

Gesundheitslots:innen für Migrant:innen/ Flüchtlinge



Mixed-Method Review

Endbericht

AIHTA Projektbericht Nr.: 180 | ISSN: 1993-0488 | ISSN-online: 1993-0496

Wien, Juni 2026

Projektteam

Projektleitung: Priv. Doz. Dr. Claudia Wild
Autor:innen: Priv. Doz. Dr. Claudia Wild
Romy Schönegger, BSc MScPH

Projektbeteiligung

Systematische Literatursuche: Tarquin Mittermayr, MA
Handsuche: Priv. Doz. Dr. Claudia Wild
Interne Begutachtung: Aline Dragosits, MA PhD
Externe Begutachtung: Dr. Ursula Trummer, MSc, Center for Health and Migration, Wien
Dr. Manuela Schade, Gesundheitsamt; Frankfurt/Main

Korrespondenz: Claudia Wild, claudia.wild@aihta.at

Titelbild: @ von melita– stock.adobe.com

Anmerkung: Generative KI (z. B. ChatGPT 5.1) wurde zur Unterstützung bei bestimmten Aufgaben eingesetzt.

Dieser Bericht soll folgendermaßen zitiert werden:

Wild C., Schönegger R. Gesundheitslots:innen für Migrant:innen und Flüchtlinge, Mixed-Method Review. AIHTA Projektbericht Nr.: 180. Wien: HTA Austria – Austrian Institute for Health Technology Assessment GmbH, Jahr.

Interessenskonflikt

Alle beteiligten Autor:innen erklären, dass keine Interessenskonflikte im Sinne ICMJE Empfehlungen ("Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals") (www.icmje.org) bestehen.

Disclaimer

Die externen Gutachter:innen waren nicht an der Erstellung des wissenschaftlichen Berichts beteiligt und stimmen nicht unbedingt mit dessen Inhalt überein. Für etwaige verbleibende Fehler oder Auslassungen ist ausschließlich das AIHTA verantwortlich. Die endgültige Fassung sowie Empfehlungen liegen vollständig in der Verantwortung des AIHTA.

IMPRESSUM

Medieninhaber und Herausgeber:

HTA Austria – Austrian Institute for Health Technology Assessment GmbH
Josefstädter Straße 39 | 1080 Wien – Österreich
<https://www.aihta.at/>

Für den Inhalt verantwortlich:

Dr. rer. soc. oec. Ingrid Zechmeister-Koss, MA, Geschäftsführung

Die AIHTA Projektberichte erscheinen unregelmäßig und dienen der Veröffentlichung der Forschungsergebnisse des Austrian Institute for Health Technology Assessment.

Die AIHTA Projektberichte werden über den Dokumentenserver
http://eprints.aihta.at/view/types/hta_report.html der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt.

AIHTA Projektbericht Nr.: 180

ISSN 1993-0488

ISSN online 1993-0496

© 2026 AIHTA – Alle Rechte vorbehalten

Inhalt

Inhalt.....	3
Zusammenfassung	6
Executive Summary	7
1 Einleitung.....	8
1.1 Anwendungsgebiete von Lots:innen	8
1.2 Ein- und Abgrenzung der Zielgruppe im Bericht.....	10
1.3 Exkurs: Gesundheitskompetenz zur gesundheitlichen Chancengleichheit	11
1.4 Bedarf an Gesundheitslots:innen	12
1.5 Projektziel und Forschungsfragen	13
2 Methode.....	14
2.1 Registrierung des Studienprotokolls.....	14
2.2 Literatur	14
2.2.1 Einschlusskriterien (PICO).....	14
2.2.2 Literatursuche und – auswahl.....	15
2.2.3 Flowchart zur Studiena Auswahl	15
2.2.4 Datenextraktion	16
2.2.5 Bewertung des Verzerrungsrisikos.....	16
2.3 Praxisbeispiele aus Deutschland: Befragung und Webrecherchen	17
2.4 Analyse und Synthese.....	19
3 Ergebnisse.....	20
3.1 Evidenzbasis: Studiencharakteristika und Praxisbeispiele.....	20
3.1.1 Art und Umfang des Informationsmaterials.....	20
3.1.2 Herkunft und Finanzierung der Evidenz	21
3.1.3 Ziele, Datenerhebungsmethoden und -darstellung.....	21
3.2 Organisatorische Endpunkte	24
3.2.1 Implementierungsaspekte	24
3.2.2 Chancen, Risiken & Herausforderungen	27
3.2.3 Ausbildung, Aufgaben und Leistungen.....	30
3.3 Wirkungsanalyse	33
3.3.1 Orientierung im Gesundheitssystem, Gesundheitskompetenz, Wissen zu Angeboten.....	33
3.3.2 Weitere Endpunkte: Resilienz, Bedarfe	34
4 Diskussion	37
4.1 Zusammenfassung von Literatur und Praxis	37
4.1.1 Erfahrungsberichte zu Projektcharakteristika	37
4.1.2 Implementierungsfaktoren, die die Wirkung beeinflussen.....	38
4.1.3 Wirkung und Wirkungsmessung zur Zielerreichung	39
4.2 Einbettung in weitere Publikationen zu Gesundheitslots:innen	39
4.3 Einbettung in Wirkungsanalyse des Projekts SANEAS (Volkshilfe).....	41
4.4 Implikationen für die Praxis	42
4.5 Limitationen	43
5 Schlussfolgerung	45
6 Literatur	46
7 Anhang.....	52
7.1 Tabellen.....	52

7.2	Suchstrategien.....	69
7.3	Fragebogen an deutsche Gesundheitslots:innen Projekte.....	72

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 2-1:	Flow Chart zur Studienauswahl (PRISMA Flow Diagram).....	16
Abbildung 3-1:	Infografik zu Bausteinen wirksamer Interventionen (erstellt mit ChatGPT).....	26
Abbildung 3-2:	Veränderte Gesundheitskompetenz und Orientierung von 23 Gesundheitslots:innen [43]	33
Abbildung 3-3:	Themenbedarfe: Beurteilung der Wichtigkeit von Themen durch Gesundheitslots:innen und fehlende Inhalte (KuGeL, Leipzig)	35

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1-1:	Spektrum von Aufgaben der (Patienten- und Gesundheits-) Lots:innen [2, 6, 7]	9
Tabelle 2-1:	PICOS- Tabelle	14
Tabelle 2-2:	Erhebungsinstrument und Informationsquellen zu den deutschen Gesundheitslots:innen-Projekten.....	18
Tabelle 3-1:	Verwendete Messinstrumente	22
Tabelle 3-2:	Zentrale Implementierungsfaktoren aus Publikationen und Praxisbeispielen.....	25
Tabelle 3-3:	Chancen, Risiken & Herausforderungen aus Publikationen und Praxisbeispielen	27
Tabelle 3-4:	Inhalte der Peer-to-Peer-Veranstaltungen (Ergebnisse der deutschen Praxisprojekte).....	32
Tabelle 3-5:	Evaluationen von deutschen Gesundheitslots:innen-Projekten.....	36
Tabelle 4-1:	Wirkung der Gesundheitslots:innen im Jahresverlauf seit Gründung [40]	41
Tabelle 4-2:	Erfahrungen der SANEAS (Volkshilfe) Gesundheitslots:innen in vier Themenbereichen [40]	42
Tabelle 7-1:	AMSTAR2-Bewertungen [41] der Übersichtsarbeiten (n=5)	52
Tabelle 7-2:	Begründungen zur Aussagesicherheit der Übersichtsarbeiten.....	54
Tabelle 7-3:	Studiencharakteristika von Reviews zu gemeindenahen PH-Interventionen für Migrant:innen (n=3)	55
Tabelle 7-4:	Studiencharakteristika von Primärstudien zu Initiativen zur Unterstützung durch Peers (n=3)	56
Tabelle 7-5:	Studiencharakteristika von Reviews zu Implementierungsaspekten (n=3)	58
Tabelle 7-6:	Gesundheitslots:innen-Projekte in Deutschland: Programm-/Prozess-Charakteristika	59
Tabelle 7-7:	Ergebnisse zu Implementierungsaspekten von Initiativen zur Unterstützung durch Peers aus Reviews	62
Tabelle 7-8:	Ergebnisse von Primärstudien zu Initiativen zur Unterstützung durch Peers	64
Tabelle 7-9:	Ergebnisse zu Implementierungsaspekten von Initiativen zur Unterstützung durch Peers ...	66

Abkürzungsverzeichnis

ACHIEVE.....	Accessing Canadian Healthcare for Immigrants: Empowerment, Voice & Enablement
ADL	Aktivitäten des täglichen Lebens
AMSTAR.....	A MeaSurement Tool to Assess Systematic Reviews
DE.....	Deutschland
EU	Europäische Union
DRK.....	Deutsches Rotes Kreuz
FF.....	Forschungsfrage
FTE	Full-Time Equivalent/ Vollzeitäquivalent
GL	Gesundheitslots:innen
GuM	Gesundheit und Migration
heiQ.....	Health Education Impact Questionnaire
HIC	High-Income Countries
HLS-EU.....	European Health Literacy Survey
ICMJE.....	International Committee of Medical Journal Editors
INAHTA	International Network of Agencies for Health Technology Assessment
IOM.....	International Organisation for Migration
KoGI.....	Kommunale Gesundheitslots:innen interkulturell
KuGeL	Kultursensible Gesundheitslots:innen Leipzig
MHD	Migration Health Division
MiMi	Mit Migrant:innen für Migrant:innen
NAP.I	Nationaler Aktionsplan für Integration
OSF	Open Science Framework
P2P	Peer-to-Peer
PH	Public Health
PICOS	Population, Intervention, Comparison, Outcome, Study Design
PREM.....	Patient-Reported Experience Measure
PROM	Patient-Reported Outcome Measure
PRISMA.....	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
PTGI	Posttraumatic Growth Inventory
RCT.....	Randomised Controlled Trial
Resp.....	respektive
RoB.....	Risk of Bias
SD.....	Standard Deviation (Standardabweichung)
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SWOT	Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats
SVR	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
UE	Unterrichtseinheiten
UK.....	United Kingdom
USA	United States of America
Wch	Wochen
Wstd	Wochenstunden
QoL	Quality of life (Lebensqualität)

Zusammenfassung

Hintergrund: Migrant:innen und Flüchtlinge sehen sich aufgrund kultureller Unterschiede sowie geringer Gesundheitskompetenz beim Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen häufig mit erheblichen Hindernissen konfrontiert. Darunter fallen Sprachbarrieren, mangelnde Kenntnisse über die Gesundheitsstrukturen und administrative Voraussetzungen. Diese Hindernisse können zu Verzögerungen bei der Gesundheitsversorgung, zu schlechteren Gesundheitsergebnissen und zu höheren Gesundheitskosten führen. Gesundheitslots:innen haben sich als gemeindebasiertes Unterstützungsmodell etabliert, das darauf abzielt, diesen Herausforderungen durch kulturell sensible Beratung, Orientierung und Unterstützung durch geschulte Multiplikatoren mit eigener Migrationserfahrung zu begegnen.

Diese Mixed-Method Studie hatte zum Ziel, die Rolle und die Wirkung von Gesundheitslots:innen für Migrant:innen und Flüchtlinge zu untersuchen. Der Bericht fasst Erkenntnisse aus der internationalen Literatur und praktische Erfahrungen aus Deutschland zusammen, um wichtige Umsetzungsfaktoren und Wirkungen zu identifizieren.

Methoden: Zwischen Januar und Februar 2026 wurde eine systematische Literaturrecherche in sechs wissenschaftlichen Datenbanken durchgeführt. Ergänzt wurde diese durch Recherchen nach grauer Literatur, manuelle Suchen sowie die Identifizierung von Praxisprojekten im Internet. Die Informationen wurden narrativ zusammengefasst, wobei besonderes Augenmerk auf organisatorische Merkmale und Implementierungsfaktoren, sowie berichtete Wirkungen auf die Zielgruppen gelegt wurde.

Ergebnisse: Die Übersicht umfasste fünf (Scoping-, Realist-) Reviews und drei Primärstudien zu Peer-gestützten Navigationsinterventionen für Migrant:innen und Flüchtlinge. Zusätzlich wurden Informationen zu 12 aktiven Gesundheitslots:innen-Projekten in Deutschland durch Webrecherchen gesammelt sowie Online-Interviews und schriftliche Befragungen durchgeführt. Die verfügbare Evidenz ist heterogen und überwiegend europäisch, wobei die meisten Projekte und Studien nach der Flüchtlingsbewegung von 2015 entstanden sind. Alle Interventionen werden öffentlich – teilweise durch mehrere unterschiedliche Fördermittel – finanziert und auf kommunaler oder regionaler Ebene umgesetzt. Die Programme stützen sich stark auf Vertrauen, kulturelle Nähe und mehrsprachige Kommunikation.

Organisatorische Endpunkte und Implementierungsfaktoren: Eine erfolgreiche Umsetzung hängt von einem gemeindenahen und niederschweligen Zugang, kultureller und sprachlicher Kompetenz, intensiver Ausbildung, Vertrauensbildung innerhalb der Migrantengemeinschaften, klaren Rollendefinitionen, Qualitätssicherung und Supervision, nachhaltigen Finanzierungsstrukturen sowie der Integration in lokale Gesundheits- und Sozialdienste ab. Zu den Herausforderungen zählen eine kurzfristige Finanzierung, begrenzte Standardisierung, unterschiedliche Schulungskonzepte und unzureichende Langzeitevaluationen.

Wirkung auf Zielgruppen: Die Literatur und Projektevaluierungen deuten auf positive Auswirkungen in folgenden Bereichen hin: Gesundheitskompetenz, Kenntnis der verfügbaren Angebote, Selbstbestimmung und Resilienz, Vertrauen in den Zugang zur Gesundheitsversorgung sowie Zufriedenheit mit Unterstützungsangeboten. Die Evidenz ist jedoch methodisch eingeschränkt: Die meisten Studien haben kleine Stichproben, sind heterogen und stützen sich auf qualitative Methoden oder auf selbstberichtete Ergebnisse. Standardisierte Evaluationsinstrumente werden in Praxisprojekten selten eingesetzt.

Schlussfolgerungen: Initiativen mit Gesundheitslots:innen für Migrant:innen und Flüchtlinge scheinen eine vielversprechende Strategie zu sein, um die Orientierung im Gesundheitswesen, die Gesundheitskompetenz und den gleichberechtigten Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen zu verbessern. Peer-unterstützte und kultursensible Ansätze sind besonders wertvoll, um schutzbedürftige Bevölkerungsgruppen zu erreichen und strukturelle Barrieren abzubauen. Dennoch ist die derzeitige Evidenzbasis begrenzt und heterogen. Es sind robustere Evaluationen, standardisierte Ergebnismessungen und langfristige Implementierungsstudien erforderlich, um die Wirksamkeit, Nachhaltigkeit und Übertragbarkeit auf Gesundheitssysteme wie das österreichische besser beurteilen zu können.

Executive Summary

Background: Migrants and refugees frequently experience substantial barriers when accessing healthcare services, including language difficulties, limited knowledge of healthcare structures and administrative complexity due to cultural differences and low health literacy. These barriers may contribute to delayed care, poorer health outcomes, and increased healthcare costs. Health navigators have emerged as a community-based support model intended to address these challenges by providing culturally sensitive guidance, orientation, and peer-to-peer support.

This mixed-method review aimed to examine the role and impact of health navigators for migrants and refugees. The report synthesises evidence from international literature and practical experiences from Germany to identify key implementation factors, effects, and lessons learned.

Methods: A systematic literature search was conducted between January and February 2026 in six scientific databases, supplemented by grey literature searches, hand searches, and web-based project identification. The included evidence was narratively synthesised, with particular attention to organisational endpoints and implementation factors, and effects on target groups.

Results: The review included five (scoping, realist) reviews and three primary studies on peer-supported navigation interventions for migrants and refugees. Additionally, 12 active health navigator projects in Germany were identified through web searches. Interviews and a survey were conducted to collect project information. The available evidence is heterogeneous and predominantly European, with most projects and studies emerging after the 2015 refugee movement. Most interventions are publicly funded and implemented at municipal or regional levels. The programs rely heavily on trust, cultural proximity, and multilingual communication.

Organisational and implementation factors: Successful implementation depends on community-based and low-threshold access, cultural and linguistic competence, extensive training, trust-building within migrant communities, clear role definitions, quality assurance and supervision, sustainable funding structures, and integration with local health and social services. Challenges include short-term financing, limited standardisation, varying training concepts, and insufficient long-term evaluation.

Effects on target groups: The literature and project evaluations suggest positive effects on navigational health literacy, knowledge of available services, empowerment and resilience, confidence in accessing healthcare, satisfaction with support services, and on patient-reported outcomes and experiences. However, the evidence remains methodologically limited. Most studies are small, heterogeneous, and rely on qualitative methods or self-reported outcomes. Standardised evaluation instruments are rarely used.

Conclusions: Health navigator initiatives for migrants and refugees appear to be a promising strategy to improve healthcare orientation, health literacy, and equitable access to healthcare services. Peer-based and culturally sensitive approaches are particularly valuable for reaching vulnerable populations and reducing structural barriers. Nevertheless, the current evidence base remains limited and heterogeneous. More robust evaluations, standardised outcome measures, and long-term implementation studies are required to better assess effectiveness, sustainability, and transferability to healthcare systems such as Austria's.

1 Einleitung

Westliche Gesundheitssysteme zeichnen sich durch ein hohes Maß an Komplexität aus. Die Vielzahl interagierender Akteur:innen, Institutionen und Versorgungsstrukturen, aber auch Abläufe und Finanzierungsmechanismen, sind insbesondere für vulnerable Gruppen wie Migrant:innen und Flüchtlinge oft schwer verständlich. Der Zugang zu bedarfsgerechten Leistungen im Gesundheitssystem stellt eine besondere Herausforderung dar: In einem Gutachten des deutschen „Sachverständigenrats (SVR) zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen“ wurde bereits 2007 darauf hingewiesen, dass es in komplexen Gesundheitssystemen verstärkt Personen braucht, die koordinierende, organisatorische und betreuende Tätigkeiten übernehmen, insb. für Patient:innen mit geringer Befähigung, sich im Gesundheitssystem zu orientieren (sogenannter „navigationaler“ Gesundheitskompetenz) [1]. Vor diesem Hintergrund hat sich in den letzten Jahren ein Modell zur Navigation und zur Unterstützung wie Stärkung von gesundheitsbezogenen Kompetenzen von Gesunden wie Kranken herausgebildet: die Gesundheitslots:innen [2].

Da der Begriff sehr unterschiedliche Verwendung findet, erfolgt zunächst eine Ein- und Abgrenzung, um die Fragestellungen im vorliegenden Bericht klar darzustellen.

westliche
Gesundheitssysteme -
hohes Maß an
Komplexität

SVR-Gutachten 2007:
Notwendigkeit von
koordinierender,
organisatorischer und
betreuender
Unterstützung

Gesundheitslots:innen
zur Navigation

sehr unterschiedliche
Verwendung des Begriffs
Gesundheitslotse/in

1.1 Anwendungsgebiete von Lots:innen

Der Begriff Gesundheitlotse/in wird für eine Vielzahl von Aufgaben und Rollen verwendet: Im Englischen werden Begriffe wie „Health Navigators“ oder „Patient Navigators“ verwendet; im Deutschen Gesundheitslots:innen, Care- und Casemanagement sowie Koordinator:innen. Eine Abgrenzung zum Tätigkeitsfeld, das im Zentrum des vorliegenden Berichts steht, erfolgt in Abschnitt 1.2. Ein kurzer Überblick über die verschiedensten Lots:innen-Projekte soll zum einen die Unterscheidung zwischen Patientenlots:innen (die sich an Patient:innen richten) und Gesundheitslots:innen (die sich an gesunde Personen richten) verdeutlichen und zum anderen die vielfältigen Anwendungsfelder aufzeigen.

Die Rolle des/der „Patientenlotsen/in“ hat ihren Ursprung bereits in den 90er-Jahren in den USA. Sie sollen Patient:innen dabei unterstützen, sich im Gesundheits- und Sozialsystem zurechtzufinden, und ihnen helfen, Hindernisse beim Zugang zu Dienstleistungen zu überwinden [3]. In den USA wird das Konzept der „Patient Navigators“ oder „Health Navigators“ insbesondere für sozial benachteiligte Gruppen eingesetzt. Diese Entwicklung ist vor dem Hintergrund des mangelnden Zugangs von Unversicherten zu Vorsorgeprogrammen (Krebsfrüherkennung) und zu komplexen Interventionen (Krebsversorgung) zu erklären. In den USA sind „Health oder Patient Navigators“ häufig Fachkräfte – darunter Pflegekräfte, Sozialarbeiter oder gemeindenahe Gesundheitspersonal –, die Patient:innen durch komplexe Gesundheitssysteme führen, Hindernisse bei der Versorgung überwinden, den Zugang verbessern und bei der Anmeldung bei einer Krankenversicherung helfen. Sie bieten kulturell angepasste Unterstützung [4].

Vielzahl von Aufgaben
und Rollen von Lots:innen
in anderen Kontexten

in den USA seit den
90er Jahren:

Zielgruppe: sozial
Benachteiligte,
Unversicherte

Erbringung der Leistung:
Gesundheitspersonal

Ort der Erbringung:
allorts (im Spital, zu
Hause,..)

Die US-amerikanischen Projekte [4, 5] haben einen Fokus auf folgende drei Bereiche:

1. Unterstützung in der Krebsversorgung entlang des gesamten Versorgungskontinuums von der Prävention bis zum Lebensende,
2. Unterstützung in der Übergangsvorsorgung mit dem Schwerpunkt auf dem Übergang zwischen verschiedenen Einrichtungen und Sektoren (z. B. Krankenhaus und Zuhause) oder Bereichen (z. B. Gesundheits- und Sozialwesen), sowie
3. Versorgung schutzbedürftiger und benachteiligter Bevölkerungsgruppen wie Migrant:innen, ethnische Minderheiten, von Obdachlosigkeit betroffene oder nicht versicherte Personen, mit dem Ziel, Krankheiten früher zu erkennen und den Zugang zur Versorgung zu erleichtern.

Die praktische Umsetzung von Patient:innenlots:innenprogrammen erfolgt in den USA durch unterschiedliche Akteursgruppen, die sich hinsichtlich Qualifikation und Aufgabenschwerpunkt unterscheiden. Die Rollen- und Arbeitsverteilung ist – basierend auf einer Erhebung von 93 US-amerikanischen „Patient Navigator“ Programmen folgende: Personen (auch Peers, aber nicht nur) mit geringer Ausbildung übernehmen die grundlegende Betreuung; Sozialarbeiter:innen kümmern sich in der Regel um die Organisation und Überweisung; Personen mit höherer Bildung, Sozialarbeiter:innen und Pflegekräfte bieten Behandlungsunterstützung (Planung) sowie die Teilnahme an klinischen Studien und Vermittlung zu Selbsthilfegruppen an [6].

Die unterschiedlichen Aufgaben finden sich in Tabelle 1-1.

drei spezifische Versorgungsbereiche:

Krebsversorgung
Übergangsvorsorgung

Früherkennung von Erkrankungen in vulnerablen Bevölkerungsgruppen

Rollenverteilung und Aufgaben:
Navigation zu Angeboten zur Ergänzung der Versorgung, inkl. Teilnahme an klinischen Studien und Selbsthilfegruppen

Tabelle 1-1: Spektrum von Aufgaben der (Patienten- und Gesundheits-) Lots:innen [2, 6, 7]

Aufgaben von Lots:innen in internationalen Projekten
Koordination der Versorgung (Überweisungen, Entlassungen, Reha), inkl. Transport, Unterkunft, notwendige Behelfe
Fall-Monitoring und/oder Erhebung der Bedarfe der Patient:innen, inkl. Besprechung des Behandlungsplans, Besprechung von medizinischen Ergebnissen, Erklärungen zu Wirkung und Nebenwirkungen
Information, Schulung und/oder Beratung, Überblick über mögliche Angebote, aber auch Informationen zu finanziellen Unterstützungen
Übernahme von Unterstützung bei administrativen Aufgaben, inkl. Terminvereinbarungen und -erinnerungen, Zusammenstellung von Dokumenten, Begleitungen mit Kommunikationsunterstützung, Übersetzung
Psychosoziale und emotionale Unterstützung, Hilfe zur Selbsthilfe: Zielsetzungen

Eine aktuelle Übersichtsarbeit aus Deutschland [2] analysierte Projekte im Hinblick auf Zielgruppen und Aufgabenbereiche, die infolge des SVR-Gutachtens durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) (<https://innovationsfonds.g-ba.de/>) gefördert wurden. Es konnten 31 Modellprojekte identifiziert werden, in denen vornehmlich chronisch Kranke mit einer Vielzahl von Krankheitsbildern (Onkologie, psychische und neurologische Erkrankungen etc.) sowie Familien in belastenden Lebenssituationen begleitet werden [2].

Signifikante positive Effekte wurden in den deutschen Projekt-Evaluierungen am häufigsten bei Patient-Reported Outcome Measures (PROMs), Prozessindikatoren und Patient-Reported Experience Measures (PREMs) beobachtet. Die Gesundheitslots:innen-Intervention hatte bei einem Viertel der Projekte (26 %) einen positiven Effekt auf die Lebensqualität (QoL) der Patient:innen [2]. Die Analyse kommt zu dem Schluss, dass insbesondere bei Patient:innen mit komplexen Versorgungsbedarfen und Multimorbidität po-

Übersichtsarbeit aus Deutschland:
31 Modellprojekte mit chronisch Kranken

Wirkungsmessung:
positive Effekte auf PROMs, PREMs und QoL

sitive klinische Effekte beobachtet wurden [2]. Diese Lots:innenfunktion kann auch im Rahmen der Disease-Management-Programme der Krankenkassen verortet werden.

1.2 Ein- und Abgrenzung der Zielgruppe im Bericht

Gesundheitslots:innen sind also geschulte Personen, die Menschen beim Zugang zum Gesundheitssystem unterstützen und als niedrigschwellige Ansprechpersonen dienen, um eine geeignete Versorgung zu finden. Sie leisten interkulturelle Gesundheitsaufklärung. Ihr Einsatz ist insbesondere für vulnerable Bevölkerungsgruppen von Bedeutung, bei denen Zugangsbarrieren im Gesundheitssystem besonders ausgeprägt sind: Migrant:innen stehen aufgrund geringer Sprachkenntnisse, Diskriminierung, administrativer Hürden sowie mangelnder Gesundheitskompetenz vor großen Herausforderungen.

Obwohl das Modell in den USA entstanden ist, kommen „Gesundheitslots:innen“ in Europa, mit seinen stark solidarisch-gemeinschaftlich ausgerichteten Gesundheitssystemen, zunehmend bei der Zielgruppe der Migrant:innen und Flüchtlinge zum Einsatz. Insbesondere in dieser Zielgruppe ist es ein übergeordnetes gesundheitspolitisches Ziel, die gesundheitliche Chancengleichheit zu erhöhen, Zugangsbarrieren zu senken sowie Gesundheitsförderung und Prävention zu fördern [8].

Gesundheitslots:innen sollen für diese Zielgruppe

- Orientierung im Gesundheitssystem geben,
- Informationen zu lokalen Gesundheitsförderungs-, Präventions- und Beratungsangeboten und Versorgungsstrukturen bereitstellen,
- Gesundheitskompetenz stärken,
- Sprach- und Kulturbarrrieren überbrücken sowie
- Diskriminierungserfahrungen minimieren.

Diese Programme sind zum einen durch die adressierten Zielgruppen (Migrant:innen und Flüchtlinge), zum anderen durch die Erbringung der Leistungen (durch ehrenamtlich engagierte Bürger:innen oder durch „Peers“ (also Personen aus demselben Kulturkreis) charakterisiert. Neben diesen beiden wesentlichen Merkmalen ist allen Programmen gemeinsam, dass sie gemeinde- und wohnortnah in kommunalen Initiativen arbeiten. Die Träger der Initiativen sind Gemeinden und/oder soziale und karitative Institutionen.

Die in diesem Bericht analysierten Interventionen begrenzen sich – entsprechend der oben genannten Merkmale – auf:

- die Zielgruppe der Migrant:innen und Flüchtlinge, unabhängig vom Aufenthaltsstatus,
- die Erbringung der Leistungen durch „Peers“, die Informationen in verschiedenen Sprachen vermitteln und als Ansprechpartner:innen in ihren Gemeinschaften fungieren,
- Projekte an der Schnittstelle zwischen Sozial- und Gesundheitssystem, die sich primär an gesunde Personen richten, aber auch bei Erkrankungen unterstützen, sowie
- das Ziel der Orientierung im Gesundheitswesen und der Verbesserung der Gesundheitskompetenz verfolgen.

Gesundheitslots:innen sind geschulte, niedrigschwellige Ansprechpersonen

gesundheitspolitisches Ziel für Zielgruppe der Migrant:innen und Flüchtlinge:

gesundheitliche Chancengleichheit

Charakteristika der Programme

Zielgruppe:
Migrant:innen, Flüchtlinge

Erbringung der Leistung:
Peers

Ort der Erbringung:
wohnortnahe

Der österreichische Nationale Aktionsplan für Integration (NAP.I) stellt im Handlungsfeld Gesundheit und Soziales fest, dass Migrant:innen über das Funktionieren des Gesundheitssystems weniger gut informiert sind als die Mehrheitsbevölkerung und dass - aufgrund von Sprachproblemen und kulturellen Differenzen - höhere Behandlungskosten durch vermehrte Konsultationen, Inanspruchnahme von Notfalleleistungen, z.B. häufigeres Aufsuchen der Notaufnahmen in Krankenhäusern entstehen [9]. Die Stärkung der interkulturellen Kompetenz des Gesundheitspersonals sowie die Verbesserung der Gesundheitskompetenz (engl. „health literacy“, vgl. Abschnitt 1.3) der Migrant:innen werden als explizite Zielsetzungen genannt [10]. Basierend auf dieser politischen Willensäußerung sind seitdem einige wenige „peer-supported“ Projekte entstanden, wie SALUS in Salzburg (<https://www.salus-web.at/>), IKEMBA in Graz (<https://www.ikemba.at/>) [11], die Nachbarinnen (<https://nachbarinnen.at/>) und Projekt SANEAS (Volkshilfe) in Wien (<https://www.volkshilfe-wien.at/angebote-services/asyl-migration-integration/saneas-gesundheitslotsinnen/>) [12, 13].

Im Vergleich dazu laufen in Deutschland zahlreiche Projekte in Großstädten (Leipzig, Bremen, Essen etc.), aber auch in regionalen Verbünden (Landkreisen) und in ganzen Bundesländern (Hessen) (vgl. Abschnitt 2.3). In diesen Projekten werden Gesundheitslots:innen als wichtige Brückenbauer:innen eingesetzt, um Gesundheitsinformationen niedrigschwellig zu verbreiten [8]. Diese arbeiten entweder in der Einzelbetreuung (selten) oder bieten niedrigschwelliger Gesundheitsinformation für Gruppen an (häufig).

(österr.) Nationaler Aktionsplan für Integration (NAP.I):

Stärkung der interkulturellen Kompetenz des Gesundheitspersonals sowie Verbesserung der Gesundheitskompetenz der Migrant:innen als Ziele

Deutschland:
zahlreiche Projekte

1.3 Exkurs: Gesundheitskompetenz zur gesundheitlichen Chancengleichheit

Gesundheitliche Chancengleichheit ist eines von zehn Gesundheitszielen in Österreich (<https://gesundheitsziele-oesterreich.at/>). Chancengleichheit bedeutet einen „gerechten und fairen Zugang zu Gesundheitsressourcen“. Sie trägt dazu bei, dass alle Menschen die gleichen Chancen auf die bestmögliche Erhaltung oder Entwicklung ihrer Gesundheit haben. Gesundheitskompetenz, d.h. die Fähigkeit, Informationen zur Gesundheit zu finden, zu verstehen, zu bewerten und anzuwenden, um gute Entscheidungen im Alltag zu treffen, trägt wesentlich zur gesundheitlichen Chancengleichheit bei. Gesundheitskompetenz umfasst Wissen, Motivation und Handlungskompetenzen zur Förderung der eigenen Gesundheit sowie zur Bewältigung von Krankheiten (gesundheitsziele-oesterreich.at und [14-16]).

Personen mit geringer Gesundheitskompetenz (gesundheitsziele-oesterreich.at und [14, 17-19])...

- weisen ein ungünstigeres Bewegungs- und Ernährungsverhalten und einen höheren body-mass-index (BMI) auf,
- schätzen ihre gesundheitliche Situation schlechter ein und sind häufiger von chronischen Erkrankungen und gesundheitsbedingten Einschränkungen im Alltag betroffen,
- kommen schlechter mit chronischen Erkrankungen zurecht,
- nehmen das Gesundheitssystem stärker in Anspruch (z.B. Ärztinnen und Ärzte der Allgemeinmedizin, Fachärzt:innen, ambulante Behandlungen und Notfalldienste) und
- verbringen mehr Tage im Krankenstand.

gesundheitliche Chancengleichheit ist ein Gesundheitsziel

Gesundheitskompetenz ist ein Beitrag zur Chancengleichheit

geringe Gesundheitskompetenz:

häufiger chronisch krank
mehr körperliche Einschränkungen
häufigere Behandlungen
mehr Krankenstände

Migrant:innen und Flüchtlinge sind überproportional häufig von mangelnder Gesundheitskompetenz betroffen, was sie daran hindert, sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden, Informationen zu verstehen und ihre Gesundheit zu fördern und zu erhalten [20, 21]. Zu den wichtigsten Hindernissen zählen geringe Sprachkenntnisse, kulturelle und religiöse Unterschiede, ein niedriger Bildungsstand sowie Misstrauen gegenüber Behörden [20, 21]. Internationale Studien [20, 21] und Analysen aus Österreich [22] zeigen, dass Menschen mit Migrationshintergrund häufig über geringeres Wissen zu gesundheitlichen Zusammenhängen sowie zu Möglichkeiten der Prävention und Gesundheitsförderung verfügen, etwa in den Bereichen psychische Gesundheit, Ernährung und Bewegung. Außerdem nehmen sie deutlich seltener an Präventionsangeboten wie Blutzuckerkontrollen, Mammographie-Screenings, zytologischen Untersuchungen und Darmkrebsfrüherkennung teil [22]. Eine österreichische Datenanalyse zum Einfluss der Gesundheitskompetenz auf die Ressourcennutzung in der Versorgung fand eine hohe und statistisch signifikante Wahrscheinlichkeit, bei hoher Gesundheitskompetenz weniger ärztliche Leistungen (zur Akutversorgung) in Anspruch zu nehmen [17-19, 23].

Gute Informationsangebote, idealerweise in der jeweiligen Muttersprache, sind zentral, um die Gesundheitskompetenz zu stärken. Wirksame Maßnahmen umfassen maßgeschneiderte Kommunikation, mehrsprachige Ressourcen und Begleitprogramme [24, 25].

Die am häufigsten verwendeten Instrumente [20, 26, 27] zur Messung der Gesundheitskompetenz sind der HLS-EU-Q6, -Q16 oder -Q47 (mit jeweils 6, 16 oder 47 Fragen). Sie messen die Gesundheitskompetenz zur Krankheitsbewältigung, Prävention und Gesundheitsförderung [27, 28]. Die im Zusammenhang mit Gesundheitslots:innen verwendete „navigationale Gesundheitskompetenz“ bedeutet die Fähigkeit, sich im Gesundheitssystem zu orientieren und mit dazu erforderlichen Informationen umgehen zu können [29].

Menschen mit Migrationshintergrund: häufig geringeres Wissen über gesundheitliche Zusammenhänge sowie über Möglichkeiten der Prävention und Gesundheitsförderung

maßgeschneiderte Informationsangebote stärken Gesundheitskompetenz

Messung der Gesundheitskompetenz mit HLS-EU-Q6, -Q16 oder -Q47

1.4 Bedarf an Gesundheitslots:innen

Nicht erst seit der großen Flüchtlingsbewegung 2015 gewinnt die Gesundheitsversorgung von Migrant:innen und Flüchtlingen an Bedeutung. Der Anteil der Bevölkerung mit nicht-österreichischer bzw. nicht-deutscher Herkunft in der ersten oder zweiten Generation beträgt in Österreich wie in Deutschland ca. 30 % [30]. Damit geht auch die Betonung der Notwendigkeit einer kultursensiblen Versorgung einher. Darunter wird eine Versorgung verstanden, die kulturelle, religiöse und biografische Hintergründe, Sprachbarrieren sowie unterschiedliche Wertvorstellungen berücksichtigt und eine respektvolle Betreuung ermöglicht [31]. Neben der Art der Erbringung von Gesundheitsleistungen ist auch der Zugang zu einer adäquaten und bedarfsge rechten Versorgung entscheidend [31].

Identifizierte Versorgungsdefizite sind eingeschränkte Selbst- und Mitbestimmung durch Sprachbarrieren, fehlendes Wissen über Versorgungsangebote (da diese in den Herkunftsländern oftmals nicht vorhanden sind), die Unterschiede zwischen hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung sowie über gesundheitsförderliches Verhalten (Lebensstilfaktoren etc.) [32]. Determinanten für einen Zugang zu *bedarfsgerechter* Gesundheitsversorgung sind nicht nur der Aufenthaltsstatus, sondern auch die Gesundheitskompetenz, einschließlich des Wissens über den richtigen Zeitpunkt und die geeigneten Anlaufstellen im Gesundheitssystem [33].

großer Anteil der Bevölkerung nicht-österreichischer bzw. nicht-deutscher Herkunft

macht kultursensible Gesundheitsversorgung notwendig

Sprachbarrieren schränken Selbst- und Mitbestimmung ein mangelndes Wissen zu Versorgungsstrukturen verhindert angemessene Versorgung

Neben den Wohn- und sozialen Bedingungen, die Gesundheit fördern oder Krankheit induzieren können, beeinflusst auch die Verarbeitung traumatisierender Erlebnisse die Gesundheit. Die Prävalenz psychischer Erkrankungen wie Depressionen sowie Angst- und posttraumatischer Belastungsstörungen (PTBS) ist bei Asylsuchenden deutlich höher als in der Allgemeinbevölkerung [34]: unklare Zukunftsperspektiven und Lebensbedingungen sind hierbei ursächlich. Aber auch die defizitäre medizinische Versorgung in den Herkunftsländern bedingt, dass viele präventable (etwa durch Impfungen oder Früherkennungen) Erkrankungen in der Versorgung auftreten [34].

Gesundheitsökonomische Studien belegen, dass eine bedarfsgerechte Versorgung von Migrant:innen und Flüchtlingen nicht nur aus humanitärer Perspektive im Sinne von Chancengleichheit relevant ist, sondern auch aus Perspektive des Gesundheitssystems und der Kostenträger [35]. Im International Organization for Migration (IOM), Migration Health Division (MHD)-Projekt EQUI-HEALTH (<https://globalofficebrussels.iom.int/equi-health>, 2013-2016) wurden die Einsparungen bei direkten medizinischen sowie nichtmedizinischen Kosten durch frühzeitige Gesundheitsversorgung modelliert. Dabei wurden Reduktionen von 94% (Depression), 86% (Asthma), 77% (Epilepsie) bis 49% (Diabetes) in verschiedenen europäischen Ländern berechnet [36]. Selbst wenn sich diese Einsparungen nicht in vollem Umfang realisieren lassen, sind sie jedenfalls erheblich.

Um dem medizinischen Bedarf an der Versorgung von Migrant:innen und Flüchtlingen sowie dem soziokulturellen Bedarf an kultursensiblen Angeboten zu begegnen, hat sich „Peer-Support“ als kulturelle Vermittlung zwischen den Leistungen westlicher Gesundheitssysteme und den Bedarfen der Betroffenen als zielführend erwiesen [37-39].

Prävalenz psychischer Erkrankungen (Depressionen, Angst- und posttraumatischer Belastungsstörungen) ist hoch, ebenso präventabler Erkrankungen

hohe Kosteneffektivität von frühzeitiger Gesundheitsversorgung

„Peer-Support“ als kulturelle Vermittlung zielführend

1.5 Projektziel und Forschungsfragen

Ziel des vorliegenden Berichts ist es, die Erfahrungen und Ergebnisse (Reichweite, Aufgabenbereiche, initiierte Aktivitäten) aus Gesundheitslots:innen-Projekten, die sich an Migrant:innen und Flüchtlinge richten, systematisch zusammenzufassen.

Ziel des Projekts ist es *nicht*, das österreichische Projekt SANEAS (Volkshilfe) zu evaluieren. Dies wurde in [40] durchgeführt.

Es ist auch *nicht* die Zielsetzung, Aussagen zu Gesundheitslots:innen-Projekten für andere Zielgruppen (etwa zur Steuerung und Koordination von Menschen mit komplexen und chronischen Erkrankungen wie Krebs sowie von Beeinträchtigungen oder sozial benachteiligten Gruppen im Allgemeinen) zu analysieren.

Folgende Forschungsfragen (FF) sollen beantwortet werden:

- FF1: Welche Erfahrungsberichte (zu Reichweite, Aufgabenbereichen, initiierten Aktivitäten etc.) liegen zu internationalen Projekten mit Gesundheitslots:innen vor?
- FF2: Was sind die wesentlichen Faktoren in der Implementierung, die die Wirkung beeinflussen können?
- FF3: Was sind die Zielsetzungen und woran lässt sich deren Erreichung messen bzw. ausmachen?

Intention des Berichts:

Erfahrungen und Ergebnisse aus Gesundheitslots:innen-Projekten zusammenfassen

3 Forschungsfragen:

Erfahrungen
Einflussfaktoren
Wirkungen

2 Methode

Zur Beantwortung der Forschungsfragen (FF1 bis FF3)

- erfolgte eine systematische Literaturrecherche in mehreren wissenschaftlichen Datenbanken nach publizierten Artikeln zu Gesundheitslots:innen-Projekten.
 - Ergänzend wurde eine Webrecherche zu Projekten im deutschsprachigen Raum durchgeführt und anschließend die Projektträger:innen kontaktiert, um Evaluations- und Jahresberichte zu identifizieren und Daten zu erheben.
 - Die Materialien (Publikationen und Erfahrungsberichte) wurden zu den 3 FF (FF1: Beschreibung der Projektcharakteristika, FF2: Implementierungsfaktoren, FF3: Wirkungsmessung) analysiert und zusammengefasst.
- systematische
Literaturrecherche

Webrecherche nach
Projekten

Auswertung der
Materialien zu den 3 FF

2.1 Registrierung des Studienprotokolls

Für diese Studie „Health Navigators for Migrants and Refugees: a mixed method review“ wurde vorab ein Protokoll erstellt und am 5. März 2026 auf OSF.org (<https://osf.io/he28x/overview>) registriert.

Studienprotokoll in OSF

2.2 Literatur

2.2.1 Einschlusskriterien (PICO)

Die Einschlusskriterien für relevante Studien sind in Tabelle 2-1 zusammengefasst.

Tabelle 2-1: PICOS- Tabelle

Population	Migrant:innen (immigrierte Personen, unabhängig vom Aufenthaltstitel) und Flüchtlinge Rationale: Scoping der Literatur
Intervention	Geschulte (migrantische) Gesundheitslots:innen als Mediator:innen (Peer-to-Peer) MeSH Terms: „Patient Navigation“ und „Vulnerable Populations“
Kontrolle	Keine Intervention
Outcomes	Primäre Endpunkte Organisatorische Endpunkte: Implementierungsaspekte; Chancen & Risiken, Herausforderungen, Aufgaben & Leistungen Sekundäre Endpunkte Wirkung: Orientierung im Gesundheitssystem, Gesundheitskompetenz, Wissen zu Angeboten Weitere erhobene Endpunkte: Selbstbestimmung, Empowerment und Resilienz, Vertrauen in den Zugang zur Gesundheitsversorgung, Zufriedenheit mit Unterstützungsangeboten
Studiendesign	Jegliches
Länder	Sozialversicherungssysteme (Deutschland): für Erfahrungen,

	Jegliche: für Ergebnismessung
Sprachen	Deutsch, Englisch
Ausschluss	P: nicht-migrantische Gruppen: chronisch kranke Personen, Menschen mit Beeinträchtigungen oder sozialer Benachteiligung I: Einzelfall-Management, Sozialarbeit, nur schriftliche Informationen (Broschüren) zur Orientierung

2.2.2 Literatursuche und –auswahl

Zwischen 20.01.2026 und 02.02.2026 wurde eine systematische Literaturrecherche in den folgenden sechs Datenbanken durchgeführt:

- Medline via Ovid
- Embase
- Epistemonikos
- PsycInfo (via EBSCO)
- The Cochrane Library
- International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA)

systematische
Literaturrecherche
Anfang Feb 2026

ohne zeitliche
Einschränkung

Die systematische Literatursuche erfolgte ohne zeitliche Einschränkung und umfasste Publikationen in deutscher und englischer Sprache. Die verwendeten Suchstrategien sind im Anhang 7.2 aufgeführt.

Zur Identifizierung grauer Literatur, wurde zudem am 02.03.2026 eine Suche in Overton (<https://app.overton.io/>) durchgeführt, die 60 potenziell relevante Treffer ergab. Durch manuelle Suche (Durchsicht von Referenzlisten) wurden 12 weitere Quellen identifiziert.

ergänzend:
Handsuche in
Referenzlisten
Suche nach grauer
Literatur

2.2.3 Flowchart zur Studienauswahl

Insgesamt wurden – nach De-Duplizierung – 2.042 Literaturzitate ermittelt. Alle Literaturzitate wurden im Abstract (in Rayyan) von einer Wissenschaftlerin (CW) geprüft. Aufgrund einer sehr hohen Zahl offensichtlich irrelevanter Treffer wurde das Abstract-Screening gestuft durchgeführt. In einem ersten Schritt wurden in Rayyan Records identifiziert, die Schlüsselbegriffe zur Zielpopulation (z. B. migrant*, refugee*) oder zu Gesundheitslots:innen- bzw. Navigationsinterventionen enthielten. Diese Abstracts (n = 265) wurden unabhängig voneinander von zwei Wissenschaftlerinnen (CW, RS) gescreent. Die verbleibenden Records wurden von einer Wissenschaftlerin (CW) gescreent. Alle als „unklar“ oder potenziell relevant eingestuften Abstracts wurden zusätzlich von einer zweiten Wissenschaftlerin (RS) überprüft.

2.042 Treffer:
hohen Zahl offensichtlich
irrelevanter Treffer

Doppelreview der
Abstracts nur für
Subsample (265 Treffer)

Die Volltextauswahl wurde von einer Wissenschaftlerin (CW) durchgeführt und von einer zweiten (RS) validiert. Bei Meinungsverschiedenheiten wäre eine dritte Forscherin (AD) hinzugezogen worden, um die Differenzen zu klären.

Volltextauswahl durch
eine Person

Der Auswahlprozess ist in Abbildung 2-1 dargestellt.

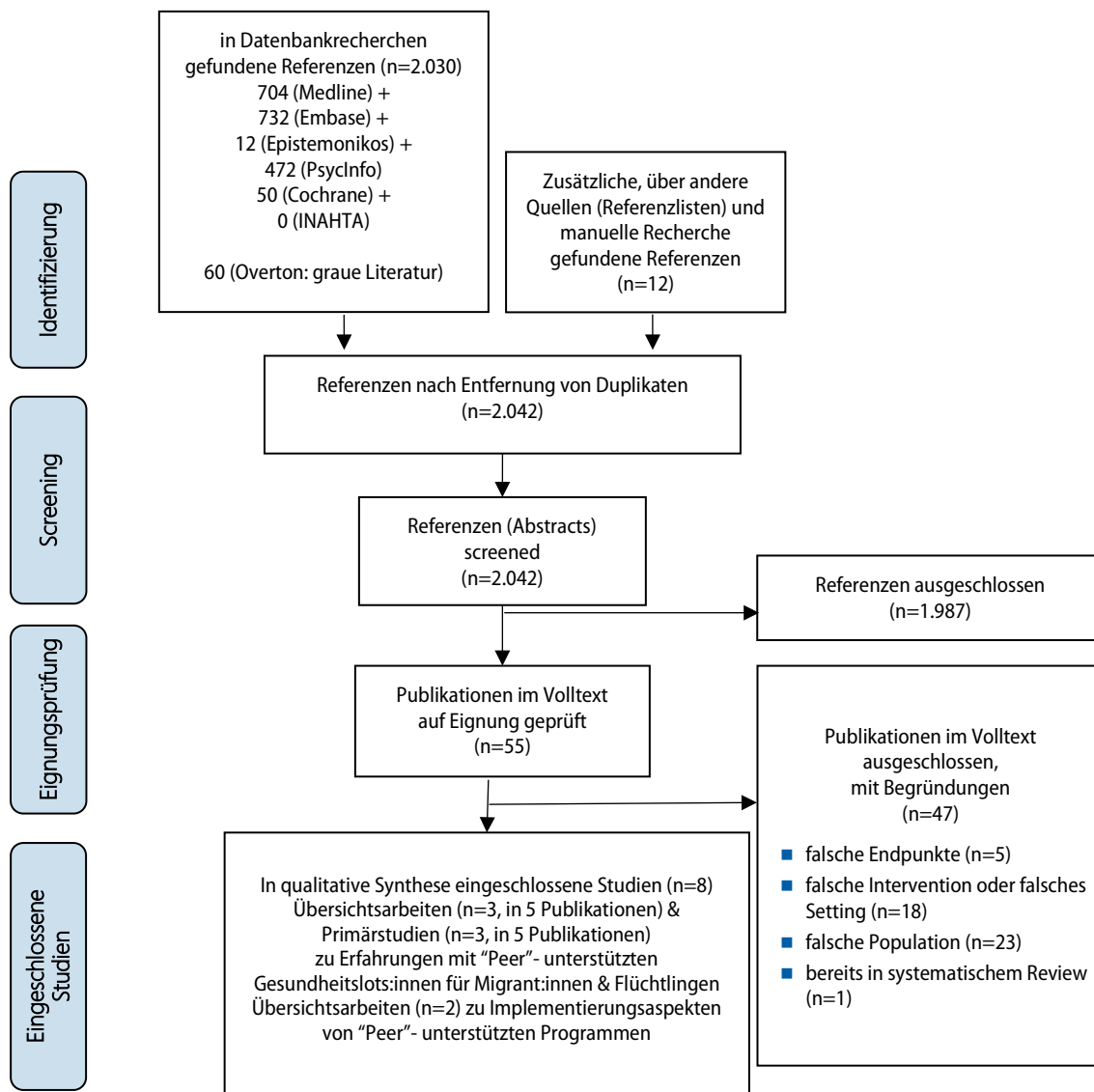


Abbildung 2-1: Flow Chart zur Studienauswahl (PRISMA Flow Diagram)

2.2.4 Datenextraktion

Eine Wissenschaftlerin (CW) extrahierte relevante Daten aus den identifizierten Studien mithilfe vorab erstellter Extraktionstabellen. Dies wurde von einer zweiten Wissenschaftlerin (RS) validiert.

Extraktion von zweiter Person kontrolliert

2.2.5 Bewertung des Verzerrungsrisikos

Zwei Wissenschaftlerinnen (CW, RS) führten die Bewertungen des Verzerrungspotenzials der identifizierten Reviews mit AMSTAR2 [41] unabhängig voneinander durch (vgl. Tabelle 7-1 und Tabelle 7-2); AMSTAR2 wurde für Scoping Reviews und Realist Reviews deskriptiv angewendet. Unstimmigkeiten wurden in Besprechungen geklärt. Die interne Validität der Primärstudien wurde nicht mithilfe eines standardisierten Instruments überprüft, da diese sehr unterschiedliche Studiendesigns aufwiesen und eine vergleichbare Bewertung daher nicht sinnvoll erschien.

RoB-Bewertung nur für Reviews (AMSTAR2)

nicht Primärstudien:
zu heterogen

2.3 Praxisbeispiele aus Deutschland: Befragung und Webrecherchen

Für die Erhebung von Praxis-Erfahrungen und zu Implementierungsaspekten wurde im Februar 2026 eine Webrecherche nach Gesundheitslots:innen-Projekten in Deutschland durchgeführt, sowie ein teilstrukturierter Leitfaden zur systematischen Erfassung von Projektmerkmalen, Prozessen, und Evaluierungen entwickelt (vgl. Anhang 7.3). Die Einschränkung auf deutsche Projekte ist durch die ähnlichen Gesundheitssysteme (sektorale Organisation), die ähnliche Trennung zwischen Gesundheits- und Sozialsystemen, sowie die Rolle regionaler (und föderaler) Strukturen sowie die gemeindenahe Organisation von Schnittstellenprojekten zu erklären.

Insgesamt konnten 13 Projekte identifiziert werden. Drei der ursprünglich identifizierten Projekte wurden nach genauer Überprüfung ausgeschlossen (Patientenlots:innen für chronisch Kranke), während drei weitere hinzukamen (zusätzliche Nennung durch aktive Projekte).

Im Februar 2026 wurden die auf den Projektwebseiten genannten Kontaktpersonen kontaktiert. Sofern die Kontaktaufnahme ohne Reaktion blieb, wurde sie bis zu 3-mal wiederholt ($n = 7$). In der Folge wurden – entsprechend den persönlichen Präferenzen – Online-Interviews vereinbart ($n = 3$) oder der teilstrukturierte Fragebogen verschickt und schriftlich beantwortet ($n = 3$). Diese Informationen wurden um Angaben aus den Webseiten ergänzt. Sofern vorhanden, wurden auch Jahres- oder Evaluationsberichte als Quellen herangezogen. Bei 12 aktiven Projekten wurde eine Response Rate von 50 % erzielt.

Einen Überblick über das jeweilige Erhebungsinstrument (Interview, Fragebogen) bzw. die jeweilige Informationsquelle (Literatur, Dokument und Website-Informationen) der in Deutschland kontaktierten Gesundheitslots:innen-Projekte finden sich in Tabelle 2-2. Eine Wissenschaftlerin (CW) extrahierte die erhobenen Daten aus Interviews, Fragebögen, Jahres- oder Evaluationsberichten sowie von Webseiten mithilfe vorab erstellter Extraktionstabellen. Eine zweite Wissenschaftlerin (RS) überprüfte die Informationen punktuell und auf standardisierte Berichterstattung.

Erhebung von Praxis-Erfahrungen mittels teilstrukturiertem Leitfaden:

Webrecherche nach deutschen Projekten

13 Projekte identifiziert (davon 12 aktiv)

3 Interviews und 3 schriftliche Befragungen (50% Rücklauf)

Extraktion der Informationen in Tabellen

Tabelle 2-2: Erhebungsinstrument und Informationsquellen zu den deutschen Gesundheitslots:innen-Projekten

	Initiative: Name	Interview	Fragebogen	Literatur, Dokumente & Website-Informationen
1	Kultursensible Gesundheitslotsen für Leipzig (KuGeL)	04.03.2026	-	Folder [42], GL-Befragung [43], Qualitätskriterien [44], Bachelorarbeit [45] https://www.leipzig.de/leben-in-leipzig/gesundheit/kultursensible-gesundheitslotsen
2	Kommunale Gesundheitsinitiativen interkulturell (KoGi) in Frankfurt am Main	-	-	Schade M. et al. [8, 46-49] https://frankfurt.de/themen/gesundtheit/gesundheitsfoerderung/kommunale-gesundheitsinitiativen-interkulturell
3	Gesundheitslots:innen Hessen	-	-	Diversitätssensible Gesundheitsförderung [50], Evaluationsbericht [51] des Projekts, https://lagfa-hessen.de/36-neue-engagement-lotsinnen-und-lotsen-in-hessen/
4	Gesundheitslotsen Stuttgart	25.02.2026	-	https://www.stuttgart.de/leben/gesundtheit/vorsorge/gesundheitslotsen
5	Gesundheitslots:innen Landkreis Karlsruhe	-	18.03.2026	https://www.landkreis-karlsruhe.de/Service-Verwaltung/Themen-Projekte/Integration/Kreisintegrationsstelle/Gesundheit-und-Migration/Gesundheitslotsen-innen/
6	Präventionsstiftung Freiburg	-	26.02.2026	Folder [52, 53] und Prospekte https://praeventionsstiftung-bw.de/foerderung/projekte/gesundheitslotsen-f%C3%BCr-menschen-mit-fluchterfahrung-in-freiburg-und-im-landkreis-breisgau-hochschwarzwald
7	Gesundheitslots:innen Neckar-Odenwald-Kreis	-	31.03.2026	https://landkreisnachrichten.de/themen/soziales/gut-integrierte-zugewanderte-lotsen-neuzugewanderte-durch-das-gesundheitssystem
8	Gesundheitslots:innen Kreis Höxter Kommunales Integrationszentrum	-	-	https://integration.kreis-hoexter.de/gesundtheit-alter-pflege/12787.Gesundheitslotsinnen-und-Gesundheitslotsen.html
9	Gesundheitslots:innen Bielefeld (MiMi)	-	-	Publikationen [54, 55] https://www.mimi-gegen-gewalt.de/das-projekt/ueber-mimi-gesundheitsfoerderung/
10	Gesundheitslots:innen Dortmund, Duisburg, Gelsenkirchen	-	-	https://www.gesunde-lebenswelten.com/gesund-vor-ort/jugendliche-und-familien/gesundheitslotsen-im-quartier-8/
11	Interkulturelle Gesundheitslotsinnen (IGLo) Essen	17.03.2026	-	https://neue-arbeit-essen.de/projekt/iglo/
12	Gesundheitslots:innen https://beteiligung.nrw.de/portal/rek/beteiligung/themen/1012266 Rhein-Erft-Kreis	-	-	Projekt 12/2025 beendet, https://beteiligung.nrw.de/portal/rek/beteiligung/themen/1012266
13	Gesundheitslots:innen München (Trudering-Riem, Feldmoching-Hasenbergl, Ramersdorf-Perlach)	-	-	https://www.donnamobile.org/gesundheitslotsinnen

GL – Gesundheitslots:innen

- Es wurden drei Online-Interviews (mit „Kultursensible Gesundheitslotsen für Leipzig (KuGeL)“, „Gesundheitslotsen Stuttgart“ sowie „Interkulturelle Gesundheitslotsinnen (IGLo) Essen“) und drei schriftliche Befragungen anhand eines teilstrukturierten Fragebogens (mit „Gesundheitslots:innen Landkreis Karlsruhe“, „Gesundheitslots:innen Präventionsstiftung Freiburg“ sowie „Gesundheitslots:innen Neckar-Odenwald-Kreis“) durchgeführt, was einer Responserate von 50 % entspricht.
- Zusätzlich wurden zu allen 12 aktiven Gesundheitslots:innen-Projekten Informationen aus Webseiten und – sofern vorhanden – aus weiteren Dokumenten erhoben und in die Analyse aufgenommen.

Online-Interviews mit
KuGeL, Leipzig
GLStuttgart
IGLo, Essen

schriftliche Befragung von
GL Landkreis Karlsruhe
GL Freiburg
GL Neckar-Odenwald-
Kreis

Webinformationen

2.4 Analyse und Synthese

Die Forschungsfragen werden in den Abschnitten 3.1 bis 3.3 für die publizierte Literatur sowie für die Praxisbeispiele auf Basis der vorab definierten Endpunkte (vgl. Tabelle 2-1) narrativ analysiert und dargestellt.

narrative Darstellung
der Ergebnisse

3 Ergebnisse

3.1 Evidenzbasis: Studiencharakteristika und Praxisbeispiele

3.1.1 Art und Umfang des Informationsmaterials

Wissenschaftliche Publikationen

Insgesamt wurden fünf Übersichtsarbeiten und drei Primärstudien in die Evidenzsynthese aufgenommen (vgl. Tabelle 7-3 bis Tabelle 7-5 im Anhang).

5 Übersichtsarbeiten
und 3 Primärstudien

Drei Reviews (ein Scoping Review [56], ein Rapid Scoping Review [57] und ein systematisches Review [58]) konnten zu gemeindenahen Interventionen, die Migrant:innen und Flüchtlinge unterstützen und teilweise von Peers durchgeführt wurden, identifiziert werden. Darüber hinaus wurden drei Primärstudien (berichtet in fünf Publikationen [59-63]) zu Erfahrungen mit Peer-Unterstützung in Navigationsprogrammen identifiziert sowie zwei weitere Reviews (ein Realist-Review [53] und ein Mixed-Methods-systematisches Review [54]) zu Implementierungsaspekten von Peer-Unterstützung in Gesundheitslots:innen-Projekten.

- Die drei Reviews zu gemeindenahen Interventionen zur Unterstützung von Migrant:innen und Flüchtlingen analysierten zum einen sechs [58], 45 [57] und 118 [56] Primärstudien und führten zum anderen quantitative Befragungen und qualitative Interviews sowie Fokusgruppen durch [57, 58]. Einschlusskriterien waren Migrant:innen und Flüchtlinge [56], mit anerkanntem Status [58] sowie vulnerable Gruppen, inkl. unbegleitete Minderjährige [57].
- Die drei Primärstudien zu peer-unterstützten Projekten analysierten die Daten von 26 [63] bis 46 [59, 60, 62] Personen. Es wurden quantitative und qualitative Daten (Befragungen und Interviews) [59, 62] oder nur qualitative Daten [63] erhoben. Eingeschlossen waren sowohl Flüchtlinge als auch Peers.
- Die beiden Reviews zu Implementierungsaspekten von peer-unterstützten Projekten schlossen zwischen 108 Publikationen und fünf Fallstudien [64] und 570 Publikationen zu Modellen und Theorien (n=122), empirischen Studien (n=448) in neun Themenclustern [65] ein. Einschlusskriterien waren Projekte zur Unterstützung bei Gesundheits- und sozialen Themen durch Peers in kommunalen Settings [65] sowie Interventionen, die darauf abzielten, eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge zu gewährleisten [64].

sehr heterogen

in Review-Methodik

Darstellung der
Ergebnisse

Einschlusskriterien

Praxisbeispiele

Es konnten 12 aktive Projekte in Deutschland identifiziert werden (vgl. Tabelle 2-2 und Tabelle 3-4), von denen sieben bereits verstetigt sind, ein Projekt befindet sich weiterhin im laufenden Projektstatus, und für vier Projekte liegen keine Angaben zum aktuellen Status vor.

12 aktive Projekte:
7 davon verstetigt

3.1.2 Herkunft und Finanzierung der Evidenz

Wissenschaftliche Publikationen

Die gesamte Evidenzbasis ist öffentlich finanziert und stammt zu einem überwiegenden Teil aus Europa. Alle Studien wurden während oder nach der großen Flüchtlingsbewegung 2015 durchgeführt und veröffentlicht:

- Zwei der drei Reviews zu gemeindenahen Interventionen für Migrant:innen und Flüchtlinge (2020 [56], 2022 [58], 2023 [57] publiziert) wurden mit EU-Forschungsprojekten (Mig-HealthCare: www.mighealthcare.eu (2017-2020), inkl. UK und USA; ENSURE: <https://healthanduropecentre.nhs.uk/ensure/> (2020-2023), inkl. UK) finanziert. Das dritte Review erhielt keine finanzielle Unterstützung und wurde in UK durchgeführt.
- Die drei Primärstudien (2019 und 2020 publiziert), wurden in Spanien [59, 60], Kanada [61, 62] und Deutschland [63] durchgeführt und hatten öffentliche Finanzierungen (Spanien: Lafourcade-Ponce Spanish Foundation for Psychological Wellbeing und Universidad de Sevilla's Office for Development Cooperation; Kanada: Pathway to Prosperity; Deutschland: Charité, Berlin).
- Die beiden Reviews zu den Implementierungsaspekten (2015 und 2025 publiziert) stammen aus Großbritannien und wurden beide vom National Institute for Health Research (NIHR) finanziert.

überwiegend aus Europa
nach 2015 durchgeführt

5 Reviews:
2 EU-Projekte
3 aus GB

alle öffentlich finanziert

3 Primärstudien:
Spanien, Kanada,
Deutschland

Praxisbeispiele

- Alle 12 aktiven deutschen Gesundheitslots:innen-Projekte und Programme sind öffentlich – durch Städte, Gemeinden und Landkreise – finanziert.

deutsche Projekte:
Finanzierung durch
Städte, Gemeinden,
Landkreise

3.1.3 Ziele, Datenerhebungsmethoden und -darstellung

Wissenschaftliche Publikationen

Die drei Reviews verfolgten unterschiedliche Schwerpunkte: die Identifizierung effektiver gemeindenaher Versorgungsmodelle für Migrant:innen und Flüchtlinge [45], die Analyse zentraler Elemente wirksamer Maßnahmen zur Reduktion von Zugangsbarrieren [47] sowie die Untersuchung von Methoden und Strategien der Peer-Unterstützung zur Ergänzung professioneller gesundheits- und sozialer Dienstleistungen [57].

Die Ergebnisse wurden – abhängig vom Review-Typ und der jeweiligen Fragestellung- folgendermaßen dargestellt:

- Scores nach Studiendesign, Größe der Studienpopulation, Studiendauer, Relevanz für EU-Populationen, theoretischer Untermauerung, evidenzbasierter Herangehensweise, Berichterstattung von Endpunkten und Reproduzierbarkeit [56],
- in Form einer Inhaltsanalyse zu den wichtigsten Elementen wirksamer Maßnahmen [58], sowie
- als SWOT-Analyse (Stärken (Strengths), Schwächen (Weaknesses), Chancen (Opportunities) und Risiken (Threats)) [57].

Ziele Reviews:
Identifikation von Good-
Practice-Modellen

Ergebnisdarstellung in
Reviews: Scores,
Inhaltsanalyse, SWOT-
Analyse

Die Ziele der drei Primärstudien waren

- eine Überbrückung der Wissenslücke zwischen Erkenntnissen aus der Literatur zur Förderung von Resilienz und Selbstermächtigung von Flüchtlingen und empirischen Erkenntnissen aus der Praxis [59, 60],
- die Entwicklung und Pilotierung eines Gesundheitsaufklärungsprogramms zur Verbesserung des Zugangs von Migrant:innen zu Gesundheitsdiensten (ACHIEVE-Programm: Accessing Canadian Healthcare for Immigrants: Empowerment, Voice & Enablement) [61, 62] und
- die Wirksamkeitsprüfung eines vorab entwickelten Manuals für Peer-to-Peer-Training für Flüchtlinge im Bereich der psychosozialen Versorgung [63].

In zwei Studien [59, 62] wurden Vorher-Nachher-Erhebungen (mit unterschiedlichen Messinstrumenten) durchgeführt; in einer Studie wurden die Teilnehmer:innen nur nachher befragt und die Interviews einer Inhaltsanalyse unterzogen [63] (vgl. Tabelle 3-1).

Ziele Primärstudien:
Pilotierung von Programmen für die Zielgruppe

Ergebnismessung in Primärstudien:
2x Vorher-Nachher-Erhebungen
1 x Interviews

Tabelle 3-1: Verwendete Messinstrumente

Instrument	Beschreibung des Instruments
Paloma2020 [59, 60] (Spanien)	
Posttraumatic Growth Inventory (PTGI) von Tedeschi [60]	PTGI misst positives psychologisches Wachstum nach belastenden oder traumatischen Ereignissen. Abgefragte Bereiche (Dimensionen): ■ Verbesserte Beziehungen zu anderen (z. B. mehr Nähe, Mitgefühl), ■ Neue Möglichkeiten im Leben (neue Perspektiven oder Chancen), ■ Persönliche Stärke (Gefühl, schwierige Dinge bewältigen zu können), ■ Spirituelle bzw. existenzielle Veränderungen. Das PTGI misst nicht das Trauma selbst oder Symptome, sondern gezielt die wahrgenommenen positiven Veränderungen danach [60]. Gemessen mit Skala aus 21 Items auf 5-Punkte-Likert-Skala. Maximale Punktzahl 105, höhere Punktzahlen deuten auf eine stärkere wahrgenommene positive Veränderung hin [59]. Ein „minimal important difference“ ist nicht bekannt.
Schriftliche Befragung	3 Befragungen nach der 1., 6. und 12. Sitzung mit offenen Fragen
Qualitative Inhaltsanalyse	■ Inhaltsanalyse von ■ Bewertungen, Kommentaren aus Protokollen der 12 Sitzungen, ■ Kommentaren, die im Laufe der Intervention in einer WhatsApp-Gruppe ausgetauscht wurden, ■ Feldnotizen, die ein Forscher während des gesamten Projekts angefertigt hat. ■ Auswertung der kodierten Inhalte zu den Themen Resilienz und Empowerment
Ghahari2020 [61, 62] (Kanada)	
Health Education Impact Questionnaire (heiQ) von Osborne [66]	Health Navigation Scale (Selbstwahrnehmung) misst das selbstwahrgenommene Selbstvertrauen bei der Orientierung im Gesundheitswesen mit einer Skala aus 5 Items auf einer 4-Punkte-Likert-Skala von 1 (stimme überhaupt nicht zu) bis 4 (stimme voll und ganz zu). Maximale Punktzahl von 20. Health Education Impact Questionnaire (Programmevaluation) misst die Zufriedenheit mit dem Programm hinsichtlich der erfolgreichen Vermittlung von Gesundheitskompetenz mit einer Skala aus 9 Items auf einer 4-Punkte-Likert-Skala, die von 1 (stimme überhaupt nicht zu) bis 4 (stimme voll und ganz zu) reicht. Maximale Punktzahl von 36. Die Auswertung erfolgt durch die Berechnung von Mittelwerten für jede Skala, die anschließend zur Auswertung von Gesundheitsförderungsprogrammen herangezogen werden [66].
Schriftliche Befragung	Befragung sowohl <i>vor als auch nach</i> jeder wöchentlichen Sitzung durchgeführt [62].

	Fragebogen zu „Vertrauen in den Zugang zur Gesundheitsversorgung“, basierend auf einer Literaturrecherche und Rücksprache mit Expert:innen für Migrationsfragen. Fragen zu den Inhalten des ACHIEVE-Programms: 2–3 Fragen, die auf einer Skala von 0 bis 5 bewertet werden (die maximale Punktzahl in den Fragebögen liegt somit zwischen 10 und 15).
Jumaa2020 [63]	
Teilstrukturierte Interviews	2 Monate nach der Intervention, 25 offene Fragen zu ■ Erwartungen an die Homogenität der Gruppe (Alter, Ethnizität und Geschlecht), ■ Themenauswahl, ■ Verbesserungsvorschläge, ■ Zufriedenheit und Bereitschaft zur Weiterempfehlung sowie ■ Vorteilen der Sitzungen
Qualitative Inhaltsanalyse	Transkripte der Interviews wurden einer Inhaltsanalyse unterzogen [63].

Die Ziele der beiden Reviews zu Implementierungsaspekten waren, eine Synthese durchzuführen, um ein besseres Verständnis des Potenzials kommunaler Peer-Unterstützung zur Förderung besserer Gesundheitskompetenz und zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten zu entwickeln [65] sowie die Möglichkeiten, Praktiken und Modelle zu verstehen, die eine bedarfsgerechtere Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge/unfreiwillige Migrant:innen unterstützen können [64].

- Der 2015 publizierte Review untersuchte organisatorische Ansätze, um Effektivität und den Impakt von Peer-Unterstützung auf die Gesundheitskompetenz zu steigern. Zunächst wurden die Publikationen in Themencluster gruppiert und anschließend nach Kohärenz zwischen Programmtheorie und empirischen Ergebnissen analysiert [65].
- Der 2025 publizierte Review versuchte den Zugang zu Gesundheitsdiensten mittels indirekter Endpunkte, gemessen in Patient:innen-Zufriedenheit, Akzeptanz und Angemessenheit der Versorgung, hilfesuchendes Verhalten, Wissen und Bewusstsein von Krankheit und Diensten, Spitalsbesuchen oder verpasste Termine narrativ zusammenzufassen [64].

Ziele der Implementierungsreviews: Identifikation förderlicher Aspekte

Ergebnisdarstellung in Implementierungsreviews: Kohärenz zwischen Programmtheorie und empirischen Ergebnissen

Patient:innen-Zufriedenheit, Akzeptanz und Angemessenheit der Versorgung

Praxisbeispiele

Die Ziele der 12 aktiven Gesundheitslots:innen-Projekte und Programme in Deutschland umfassen relativ einheitlich (Vgl. Tabelle 7-6 im Anhang) die Steigerung der Gesundheitskompetenz durch verschiedene Ansätze wie Wegweiser, Brückenbauer und Kompass-Konzepte, die darauf abzielen, die "navigationale" Gesundheitskompetenz zu erhöhen sowie Gesundheitsförderung zu stärken und damit zum einen eine Hilfe zur Selbsthilfe und zum Empowerment zu geben und zum anderen – mittel- und langfristig – auch eine gesundheitliche Chancengleichheit zu erreichen.

In fast allen Gesundheitslots:innen-Projekte werden Feedback-Fragebögen nach den Veranstaltungen eingehoben, wenngleich nur selten publiziert (*Gutachten, KoGI Frankfurt/ Main*). Nur drei der 12 Projekte führten bislang eine publizierte Ergebnismessung durch (KuGeL Leipzig, GL Hessen und (wahrscheinlich) MiMi Bielefeld). Diese wurde durch Befragungen sowie eine externe Qualitätsbeurteilung erhoben. Endpunkte waren die Zufriedenheit und die Selbsteinschätzung der „navigationalen“ Gesundheitskompetenz – ohne Anwendung standardisierter Instrumente.

Ziele der deutschen Projekte: Steigerung der Gesundheitskompetenz und Gesundheitsförderung

Ergebnisdarstellung in Projekten: Zufriedenheit und Selbsteinschätzung der Gesundheitskompetenz

3.2 Organisatorische Endpunkte

3.2.1 Implementierungsaspekte

Wissenschaftliche Publikationen

In der Literatur wird betont, dass es eine Voraussetzung für eigene Programme für Migrant:innen und Flüchtlinge ist, gesundheitliche Ungleichheiten in der Politik zu erkennen und Projekten zur Verringerung dieser Ungleichheiten Priorität einzuräumen [65]. Dies entspricht einer gesellschaftlichen Haltung und einer aktiven Verhaltensweise [64], die durch die Ermittlung entsprechender Bedarfe [53] erfolgen.

politische
Prioritätensetzung als
Voraussetzung

Wichtig sei auch, dass die Herausforderungen und Bedarfe dieser Gemeinschaften (engl. Communities) anerkannt werden [65]. Ein wesentlicher Erfolgsfaktor liegt daher in der aktiven Einbindung der Zielgruppen selbst (vgl. Tabelle 7-3 bis Tabelle 7-5 im Anhang). Die Zusammenarbeit mit Mitgliedern der Migrant:innen-Communities, die eine gemeinsame Sprache und einen ähnlichen soziokulturellen Hintergrund teilen, trägt maßgeblich dazu bei, Vertrauen, Zugehörigkeit und Gemeinschaftsgefühl aufzubauen [56, 58] [59, 60, 65]. Das Schaffen von „Safe Spaces“ (ein geschützter Raum, in dem Menschen frei von Diskriminierung sein können) wird als Wirkungsbereich identifiziert [64].

Einbindung der
Zielgruppe ist
Erfolgsfaktor

Ebenso spielt kultursensible Kommunikation eine entscheidende Rolle [58, 64], da dabei sprachliche und kulturelle Barrieren berücksichtigt werden. Insgesamt ist eine enge Kooperation zwischen professionellen Gesundheitsdienst-Akteur:innen, lokalen Gemeinschaften sowie Migrant:innen- und Flüchtlingsgemeinschaften notwendig, wobei Vertrauen und Engagement als zentrale Voraussetzungen gelten [57, 61, 62, 64].

kultursensible
Kommunikation und
Kooperation

Die Bereitschaft zu Innovationen und zum Arbeiten außerhalb bestehender Strukturen, eine „Mikroflexibilität“ in der Interaktion mit Patient:innen und Klient:innen sowie die Schaffung sicherer Räume, um das Vertrauen in die Anbieter:innen zu fördern, sollten gegeben sein [64]. Die „Peers“ sollten eine gewisse Kontrolle und Autonomie darüber erhalten, wie, wann und wo die Intervention durchgeführt wird, sowie darüber, die Intervention zu gestalten und anzupassen [65]. Ein Training für die Peers sollte angeboten werden, damit sie lernen, ihre Rollen und die damit verbundenen Erwartungen zu definieren [57].

Mikroflexibilität:
autonome Gestaltung
und Anpassung der
Intervention

Training und Rollen-
Reflexion

Weiter wird betont, dass die Gesundheitsdienstleister:innen auf Seiten der Anbieter:innen gezielt auf die Bedürfnisse der Zielgruppe geschult werden sollten [64]. Zudem wird hervorgehoben, dass es wichtig ist, Informationen in mehreren Sprachen bereitzustellen und eine ausreichende Reaktionsfähigkeit sowie eine gute Koordination zwischen Gesundheits- und Sozialdiensten sicherzustellen. Mehrsprachige Ansprechpartner:innen und eine möglichst gute kulturelle Passung zwischen Behandelnden und Patient:innen können den Zugang zusätzlich erleichtern [56, 64].

Reaktionsfähigkeit und -
bereitschaft auf Bedarfe
und Bedürfnisse
einzugehen

Ergänzend kann eine gemeindebasierte partizipative Begleitforschung sinnvoll sein [56].

Begleitforschung

Die Zusammenfassung der Ergebnisse aus Literatur und Praxis finden sich in Tabelle 3-2 und Abbildung 3-1.

Tabelle 3-2: Zentrale Implementierungsfaktoren aus Publikationen und Praxisbeispielen

Zentrale Implementierungsfaktoren
Einbindung der Zielgruppe kultursensible Kommunikation und Kooperation autonome Gestaltung & Anpassung der Intervention: Reaktionsfähigkeit auf Bedarfe Balance zwischen Freiraum zur Gestaltung Orientierungshilfe durch Koordination Anbindung an und regelmäßiger Austausch mit Koordinierungsstelle: Fortbildungen, Austauschtreffen Beziehungs- und Kontaktpflege, Wertschätzung der Arbeit Begleitforschung

Praxisbeispiele

Es wurde wiederholt betont, dass Peers, die aus dem gleichen Kulturkreis und der gleichen Lebenssituation wie die Zielgruppe stammen, den Zugang zu diesen Personengruppen erleichtern und Sprachbarrieren minimieren sowie bedarfsgerechte, niedrighschwellige Gesundheitsinformation ermöglichen. Die Vermittlung der Informationen in alltäglichen Umfeldern (Kita, etc.) zur Vermeidung zusätzlicher Barrieren sowie eine partizipative Entwicklung des Curriculums mit interdisziplinären Beiträgen aus unterschiedlichen Professionen unter Einholung von Feedback durch Teilnehmer:innen, um die Bedarfsgerechtigkeit der Inhalte zu prüfen und die Akzeptanz zu gewährleisten, sind wichtig [8] (*KoGI, Frankfurt/Main*). Über die Jahre hat sich gezeigt, dass bestehendes Vertrauen zueinander in Gruppen notwendig ist, um bestimmte Themen zu behandeln (*Interview, GL Essen*).

Peers erleichtern Zugang zu Communities, bilden Vertrauen

erleichtern Informationsvermittlung

Die biografische Erfahrung prägt nicht nur die Motivation, sondern fördert zugleich ein besonderes Verständnis für die Lebensrealitäten der Ratsuchenden. Eine hohe intrinsische Motivation der engagierten Personen erwies sich als besonders hilfreich für die Umsetzung der Intervention. Zudem sind organisatorische Strukturen zentrale Voraussetzungen für das Gelingen der Projekte: die Anbindung an eine Koordinationsstelle, Integrationsförderprogramme sowie regelmäßige Austauschformate [51] (*GL Hessen*). Der Zugang zu den Communities ist leichter, wo es sozialpädagogische Betreuung gibt (z. B. in Heimen, bei Flüchtlingen); wohingegen der Zugang zu neuen Communities (etwa alternde Gastarbeiter:innen, ethnische Minderheiten) und die Identifizierung von Schlüsselpersonen in diesen Gruppen weniger leicht sind (*Interview, GL Stuttgart*). Darüber hinaus sind Menschen aus Südosteuropa schwerer erreichbar, weil sie weniger in ethisch-kulturellen Gruppen organisiert sind (*GL Essen*).

intrinsische Motivation der Gesundheitslots:innen und Anbindung an Koordinierungsstelle und regelmäßiger Austausch

aber: auch schwer erreichbare Gruppen

Um die ehrenamtlich engagierten Personen zu binden, werden wiederkehrende Einladungen zu Qualifizierungen, zu kontinuierlichen Kontakten sowie zu Veranstaltungen (Sommerfest, Netzwerktreffen) organisiert. Ergänzend dazu werden Austauschformate mit anderen aktiven Gesundheitslots:innen angeboten, die Raum für Vernetzung und gegenseitige Unterstützung schaffen (*Interview, GL Karlsruhe*). Beziehungspflege ist wichtig (*Fragebogen*,

Beziehungspflege zur Bindung der ehrenamtlichen Peers

Präventionsstiftung Freiburg). Im ländlichen Setting und bei der Arbeit mit Gesundheitslots:innen mit Migrationshintergrund braucht es viel Zeit für die Beziehungspflege. Der Fokus liegt auf dem Matching der Einsätze (Anmerkung: Begleitungen) mit der jeweiligen Gesundheitslots:in (Fragebogen, GL Neckar-Odenwald). Durch den Aufbau guter persönlicher Beziehungen und verschiedener Fortbildungsangebote wird die Qualität der Begleitungen durch die Koordinationsstelle gesichert (Fragebogen, GL Neckar-Odenwald-Kreis). Die Koordination zahlreicher Akteur:innen ist unverzichtbar (GL Karlsruhe).

Aus der bisherigen Erfahrung lassen sich mehrere zentrale Learnings ableiten (GL Karlsruhe): Ein kontinuierlicher Kontakt zu den ehrenamtlich engagierten Personen trägt maßgeblich dazu bei, ihre Motivation aufrechtzuerhalten. Ein weiterer Punkt betrifft die Gestaltung des Programms und des möglichen Engagements nach der Qualifizierung: Bisher wurde dies bewusst offen gehalten, um den Teilnehmer:innen Raum für eigene kreative Ideen zu geben. Rückmeldungen zeigen jedoch, dass dies teilweise zu wenig Orientierung bot. Das zentrale Learning für die Zukunft lautet daher: Ein klarer Rahmen und konkrete Orientierungshilfen sollten bereits während der Qualifizierung vorgegeben werden, um den Einstieg zu erleichtern und die Motivation zu fördern (GL Karlsruhe; Gutachten KoGi Frankfurt/Main).

Kontaktpflege und Balance zwischen Freiraum zur Gestaltung und Orientierungshilfen, Qualifizierung



Abbildung 3-1: Infografik zu Bausteinen wirksamer Interventionen (erstellt mit ChatGPT)

3.2.2 Chancen, Risiken & Herausforderungen

Wissenschaftliche Publikationen

In der Literatur wird betont, dass Peer-Unterstützung zahlreiche positive Effekte hat [57]: Sie erleichtert den Zugang zu Gesundheitsdiensten, insbesondere durch den Abbau von Sprachbarrieren, stärkt das Selbstvertrauen, reduziert Stress und unterstützt bei der Bewältigung alltäglicher Probleme [58]. Darüber hinaus kann sie dazu beitragen, dass weniger Termine versäumt werden, etwa durch verbesserte Kenntnisse über das Gesundheitssystem oder den öffentlichen Nahverkehr [58]. Insgesamt wirke sich Peer-Unterstützung positiv auf die Lebensqualität aus, indem sie das emotionale, soziale und körperliche Wohlbefinden sowie die Resilienz fördert [58] sowie insbesondere ein gegenseitiges Lernen möglich macht und das Potenzial hat, die soziale Inklusion langfristig zu verbessern [57].

Gleichzeitig bestehen auch Herausforderungen. So kann es an fachlichem Wissen bei den Peers fehlen oder zu einer zu starken persönlichen Verstrickung kommen. Auch ein unpassendes Verhältnis zwischen Peer und unterstützter Person kann die Wirksamkeit beeinträchtigen. Risiken bestehen vor allem in fortbestehenden kulturellen und sprachlichen Barrieren, möglichen Abbrüchen von Maßnahmen sowie in Schwierigkeiten bei der Sicherstellung von Nachhaltigkeit, Zeitressourcen und langfristigem Engagement [57].

Organisatorische Faktoren bei der Planung und Umsetzung von Peer-Unterstützungsprogrammen variieren stark: Am einen Ende stehen Organisationen mit einem reinen Informationsansatz und einem „autoritären“ Design, bei dem die Zielgruppe kaum eingebunden ist. Dadurch fühlen sich Peer-Unterstützer:innen oft in der Nutzung ihres erfahrungsbasierten Wissens eingeschränkt. Präskriptive Programme konnten dennoch wirken, wenn positive Mechanismen wie die Wertschätzung dieses Wissens vorhanden waren und eine kollaborative Umsetzung ermöglicht wurde. Am anderen Ende stehen partizipative Programme, die von Anfang an auf aktive Einbindung setzen und gemeinsam gestaltet werden. In beiden Fällen hängt der Erfolg maßgeblich davon ab, wie viel Kontrolle und Autonomie den Beteiligten eingeräumt werden [65].

Die Zusammenfassung der Ergebnisse aus Literatur und Praxis finden sich in Tabelle 3-3.

Chancen:
positive Effekte durch
Peer-Unterstützung:
Abbau von
Sprachbarrieren,
Stärkung von
Selbstvertrauen,
Reduktion von Stress

Risiken:
persönliche
Verstrickungen,
Nachhaltigkeit und
langfristiges Engagement

Herausforderungen:
Balance zwischen
Kontrolle und Autonomie
finden

partizipative Ansätze

Tabelle 3-3: Chancen, Risiken & Herausforderungen aus Publikationen und Praxisbeispielen

Chancen	Risiken	Herausforderungen
positive Effekte durch Peer-Unterstützung: Abbau von Sprachbarrieren, Stärkung von Selbstvertrauen, Reduktion von Stress Fortbildung und Qualitätssicherung Betreuungs- und Unterstützungsstrukturen: Begleitung, Austausch zu Bedarfen Supervision und Reflexion	persönliche Verstrickungen Potenzial für subjektive Einflussnahme Nachhaltigkeit und langfristiges Engagement Ehrenamtlichkeit: Mangel an Bindung und Kontrolle prekäre Bedingungen fehlende Anerkennung	Balance zwischen Kontrolle und Autonomie finden partizipative Ansätze laufende Aktualisierung der Materialien Nachschulungen Förderlogik erschwert Flexibilität und Anpassungen an Bedarfe Verständnis der Rolle als Wegweiser:in, nicht Berater:in schärfen

standardisierte Materialien Community of Practice und gemeinsames Lernen Kostenreduktion bei Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen	Rollenabgrenzung und -klarheit Erwartungen und Überforderung	
---	--	--

Praxisbeispiele

Alle Gesundheitslots:innen bekommen eine enge Begleitung und müssen Probenvorträge halten; die Gesundheitslots:innen berichten immer wieder über neue Fragen und Bedarfe zu bestimmten Themen, aus denen dann neue Module entwickelt werden (*Interview, KuGeL Leipzig*). Die Begleitung der Tätigkeit erfolgt in enger Anbindung an die Fachstelle: Es besteht ein kontinuierlicher Austausch; bei wichtigen Terminen (z.B. mit offiziellem Charakter) ist zudem eine Teilnahme der Koordinator:in vorgesehen (*Interview, GL Karlsruhe*). Die Begleitung der Gesundheitslots:in erfolgt immer bei der allerersten Veranstaltung; zudem finden Austauschtreffen zur gemeinsamen Vorbereitung von Veranstaltungen, zur Erstellung von Materialien und zum Ablauf statt (*Fragebogen, Präventionsstiftung Freiburg; Interview, IGLo Essen*).

Supervision wird zwar angeboten, wurde bislang jedoch noch nicht genutzt; gemeinsame Reflexionsprozesse, beispielsweise im Rahmen von Abschlussmodulen, fördern die kontinuierliche Weiterentwicklung der eigenen Rolle und Praxis; ein regelmäßiges Monitoring durch das Controlling der Trägerinstitution ist verbindlich vorgesehen, um die Umsetzung zu begleiten und zu sichern (*Interview, GL Karlsruhe*). Unterstützend kommen standardisierte Materialien wie Handouts und ein Mentoringplan zum Einsatz (*Interview, GL Karlsruhe*). Es wurden zur Qualitätssicherung ein Praxishandbuch und ein Leitfaden sowie Materialien entwickelt: <https://kompetenzzentrum-vielfalt-hessen.de/integrationslotsen/news/praxishandbuch-fuer-die-koordination/> (*Interview, GL Hessen*).

Die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems sinkt und damit auch die Gesundheitskosten, da die angemessene und sinnvolle Versorgung, der Weg ins Krankenhaus, Notfalldienste, ein Teil der Informationen ist (*Gutachten, KoGi Frankfurt/Main*).

Gesundheitslots:innen-Projekte in Deutschland haben einen regelmäßigen (2-4-mal pro Jahr) Austausch, um Erfahrungen, Herausforderungen, Ideen, Lösungsansätze sowie Materialien zu teilen. Dadurch können neue Projekte auf diesen Erfahrungen aufbauen (*Interview, KuGeL Leipzig, Interview GL Stuttgart, Fragebogen, Präventionsstiftung Freiburg; Fragebogen, Neckar-Odenwald-Kreis*).

Die Ausweitung auf Begleitungen wäre sinnvoll und hätte große Nachfrage, wäre aber nicht bezahlbar; zudem problematisch, weil immer persönliche Erfahrungen in Übersetzungen einfließen; darauf muss sehr aufgepasst werden (*Interview, KuGeL Leipzig*). Das ist herausfordernd, weil Inhalte häufig mit subjektiven Erfahrungen vermischt werden (z. B. bei Impfungen) und anschließend beides kommuniziert wird (*Interview, Gesundheitslotsen Stuttgart*). In einzelnen Fällen geben Lots:innen auch falsche, eigene Informationen: Es ist daher zielführend, alle Lots:innen nach dem gleichen Standard mit einheitlichen Präsentationen und Informationsmaterialien zu schulen, um die Qualität der Intervention zu steigern (*Gutachten, KoGi Frankfurt/Main*).

Chancen:
Fortbildung und
Qualitätssicherung

Betreuungs- und
Unterstützungsstrukturen:
Begleitung, Austausch zu
neuen Bedarfen

Supervision und Reflexion
standardisierte Materialien

Wissen zu
„angemessener“
Versorgung,
Kostenreduktion

Community of Practice
und gemeinsames Lernen

Risiken:
Potenzial für subjektive
Einflussnahme

Eine weitere Problematik ist die Vergütung. Ist die Arbeit der Gesundheitslots:innen ein Ehrenamt oder soll der Aufwand vergütet werden und was ist eine angemessene Aufwandsentschädigung, steht zur Diskussion. Gerade Menschen mit Migrationsgeschichte werden ohne jegliche Entschädigung zusätzlich belastet (*GL Hessen*, [51]). Es gibt kaum eine Möglichkeit zur Kontrolle, da keine Weisungsbefugnis besteht, und ob die Informationen und Materialien korrekt in den verschiedenen Sprachen verwendet werden (*Interview*; *GL Stuttgart*). Die Ehrenamtlichkeit stellt eine Herausforderung für die Bindung der Beteiligten und die Verlässlichkeit bei Einsätzen dar (*GL Karlsruhe*). Vereinzelt wird auch der Wunsch nach finanzieller Vergütung geäußert. Vor diesem Hintergrund bleiben die stetige Weiterqualifizierung und Vernetzung im Programm besonders wichtig, um die Motivation aufrechtzuerhalten, die Bindung der Gesundheitslots:innen an das Projekt zu stärken und den Austausch untereinander zu fördern (*GL Karlsruhe*). Die Gewinnung von Gesundheitslots:innen und deren dauerhafte Anbindung stellen stetige Herausforderungen dar (*Präventionsstiftung Freiburg*). Als häufigste Herausforderungen wurden sprachliche Barrieren, fehlende finanzielle Mittel, mangelnde Offenheit der Gesundheitsdienstleister gegenüber Kooperationen sowie die fehlende Anerkennung ehrenamtlicher Arbeit benannt (*GL Hessen*, [51]).

Weiters sind die Grenzen in der Tätigkeit von Gesundheitslots:innen immer wieder ein Thema: Anliegen umfassen neben gesundheitlichen Themen häufig auch soziale, finanzielle oder aufenthalts-rechtliche Problemlagen; solche komplexen Situationen erforderten nicht nur Sensibilität, sondern auch Resilienz und die Fähigkeit, angemessene Unterstützung zu leisten; um Gesundheitslots:innen hier nicht zu überfordern, ist ein begleitendes Supervisionsangebot besonders hilfreich; hinzu kommen strukturelle Barrieren im Gesundheitssystem, wie etwa bürokratische Hürden, lange Wartezeiten oder fehlende Kapazitäten, die die praktische Arbeit zusätzlich erschweren können (*GL Hessen*, [51]). Die Herausforderung ist die Grenzüberschreitung für manche Gesundheitslots:innen: in der Rolle des Wegweisers zu bleiben und nicht selbst in die (subjektive) Beratung zu gehen (*IGLo, Essen*). Die Teilnehmer:innen haben sehr unterschiedliches Verständnis von und Erwartungen an das Gesundheitswesen: Sie kennen Prävention kaum und nehmen die Gesundheitsversorgung erst bei einer Erkrankung in Anspruch. Auch unterschiedliche – etwa religiöse – Haltungen bei der Pflege von Verwandten stellen ein Problem dar (*IGLo Essen*).

Eine zentrale Herausforderung ist die Rollenklarheit, denn Gesundheitslots:innen sind nicht für medizinische oder therapeutische Beratungen qualifiziert. Sie sind jedoch mit entsprechenden Erwartungen konfrontiert; eine klare Abgrenzung gegenüber der professionellen Gesundheitsversorgung sowie gegenüber gesundheitlichen Sprachmittler:innen ist deshalb notwendig (*GL Hessen*, [51], *GL Karlsruhe*).

Die Herausforderungen sind vielfältig: zum einen müssen die Vorträge, die auf Deutsch erstellt werden, ständig auch in den jeweiligen Übersetzungen up-to-date gehalten werden, weil sich einige Informationen, wie Zugangsfragen, Anlaufstellen und Adressen immer wieder ändern und die Themen dem Bedarf angepasst werden (etwa gesunder Schlaf, Mediennutzung für Kinder und Eltern, perspektivisch älter werden in Deutschland (*Präventionsstiftung Freiburg*); Ernährung und Umwelt, Ablaufdatum von Lebensmitteln (*Interview*, *KuGeL Leipzig*, Zitat *KoGi Frankfurt/Main*; *GL Hessen* [51])). Rechtliche Zugänge zum Gesundheitswesen sind je nachdem, ob Personen einen Asylstatus oder einen anerkannten Arbeitsmigrantenstatus haben, sehr unter-

Nachhaltigkeit und Bindung
Mangel an Kontrolle
prekäre Bedingungen
fehlende Anerkennung für ehrenamtliche Tätigkeiten

Rollenabgrenzung und -klarheit

Überforderung

Verständnis der Rolle als Wegweiser:in, nicht Berater:in schärfen

Erwartungen entsprechen nicht den Rollen

Herausforderungen:
laufende Aktualisierung der Materialien
Nachschulungen

schiedlich und verändern sich zudem. Zudem sind Nachschulungen in zusätzlichen Modulen erforderlich ([8] *KoGi Frankfurt/Main*).

Es bestehen unterschiedliche Barrieren – von strukturellen Rahmenbedingungen bis hin zu individuellen Herausforderungen in der praktischen Arbeit der Gesundheitslots:innen. Die Umsetzungsspielräume sind durch die Förderlogik begrenzt. Eine enge Auslegung der Förderkriterien erschwert häufig die Umsetzung kreativer und niedrigschwelliger Ideen (*GL Hessen*, [51]). Unterschiedliche Bedarfe je nach Zielgruppe erfordern jedoch flexible Ansätze (*GL Karlsruhe*). Auch standortspezifische Faktoren erschweren zuweilen die Umsetzung: Bestehende lokale Strukturen werden als ausreichend erachtet, eine große räumliche Ausdehnung der Kommunen ist wegen der Fahrkosten schwierig, etc. (*GL Hessen*, [51]). Auch die Förderlogiken der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) im Rahmen des Präventionsgesetzes legen fest, dass nur Gruppenveranstaltungen (nur Sachverhalten die als Themen im GKV Leitfadens Berücksichtigung finden) und keine Einzelbetreuung gefördert werden. Auch werden verhältnispräventive Maßnahmen - außer Organisationsentwicklung durch Mitarbeiterschulung - wird nicht finanziert. Wirkungen können jedoch langfristig nur erzielt werden, wenn verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen zusammen greifen und angewandt werden (*Gutachten, KoGI Frankfurt/ Main*).

Förderlogik erschwert
Flexibilität und
Anpassungen an Bedarfe

3.2.3 Ausbildung, Aufgaben und Leistungen

Wissenschaftliche Publikationen

In den Publikationen wird betont, dass die Aufgaben von Peer-gestützten Interventionen vor allem die Sensibilisierung für Gesundheitsrisiken, etwa im Bereich der psychischen Gesundheit, sowie die Unterstützung bei Übersetzungsleistungen und die Vermittlung von Informationen über das Gesundheitssystem umfassen. Ein zentrales Ziel ist die Förderung des Empowerment, also der Selbstermächtigung der Betroffenen [56-58]. Dabei zeigt sich, dass zunächst die innere Stärke und Resilienz der Flüchtlinge gestärkt werden sollten, bevor eine aktive gesellschaftliche Teilhabe gefördert wird.

übergeordnete Aufgabe
der Peers:
Empowerment
(Selbstermächtigung)

Peer-Mentoring und gegenseitige Unterstützung leisten hierzu einen wichtigen Beitrag. Voraussetzung dafür ist jedoch, dass Peers entsprechend geschult werden und ihre Rolle reflektieren können. In den drei Primärstudien erhielten die Peers zwischen 12 Trainings à 2–3 Stunden (Spanien [59, 60]), 7-wöchige Trainings à 2,5 Stunden (Kanada [50, 51]) und 6 Trainings à 1,5 Stunden (Deutschland [63]) in Form von Bildungsworkshops, Vorlesungen, Gruppengesprächen sowie Unterrichtsaktivitäten und Hausaufgaben.

Schulung der Peers ist
Voraussetzung

unterschiedliche Intensität
und Länge

Die in den Publikationen beschriebenen Programme basieren überwiegend auf vielfältigen Wissensbeständen und Perspektiven (Kooperation, veröffentlichte Evidenz, Expert:innenwissen). Die Mehrzahl der Studien beschrieb zudem Praktiken, die Sprache und Kommunikation, Vertreibungs- (und Ansiedlungs-)Erfahrungen, potenzielle Diskrepanzen zwischen den kulturellen Traditionen, Werten und Erwartungen der ankommenden und der lokalen Gesellschaften, die übergeordneten Systeme sowie eine Reihe von Ressourcenpraktiken und Mechanismen zur Erreichung der Menschen [64].

Vermittlung vielfältiger
Wissensbestände
Reflexion von Werten und
Erwartungen
Kommunikationstechniken

Praxisbeispiele

Die Organisation und Steuerung der 12 Gesundheitslots:innen-Projekte in Deutschland erfolgt durch zentrale Koordinator:innen, oft Gemeindebedienstete aus dem Sozialbereich oder aus der Trägerorganisation, die ausschließlich oder einen Teil ihrer Arbeitszeit für die Koordination der Aktivitäten aufbringen. Dafür werden zwischen 25 % und 70 % Vollzeitäquivalente verwendet. Zu den Aufgaben der Koordinator:innen gehört die Qualitätskontrolle durch einheitliche Materialien und deren Verwendung mittels Kontrollbesuchen an den Veranstaltungen.

Koordinator:innen steuern die Projekte – meist in Teilzeit

Die Fortbildungen für die Gesundheitslots:innen sind fast immer kostenfrei, sehr unterschiedlich organisiert und reichen von zeitintensiven Fortbildungen über Monate hinweg bis hin zu wenigen mehrstündigen Veranstaltungen in kürzeren Zeiträumen. Die Schulungen dauern bei den zehn (von 12) Projekten, zu denen Informationen vorlagen, zwischen drei und fünf Monaten, mit Modulen von wenigen Stunden bis hin zu ganztägigen und/oder mehrstündigen Modulen. Neben den inhaltlichen Fortbildungen (vgl. Tabelle 7-6 im Anhang), die in Pflicht- und Wahlmodulen organisiert sind, werden oft auch Moderations- und Präsentationstechniken, interkulturelle und interreligiöse Kompetenz sowie Reflexionen über Aufgabe, Rolle und Grenzen der Rolle der Gesundheitslots:innen angeboten. Etwa 25 % bis 70 % der geschulten Gesundheitslots:innen sind danach tatsächlich in ihrer Rolle aktiv.

Fortbildungen werden kostenfrei angeboten und variieren in Länge und Intensität

Vermittlung vielfältiger Wissensbestände
Reflexion der Rolle und deren Grenzen
Kommunikationstechniken

Alle Projekte bieten Informationsveranstaltungen für Gruppen an (zwischen 30 und 60 pro Jahr, bei Gruppengrößen von 5-15 Personen), zumeist in Flüchtlings-Gemeinschaftsunterkünften, in Migrant:innen-Vereinen, -Selbstorganisationen und -Beratungsstellen, in Stadtteileinrichtungen, in Bildungsstätten, Familienbildungsstätten, in Religionsgemeinden und karitativen Organisationen, zuweilen auch bei Sprachkursen und Integrationskurssträgern. Nur wenige (*Gesundheitslots:innen im Neckar-Odenwald-Kreis und in Hessen*) bieten auch Begleitungen zu Ärzt:innen oder Behörden an, da diese sehr zeitintensiv sind.

Informationsveranstaltungen für Gruppen

selten auch Begleitungen für Einzelpersonen

Inhalte der von den geschulten Gesundheitslots:innen durchgeführten Informationsveranstaltungen umfassen immer einige Wissensselemente (etwa das deutsche Gesundheitssystem, psychische Gesundheit), andere Themen hingegen nur zuweilen oder auf Anfrage (etwa Demenz und Gewalt) (vgl. Tabelle 3-4). Die Gesundheitslots:innen erhalten für die Veranstaltungen eine Aufwandsentschädigung (zwischen 5 € und 75 € pro Stunde).

häufige Inhalte: Struktur und Organisation des Gesundheitssystems, ...)
seltener: Gewalt, Demenz

Aufwandsentschädigung

Explizite Voraussetzungen und Kriterien für Gesundheitslots:innen wie etwa eigene Migrationsgeschichte, medizinischer, pädagogischer oder kaufmännischer Hintergrund, deutsches Sprachniveau wurden nicht genannt.

Voraussetzungen und Kriterien

Tabelle 3-4: Inhalte der Peer-to-Peer-Veranstaltungen (Ergebnisse der deutschen Praxisprojekte)

Inhalte der Veranstaltungen	
Immer	Gesundheitssystem in Deutschland Familienplanung, Schwangerschaft & Geburt, Wochenbett Kindergesundheit, Säuglings- bzw. Kinderernährung gesund leben: Ernährung & Bewegung Schutz vor Infektionskrankheiten & Hygiene Seelische Gesundheit, Stressbewältigung, Entspannung, Selbstfürsorge Prävention, (Frauen)Vorsorgeuntersuchungen
Häufig	Aufenthaltsstatus & Zugang zu medizinischer Versorgung Unfälle vermeiden & Erste Hilfe Sexuelle Gesundheit chronische Erkrankungen, Diabetes (Kinder) Mund- & Zahngesundheit Alter, Pflege und Demenz Fraue – & Männergesundheit Häusliche Gewalt Abhängigkeitserkrankungen & Drogen Impfschutz
Manchmal	Patient:innen- & Verbraucher:innenrechte Kinderrechte Umgang mit Diskriminierung Wege im Pflegesystem Hilfen für Menschen mit Behinderung Umgang mit Medikamenten übertragbare Krankheiten Klimathemen
Alltagsunterstützung	Selbsthilfegruppen Deutsches Schulsystem & Inklusion Einschulungsuntersuchung und Impfungen Kindliche Entwicklung Sprachkompetenz, Medienkompetenz medizinische Versorgung abends, an Wochenenden, Feiertagen & im Notfall finanzielle, rechtliche und soziale Hilfen

3.3 Wirkungsanalyse

3.3.1 Orientierung im Gesundheitssystem, Gesundheitskompetenz, Wissen zu Angeboten

Wissenschaftliche Publikationen

Für diese Endpunkte konnte lediglich eine Primärstudie identifiziert werden. Ghahari [61, 62] erhob – vor und nach der Gesundheitslots:innen-Intervention – mithilfe des Health Education Impact Questionnaire (heiQ) zum einen die Selbsteinschätzung des Selbstvertrauens bei der Orientierung im Gesundheitssystem (Health Navigation Scale) und zum anderen die Programmevaluation (Health Education Impact Questionnaire).

Der heiQ Health Navigation Scale Score wurde von 20 der 46 Teilnehmer:innen sowohl vor als auch nach der Intervention ausgefüllt. Der Test zeigte, dass die Ergebnisse nach dem Programm signifikant höher waren als zuvor ($M = 14,20$ vs. $17,00$, $t(19) = -3,907$, $p = 0,001$). Die heiQ-Programm-Evaluation wurde von 22 der 46 Teilnehmer:innen einmalig retrospektiv ausgefüllt und lieferte Aussagen zur Zufriedenheit der Teilnehmer:innen und ergab $M = 32,45$ ($SD = 3,826$, min. 24,00– max. 36,00 Punkte) [62]. Alle Fragen zum „Vertrauen in den Zugang zur Gesundheitsversorgung“ zeigten nach dem Programm eine signifikante Verbesserung [62].

nur 1 Studie mit
46 Teilnehmer:innen

mit heiQ gemessen:
Selbsteinschätzung zur
navigationalen
Gesundheitskompetenz
von 20 (von 46)
signifikante Verbesserung

Zufriedenheit mit
Programm
von 22 (von 46)

Praxisbeispiele

Es konnte nur eine (unveröffentlichte) Evaluation zu den Endpunkten Orientierung im Gesundheitssystem, Gesundheitskompetenz, Wissen zu Angeboten (durch ein Interview) identifiziert werden. KuGeL, Leipzig erhob Veränderungen unter Gesundheitslots:innen nach deren Schulung (vgl. Abbildung 3-2).

nur 1 Evaluation von
23 Gesundheitslots:innen



Abbildung 3-2: Veränderte Gesundheitskompetenz und Orientierung von 23 Gesundheitslots:innen [43]

Eine weitere rezente Evaluation ist derzeit noch nicht verfügbar (*Gutachten, KoGI Frankfurt/ Main*).

noch unveröffentlichte Evaluation

Zu gesundheitsförderlichem Verhalten, resp. zu Verhaltensänderungen liegen aus weiteren Projekten nur einzelne (anekdotische) Fallbeobachtungen vor.

Fallbeobachtungen

3.3.2 Weitere Endpunkte: Resilienz, Bedarfe

Wissenschaftliche Publikationen

Da in den Reviews keine Einzelergebnisse zu Wirkungsbewertungen, abseits einer zusammenfassenden Beurteilung von Implementierungsaspekten, berichtet werden, werden an dieser Stelle die Wirkungsbewertungen der drei Einzelstudien [59-63] zusammengefasst (vgl. auch Tabelle 3-1).

Ergebnisse zu Endpunkten: Resilienz und Selbstwirksamkeit

Paloma [59, 60] erhob - vor und nach der Intervention – die subjektive Perzeption der Resilienz und Selbstwirksamkeit. Dies wurde mit dem Posttraumatic Growth Inventory (PTGI) erhoben:

1 Studie mit 10 Teilnehmer:innen

- Der PTGI-Score war vor der Intervention 78.67 (SD 12.83) und nach der Intervention 89 (SD 10.07), $p = 0,001$ [60]. Die höheren Punktzahlen (+ 10.33 Punkte) deuten auf eine wahrgenommene positive Veränderung hin [59]. Ein „minimal important difference“ ist nicht bekannt.
- Die Resilienz der geschulten Teilnehmer:innen schwankte im Verlauf des Programms, stieg bis zum Ende der ersten Phase deutlich an und blieb während der zweiten Phase (in der einige Teilnehmer:innen als Peers für neu angekommene Flüchtlinge fungierten) auf hohem Niveau. Ab der sechsten Sitzung begann das Empowerment-Gefühl der Teilnehmer:innen zu wachsen und erreichte am Ende der zweiten Phase seinen Höhepunkt. Während die Resilienz am Ende der ersten Phase stark zunahm, stieg kurz darauf auch das Gefühl der Selbstwirksamkeit, da die Teilnehmer:innen ihre Strategien und Fähigkeiten nun selbst als Peers einsetzten.

mit PTGI gemessen

das Gefühl von Resilienz und Selbstwirksamkeit nahm bei allen zu

Jumaa [63] erhob – einmalig – in teilstrukturierten Interviews zwei Monate nach der Intervention die Erwartungen, Themenauswahl, Verbesserungsvorschläge, Zufriedenheit und Bereitschaft, zur Weiterempfehlung. Die Ergebnisse zeigten, dass

1 Studie mit 17 Teilnehmer:innen Interviews zu

- ein Wunsch nach Geschlechterhomogenität bei spezifischen Themen besteht und mit den kulturellen Praktiken in den Herkunftsländern begründet wird, während gemischte Gruppen bei allgemeinen Themen akzeptabel sind. Größere Gruppen werden wegen der Mitgliederfluktuation als besser erlebt.
- Peers sollten denselben kulturellen und sprachlichen Hintergrund haben wie die Teilnehmenden selbst (insbesondere kommt es mit deutschen Professionellen im Medizinsystem häufig zu Missverständnissen). Peers sollten kenntnisreich und erfahren zu den besprochenen Themen sein und sich als „Lots:innen“ verstehen.
- P2P-Gruppen werden als sichere Orte wahrgenommen, an denen Erfahrungen ausgetauscht, Vertrauen zwischen den Gruppenmitgliedern aufgebaut und gemeinsam Lösungen für alltägliche Herausforderungen gefunden werden können.

Geschlechterhomogenität Erwartungen Themenauswahl Verbesserungsvorschläge Zufriedenheit

- Weitere Inhalte, wie muttersprachliche Gesundheitsangebote, aber auch weitere Themen, sowie alltägliche Probleme wie Wohnungs- und Arbeitssuche, bürokratische Angelegenheiten, sollten in das Programm aufgenommen werden.

Praxisbeispiele

Alle Projekte führen regelmäßig Befragungen vornehmlich der Gesundheitslots:innen durch (etwa zu Schulungsinhalten und neuen Themen zur Bedarfserhebung), seltener wird auch Feedback von Teilnehmer:innen eingeholt. Für die letzte Gruppe ist der Rücklauf oft zu gering, um Auswertungen vorzunehmen, so die Interviewten/Befragten. Die Ergebnisse der Befragungen liegen jedoch nicht in schriftlicher Form vor (vgl. Tabelle 3-5).

Nur drei Projekte führten bislang eine Bewertung und/oder Ergebnismessung durch (GL Hessen und (wahrscheinlich), MiMi Bielefeld [54, 55], KuGeL Leipzig); eine weitere Evaluation (KoGI Frankfurt/ Main) wurde durchgeführt und ausgewertet, aber bislang nicht veröffentlicht. In Hessen wurde das Programm „Wir fördern Gesundheit“, in dem die Projekte zu Gesundheitslots:innen nur einen Bestandteil darstellen, insgesamt einer externen Bewertung unterzogen [51]. Es liegen nur deskriptive Informationen, nicht aber evaluative, zu den Gesundheitslots:innen-Projekten vor. Zu MiMi Bielefeld [54, 55] liegen ebenfalls keine entsprechenden Ergebnisse vor.

Projekte führen regelmäßig Befragungen durch:
von Gesundheitslots:innen zu Schulungsinhalten und neuen Themen von Teilnehmer:innen – kaum Rücklauf

3 Projekte mit Ergebnismessung des Programms

kaum verschriftlichte Ergebnisse

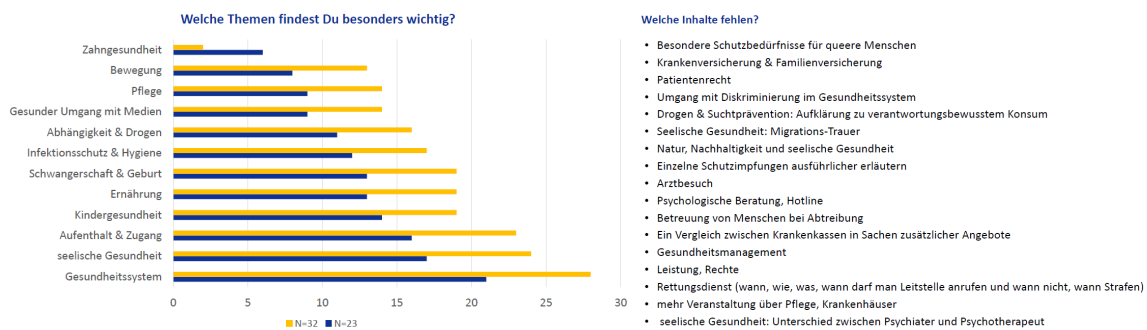


Abbildung 3-3: Themenbedarfe: Beurteilung der Wichtigkeit von Themen durch Gesundheitslots:innen und fehlende Inhalte (KuGeL, Leipzig)

Nur von einer Institution (KuGeL in Leipzig) wurden die Befragungsergebnisse 2022 von 23 Gesundheitslots:innen systematisch zusammengefasst und sind – wenngleich unveröffentlicht – verfügbar [43]: Es wurden u.a. Fragen zur Wichtigkeit von Themen (Abbildung 3-2 und Abbildung 3-3) sowie zu fehlenden Inhalten und weitere Themen, Veränderungen für Gesundheitslots:innen durch die Teilnahme am Programm, zur Nutzung des gewonnenen Wissens, zur Motivation, sich als Gesundheitslots:in zu engagieren, zur Bereitschaft weitere Aufgaben zu übernehmen, zum zeitlichen Aufwand, zum Kontakte zu und zum Austausch mit anderen Gesundheitslots:innen, zu Themen für Weiterbildungen, zu Mitgestaltung und Feedback durch Koordination sowie zu demografische Informationen gestellt.

(unveröffentlichte) Ergebnisse von KuGeL zu 23 Gesundheitslots:innen

Gesundheitslots:innen für Migrant:innen/ Flüchtlinge

Tabelle 3-5: Evaluationen von deutschen Gesundheitslots:innen-Projekten

Institution	Wen	Methode	Was	Ergebnis
KuGeL in Leipzig	Gesundheitslots:innen	Befragung	Fragen zu Wichtigkeit von Themen, fehlende Inhalte und weitere Themen, Veränderungen für GL durch Teilnahme am Programm, Nutzung des gewonnenen Wissens, Motivation, sich als GL zu engagieren, Bereitschaft weitere Aufgaben zu übernehmen, zeitlicher Aufwand, Kontakte zu und Austausch mit anderen GL, Themen für Weiterbildungen, Mitgestaltung und Feedback durch Koordination, demografische Informationen	GL-Befragung [43] (n=23)
	Teilnehmer:innen	Befragung	k.A.	kaum Rücklauf
KoGi in Frankfurt/Main [8]	Gesundheitslots:innen	Evaluationsbögen	Fragen zu möglichen Wirkungen und u.a. zur Gesundheitskompetenz	Evaluation abgeschlossen, aber noch nicht veröffentlicht
	Teilnehmer:innen			
GL Hessen [51]	Gesundheitslots:innen	Befragung	Bewertung der Schulungsinhalte Einschätzung der geplanten Gruppenformate (statt Einzelbegleitungen)	derzeit noch nicht ausgewertet
GL Stuttgart	Gesundheitslots:innen	Evaluationsbögen	Zufriedenheit Bedarfsdeckung	derzeit noch nicht ausgewertet
	Teilnehmer:innen			
GL Karlsruhe	Gesundheitslots:innen	Rückmeldungen über Mentimeter Aktivitätserfassung	k.A.	liegen aktuell nicht in ausreichender Form vor
	Teilnehmer:innen	Gruppengespräche	zu vermittelten Inhalten	
Präventionsstiftung Freiburg	Gesundheitslots:innen	Feedbackbogen nach Veranstaltungen	Beobachtungen: Mütter packen nach Ernährungsworkshops andere Essensboxen für ihre Kinder für Kita/Schule	nur Einzelbeobachtungen
	Teilnehmer:innen	Sprachnachricht Telefonat	Berichte über Verhaltensänderungen, z.B. Wasser statt Cola, nachdem gelernt wurde, wie viel Zucker in Cola steckt	
GL Neckar-Odenwald-Kreis	Gesundheitslots:innen	Einzelne Beobachtungen	Beobachtungen: positive Tendenzen unter Klient:innen, aber auch auf ärztlicher Seite bei Akteur:innen des Gesundheitssystems	quantitative / qualitative Evaluation steht noch aus
GL Essen	k.A.	k.A.	k.A.	keine formale externe Evaluation

GL – Gesundheitslots:innen, k.A. keine Angaben, KoGi - Kommunale Gesundheitslots:innen interkulturell, KuGeL - Kultursensible Gesundheitslots:innen Leipzig

4 Diskussion

Gesundheitslots:innen sind geschulte Personen, die Menschen beim Zugang zum Gesundheitssystem unterstützen, Gesundheitsinformationen vermitteln und Sprach- sowie Kulturbarrrieren überbrücken. Gesundheitslots:innen sollen daher Orientierung bieten, Gesundheitskompetenz stärken und gesundheitliche Chancengleichheit fördern.

Der vorliegende Bericht hatte zum Ziel, die internationale wissenschaftliche Evidenz sowie praktische Erfahrungen aus Deutschland in Bezug auf Aufgaben, Wirkungen, Erfolgsfaktoren und Herausforderungen von Gesundheitslots:innen-Programmen für Migrant:innen und Flüchtlinge zusammenzufassen. Im Zentrum standen ausschließlich Projekte für Migrant:innen und Flüchtlinge, bei denen geschulte Peers – also Personen mit ähnlichem kulturellem Hintergrund – Informationen vermitteln und Unterstützung leisten. Nicht berücksichtigt wurden Programme für chronisch Kranke oder klassische Case-Management-Ansätze.

Gesundheitslots:innen für Migrant:innen und Flüchtlinge: Gesundheitskompetenz stärken und gesundheitliche Chancengleichheit fördern

Ziel des Berichts: wissenschaftliche Evidenz sowie praktische Erfahrungen aus Deutschland zusammenfassen

4.1 Zusammenfassung von Literatur und Praxis

Methodisch basiert der Bericht auf einem Mixed-Methods-Ansatz. Dazu wurden wissenschaftliche Publikationen systematisch gesucht und ausgewertet sowie deutsche Praxisprojekte untersucht. Insgesamt wurden fünf Übersichtsarbeiten (mit moderatem Risiko für Verzerrungen, aber sehr unterschiedlichen Einschlusskriterien für Primärstudien) und drei Primärstudien mit unterschiedlichen Studiendesigns und Wirkungs-Erhebungsmethoden (die aufgrund der heterogenen Studiendesigns, der kleinen Populationsgrößen keiner Analyse des Verzerrungsrisikos unterzogen wurden) eingeschlossen. Die verfügbare publizierte Evidenz ist äußerst begrenzt und weist lediglich eine moderate Aussagesicherheit auf. Zusätzlich wurden Informationen zu 12 aktiven Gesundheitslots:innen-Projekten in Deutschland gesammelt. Die Informationen stammen aus heterogenen Quellen: Interviews, Fragebögen, Webseiten und Evaluationsberichten.

Insgesamt ist die Evidenzbasis daher wenig umfangreich und zugleich sehr heterogen. Die Informationen aus Publikationen und aus der Praxis spiegeln einander wider, d.h. unterscheiden sich nur im Detaillierungsgrad, nicht jedoch in den grundsätzlichen Aussagen.

Mixed-Methods-Ansatz: Review aus

5 Übersichtsarbeiten (moderates RoB) und 3 kleinen Primärstudien

Befragung und Informationsmaterialien zu Projekten in Deutschland

begrenzte Evidenz, sehr heterogen

Publikationen und Praxis bestätigen einander

4.1.1 Erfahrungsberichte zu Projektcharakteristika

Zur Beantwortung der ersten Forschungsfrage (FF1) wurden im Wesentlichen Informationen zu 12 deutschen Projekten erhoben. Diese unterscheiden sich letztlich nur im Reifegrad der Implementierung und weisen ansonsten dieselben Projektcharakteristika auf.

Projekte weisen gleiche Projektcharakteristika auf

Gesundheitslots:innen arbeiten wohnortnah und niedrigschwellig. Sie organisieren Informationsveranstaltungen für Gruppen von Migrant:innen und Flüchtlinge und begleiten zuweilen auch Menschen zu Terminen, erklären Abläufe im Gesundheitssystem und vermitteln zwischen Institutionen und Communities. Die Projekte sind öffentlich – häufig durch mehrere Projektträger – finanziert und verfügen über eine Koordinationsstelle in einer der Trägerinstitutionen.

Die Programme setzen bewusst auf Gesundheitslots:innen aus denselben Sprach- und Kulturgruppen („Peers“), weil sich dadurch Vertrauen und Zugang zu den Menschen leichter aufbauen lassen. Diese werden zunächst in einem mehrwöchigen Programm zu verschiedenen Themen geschult. Diese Fortbildung wird kostenfrei angeboten. Nicht alle geschulten Gesundheitslots:innen werden jedoch aktiv. Die Gesundheitslots:innen sind ehrenamtlich tätig, erhalten jedoch eine Aufwandsentschädigung.

Zur Qualitätssicherung werden die Vortragsunterlagen von der Projektkoordination vorbereitet und regelmäßig aktualisiert. Die Koordinator:innen unterstützen die Gesundheitslots:innen bei der Vorbereitung und Durchführung der Veranstaltungen sowie bei der bedarfsgerechten Weiterentwicklung der Programme.

wohnortnah und
niedrigschwellig
Gruppenveranstaltungen
(häufig),
Einzelbegleitungen
(selten)

Vertrauensbildung durch
geschulte „Peers“,
Schulung ist kostenfrei

GL arbeiten ehrenamtlich,
aber Aufwands-
entschädigung

standardisierte
Unterlagen, regelmäßige
Aktualisierung

4.1.2 Implementierungsfaktoren, die die Wirkung beeinflussen

Zur Beantwortung der zweiten Forschungsfrage (FF2) wurden Informationen aus Publikationen sowie aus den Erfahrungsberichten der 12 deutschen Projekte zusammengeführt.

Als zentral zum Erfolg beitragender, in mehreren Projekten berichteter Faktor wurde eine kultursensible und partizipative Gestaltung der Programminhalte beschrieben. Gesundheitslots:innen sollten eng in die Communities eingebunden sein und über ausreichende, aber sorgfältig gewählte Handlungsspielräume verfügen (unter der Bedingung, dass dieselben Materialien und Informationen verwendet werden). Vertrauen, persönliche Beziehungen und langfristige Netzwerke spielen eine zentrale Rolle. Ebenso wichtig sind Schulungen, regelmäßiger Austausch und die professionelle Begleitung durch Koordinationsstellen.

Gleichzeitig werden zahlreiche Herausforderungen beschrieben. Viele Projekte basieren auf ehrenamtlichem Engagement, was Motivation, langfristige Bindung und Verlässlichkeit herausfordernd machen kann. Die Frage nach angemessener Vergütung bleibt oft ungeklärt. Zudem benötigen die Gesundheitslots:innen kontinuierliche Weiterbildung, da sich Informationen zu Gesundheitssystemen, Zugangsrechten und Präventionsangeboten fortlaufend ändern. Die Bereitstellung ständig angepasster und aktualisierter Schulungsmaterialien, ist Aufgabe der Koordinator:innen.

Ein weiteres Problem besteht in der Abgrenzung der Aufgaben. Gesundheitslots:innen werden häufig auch mit sozialen, finanziellen oder aufenthaltsrechtlichen Problemen konfrontiert, die ihre Kompetenzen überschreiten können. Der Bericht betont deshalb die Notwendigkeit klarer Rollenbeschreibungen und professioneller Unterstützung. Es ist wichtig, dass Gesundheitslots:innen aufklären und informieren, aber bei gesundheitlichen Aspekten stets auf das professionelle Hilfesystem verweisen.

Informationen aus Praxis
und Publikationen

wesentliche Faktoren:
kultursensible und
partizipative Gestaltung
Schulung &
Qualitätssicherung
professionelle Begleitung
durch Koordination

Herausforderungen:
Bindung, Vergütung,
kontinuierliche
Weiterbildung

Abgrenzung der
Aufgaben
klare Rollenbeschreibung

4.1.3 Wirkung und Wirkungsmessung zur Zielerreichung

Zur Beantwortung der dritten Forschungsfrage (FF3) wurden Informationen aus Publikationen sowie aus (wenigen) Evaluationsberichten herangezogen.

Die verfügbare Evidenz deutet zwar auf insgesamt positive Effekte bei einer Verbesserung der Orientierung im Gesundheitssystem hin, ist aufgrund der unterschiedlichen Messinstrumente zur Wirkungsmessung, der kleinen Studienpopulationen sowie der sehr subjektiven Erhebungsmethoden jedoch nicht generalisierbar. Letztendlich hat nur eine Studie mit 46 Teilnehmer:innen, von denen nur 20 an den Vorher-Nachher-Erhebungen teilnahmen, die navigationale Gesundheitskompetenz gemessen [61, 62]. Peer-Unterstützung kann den Umgang mit medizinischen Einrichtungen erleichtern, Sprachbarrieren reduzieren und das Vertrauen in das Gesundheitssystem stärken. Darüber hinaus können die Programme das Selbstvertrauen, die Resilienz und die soziale Integration der Teilnehmenden stärken, wie Ergebnisse einer Studie mit 10 Teilnehmer:innen zeigen [59, 60].

Keine der publizierten Studien oder Projekt-Evaluationen verwendete validierte Instrumente zur Messung der Gesundheitskompetenz. Die Aussagekraft der verfügbaren Informationen reicht nicht aus, um endgültige Schlüsse zu ziehen.

Informationen aus Publikationen und Evaluationsberichten

verfügbare Evidenz aus empirischen Publikationen ist nicht generalisierbar

sehr kleine Studien, unterschiedliche Endpunkte, unterschiedliche Messinstrumente

validierte Instrumente zur Messung der Gesundheitskompetenz wurden nicht verwendet

4.2 Einbettung in weitere Publikationen zu Gesundheitslots:innen

Mehrere Umfeldanalysen, Bestandsaufnahmen und Kartierungen (Environmental Scans [4], Scoping Reviews [3, 38, 67, 68] (u.a. des European Observatory on Health Systems and Policies und der World Health Organization (WHO) [3, 38, 67-69]), Mappings und Conceptual Frameworks [7, 39, 70]) haben sich in den letzten Jahren mit Gesundheitslots:innen als kommunalen Vermittlern für einen besseren Zugang zu klinischen, aber auch nicht-klinischen Leistungen in Gesundheitssystemen befasst. Sie zeigen eine große Bandbreite an Navigationsmodellen in der internationalen Literatur. Keine dieser Analysen beschränkte sich auf die Zielgruppe der Migrant:innen und Flüchtlinge und auf die Vermittlung durch Peers, wie es in diesem Bericht der Fall war. Die Ergebnisse komplementieren und bestätigen jedoch die Aussagen dieses Berichts.

Gemeinsamkeiten finden sich bei den Aufgabenbereichen (Navigation) und Tätigkeiten (Aufklärung, Information); Unterschiede bei der Leistungserbringung (professionelle Gesundheitsdienstleister:innen statt Ehrenamt) und den Settings (Anbindung an Organisationen im Gesundheitssystem statt soziale und/oder kommunale Anbindung), den Zielgruppen und entsprechenden Wirkungsmessungen.

Gesundheitslots:innen werden zunehmend eingesetzt:

- in vielfältigen Aufgabenbereichen (Navigation durch komplexe Behandlungen, Übergangsbetreuungen bei akuten wie chronischen Erkrankungen und Multimorbidität wie Krebs, obstruktive Lungenerkrankung und Asthma, Diabetes, elektiven chirurgischen Eingriffen, chronische Nierenerkrankung, etc.) [2, 3, 67],

Ergebnisse aus Reviews zu Gesundheitslots:innen für andere Zielgruppen ergänzen das Gesamtbild

große Bandbreite Navigationsmodellen

Gemeinsamkeiten und Unterschiede

Gemeinsamkeiten: Aufgabenbereiche und Tätigkeiten

- in verschiedenen Tätigkeiten (Beratung und Aufklärung, Mentoring: soziale und emotionale Unterstützung, Übersetzung, Hausbesuche, Terminplanung und -koordination) [2, 3, 67],
- in unterschiedlichen Settings (durch Institutionen im Gesundheitswesen wie Kliniken, Ärzte-Praxen und Kommunen, humanitären Unterkünften) [4],
- durch unterschiedliche Personaltypologien und Gesundheitsdienstleister:innen (Pflegekräfte, Sozialarbeiter:innen, Gesundheitshelfer:innen in Gemeinden, Freiwillige und Ehrenamtliche, Peers) mit unterschiedlichen Ausbildungsanforderungen und -formen (zertifizierte Ausbildungen, Seminare, Training-on-the-job) [4],
- für definierte Populationen (Obdachlose, ethnische Minderheiten, sozial Benachteiligte, vulnerable Gruppen, chronisch Kranke, Migrant:innen und Flüchtlinge) [2-4, 67],
- in unterschiedlicher geographischer Ausbreitung (kommunal, regional, national) [4]
- mit unterschiedlichen Zielsetzungen: systemrelevante und patient:innenrelevante Ziele (Zeitraum zur Diagnose und Beginn der Behandlung), systemrelevante Ziele wie die Entlastung von Institutionen des Gesundheitssystems (Hospitalisierung, Wiederaufnahmen im Spital und Besuchen in der Notaufnahme in Spitälern, Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen) sowie patient:innenrelevante Ziele (Zufriedenheit, Selbstmanagement, Selbstwirksamkeit und Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL), Depression, Lebensqualität (QoL), Adhärenz mit Folgeuntersuchungen, Einhalten von Terminen bei Überweisungen, Teilnahme an Screening-Untersuchungen) [4], und
- nicht zuletzt gemessenen Wirkungen: verkürzter Zeitraum bis zur Diagnose und früherer Beginn der Behandlung, Reduktion von Hospitalisierungen, von Wiederaufnahmen im Spital und von Besuchen in der Notaufnahme [4], gesteigerte Patient:innen-Zufriedenheit, Verbesserungen bei Selbstmanagement, ADL, Depression und QoL, verbesserte Adhärenz bei Folgeuntersuchungen, Einhalten von Terminen bei Überweisungen, höhere Teilnahme an Screening-Untersuchungen (Brust-, Kolorektal-Karzinom) [3, 38, 67].

Professionelle Gesundheitslots:innen-Programme werden in den USA zunehmend von der staatlichen Krankenversicherung Medicare eingesetzt, da Kosten kurz- und mittelfristig reduziert werden: Eine rezente Übersichtsarbeit von RAND [4] berichtet von einer Reduzierung von Krankenhausaufenthalten und einer Verringerung von Wiederaufnahmen (d. h. zwischen einer Verringerung um 4 % und einer Verringerung um 28 % bei den Krankenhauseinweisungen) sowie einer Reduzierung von Notaufnahmen. Zudem konnten Navigationsdienste die Nichterscheinungsraten bei ambulanten Terminen senken [4]. Eine US-amerikanische retrospektive propensity-matched Kohortenstudie fand signifikant geringere Kosten für die staatlichen Krankenversicherungen in „Peer-Supported“-Programmen sowie höhere Inanspruchnahme von Präventionsprogrammen [71]. In einer früheren US-amerikanischen Studie zur angemessenen Inanspruchnahme der Primärversorgung und zur Vermeidung oder Verringerung von Besuchen in ambulanten Notaufnahmen konnte die Inanspruchnahme durch eine Peer-to-Peer-Intervention verringert und die Kosten dadurch kurzfristig reduziert werden [5].

Unterschiede:

Leistungserbringer

Settings und organisatorische Anbindung

Zielgruppen und entsprechende Wirkungsmessung

USA: von staatlicher Krankenversicherung Medicare eingesetzt

Ziel: Kostenreduktion

Ergebnis: 4%-28% Reduktion der Wiederaufnahmen im Spital und der Notaufnahmen

Reduktion der Nicht-Erscheinungsraten bei Terminen

4.3 Einbettung in Wirkungsanalyse des Projekts SANEAS (Volkshilfe)

Eine im Jänner 2026 durchgeführte Analyse des Gesundheitslots:innen-Projekts SANEAS der Volkshilfe Wien [40] hatte eine Ist-Stand-Analyse und Bestandsaufnahme zur Wirkungsanalyse zum Ziel. Sie basiert einerseits auf quantitativen Daten wie früheren Evaluationen (2018, 2019), Jahres- und Veranstaltungsberichten sowie Fragebogenauswertungen und andererseits auf qualitativen Informationen aus Interviews und einer Story-Telling-Analyse. Die Ergebnisse ergänzen und bestätigen die Erkenntnisse aus der vorliegenden Arbeit.

Die quantitativen Ergebnisse zeigen nicht nur einen Zuwachs an erreichten Teilnehmer:innen, sondern auch Wirkungen auf die Zufriedenheit, den Wissenszuwachs und den Willen zur Veränderung (Tabelle 4-1).

Tabelle 4-1: Wirkung der Gesundheitslots:innen im Jahresverlauf seit Gründung [40]

Jahr	Teilnehmer-Anzahl	Zufriedenheit – „sehr gut“	Wissenszuwachs – „komplett neu“	Willen zu Veränderung – „Ja“
2017	794	60%	27%	
2018				
2019				
2020	743	96%	96%	96%
2021	560	75%	71%	53%
2022	1234	85%	81%	66%
2023	1245	88%	80%	69%
2024	1375	86%	81%	66%

Die Ergebnisse aus den Interviews zeigen, dass die Art der Finanzierung (jährliche Förderperioden durch die Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK) und das Bundeskanzleramt (BKA)) und die Förderlogik mit der Notwendigkeit der Berichterstattung zu quantifizierbaren Nachweisen über Teilnehmer:innen-Zahlen, Veranstaltungshäufigkeiten und Themenbereiche sowie zu Evaluierungsbögen und einer kurzfristigen Wirkungsmessung einer längerfristigen Erhebung von Gesundheitskompetenz aufgrund von Ressourcenmangel entgegenwirken. Im Rahmen dieser festgelegten Berichtslegungspflichten bestehen kaum Möglichkeiten für neue Ideen und deren Umsetzung.

Ebenso wie in den deutschen Gesundheitslots:innen Projekten besteht SANEAS (Volkshilfe) aus einem kleinen Team von Koordinator:innen (n = 3 in Teilzeit) und einer größeren Anzahl von Gesundheitslots:innen (n = 158, 81 aktive und 77 inaktive Lots:innen) aus verschiedenen Kulturkreisen. Der mehrwöchige Lehrgang umfasst inhaltliche Themen, aber ebenso didaktische Befähigung, Gruppenleitung und interkulturelle Kompetenzen. Als besonders motivierend hat sich die Gesundheitslots:innen Arbeit im Tandem, als Team von zwei Personen, herausgestellt.

Mittels der Methode des Storytellings wurden die Erfahrungen der Gesundheitslots:innen in vier Themenbereichen erfasst (vgl. Tabelle 4-2).

Jänner 2026: Evaluation von des Projekts SANEAS der Volkshilfe Wien

Zuwachs an Teilnehmer:innen
Wirkungen: Zufriedenheit, Wissenszuwachs und Willen zu Veränderung

Förderlogik:
Notwendigkeit von quantifizierbaren Nachweisen

wenig Raum für Veränderungen, Neues

158 Gesundheitslots:innen (81 aktiv)
3 Koordinator:innen
mehrwöchiger Lehrgang
Methode: Storytelling zu Erfahrungen der Gesundheitslots:innen

Tabelle 4-2: Erfahrungen der SANEAS (Volkshilfe) Gesundheitslots:innen in vier Themenbereichen [40]

Persönliche Entwicklung & Empowerment	Lernprozesse & Wissensintegration	Soziale Rolle, Vertrauen & Zugehörigkeit	Multiplikator-Effekt
Das Projekt wird als biographischer Wendepunkt beschrieben. Themen wie gestärktes Selbstvertrauen, ein verändertes Selbstbild sowie das Gefühl, ernst genommen und wirksam zu sein, prägen das Gespräch. Es wird deutlich, dass die Tätigkeit nicht nur als Wissensvermittlung, sondern als persönliche Entwicklung verstanden wird. Empowerment ist somit kein individuelles Wachstum, sondern wirksame Selbstkompetenz.	Ein weiteres zentrales Ergebnis des Storytellings ist, dass die GSL kontinuierlich Lernprozesse durchlaufen. Gesundheitliches Fachwissen wird mit eigenen Erfahrungen verknüpft und in einen alltagsnahen Kontext gesetzt. Besonderes häufig wurde betont, dass Deutschkenntnisse zu gesundheitlichen Themen eine Schlüsselrolle spielen und dieses Wissen praktisch angewendet und weitergegeben werden können.	Die Geschichten verdeutlichen, dass die Rolle der GSL stark auf Vertrauen basiert und nur dadurch neue soziale Vernetzungen entstehen. Die Lots:innen sind tief in ihren communities verankert und Vertrauen entsteht dabei durch kulturelles Verständnis, Erreichbarkeit und persönliche Beziehungen. Darüber hinaus ist der Austausch mit anderen Lots:innen von zentraler Bedeutung.	Ein zentrales Ergebnis des Storytelling ist die Bedeutung des Multiplikator-Effekts. Wissen wird nicht unmittelbar im Rahmen von Workshops vermittelt, sondern über informelle Weitergabe in Familien, Freundeskreisen und Communities. In mehreren Geschichten berichten GSL von Situationen, in denen durch Ihre Informationen konkrete gesundheitsrelevante Veränderungen stattgefunden haben. Das sind zwar keine direkten Wirkungsnachweise, zeigen jedoch ausdrücklich, dass die Rolle der Lots:innen Auslöser sozialer Veränderungsprozessen sein kann.
Eine befragte Lotsin erzählte dazu: <i>„Ich habe nicht gewusst, wo mein Platz in der Gesellschaft ist, und durch das Projekt fühle ich mich völlig integriert in der Gesellschaft und im Gesellschaftsleben.“</i>	Eine Lotsin berichtete dazu: <i>„Viele Begriffe, die ich vorher nie gehört habe, kann ich bei der Arbeit verwenden.“</i>	Ein Lotse erzählte dazu: <i>„Eine Verbindung zu einer Community zu haben ist sehr wichtig als Lotse [...]. Man muss Vertrauen aufbauen, die Kultur verstehen und wissen, wie man miteinander umgeht.“</i>	Eine weitere Lotsin berichtete: <i>Sie war „seit 30 Jahren nicht mehr beim Frauenarzt. [...] und es wurde festgestellt dass sie Gebärmutterkrebs hatte. [...] und die Ärztin meinte, ich habe ihr das Leben gerettet.“</i>

4.4 Implikationen für die Praxis

Gesundheitslots:innen-Programme sind ein Beispiel für eine soziale Innovation, die als „Integrationstechnologie“ [55] fungieren kann. Diese Gesundheitslots:innen-Projekte sollen durch Wissensvermittlung zur Gesundheitskompetenz beitragen und die Selbstwirksamkeit stärken. Die tatsächliche Wirkung hängt jedoch von mehreren begünstigenden und hindernden Faktoren ab. Entscheidungsträger:innen, die an der Einführung von Gesundheitslots:innenprogrammen interessiert sind, sollten Faktoren auf Makro-, Meso- und Mikroebene berücksichtigen, die die Umsetzung beeinflussen ([3, 7, 38, 39, 67, 68, 70, 72-74] sowie Aussagen aus Interviews und Befragungen).

Die Gesundheitslots:innen haben unterschiedliche Hintergründe [73, 75]. Im vorliegenden Bericht wurden peer-unterstützte Programme, die mit geschulten Laien aus der Zielgruppe zusammenarbeiten, analysiert. Die Qualität der Erfüllung der Aufgaben hängt von den erlernten Fähigkeiten und den Erfahrungen ab. Eine Auseinandersetzung mit der Rolle und den Aufgaben [7, 39, 68, 72], aber auch mit den Grenzen und deren Überschreitung, ist ein essenzieller Bestandteil der Qualitätssicherung.

soziale Innovation:
Gesundheitskompetenz
stärkt Selbstwirksamkeit
und kann ein Bestandteil
der Integration sein

begünstigenden und
hindernden Faktoren

Qualitätssicherung:
Auseinandersetzung mit
Rolle und Grenzen

Wenngleich Gesundheitslots:innen eine mehrwöchige kostenfreie Ausbildung [67, 68, 72] erhalten, hat die Abgeltung der Lots:innen durch reine Aufwandsentschädigungen – die als Wertschätzung, nicht aber als Einkommen gilt – auch den Nachteil für die Organisation, keine nachhaltige Bindung, Weisungsbefugnis, Kontrolle und Steuerung der Gesundheitslots:innen zu haben, und den Nachteil für die Lots:innen, einer prekären Arbeit nachzugehen. Einige (wenige) Gesundheitslots:innen können die Ausbildung und Erfahrung nutzen, um eine „verwandte“ Tätigkeit in Anstellung zu erlangen [74]. Diese institutionellen und individuellen Vor- und Nachteile gilt es abzuwägen.

kostenfreie Ausbildung,
aber ohne nennenswerte
Abgeltung behindert
Bindung

Die Führung und Anleitung der Peers durch Koordinator:innen [68, 72] muss daher ausschließlich mit den Instrumenten der supportiven Kommunikation, getragen von Anerkennung und Vertrauen, der sozialen Kohäsion und Integration arbeiten [39, 67, 70, 72], um die Peers zu binden und zu motivieren. Dieser Führungsstil ist zwar allen Organisationen, die mit ehrenamtlichen Mitarbeiter:innen arbeiten gemein, unterscheidet sich aber wesentlich von Institutionen mit angestellten Mitarbeiter:innen. Eine Supervision zu (möglichen) Führungsstilen wirkt unterstützend.

Führung und Anleitung
nur durch supportive
Kommunikation

Ein regelmäßiger Erfahrungsaustausch und ein Netzwerk unter Projekten und Programmen mit gleichen Zielsetzungen und Aufgaben ermöglichen es, von den anderen – auf organisatorischer Ebene – zu lernen und die eigenen Implementierungserfahrungen zu reflektieren [70, 72, 74]. Eine Vereinheitlichung der Methoden der Begleitforschung mit standardisierten Outcome-Instrumenten für Gesundheitskompetenz [31, 32, 60], regionale Anpassungen [61], Navigationskompetenz [62] sowie Kostenkategorien zur Evaluation des Returns on Investment [74, 76, 77] ermöglicht es, aus den erhobenen Daten gemeinsam zu lernen [70].

Community of Practice:
Erfahrungsaustausch

Vereinheitlichung der
Ergebnismessung
wünschenswert

Eine nachhaltige Verankerung (Versteigerung) und/oder mehrjährige Finanzierungszusagen erleichtern nicht nur die Planung für Organisationen [67], sondern auch die Ergebnismessung und die Anpassung des eigenen Programms auf Basis der Ergebnismessungen und Erfahrungen [38, 72]. Einjährige Finanzierungen verunmöglichen lernenden Organisationen in einem kultursensiblen Umfeld, das zwischen Professionalisierung und Standardisierung der Prozesse sowie der permanenten Anpassung an Inhalte und Bedarfe existiert [38, 70].

Förderlogik: kurzfristige
Finanzierungen mit
Berichtslegung behindern
Anpassungen,
Neuerungen

4.5 Limitationen

Die Limitationen der vorliegenden Arbeit sind zweifach:

- Aufgrund der strengen Einschlusskriterien – nur Publikationen zu Peer-unterstützten Programmen mit/für Migrant:innen und Flüchtlinge – mussten viele Zitate zu Programmen, die mit geschultem Gesundheitspersonal zur Navigation und Unterstützung chronisch Kranker arbeiten, ausgeschlossen werden. Dieser Entscheidung lag die Rationale zugrunde, dass laienbasierte Programme in einem kultursensiblen Umfeld andere Erfahrungen machen als Programme, die sich an sozial benachteiligte und/oder chronisch-krankte Inländer:innen wenden. Diese Entscheidung hatte zur Folge, dass nur wenige Publikationen zur Verfügung standen. Aufgrund der Einbettung der

Limitationen der Arbeit:

enge Einschlusskriterien
bei Zielgruppe und
Leistungserbringung

ausgeschlossenen Publikationen in die Diskussion wurde versucht, dieses Wissen dennoch zu integrieren.

- Da die Suche nach deutschen Projekten mittels Webrecherche stattfand, können weitere Projekte – ohne Webrepräsentanz – nicht ausgeschlossen werden. Es besteht also kein Anspruch auf Vollständigkeit der Übersicht über deutsche Gesundheitslots:innen-Projekte. Zudem wurden die Koordinationsstellen der identifizierten Projekte zwar mehrfach angeschrieben, dennoch konnten nur persönliche Informationen von etwa der Hälfte der Identifizierten gesammelt werden. Die Entscheidung, nur deutsche Projekte einzuschließen, basierte zudem auf der Rationale, dass Deutschland und Österreich ähnliche (komplexe) Gesundheitssysteme haben, die sich durch geringe Durchlässigkeit zwischen den Sektoren (Spital und niedergelassener Bereich) sowie zwischen den Abgeltungsbereichen (Gesundheits- und Sozialbereich) auszeichnen. Da sich die berichteten Erfahrungen in den Interviews und Befragungen jedoch deckten, glauben wir, die wichtigsten Aspekte erfasst zu haben.

Praxisprojekte in Deutschland: nur durch Websuche identifiziert

Die Limitation der vorliegenden wissenschaftlichen Nachweise ist:

- Komplexe Interventionen bedingen fast immer wenig-standardisierte Evaluationsstudien. Zudem ist Erfahrungswissen – erhoben in Interviews und Befragungen – zwar sehr subjektiv, aber in der frühen Phase der Generierung von Evidenz von großer Relevanz.
- Die Heterogenität der Studien, überwiegend nicht-experimentelle Designs, kleine Stichproben, fehlende Langzeiteffekte, subjektive Endpunkte hat eine eingeschränkte Generalisierbarkeit (Kontext, Länder, Settings) zur Folge.
- AMSTAR ist streng genommen nur für systematische Reviews mit Interventionsfokus validiert. Die Bewertung der Scoping Reviews und des Realist Reviews kann damit nur eingeschränkt interpretiert werden.
- Gleichzeitig besteht großer Bedarf an Forschung und Begleitevaluationen, da viele Projekte bislang nur begrenzt wissenschaftlich untersucht wurden.

Limitationen der Evidenz:

wenig standardisierte Evaluationsstudien
heterogene Studien,
geringe Generalisierbarkeit

AMSTAR nicht für Scoping/ Realist Reviews validiert

großer Bedarf an Forschung, Evaluation und Publikationen

5 Schlussfolgerung

In Deutschland wurde das erste Gesundheitslots:innen-Projekt MiMi („Mit Migrant:innen für Migrant:innen“) bereits 2003 in Bielefeld gegründet [54, 55]. Seitdem wurden zahlreiche weitere Projekte und Programme initiiert und teilweise auch verstetigt. Das österreichische Pendant SANEAS (Volkshilfe) wurde 2012 ins Leben gerufen und wird fortlaufend evaluiert [40]. Im Jahr 2019 griff das Health Evidence Network der WHO Europe [69], 2021 dann das European Observatory on Health Systems and Policies das Thema erstmals auf und legten Zusammenfassungen organisatorischer Ansätze und inhaltlicher Aufgabenbereiche vor [3, 67]. Spätestens seit 2019, resp. 2021 ist diese Intervention also in den Fokus gesundheitspolitischer Planungen geraten und aus dem Status regionaler Pilotprojekte herausgetreten.

Während sich Patientenlots:innen Projekte in den USA primär an die im staatlichen System Medicare versicherten Personen wenden und eine Kostenreduktion im Blick haben, richten sich die Gesundheitslots:innen-Projekte in Europa vermehrt an Migrant:innen und Flüchtlinge, um die soziale Ungleichheit beim Zugang zu Gesundheitsleistungen zu verringern. Dass Gesundheitskompetenz zu Kostenreduktionen im Gesundheitswesen führen kann, konnte das europäische EQUI-HEALTH Projekt zeigen [36].

Obwohl die Evidenz zur Wirksamkeit von Gesundheitslots:innen-Programmen begrenzt ist, deuten die wenigen verfügbaren Studien darauf hin, dass sie die Orientierung im Gesundheitssystem verbessern und die Selbstwirksamkeit sowie die Resilienz stärken können. Die Evidenz ist jedoch sehr heterogen und robuste Belege für positive Effekte sind auf Basis der vorhandenen Studienlage nicht möglich. Die Programme bieten daher zwar einen vielversprechenden Ansatz für eine bessere Integration der Teilnehmer:innen, allerdings sind für verlässliche Aussagen Evaluationen mit standardisierten und aussagekräftigen Designs erforderlich.

Zu den wichtigsten Themen in der Implementierung von Gesundheitslots:innen-Projekten gehören die Entwicklung geeigneter Ausbildungsstandards und die Qualitätssicherung, die Gewährleistung einer langfristigen Finanzierung, um die Nachhaltigkeit von Navigationsprogrammen zu gewährleisten, sowie die Notwendigkeit einer Begleitevaluation, um Evidenz zu generieren und gemeinsames Lernen zu ermöglichen. In diesem Kontext ist auch das Lernen durch Vorbilder aus demselben Kulturkreis ein wesentliches Element für den Erfolg eines Projekts.

Einem Mangel an Verstetigung sozialer Innovationen liegt das kulturelle Verständnis zugrunde, wonach nur medizinische Technologien gesundheitliche Veränderungen bewirken. Dieses kulturell verankerte Verständnis erschwert die verstärkte Implementierung sozialer Interventionen im Gesundheitssystem. Die Verschiebung politischer Prioritäten zugunsten nachhaltiger sozialer Innovationen als Gesundheitsleistungen wäre wünschenswert.

erstes
Gesundheitslots:innen-
Projekt MiMi 2003

viele Folgeprojekte

gesundheitspolitische
Aufmerksamkeit in Europa
seit Flüchtlingsbewegung

europäische Projekte
richten sich an
Migrant:innen und
Flüchtlinge
USA: sozial Benachteiligte
in Medicare

begrenzte Evidenz,
aber tendenziell positiv:
Verbesserung der
Orientierung im
Gesundheitssystem

Begleitforschung
unbedingt notwendig

Qualitätssicherung und
Begleitforschung sind
vorrangige Aufgaben

kulturell verankertes
Verständnis von
Innovation limitierend:
technologische vs. soziale
Innovationen

6 Literatur

- [1] Sachverständigenrat (SVR) zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Kooperation und Verantwortung - Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung 2007 [cited 15.05.2026]. Available from: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2007/Kurzfassung_2007.pdf.
- [2] Harst L., Coors M., Hense H., Nagl J., Haase T., Sundmacher L., et al. [Characteristics and effectiveness of healthcare navigators in innovation fund projects: a scoping review]. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz. 2026;69(2):158-171. Charakteristika und Wirksamkeit von Gesundheitslotsen in Projekten des Innovationsfonds: ein Scoping-Review. DOI: <https://dx.doi.org/10.1007/s00103-025-04177-4>.
- [3] Budde H., Williams G. A., Scarpetti G., Kroezen M. and Maier C. B. What are patient navigators and how can they improve integration of care? [Internet]. Journal. 2022(Policy Brief 44). Epub Epub Date. Original Publication. DOI: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK577640/>.
- [4] Predmore Z., Hero J., Dellva S., Burns R., Peltz A. and Ryan J. Exploring Patient Care Navigation in the Medicare Program. 2023 [cited 15.05.2026]. Available from: <https://aspe.hhs.gov/sites/default/files/documents/789434ceda231203f080288de603d1ef/PR-A2599-1.pdf>.
- [5] Natale-Pereira A., Enard K. R., Nevarez L. and Jones L. A. The role of patient navigators in eliminating health disparities. Cancer. 2011;117(15 Suppl):3543-3552. DOI: <https://dx.doi.org/10.1002/cnrc.26264>.
- [6] Wells K. J., Valverde P., Ustjanauskas A. E., Calhoun E. A. and Risendal B. C. What are patient navigators doing, for whom, and where? A national survey evaluating the types of services provided by patient navigators. Patient Education & Counseling. 2018;101(2):285-294. DOI: <https://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2017.08.017>.
- [7] Desveaux L., McBrien K., Barnieh L. and Ivers N. M. Mapping variation in intervention design: a systematic review to develop a program theory for patient navigator programs. Syst Rev. 2019;8(1):8. Epub 20190108. DOI: 10.1186/s13643-018-0920-5.
- [8] Schade M., Lang S. A. and Stenzel S. Strengthening Health Literacy of Vulnerable Groups-Introduction of Two New Modules Within the Communal Health Guides Intercultural in Frankfurt am Main Project. Health Literacy Research and Practice. 2022;6(3):e239-e246. DOI: <https://dx.doi.org/10.3928/24748307-20220829-01>.
- [9] Expertenrat für Integration im Bundeskanzleramt. Nationale Aktionsplan für Integration (NAP.I) 2015 [cited 15.05.2026]. Available from: https://www.bundeskanzleramt.gv.at/dam/jcr:ec8428e8-79f2-4448-8c7d-7a267705840d/bericht_zum_nationalen_aktionsplan.pdf.
- [10] Expertenrat für Integration im Bundeskanzleramt. Nationale Aktionsplan für Integration (NAP.I) - Maßnahmen 2015 [cited 15.05.2026]. Available from: https://www.bundeskanzleramt.gv.at/dam/jcr:76ab3e9a-19e0-40cb-89eb-44a7b177cf97/nap_massnahmenkatalog.pdf.
- [11] Trummer U. and Novak-Zezula S. Evaluation von sechs durch die Gesundheitsabteilung des Landes Steiermark geförderten Einrichtungen für Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen für MigrantInnen (ExecSummary). 2014 [cited 21.06.2026]. Available from: https://c-hm.com/wp-content/uploads/2019/07/Exec_Sum_final.pdf.
- [12] Melitopoulos A., Grünstäudl V., Siegl K., Tankaz A. and Weberberger I. Multiplikatoren im Gesundheitswesen - Ein vielfältiger Ansatz zur Erreichung vulnerabler Zielgruppen Multiplikatoren im Gesundheitswesen. Soziale Sicherheit. 2015;9.
- [13] Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK). Gesundheitslots*innen. 2021 [cited 15.05.2026]. Available from: <https://oepgk.at/website2023/wp-content/uploads/2019/05/website-gesundheitslotsinnen.pdf>.

- [14] van der Gaag M., Heijmans M., Spoiala C. and Rademakers J. The importance of health literacy for self-management: A scoping review of reviews. *Chronic Illn.* 2022;18(2):234-254. Epub 20210817. DOI: 10.1177/17423953211035472.
- [15] Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine.* 2008;67(12):2072-2078. Epub 20081025. DOI: 10.1016/j.socscimed.2008.09.050.
- [16] Bitzer E. M. and Sørensen K. [Health Literacy]. *Gesundheitswesen.* 2018;80(8-09):754-766. Epub 20180903. *Gesundheitskompetenz – Health Literacy.* DOI: 10.1055/a-0664-0395.
- [17] Berens E. M., Vogt D., Ganahl K., Weishaar H., Pelikan J. and Schaeffer D. Health Literacy and Health Service Use in Germany. *Health Literacy Research and Practice.* 2018;2(2):e115-e122. Epub 20180612. DOI: 10.3928/24748307-20180503-01.
- [18] Schaeffer D., Vogt D. and Gille S. *Gesundheitskompetenz – Perspektive und Erfahrungen von Menschen mit chronischer Erkrankung 2019* [cited 21.06.2026]. Available from: https://www.unibielefeld.de/fakultaeten/gesundheitswissenschaften/ag/ag6/downloads/Gesundheitskompetenz_Schaeffer_et_al_2019.pdf.
- [19] Hurrelmann K., Klinger J. and Schaeffer D. *Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland – Vergleich der Erhebungen 2014 und 2020.* 2020 [cited 21.06.2026]. Available from: <https://doi.org/10.4119/unibi/2950303>.
- [20] Wängdahl J., Lytsy P., Mårtensson L. and Westerling R. Health literacy among refugees in Sweden - a cross-sectional study. *BMC Public Health.* 2014;14:1030. Epub 20141003. DOI: 10.1186/1471-2458-14-1030.
- [21] Georgiadou M., Christodoulou-Devledian M., Heraclides A. and Sakellariou D. Health literacy as a determinant of healthcare access in refugees: a systematic review 18th European Public Health Conference 2025.
- [22] Hofmarcher M. and Singhuber C. *Migration in Österreich: Gesundheitliche und ökonomische Aspekte.* 2021 [cited 15.05.2026]. Available from: https://www.integrationsfonds.at/fileadmin/content/AT/monitor/Forschungsbericht_Gesundheit_final_Web.pdf.
- [23] Kvas A. and Kvas G. Health Literacy and Health Care Utilization in Austria. *Health Literacy Research and Practice.* 2023;7(4):e197-e206. Epub 20231106. DOI: 10.3928/24748307-20231019-01.
- [24] Weigl M., Ecker S. and Gaiswinkler S. *Gute Gesundheitsinformation für Menschen mit Migrationshintergrund.* Wien: 2021 [cited 15.05.2026]. Available from: https://jasmin.goeg.at/id/eprint/1892/1/Bericht_GGIMigration_bf.pdf.
- [25] Baumeister A. *Health Literacy in the Context of Migration: Analysis of Determinants and Intervention Effectiveness to Improve Health Literacy in Migrants 2024* [cited 15.05.2026]. Available from: https://kups.ub.uni-koeln.de/73712/1/Baumeister_PhD%20thesis_final.pdf.
- [26] Jordan S. and Hoebel J. [Health literacy of adults in Germany: Findings from the German Health Update (GEDA) study]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz.* 2015;58(9):942-950. *Gesundheitskompetenz von Erwachsenen in Deutschland : Ergebnisse der Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell" (GEDA).* DOI: 10.1007/s00103-015-2200-z.
- [27] Röthlin F., Ganahl K. and Nowak P. *Empfehlungen für eine international vergleichbare Erhebung von Gesundheitskompetenz (HLS-Neu). Diskussionspapier und Entscheidungshilfe.* Wien: 2017 [cited 15.05.2026]. Available from: https://jasmin.goeg.at/id/eprint/150/1/Empfehlungen_Erhebung%20Gesundheitskompetenz.pdf.
- [28] Sørensen K., Pelikan J. M., Röthlin F., Ganahl K., Slonska Z., Doyle G., et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health.* 2015;25(6):1053-1058. Epub 20150405. DOI: 10.1093/eurpub/ckv043.

- [29] Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz (NAP). Navigationale Gesundheitskompetenz. 2025 [cited 15.05.2026]. Available from: <https://www.nap-gesundheitskompetenz.de/gesundheitskompetenz/forschungsergebnisse-f%C3%BCr-deutschland/navigationale-gesundheitskompetenz/>.
- [30] Statista. Ausländer und Migration o.J. [cited 15.05.2026]. Available from: <https://de.statista.com/>.
- [31] Savas S. T., Knipper M., Duclos D., Sharma E., Ugarte-Gurrutxaga M. I. and Blanchet K. Migrant-sensitive healthcare in Europe: advancing health equity through accessibility, acceptability, quality, and trust. *Lancet Reg Health Eur.* 2024;41:100805. Epub 20240528. DOI: 10.1016/j.lanepe.2023.100805.
- [32] Nowak A. C. and Hornberg C. [Experiences of people with refugee backgrounds in utilising healthcare in Germany-findings from a qualitative study]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz.* 2023;66(10):1117-1125. Epub 20221129. Erfahrungen von Menschen mit Fluchtgeschichte bei der Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung in Deutschland – Erkenntnisse einer qualitativen Studie. DOI: 10.1007/s00103-022-03614-y.
- [33] Lebano A., Hamed S., Bradby H., Gil-Salmerón A., Durá-Ferrandis E., Garcés-Ferrer J., et al. Migrants' and refugees' health status and healthcare in Europe: a scoping literature review. *BMC Public Health.* 2020;20(1):1039. Epub 20200630. DOI: 10.1186/s12889-020-08749-8.
- [34] Führer A. [Determinants of asylum seekers' health and medical care in Germany]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz.* 2023;66(10):1083-1091. Epub 20230914. Determinanten der Gesundheit und medizinischen Versorgung von Asylsuchenden in Deutschland. DOI: 10.1007/s00103-023-03762-9.
- [35] Trummer U. and Krasnik A. Viewpoint - Migrant health: the economic argument. *Eur J Public Health.* 2017;27(4):590-591.
- [36] Trummer U., Novak-Zezula S., Renner A. T. and Wilczewska I. Cost analysis of health care provision for irregular migrants and ethnic minorities Vienna: 2026 [cited 15.05.2026]. Available from: https://chm.com/wp-content/uploads/2019/07/TS_Final-Report.pdf.
- [37] Scherzer M., Mazhnaia A., Alpatova P., Zub T., Maddah D., Tahirukaj A., et al. Navigating new healthcare systems: a qualitative exploration of barriers, facilitators, and service utilization among Ukrainian refugees in five host countries. *European Journal of Public Health.* 2025;36(1):71-76. DOI: 10.1093/eurpub/ckaf198.
- [38] Schmid B., Njeim C., Vijayasingham L., Sanga L. A., Naimi R. K., Fouad F. M., et al. Implementing (and evaluating) peer support with people living with noncommunicable diseases in humanitarian settings. *Journal of Migration and Health.* 2024;9. DOI: 10.1016/j.jmh.2024.100229.
- [39] Panaite A. C., Desroches O. A., Warren E., Rouly G., Castonguay G. and Boivin A. Engaging with peers to integrate community care: Knowledge synthesis and conceptual map. *Health Expectations.* 2024;27(2):e14034. DOI: <https://dx.doi.org/10.1111/hex.14034>.
- [40] Mayer E. Ist-Stand Analyse als Grundlage für weitere Maßnahmen: Quantitative und Qualitative Bestandsaufnahme als Grundlage für eine Wirkungsanalyse des Projekts „SANEAS“ Gesundheitslots*innen der Volkshilfe Wien. 2026 (unveröffentlicht).
- [41] Shea B. J., Reeves B. C., Wells G., Thuku M., Hamel C., Moran J., et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ.* 2017;358:j4008. Epub 20170921. DOI: 10.1136/bmj.j4008.
- [42] Kultursensible Gesundheitslotsinnen und -lotsen Leipzig (KuGeL). Werden Sie Gesundheitslotsin/ Gesundheitslotse für Leipzig! o.J. (Folder).
- [43] Kultursensible Gesundheitslotsinnen und -lotsen Leipzig (KuGeL). Auswertung Lotsenbefragung 2022 (unveröffentlicht).
- [44] Kultursensible Gesundheitslotsinnen und -lotsen Leipzig (KuGeL). Qualitätskriterien. o.J. (unveröffentlicht).

- [45] Niemann C. Adressat*innen mit Migrationshintergrund und Gesundheit: Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention unter Berücksichtigung von Kriterien guter Praxis am Beispiel des Leipziger Projektes „KuGeL - Kultursensible Gesundheitslotsen Leipzig“. 2020 (unveröffentlicht).
- [46] Gesundheitsamt Frankfurt am Main. Jahresbericht 2023 2024 [cited 21.06.2026]. Available from: https://media.frankfurt.de/amt53/Jahresbericht_2023.pdf.
- [47] Gesundheitsamt Frankfurt am Main. Jahresbericht 2024. 2025 [cited 21.06.2026]. Available from: <https://media.frankfurt.de/amt53/jahresbericht-2024.pdf>.
- [48] Schade M. Kommunale Gesundheitslotsen Interkulturell (KoGI) zur Stärkung der Gesundheitskompetenz von Eltern in Frankfurt am Main: Projektkonzeption und Umsetzung im ersten Projektjahr. Gesundheitswesen. 2022;84(04):382.
- [49] Stadt Frankfurt am Main. KOGI-Kommunale Gesundheitsinitiative interkulturell: Gesundheits- und Klimalots:innen und Lotsen - Faktenblatt. o.J.
- [50] Hessisches Ministerium für Arbeit Integration Jugend und Soziales. GKV-Projekt „WIR fördern Gesundheit“: Diversitätssensible Gesundheitsförderung. 2025 [cited 15.05.2026]. Available from: <https://integrationskompass.hessen.de/integration/gesundheitsfoerderung/gesundheitsprojekte>.
- [51] Siebert M. F. i. A. v. A. G.-B. f. G. H. Evaluation des Projekts „WIR fördern Gesundheit“: Ergebnisbericht 2026 [cited 21.06.2026]. Available from: https://www.gkv-buendnis.de/media/pdf/argen/hessen/2026_7/Projektbericht_WIR_foerdern_Gesundheit_bfrei.pdf.
- [52] Koordinierungsstelle Migration und Gesundheit im Refugium Freiburg. Anfrage für Info-Veranstaltungen mit Gesundheitslots:innen und -lotsen für migrationserfahrene Menschen. o.J. (Folder).
- [53] Koordinierungsstelle Migration und Gesundheit im Refugium Freiburg. Info-Veranstaltungen zur Gesundheitsförderung und Prävention von und für migrationserfahrene Menschen. o.J. (Folder).
- [54] Walter U., Salman R., Krauth C. and Machleidt W. [Reaching migrants for preventive care: optimization of access and utilization]. Psychiatr Prax. 2007;34(7):349-353. Migrant:innen gezielt erreichen: Zugangswege zur Optimierung der Inanspruchnahme präventiver Massnahmen. DOI: 10.1055/s-2007-986194.
- [55] Salman R. Gesundheit mit Migrant:innen für Migrant:innen - die MiMi Präventionstechnologie als interkulturelles Health -Literacy-Programm. Public Health Forum 2015;23(109-112).
- [56] Riza E., Kalkman S., Coritsidis A., Koubardas S., Vassiliu S., Lazarou D., et al. Community-Based Healthcare for Migrants and Refugees: A Scoping Literature Review of Best Practices. Healthcare. 2020;8(2). Epub 20200428. DOI: 10.3390/healthcare8020115.
- [57] Mikolajczak-Degrauwe K., Slimmen S. R., Gillissen D., de Bil P., Bosmans V., Keemink C., et al. Strengths, weaknesses, opportunities and threats of peer support among disadvantaged groups: A rapid scoping review. International Journal of Nursing Sciences. 2023;10(4):587-601. DOI: <https://dx.doi.org/10.1016/j.ijnss.2023.09.002>.
- [58] Jallow M., Haith-Cooper M., Hargan J. and Balaam M. C. A systematic review to identify key elements of effective public health interventions that address barriers to health services for refugees. Journal of Public Health (Germany). 2022;30(11):2561-2573. DOI: 10.1007/s10389-021-01519-9.
- [59] Paloma V., de la Morena I., Sladkova J. and López-Torres C. A peer support and peer mentoring approach to enhancing resilience and empowerment among refugees settled in southern Spain. Journal of community psychology. 2020;48(5):1438-1451. DOI: 10.1002/jcop.22338.
- [60] Paloma V., de la Morena I. and López-Torres C. Promoting posttraumatic growth among the refugee population in Spain: A community-based pilot intervention. Health & social care in the community. 2020;28(1):127-136. DOI: 10.1111/hsc.12847.
- [61] Ghahari S. Accessing Canadian Healthcare for Immigrants: Empowerment, Voice and Enablement (ACHIEVE) 2019 [cited 15.05.2026]. Available from: <https://p2pcanada.ca/wp-content/blogs.dir/1/files/2019/07/Accessing-Canadian-Healthcare-for-Immigrants.pdf>.

- [62] Ghahari S., Burnett S. and Alexander L. Development and pilot testing of a health education program to improve immigrants' access to Canadian health services. *BMC health services research*. 2020;20(1):321. DOI: 10.1186/s12913-020-05180-y.
- [63] Jumaa J. A., Kluge U., Weigold S., Heinz E. and Mehran N. Peer-to-Peer Self-help Interventions for Refugees: A Pilot Study. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*. 2020;88(2):89-94. DOI: 10.1055/a-1011-4232.
- [64] Robinson A., Musotsi P., Khan Z. R. A., Nellums L., Faiq B., Broadhurst K., et al. Opportunities and practices supporting responsive health care for forced migrants: lessons from transnational practice and a mixed-methods systematic review. United Kingdom: NIHR Health and Social Care Delivery Program, 2025 [cited 15.05.2026]. Available from: <https://www.journalslibrary.nihr.ac.uk/hsdr/MRWK3419>.
- [65] Harris J., Springett J., Croot L., Booth A., Campbell F., Thompson J., et al. Can community-based peer support promote health literacy and reduce inequalities? A realist review. *Journal*. 2015;3(3). Epub Epub Date. Original Publication. DOI: <https://dx.doi.org/10.3310/phr03030>.
- [66] Osborne R., Elsworth G. and Whitfield K. The Health Education Impact Questionnaire (heiQ): An outcomes and evaluation measure for patient education and self-management interventions for people with chronic conditions. *Patient Education and Counselling*. 2007;66(2):192-201.
- [67] Budde H., Williams G. A., Winkelmann J., Pfirter L. and Maier C. B. The role of patient navigators in ambulatory care: overview of systematic reviews. *BMC Health Services Research*. 2021;21(1):1166. DOI: <https://dx.doi.org/10.1186/s12913-021-07140-6>.
- [68] Peart A., Lewis V., Brown T. and Russell G. Patient navigators facilitating access to primary care: a scoping review. *BMJ Open*. 2018;8(3):e019252. Epub 20180317. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-019252.
- [69] Verrept H. What are the roles of intercultural mediators in health care and what is the evidence on their contributions and effectiveness in improving accessibility and quality of care for refugees and migrants in the WHO European Region? 2019 [cited 21.06.2026]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/health-evidence-network-synthesis-report-what-are-the-roles-of-intercultural-mediators-in-health-care>.
- [70] Hodge L. M. and Turner K. M. Sustained Implementation of Evidence-based Programs in Disadvantaged Communities: A Conceptual Framework of Supporting Factors. *American Journal of Community Psychology*. 2016;58(1-2):192-210. DOI: <https://dx.doi.org/10.1002/ajcp.12082>.
- [71] Pinnock C., Rothen J., Carlough T. and Shah N. R. Improving value for underserved populations with a community-based intervention: a retrospective cohort study. *Archives of Public Health*. 2023;81(1):96. DOI: <https://dx.doi.org/10.1186/s13690-023-01117-z>.
- [72] Valaitis R. K., Carter N., Lam A., Nicholl J., Feather J. and Cleghorn L. Implementation and maintenance of patient navigation programs linking primary care with community-based health and social services: a scoping literature review. *BMC Health Services Research*. 2017;17(1):116. Epub 20170206. DOI: 10.1186/s12913-017-2046-1.
- [73] Said S., Cvetanovska N., Whicker S. D., Stockman K., Nguyen D., Campbell D., et al. Attributes, skills and resources required for peer health navigator roles: A qualitative study of the perspective of patients, healthcare professionals and health navigators. *Patient Education & Counseling*. 2025;138:109201. Epub 20250530. DOI: 10.1016/j.pec.2025.109201.
- [74] Livergant R. J., Ludlow N. C. and McBrien K. A. Needs assessment for the creation of a community of practice in a community health navigator cohort. *BMC Health Services Research*. 2021;21(1):657. Epub 20210705. DOI: 10.1186/s12913-021-06507-z.
- [75] Kuhlmann E., Lotta G., Bureau V., Correia T., Falkenbach M., Ungureanu M. I., et al. Community health workers: a comparative assessment of capacities of a global policy approach in selected European health systems. *Health Policy*. 2026;165:105541. Epub 20251208. DOI: 10.1016/j.healthpol.2025.105541.

- [76] Whitley E. M., Everhart R. M. and Wright R. A. Measuring Return on Investment of Outreach by Community Health Workers. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*. 2006;17(1,Suppl):6-15. DOI: 10.1353/hpu.2006.0015.
- [77] Whitley E., Valverde P., Wells K., Williams L., Teschner T. and Shih Y. C. Establishing common cost measures to evaluate the economic value of patient navigation programs. *Cancer*. 2011;117(15 Suppl):3618-3625. DOI: <https://dx.doi.org/10.1002/cncr.26268>.
- [78] HZ University of Applied Sciences and AP University of Applied Sciences. ENSURE Evaluation Report. 2023 [cited 15.05.2026]. Available from: https://pdfhost.io/v/y6utNMjTS_ENSURE_Evaluation_Report_140323.
- [79] Interr: 2 SeasMersZeen. ENSURE model/ the steps. 2023 [cited 15.05.2026]. Available from: https://pdfhost.io/v/2LEdyPnLg_ENSURE_model.
- [80] Sirriyeh R., Lawton R., Gardner P. and Armitage G. Reviewing studies with diverse designs: the development and evaluation of a new tool. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2012;18(4):746-752. Epub 20110316. DOI: 10.1111/j.1365-2753.2011.01662.x.

7 Anhang

7.1 Tabellen

Tabelle 7-1: AMSTAR2-Bewertungen [41] der Übersichtsarbeiten (n=5)

	Riza, 2020	Jallow, 2022	Mikolajczak- Degrauwe, 2023	Harris, 2015	Robinson, 2025
1. Did the research questions and inclusion criteria for the review include the components of PICO?	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
2. Did the report of the review contain an explicit statement that the review methods were established prior to the conduct of the review and did the report justify any significant deviations from the protocol?	No	No	Yes	Yes (partially)	Yes
3. Did the review authors explain their selection of the study designs for inclusion in the review?	Yes	Yes	Yes (partially)	Yes	Yes (partially)
4. Did the review authors use a comprehensive literature search strategy?	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
5. Did the review authors perform study selection in duplicate?	Yes	Yes (partially)	No	Yes	Yes
6. Did the review authors perform data extraction in duplicate?	Yes	Yes (partially)	Yes	Yes	Yes
7. Did the review authors provide a list of excluded studies and justify the exclusions?	No	No	No	No	No
8. Did the review authors describe the included studies in adequate detail?	No	Yes	Yes	Yes (partially)	Yes
9. Did the review authors use a satisfactory technique for assessing the risk of bias (RoB) in individual studies that were included in the review?	Yes (partially)	Yes	No	Yes (partially)	Yes
10. Did the review authors report on the sources of funding for the studies included in the review?	No	No	No	No	Yes
11. If meta-analysis was performed, did the review authors use appropriate methods for statistical combination of results?	NA	NA	NA	NA	NA
12. If meta-analysis was performed, did the review authors assess the potential impact of RoB in individual studies on the results of the meta-analysis or other evidence synthesis?	NA	NA	NA	NA	NA

13. Did the review authors account for RoB in individual studies when interpreting/ discussing the results of the review?	No	Yes	No	No	Yes
14. Did the review authors provide a satisfactory explanation for, and discussion of, any heterogeneity observed in the results of the review?	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
15. If they performed quantitative synthesis did the review authors carry out an adequate investigation of publication bias (small study bias) and discuss its likely impact on the results of the review?	NA	NA	NA	NA	NA
16. Did the review authors report any potential sources of conflict of interest, including any funding they received for conducting the review?	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Overall Confidence	moderate	moderate	moderate	moderate-high	high

Hoch: Keine oder nur eine nicht-kritische Schwäche, Mittel: Mehr als eine nicht-kritische Schwäche, Niedrig: Eine kritische Schwäche (mit oder ohne nicht-kritische Schwächen), Kritisch niedrig: Mehr als eine kritische Schwäche.

Tabelle 7-2: Begründungen zur Aussagesicherheit der Übersichtsarbeiten

Autor:innen	Bewertung	Begründung
Reviews zu gemeindenahen PH-Interventionen für Migrant:innen		
Riza2020 [56]	Moderat	Fehlendes vorab registriertes Protokoll; kein klassisches RoB-Instrument, kein doppelt durchgeführtes Screening und Extraktion (bei Scoping-Review teilw. vertretbar).
Jallow2022 [58]	Moderat	Fehlendes vorab registriertes Protokoll; unklar, ob doppelt durchgeführtes Screening und Extraktion.
Mikolajczak-Degrauwe2023	Moderat	Fehlendes vorab registriertes Protokoll; keine formale RoB-Bewertung, kein doppelt durchgeführtes Screening und Extraktion (bei Rapid Scoping-Review vertretbar).
Reviews zu Implementierungsaspekten		
Harris2015 [65]	Moderat bis hoch	Umfassende, iterative Suche, doppelt durchgeführtes Screening und Extraktion und konzeptionelle CMOC; keine standardisierte RoB-Bewertung.
Robinson2025 [64]	hoch	PROSPERO-Protokoll, breit angelegte und gut dokumentierte Suche, doppelt durchgeführtes Screening und Extraktion, konsistente Anwendung geeigneter RoB-Instrumente je Studientyp.

Tabelle 7-3: Studiencharakteristika von Reviews zu gemeindenahen PH-Interventionen für Migrant:innen (n=3)

Autor:in/Jahr	Riza2020 [56]	Jallow2022 [58]	Mikolajczak-Degrauwe2023 [57, 78, 79]
Land/ Institution	EU-Länder (inkl. GB), USA	Großbritannien	EU-Länder (inkl. GB)
Titel	Community-Based Healthcare for Migrants and Refugees: A Scoping Literature Review of Best Practices	A systematic review to identify key elements of effective PH interventions that address barriers to health services for refugees	Strengths, weaknesses, opportunities and threats of peer support among disadvantaged groups: A rapid scoping review
Studiendesign	Scoping Review	Systematischer Review	Rapid Scoping Review
Finanzierung	Mig-HealthCare, www.mighealthcare.eu	keine Finanzierung	ENSURE, https://healthandeuropecentre.nhs.uk/ensure/
Zeitraum der Primärstudien	bis 03/2018	2010 bis 2019	Bis März 2020
Ziel des Reviews	Identifizierung effektiver, gemeindenaher Gesundheitsversorgungsmodelle und -interventionen für Migrant:innen und Flüchtlinge, die als gute Praxis zur Unterstützung der Integration und Teilhabe von Migrant:innen und Flüchtlingen und zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten dienen könnten	Identifizierung der wichtigsten Elemente wirksamer Maßnahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit, die Hindernisse beim Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen für Flüchtlinge adressieren	Erforschung der aktuellen Evidenz und der Erkenntnisse zur Unterstützung durch Peers, insb. Methoden und Strategien, um professionelle Gesundheits- und soziale Dienstleistungen zu komplementieren
Interventionen	Gemeindenaher PH-Interventionen	PH-Interventionen	Interventionen zu Initiativen mit Peer-Unterstützung für verschiedene vulnerable Gruppen
Einschlusskriterien	Migrant:innen und Flüchtlinge	Flüchtlinge mit anerkanntem Status (keine Asylbewerber:innen) in HIC	Vulnerable Gruppen, inkl. Migrant:innen, unbegleitete Minderjährige
Eingeschlossene Studien (n)	118 Primärstudien: Keine detaillierte Angabe	6 Primärstudien: 2 qualitative (Interviews, Fokus-Gruppen), 1 quantitative (Befragung), 3 Mixed-Methods	45 Primärstudien: Befragungen, Fokusgruppen, Interviews, aber auch RCTs und Reviews
Ergebnismessung	Scoring nach Studiendesign, Größe der Studienpopulation, Studiendauer, Relevanz für EU-Populationen, theoretischer Untermauerung, evidenzbasierter Herangehensweise, Bericht-erstellung von Endpunkten und Reproduzier-barkeit	Inhaltsanalyse zu den wichtigsten Elementen wirksamer Maßnahmen	SWOT-Analyse
RoB-/Qualitätsbeurteilung	Keine	Nach Sirriyeh 2012 [80]: Validiertes Instrument mit Scoring-Kriterien für methodologisch unterschiedliche Studien	keine

GB – Großbritannien, HIC – High-Income Countries; PH – Public Health; RoB – Risk of Bias; SWOT – Stärken (Strengths), Schwächen (Weaknesses), Chancen (Opportunities) und Risiken (Threats); UK – United Kingdom; USA – United States of America

Tabelle 7-4: Studiencharakteristika von Primärstudien zu Initiativen zur Unterstützung durch Peers (n=3)

Autor:in/Jahr	Paloma2020 [59, 60]	Ghahari2020 [61, 62]	Jumaa2020 [63]
Land/ Institution	Spanien	Kanada	Deutschland
Titel	A peer support and peer mentoring approach to enhancing resilience and empowerment among refugees settled in southern Spain	Development and pilot testing of a health education program to improve immigrants' access to Canadian health services	Peer-to-Peer Self-help Interventions for Refugees: A Pilot Study
Studiendesign	Mixed-Method-Ansatz: Erhebung quantitativer und qualitativer Daten (Befragung)	Explorativer sequenzieller Mixed-Method-Ansatz: qualitative Studie zur Ermittlung von Bereichen der Gesundheitskompetenz Entwicklung und Verfeinerung der Programminhalte auf der Grundlage von Konsultationen mit den Interessengruppen quantitative Studie zur Bewertung der Wirksamkeit des Programms	Pilotstudie zu manualisierter Peer-to-Peer-Unterstützung: Interviews
Finanzierung	Förderung durch Lafourcade-Ponce Spanish Foundation for Psychological Wellbeing (2017/INT) und von Universidad de Sevilla's Office for Development Cooperation (2017/04/02)	Pathway to Prosperity, Canada*	Charité, Berlin
Zeitraum der Datenerhebung	März–Juni 2017	k.A.	k.A.
Ziel der Studie	Überbrückung der Wissenslücke zwischen Literatur zu den dynamischen Prozessen, Resilienz und Selbstermächtigung zu fördern und der Praxis durch Untermauerung von empirischen Erkenntnissen anhand von Peer-Mentoren für neu angekommene Flüchtlinge in Andalusien (Südspanien)	Entwicklung und Pilotierung eines Gesundheitsaufklärungsprogramms zur Verbesserung des Zugangs von Einwanderern zu kanadischen Gesundheitsdiensten (Accessing Canadian Healthcare for Immigrants: Empowerment, Voice & Enablement (ACHIEVE) program)	Pilotierung der Wirksamkeit eines vorab entwickelten Manuals für P2P-Training für Flüchtlinge im Bereich psychosoziale Versorgung
Intervention(en): Dauer Format	P2P Intervention, 12 Sitzungen à 2–3 Std. (Phase 1: 6 Wochen, Phase 2: 6 Wochen) Peer-unterstützte Gruppen	ACHIEVE: Informationsprogramm 2,5 Std. wöchentlich über 7 Wochen Format: Vorlesungen, Gruppendiskussionen, Unterrichtsaktivitäten und Hausaufgaben	P2P Intervention, 6 Sitzungen à 90 Minuten Format: Bildungsworkshops und Supervisionssitzungen, Gruppengespräche

Gesundheitslots:innen für Migrant:innen/ Flüchtlinge

Einschlusskriterien	neu angekommene Flüchtlinge	Immigrant:innen (Personen, die aus ihrem Heimatland in ein anderes Land gezogen sind, unabhängig vom Jahr der Einreise und der Art der Einreise) und Flüchtlinge (Untergruppe von Einwanderer:innen, die aus Angst vor Verfolgung aus ihrer Heimat und ihren Gemeinschaften vertrieben wurden und gezwungen sind, in einem anderen Land Schutz zu suchen) ≥18 J., Englisch-Kenntnisse Level 3 (B2)	Flüchtlinge in Berliner Gemeinschaftsunterkünften, 18–64 J Peer-Trainer:innen: interpersonelle Kompetenzen, englische und deutsche Sprachkenntnisse P2P-Teilnehmer:innen: keine Ein-/Ausschlusskriterien
Teilnehmer:innen: Geschlecht Alter	46 Personen 11 Peers (Mentor:innen): 4w/6m, 20–64 J. Einschlusskriterien: ≥ 1 J in Spanien, Spanischkenntnisse, nachweisliche Führungsqualitäten oder ein Maß an sozialem Bewusstsein, das es ihnen ermöglicht, anderen Menschen in einer ähnlichen Situation zu helfen 36 Flüchtlinge: 15 Flüchtlinge aus Honduras, Venezuela, El Salvador, Kuba und Kolumbien, 21–63 J, 10w / 5m; 8 Flüchtlinge aus der Ukraine, 30–50 J., 5w/3m; 13 Flüchtlinge aus Kamerun, Burkina Faso, Guinea-Bissau, Gambia und der Elfenbeinküste, 18–40 J., 1w/12m	46 Teilnehmer:innen: 21w/ 21m/4 k.A. 10: 20–30 J., 13: 31–40 J., 10: 41–50 J., 6: 51–74 J., 7: k.A.)	26 Personen: 9 Peers (Trainer:innen) 17 P2P Teilnehmer:innen
Ergebnismessung: Erhebungsinstrument(e) Auswertungsmethode	Vorher-Nachher-Erhebungen mit PTGI von Tedeschi [60], sowie 3 schriftliche Bewertungen der Teilnehmer:innen nach der ersten, sechsten und zwölften Sitzung mit 7 resp. 6 offenen Fragen, Bewertungen und Kommentare aus Protokollen aller 12 Sitzungen; sowie Kommentare, die im Laufe der Intervention in einer WhatsApp-Gruppe ausgetauscht wurden; und Feldnotizen, die ein Forscher während des gesamten Projekts angefertigt hat Iterative, mehrstufige thematische Inhaltsanalyse der Texte, Berechnung der prozentualen Anteile der kodierten Daten (d. h. Zitate) zu den Themen Resilienz und Empowerment mit NVivo 12	Vorher-nachher-Erhebung mit heiQ von Osborne [66] mit: Health Navigation Scale (Selbsteinschätzung zum Selbstvertrauen bei der Orientierung im Gesundheitswesen) und Health Education Impact Questionnaire (Programme Evaluation) Quantitative Auswertung mit SPSS	Teilstrukturierte Interviews 2 Monate nach Intervention: mit 25 offen gestellte Fragen an P2P-Teilnehmer:innen zu: Erwartungen an die Homogenität der Gruppe (Alter, Ethnizität und Geschlecht), Themenauswahl, Verbesserungsvorschläge, Zufriedenheit und Bereitschaft, zur Weiterempfehlung, Vorteile der Sitzungen Thematische Inhaltsanalyse der Interviews

ACHIEVE – Accessing Canadian Healthcare for Immigrants: Empowerment, Voice & Enablement; heiQ – Health Education Impact Questionnaire; J – Jahre; k.A. – keine Angabe; P2P – Peer-to-Peer; P2P-Canada - pathway to prosperity: <https://p2pcanada.ca/>; Std. – Stunden; w – weiblich; m – männlich; ; PTGI – Posttraumatic Growth Inventory; Std – Stunden; SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

Gesundheitslots:innen für Migrant:innen/ Flüchtlinge

Tabelle 7-5: Studiencharakteristika von Reviews zu Implementierungsaspekten (n=3)

Autor:in/Jahr	Harris2015 [65]	Robinson2025 [64]
Land/ Institution	Großbritannien	Großbritannien
Titel	Can community-based peer support promote health literacy and reduce inequalities?	Opportunities and practices supporting responsive health care for forced migrants: lessons from transnational practice
Studiendesign	Realist review	Mixed-methods systematic review: systematischer Review und Untersuchung von Fallstudien
Finanzierung	National Institute for Health Research (NIHR)	National Institute for Health and Care Research (NIHR)
Zeitraum der Primärstudien	1975 bis 2011	Unlimitiert bis Feb 2022
Ziel des Reviews	Ziel ist es, eine partizipatorische, realistische Synthese durchzuführen, um ein besseres Verständnis des Potenzials kommunaler Peer-Unterstützung zur Förderung besserer Gesundheitskompetenz und zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten zu entwickeln	Ziel ist es, die Möglichkeiten, Praktiken und Modelle zu verstehen, die eine bedarfsgerechtere Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge/unfreiwillige Migrant:innen unterstützen können
Interventionen	Unterstützung durch Peers in kommunalen Settings zu Gesundheits- und sozialen Themen	Interventionen oder Maßnahmen, die darauf abzielten, eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge zu gewährleisten
Einschlusskriterien	Evaluationen kommunaler Projekte mit Peer-Unterstützung sowie Publikationen zu Modellen, Frameworks und Programmtheorie in englischer Sprache.	Studien zu Maßnahmen, die eine oder mehrere der folgenden Bedingungen berücksichtigen: physischer Zugang, Verfügbarkeit von Dienstleistungen, Organisationsstrukturen, Bezahlbarkeit, Gestaltung und Akzeptanz der Dienstleistungen, Bewusstsein (für Gesundheitsressourcen) und Selbstwirksamkeit im Gesundheitswesen (als Fähigkeiten oder Instrumente für den Zugang zur Gesundheitsversorgung)
Eingeschlossene Publikationen	570 Publikationen: 122 zu Modellen und Theorien, 448 zu empirischen Studien, 9 empirische Themencluster (z.B. Ernährung, gesunder Lebensstil, Raucherentwöhnung etc.)	108 Publikationen und 5 Fallstudien
Endpunkte	Effektivität: Organisatorische Ansätze, um Effektivität zu steigern Einfluss von Peer-Unterstützung auf Steigerung der Gesundheitskompetenz	Zugang zu Gesundheitsdiensten gemessen in Patient:innen-Zufriedenheit, Akzeptanz und Angemessenheit der Versorgung, hilfesuchendes Verhalten, Wissen und Bewusstsein von Krankheit und Diensten, Spitalsbesuchen oder verpassten Terminen Indirekte Maße für Zugang
Qualitäts-Beurteilung	Überprüfung der Themencluster-Publikationen nach Kohärenz zwischen Programmtheorie und empirischen Ergebnissen	Joanna Briggs Institute Tools, MORRA tool

NIHR - National Institute for Health and Care Research, MORRA - Moments of Opportunity for Responsive health care for Refugees and people seeking Asylum

Tabelle 7-6: Gesundheitslots:innen-Projekte in Deutschland: Programm-/Prozess-Charakteristika

	KuGeL Leipzig	KoGi Frankfurt	GL Hessen	GL Stuttgart
Träger	Stadt, DRK	Stadt	Land, 27 Gemeinden, GKV	Stadt
Status	verstetigt	verstetigt	k.A.	verstetigt
Ziele	Wegweiser Hilfe zur Selbsthilfe	Chancengleichheit Gesundheitskompetenz	Wegweiser & Brückenbauer Gesundheitskompetenz	Chancengleichheit Gesundheitskompetenz
Kosten Ausbildung	kostenfrei	kostenfrei	kostenfrei	kostenfrei
Umfang Ausbildung	Je Modul 3-6 Std	15 Module	12 UE an 10 Terminen in 5 Wch. Kommunikation Reflexion über Aufgabe Rolle und Grenzen von GL	8-10 UE à 3 Std. Präsentationsmethoden
Aktivitäten	Informationsveranstaltungen durch „Peers“	Informationsveranstaltungen durch „Peers	Informationsveranstaltungen durch „Peers“, Begleitungen	Informationsveranstaltungen durch „Peers“
Settings	Gemeinschaftsunterkünfte, Vereine & Beratungsstellen, Sprachkurse, Projekte & Initiativen in Migrantenselbstorganisationen	Gemeinschaftsunterkünfte, Stadtteil-einrichtungen, Krippen, Kindergärten und Schulen, Familienbildungsstätten, Kirchengemeinden, Moscheevereine, Kulturzentren, Sportvereine, Selbsthilfegruppen, Kliniken, Frauenhäuser	Gemeinschaftsunterkünfte, Stadtteil- und Familienzentren, Religionsgemeinden, Moscheen, Kirchen oder Migrant:innenorganisationen	Flüchtlingsheime, Welcome Center, Kinder- und Familienzentren, Vereine, Kirchengemeinden. Jüngst auch: Jobcenter (Abteilung Migration und Teilhabe)
n Aktivitäten	Ø 50 p.a.	92 (2024) – 119 (2023)	k.A.	44-60
Reichweite	Ca 500 Personen p.a.	ca. 1.580 (2024) – 1.800 (2023)	k.A.	Ca 480 Personen p.a.
n GL	25-30 aktive, ca. 100 geschulte GL	27 aktive, 150 geschulte GL	167 geschulte GL	10 aktive, ca 25 GL im Pool
FTE für Koordination	k.A.	k.A.	Zentrale Projektkoordination	70 % FTE für Koordination
Entschädigung GL (oder Kommune)	GL: € 50 für 90 min	GL: € 25 pro Std.	GL: 5 € pro Std. Kommunen erhalten 500 € pro GL	GL: € 80 für 90 bis 120 min
	GL Landkreis Karlsruhe	GL Freiburg	GL Neckar Odenwald-Kreis	GL Kreis Hörter
Träger	Landkreis	Stiftung, Caritas	Landkreis	Landkreis
Status	Verstetigt	verstetigt	Projekt-Status	k.A.
Ziele	Wegweiser	Wegweiser	Kompass-Funktion	Wegweiser

Gesundheitslots:innen für Migrant:innen/ Flüchtlinge

	Kultursensible Informationen	Chancengleichheit	Hilfe zur Selbsthilfe	
Kosten Ausbildung	Kostenfrei	kostenfrei	kostenfrei	k.A.
Umfang Ausbildung	über 5 Monate ganztägige, mehrstündige Module Moderation und Präsentation Reflexion	ca. 20 Std.	Basisschulung reduziert von 2 ganzen Tagen auf 2 halbe Tage. Reflexion über Aufgabe, Rolle und Grenzen von GL, Durchführungsaspekte Begleitung, rechtliche Maßgaben;	k.A.
Aktivitäten	Informationsveranstaltungen durch „Peers“ Begleitungen (im Einzelfall)	Informationsveranstaltungen durch „Peers“	Primär Begleitungen Informationsveranstaltungen durch „Peers“	Informationsveranstaltungen durch „Peers“
Settings	Auf Anfrage von Integrationskursträgern, Gemeinden, Kindergärten, Integrationsmanager/-innen, Integrationsbeauftragten	Frauencafés, bei Sprachkursen (abseits von Zertifikatserwerb), Gemeinschaftsunterkünfte	Haus- und fachärztliche Praxen, Krankenhäuser, Physio-/Ergotherapie, Logopädie, Gesundheitsamt	Flüchtlingsinitiativen, Migrantenselbstorganisationen und in weiteren Einrichtungen
n Aktivitäten	4 (teilweise als Reihen)	30-40 p.a.	250 Einsätze (Begleitungen)	k.A.
Reichweite	k.A.	Insg. über 1.000 Teilnehmende	Vgl. Begleitungen	k.A.
n GL	7 aktiv, 32 geschulte GL	25 aktive, 50 geschulte GL	24 aktive, 35 geschulte GL	k.A.
FTE für Koordination	k.A.	50 % FTE	k.A.	k.A.
Entschädigung GL (oder Kommune)	GL: keine (nur Fahrtkosten), aber Weiterqualifizierung, Feste, Vernetzung etc.	€ 80 für 120 min	€ 30 pro Einsatz + Reisekosten	k.A.
	MiMi Bielefeld	GL Dortmund (Nordstadt), Duisburg (Marxloh und Hochfeld), Gelsenkirchen (Neustadt)	IGLo Essen	GL München (Trudering-Riem, Feldmoching-Hasenberg, Ramersdorf-Perlach)
Träger	Stadt, DRK, BKK	k.A.	Stadt, BKK	k.A.
Status	Verstetigt	k.A.	verstetigt	k.A.
Ziele	Wegweiser Chancengleichheit Gesundheitskompetenz	Chancengleichheit Gesundheitskompetenz	Gesundheitskompetenz	Unterstützung
Kosten Ausbildung	k.A.	k.A.	kostenfrei	k.A.
Umfang Ausbildung	standardisiertes Ausbildungsprogramm	k.A.	Pflichtmodule und Wahlmodule, UE à 3-stündigen Fortbildungen	3-monatige Schulung (2 x pro Woche, 3,5 Std.)

Gesundheitslots:innen für Migrant:innen/ Flüchtlinge

Aktivitäten	Informationsveranstaltungen durch „Peers“	Einzelangebote Gruppenangebote	Informationsveranstaltungen durch „Peers“	Individuelle Beratung Gruppenangebote
Settings	In den Lebensräumen („Settings“) der Migrant:innen, z.B. in religiösen, kulturellen, sozialen oder Bildungsstätten, Vereinen, Schulen oder Moscheen	Sportvereinen, Kommunen	Zu 80 %: in bestehenden (ethno-kulturellen) Gruppen oft zu einem bestimmten Thema, Zu 20 %: Anfragen von z.B. Bürgerzentren aus Stadtteilen für Neuzugewanderte (die sich nicht kennen)	Kindergärten, Schulen, Gesundheitseinrichtungen, Kulturzentren, sozialen Einrichtungen (Nachbarschaftstreff, Familienzentrum), bei Veranstaltungen im Stadtteil
n Aktivitäten	k.A.	k.A.	55-65 p.a.	k.A.
Reichweite	k.A.	k.A.	650 bis 850 Personen p.a.	k.A.
n GL	k.A.	k.A.	8 aktive, 12 GL im Pool	k.A.
FTE für Koordination	k.A.	k.A.	25 % FTE	k.A.
Entschädigung GL (oder Kommune)	k.A. (nur wenn ausgefüllte Fragebögen mitgebracht werden)	k.A.	€ 150 für 120 min (auch Vor-/Nachbereitung)	k.A.

BKK – Betriebskrankenkasse, DE – Deutschland, DRK, Deutsches Rotes Kreuz, FTE – Full-Time Equivalent, GA – Gemeinde, GKV – Gesetzliche Krankenversicherung; GL – Gesundheitslots:innen, GuM – Gesundheit und Migration, k.A. – keine Angabe, Koop – Kooperation, min – Minuten, p.a. – per annum/pro Jahr, Std – Stunde, UE – Unterrichtseinheiten, Wch – Wochen, Wstd. – Wochenstunden.

Tabelle 7-7: Ergebnisse zu Implementierungsaspekten von Initiativen zur Unterstützung durch Peers aus Reviews

Autor:in/Jahr	Riza2020 [56]	Jallow2022 [58]	Mikolajczak-Degrauwe2023 [57, 78, 79]
Wichtige Elemente von Interventionen für Migrant:innen, um Barrieren zu adressieren: Aufgaben, Leistungen und Voraussetzungen	Identifizierte Best-Practice-Modelle in Themenbereichen: Interventionen und Modelle, die Zusammenarbeit mit Mitgliedern der Zielgemeinschaften beinhalten (Einbindung und Unterstützung der Infrastrukturen der Migrantengemeinschaften), kulturell und sprachlich sensible Ansätze, Sensibilisierung für Gesundheitsrisiken (z.B. psychische Gesundheit), Outreach-Ansätze über Familien und Gleichaltrige in der Gemeinschaft („Peers aus der Community“), Schaffung eines Gefühls der Zugehörigkeit, der Gemeinschaft und des Vertrauens, Förderung von Empowerment und kultureller Kompetenz, mehrsprachige Ansprechpartner sowie die ethnische Übereinstimmung von Therapeut:innen und Patient:innen Schulung von Gesundheitsdienstleistern hinsichtlich der Bedürfnisse der Zielgruppe, Verfügbarkeit von Informationen in den entsprechenden Sprachen Interessenvertretung, Förderung einer besseren Integration, Reaktionsfähigkeit, Koordination und Planung verschiedener Gesundheits- und Sozialdienste, sowie gemeindebasierte partizipative Forschung.	Peer-Unterstützung sollte durch Personen mit gemeinsamer Sprache und soziokulturellem Hintergrund durchgeführt werden und Unterstützung bei Übersetzungsdiensten leisten, Informationen zur Gesundheitsaufklärung geben, Zugang zu Gesundheitsinterventionen aufzeigen, eine multidisziplinäre Herangehensweise haben	Es erscheint sinnvoll, Peer-Unterstützer:innen ein Training anzubieten, damit sie lernen, ihre Rollen und die damit verbundenen Erwartungen zu definieren
Vor-/Nachteile von Peer-Unterstützung	Peer-Unterstützung: k.A. Die Konzeption und Durchführung maßgeschneiderter Angebote für sprachlich und kulturell unterschiedliche Bevölkerungsgruppen und Bedarfe braucht angepasste Maßnahmen zur Krankheitsprävention sowie gemeindebasierte Interventionen zur psychischen Gesundheit, zu chronischen Erkrankungen, zu Prävention etc.	Peer-Unterstützung ist hilfreich, um Sprachbarrieren zu überwinden und so den Zugang zu Gesundheitsdiensten zu erleichtern Peer-Unterstützung bestärkt das Selbstvertrauen,	Stärke: Peer-Unterstützung hat einen positiven Effekt auf die Lebensqualität durch verbessertes emotionales, soziales und körperliches Wohlbefinden, höheres Selbstvertrauen, höhere Resilienz sowie den Einsatz positiver Bewältigungsstrategien

Gesundheitslots:innen für Migrant:innen/ Flüchtlinge

		mindert Stress, hilft bei Problemlösungen, und verringert die Zahl vermiedener oder versäumter Termine aufgrund von Sprachbarrieren oder mangelnden Kenntnissen über den öffentlichen Nahverkehr.	Schwäche: Peers sind entweder zu sehr in persönliche Interessen involviert oder es mangelt an Fachwissen und Kenntnissen, ggf. Mismatch zwischen Peer-Unterstützer:in und Patient:in Chancen: gegenseitiges Lernen und die Antizipation langfristiger Auswirkungen sowie des Potenzials, die Inklusion zu erleichtern Risiken: kulturelle und sprachliche Barrieren, Abbrecher, die Sicherung der Nachhaltigkeit sowie der Mangel an Zeit und Engagement der Peers
Zusammenfassung der Autor:innen	Aspekte einer guten Kommunikation, die sprachliche Barrieren und kulturelle Faktoren berücksichtigen, spielen eine entscheidende Rolle bei der effektiven Umsetzung der Maßnahmen. Die enge Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure, der lokalen Gemeinschaften sowie der Migrant:innen- und Flüchtlingsgemeinschaften sind Schlüsselemente für die erfolgreiche Umsetzung einer effektiven primären Gesundheitsversorgung	Die oben genannten Schlüsselemente könnten für Angebote an Flüchtlinge hilfreich sein; zukünftige Forschung muss jedoch die Wirkungen dieser Elemente evaluieren	Vertrauen und Engagement sind notwendig, um die Unterstützung durch Peers erfolgreich zu gestalten

Ggf. – gegebenenfalls, kA – keine Angabe

Tabelle 7-8: Ergebnisse von Primärstudien zu Initiativen zur Unterstützung durch Peers

Autor:in/Jahr	Paloma2019 [59, 60]	Ghahari2020 [61, 62]	Jumaa2020 [63]
Quantitative Ergebnisse	PTGI total score pre-intervention 78.67 (SD 12.83) – post-intervention 89 (SD 10.07), $p = 0,001$ [60]	heiQ Health Navigation Scale: 20 von 46 RR, vorher und nachher Differenz nach ACHIEVE-Programm; post-Test Scores (($M = 17,00$) significantly higher than Pre-Test scores ($M = 14,20$, $t(19) = -3,907$, $p = 0,001$) heiQ zur Programm-Evaluation von ACHIEVE: 22 von 46 RR, $M = 32,454$ ($24,00 - 36,00$, $SD = 3,826$)	k.A.
Qualitative Ergebnisse	[59] Resilienz: Diese Kategorie umfasst Berichte, die von wachsender Hoffnung und Optimismus hinsichtlich der Zukunft zeugen, ebenso wie gestärktes Selbstvertrauen, Selbstsicherheit und das Selbstbild, über die Fähigkeit zu verfügen, mit allen Schwierigkeiten fertig zu werden, wahrgenommene Zunahme an Wissen über und Nutzung von Gemeinschaftsressourcen sowie die Freude an einem breiteren sozialen Netzwerk Die Resilienz der Teilnehmer:innen schwankte im Verlauf des Programms, stieg bis zum Ende der ersten Phase deutlich an und blieb während der zweiten Phase (als einige Teilnehmer:innen als Mentoren für neu angekommene Flüchtlinge fungierten) auf einem hohen Niveau. Ab der sechsten Sitzung begann das Empowerment-Gefühl der Teilnehmer:innen zu wachsen und erreichte am Ende der zweiten Phase seinen Höhepunkt. Selbstwirksamkeit: Diese Kategorie umfasst ein kritisches Bewusstsein, das Erkennen und Verständnis sozialer Probleme, die Flüchtlinge mit ähnlichen Erfahrungen haben, sowie eine wahrgenommene Steigerung der Fähigkeit und Motivation, aktiv zu werden, um das Wohlergehen ihrer Gemeinschaft zu verbessern	k.A.	Konstitution der Gruppen: Wunsch nach Homogenität der Geschlechter bei spezifischen Themen, begründet mit den kulturellen Praktiken im Iran, in Afghanistan und im Nahen Osten, gemischte Gruppen (aber ausgewogen) bei allgemeinen Themen. Größere Gruppen sind bei Fluktuation besser Erwartungen an Peer-Trainer:innen: Peers sollten denselben kulturellen und sprachlichen Hintergrund haben wie die Teilnehmenden selbst (insb. mit deutschen Professionellen im Medizinsystem kommt es häufig zu Missverständnissen). Peers sollten kenntnisreich und erfahren zu den besprochenen Themen sein und sich als „Lotsen“ verstehen. Wahrgenommene Vorteile: P2P-Gruppen sind sichere Orte, an denen Erfahrungen ausgetauscht und Vertrauen zwischen den Gruppenmitgliedern aufgebaut werden können, auch gemeinsam Lösungen für die alltäglichen Herausforderungen zu finden. Vorschlägen zu Inhalten: Muttersprachliche Angebote im

Gesundheitslots:innen für Migrant:innen/ Flüchtlinge

	Während die Resilienz am Ende der ersten Phase stark zunahm, stieg kurz darauf auch das Gefühl der Selbstwirksamkeit, da die Teilnehmer:innen ihre Strategien und Fähigkeiten nun selbst als Mentoren einsetzten.		Gesundheitswesen, aber auch über festgelegte weitere Themen, sowie alltägliche Probleme wie Wohnungs- und Arbeitssuche, bürokratische Angelegenheiten
Zusammenfassung der Ergebnisse der Autor:innen	Die Ergebnisse legen nahe, dass Maßnahmen darauf ausgerichtet sein sollten, die innere Stärke der Flüchtlinge zu stärken – also den Resilienzprozess zu fördern –, als ersten Schritt, bevor sie „nach außen blicken“ und aktiv werden. Die Studie zeigt auf, wie ein Ansatz der gegenseitigen Unterstützung und des Peer-Mentorings dazu beiträgt, die Resilienz und Selbstbestimmung von Flüchtlingen in Aufnahmegesellschaften zu stärken.	Diese Pilotstudie hat positive Ergebnisse hinsichtlich der Wirksamkeit von ACHIEVE bei der Stärkung des Vertrauens in den Zugang zur Gesundheitsversorgung sowie bei der Verbesserung des Wissens in bestimmten Bereichen der primären Gesundheitsversorgung aufgezeigt; die Studie sollte aber in größerer Kohorte repliziert werden.	Die Ergebnisse der Studie legen nahe, dass peer-to-peer Ansätze die Integration von Flüchtlingen in die psychosoziale Versorgung verbessern können.

A – Antworten; k.A. – keine Angabe; P2P – Peer-to-Peer; RR – Antwortquote (response rate)

Tabelle 7-9: Ergebnisse zu Implementierungsaspekten von Initiativen zur Unterstützung durch Peers

Autor:in/Jahr	Harris2015 [65]	Robinson2025 [64]
Organisatorische Faktoren (Programmdesign, Mechanismen) bei der Programmplanung und -Implementierung von Peer-Unterstützung	Das Programmdesign und die organisatorischen Ansätze variieren je nach Phase der Programmplanung und -umsetzung: Am Ende des Spektrums stehen Organisationen, die einen reinen Informationsvermittlungsansatz verfolgen. Die Wirkungslogik dieser Programme basierte auf einem „autoritären“ Design, bei dem die Umsetzung von der Trägerorganisation mit begrenzter Einbindung der Zielgruppe vorgegeben wurde. Während der Umsetzung fühlten sich die Peer-Unterstützer:innen in der Folge in der Nutzung ihres impliziten und erfahrungsbasierten Wissens eingeschränkt, obwohl dieses eigentlich der aktive Bestandteil der Intervention sein sollte. Programme, die einen eher präskriptiven Ansatz verfolgen, funktionierten in einigen Fällen dennoch. Eine genauere Betrachtung zeigt, dass es positive Mechanismen gab – wie Wertschätzung des Wissens der Peer-Unterstützer:innen – , die sich in der Bereitschaft manifestierten, ihnen zu ermöglichen, ihre gemeinschaftsbasierte Erfahrung zu nutzen, um bestehende Netzwerke zu erschließen und neue zu schaffen. Ein höherer Grad an anfänglicher Kontrolle über das Programm wurde somit abgemildert, wenn die Trägerorganisationen ein kollaboratives Umsetzungsmodell unterstützten. am anderen Ende des Spektrums stehen Programme, die von Anfang an eine Philosophie/ein Programmdesign der aktiven Einbindung verkörperten. Diese Programme basierten auf einem partizipativen Ansatz, dessen Umsetzung gemeinsam von der Trägerorganisation und den Mitgliedern bzw. Organisationen der Zielgruppe gestaltet wird. Bei beiden Ansätzen hing der Erfolg der Programme davon ab, inwieweit die Trägerorganisation den Projektmitarbeitern und den Teilnehmenden Kontrolle und Autonomie einräumte	Erkenntnisse aus Publikationen: Die meisten Interventionen bezogen sich auf die psychische Gesundheit. Es zeigte sich eine erhebliche Heterogenität im Design der Interventionen und Praktiken, im gesundheitlichen und institutionellen Kontext der Interventionen, in den Teilnehmergruppen und den berichteten Ergebnissen. Die Versorgungsprogramme basieren überwiegend auf vielfältigen Wissensbeständen und Perspektiven (Kooperation, veröffentlichte Evidenz, Expertenwissen). Die Mehrzahl der Studien beschrieb auch Praktiken, die Sprache und Kommunikation, Vertreibungs- (und Ansiedlungs-)Erfahrungen, potenzielle Diskrepanzen zwischen den kulturellen Traditionen, Werten und Erwartungen der ankommenden und der lokalen Gesellschaften, die übergeordneten Systeme, in denen die Teilnehmer oder Dienstleistungen angesiedelt waren, sowie eine Reihe von Ressourcenpraktiken und Mechanismen zur Erreichung der Menschen, nämlich die Einbindung und die Suche nach Repräsentanten aus den Zielgruppen, berücksichtigten. Erkenntnisse aus 5 Fallstudien: Die Bereitschaft zu Innovationen und zum Arbeiten außerhalb bestehender Strukturen, eine „Mikroflexibilität“ in der Interaktion mit Patient:innen und Klient:innen sowie die Schaffung sicherer Räume, um das Vertrauen in die Anbieter zu fördern
Politische und gesellschaftliche Faktoren	Trägerorganisationen müssen auf Ebene der Gesundheitssysteme in der Lage sein, ein Umfeld der Chancengleichheit zu schaffen und aufrechtzuerhalten, um kommunale Peer-Unterstützungsprojekte zu fördern. Das Umfeld ist dadurch charakterisiert, dass der Bedeutung von gesundheitlichen Ungleichheiten in Politik und Finanzierung Priorität eingeräumt wird, durch: Herausforderungen und Bedürfnisse der Gemeinschaft anerkannt werden; Menschen bereit sind, die Ursachen von schlechter Gesundheit und geringem Wohlbefinden zu erforschen;	Erkenntnisse aus den 5 Fallstudien: Aktive Verhaltensweisen und gesellschaftliche Haltungen wurden als Voraussetzungen identifiziert. Dazu gehören die Teilnahme am interkulturellen Austausch (ein respektvoller, interessierter und reflektierter Umgang mit unterschiedlichen Wahrnehmungen); die Förderung der Vernetzung von Menschen innerhalb ihres kulturellen Umfelds (Glaube, Nationalität, Erfahrungen, Sprache, Geschlecht);

	der Träger ausreichend Zeit für den Aufbau von Beziehungen und Netzwerken einräumt; erfahrungsbasiertes kulturelles Wissen anerkannt und wertgeschätzt wird; das Bewusstsein für die Bedeutung der Teilhabe an Macht und Kontrolle besteht; kollektive Überzeugungen und Bräuche, Weltanschauungen und soziale Identität anerkannt und aktiv in die Programmplanung und -umsetzung einbezogen werden (kulturelle Kompetenz); Gesundheitsfachkräfte die Kontrolle darüber erhalten, wie, wann und wo die Intervention durchgeführt wird; und sich ergebende Ergebnisse nutzen, um die Intervention zu gestalten und anzupassen	die Fokussierung auf das Individuum; und eine reflektierte Haltung gegenüber dem Individuum und seinen umfassenden Lebensumständen
Unterstützung durch Peers Theorie und Umsetzung	Theorie zu und Umsetzung von Unterstützung durch Peers: Auf der Umsetzungsebene ist die Schaffung eines Umfelds der Gleichstellung ebenfalls entscheidend, damit die Teilnehmenden Informationen verstehen und Gesundheitsdienste nutzen können die Rekrutierung der Teilnehmenden basierte auf dem Prinzip der Homophilie – der Annahme, dass Menschen, persönliche Beziehungen und soziale Netzwerke bevorzugt mit Personen einzugehen, die ihnen ähnlich sind - Vertrauensverhältnisse fördert Ähnlichkeiten können zwar ein Zeitfenster für die erste Kontaktaufnahme bieten, reichen jedoch nicht aus, um Vertrauen aufzubauen. Peers müssen gleichberechtigte Beziehungen zu den Teilnehmenden aufbauen, die einen Dialog der aktiven und kritischen Reflexion über die Ursachen für schlechte Gesundheit und geringes Wohlbefinden fördern. Die Fähigkeit, positive Beziehungen aufzubauen, wird jedoch durch negative Einstellungen gegenüber dem betreffenden Gesundheitsverhalten beeinträchtigt. Mit der Entwicklung dieser Bindung gewinnen die Menschen Vertrauen zur Gruppe und reflektieren kritisch ihre Lebensumstände, ihre Ziele und ihre Fähigkeiten. Der Aufbau vertrauensvoller Beziehungen zu den Zielgruppen ist wesentlich für die Bereitschaft zu Veränderungen Erfolgreiche Programme mit Unterstützung durch Peers haben das Potenzial, gesundheitliche Ungleichheiten zu verringern, indem sie die Wahrnehmung des sozialen Status verändern. Dies geschieht durch: die Schaffung einer gemeinsamen Bindung mit benachteiligten und gefährdeten Einzelpersonen oder Gruppen, die Förderung sozialer Interaktion und	Es wurden sechs Wirkungsbereiche von Interventionen (in den Publikationen) identifiziert: Nutzen von Gemeinschaften (der Zielgruppen) und Schaffung von „Safe Spaces“, einschließlich der Anbindung an formale (Gesundheits-) Dienste; Bildung von Versorgungsnetzwerken, die traditionelle und nicht-traditionelle Gesundheitsdienstleister:innen einbeziehen; proaktive Einbindung, einschließlich der Durchführung von Interventionen im vertrauten Umfeld; durchdachte Kommunikation, insbesondere im Hinblick auf die Vorteile zweisprachiger Arbeitskräfte; informierte Fachkräfte und eine Haltung, die zu mehr Wissen und Mitgefühl führte; und ein Recht auf Wissen, das die Bedeutung der Achtung des Informationsbedarfs von Neuankömmlingen, des Wissens und des Vertrauens in lokale Systeme, einschließlich der Normalisierung und des Verständnisses der Auswirkungen von Kriegserfahrungen, anerkannte.

	den Austausch von Problemen und Erfahrungswissen, Dialog auf Augenhöhe, praktische und informative Unterstützung Kleine Veränderungen stärken das Selbstvertrauen, die Motivation, die Gesundheit selbst in die Hand zu nehmen, und damit Gesundheitskompetenz	
Zusammenfassung der Autor:innen	Programme mit Unterstützung durch Peers haben das Potenzial, Gesundheitskompetenz zu verbessern und gesundheitliche Ungleichheiten zu verringern, aber dieses Potenzial hängt vom jeweiligen Kontext der Chancengleichheit ab Kommunale Programme unterstützt durch Peers sind wahrscheinlich dann wirksam, wenn der Kontext, die Personen und Organisationen, die das Programm konzipieren und entwickeln, ausreichend Zeit für die Beteiligung an folgenden Prozessen einräumt bei: Ermittlung der Bedarfe der Zielgruppe, Nutzung der Erkenntnisse aus der Bedarfsanalyse zur Entwicklung geeigneter Rekrutierungs- und Schulungsstrategien, Einbeziehung der lokalen Bevölkerung in den Rekrutierungsprozess, Nutzung von Erfahrungswissen zur gemeinsamen Entwicklung von Schulungsmaterialien, Anwendung von Empowerment-Ansätzen in der Schulung, Förderung von Partnerschaften zwischen Peers, kommunalen Organisationen und Gesundheitsdienstleister:innen, um die Integration des Programms in bestehende Gesundheitsdienste und Gemeindeaktivitäten zu erleichtern, Bereitstellung fortlaufender, problemlösungsorientierter Unterstützung für Peers, damit diese ihre Kompetenzen in der Durchführung der Intervention ausbauen können, Gewährung von Autonomie und Kontrolle für Peers bei der Gestaltung und Durchführung der Intervention	Es wurde festgestellt, dass Umgebungen, die Gesundheit fördern und Menschen ein sinnvolles Leben ermöglichen, von entscheidender Bedeutung sind. Diese Umgebungen erfordern Flexibilität und Reflexivität in der Praxis, interkulturellen Austausch, Demut und ein Engagement für Kommunikation Es wird vorgeschlagen, dass ein breiteres Spektrum an Fachkräften im Gesundheitswesen durch bewusste und vernetzte Praxis zur Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen beitragen kann und sollte. Die Öffnung der Gesundheitssysteme für andere staatliche Akteure (z. B. Lehrkräfte und Integrationshelfer) sowie für eine Reihe nichtstaatlicher Akteure, darunter Vertreter der Community (Peers), ist ein wichtiger Schritt in diesem Prozess

7.2 Suchstrategien

Cochrane Library

Search Name:	GesundheitslotsInnen
Last Saved:	29/01/2026 16:23:17
Comment:	CW
ID	Search
#1	((underserved OR migrant* OR deprived OR vulnerable) NEAR (group* OR patient*)):ti,ab,kw (Word variations have been searched)
#2	MeSH descriptor: [Vulnerable Populations] explode all trees
#3	#1 OR #2
#4	MeSH descriptor: [Patient Navigation] explode all trees
#5	((patient OR health* OR peer) NEAR (navigation OR navigator*)):ti,ab,kw (Word variations have been searched)
#6	#4 OR #5
#7	#3 AND #6
#8	(conference proceeding):pt
#9	(abstract):so
#10	(clinicaltrials OR trialsearch OR ANZCTR OR ensaiosclinicos OR Actrn OR chicttr OR cris OR ctri OR registroclinico OR clinicaltrialsregister OR DRKS OR IRCT OR Isrctn OR rctportal OR JapicCTI OR JMACCT OR jRCT OR JPRN OR Nct OR UMIN OR trialregister OR PACTR OR R.B.R.OR REPEC OR SLCTR OR Tcr):so
#11	#8 OR #9 OR #10
#12	#7 NOT #11

Embase

No	Query Results
#25. #21 NOT #24	732 29
#24. #22 OR #23	553,388
#23. 'clinical trial':dtype	552,803
#22. #21 AND 'Conference Abstract'/it	585
#21. #17 OR #18 OR #19 OR #20	1,460
#20. gesundheitslot*	4
#19. 'patient navigator program'/exp	13
#18. 'patient navigator'/exp	23
#17. #7 AND #16	1,426
#16. #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15	20,709
#15. 'peer navigator*'	406
#14. 'peer navigation'	289
#13. 'peer support'	15,476
#12. 'peer support'/exp	1,286
#11. 'health* navigation'	307
#10. 'health* navigator*'	330
#9. 'patient navigator*'	2,198
#8. 'patient navigation'	2,991
#7. #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6	188,769
#6. vulnerable NEAR/1 (group* OR patient*)	25,037
#5. 'vulnerable population'/mj/exp	5,887 29
#4. deprived	44,972
#3. 'migrant'/exp	61,537

#2. migrant*	42,085
#1. underserved	37,476
Results Date	29 Jan 2026

Epistemonikos

Full query: ("patient navigation" OR "patient navigator" OR "patient navigators" OR "health navigator" OR "health navigators" OR "healthcare navigator" OR "healthcare navigators" OR "health navigation" OR "healthcare navigation" OR "peer support" OR "peer navigation" OR "peer navigator" OR "peer navigators" OR gesundheitslots*) AND (underserved OR migrant* OR deprived OR vulnerable)
Limited to publication type "Broad Synthesis"
12 Hits

INAHTA Database

Search step #, Search query,"Hits","Searched At"
20 ((gesundheitslots*) OR ((peer OR navigat*) AND ("Vulnerable Populations"[mhe])) OR ((peer) AND (underserved OR migrant* OR deprived OR vulnerable)) OR ("peer navigators" OR ("peer navigator") OR ("peer navigation") OR ("healthcare navigators") OR ("healthcare navigator") OR ("healthcare navigation") OR ("health navigators") OR ("health navigator") OR ("health navigation") OR ("patient navigators") OR ("patient navigator") OR ("patient navigation") OR ("Patient Navigation"[mhe])) AND (english OR german)[Language],"17","2026-01-29T15:48:09.000000Z"
19 (gesundheitslots*) OR ((peer OR navigat*) AND ("Vulnerable Populations"[mhe])) OR ((peer) AND (underserved OR migrant* OR deprived OR vulnerable)) OR ("peer navigators" OR ("peer navigator") OR ("peer navigation") OR ("healthcare navigators") OR ("healthcare navigator") OR ("healthcare navigation") OR ("health navigators") OR ("health navigator") OR ("health navigation") OR ("patient navigators") OR ("patient navigator") OR ("patient navigation") OR ("Patient Navigation"[mhe])),"21","2026-01-29T15:47:35.000000Z"
18 gesundheitslots*,"0","2026-01-29T15:46:43.000000Z"
17 (peer OR navigat*) AND ("Vulnerable Populations"[mhe]),"3","2026-01-29T15:43:12.000000Z"
16 peer OR navigat*,"251","2026-01-29T15:43:03.000000Z"
15 "Vulnerable Populations"[mhe],"30","2026-01-29T15:42:29.000000Z"
14 (peer) AND (underserved OR migrant* OR deprived OR vulnerable),"14","2026-01-29T15:41:30.000000Z"
13 "peer navigators","0","2026-01-29T15:39:54.000000Z"
12 "peer navigator","0","2026-01-29T15:39:48.000000Z"
11 "peer navigation","0","2026-01-29T15:39:38.000000Z"
10 "healthcare navigators","0","2026-01-29T15:37:41.000000Z"
9 "healthcare navigator","0","2026-01-29T15:37:35.000000Z"
8 "healthcare navigation","1","2026-01-29T15:37:17.000000Z"
7 "health navigators","0","2026-01-29T15:36:40.000000Z"
6 "health navigator","0","2026-01-29T15:36:00.000000Z"
5 "health navigation","0","2026-01-29T15:35:27.000000Z"
4 "patient navigators","1","2026-01-29T15:34:49.000000Z"
3 "patient navigator","0","2026-01-29T15:34:45.000000Z"
2 "patient navigation","1","2026-01-29T15:34:33.000000Z"
1 "Patient Navigation"[mhe],"2","2026-01-29T15:33:44.000000Z"

Medline

Database: Ovid MEDLINE(R) ALL <1946 to January 28, 2026>
1 underserved.mp. (25069)
2 migrant*.mp. (34632)
3 deprived.mp. (35690)
4 *Vulnerable Populations/ (6327)
5 vulnerable group*.mp. (11196)
6 vulnerable patient*.mp. (5885)
7 uninsured*.mp. (15514)
8 no* insur*.ti,ab. (2144)
9 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 (131803)
10 exp Patient Navigation/ (1417)
11 patient navigation.mp. (2373)
12 patient navigator*.mp. (963)
13 health* navigator*.mp. (165)
14 health* navigation.mp. (173)
15 peer support.mp. (10556)
16 peer navigation.mp. (170)
17 peer navigator*.mp. (217)
18 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 (13759)
19 9 and 18 (700)
20 gesundheitslots*.mp. (4)
21 19 or 20 (704)
22 limit 21 to (english or german) (704)
23 remove duplicates from 22 (704)

29.01.2026

PsycInfo

APA PsycInfo (via EBSCO)**Export details**

Date exported: 01/28/2026 10:43 PM

Search: ((underserved OR migrant* OR depriv* OR "vulnerable (group* OR patient*)")) AND ("community-based health navigat*" OR "peer support" OR "peer navigat*" OR "patient navigat*" OR "health service* accessibility")

Search option „Smart Text“

472 Hits

7.3 Fragebogen an deutsche Gesundheitslots:innen Projekte

Programm-Charakteristika:

1. Seit wann: Projektstatus oder verstetigt
2. Trägerinstitution und Partnerinstitutionen
3. Aufgaben und Aktivitäten (Veranstaltungen, Begleitung..)
4. Themen, Sprachen, Settings, Teilnahmekriterien
5. Anzahl der Gesundheitslots:innen + Reichweite (Anzahl der Teilnehmer:innen): Statistiken zu Reichweite, Anzahl der Aktivitäten/Veranstaltungen pro Jahr
6. Beschreibung der Teilnehmer:innen
7. Programm-Budget und Bezahlung der Lots:innen

Prozesse und Interaktionen:

1. Ausbildung der Gesundheitslots:innen: Inhalte und Dauer
2. Professioneller Hintergrund der Lots:innen bzw. benötigte Qualifikationen
3. Rekrutierung, Mobilität (Turnover/Fluktuation, Verbleib) der Gesundheitslots:innen
4. Supervision und Begleitung der Gesundheitslots:innen, Maßnahmen der Qualitätssicherung
5. Netzwerk der Programm-Koordinator:innen („Community of Practice“)

Evaluation der Effekte

1. Endpunkte: Health Literacy, Zufriedenheit, Verhaltensänderungen...
2. Herausforderungen und Learnings (Perspektive Koordinator:innen)
3. Beobachtungen und Veränderungen des Programms (Perspektive Koordinator:innen)
4. Anschlussberufstätigkeit der Gesundheitslots:innen

Wir bitten um jegliche Materialien (Evaluationsberichte, Jahresberichte, Statistiken, wissenschaftliche Publikationen)



HTA Austria

Austrian Institute for
Health Technology Assessment
GmbH