
Versorgungsmuster ärztlicher Praxen im Sozialraum

Experteninterviews als Baustein zur qualitativen Einschätzung
der ärztlichen Versorgung in Nürnberg unter besonderer
Berücksichtigung von Patienten/-innen mit
Migrationshintergrund

durchgeführt und bearbeitet von M. Meusel und Dr. I. Zimmermann,
Gesundheitsamt der Stadt Nürnberg, 2014

zu beziehen über:

Gesundheitsamt der Stadt Nürnberg
Gesundheitsförderung
Gesundheitsberichterstattung
Burgstr. 4

90 403 Nürnberg
Schutzgebühr: 5 Euro

Ansprechpartnerinnen:

Dr. I. Zimmermann oder M. Meusel

Tel.: 0911/ 231-1995 oder 0911/ 231-3382
Fax: 0911/ 231-3847

e-mail:

ina.zimmermann@stadt.nuernberg.de
monika.meusel@stadt.nuernberg.de

ISSN-1437-4625

Titelbild: prspics Pizqua.de, Bild ID 1452

© Stadt Nürnberg, 2016

Vorwort

Es ist ein wichtiges Anliegen der Gesundheitsberichterstattung des städtischen Gesundheitsamtes, die Datenlage zum Gesundheitszustand der Nürnberger Bevölkerung dergestalt zu verbessern, dass eine möglichst „passgenaue“ gesundheitliche Versorgung ermöglicht wird. Umso wichtiger erscheint dies, als Gesundheit und Lebenserwartung in engem Zusammenhang mit der Lebenslage der Menschen stehen und damit auch mit ihrem täglichen Umfeld korrespondieren.

In Kooperation mit der AOK Mittelfranken, dem Klinikum Nürnberg und dem Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth, angeregt und unterstützt durch die Praxisnetze Nord und Süd sowie das Gesundheitsnetz Qualität und Effizienz eG (QuE), versucht das Gesundheitsamt, vorhandenes Datenmaterial kleinräumig und bezogen auf die sozialräumliche Differenzierung des Stadtgebietes zu erschließen. Der Baustein „Experteninterviews mit niedergelassenen Ärzten/-innen“ soll den quantitativen Blickwinkel der statistischen Analyse – in diesem Fall der Datenpools des Klinikums Nürnberg und der AOK Mittelfranken – ergänzen um qualitative Informationen zu spezifischen gesundheitlichen Problemen und Zielgruppen im Stadtgebiet. Ziel ist es, entsprechende Ansatzpunkte für die Gesundheitsförderung und zur Verbesserung der medizinischen Versorgung im Stadtteil zu gewinnen.

Angesichts der Tatsache, dass knapp die Hälfte (42,3% am 31.12.2014)¹ der Menschen, die in der Stadt Nürnberg leben, einen Migrationshintergrund hat, wurde - angeregt durch die Arbeitsgruppe „Ambulante und stationäre gesundheitliche Versorgung und Selbsthilfe der Gesundheitskonferenz „Migration und Gesundheit“ sowie durch –das Gesundheitsnetz Qualität und Effizienz eG (QuE) die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund zum Schwerpunkt der Befragung. Um die soziale Lage der Patienten/-innen mit einzubeziehen, wurde je ein Arzt/Ärztin je Fachrichtung in je einem der fünf Sozialräume der Stadt Nürnberg als Interviewpartner/-in ausgewählt. So wurden aus den Fachgebieten Allgemein-, Innere sowie Kinder- und Jugendmedizin im Laufe des Jahres 2014 insgesamt 15 niedergelassene Ärzte/-innen befragt.

Es sei an dieser Stelle unseren Interviewpartnern und –partnerinnen in den teilnehmenden Praxen herzlich dafür gedankt, dass sie sich die Zeit für das doch recht umfassende Interview genommen haben. Damit konnten eine Fülle interessanter Hinweise und Informationen geliefert werden, die nun in dem vorliegenden Bericht zusammengefasst sind. Ein besonderer Dank gilt auch Dr. Wambach für seine wohlwollende Unterstützung bei der nicht immer einfachen Suche nach Interviewpartnern/-innen.

Nürnberg, August 2016

M. Meusel
Dr. I. Zimmermann

¹ Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth (Hrsg.): Statistisches Jahrbuch 2015, S. 39

INHALT

Ausgangslage	S.1
Methodisches Vorgehen	S.1
Ergebnisse der Befragungen	S.3
I. Themenkomplex Sprache und Verständigung	S. 3
II. Themenkomplex Soziale Schichtung	S.11
III. Themenkomplex ärztliche Versorgung	S.15
IV. Themenkomplex Interkulturelle Praxis	S.17
V. Themenkomplex Organisation der interkulturellen Praxis	S.23
VI. Themenkomplex Vernetzung	S.25
VII. Themenkomplex künftige Entwicklung: Handlungsbedarf und Ideen	S.29
Zusammenfassung	S.33

Anhang:

Gesprächsleitfaden

Sozialraumtypen

Literatur und Quellen

Ausgangslage

Bis auf wenige Ausnahmen - wie die Todesursachenstatistik, Daten aus den Schuleingangsuntersuchungen, Krankenhausdiagnosestatistik oder bevölkerungsbezogene Krebsregister - existieren in Deutschland **auf kommunaler Ebene keine Informationen zur gesundheitlichen Verfassung der Bevölkerung**. Ein besonderes Defizit stellen kleinräumige und qualitative Angaben dar. Gerade diese sind jedoch vonnöten, soll die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung möglichst „passgenau“ gestaltet sein – im Dienste der Patienten/-innen und der Effizienz der eingesetzten Mittel.

Angeregt durch den Arbeitskreis Ambulante und stationäre gesundheitliche Versorgung und Selbsthilfe der Gesundheitskonferenz „Migration und Gesundheit“ sowie die Praxisnetze Nürnberg-Nord und -Süd, das Gesundheitsnetz Qualität und Effizienz eG (QuE),¹ arbeitet das städtische Gesundheitsamt in Kooperation mit der AOK Mittelfranken, dem Klinikum Nürnberg und dem Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth daran, das dort vorhandene Datenmaterial kleinräumig und im Kontext mit der sozialräumlichen Differenzierung des Stadtgebiets² - aufzubereiten. Dem liegt die inzwischen allgemein bekannte und in zahlreichen Studien nachgewiesene Tatsache zugrunde, dass **Gesundheit und Lebenserwartung in engem Zusammenhang mit der Lebenslage der Menschen** stehen.³ Neben diesem quantitativen Ansatz wurden Experteninterviews mit niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen durchgeführt, die die statistische Analyse um **qualitative und kleinräumig orientierte Informationen** ergänzen sollen. Die Interviews sind ein wichtiger Baustein zu dem „Daten-Mosaik“, das ein möglichst genaues Bild des Gesundheitszustandes der Bevölkerung und entsprechende Ansatzpunkte für die Gesundheitsförderung und für die medizinische Versorgung im Stadtteil liefern soll.

Methodisches Vorgehen

Die Stichprobe sah die Befragung von jeweils 5 niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen der **Fachgebiete Allgemein-, Innere sowie Kinder- und Jugendmedizin** vor. Die Fachrichtungen wurden ausgewählt, da sie **einen zentralen Baustein der ärztlichen Grundversorgung** darstellen und zumeist eingebunden sind in das Wohnumfeld der Patienten/-innen. Je Sozialraum wurde ein Arzt/ eine Ärztin pro Fachgebiet⁴ ausgewählt im Rahmen einer Zufallsauswahl.⁵ Die Befragung folgte einem Gesprächsleitfaden, der von den zuständigen Mitarbeitern/-innen der Dienststellenleitung und des Sachgebiets Gesundheitsförderung im Gesundheitsamt entwickelt wurde. Er wurde abgestimmt mit dem Arbeitskreis kultursensible

¹ Genossenschaftlicher Zusammenschluss von Arztpraxen mit dem Ziel, die Patienten/ -innen in den Mittelpunkt zu stellen, Prävention zu betreiben, vernetzt mit anderen Praxen und Akteuren des Gesundheitswesens zu arbeiten, sowie die Qualität und Effizienz der ärztlichen Arbeit zu gewährleisten. (Homepage des QuE, Stand 11.4.2016)

² Sozialraumtypen nach der Definition und Berechnung des Amtes für Stadtforschung und Statistik aus dem Jahr 2010 Quelle: Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth (Hrsg.): Sozialräume im Wandel - Die Sozialraumanalysen 2008 und 2010 im Vergleich, Statistischer Monatsbericht für Oktober 2010

³ Über die Zuordnung von Morbiditäts- und Mortalitätsdaten zu den Sozialraumtypen der Stadt Nürnberg und deren spezifischem Armutspotential soll versucht werden, den Zusammenhang zwischen Gesundheit und Lebenslage für das Stadtgebiet zu belegen und daraus kleinräumig Handlungsperspektiven zu entwickeln. Bei den Daten handelt es sich um Morbiditätsdaten der AOK Mittelfranken und die Entlassungsdiagnosen des Klinikums Nürnberg 2008-2013 sowie um die vorzeitigen Todesfälle (unter 65 Jahre) des Jahres 2013 (Auswertung der Todesbescheinigungen des Gesundheitsamtes, ab 2013 jährlich).

⁴ Die vom Design der Studie vorgesehene Parität der Fachrichtungen je Sozialraumtyp konnte leider nicht vollständig beibehalten werden, da sich kein Facharzt für Innere Medizin im SR Typ 2 zum Interview bereitfand. Er wird stattdessen durch eine weitere Allgemeinarztpraxis repräsentiert.

⁵ aus dem Ärzteverzeichnis des Bayerischen Roten Kreuzes, Kreisverband Nürnberg-Stadt, Ausgabe 2013.

Versorgung „Kuve“ des Gesundheitsamtes.⁶ Nach einem Pre-Test im Dezember 2013 erstreckten sich die Befragungen vom 10.2. bis 11.11.2014.⁷ Die Auswertung der Interviews erfolgte mit der Hilfe von MAXQDA 11, einer Anwendungssoftware für die Auswertung qualitativer Studien. Sie erleichtert es, nach dem Einlesen der Fragebögen, auch unabhängig vom Fragebogaufbau, inhaltliche Schwerpunkte zu identifizieren, zu strukturieren sowie thematische Querverbindungen herzustellen. Auf diese Weise konnten Themenkomplexe identifiziert und mit der Hilfe von Arbeitshypothesen weiter differenziert werden. Da die Informationen aus den Interviews stets im Zusammenhang mit den Themenkomplexen stehen, sind Mehrfachnennungen möglich.

Themenkomplexe
I. Sprache und Verständigung
II. Soziale Schichtung
III. Versorgung
IV. Interkulturelle Praxis
V. Organisation der interkulturellen Praxis
VI. Vernetzung und Kooperation
VII. künftige Entwicklung: Handlungsbedarf und Ideen

In den jeweiligen Themenkomplexen wurden auch die Ergebnisse einer Kurzanalyse berücksichtigt, die im Frühjahr 2013 im Rahmen eines Projektes zur „Kultursensiblen gesundheitlichen Versorgung“ durchgeführt wurde. Das Gesundheitsnetz Qualität und Effizienz (QuE) hat hierfür in Kooperation mit anderen Nürnberger Einrichtungen des Gesundheitswesens⁸ die Praxen des Gesundheitsnetzes und die des Praxisnetzes Nürnberg-Nord befragt zu verschiedenen Aspekten der Versorgung von Patienten/-innen mit einem Migrationshintergrund.

Stets sollte man sich bei der Lektüre des Berichts bewusst sein, dass es sich bei den Auskünften der Arztpraxen um subjektive Einschätzungen handelt, nicht jedoch um Ergebnisse statistischer Analysen. Sie sind daher aus quantitativer Perspektive nicht belastbar.

Ergebnisse der Befragungen

I. Themenkomplex Sprache und Verständigung

Ein Themenbereich des Gesprächsleitfadens ist die Verständigung zwischen Arzt/ Ärztin und Patient/ in. Die grundlegende Annahme für diesen Bereich ist, dass sich die zwischenmenschliche – vor allem die sprachliche - Kommunikation als relevant für die **Arzt-Patient-Beziehung erweist**. Dies gilt umso mehr, wenn Arzt/ Ärztin und Patient/-in unterschiedliche Sprachen sprechen.

⁶ Der Arbeitskreis „kultursensible gesundheitliche Versorgung“ resultiert aus der Gesundheitskonferenz „Migration und Gesundheit“ des Jahres 2012. In insgesamt vier Sitzungen wurden Themen der kultursensiblen Versorgung diskutiert. Teilnehmer/-innen waren u.a. Vertreter/-innen von Vereinen, Institutionen, der kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, des Gesundheitsnetzwerks QuE.

⁷ Den Interviews ging jeweils ein Anschreiben und eine telefonische Terminbestätigung voraus. Die Gespräche dauerten jeweils ca. 1 Std und wurden von zwei Mitarbeiterinnen des Gesundheitsamtes in wechselnder Arbeitsteilung (Protokoll, Gesprächsführung) durchgeführt. In 3 Fällen erfolgte die Beantwortung der Fragen schriftlich per Fax.

⁸ Es handelt sich hier um eine Kooperation zwischen QuE, der Stadt Nürnberg, dem Praxisnetz Süd, mit KISS, UPD, MIT und FMGZ mit dem Ziel, migrations- und kultursensible gesundheitsbezogene Handlungsvorschläge zu entwickeln. Die Befragung war eine erste Kurzanalyse hierzu und fand schriftlich zwischen dem 26.4. und dem 24.5.2013 statt. Es wurden alle PNN- und QuE-Praxen angeschrieben. Der Rücklauf betrug 38% (40 Praxen).

In den befragten Praxen sprachen die Ärzte/ Ärztinnen deutsch⁹ und behandelten außer deutschen auch fremdsprachige Patienten/ -innen.

Aus den Stellungnahmen der Probanden/-innen kristallisierten zu diesem Thema folgende Argumentationsstränge heraus:

Standpunkt 1: Die Fremdsprachigkeit von Patienten/-innen mit Migrationshintergrund wirkt sich nicht auf die Kommunikation zwischen Arzt/ Ärztin und Patient/-in aus.	0x Allgemeinmedizin
	1x Innere Medizin
	1x Kinder-/ Jugendmedizin

Zwei der befragten Ärzte/ Ärztinnen sahen keinen Unterschied zwischen ihrer Beziehung zu deutschen und zu fremdsprachigen Patienten/-innen. (Standpunkt 1).

Standpunkt 2: Die Fremdsprachigkeit von Patienten/-innen wirkt sich auf die Kommunikation zwischen Arzt/ Ärztin und Patient/-in aus.

Hingegen räumte die Mehrzahl der Probanden/-innen (n=13) im Verlauf des Interviews ein, dass die Fremdsprachigkeit der Patienten/-innen sehr wohl Einfluss nimmt auf die Arzt-Patient-Beziehung. (Standpunkt 2)

Differenzierung zu Standpunkt 2: Sprachliche Verständigungsschwierigkeiten können den Umgang mit den Patienten /-innen und ihren Zugang zur ärztlichen Versorgung <u>negativ beeinflussen</u>.	5x Allgemeinmedizin
	4x Innere Medizin
	4x Kinder-/ Jugendmedizin

Die Art dieser Beeinflussung wurde von beinahe allen Interviewpartnern/-innen (n=13) als ungünstig bewertet. (Differenzierung 2.1)

Statements: Es wurde oft festgestellt, dass Verständigungsschwierigkeiten während des Arzt-Patient-Kontaktes schließlich auch die ärztliche Versorgung der Patienten/-innen erschweren können. Auch in der Erhebung des Gesundheitsnetzes QuE wurde die Sprachbarriere als Problem im Praxisablauf benannt (27% der Praxen). (Differenzierung 2.1)

Angesichts der Kommunikationsprobleme in der Arzt-Patient-Beziehung wurden zwei verschiedene Strategien der Problembewältigung deutlich:

⁹ Einer der Allgemeinärzte hatte einen Migrationshintergrund.

Strategie 1 zu Standpunkt 2: Deutsch als gemeinsame Sprache von Arzt/ Ärztin und Patient/ -in ist wichtig und sollte gefördert werden.	2x Allgemeinmedizin
	2x Innere Medizin
	3x Kinder-/ Jugendmedizin

Statements: Sprachliche und kulturelle Hemmschwellen sowie eine – oft nach langjährigem Aufenthalt in Deutschland - noch **geringe Bereitschaft der Patienten/-innen, ihre Deutschkenntnisse zu verbessern**, können zu Schwierigkeiten im Kontakt mit den fremdsprachigen Patienten/-innen führen, z. B. zu einer (scheinbar) schlechteren Versorgung oder zu Problemen bei der Entwicklungsdiagnostik von Kindern. Daher wäre **Deutsch als gemeinsame Sprache** wichtig. (Strategie 1)

Zur Verbesserung der Kommunikation auf der Ebene der deutschen Sprache (Strategie 1) wurde eine Reihe von Maßnahmen vorgeschlagen:

Maßnahme 1 zu Strategie 1: Die Kommunikation zwischen Arzt/ Ärztin und Patient/-in kann durch die Förderung der Sprachkompetenz im Deutschen seitens der Patienten/-innen und deren Begleitpersonen verbessert werden.	2x Allgemeinmedizin
	3x Innere Medizin
	3x Kinder-/ Jugendmedizin

Statements: Der/die Patient/-in selbst oder die begleitenden Personen/ Verwandten sollten Deutsch sprechen. So gestalten sich die Übersetzungen durch Begleitpersonen inhaltlich sowie in Bezug auf die Diskretion gegenüber dem/der Patienten/-in weniger problematisch. Auch eine bessere Sprachkompetenz von Eltern ist darüber hinaus wichtig, um eine gute Zweisprachigkeit der Kinder zu entwickeln. Sprachförderung/ -kurse bei Kindern sind daher auch schon in Kindertagesstätten zu empfehlen.

Maßnahme 2 zu Strategie 1: Es ist wichtig, die Bereitschaft der fremdsprachigen Patienten/-innen zum Erlernen der deutschen Sprache zu fördern. Der Einsatz fremdsprachiger Unterstützung vonseiten Dritter sollte daher wohlüberlegt und gezielt stattfinden.	0x Allgemeinmedizin
	1x Innere Medizin
	2x Kinder-/ Jugendmedizin

Statements: Durch einen zielgerichteten Einsatz fremdsprachiger Unterstützung wird die Bereitschaft der Patienten/ -innen gefördert, Deutsch zu sprechen. So sollten Dolmetscherdienste nicht oder nur in bestimmten Fällen eingesetzt werden. Fremdsprachiges Informationsmaterial sollte nur bei einem dringenden Handlungsbedarf zum Einsatz kommen, und Flyer sollten nur Kurzinformationen und Anlaufstellen für die Patienten/- innen enthalten.

Strategie 2:

Die Kommunikation zwischen Arzt/ Ärztin und fremdsprachigem/r Patienten/-in kann in der Sprache der Patienten/-innen oder in einer anderen gemeinsamen Sprache verbessert werden.

Die meisten Interviewpartner/-innen hoben die Bedeutung der Muttersprache bzw. einer gemeinsamen Sprache von Arzt/Ärztin und Patient/-in hervor: Patienten/-innen mit Migrationshintergrund fühlen sich angenommen, wenn ihre Sprache in der Praxis gesprochen, dadurch sprachliche Verständnisprobleme reduziert und die Behandlung verbessert werden kann. Als geeignete Maßnahmen zur Entschärfung der Sprachbarriere in der Praxis wurden genannt:

Maßnahme 1 zu Strategie 2: Übersetzungen und/ oder Dolmetschen	7x Allgemeinmedizin
	1x Innere Medizin
	3x Kinder-/ Jugendmedizin

Statements: Es wurden die Übersetzung durch Begleitpersonen bzw. der Einsatz von Dolmetschern/-innen oder Dolmetscherdiensten befürwortet. Dabei ist wichtig, dass diese zeitnah, zeitlich und räumlich flexibel arbeiten können. Denkbar wären auch feste Sprechstunden oder eine Videokonferenz mit einem/ einer Dolmetscher/-in oder eine Sprechstunde in englischer Sprache.

Gegenüber dem Dolmetschen wurden auch Bedenken geäußert: Der/ die Arzt/ Ärztin kann sich ausgeschlossen fühlen. Des Weiteren werden Dolmetscher/-innen oft von Patienten/-innen aus einem Mangel an Vertrauen heraus abgelehnt.

In der Befragung des Gesundheitsnetzes QuE wurde ebenfalls ein Bedarf an Dolmetschern/-innen geäußert. Am geeignetsten erschien ein sprachkundiges Familienmitglied zur Entlastung des Arzt-Patient-Kontaktes. Allerdings kann sich die familiäre Konstellation bei bestimmten Problematiken, z. B. psychischen Problemen auch als hinderlich erweisen. Bei größeren Problemen sollte der/ die Arzt/Ärztin daher ein Vor- und Nachgespräch mit dem/der Dolmetscher/-in führen.

Maßnahme 2 zu Strategie 2: Fremdsprachenkenntnisse des Praxisteam	3x Allgemeinmedizin
	2x Innere Medizin
	9x Kinder-/ Jugendmedizin

Statements: Die Patienten/ innen fühlen sich angenommen, wenn ihre Sprache in der Praxis gesprochen wird. Dies ist der Fall, wenn der Arzt/ die Ärztin selbst oder das Personal in der Praxis über Kenntnisse in Sprachen verfügt, die die fremdsprachigen Patienten/-innen verstehen.

Folgende Sprachen werden in den befragten Praxen vom Arzt/ der Ärztin oder dem Personal der befragten Praxen gesprochen:

Sprachen in der Praxis	
Russisch	Serbisch
Türkisch	Kroatisch
Pashtu	Spanisch
Persisch	Italienisch
Englisch	Aserbeidschanisch
Arabisch	Rumänisch
Gebärdensprache	

Das Personal in den durch das Gesundheitsnetz QuE befragten Praxen sprach am häufigsten Englisch, Türkisch und Russisch, aber auch Ungarisch, Arabisch, Vietnamesisch, Französisch und Italienisch. Fremdsprachenkenntnisse in den Praxen werden in der Regel nicht systematisch aufgebaut, sondern meist **von den Teammitgliedern mitgebracht** und manchmal **in Kursen erworben**. Es wurde angeregt, dass **Fortbildungen zur Ausweitung der Fremdsprachenkenntnisse für Arzt/ Ärztin und Personal** stattfinden sollten.

Statements: Man kann sich bei Verständigungsproblemen auch behelfen, indem man die Patienten/- innen in eine gleichsprachige Praxis überweist. In der Umfrage des QuE wurde angeregt, dass sich eine Praxis auf die Bevölkerung eines bestimmten Herkunftslandes spezialisiert.

Im Einzelnen wurden Defizite festgestellt in der muttersprachlichen Betreuung der Patienten/-innen insgesamt, insbesondere aber der Betreuung von Suchtpatienten/innen, sowie ein Defizit an türkischsprachigen Psychotherapeuten/-innen sowie bei der Diagnostik und Elternberatung im Vorschulalter.

Maßnahme 3 zu Strategie 2: Übersetztes Informations- und Testmaterial	1x Allgemeinmedizin
	0x Innere Medizin
	7x Kinder-/ Jugendmedizin

Einige Praxen legten Wert darauf, dass Tests und Informationsmaterial in Sprachen vorliegen, die von den Patienten/-innen verstanden werden, z. B. die Homepage der Praxis, Testmaterial zur Entwicklungsdiagnostik von Kindern, Broschüren und Flyer.

Auch in den durch das Gesundheitsnetz QuE befragten Praxen wurde der Einsatz von mehrsprachigen Flyern, die Details und Erklärungen zur Krankheit und dem Behandlungsverlauf enthalten, sowie der Einsatz von Gesundheitswegweisern und Impfbroschüren empfohlen.

Maßnahme 4 zu Strategie 2: Selbsthilfegruppen für fremdsprachige Patienten/-innen	1x Allgemeinmedizin
	0x Innere Medizin
	1x Kinder-/ Jugendmedizin

Statements: Sprachbarrieren können – im Falle chronischer Erkrankungen oder Behinderungen – im Rahmen von muttersprachlichen Selbsthilfegruppen entschärft werden.

Letztendlich ist ein beiderseitiges Bemühen zu einer guten Verständigung wichtig.

QuE-Praxen regen an, passende Patientengruppen und auch Ansprechpartner/-innen aus der Familie hinsichtlich des Lebensstils (Ernährung, Bewegung, Entspannung) und hinsichtlich

verschiedener Krankheitsbilder zu schulen. So könnte auch der Diabetes-Dolmetscher und der Diabetes-Pass in verschiedenen Sprachen erscheinen und auf andere Krankheitsbilder übertragen werden.

Es wurde auch betont, wie wichtig es ist, sich auf die Schwierigkeiten mit dem „fremdartigen“ Menschen einzulassen, damit ein wertschätzendes, vertrauensvolles Verhältnis zwischen Arzt/ Ärztin und Patient/-in entstehen kann. So bieten 50% der von QuE befragten Praxen eine Form der Unterstützung fremdsprachiger Patientengruppen an, z. B. eine(n) fremdsprachige(n) Mitarbeiter/-in als Ansprechpartner/-in, auch fremdsprachige Flyer.

Abgesehen von den Verständigungsproblemen wurde zusätzlich eine Reihe von ganz allgemeinen Unterschieden thematisiert, die die Beziehung des Arztes/ der Ärztin zu deutschen und seiner/ ihre Beziehung zu fremdsprachigen Patienten/-innen kennzeichnen. Diese äußern sich jeweils kulturspezifisch.

Standpunkt 3:

Die Kommunikation zwischen einem/-r deutschsprachigen Arzt/ Ärztin und einem/ einer deutsch sprechenden Patienten/-in unterscheidet sich in einigen Bereichen ganz allgemein von seiner/ ihrer Beziehung zu fremdsprachigen Patienten/-innen.

Differenzierung 1 Standpunkt 3:	3x Allgemeinmedizin
	0x Innere Medizin
	2x Kinder-/ Jugendmedizin

Unterschiede bestehen im allgemeinen Krankheits- und Gesundheitsverständnis, der Compliance und im Vertrauen zum/r Arzt/Ärztin.

Die allgemeinen Unterschiede in der Mentalität der Patienten/-innen, im **allgemeinen Krankheits-/ und Gesundheitsverständnis, in der Compliance und im Vertrauen zum/-r Arzt/ Ärztin** wurden seitens der befragten Praxen nicht einheitlich bewertet, sondern als erschwerende, teilweise aber auch als positive Einflüsse auf die Arzt-Patient-Beziehung geschildert. Als Beispiele für solch positive Einflüsse wurden ein familiäres, vertrauensvolles Verhältnis zum/ zur Arzt/ Ärztin, eine bessere Compliance und Mitarbeit von Patienten/-innen mit einem Migrationshintergrund angegeben.

Die Umfrage des Gesundheitsnetzes QuE weist darauf hin, dass die ärztliche Maßnahme auch in ihrer Notwendigkeit verstanden werden muss. Daher stehen Compliance und die Eigenverantwortung der Patienten/-innen in direktem Zusammenhang mit der Kommunikation. Die Medikation wird von den befragten Praxen als weniger problematisch eingestuft.

Differenzierung 2 Standpunkt 3: Unterschiede bestehen in der allgemeinen Wahrnehmung des Körpers und der Seele.	2x Allgemeinmedizin
	1x Innere Medizin
	1x Kinder-/ Jugendmedizin

Statements: Körperliche und seelische Beschwerden werden von Patienten/-innen mit einem Migrationshintergrund oft anders als von Deutschen interpretiert. So sind die Einordnung der Beschwerden und die Erklärung differenzierter Sachverhalte oft schwierig. Beispielsweise sind deutsche „Depressionen“ der „Ganzkörperschmerz“ anderer Länder. Die westliche Medizin ist wissenschaftlich ausgerichtet und an Geräten orientiert, zu wenig an der seelischen Komponente.

Differenzierung 3 Standpunkt 3: Unterschiede bestehen im Medizinverständnis.	1x Allgemeinmedizin
	0x Innere Medizin
	1x Kinder-/ Jugendmedizin

Statements: Die seelische Komponente in der westlichen Medizin wird oft vernachlässigt und gleichzeitig erwarten auch viele Patienten/-innen mit Migrationshintergrund eine organmedizinische Lösung ihrer Probleme: Manche ausländischen Mütter wollen nur Antibiotika für ihre Kinder; bei vielen Patienten/-innen ausländischer Herkunft besteht eine Antibiotika-Fixierung. Viele Patienten/-innen verlassen sich auf technische Methoden. Ein Interviewpartner versucht die Körpersprache und das Umfeld seiner Patienten/-innen mit einzubeziehen. Dennoch erwarten viele Patienten/-innen mit Migrationshintergrund von ihm technische medizinische Maßnahmen, z. B. ein EKG. Therapievorschläge werden von Patienten/-innen mit Migrationshintergrund oft besser angenommen als erwartet, benötigen aber viel Zeit. Preventive Gespräche und Maßnahmen sind sprachlich schwer zu vermitteln und zeitaufwendig.

Standpunkt 4:

Die Kommunikation zwischen Arzt/Ärztin und Patient/-in unterscheidet sich kulturspezifisch.

Die allgemeinen Unterschiede in der Arzt-Patient-Kommunikation zwischen deutschen Patienten/-innen und Patienten/-innen mit Migrationshintergrund äußern sich kulturspezifisch. Dies trifft nach Auskunft der Praxen zu auf

- das Vorhandensein von Sprachproblemen
- und dementsprechend den Zugang zu bestimmten Leistungen des Versorgungssystems,
- die Anspruchshaltung dem/-r Arzt/Ärztin gegenüber,
- die Einstellung gegenüber Körperpflege und Krankheiten,
- den Leistungsanspruch an den eigenen Körper,
- die Bereitschaft, einen Dolmetscher mitzubringen,
- die Sprachkompetenz der älteren Generation,
- die gesellschaftlichen Integration,

- das Verhalten in der Situation der Untersuchung (betrifft vor allem weibliche Patienten),
- die Angst vor der ärztlichen Behandlung
- das Vertrauen in die ärztliche Versorgung,
- das Ausmaß der medizinischen Zweit- oder Mitversorgung im Herkunftsland,
- das Bildungs- und Informationsniveau,
- vorherrschende Gesundheitsthemen,
- die Teilnahme an Prävention und Vorsorge,
- die Einstellung gegenüber der Medikation,
- religiöse und kulturelle Gepflogenheiten,
- psychosomatische Risiken,
- kulturelle oder historisch bedingte Vorbehalte zwischen verschiedenen Patientengruppen.

Differenzierung 1 Standpunkt 4:

Um kulturspezifische Besonderheiten im Verhalten der Patienten/-innen besser erkennen, einschätzen und damit umgehen zu können, sollte das Praxisteam und der Arzt/ Ärztin über Kenntnisse des kulturspezifischen Hintergrunds der Patienten/-innen verfügen.

Zur **Stärkung der interkulturellen Kompetenz** in der Praxis eignet sich eine Reihe von Maßnahmen:

Maßnahme 1 Standpunkt 4: Fortbildungen	2x Allgemeinmedizin
	4x Innere Medizin
	4x Kinder-/ Jugendmedizin

Statements: Fortbildungen in interkultureller Kompetenz (als Frage vorgegeben) wurden allgemein als sinnvoll erachtet, allerdings von zwei Interviewpartnern nur unter dem Vorbehalt der Kostenneutralität und Arbeitserleichterung befürwortet. Mediziner/-innen sollten die Fortbildung am besten direkt nach dem Studium erhalten, nicht erst, wenn sie bereits in einer Praxis arbeiten. Vor allem der kulturelle Hintergrund der türkischen Patienten/-innen wäre ein wünschenswertes Thema. Für die Ausbildung der Arzthelfer/-innen wäre es ein sinnvoller Unterrichtsgegenstand in der Berufsschule, neben dem kulturellen Hintergrund auch das Gesundheitssystem anderer Länder kennenzulernen und Verständnis für eine andere Kultur zu vermitteln.

In den durch das Gesundheitsnetz QuE befragten Praxen standen transkulturelle Fortbildungen des Praxisteams eher im Hintergrund. QuE nimmt als Ursache hierfür (nicht abgefragt) eine potentielle Belastung des Praxisteams an oder aber eine relativ problemlose Bewältigung interkultureller Unterschiede. Es wäre dennoch ein Ansatzpunkt für eine kultursensible Versorgung, wenn Krisenintervention im Kontext der jeweiligen Kultur durchgeführt und mögliche „Fettnäpfchen“ verschiedener Kulturen dem Praxisteam durch Fortbildungen vermittelt werden würden.

Als weitere Maßnahmen zum besseren Verständnis kulturspezifischer Unterschiede wurden genannt:

- **kollegialer Austausch** mit vergleichbaren Einrichtungen in anderen Städten (1x Allgemeinmedizin)
- **Ermütigung** der Patienten/-innen, die Therapie aktiv zu unterstützen, (1x Innere Medizin)
- **Kennenlernen des Alltagslebens** durch den Arzt/ die Ärztin (1x Kinder-/ Jugendmedizin),
- **eigene Kenntnis des Krankheitsverständnisses** ausländischer Patienten (1x Allgemeinmedizin)

Maßnahme 2 Standpunkt 4: Organisatorische Maßnahmen in der Praxis	0x Allgemeinmedizin
	0x Innere Medizin
	2x Kinder-/ Jugendmedizin

Statements: Auch durch **organisatorische Maßnahmen in der Praxis** kann man kulturell bedingten Verhaltensunterschieden zwischen Patienten/-innen deutscher und ausländischer Herkunft begegnen:

- häufigere Wiedereinbestellung in die Praxis, da die Diagnosen wegen der Sprachprobleme oft nicht sofort klar sind,
- Recall-System z. B. wegen Impfungen, Vorsorge, bei Asthma-Patienten.

In der QuE-Umfrage wurde ferner die Einplanung von mehr Zeit bei der Terminvorgabe angeregt.

Standpunkt 5: Entscheidender als der kulturelle Hintergrund von Arzt/ Ärztin und Patient/-in sind andere Variablen für die Wahrnehmung der Erkrankung und für ihren Umgang mit ihr.	4x Allgemeinmedizin
	3x Innere Medizin
	4x Kinder-/ Jugendmedizin

Statements: Einige Praxen waren der Meinung, dass andere Variablen wichtiger sind als der kulturelle Hintergrund von Arzt/ Ärztin oder Patient/-in, wenn es um die Behandlung von Krankheiten geht. Als solche – kulturell unabhängige - Einflußfaktoren wurden genannt:

- **Compliance:** Sie ist unabhängig von der kulturell bedingten Mentalität, z. B. in Bezug auf die Zuverlässigkeit der Einnahme von Medikamenten oder der Akzeptanz von präventiven Maßnahmen.
- **Prägung durch individuelle Krankheitsverläufe**
- **ärztliche Empfehlung:** Kinder/ Eltern werden durch den Arzt/Ärztin unabhängig von ihrer Herkunft zu etwas ermahnt oder zu etwas angehalten.
- **Therapieresistenz:** Beispielsweise sind adipöse Kinder unabhängig von ihrer Herkunft häufig nicht therapierbar.
- **Geschlecht:** Frauen nehmen Therapievorschlüge besser an als Männer – relativ unabhängig von der Kultur.

II. Themenkomplex Soziale Schichtung

Diesem Themenbereich liegt die Tatsache gravierender Unterschiede im Gesundheitszustand der Bevölkerung zugrunde, die durch eine Vielzahl wissenschaftlicher Studien belegt sind: „Angehörige unterer Gesellschaftsschichten (gemessen an Bildung, Beruf und Einkommen) haben im Mittel eine 4 bis 10 Jahre geringere Lebenserwartung als Angehörige der oberen“.¹⁰ Nicht nur „arme Menschen“ sind von gesundheitlicher Ungleichheit besonders betroffen. „Es gibt vielmehr einen sozialen Gradienten von Morbidität und Mortalität, der sich durch die gesamte Gesellschaft zieht. Mit jedem Schritt nach oben auf der gesellschaftlichen Leiter verbessert sich der Gesundheitszustand.“¹¹ Dies gilt zunächst für die allgemeine Sterblichkeit, für die Haupttodesursachen Krebs und koronare Herzkrankheit sowie für Risikofaktoren chronisch degenerativer Krankheiten.¹² Die Rolle und das Gewicht einzelner materieller, struktureller, kultureller und verhaltensbezogener Faktoren werden laufend im Rahmen empirischer Studien überprüft und wissenschaftlich diskutiert. Ein wichtiger Teilaspekt ist der Zugang zur medizinischen Versorgung. Hier befindet sich ein Schnittpunkt mit der gesundheitlichen Lage von Migranten/-innen, da Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland ein im Durchschnitt deutlich höheres Armutsrisiko gegenüber der Gesamtbevölkerung tragen.

In Bezug auf schichtspezifische Unterschiede im Gesundheitszustand der Patienten/-innen wurden unterschiedliche Positionen deutlich:

Standpunkt 1: Die Patienten/-innen werden unabhängig von ihrer Schichtzugehörigkeit und ihrer Krankenversicherung gleich gut versorgt.	3x Allgemeinmedizin
	3x Innere Medizin
	4x Kinder-/ Jugendmedizin

Statements: Mehrheitlich waren die Interviewpartner/-innen der Meinung, dass die Patienten/-innen unabhängig von ihrer Schichtzugehörigkeit und ihrer Krankenversicherung in der Praxis gleich gut versorgt werden: In der Praxis werden keine schichtspezifischen Unterschiede bei der Versorgung der Patienten/-innen gemacht, bzw. kaum Privatpatienten/-innen behandelt. Ein Interviewpartner sieht die Bedürfnisse des/ der Patienten/innen eher individuell geprägt im Sinne einer partnerschaftlichen Betreuung, die verständnisvoll oder auch direktiv ausgeprägt sein kann. Auch der Bildungsstand der Patienten/-innen spielt nach Auskunft einer Praxis keine Rolle in der Sprechstunde.

Standpunkt 2: Die soziale Schicht, der der/die Patient/-in angehört, beeinflusst die Qualität seiner/ ihrer ärztlichen Versorgung.

¹⁰ SIEGRIST, J./ MARMOT, M. (Hrsg.): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen, Bern 2008, S. 15

¹¹ a.a.O. S. 16/17

¹² vgl. a.a.O.

Differenzierung 1 Standpunkt 2: Es besteht ein allgemeiner, selbstverständlicher Zusammenhang zwischen ärztlicher Versorgung und der Schichtzugehörigkeit der Patienten/-innen.	2x Allgemeinmedizin
	0x Innere Medizin
	2x Kinder-/ Jugendmedizin

4 der befragten Praxen räumten einen allgemeinen, selbstverständlichen Zusammenhang zwischen der ärztlichen Versorgung und der Schichtzugehörigkeit des/ der Patienten/-in ein.

Differenzierung 2 Standpunkt 2: Soziale Unterschiede äußern sich in der Praxis vor allem in der Kommunikation zwischen Arzt/ Ärztin und Patient/in. In diesem Zusammenhang ist das Bildungsniveau der Patienten/-innen als Statusmerkmal von Bedeutung.	0x Allgemeinmedizin
	3x Innere Medizin
	5x Kinder-/ Jugendmedizin

Statements: Soziale Unterschiede äußern sich in der Arztpraxis vor allem in der Kommunikation zwischen Arzt/ Ärztin und Patient/-in. In diesem Zusammenhang ist deren Bildungsniveau als Merkmal des sozialen Status von besonderer Bedeutung. Ein „höherer“ sozialer Status/ bessere Bildung geht nach der Meinung einiger Praxen einher mit einer differenzierteren Verständigung über die Erkrankung, mit der Bereitschaft, mehr darüber zu erfahren, Verantwortung zu übernehmen und sich beraten zu lassen (z. B. bei der Impfberatung) und mit einer allgemein besseren Orientierung.

Einige Arztpraxen differenzierten die Schichtzugehörigkeit der Patienten/ innen auch unter dem **Aspekt des Migrationshintergrundes:** Therapietreue, Einsicht und Kooperation mit dem Arzt/ der Ärztin hängen von der Bildung der Patient/-innen ab, was vor allem bei Patienten/-innen mit Migrationshintergrund sehr deutlich wird. Innerhalb der gleichen sozialen Schicht unterscheidet sich das Verhalten der Patienten/-innen oft nach ihrer Herkunft Beispielsweise bestehen zwischen türkischen und deutschen Patienten/-innen teilweise große Bildungsunterschiede, die zugleich auch Schichtunterschiede sind.: Einige Interviewpartner/-innen stellten für ihre Klientel fest, dass Patienten/-innen mit türkischem Migrationshintergrund vergleichsweise weniger gebildet sind und weniger zur Prävention und Vorsorge bereit sind als deutsche Patienten/-innen mit einem vergleichbaren Bildungsniveau.

Darüber hinaus wurde der Einfluss der Bildung auf die Kommunikation zwischen Arzt/ Ärztin und Patient/-in von 2 Praxen (je 1x Allgemein- und Innere Medizin) **eher negativ bewertet:** Mit dem Bildungsstand wächst das Misstrauen gegenüber der ärztlichen Betreuung und deren kritische Hinterfragung; die Kommunikation kann schwieriger werden. Auch sind Patienten/-innen mit „höherer“ Bildung oft übertherapiert.

Differenzierung 3 Standpunkt 2: Neben den Aspekten schichtspezifischer Kommunikation wirkt sich die materielle Armut der Patienten/-innen auf ihre Versorgung aus.	5x Allgemeinmedizin
	4x Innere Medizin
	5x Kinder-/ Jugendmedizin

Statements:

Die manifeste materielle Deprivation armer Menschen kann sich direkt auf ihre medizinische Versorgung auswirken:

- **durch Probleme mit der Medikamentenversorgung:** Es kommt vor, dass sich Patienten/-innen ein Medikament erst zu Monatsbeginn kaufen, da sie es sich sonst nicht leisten können. Auch sagen viele Patienten/-innen ihrem/-r Arzt/ der Ärztin nicht, dass sie keine Rezeptgebühren bezahlen können.
- **durch mentale und administrative Zugangsbarrieren:** Angehörige von Randgruppen und sozial schwächere Patienten/-innen haben oft eine Hemmschwelle gegenüber dem Arztbesuch und kommen oft erst in die Praxis, wenn die Symptome bereits sehr stark auftreten. Auch sind sie oft unzugänglich für präventive Maßnahmen. Diese Unzugänglichkeit hängt nach Ansicht der Befragten mit der Armut zusammen. Es gibt auch häufig Probleme mit der Krankenversicherung oder den Unterlagen.
- **durch den Aufenthaltsstatus:** Vor allem Asylbewerber und Flüchtlinge sind oft schlechter bzw. nicht ausreichend ärztlich versorgt. Als Probleme werden die Sprachbarriere, die mangelnde soziale Integration, fehlende Krankenversicherung bzw. Unterlagen gesehen. Eine Praxis versorgt Patienten/-innen notfalls auch ohne Krankenversicherung kostenlos. Es kommen viele Armutsflüchtlinge aus Rumänien und Bulgarien.
- **durch den Versichertenstatus:** Es bestehen große Unterschiede in der ärztlichen Versorgung nach der Art der Krankenversicherung. So werden Privatpatienten von manchen Ärzten bevorzugt und bekommen auch schneller einen Termin beim/ bei der Facharzt/-ärztin.
- **sozialräumlich:** Unterschiede in der ärztlichen Versorgung können abhängig vom Stadtteil auftreten. So werden z.B. durch das Ansteigen der Mietpreise (im Viertel) sozial schwache Familien verdrängt. Dabei ist die Versorgung eines räumlich konzentrierten sozialen Brennpunkts besser handzuhaben als die Versorgung räumlich vereinzelter sozial schwacher Familien.

III. Themenkomplex ärztliche Versorgung

Der Bereich **ärztliche Versorgung** widmet sich der Frage, inwieweit innerhalb des Stadtgebiets Ungleichgewichte in der medizinischen Betreuung der Bevölkerung bestehen, in räumlicher Hinsicht sowie im Hinblick auf einzelne Fachrichtungen.

Grundsätzlich wurde die medizinische Versorgung in Nürnberg von allen 15 Interviewpartnern/-innen positiv bewertet.

Standpunkt 1:

Die ärztliche Versorgung in Nürnberg ist auf gesamtstädtischer Ebene gut.

10 Praxen bewerteten die Versorgung gut (5x Allgemein-, 3x Kinder-/ Jugendmedizin, 2x Innere Medizin), 2 sehr gut (1x Innere Medizin), eine davon auch im Vergleich zum ländlichen Raum (1x Allgemeinmedizin), und 3 Praxen betrachteten die Versorgung als ausreichend (je 1x Allgemein-, Innere, Kinder/ Jugendmedizin).

Auch in den Stadtteilen¹³ - auf kleinräumiger Ebene - wurde die medizinische Versorgung der Bevölkerung von allen befragten Ärzten/-innen positiv - als sehr gut/ gut/ ganz gut eingeschätzt.

**Standpunkt 2:
Die ärztliche Versorgung in Nürnberg ist auch in den Stadtteilen der Praxisstandorte – auf kleinräumiger - Ebene gut.**

Statements:

Im Einzelnen wurden positive Bewertungen abgegeben für die Stadtteile, in denen sich die Praxisstandorte befinden – und somit nicht flächendeckend:

- für die Nordstadt, die Lorenzer Altstadt, für Hummelstein, Gibitzenhof, für die Werderau (Allgemeinmedizin),
- für St. Leonhard, die Marienvorstadt, Ziegelstein und Buchenbühl (Innere Medizin).
- für die Nordstadt, Höfen, St. Leonhard, Langwasser Südost und Röthenbach-West. (Kinder- und Jugendmedizin)

**Standpunkt 3:
Innerhalb des ärztlich gut versorgten Stadtgebietes bestehen einzelne Versorgungslücken.**

Trotz der allgemein guten Ausstattung Nürnbergs mit Ärzten/-innen wurden einige problematische Quartiere fokussiert.

Statements: In der Südstadt werden freiwerdende Praxen von einzelnen Ärzten/ Ärztinnen aufgekauft. Zudem gibt es viele finanziell schlecht gestellte Patienten/-innen. Letzteres gilt auch für Langwasser. In der Nordstadt fehlt ein Jugendtreff. St. Leonhard ist überlastet durch vielfältige Problemlagen. Es fehlen KiTaPlätze, so dass es vorkommt, dass selbst 5 Jährige noch keinen Platz haben. In Röthenbach leben viele Migranten/-innen mit sprachlichen oder kulturellen Hemmschwellen.

In der fachärztlichen Versorgung der Stadtteile tun sich einzelne Lücken auf: So bestehen sehr lange Wartezeiten

- in fachärztlichen Praxen allgemein,
- in der Kardiologie, Pneumologie und Psychotherapie (Südstadt),
- bei Psychiatern/-innen/Psychotherapeuten/-innen (Lorenzer Altstadt),
- bei den Fachärzten/ innen für Neurologie und Orthopädie (Marienvorstadt).

Es wurde ein Mangel an Fachärzten/-innen geäußert für bestimmte Fachgebiete:

- Orthopädie (St. Leonhard und Buchenbühl)
- Gynäkologie (Höfen)
- Kinderheilkunde (St. Leonhard)
- Kinder- und Jugendpsychiatrie (St. Leonhard und Gesamtstadt)
- fremdsprachige Therapeuten/-innen, auch für Suchtpatienten/-innen allgemein

¹³ Die Standorte der Arztpraxen folgen einer Zufallsauswahl, die sich nicht an den Stadtteilen und auch nicht am Einzugsgebiet der Praxen orientiert, sondern an deren Zugehörigkeit zu einem Sozialraumtyp.

- Türkisch sprechende Psychotherapeuten/-innen (In Nürnberg und Fürth gibt es davon jeweils nur eine(n)).

Es muss hier bedacht werden, dass die Trennlinie zwischen den Bewertungen der ärztlichen Versorgung auf Gesamtstadt- und Stadtteilebene unscharf ist, da Fachärzte/-innen mit Ausnahme der Internisten/-innen keine hausärztliche und daher auch keine wohnortnahe Versorgung durchführen. Zudem wird ihr Einzugsbereich geprägt durch die Art und den Grad ihrer Spezialisierung und nicht zuletzt durch die Präferenzen ihrer Patienten/-innen.

Standpunkt 4:

Säkulare Trends in der Entwicklung der Versorgungsstruktur werden auch in Nürnberg zum Thema.

Statements: Es besteht eine allgemeine Tendenz zur ökonomischen Zentralisierung und räumlichen Konzentration der ärztlichen Versorgung: **Obwohl die ärztliche Versorgung in Nürnberg momentan noch in Ordnung ist, zeichnen sich Probleme mit der ärztlichen Grundversorgung ab.** Vor allem in der Südstadt werden zunehmend mehr Arztpraxen von einzelnen Käufern übernommen, die dann Ärzte/-innen im Angestelltenverhältnis beschäftigen. Die Medizin wird dadurch zu einem Job, der keine hausärztliche Versorgung, keine psychosoziale Begleitung der Patienten/-innen vorsieht oder zulässt. Der Verlust der Hausärzte/-innen stellt ein großes Problem auch in der städtischen Zukunft dar (1x Allgemeinmedizin).

Zum anderen tritt ein schleichender Verlust in der Qualität der ärztlichen Ausbildung ein: Es besteht ein Mangel an Fachärzten/-innen (hier Kinderheilkunde), da viele in Deutschland sehr gut ausgebildete Kräfte ins Ausland abwandern. Zudem wirkt sich die sog. „**Feminisierung**“ **des ärztlichen Berufsstandes** dahingehend aus, dass die Elternzeit viele Ärztinnen über Jahre hinweg teilweise oder ganz dem Arbeitsmarkt entzieht. Ein Ersatz ist schwer zu bekommen und wird oft aus den Ländern des ehemaligen Ostblocks, zunehmend aus Russland und Bulgarien beschafft. Dies sind Länder, in denen das Medizinstudium im Vergleich zu Deutschland weniger Qualität aufweist (1x Kinder-/ Jugendmedizin).

IV. Themenkomplex Interkulturelle Praxis

Das Thema interkulturelle Praxis beleuchtet den **Praxisalltag** unter dem Aspekt der kultursensiblen medizinischen Versorgung, unter Einbeziehung der Patientenstruktur, ihrer Besonderheiten und der Strategien, die die Praxen für den Umgang mit diesen Besonderheiten entwickeln.

Einige Praxen betrachteten sich nicht als interkulturell tätig.

Standpunkt 1: Es gibt keine Besonderheiten in der Patientenstruktur der Praxis.	2x Allgemeinmedizin
	1x Innere Medizin
	1x Kinder-/ Jugendmedizin

3 der 15 befragten Praxen gaben an, dass es keine Besonderheiten in ihrer Patientenstruktur gibt. Eine weitere Praxis wies darauf hin, dass ihr Einzugsbereich – Buchenbühl – eine schon

etwas ländlich geprägte Enklave darstellt und im Vergleich zu anderen Stadtteilen kaum besondere Probleme aufweist.

Die verbleibenden Arztpraxen beschrieben unterschiedlich strukturierte Patientenpools.

Standpunkt 2: Die Zusammensetzung der Patienten/-innen ist heterogen nach demographischen, kulturellen und medizinischen Gesichtspunkten.	4x Allgemeinmedizin
	0x Innere Medizin
	2x Kinder-/ Jugendmedizin

Ganz allgemein setzen sich die Patienten/-innen der Praxen aus den verschiedensten Bevölkerungssegmenten zusammen (älteren Menschen, Menschen mit Migrationshintergrund, ungelernte Arbeiter/-innen), die auch Patientenschwerpunkte bilden können.

Differenzierung 1 zu Standpunkt 2:

Die Besonderheiten in der Zusammensetzung der Patientenpools entstehen aus verschiedenen Gründen.

Statements: Besonderheiten in der Zusammensetzung ihres Patientenpools entstehen durch

- **die Lage/ Erreichbarkeit des Praxisstandortes:** So wird eine der befragten Praxen vor allem von jungen Leuten - Studenten/-innen (etwa 60% der Patienten/-innen) frequentiert (1x Allgemeinmedizin). Eine weitere Praxis mit einem Migrantenanteil von 40% sieht diesen Anteil als Folge ihres Standorts in der Südstadt mit ihrer stark gemischten Bevölkerung. (1x Allgemeinmedizin).
Auch in der Erhebung des Gesundheitsnetzes QuE zeigte sich die gute Verkehrsanbindung als ein wichtiges Kriterium für die Auswahl der Praxis, da sie den Zugang erleichtert. Vor allem für Migranten/-innen stellt das Fragen nach dem Weg oft eine Zugangsbarriere dar.
- **Vereinbarungen mit anderen Einrichtungen:** Es bestanden Vereinbarungen hinsichtlich der medizinischen Betreuung der Bewohner/-innen mit folgenden Einrichtungen: Einrichtung für Behinderte (Boxdorf; 5% der Patienten/-innen), Altenpflegeheime (10% der Patienten/-innen), Hospiz (Mögeldorf; 10% der Patienten/-innen), Menschen in Kurzzeitpflege (je 1x Allgemein-, Innere Medizin).
- **persönliche Präferenzen/ Wegfall der Sprachbarriere:** In der Praxis werden Fremdsprachen gesprochen (je 1x Allgemein-, Kinder-/ Jugendmedizin); es kommen daher Menschen aus Afrika, Afghanistan/ Persien/ Irak (meist Flüchtlinge) gerne in die Praxis (1x Kinder-/ Jugendmedizin).

Im Unterschied dazu spielen in der Erhebung des Gesundheitsnetzes QuE die Sprachkenntnisse des Personals bei der Wahl der Praxis eine eher untergeordnete Rolle. Möglicherweise wird es als wichtiger befunden, dass der Arzt/ die Ärztin selbst die Heimatsprache der Patienten/-innen spricht.

In der Umfrage des Gesundheitsnetzes QuE erwiesen sich gerade bei Patienten/-innen mit Migrationshintergrund – nicht näher bezeichnete - **Empfehlungen** der Praxis als entscheidend für deren Auswahl.

• **fachliche Spezialisierung/ Zielgruppe:**

Die befragten Praxen nannten folgende fachliche Spezialisierungen und bestimmte Zielgruppen:

- ausschließlich nieren-, lungenkranke Patienten/-innen (15-20%) (2x Innere Medizin), Drogen- und Suchtpatienten/-innen (1x Allgemeinmedizin),
- Kinder von Müttern, die zu Hause oder im Geburtshaus entbunden haben, da in der Praxis die U2 angeboten wird (1x Kinder-/ Jugendmedizin),
- breites Leistungsspektrum welches eine entsprechende Patientenstruktur nach sich zieht: Allergologie, Behandlung von Asthma und Neurodermitis, Adipositas, Humangenetik, Beratung zu Schullaufbahn/-problemen, Reisemedizin, psychosomatische Grundversorgung, ADHS. (1x Kinder-/ Jugendmedizin),
- ältere Patienten/-innen über 65 Jahre (40%) (1x Innere Medizin),
- ältere Patienten/-innen zwischen 50 und 80 Jahren mit vor allem lebensstilbedingten Erkrankungen (1x Innere Medizin),
- wohnungslose, drogenabhängige oder –gefährdete, haftentlassene, nicht krankenversicherte, sozial bedürftige, therapieabbrechende Männer und Frauen, Patienten/-innen mit nicht legalem Aufenthaltsstatus.¹⁴ (Straßenambulanz Allgemeinmedizin).

Konkretisierung zur Patientenstruktur 1: Patienten/-innen mit Migrationshintergrund Der Anteil von Patienten/-innen mit einem Migrationshintergrund bewegte sich zwischen 30% und 90%.	3x Allgemeinmedizin
	3x Innere Medizin
	5x Kinder-/ Jugendmedizin

Die meisten der befragten Arztpraxen (n=11) schätzten den **Anteil von Patienten/-innen mit einem Migrationshintergrund relativ hoch** ein:

- zwischen 30- 40% (6 Praxen: 1x Allgemein-, 3x Innere, 2x Kinder-/ Jugendmedizin)
- etwa 50% (3 Praxen: 1x Allgemein-, 2x Kinder-/ Jugendmedizin)
- etwa 90% (1x Kinder-/ Jugendmedizin).
- allgemein hoch (1x Allgemeinmedizin)
- relativ niedrig 5-10% (1x Allgemeinmedizin).
- Eine weitere Praxis sieht praktisch keine – und wenn, dann gut integrierte - Patienten/-innen mit Migrationshintergrund aufgrund des an sich schon niedrigen Bevölkerungsanteils von Migranten/-innen (1x Innere Medizin).¹⁵

Im Unterschied zu den hier relativ hohen Anteilen von Patienten/-innen mit Migrationshintergrund fällt auf, dass die Teilnehmer/-innen an der Umfrage des Gesundheitsnetzes QuE einen entsprechenden Anteil von insgesamt nur etwa 24% angaben. Es muss an dieser Stelle offen bleiben, ob sich die Patientenstruktur der Mitgliedspraxen des Gesundheitsnetzwerks generell von der der befragten Praxen unterscheidet, und damit eine gewisse Vorauswahl stattfindet.



¹⁴ Infobrief der Straßenambulanz Franz v. Assisi, Ausgabe 2013

¹⁵ Anteil der Einwohner/-innen mit Migrationshintergrund an der Bevölkerung in Buchenbühl 2012: 10,3%; Anteil der Einwohner/-innen mit einer nicht deutschen Staatsangehörigkeit 2012: 2,7%. Quelle: StA, Internet am 27.11.2014

Konkretisierung zur Besonderheit in der Patientenstruktur 2:

Das geographische Spektrum des Migrationshintergrundes der Patienten/-innen ist äußerst breit gefächert und umfasst die meisten Länder Europas, Afrikas und Asiens, aber auch vereinzelt Länder des amerikanischen Kontinents.

Herkunftsländer der Patienten/-innen in den befragten Praxen			
	Allgemeinmedizin	Innere Medizin	Kinder-/ Jugendmedizin
Der ehemalige Ostblock	Polen Tschechei Bulgarien Rumänien Ukraine <i>Osteuropa</i>	Rußland Polen <i>Osteuropa</i>	Rußland Polen Rumänien <i>Osteuropa</i>
Länder Europas, die der EU schon lange angehören bzw. jetzt mit ihr verflochten sind.	<i>Süd-/Südosteuropa</i>	Frankreich Spanien Portugal Albanien <i>Süd-/Südosteuropa</i>	Frankreich Spanien Italien Portugal Griechenland Albanien
Länder des Vorderen und Mittleren Ostens:	Türkei Afghanistan Persien Irak <i>Araber</i>	Türkei Iran	Türkei Indien Pakistan Afghanistan Irak <i>Araber</i> <i>Kurden</i>
Länder Südostasiens:	Thailand, Philippinen Vietnam	China Korea Japan	China Korea Japan Vietnam <i>Südostasien</i>
Länder Afrikas	Äthiopien <i>Afrika</i>	Nigeria Ghana Äthiopien	Togo Nigeria Benin Gambia Angola Mosambik Ghana Äthiopien <i>Afrika</i>
Länder Südamerikas			<i>Südamerika</i>

Statements:

3 Praxen (1x Allgemein-, 2x Kinder-/ Jugendmedizin) gaben an, dass ihre Patienten/-innen eigentlich aus allen Herkunftsländern stammen.

Eine Praxis bezeichnete Russland und die Türkei als die häufigsten Herkunftsländer ihrer Patienten/-innen. (1x Innere Medizin).¹⁶

¹⁶ Auch unter den Einwohnern der Gesamtstadt sind abgesehen von Deutschland die häufigsten Bezugsländer die Türkei (6,1%) und die Länder der ehemaligen Sowjetunion(7,5%). Quelle: Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth(Hrsg.): Statistisches Jahrbuch 2015, S. 39

Bei den Teilnehmern/-innen an der Umfrage des Gesundheitsnetzes QuE betrug der Anteil der Patienten/-innen türkischer Herkunft etwa 10%, ca. 6% kamen aus den Balkanstaaten und 5% aus den ehemaligen GUS-Staaten.

Die Herkunftsschwerpunkte der Patienten/-innen der Straßenambulanz haben sich in den letzten Jahren verschoben von Tschechien und Polen hin zu Rumänien und Bulgarien. Es handelt sich dabei meist um **Armutsflüchtlinge** (auch Roma), die in großen Familienverbänden kommen, in kleinen Wohnungen leben, im Auto schlafen oder obdachlos sind. Die Straßenambulanz hat mehr Patienten/-innen aus Ländern der EU, als aus Deutschland.

Durch die nicht einheitliche Definition von „Ausländern“ entstehen vielfache Missverständnisse: Die nicht deutsch sprechenden russischen und ukrainischen Aussiedler deutscher Staatsangehörigkeit sind ein Beispiel. Andererseits sind viele Afrikaner/-innen nach der Staatsangehörigkeit als Italiener/-innen oder Spanier/-innen ausgewiesen, weil dies ihre Erstaufnahmeländer in Europa waren.

Einige der befragten Praxen decken das gesamte **Diagnosespektrum ab; in den anderen Praxen gibt es bestimmte Versorgungsschwerpunkte.**

**Konkretisierung Besonderheit der Patientenstruktur 3:
Die Praxis deckt das gesamte Diagnosespektrum ab.**

Drei der befragten Arztpraxen (je 1x Allgemein-, Innere, Kinder-/ Jugendmedizin) gaben an, **das gesamte Spektrum an Diagnosen zu versorgen**, eine davon auch viele multimorbide Patienten/-innen.

**Konkretisierung Besonderheit der Patientenstruktur 4:
Die Praxen unterscheiden sich hinsichtlich des Diagnosespektrums, das sie abdecken.**

In den anderen Praxen gibt es bestimmte Versorgungsschwerpunkte:

- Zwei der befragten **allgemeinärztlichen Praxen** behandelten am häufigsten Infekte ((Grippe (60%), Magen-Darm-Infekte, saisonal bedingte Virusinfekte)) und psychische Probleme ((posttraumatische Störungen (30-40% Flüchtlinge), Depressionen (30-40%, Flüchtlinge), Schlafstörungen)), sowie Wirbelsäulen-/ Gelenkerkrankungen und Gastritis.

Die Schwerpunkte einer dritten Praxis waren chronische Erkrankungen wie Diabetes, KHK, COPD, aber auch akute Diagnosen, z.B. Infekte.

Eine weitere Praxis hat Palliativmedizin im Leistungsspektrum. Daher kommen viele Karzinom-Patienten/-innen in die Praxis. Ein weiterer Schwerpunkt ist die Reisemedizin und Malariadiagnostik. Der Arzt ist zudem innerhalb des Gesundheitsnetzes QuE im Praxisnetz für Flüchtlinge und Ebola zuständig.

Die **Straßenambulanz** deckt zunächst ein normales Spektrum von Symptomen ab und führt die Vorsorgeuntersuchungen für Schwangere durch. Häufiger als in der

normalen Hausarztpraxis sind Infekte aller Art, Krätze und Erfrierungen sowie Husten. Der Husten ist oft auf TBC oder eine Lungenentzündung zurückzuführen.

- Die **internistischen Praxen** versorgen in der Regel chronisch Kranke, die oft unter lebensstilbedingten Krankheiten leiden. Die häufigsten Diagnosen sind Herz-Kreislaufkrankungen, Stoffwechselerkrankungen durch Diabetes, Asthma sowie COPD. Ein weiterer Schwerpunkt ist die Allergologie.

In eine der Praxen kommen überdurchschnittlich viele Raucher. Die hier vertretenen Leiden sind: COPD (ca. 20%), Diabetes (ca. 50%), Niereninsuffizienz (ca. 20%), Hochdruckkrankheiten (60-70%), Übergewicht, KHK (ca. 40%).

Es kommen Patienten/-innen – auch Kinder und Jugendliche - mit Dauerdiagnosen wie Hypertonie und Diabetes, COPD und Asthma. Bei Kindern und Jugendlichen kommen bisweilen auch Depressionen dazu. Aufgrund einer Praxispartnerschaft mit einem Allgemeinarzt kommen zusätzlich nach Saison auch 20-30% der Patienten/-innen mit einem grippalen Infekt.

Eine weitere Praxis ist auf Nierenleiden spezialisiert: Sie behandelt alle 5 Stadien der chronischen Nierenkrankheit.

- Die **kinder- und jugendärztlichen Praxen** behandeln schwerpunktmäßig (grippale) Infekte, Asthma, Neurodermitis, Adipositas, Gastroenteritis sowie psychosoziale Probleme: Entwicklungsprobleme, psychosomatische Störungen, ADHS, Schlafstörungen, soziale Integrationsstörungen, Bauch-/ Kopfschmerzen, Einnässen.

In eine der Praxen kommt zweimal pro Woche eine Psychotherapeutin. Diese Praxis hat den Behandlungsschwerpunkt ADHS und Kinderkardiologie. Es kommen auch Erwachsene mit einem angeborenen Herzfehler. Die Kardiologischen Patienten/-innen machen etwa ein Drittel der Fälle aus. Ein weiteres Drittel hat ADHS und das letzte Drittel sind Fälle für die Allgemeinpädiatrie. Dort bilden Atemwegsinfekte und Gastroenteritis zusammen etwa die Hälfte der Diagnosen. Saisonal ist die obstruktive Bronchitis ein sehr gravierendes Problem, vor allem im Winter 2013/14. Neuerdings kommt vereinzelt Diabetes bei Kindern im Vorschulalter vor (ca. 3 Fälle im Jahr).

Keine der Praxen kann Diagnosen nennen, die sie nicht sieht. Allenfalls wird wenig oder keine Wundversorgung (Nähen) betrieben (je 1x Allgemein- und Innere Medizin). Die niedrige Repräsentanz mancher Diagnosen kann verhaltensbedingt sein: Suchtkranke einschließlich der Substitution werden selten gesehen (1x Innere Medizin). Viele wollen ihre Sucht auch nicht bekämpfen (1x Innere Medizin). Auch Diabetiker kommen oft nur zum Arzt, wenn sie krank sind. Es treten keine Fälle von hochkomplexen Stoffwechselkrankheiten in der Kinderarztpraxis auf (1x Kinder-/ Jugendmedizin). Wenn die Häufigkeit einer Diagnose abnimmt, kann man oft schwer feststellen, ob dies auf ein Sinken des Erkrankungsrisikos zurückzuführen ist oder eine Folge verbesserter Vorsorge (z. B. bei kolorektalen Karzinomen, Gehirnhautentzündung/ Sepsis). (je 1x Innere und Kinder-/ Jugendmedizin). Auch der Standort der Praxis spielt hier eine Rolle: In einer Allgemeinarztpraxis kommen kaum Fälle von Kinderkrankheiten vor, da ein Pädiater in der Nähe ist.

V. Themenkomplex Organisation der interkulturellen Praxis

Der Themenkomplex behandelt Aspekte der Praxisorganisation, wenn es darum geht, den Praxisalltag auf die verschiedenen Patienten/-innengruppen abzustimmen.

Die befragten Praxen stellen sich in der Regel organisatorisch auf die Erfordernisse ihrer Patienten ein.

Standpunkt 1:
Die Praxis muss sich in ihrer Organisation auf die Erfordernisse der verschiedenen Patientengruppen einstellen.

Differenzierung 1 Standpunkt 1: Die Praxis stellt sich auf arme Patienten/-innen ein.	2x Allgemeinmedizin
	0x Innere Medizin
	2x Kinder-/ Jugendmedizin

In der Straßenambulanz werden nicht versicherte Patienten/-innen mitversorgt. Sie bleiben anonym und werden nur intern identifiziert. Auch eine Kinderarztpraxis behandelt diese Personengruppe notfalls kostenlos. Ein Allgemeinarzt organisiert die Patientenbetreuung in den Aufnahmelagern von Flüchtlingen.

Eine Kinderarztpraxis hat eine hohe Diebstahlsrate, ist deswegen technisch möglichst einfach ausgestattet und stellt im Wartezimmer Bücher und Spielsachen vom Flohmarkt bereit, die die Patienten/-innen dann nach Hause mitnehmen können.

Differenzierung 2 zu Standpunkt 1: Die Praxis stellt sich auf körperlich eingeschränkte Patienten/-innen ein.	3x Allgemeinmedizin
	3x Innere Medizin
	1x Kinder-/ Jugendmedizin

Die Praxen erleichtern körperlich eingeschränkten Patienten/-innen den Zugang zur Behandlung, z.B. durch Hausbesuche, eine barrierefreie Praxisgestaltung, einfache Hilfsmittel wie Schuhanziehhilfe.

Differenzierung 3 zu Standpunkt 1: Die Praxis stellt sich auf fremdsprachige Patienten/-innen ein. Dies bedeutet für die Praxis einen Mehraufwand.	5x Allgemeinmedizin
	3x Innere Medizin
	6x Kinder-/ Jugendmedizi

Mit Ausnahme einer Praxis, die aufgrund ihres Einzugsbereichs kaum Patienten/-innen mit Migrationshintergrund ausweist, räumten alle Praxen ein, dass die Betreuung fremdsprachiger Patienten/-innen einen erhöhten Aufwand – meist einen höheren Zeitaufwand – für sie bedeutet.

Als **praxisinterner Mehraufwand** wurden genannt:

- längere Beratungszeiten, schwierigere Termineinhaltung seitens der Patienten/-innen
- mehr Organisationsaufwand, z. B. durch gezieltes Ansprechen der weiterbehandelnden Ärzte/-innen
- mehr Telefonate, auch stellvertretend für Eltern (hier: kinder- und jugendärztliche Praxis), wenn komplexe Sachverhalte vorliegen
- Anpassung der Öffnungszeiten: möglichst lang, durchgehend, auch am Freitagnachmittag, keine urlaubsbedingte Schließung
- Abstimmung der Einrichtung der Räume auf Migrantenfamilien mit vielen Mitgliedern: robuste und einfache Möblierung und Ausstattung; Auslegen von Büchern und Spielsachen vom Flohmarkt zum Mitnehmen
- Informationsmaterial, möglichst in Übersetzung
- Organisation kurzer Wege für die Patienten/-innen
- Aufbringen von Verständnis.

In einer Praxisgemeinschaft werden die längeren Öffnungs- / Beratungszeiten durch eine hohe Personaldecke in der Praxis ermöglicht. Die Praxisgemeinschaft wirkt hier sehr entlastend.

Standpunkt 2: Es ist nicht nötig, besondere Vorbereitungen für die Versorgung fremdsprachiger Patienten/ -innen in der Praxis zu treffen.	2x Allgemeinmedizin
	2x Innere Medizin
	1x Kinder-/ Jugendmedizin

Obwohl die befragten Praxen übereinstimmend einen Mehraufwand bei der Betreuung fremdsprachiger Patienten/-innen einräumten, sahen fünf von ihnen keine Veranlassung, besondere Vorbereitungen für die Versorgung fremdsprachiger Patienten/-innen zu treffen, es sei denn die Verteilung von Informationen und das Hinweisen auf die Notwendigkeit eines Dolmetschers.

Die Umfrage des Gesundheitsnetzes QuE ergab, dass mehr als die Hälfte der befragten Praxen (n=24) keine Probleme im Umgang mit fremdsprachigen Patienten/-innen sieht. Schwierigkeiten äußerten 11 der Praxen, 3 davon in verstärktem Ausmaß; eine dieser Praxen gab an, dass sie mit dieser Patientengruppe nicht zurechtkommt.

VI. Themenkomplex Vernetzung

Kooperation und Vernetzung mit medizinischen und anderen Fachstellen können wichtige Elemente sein, um die Versorgung der Patienten/-innen zu verbessern.



Standpunkt 1

Eine Kooperation mit anderen Fachstellen wird abgelehnt.

2 der befragten Praxen (je 1x Allgemein- und Innere Medizin) arbeiten nicht mit anderen Fachstellen zusammen. Eine Kooperation ist nicht vorstellbar bzw. wird nicht als nötig erachtet, da die Versorgung bereits gut ist.

Standpunkt 2	4x Allgemeinmedizin
	0x Innere Medizin
	5x Kinder-/ Jugendmedizin
Vernetzung und Kooperation mit anderen Fachstellen sind bei der Versorgung der Patienten/-innen hilfreich.	

Von der Mehrheit der befragten Praxen wurde die Kooperation mit anderen Fachstellen zur Verbesserung der Versorgung der Patienten/-innen allgemein befürwortet oder auch als selbstverständlich erachtet.

Differenzierung 1 Standpunkt 2:

Die Muster bestehender Kooperationen sind vielfältig und orientieren sich an der Fachrichtung und der Zielgruppe der Praxis.

Folgende Fachstellen und Einrichtungen kooperieren mit den befragten Praxen des Bereichs

- **Allgemeinmedizin**

QuE, Praxisnetz Regierung von Mittelfranken (Organisation der ärztlichen Betreuung der Flüchtlinge in den Auffanglagern) ambulante Pflegedienste, Pflege mit Herz, psychosoziale Dienste im Stadtteil, Sozialdienste im Stadtteil, Diakonie,	Caritas, Notfallambulanzen, Alten-/ Pflegeheime, Tagesklinik, Tagespflege, Gerontopsychiatrie, Demenzwohngruppe, Suchtberatung, Praxen für Physiotherapie.
---	--

Die Straßenambulanz ist sehr gut mit den Ämtern und anderen Trägern vernetzt, darunter auch mit dem Gesundheitsamt, dem Fonds für Nicht-Versicherte und mit Akteuren der Drogensubstitution. In der Südstadt wird mit Lilith, den Notschlafstellen u.a. zusammengearbeitet.

Es werden Adressen weitergegeben und Ansprechpartner/-innen vermittelt (1x Allgemeinmedizin).

- **Innere Medizin**

Statements:

2 befragte Praxen sind diabetologische Schwerpunktpraxen.

Praxis 1: Die Patienten/-innen werden **von Kollegen/-innen überwiesen**. Mit sozialen Einrichtungen wird nicht kooperiert, nur mit den niedergelassenen **Podologen/-innen** und dem **Wundmanagement**. Das Management ist für Wunden im Allgemeinen zuständig und betreut in Kooperation mit der diabetologischen Praxis vor allem Diabetiker/-innen. Es entlastet die Praxis deutlich; die Rezepte bekommt es über die Patienten/-innen.

Praxis 2: Durch den diabetologischen Schwerpunkt, den die Praxis seit 2009 ausübt, wurde eine Versorgungslücke geschlossen. Von den etwa 2.000 Scheinen pro Quartal betreffen ca. 50% Diabetiker. Es gibt 40-50 zuweisende Praxen. In der Umgebung der Praxis sind drei **Pflegedienste** bekannt, und es wird **Informationsmaterial** im Stadtteilbüro ausgelegt. Auch hier wird mit NAIP (Wundmanagement) kooperiert. Die Diakonie setzt dann die Vorgaben von NAIP um. Die Kooperation mit den Kollegen/-innen in der Umgebung ist gut.

Eine weitere Praxis ist Mitglied im Praxisnetz. Die Diakonie, die Caritas, einzelne freiberufliche Schwestern und Pflegedienste sind bekannt. Mit ihnen wird ebenfalls kooperiert.

- **Kinder- und Jugendmedizin**

Es bestehen Kooperationen mit folgenden Partnern:

ASD Gesundheitsamt Caritas feste Ansprechpartner/-innen im Klinikum interdisziplinäre Arbeitsgruppe am Klinikum Kinderhaus Stapf Koki Schulen Kindertagesstätten Menschen ohne Krankenversicherung „Kein Mensch ist illegal“ Straßenambulanz der Caritas	AWO Jugendamt Mädchentreff ZEBBEK (sehr gute Zusammenarbeit, auch in Bezug auf die Dokumentation und Unterstützung) Frühförderung Listen von Ergotherapeuten/-innen und Logopäden/-innen Sozialpädagogische Familienhilfe, Verein „Klabautermann“ (kümmert sich z. T. ehrenamtlich um schwerstbehinderte Kinder)
---	---

Standpunkt 3

Es gibt eine Reihe von Hindernissen, die trotz allgemein gut eingeschätzter Vernetzung und Kooperation eine „passgenaue“ Versorgung der Patienten/-innen erschweren.

Trotz der allgemein als gut eingeschätzten Kooperation und Vernetzung der befragten Praxen und der vielfältigen Anpassungsstrategien an die Bedürfnisse ihrer Patienten/-innen wurden eine Reihe von Hindernissen genannt, die eine „passgenaue“ Versorgung der Patienten/-innen erschweren.

Differenzierung 1 Standpunkt 3:	Ox Allgemeinmedizin

Hürden organisatorischer und administrativer Art	0x Innere Medizin
	4x Kinder-/ Jugendmedizin

Im Einzelnen wurden genannt:

bürokratische Vorschriften und Verfahrensweisen hinsichtlich

- der Abrechnung mit den Krankenkassen und ihren Bedingungen
- der fachlichen Zulassungen seitens der Krankenkassen
- der Kostenübernahmen durch die Rentenversicherung
- der Abstimmung mit mit- oder weiterbehandelnden Kollegen/-innen (datenschutzrechtliche Vorschriften)
- des bürokratischen Aufwands durch umfangreiche Dokumentationen, z.B. Diagnostikbögen (sozialpädiatrisches Projekt „Starke Kids“) und Einführung der U 7a.

Differenzierung 2 Standpunkt 3: Hürden durch eine unzureichende Koordinierung patientenbezogener Informationen	2x Allgemeinmedizin
	3x Innere Medizin
	0x Kinder-/ Jugendmedizin

Statements:

Durch die Abschaffung der Praxisgebühr für Fachärzte/-innen **können die Patienten/-innen mit gleichen Symptomen mehrere Ärzte/-innen** aufsuchen; dies geschieht dann, in der Hoffnung, dass es ihnen dann besser geht. Man muss ihnen erklären, dass dies nicht automatisch der Fall ist. Dies kann sich im Gegenteil kontraproduktiv bei der Therapie auswirken und dadurch schädlich für die Patienten/-innen werden. Ermöglicht wird dies durch einen vergleichsweise leichten Zugang zur medizinischen Versorgung in Deutschland.¹⁷

Oft wird unkritisch überwiesen, gerade von Allgemeinärzten/-innen, ohne dass die entsprechenden Informationen zum/-r Patienten/-in mitgeteilt werden. Daher sind viele Patienten/-innen „überdiagnostiziert“. Die Sammlung von relevanten Informationen nimmt pro Patient/-in etwa eine Stunde in Anspruch. Durch das Entfallen der Überweisungspflicht zum/-r Facharzt/-ärztin gibt es keine Berichte mehr. Daher wäre die Bindung an den Hausarzt wichtig.

Gerade bei Patienten/-innen mit Migrationshintergrund wäre es von zentraler Bedeutung, **Aufzeichnungen über die Krankengeschichte** zu haben. Oft wird mit der Anamnese wieder von vorne begonnen und es werden **Medikamente mehrfach verschrieben**. Bisweilen werden diese dann weitergegeben oder sogar -verkauft.

Differenzierung 3 Standpunkt 3: gesellschaftlich bedingte Hürden

Statements: Auch gesellschaftliche Entwicklungen und Einstellungen erschweren die „passgenaue“ Versorgung der Patienten/-innen:

¹⁷ In England oder Schweden muß man zum Beispiel ca. 6 Monate auf einen Termin beim Facharzt oder einen OP-Termin warten. (Allgemeinmedizin)

- **mentale Einstellungen:**
Eine weit verbreitete „Versorgungsmentalität“ steht der flexiblen und unbürokratischen Lösung alltäglicher Probleme im Wege: So wurde unter Beteiligung einer Praxis ein **Zusatzdienst zur ärztlichen Versorgung** versuchshalber eingeführt. Dieser Hilfsdienst konnte für ältere oder behinderte Patienten/-innen flexibel angeboten werden, um sie bei der Bewältigung von Alltagsfragen zu unterstützen, z. B. bei der Beantragung der Pflegestufe, eines Schwerbehindertenausweises oder bei der behindertengerechten Veränderung von Details der Wohnung. Der Dienst wurde wieder eingestellt, weil die Patienten/-innen solche Zusatzdienste als Leistungen der Krankenkasse abgedeckt sehen wollten, und eine (geringe) Eigenbeteiligung ablehnten. (1x Innere Medizin)
- **strukturelle Entwicklungen:**
Träger der Straßenambulanz ist die Caritas.¹⁸ Die ärztliche Versorgung dort steht allerdings auf den Füßen **ehrenamtlichen Engagements**, d. h. sie ist nicht institutionell abgesichert: Eine Praxis stellt eine/n Kollegen/-in für die gesamte Woche (dar. 3x nur halbtags) ab. Der Ausfall in der Praxis verursacht dem Praxisinhaber Unkosten. Ohne diese Praxis wäre die ärztliche Versorgung in der Straßenambulanz gefährdet. Der Fonds für Nicht-Versicherte könnte beispielsweise keine Arztpraxis finanzieren. Es gibt auch keine krankheitsbezogenen Konzepte für chronisch Kranke.

Die Klinikplätze für Drogenabhängige werden reduziert. Auch in Engelthal wurden „Kassenplätze“ zugunsten von Plätzen für Privatpatienten/-innen reduziert. Ferner gehen viele der Substitutionsärzte/-innen demnächst in den Ruhestand. Da deren Engagement oft noch aus der Zeit der Anfangsphase des Kampfes gegen HIV herrührt, ist eine adäquate Nachfolge ungesichert. Substitution gibt es nur für Opiatabhängige mit Heroin als Hauptproblem. Chrystal Meth ist noch ein unbekanntes Feld. (Straßenambulanz)

VII. Themenkomplex künftige Entwicklung: Handlungsbedarf und Ideen

Die Abschlussphase der Gespräche versuchte, von den Interviewpartnern/-innen perspektivische Anregungen für die Zukunft zu erfahren. Der geäußerte Handlungsbedarf erwies sich einerseits als sehr konkret und praxisbezogen. Zum anderen wurden weiter greifende gesellschaftliche Entwicklungen thematisiert.

Standpunkt 1:
Es besteht ein sehr konkreter und praktisch orientierter Handlungsbedarf.

Aus der Sicht der Praxis und aus dem Status quo heraus wurde im Einzelnen genannt:

- **Bedarf an Personal und Einrichtungen:**
Insbesondere fehlen aus der **Sicht der Allgemeinmediziner/-innen** muttersprachliche (Substitutions-)Ärzte/-innen,

¹⁸ In Köln ist die Straßenambulanz am Gesundheitsamt angesiedelt. (Allgemeinmedizin)

engagierte Kollegen/-innen für die Unterstützung der Straßenambulanz¹⁹, vor allem der Fachrichtung Radiologie, Fremdsprachige Pflegedienste, Selbsthilfegruppen.

Aus der Sicht der **Praxen für Innere Medizin** mangelt es an Dolmetscherdiensten, muttersprachlichen Psychotherapeuten/-innen, Kontaktinformationen für Soziale Dienste, Kontaktadressen allgemein, Anlaufstellen für die Bevölkerung im Stadtteil, wie das Stadtteilbüro St. Leonhard inhaltlich gute Flyer, die auch die Prävention betonen.

Nach Ansicht der **Kinder-/ Jugendmediziner/-innen** fehlt es an Unterstützung beim Internetauftritt der Praxis in verschiedenen Fremdsprachen, Selbsthilfegruppen, Muttersprachlicher Diagnostik und Elternberatung im Vorschulalter, sozialpädagogischer Mitarbeit in der Praxis wegen der vielen sozialen Problemfälle dort, einem Netzwerk zur Verbesserung der Betreuung von Flüchtlingen zusammen mit den Kollegen/-innen (die z.Z. die Flüchtlinge in Zirndorf ärztlich betreuen), zusätzlichen Sprechstunden außerhalb der regulären Öffnungszeiten, organisatorischem Schnittstellenmanagement.

- **Es wurde Handlungsbedarf in Bezug auf die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen geäußert:**

Die **Werbesequenzen für Nahrungsmittel zwischen den Filmen in den Kinderkanälen** machen die Anstrengungen der Aufklärung und der Aktionen für gesunde Ernährung hilflos. Man müsste dergleichen **untersagen**. (1x Kinder- /Jugendmedizin)

Es fehlen **niederschwellige offene Freizeitangebote im Stadtteil für Jugendliche**, die es ermöglichen, wichtige soziale Kompetenzen zu erwerben, beispielsweise für Jungen in St. Leonhard. Obwohl unter den Jugendlichen viel Energie vorhanden ist, gibt es dennoch keinen Aktivspielplatz in der Nähe. Fußball ist zu hochschwierig, Einrichtungen wie das Kindermuseum und das Erfahrungsfeld der Sinne sind zu teuer. Das Ausleihen von Hörbüchern aus der Stadtbibliothek ist ein sehr gutes Angebot. (1x Kinder-/ Jugendmedizin) Das Interesse an offenen Freizeitmöglichkeiten geht immer mehr zurück. Auch in der Nordstadt fehlt ein Jugendtreff. (1x Allgemeinmedizin)

Es fehlen ebenfalls **niederschwellige Vorsorgeangebote für Jugendliche**, z. B. im Rahmen der offenen Jugendarbeit, um die Jugendlichen zu erreichen, die den Schritt in die Praxis nicht tun. (1x Kinder-/ Jugendmedizin)

Arbeits- und perspektivlose Jugendliche brauchen mehr Suchtprävention und therapeutische Betreuung, damit sie „weg von der Straße“ kommen. (1x Allgemeinmedizin)

- **Es wurde auf die Notwendigkeit einer „Verflüssigung“ der Verwaltungsabläufe hingewiesen:**

Die **kommunale Ebene ist die einzige Handlungsebene für die ärztliche Versorgung von Armen**. Andere Verwaltungsebenen interessiert das nicht. (1x Allgemeinmedizin)

Da für den/ die Arzt/ Ärztin die Begleitung mancher Patienten/-innen, u.a. wegen der Sprache sehr aufwendig ist, könnten **soziale Dienste** in solchen Fällen unterstützend

¹⁹ Kinderärzte/-innen und Gynäkologen/-innen sind bereits sehr engagiert bei der Unterstützung der Ambulanz. Es fehlen noch weitere Fachrichtungen. (Allgemeinmedizin)

wirken und die ärztliche Versorgung ergänzen. (1x Kinder-/ Jugendmedizin) **Oft kommen die Kinder mit Problemen in die Praxis, die keine medizinische Ursache haben**, sondern auf sprachliche oder kulturabhängige Sachverhalte zurückzuführen sind. Auch diese **Probleme müssen von sozialen Diensten angegangen werden** - ein großer Auftrag, bei dem die ärztliche Praxis nur medizinische Hilfestellung leisten kann. (1x Kinder-/ Jugendmedizin)

Es wäre **eine Liste mit Ansprechpartnern/-innen in den Behörden** nötig, aus der die Zuständigkeiten für die Unterstützung der Kinder zu ersehen sind. (1x Kinder-/ Jugendmedizin)

Mehr **Hintergrundwissen und Durchlässigkeit bei Behörden und auch Krankenkassen** wäre wünschenswert und könnte die bürokratischen Vorgänge vereinfachen. (1x Kinder-/ Jugendmedizin)

- **Der patientenbezogene Informationsfluss sollte verbessert werden:** Um Mehrfachuntersuchungen zu vermeiden und den Verlauf der Krankengeschichte zu erkennen, wäre eine **Patienten- bzw. Dokumentationsmappe mit allen Untersuchungen und Diagnosen** zu wünschen. Soziale Einrichtungen arbeiten oft mit solchen Unterlagen. Vielfach tun dies die Patienten/-innen inzwischen auch selbst. (2x Innere Medizin, 1x Kinder-/ Jugendmedizin)

Auch wäre die Speicherung aller relevanten Daten des/-r Patienten/-in auf der **Gesundheitskarte** sinnvoll. Die Daten sollten von einer geeigneten Institution zentral verwaltet werden (1x Innere Medizin)

Standpunkt 2.
Säkulare Trends, die sich in Nürnberg ebenfalls abzeichnen,
zeigen einen längerfristigen Handlungsbedarf auf.

Statements: Zur „Wachsamkeit“ ruft eine Reihe von gesellschaftlichen Entwicklungen auf, die sich in auch in Nürnberg abzeichnen und deren Folgen in der Zukunft zu spüren sein werden.

- **In Bezug auf die Entwicklung der Kinder**

Die **häufige Nutzung der Smartphones bei den Eltern** wird – unabhängig vom Migrationshintergrund - eine **künftige Problemlage** hinsichtlich der Veränderung von sozialen Beziehungen zwischen Eltern und Kindern darstellen: Die Kinder ringen um Aufmerksamkeit. (1x Kinder-/ Jugendmedizin)

Insgesamt hat die **emotionale Belastung** in den letzten Jahren zugenommen, was Verhaltensauffälligkeiten, Mobbing in der Schule, Berufstätigkeit der Eltern und Schulängste betrifft. (1x Kinder-/ Jugendmedizin)

Die Eltern bekommen im Fall eines Mobbings keine Unterstützung. Aus Angst gehen die Kinder oft nicht mehr zur Schule. **Es nimmt eine gewisse „Grenzenlosigkeit“ zu.** (1x Kinder-/ Jugendmedizin)

- **in Bezug auf die hausärztliche Versorgung**

In den Städten schwindet die Zahl der Hausärzte/ -innen; es werden Spezialisten vorgezogen. Zugleich nimmt die Zahl der Single-Haushalte zu. Diese Entwicklung ist problematisch, da die hausärztliche Grundversorgung und damit auch die Sorge um

den/ die Patienten/-in verloren geht. („Achtet auf eure Hausärzte!“) Es ist auch unter Ärzten/-innen oft unbekannt, wie breit die Allgemeinmedizin aufgestellt ist. Es werden Ärzte/-innen gebraucht, die sich wirklich um die Patienten/-innen kümmern. (1x Allgemeinmedizin)

- **in Bezug auf die Umweltsituation**

Die **Luftverschmutzung durch Feinstaubbelastung** ist relevant für die Gesundheit, vor allem bei der Erkrankung an obstruktiver Bronchitis. Im Winter 2013/14 hat die Zahl dieser Erkrankungen bei Kindern deutlich zugenommen. Das Thema hat offensichtlich nicht die nötige Relevanz. **Es wird nicht nachdrücklich öffentlich diskutiert.** Hier wären Maßnahmen der öffentlichen Hand gefragt. Um die Feinstaubbelastung zu reduzieren, braucht man noch mehr Grünflächen. (1x Kinder-/Jugendmedizin)

ZUSAMMENFASSUNG

Gegenstand der Untersuchung

Rund die Hälfte der Menschen, die in der Stadt Nürnberg leben, hat einen Migrationshintergrund. In manchen Stadtteilen ist dieser Anteil sogar höher (z.B. in Gostenhof 80% und mehr), in anderen Stadtteilen deutlich niedriger (z.B. Buchenbühl 10,6%) (Stand 31.12.2013)²⁰. Der veröffentlichte Gesundheitsbericht mit dem Schwerpunkt Migration des Gesundheitsamtes beleuchtete 2011 den Status Quo der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund hinsichtlich der ambulanten, stationären und sozialen Versorgung in der Gesamtstadt. Zusammenfassend ließ sich feststellen, dass ein breites Angebotspektrum für Menschen mit Migrationshintergrund vorhanden ist; der Schwerpunkt lag in den Themen Prävention, Angebote in ausgewählten Sprachen (russisch, türkisch) und für einzelne Zielgruppen (Frauen, Familien). Potenziale wurden formuliert für die Bereiche ambulante/stationäre Versorgung und Selbsthilfe und die Versorgung der einzelnen Stadtteile. Im Anschluss an die Konferenz haben sich drei Arbeitsgruppen im Schwerpunkt mit den Themen Dolmetscherdiensten, ambulante, stationäre und psychiatrische Versorgung befasst. Deutlich wurde, dass die Datenlage zur gesundheitlichen Verfassung von Menschen mit Migrationshintergrund unzureichend ist; insbesondere kleinräumige und qualitative Angaben fehlen. Gerade jene Daten sind jedoch von zentraler Bedeutung für eine passgenaue gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung. Angeregt durch die Arbeitsgruppe „Gesundheitliche Versorgung ambulant/stationär“ sowie die Praxisnetze Nord und Süd untersuchte das Gesundheitsamt in einer qualitativen Analyse die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund und befragte dazu niedergelassene Ärzte/-innen. Die Interviews sind Teil einer umfassenden Analyse. In Kooperation mit der AOK Mittelfranken, dem Klinikum Nürnberg und dem Amt für Stadtforschung und Statistik Nürnberg und Fürth arbeitet das Gesundheitsamt Datenmaterial mit einer sozialräumlichen Differenzierung aus. Die qualitative Analyse bietet neben einer weiteren Befragung des Gesundheitsnetzes Qualität und Effizienz (QuE) einen wichtigen Baustein, um ein genaueres Bild und mögliche Ansatzpunkte für die Gesundheitsförderung und für die medizinische Versorgung im Stadtteil zu erhalten.

Methodisches Vorgehen

In den Fachgebieten Allgemein-, Innere sowie Kinder- und Jugendmedizin wurden im Jahr 2014 jeweils 5 niedergelassene Ärzte/-innen befragt. Jeweils ein/e Arzt/Ärztin jeder Fachrichtung sollte je Sozialraum befragt werden. Die Praxen wurden im Rahmen einer

²⁰ Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth (Hrsg.): Innergebietliche Strukturdaten Nürnberg 2014, S. 16-19

Zufallsauswahl bestimmt. Der Gesprächsleitfaden wurden im Gesundheitsamt entwickelt und eng mit den Mitgliedern des Arbeitskreises Migration abgestimmt. Nach Möglichkeit wurden auch die Ergebnisse einer Kurzanalyse einbezogen, die im Frühjahr 2013 im Rahmen eines Projektes zur „Kultursensiblen gesundheitlichen Versorgung“ durchgeführt wurde. Das Gesundheitsnetz Qualität und Effizienz (QuE) hat hierfür in Kooperation mit anderen Nürnberger Einrichtungen des Gesundheitswesens die Praxen des Gesundheitsnetzes und die des Praxisnetzes Nürnberg Nord zu verschiedenen Aspekten der Versorgung von Patienten/-innen mit Migrationshintergrund befragt²¹.

Ergebnisse im Überblick

I. Sprache und Verständigung

Das Forschungsinteresse in Bezug auf das Thema Sprache und Verständigung bestand darin, Erkenntnisse zur Arzt-Patient Beziehung zu gewinnen, wenn die Muttersprache nicht deutsch ist. 3 Argumentationslinien kristallisierten sich in den Interviews heraus.

- **Fremdsprachigkeit wirkt sich bzw. wirkt sich nicht auf die Kommunikation aus.**

13 der 15 befragten niedergelassenen Ärzten/-innen gaben an, dass die Fremdsprachigkeit der Patienten/-innen sich auf die Kommunikation zwischen Arzt/Ärztin und Patient/-in auswirkt. Auch in der Erhebung des Gesundheitsnetzes QuE wurde die Sprachbarriere als Problem im Praxisablauf genannt (27% der Praxen).

- **Die Kommunikation zwischen deutschsprachigem Arzt und fremdsprachigem Patient unterscheidet sich in einigen Bereichen** (Compliance, Wahrnehmung des Körpers, Medizinverständnis)

Unterschiede werden benannt hinsichtlich des **allgemeinen Krankheits- und Gesundheitsverständnisses, der Compliance und im Vertrauen** zum/r Arzt/Ärztin benannt. Diese Unterschiede wurden nicht einheitlich bewertet, sondern als erschwerende, teilweise aber auch als positive Einflüsse auf die Arzt-Patient-Beziehung geschildert (wie zum Beispiel ein familiäres, vertrauensvolles Verhältnis und eine bessere Compliance).

Die **allgemeine Wahrnehmung des Körpers und der Psyche** wird als Unterschied in der Beziehung Arzt – fremdsprachiger Patient/-in benannt. Körperliche und seelische Beschwerden werden von Patienten/-innen mit einem Migrationshintergrund oft anders als von deutschen Patienten/-innen interpretiert. So sind die Einordnung der Beschwerden und die Erklärung differenzierter Sachverhalte oft schwierig. Beispielsweise sind deutsche „Depressionen“ der „Ganzkörperschmerz“ anderer Länder. Die westliche Medizin ist wissenschaftlich ausgerichtet und an Geräten orientiert, nicht an der seelischen Komponente.

Es bestehen weiterhin Unterschiede im **Medizinverständnis**. Viele fremdsprachige Patienten/-innen erwarten eine organmedizinische Lösung ihrer Probleme. Beispielsweise möchten nicht-deutsche Mütter oft ausschließlich Antibiotika für ihre Kinder. Auch andere Patienten/-innen ausländischer Herkunft neigen zu einer Antibiotika-Fixierung. Präventive Gespräche und Maßnahmen sind sprachlich schwer zu vermitteln und sehr zeitaufwendig, die Patienten/-innen sind häufig sehr technisch orientiert.

- **Es gibt kulturspezifische Unterschiede in der Kommunikation zwischen Arzt und Patient.**

Die befragten Ärzte/-innen benennen kulturspezifische Unterschiede in der Kommunikation, die sie in ihrer Praxis zwischen Arzt und Patient wahrnehmen. Diese sind

²¹ Die Befragung war eine erste Kurzanalyse und fand schriftlich zwischen dem 26.04 und 24.05.2013 statt. Es wurden alle PNN- und QuE Praxen angeschrieben. Der Rücklauf betrug 38% (40 Praxen).

subjektive Einschätzungen und betreffen beispielsweise die Einstellung gegenüber der Medikation, psychosomatische Risiken, das Bildungs- und Informationsniveau, die Sprachkompetenz der älteren Generation sowie die gesellschaftliche Integration. Diese kulturspezifischen Unterschiede können die ärztliche Betreuung und den Praxisablauf erschweren. Um sie besser erkennen, einschätzen und damit umgehen zu können, sind Kenntnisse des kulturspezifischen Hintergrunds der Patienten/-innen beim Arzt/Ärztin und dem Praxisteam notwendig. Fortbildungen in interkultureller Kompetenz wurden als sinnvoll erachtet; Kostenneutralität und Arbeitserleichterung sind dabei jedoch ein wichtiges Thema. Auch die Befragung der QuE Praxen bestätigen dieses Ergebnis. Interkulturelle Fortbildungen des Praxisteam erschienen hier nicht zentral. QuE vermutet als Grund hierfür die potenzielle Belastung des Praxisteam oder aber eine relativ problemlose Bewältigung interkultureller Unterschiede.

Auch durch organisatorische Maßnahmen in der Praxis kann man kulturell bedingten Verhaltensunterschieden zwischen Patienten/-innen deutscher und ausländischer Herkunft begegnen. Zum Beispiel durch häufigere Wiedereinbestellung in die Praxis, da die Diagnosen wegen der Sprachprobleme oft nicht sofort klar sind. In der QuE Umfrage wurde ferner die Einplanung von mehr Zeit bei der Terminvergabe angeregt.

II. Soziale Schichtung

Zum Thema des Zusammenhangs zwischen der sozialen Lage und der medizinischen Versorgung der Patienten/-innen wurden zwei Standpunkte deutlich:

- **Die Versorgung der Patienten/-innen in der Praxis ist unabhängig von ihrer sozialen Schichtzugehörigkeit und ihrer Krankenversicherung gleich gut. (10 Praxen)**
- **Die soziale Schicht, der der/die Patient/-in angehört, beeinflusst die Qualität seiner/ ihrer ärztlichen Versorgung.**

So besteht ein **allgemeiner, selbstverständlicher Zusammenhang** zwischen ärztlicher Versorgung und der Schichtzugehörigkeit der Patienten/-innen. (4 Praxen) Die sozialen Unterschiede zeigen sich vor allem in der **Kommunikation** zwischen Arzt/Ärztin und Patient/in. Hier wiederum ist das **Bildungsniveau** der Patienten/-innen von Bedeutung. (8 Praxen) Neben den Aspekten schichtspezifischer Kommunikation kann sich die **materielle Armut** direkt auf die medizinische Versorgung der Patienten/-innen auswirken, u.a. in Gestalt von mentalen und administrativen Zugangsbarrieren, durch den Aufenthalts- und Versichertenstatus, das Wohnumfeld sowie durch Geldmangel, der die Versorgung mit Medikamenten untergräbt.

III. Ärztliche Versorgung

Die ärztliche Versorgung wird von allen 15 befragten Ärzten/-innen sowohl auf gesamtstädtischer Ebene als auch in den Stadtteilen generell als gut bewertet.²² Insbesondere für die Nordstadt, die Lorenzer Altstadt, Hummelstein, Gibitzenhof und die Werderau wurden gute Noten von den Befragten der Allgemeinmedizin vergeben. St. Leonhard, Marienvorstadt, Buchenbühl und Ziegelstein sind aus Sicht der Befragten der Inneren Medizin gut versorgt und

²² Die Stadtteile wurden nicht flächendeckend verglichen. Die Ärzte/-innen sprachen vielmehr für die Stadtteile, in den sie praktizieren.

die befragten Kinder- und Jugendmediziner bewerten die Nordstadt, Höfen, St. Leonhard, Langwasser Südost und Röthenbach West als gut versorgte Stadtteile. Neben der gut bewerteten Versorgung werden einige Versorgungslücken konstatiert. Dies betrifft besondere Problemlagen, wie beispielsweise fehlende Kitaplätze sowie finanziell schlecht gestellte Patienten/-innen. Zudem bestehen sehr lange Wartezeiten in fachärztlichen Praxen allgemein, bei Psychotherapeuten/-innen und Fachärzten/-innen für Neurologie und Orthopädie. Aus Sicht der befragten Ärzte/-innen fehlen Fachärzte/-innen in der Orthopädie (St. Leonhard, Buchenbühl), Kinderheilkunde, Kinder- und Jugendpsychiatrie (St. Leonhard, Gesamtstadt) sowie türkisch sprechende Psychotherapeuten/-innen.

IV. Organisation der interkulturellen Praxis

Den Anteil an Patienten/-innen mit Migrationshintergrund schätzen die Befragten zwischen 30% und 90% ein.²³ Die Teilnehmer/-innen an der Umfrage des Gesundheitsnetzes QuE gaben einen Anteil von etwa 24% an. An dieser Stelle muss offen bleiben, ob sich die Patientenstruktur der Mitgliedspraxen des Gesundheitsnetzes generell von den befragten Praxen unterscheidet. Das geographische Spektrum des Migrationshintergrundes der Patienten/-innen ist äußerst breit gefächert und umfasst die meisten europäischen, afrikanischen und asiatischen Länder, vereinzelt auch Länder des amerikanischen Kontinents.

Die Organisation der Praxen stimmt sich im Praxisalltag auf die verschiedenen Patienten/-innengruppen ein. Alle befragten Praxen geben an, dass die Betreuung fremdsprachiger Patienten/-innen einen erhöhten Aufwand – meist einen höheren Zeitaufwand – für sie bedeutet. Praxisinterner Mehraufwand wird bei den Themen längere Beratungszeiten, mehr Organisation, z.B. durch gezieltes Ansprechen der weiterbehandelten Ärzte/-innen, mehr Telefonate (stellvertretend für die Eltern), Informationsmaterial möglichst in Übersetzung. Fünf der 15 befragten Ärzten/-innen sehen keine Veranlassung, besondere Vorbereitungen für die Versorgung fremdsprachiger Patienten/-innen zu treffen, es sei denn die Verteilung von Informationen und das Hinweisen auf die Notwendigkeit einer Übersetzung. Die Umfrage des QuE ergab, dass die Hälfte der befragten Praxen (n=24) keine Probleme im Umgang mit fremdsprachigen Patienten/-innen sieht. Schwierigkeiten äußerten elf befragte Praxen, drei davon in verstärktem Ausmaß.

VI. Themenkomplex Vernetzung

Die Mehrheit der befragten Praxen befürwortet die Kooperation und Vernetzung zur Verbesserung der Versorgung der Patienten/-innen oder erachtet sie als selbstverständlich. Dabei sind die Muster bestehender Kooperationen sehr vielfältig und orientieren sich an der Fachrichtung. Neben Kliniken und weiterbehandelten Ärzten/-innen kooperieren die befragten Praxen beispielsweise mit den freien Wohlfahrtsverbänden, sozialen Diensten, Alten- und Pflegeheimen, Stadt Nürnberg mit unterschiedlichen Dienststellen, Schulen und Kindertagesstätten.

Es gibt jedoch nach Ansicht der befragten Praxen Hindernisse für die passende Versorgung der Patienten/-innen. Diese können organisatorischer und administrativer Art sein, wie z.B. bürokratische Vorschriften und Verfahrensweisen hinsichtlich der Abrechnung mit den Krankenkassen. Ebenso kann es Hürden geben durch die unzureichende Koordinierung patientenbezogener Informationen, z. B. durch das Aufsuchen mehrerer Ärzte/-innen zu den gleichen Symptomen. Hilfreich wären Aufzeichnungen über die Krankengeschichte, damit es nicht zu mehrfach verschriebenen Medikamenten kommt.

VII. Künftige Entwicklung: Handlungsbedarf und Ideen

²³ Sechs Praxen zwischen 30-40%, drei Praxen etwa 50%, eine Praxis etwa 90%, eine Praxis relativ hoher Anteil, eine Praxis relativ niedriger Anteil an Patienten/-innen mit Migrationshintergrund.

Aus der Darstellung der Ergebnisse sowie der abschließenden Frage nach konkretem Handlungsbedarf aus Sicht der Ärzten/-innen ergeben sich die nun zusammenfassend dargestellten Handlungsempfehlungen.

Ergebnisebenen	Handlungsempfehlungen
Sprache/ Verständigung	<ul style="list-style-type: none"> ➔ fremdsprachige Pflegedienste ➔ Muttersprache: Selbsthilfegruppen, Psychotherapeuten, Diagnostik Elternberatung ➔ mehrsprachige Sprechstunden ➔ Dolmetscherdienste ➔ Unterstützung bei Internetauftritt ➔ sprachliche Schwerpunktpraxis
Soziale Schichtung	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Förderung von Bildung und Sprache als Grundlage für Compliance ➔ niederschwelliger Zugang zu Arzt und Prävention ➔ unbürokratische Behandlung Nicht-Versicherter ➔ Schließung von Behandlungslücken bei Armutsflüchtlingen und Asylbewerbern ➔ gebührenfreie Rezepte ➔ keine Medikamentenzuzahlungen
Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> ➔ kürzere Wartezeiten in fachärztlichen Praxen ➔ Berücksichtigung von besonderen Problemlagen in Stadtteilen ➔ unbürokratische Behandlung Nicht-Versicherter (s.o.) ➔ Vernetzung mit anderen Praxen, sozialen Diensten ➔ Anlaufstellen für die Bevölkerung im Stadtteil, wie Stadtteilbüros ➔ niederschwellige Vorsorgeangebote, z.B. für Jugendl.
Interkulturelle Praxis	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Informationsmaterial in mehreren Sprachen ➔ angepasste Öffnungszeiten ➔ längere Beratungszeiten einkalkulieren ➔ Organisation der Weiterbehandlung Ärzte, soziale Dienste (soz.päd. Unterstützung) ➔ Vernetzung mit anderen Praxen ➔ Fortbildung für Personal ➔ Sozialgesetzgebung, Koordination/Vernetzung, Interkulturelle Kompetenzen
Koordination/Vernetzung	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Kontaktadressen, -informationen ➔ Administrative Durchlässigkeit ➔ Liste mit Ansprechpartnern in Behörden ➔ Mehr Wissen über bürokratische Vorgänge ➔ Verbesserung des patientenbezogenen Informationsflusses: Patientenmappe oder Chipkarte mit allen Diagnosen und Untersuchungen

Gesellschaft/ Politik	<ul style="list-style-type: none">➔ Feinstaubbelastung verringern➔ Hausärztliche Versorgung sichern
-----------------------	--

ANHANG

GESPRÄCHSLEITFADEN

Leitfaden Experten/-innen –
Gesundheitliche Versorgung im Stadtteil aus Sicht der Ärzte/-innen

ALLGEMEINE SITUATION

1. Wie bewerten Sie die gesundheitliche Versorgung in Ihrem Stadtteil?
2. Wie bewerten Sie ganz **allgemein** die gesundheitliche Versorgung in Nürnberg?
3. Haben Sie den Eindruck, dass allgemein sozial wohlhabendere Schichten gleich gut versorgt sind wie ärmere Schichten?

Gibt es da Unterschiede? Wenn ja, wie sehen die aus?
Würden Sie das für Ihren Stadtteil auch so sehen?
4. Gibt es **Probleme** in der gesundheitlichen Versorgung in Ihrem Stadtteil?

Wenn ja, welche?

Sind bestimmte Zielgruppen besonders betroffen?
5. Kennen Sie soziale Dienste, Einrichtungen o.ä., außerhalb der Arztpraxis in Ihrem Stadtteil, die Ihre ärztliche Versorgung ergänzen?

Wenn ja, welche?
6. Kooperieren Sie mit diesen Einrichtungen? Wenn ja, mit wem, in welchem Zusammenhang und mit welchen Ergebnissen?

ZUGÄNGLICHKEIT

1. Gibt es in Ihrer Praxis Besonderheiten in der Patientenzusammensetzung?

Überwiegen bestimmte Personengruppen? Wenn ja, welche?
2. Können Sie diesen Anteil **in Prozent** schätzen?
3. Was meinen Sie: **Warum** ist es bei Ihnen so? Finden Sie selbst Begründungen für diese Aufteilung?
4. Wie hat sich Ihre Praxis auf diese Personengruppen eingestellt?

Was haben Sie unternommen?
5. Welches sind die **häufigsten Diagnosen bzw. Diagnosegruppen** in Ihrer Praxis?
6. Können Sie den Anteil der jeweiligen Krankheitsgruppen **in Prozent** schätzen?
7. **Welche Personengruppen** sind dann vor allem betroffen?
8. **Welche Diagnosen** sehen Sie faktisch **gar nicht**, oder nur sehr wenig?

Welche Gründe gibt es Ihrer Ansicht nach dafür?

INTERKULTURELLE KOMPETENZEN

1. Im Umgang mit fremdsprachigen Patienten/-innen steht das Praxisteam vor sprachlichen und kulturellen Herausforderungen.

Wie schätzen Sie den Anteil der **Menschen mit Migrationshintergrund in Ihrer Praxis** ein?

Was meinen Sie, aus welchen Herkunftsländern kommen Ihre Patienten/-innen?

2. Haben Sie sich selbst, Ihr Team und die Praxis im Allgemeinen auf diese Patientengruppen vorbereitet?

Was haben Sie unternommen?

3. Wie wirkt sich der **Umgang** mit fremdsprachigen Patienten/-innen im Praxisalltag **konkret** aus?

4. Woran *mangelt* es nach Ihrer Meinung am meisten **in der gesundheitlichen Versorgung** im Umgang mit fremdsprachigen Patienten?

Gibt es etwas, was Sie in ihrer Praxis noch für diese Patientengruppen **tun möchten** bzw. **könnten**?

5. Welche Unterstützung brauchen Sie dabei?

6. Wie müsste diese Unterstützung organisiert (bzw. wo eingebunden...) sein, um für Sie eine echte Hilfe zu sein?

ARZT-PATIENT-BEZIEHUNG

1. Wie würden Sie die „**Arzt-fremdsprachiger Patient**“ **Beziehung** beschreiben?

2. Fallen Ihnen **Besonderheiten** auf, die für Sie ungewohnt sind, oder für Sie als Arzt Mehraufwand bedeuten?

3. Stellen Sie **Unterschiede** im Krankheitsverlauf bzw. auch in der Bereitschaft fest, erforderliche therapeutische oder präventive Maßnahmen umzusetzen, in der Compliance zwischen Ihren fremdsprachigen und deutschen Patienten/-innen fest?

Wenn ja, **welche**?

4. Wie gehen Sie mit den beschriebenen Besonderheiten und Unterschieden um?

Was wünschen Sie sich in solchen Situationen?

5. Wäre eine Weiterbildung zum Themenbereich Interkulturelle Kompetenz für Sie und Ihr Team hilfreich?

6. Können Sie sich eine Kooperation mit anderen Fachstellen vorstellen, um ein besseres Endergebnis für die Patienten/-innen zu erreichen?

7. Welche Angebote würden Ihnen dabei am besten helfen?
8. Gibt es Ihrer Meinung nach schichtspezifische Unterschiede in der Arzt-Patient Beziehung?
9. Abschlussfrage: Gibt es etwas was Sie uns noch zum Thema „Gesundheitliche Versorgung im Stadtteil“ sagen möchten....

Herzlichen Dank für Ihre Auskünfte und dass Sie sich für uns Zeit genommen haben!

SOZIALRAUMTYPEN

Sozialraumtypen werden rechnerisch im Verfahren der Clusteranalyse gebildet aus bestimmten soziodemographischen, sozioökonomischen und städtebaulichen Merkmalen. Sie liegen für Nürnberg vor auf der Ebene der Statistischen Distrikte.²⁴ Es wurde die Typisierung der Sozialraumanalyse 2010 des Amtes für Stadtforschung und Statistik verwendet, basierend auf den Merkmalsausprägungen am Stichtag des 31.12.2009²⁵ und ebenso deren Einstufung der Sozialraumtypen nach ihrem Armutspotentials bzw. nach ihrer ökonomischen Belastung.

Sozialraum Typ 1: Alt-/ Innenstadtgebiete, Singlehaushalte, schwache Wohnbindung geschlossene Zeilenbebauung mit überwiegend altem Gebäudebestands, vor allem mittlere Altersgruppen, Mehrpersonenhaushalte ohne Kinder oder Singlehaushalte, extrem hohe Bebauungsdichte und hohe Mieten, hohe Mobilität

Typ 1 ist sozioökonomisch nicht belastet.

Sozialraum Typ 2: Innenstadtrandgebiete, teils entlang von Gewerbe- und Industrieflächen Familien mit Migrationshintergrund, dicht bebaut, kinderreiche Großhaushalte, überdurchschnittlich viele Jugendliche, sehr geringe Seniorenanteile, schwache Wohnbindung und hohe Mobilität, hoher Anteil von Transferleistungen

Typ 2 ist ökonomisch am stärksten belastet.

Sozialraum Typ 3: Randlagen des Innenstadtgürtels, „Satelliten“ ohne größere Auffälligkeiten relativ konstante Wohnbindung, leicht erhöhte Anteile von Senioren und Menschen mit Migrationshintergrund, abnehmende Bebauungsdichte

Typ 3 ist leicht überdurchschnittlich ökonomisch belastet.

Sozialraumtyp 4: ländlich geprägte Gebiete

geringster Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund, gewachsene Gebiete mit stark aufgelockerter Bebauung, große Standorttreue der Bevölkerung, geringste Mobilität, stark überdurchschnittlich viele Senioren und Familien mit Kindern

Typ 4 ist kaum ökonomisch belastet.

²⁴ mit mindestens 30 Einwohnern und andere nicht oder weitgehend unbesiedelte Distrikte (z.B. Gewerbe, Industrie, Parks, Verkehrsinfrastruktur, u.s.w.) Quelle: Amt für Stadtforschung und Statistik: Sozialräume im Wandel? Die Sozialraumanalysen 2008 und 2010 im Vergleich, Statistischer Monatsbericht für Oktober 2010

²⁵ Vgl.: a.a.O.

Sozialraumtyp 5: Wohnquartiere für Familien mit Kindern

stark verjüngte Bevölkerung, wenig Transferleistungen, hohe Anteile von Menschen mit Migrationshintergrund, viele Großfamilien mit Kindern, starke Mobilität (Zuwanderung), aufgelockerte Bebauung, qualifizierte Umbau- und Neubautätigkeit, solvente Bürgerschaft

Typ 5 ist ökonomisch ebenfalls kaum belastet.

LITERATUR UND QUELLEN

Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth (Hrsg.): Sozialräume im Wandel - Die Sozialraumanalysen 2008 und 2010 im Vergleich, Statistischer Monatsbericht für Oktober 2010

ders.: Innergebietliche Strukturdaten 2014

ders.: Statistisches Jahrbuch der Stadt Nürnberg 2015

Ärzteverzeichnis des Bayerischen Roten Kreuzes, Kreisverband Nürnberg-Stadt, Ausgabe 2013

Infobrief der Straßenambulanz Franz v. Assisi, Ausgabe 2013

SIEGRIST, J./ MARMOT, M. (Hrsg.): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen, Bern 2008

Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth: Abfrage Internet am 27.11.2014

Homepage des QuE, Stand 11.4.2016