

u^b

**UNIVERSITÄT
BERN**

74
NFP

Gesundheitsversorgung
Nationales Forschungsprogramm

MIWOCA BRIEF

DATEN UND ERGEBNISSE DER
MIWOCA STUDIE ALS GRUNDLAGE FÜR
DIE STAKEHOLDER-DIALOGE

Annika Frahsa (Universität Tübingen)
Romaine Farquet (Universität Bern)
Sophie Meyer (Universität Bern)
Sandro Cattacin (Universität Genf)
Sibel Sakarya (Koç University)
Thomas Abel (Universität Bern)

EBERHARD KARLS
UNIVERSITÄT
TÜBINGEN



UNIVERSITÉ
DE GENÈVE



KOÇ
UNIVERSITY

ÜBER MIWOCA

MIWOCA ist die Abkürzung für die Studie «Migrant Women's Health Care Needs for Chronic Illness Services in Switzerland». MIWOCA wird gefördert vom Nationalen Forschungsprogramm 74 des Schweizerischen Nationalfonds, 2017-2020. Die Studie wird geleitet von Prof. Dr. Dr. Thomas Abel vom Institut für Sozial- und Präventivmedizin ISPM an der Universität Bern.

Ziel von MIWOCA ist es, aufzuzeigen, wie chronisch kranke Frauen ihre Gesundheitsversorgung in der Schweiz erleben, verstehen, interpretieren und nutzen. Die gewonnenen Daten beschreiben die realen lebensweltlichen Bedingungen (Probleme, Barrieren, Ressourcen) aus der Sicht der Patientinnen (d.h. der Nutzerperspektive). Diese Daten werden systematisch aufgearbeitet und durch weitere Daten angereichert. Sie werden dann in einer Arbeitsgruppe von ExpertInnen aufgegriffen (Stakeholder-Dialog) mit dem Ziel, praktische Empfehlungen für einen verbesserten Zugang zur und einer kontinuierlichen Verbesserung der Gesundheitsversorgung bei chronischen Erkrankungen zu entwickeln.

ÜBER DEN MIWOCA BRIEF

Der MIWOCA BRIEF dient als Basis für die Diskussionen während der Stakeholder-Dialoge. Der BRIEF fasst Daten und Ergebnisse aus der vorausgegangenen Forschungsarbeit zusammen. Er enthält Informationen zu Mustern und massgeblichen Kontexten des Umgangs mit chronischer Erkrankung bei Frauen in der Schweiz. Der MIWOCA BRIEF macht deutlich, welche Barrieren und Probleme, aber auch Ressourcen, Frauen mit chronischen Erkrankungen wahrnehmen. Er zeigt zudem Veränderungsbedarfe aus Sicht betroffener Frauen auf.

ÜBER DIE MIWOCA STAKEHOLDER-DIALOGE

Bei den MIWOCA Stakeholder-Dialogen treten alle, die an zukünftigen Entscheidungen über das Thema beteiligt oder davon betroffen sind, in einen Dialog. So werden die unterschiedlichen Perspektiven der wichtigsten Akteure und Akteurinnen zusammengebracht.

Dieses Format hat zwei Hauptziele. Die gemeinsame Reflexionsarbeit während des Dialogs ermöglicht erstens ein umfassenderes Verständnis von Problemlagen und die differenzierte Beurteilung unterschiedlicher möglicher Lösungswege. Auf der Basis dieses Verständnisses werden zweitens konkrete Empfehlungen erarbeitet, die dazu beitragen, den Zugang zur und die Qualität von Gesundheitsversorgung von chronisch kranken Frauen mit und ohne Migrationshintergrund in der Schweiz langfristig weiter zu optimieren.

LESEHINWEISE

- | | | |
|--|-------|----------|
| • Für einen Überblick lesen Sie S. 2-4 | 5min | Lesezeit |
| • Für grundlegende Informationen und eine Story lesen Sie S.2-10 | 10min | Lesezeit |
| • Für den gesamten MIWOCA BRIEF S.2-13 brauchen Sie | 20min | Lesezeit |

INHALTSVERZEICHNIS

ÜBER MIWOCA.....	ii
ÜBER DEN MIWOCA BRIEF	ii
ÜBER DIE MIWOCA STAKEHOLDER-DIALOGE.....	ii
LESEHINWEISE	ii
DER MIWOCA BRIEF IN KÜRZE	4
Was ist das grundlegende Problem?	4
Welche Barrieren und Ressourcen wurden bisher sichtbar?.....	4
A) Mangel an Kompetenzen und gegenseitigem Verstehen	4
B) Mangel an zeitlichen und finanziellen Ressourcen.....	4
C) Herausforderungen in der allgemeinärztlichen Versorgung	4
Ressourcen auf der Seite der Patientinnen (nicht abschliessend)	4
Veränderungsbedarfe aus Sicht der Patientinnen	4
MIWOCA – Zielsetzung	5
MIWOCA BRIEF	6
MIWOCA – Hintergrund und Kontext.....	6
Ein Moment im Leben von Frau Aslanoğlu	7
MIWOCA – Ergebnisse	8
A) Mangel an Kompetenzen und gegenseitigem Verstehen	8
Ressourcen auf der Seite der Patientinnen	8
B) Mangel an zeitlichen und finanziellen Ressourcen.....	9
Ressourcen auf der Seite der Patientinnen	9
C) Herausforderungen in der allgemeinärztlichen Versorgung	10
Ressourcen auf der Seite der Patientinnen	10
Mögliche Barrieren aus Sicht der Frauen	11
Ein Moment im Leben von Frau Müller.....	13
INFORMATIONEN UND DANKSAGUNGEN	14
Autorinnen und Autoren	14
Finanzierung	14
Interessenskonflikt.....	14
Danksagungen	14
Vorgeschlagene Zitierweise	14

WAS IST DAS GRUNDLEGENDE PROBLEM?

Die Schweiz verfügt über ein gutes Gesundheitssystem. Dennoch ist der Zugang zur Gesundheitsversorgung für verschiedene Bevölkerungsgruppen eingeschränkt. So nutzen Migrantinnen einige Versorgungsangebote (z.B. Früherkennungsmassnahmen) seltener als die übrige Bevölkerung, obwohl sie häufiger unter chronischen Krankheiten leiden.

Bis heute sind die praktischen Erfahrungen der betroffenen Patientinnen nur selten in die Problembeschreibung eingeflossen und die Frauen selbst sind auch kaum an der Erarbeitung von Lösungsansätzen beteiligt.

WELCHE BARRIEREN UND RESSOURCEN WURDEN BISHER SICHTBAR?

Folgende Probleme und Barrieren wurden bisher in MIWOCA deutlich:

A) MANGEL AN KOMPETENZEN UND GEGENSEITIGEM VERSTEHEN

- Kommunikationskompetenz sowohl in Bezug auf Sprache als auch auf Lebensstil
- Verständnis im Sinne von gegenseitig vorurteillos verstehen und verstanden werden
- Transparente Kommunikation und genügend Information von und über Optionen der Grundversicherung
- Information über Zusatzversicherungen für alle, insb. für die, die in der Schweiz neu ankommen

B) MANGEL AN ZEITLICHEN UND FINANZIELLEN RESSOURCEN

- Fehlende finanzielle Ressourcen für Zusatzversicherungen
- Fehlende zeitliche Ressourcen
- Herausforderung des Bedarfes an umfangreichen Ressourcen für das eigene Fallmanagement
- Überweisung an SpezialistIn hängt von Versicherungstyp ab

C) HERAUSFORDERUNGEN IN DER ALLGEMEINÄRZTLICHEN VERSORGUNG

- Schwierigkeit Hausärztin/Hausarzt zu finden
- Mangelnde Kontinuität und Koordination
- Verfügbarkeit der Hausärztin/des Hausarztes für Termine

RESSOURCEN AUF DER SEITE DER PATIENTINNEN (NICHT ABSCHLIESSEND)

- Soziales Netzwerk: Bei Suche nach einer Ärztin/einem Arzt, bei Übersetzungen sowie finanzieller und administrativer Unterstützung
- Internet: Zusätzliche Informationen zu Behandlungen, Versicherung und Suche nach Hausärztinnen und Hausärzten
- Sprache, Fachbegriffe und AkteurInnen: Mit der Zeit erlernen der lokalen Sprache, der medizinischen Fachbegriffe und der Handlungsspielräume relevanter Akteure und Akteurinnen

VERÄNDERUNGSBEDARFE AUS SICHT DER PATIENTINNEN

- | | |
|-----------|---|
| Bedarf A. | Gegenseitiges Verständnis zwischen Patientinnen, Ärztinnen und Ärzten, Gesundheitsdienstleistenden und RepräsentantInnen von Krankenversicherungen verbessern |
| Bedarf B. | Materielle Ressourcenlage für chronisch Kranke besser einbeziehen bzw. verbessern |
| Bedarf C. | Die zentrale Rolle hausärztlicher Versorgung im Management chronischer Erkrankungen stärken |

MIWOCA möchte aufzeigen, wie chronisch kranke Frauen die Gesundheitsversorgung in der Schweiz erleben, verstehen, interpretieren und nutzen. Dazu werden die Berichte von betroffenen Frauen zu ihren Erfahrungen (Patient Reported Experiences) systematisch ausgewertet. Die daraus erzielten Erkenntnisse bilden die Grundlage einer Erarbeitung von Empfehlungen für die Verbesserung des Zugangs zu und der Qualität der Gesundheitsversorgung.

Die Interviews mit Patientinnen verfolgten zwei grundlegende Ziele: a) ein Verständnis von Erfahrungsmustern chronisch erkrankter Frauen bei der Nutzung von Gesundheitsdiensten zu erzeugen und b) konkrete Bedingungen und Prozesse der Nutzung zu identifizieren. Es wurden qualitative Interviews mit chronisch kranken Frauen geführt: je 12 Frauen aus Deutschland, der Türkei, aus Portugal und aus der Schweiz. 23 der Befragungen fanden in Bern und 25 in Genf statt. Die Sichtweise der Patientinnen wurde ferner durch 12 Interviews mit medizinischen und sozialen Dienstleistenden ergänzt. Sowohl in Genf als auch in Bern fanden dafür 6 Gespräche statt.

Ebenfalls in beiden Städten wurden Fokus Gruppen mit Frauen geführt, die vorher an Einzelinterviews teilgenommen hatten. In den Fokus Gruppen wurden ihnen Ergebnisse aus den Patientinnen-Interviews präsentiert und sie wurden um Rückmeldungen und Ergänzungen dieser Daten gebeten. Diese wurden genutzt, um die Ergebnisse zu vervollständigen.

MIWOCA GLOSSAR

MigrantIn: Eine Person, die ihren gewohnten Aufenthaltsort verlässt, um sich vorübergehend oder dauerhaft und aus verschiedenen Gründen in einem anderen Land niederzulassen und dadurch eine internationale Grenze überschreiten.¹

Chronische Erkrankung²: Eine langdauernde Krankheit sowie langdauernde Schmerzen, wie beispielsweise Migräne, Bluthochdruck, Depression oder Arthritis.

Patient Reported Experiences (PRE): PRE erfassen die gesamte Patientinnen-Erfahrung der Gesundheitsversorgung.³ In MIWOCA stellen die Berichte der Patientinnen-Erfahrungen Informationen über Zugangsbarrieren und Schwachstellen des Systems zur Verfügung. PRE liefern zudem die Grundlage für eine Patientinnenbeteiligung in der Definition der Probleme und in der Suche nach entsprechenden Lösungen.

MIWOCA SOZIODEMOGRAFISCHE DATEN

48 Interviews mit Frauen mit langdauernden Gesundheitsproblemen:

- 12 Frauen aus Deutschland
- 12 Frauen aus Portugal
- 12 Frauen aus der Türkei
- 12 Frauen aus der Schweiz

Altersspanne der Frauen:
23 Jahre bis 86 Jahre alt

Aufenthaltsdauer in der Schweiz:
Von 8 Monaten bis 60 Jahre

¹ S. IOM, *Key Migration Terms*, <https://www.iom.int/key-migration-terms>.

² Krebs wurde von der Studie ausgeschlossen, da es sich um eine Krankheit handelt, welche den PatientInnen nur limitierte Wahlmöglichkeiten lässt.

³ Weldring, T. and M.S. Sheree (2013). Patient-Reported Outcomes (PROs) and Patient-Reported Outcome Measures (PROMs). *Health Service Insights* 6, 61–68.

MIWOCA – HINTERGRUND UND KONTEXT

In der Schweiz sind ca. 2.2 Millionen Menschen von chronischen Krankheiten betroffen; das sind rund ein Viertel der Gesamtbevölkerung. Im Allgemeinen weisen gewisse Gruppen von Migrantinnen und Migranten einen schlechteren Gesundheitszustand auf als die Lokalbevölkerung.⁴ Besonders für Frauen mit Migrationshintergrund und chronischen Krankheiten können die Barrieren, die den Zugang zur Gesundheitsversorgung erschweren, hoch sein. Auch ist wenig bekannt zu den meist informellen Ressourcen, die den Zugang und die Nutzung positiv beeinflussen. Bis heute sind die praktischen Erfahrungen der betroffenen Patientinnen nur selten in die Problembeschreibung eingeflossen und die Frauen selbst sind auch kaum an der Erarbeitung von Lösungsansätzen beteiligt. MIWOCA fokussiert auf Portugiesinnen, Türkinnen und Deutsche, die in der ersten Generation in der Schweiz wohnhaft sind. Diese Bevölkerungsgruppen weisen sowohl Ähnlichkeiten als auch Unterschiede in Gesundheit, Nutzung des Gesundheitssystems als auch in möglichen kulturellen und sozialen Determinanten auf. Da schlichte Nationalitäten bezogene Muster fehlen, wird zwischen anderen Faktoren, die individuelle Entscheidungen und Nutzung des Gesundheitssystems ausmachen, differenziert.

CHRONISCHE KRANKHEITEN IN DER SCHWEIZ

2.2 Mio. chronisch kranke Menschen in der Schweiz
(¼ der Gesamtbevölkerung)⁷

Davon sind 35% Frauen⁸

Chronische Krankheiten machen 80% der
Gesundheitskosten der Schweiz aus⁹

Häufigste Erkrankungen chronischer Art der
Gesamtbevölkerung¹⁰

- Arthrose, (rheumatische) Arthritis
- Heuschnupfen, Allergien
- Depression
- Asthma
- Osteoporose
- Krebs, Tumor
- Chronische Bronchitis, Emphysem
- Herzinfarkt
- Schlaganfall

MIGRATIONSBEVÖLKERUNG IN DER SCHWEIZ

Anteil MigrantInnen in der Schweiz: 25%⁵

Nach Staatsangehörigkeit (ständige ausländische Wohnbevölkerung)⁶:

- 15.4% Italien
- 14.7% Deutschland
- 12.7% Portugal
- 6.6% Frankreich
- 5.4% Kosovo
- 4.0% Spanien
- 3.2% Türkei

⁴ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Gesundheit in der Schweiz - Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht. Hogrefe Verlag, 2015, S. 41.

⁵ BFS, Anteil der ständigen ausländischen Wohnbevölkerung, 31. August 2018.

⁶ SEM, Statistik Zuwanderung Ausländerinnen und Ausländer in der Schweiz, 23 Juli 2019

⁷ BAG, Zahlen & Statistiken: Zahlen und Fakten zu nichtübertragbaren Krankheiten.

⁸ OBSAN, Häufigkeit von langdauernden Gesundheitsproblemen Prozent der Bevölkerung (Frauen).

⁹ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Gesundheit in der Schweiz - Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht. Hogrefe Verlag, 2015.

¹⁰ BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017.

Wo er auf den Flusslauf trifft, schäumt der Wasserfall lebendig auf, man hört beinahe das Tosen und Rauschen, spürt den kühlen Luftstrom auf dem Gesicht. Ich schaue mir die grossformatige Fotografie jedes Mal, wenn ich mit Herzklopfen in diesem Wartezimmer sitze, eingehend an. Heute beruhigt sie mich kaum, nicht nur mein Herz pocht nach der Sprintfahrt mit dem Fahrrad durch den heisslaufenden Mittagsverkehr, sondern auch mein Kopf stimmt in den dröhnenden Rhythmus ein. «Du sollst in diesem Zustand nicht Velofahren, Mama», werde ich jeweils ermahnt, wenn schon beim Frühstück die Schmerzmittel neben meiner Kaffeetasse liegen. Sie helfen die Migräneanfälle in Schach zu halten, richtig bereit für den Tag fühle ich mich danach aber selten. Ich schaue auf die Uhr, zehn vor zwölf. «Wenn alles läuft wie immer, wird mir fünf Minuten zugehört, genickt und bestenfalls ein neues Medikament verschrieben» denke ich und stosse unbewusst einen tiefen Seufzer aus.

Obwohl ich schon unzählige Male in diesem Wartezimmer auf die nahenden Schritte im Gang gewartet und dem darauffolgenden Öffnen der Wartezimmertür geharrt habe, schwitzen meine Hände leicht. Ich gehe in Gedanken alle Punkte durch, die ich meiner Hausärztin heute präsentieren will, versuche mir die Eckpfeiler zu merken. Ich höre den Rat, den mir mein Mann gegeben hat «Mach es doch so wie mit den Studenten! Die müssen ja auch verstehen, was du ihnen beibringen willst!». Mir fällt es aber schwer zu formulieren, wie sich die Anfälle verändern und was das mit mir macht. Mir scheint, als würden die Worte auf dem Weg von mir, über den säuberlich aufgeräumten Schreibtisch hin zu den Ohren meiner Ärztin einen anderen Sinn bekommen. «Ich empfehle Ihnen, eine psychologische Abklärung in Erwägung zu ziehen» hatte sie mir vor einiger Zeit geraten und ich bin ihrem Rat gefolgt. Die Therapie tut mir gut, die wiederkehrenden Beschwerden der Migräne bleiben aber und sie sind der Grund, weshalb ich immer wieder hier bin.

Ich versuche nicht wieder mit dem Gedanken zu spielen, eine neue Ärztin zu suchen. Bei der Erinnerung an all die vergeblichen Telefonate und Internetrecherchen und dann doch nicht zu wissen, wer mir am besten helfen könnte, pulsiert mein Kopf gleich noch mehr und ich konzentriere mich auf meinen Atem und die Hochglanzfotografie gegenüber an der Wand. Das kontrollierte Atmen hilft mir, das habe ich von einer Freundin gelernt, die seit einigen Monaten eine Akupunktur Schmerztherapie besucht und die sie mir wärmstens empfiehlt. Hätte ich so etwas früher gewusst, wäre sie mit mir und meinem Mann beim Amt gegessen und wir hätten in unserer Muttersprache von Grund- und Zusatzversicherungen gesprochen, würde ich jetzt vielleicht nicht mehr hier sitzen. Ja, es hätte wohl einiges besser laufen können. Die Schritte auf dem Gang nähern sich, ich atme nochmals tief ein und aus, wische meine schweisskalten Hände an den Hosenbeinen ab und richte mich gerade auf. Die Wartezimmertür öffnet sich, die Ärztin im weissen Kittel erscheint. «Frau Aslanoğlu?», «Ja!» sage ich hastig und ergreife zur Begrüssung die ausgestreckte Hand.

¹¹ Es handelt sich hierbei um eine fiktive Geschichte, die aus den Daten verschiedener MIWOCA Interviews zusammengestellt wurde.

A) MANGEL AN KOMPETENZEN UND GEGENSEITIGEM VERSTEHEN

Bezogen auf

- Kommunikationskompetenz sowohl in Bezug auf Sprache als auch auf Lebensstil
- Verständnis im Sinne von vorurteillos verstehen und verstanden werden
- Transparente Kommunikation und genügend Information von und über Optionen der obligatorischen Grundversicherung
- Information über Zusatzversicherung insb. für alle, die in der Schweiz neu ankommen

Die Kommunikation zwischen PatientInnen und ihren behandelnden Ärztinnen und Ärzten ist ein wichtiger Ankerpunkt, wenn es um Gesundheit und Therapie geht. Für manche Patientinnen mit Migrationshintergrund, aber auch für die Dienstleistenden selbst, stellt die Verständigung mit ihren GesprächspartnerInnen eine Hürde dar. Das gegenseitige Verstehen basiert nicht nur auf der Sprache, sondern auch auf den Bedeutungen, die hinter den Aussagen stehen. Sowohl in der Kommunikation mit den Ärztinnen und Ärzten als auch mit den Versicherungen begegnen die StudienteilnehmerInnen diesen Barrieren mit unterschiedlichen Ressourcen.

RESSOURCEN AUF DER SEITE DER PATIENTINNEN

Kommunikation mit Ärztinnen und Ärzten

- Soziales Netzwerk: Familienmitglieder als Übersetzungshilfe
- Ärztin oder Arzt wählen, die/der die Muttersprache spricht
- Konsultation von Ärztin oder Arzt im Heimatland
- Sich bilden über eigene Krankheit, um medizinische Fachbegriffe besser zu verstehen

Kommunikation mit Versicherungen

- Soziales Netzwerk: Freunde und Bekannte nach Erfahrungswerten fragen
- Konsultation von Internetseiten wie Comparis
- Direkte Anfragen via Telefon, E-Mail und Internetseiten der Versicherungen
- Höhere Bildung hilft Komplexität der Angebote zu verstehen

«Mein Hausarzt sagte, es ist am besten, wenn Sie zu einem Psychiater gehen, der Ihre Sprache und Ihre Kultur versteht. Er sagte, egal wie gut Sie sich ausdrücken können, ausländische Ärzte können Sie nicht verstehen. Unsere Kultur und ihre Kultur sind sehr verschieden. Er hat mich zu einem türkischen Psychiater geschickt. Vorher ging ich zu ausländischen Ärzten, aber ich konnte mich nicht ausdrücken. Aber seit ich zu diesem türkischen Arzt gehe, bin ich sehr zufrieden. Mit ihm habe ich begonnen, mich langsam zu erholen.»

(D₂, Interview aus der Studie)

«Also ich glaube die Sprachbarriere ist sicher das erste. Das ist das A und O. Man braucht Dienste, die helfen, dass du mit den Leuten sprechen kannst. Ich glaube es ist am einfachsten, wenn der Arzt die Landessprache der Patientinnen spricht. Chronisch kranke Migranten haben aber teilweise auch ein grösseres Schamgefühl in Bezug auf ihre Krankheit. Zum Teil empfinden sie es als von Gott gegeben oder in gewissen Kulturen als eine Bestrafung. Ich denke, dass Sensibilisierung oder Integration auf dieser Ebene auch helfen könnte. Dass man Leuten mit solchen Vorstellungen zu verstehen geben kann, hey du kannst nichts dafür. Du kannst nur versuchen, damit zu leben und versuchen, das Beste daraus zu machen.»

(E6, Orthopäde)

B) MANGEL AN ZEITLICHEN UND FINANZIELLEN RESSOURCEN

- Fehlende finanzielle Ressourcen für Zusatzversicherungen
- Fehlende zeitliche Ressourcen
- Herausforderung des Bedarfes an umfangreichen Ressourcen für das eigene Fallmanagement (Alles im Blick und Griff haben, Ärztinnen/Ärzte managen müssen)
- Überweisung an SpezialistIn hängt von Versicherungstyp ab. Das macht chronisch krank zu sein finanziell und psychisch kostspielig

Die Patientinnen erwarten in der Regel von den Ärztinnen und Ärzten, dass diese sich mehr Zeit für sie nehmen. Einerseits um sich die Beschwerden umfassend anzuhören und andererseits um die Behandlung ausreichend zu erklären. Für einzelne stellen die Kosten für Behandlungen und Krankenkasse grosse finanzielle Herausforderungen dar. Mehrere Frauen berichten von Zugangslimitationen für chronisch Kranke bei Zusatzversicherungen. Um diese Mängel zu überbrücken, setzen die Studienteilnehmerinnen Ressourcen wie alternative Informationsbeschaffung oder unterschiedlichste Hilfestellungen ihres sozialen Netzwerkes ein.

RESSOURCEN AUF DER SEITE DER PATIENTINNEN

Zeit	Finanzen	Vorbehalte der Versicherungen
<ul style="list-style-type: none">• Wechsel der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes• Anderweitiges Suchen von Information<ul style="list-style-type: none">○ Soziales Netzwerk: Freunde und Bekannte○ Internet, medizinische Literatur○ Apotheke	<ul style="list-style-type: none">• Soziales Netzwerk: Finanzielle Unterstützung von Familie und Freunden• Direktes Aushandeln von Preisreduktionen mit behandelnder Ärztin/behandelndem Arzt oder Spital	<ul style="list-style-type: none">• Soziales Netzwerk: Hilfeleistung von Familie, Freunden und Nachbarn bei Pflege, Haushaltsarbeit, finanzieller und psychologische Unterstützung• Höherer ökonomischer Status: Behandlungen selbst bezahlen

«Wenn ein Arzt dich stundenlang warten lässt und die Berichte vielleicht für eine halbe Stunde liest, aber dir kaum 5-10 Minuten zum erzählen gibt, verpasst er hier etwas. Ich habe jetzt einen neuen Arzt. Ich fühle mich besser, er nimmt sich mehr Zeit für mich. Weil er mir zuhört, weil er mir Ratschläge gibt. Denn wenn er sich keine Zeit nimmt, verstehe ich nicht, welche Therapie ich machen soll.»

(D9, Interview aus der Studie)

«Ich hatte in der Praxis manchmal zu wenig Zeit gehabt. Dann hatte ich eine halbe Stunde und darin inbegriffen waren hallo sagen und ausziehen und anziehen. Da hatte man manchmal nur eine Viertelstunde oder zwanzig Minuten behandelt. Das ist zum Davonlaufen. Dann habe ich manchmal zwei halbe Stunden zusammengenommen und das war dann herrlich. Das war glaube ich auch für die Patienten gut. Sie konnten dadurch auch ankommen. Alles andere ist ein Gehetze.»

(E2, Physiotherapeut)

C) HERAUSFORDERUNGEN IN DER ALLGEMEINÄRZTLICHEN VERSORGUNG

- Schwierigkeit Hausärztin/Hausarzt zu finden
- Mangelnde Kontinuität und Koordination
- Verfügbarkeit der Hausärztin/des Hausarztes für Termine

Hausärztinnen und Hausärzte spielen beim Zugang zur Versorgung von chronisch kranken Menschen eine zentrale Rolle. Sie sind oft die ersten AnsprechpartnerInnen und eine bedeutende Informationsquelle. Der aktuelle HausärztInnenmangel macht es aber schwierig, eine hausärztliche Betreuung zu finden. Viele Frauen aus der Studie sind Patientinnen in Gemeinschaftspraxen. Die dadurch oft grössere Anzahl behandelnder Ärztinnen und Ärzte gewährleistet einerseits eine bessere Verfügbarkeit von Ansprechpersonen. Andererseits resultiert daraus oft ein Mangel an Kontinuität und erschwerte Koordination zwischen den verschiedenen Praktizierenden. Um eine passende Ärztin/ einen passenden Arzt zu finden oder um die Zeitfenster für Termine zu erweitern, greifen die Patientinnen auf unterschiedliche Ressourcen zurück.

RESSOURCEN AUF DER SEITE DER PATIENTINNEN

Passende Ärztin/passender Arzt finden

- Soziales Netzwerk: Familie, Freunde und ArbeitskollegInnen fragen
- Internetrecherche über Ärztinnen/Ärzte
- Ärztinnen/Ärzte mit gewünschten Kompetenzen wählen (bspw. Alternativmedizin)
- Sich Zeitnehmen um eine Beziehung zur Ärztin/zum Arzt aufzubauen
- Hausärztin/Hausarzt wechseln

Verfügbarkeit Ärztin/Arzt für Termine

- Organisation mit Arbeitgeber
- Mehrere Termine gleichzeitig fixieren
- Arztbesuche ausserhalb der Arbeitszeiten

«Wenn ich akute Beschwerden habe, gehe ich immer in die gleiche HMO Arztpraxis. Eigentlich habe ich dort eine zuständige Hausärztin, die sehe ich aber nie. Das ist das seltsame an diesen HMO Modellen. Wenn ich für einen Arzttermin anrufe, dann erklären die Praxishelferinnen, heute und morgen nehmen sie nur Notfälle, ich soll später kommen. Aber wenn ich anrufe bin ich ein Notfall, dann habe ich 40 Grad Fieber und bin schon einen Tag tapfer gewesen. Dann kommt man natürlich nie zu der Ärztin, die einem zugeteilt ist. Die haben keine Zeit vorher das Patientendossier Zeit zu lesen und zu schauen, was wirklich ist.»

(B3, Interview aus der Studie)

«Ich glaube für die HausärztInnen hat das ein völlig anderes Gewicht als jetzt für mich. Die haben ja eigentlich nur chronisch kranke Leute, das ist ihr Business. Das sind die Leute, die sie regelmässig sehen und bei denen sie irgendwann das Gefühl haben, jetzt müssen wir weitergehen. Also sie sind die gatekeeper für alle. Sie muss man viel mehr stärken. Das ist das A und O.»

(E6, Orthopäde)

MÖGLICHE BARRIEREN AUS SICHT DER FRAUEN

Bedarf A. Gegenseitiges Verständnis zwischen Patientinnen, Ärztinnen und Ärzten, Gesundheitsdienstleistenden und Repräsentanten von Krankenversicherungen verbessern

	Mögliche Barrieren
Ärztinnen/Ärzte	Vorurteile ggü. Migranten (wollen nicht arbeiten und erfinden Krankheiten) Atypische PatientInnen als Herausforderung (jung & Rheuma)
Versicherungen	Zugang zu Zusatzversicherung (abgelehnt wegen chronischer Krankheit)
Staatliche Dienste (Migrationsbehörde, Sozialdienst etc.)	Fehlende Information über Gesundheitssystem (Hilfe bei Familie und Freunden holen)

Bedarf B. Materielle Ressourcenlage für chronisch Kranke besser einbeziehen bzw. verbessern

	Mögliche Barrieren: Zeit Mangel	Mögliche Barrieren: Finanzielle Barrieren
Ärztinnen/Ärzte	Nicht genügend Zeit mit Patientinnen Nicht genügend Zeit, um individuelle Lösungen und Informationen zu suchen TARMED	
Versicherungen	TARMED	Hohe Prämien Franchise und Selbstbehalt schwierig zu bezahlen
Staatliche Dienste (Migrationsbehörde, Sozialdienst etc.)		Ob Invalidenversicherung gewährt wird oder nicht, kann sich auf die finanzielle Situation der kranken Person auswirken und den Gesundheitszustand verbessern oder verschlechtern

Bedarf C. Die zentrale Rolle hausärztlicher Versorgung im Management chronischer Erkrankungen stärken

	Mögliche Barrieren
Ärztinnen/Ärzte	Nicht genügend Ärztinnen und Ärzte verfügbar Arztpraxen Öffnungszeiten limitiert Gemeinsame Arztpraxis: <ul style="list-style-type: none">• nicht immer von gleicher Ärztin/ von gleichem Arzt behandelt• viele Personalwechsel
Versicherungen	Je nach Versicherungsmodell (je nach finanziellen Mitteln): <ul style="list-style-type: none">• keine freie Arztwahl• Überweisungen zu SpezialistIn schwierig
Staatliche Dienste (Migrationsbehörde, Sozialdienst etc.)	Fehlende Information über die verschiedenen Versicherungsmodelle

Als wir nach ihrem Alltag fragen und ob sie uns schildern möchte, wie wir uns diesen vorstellen können, holt Frau Müller tief Luft, legt die Stirn in Falten und überlegt kurz. «Also der hat eigentlich nur zwei, drei Fixpunkte, die immer gleichbleiben. Alles andere hängt dann von den akuten Schmerzen respektive den Schüben ab.» Sie streckt langsam einen Finger nach dem anderen hoch: «Erster Fixpunkt: die Medikamente einnehmen; zweiter Fixpunkt: zur Arbeit fahren, wobei auch das von meinem Befinden beeinflusst wird; und dritter Fixpunkt: praktisch jeden Tag das mühsame Telefonieren mit den Ärzten.» Sie erklärt, es sei eben dieses Jonglieren von Arbeit und Arztterminen, das sie viel koste, sowohl Energie als auch Geld. Ob nicht jemand ausser ihr selbst das Gesamte im Blick und im Griff haben kann, fragt sie uns mit müden Augen und es scheint als sprächen daraus all die Stunden von Telefonaten und Abklärungen mit Ärztinnen und Therapeuten. «Mit meinem Teilpensum in der Bibliothek sind grössere Sprünge nicht möglich. Kommt da einmal ein Massagetermin hinzu oder der Selbstbehalt mehrerer Behandlungen in einem Monat, muss ich kurzfristig vom Mietkonto was nehmen, um die Rechnungen fristgerecht bezahlen zu können.» Die 39-jährige hat Glück, ihre Vermieter sind nachsichtig und drücken manchmal ein Auge zu. «Es kam auch schon vor, dass sie beide Augen festzudrücken mussten, damals als ich das Knie operieren lassen musste. Den Selbstbehalt musste ich wirklich aus allen möglichen Quellen zusammenkratzen.»

Sie sei zudem nicht zufrieden mit ihrer aktuellen Versicherung, beklagt sie sich. Die grosse, in schier unzählige Schichten von Pullovern und Strickjacken gehüllte Frau holt eine beachtliche Beige von Unterlagen hervor. All diese Dossiers habe sie sich im Büro ausgedruckt «natürlich auf privates Budget!», schiebt sie sofort nach. Es sind Unterlagen verschiedenster Krankenkassen, alle sind mit Notizen versehen. «Wie kann sich jemand durch diesen Versicherungs-Latein-Dschungel kämpfen? Wo gibt es für mich das beste Angebot, sowohl in Bezug auf die zu tragenden Kosten als auch auf die Leistungen, die ich mit meiner Krankheit brauche?» lacht sie etwas hilflos auf. «Und die Zusatzversicherung kann ich sowieso vergessen», meint sie und kreist mit den Händen in der Luft um ihren gesamten Körper, um zu signalisieren, wo sich ihre gesundheitlichen Baustellen befinden, «das möchte niemand versichern».

Wir beenden das Gespräch nach rund einer Stunde, Frau Müller ist motiviert auch künftig an unserem Projekt mitzuarbeiten. «Vielleicht wird es in gemeinsamen Reflexionen ja möglich, für einige meiner Anliegen eine Strategie zu entwickeln?» lächelt sie uns zu und verabschiedet uns in die unterdessen dunkle Novemberrnacht.

INFORMATIONEN UND DANKSAGUNGEN

AUTORINNEN UND AUTOREN

Annika Frahsa (Universität Tübingen)
Romaine Farquet (Universität Bern)
Sophie Meyer (Universität Bern)
Sandro Cattacin (Universität Genf)
Sibel Sakarya (Koç University)
Thomas Abel (Universität Bern)

FINANZIERUNG

Schweizerischer Nationalfonds, Nationales Forschungsprogramm «Gesundheitsversorgung» NFP 74

INTERESSENSKONFLIKT

Alle AutorInnen erklären, dass sie keine Interessenskonflikte haben.

DANKSAGUNGEN

- Allen Interviewpartnerinnen und Interviewpartner aus der MIWOCA Studie
- Dr. Sarah Mantwill (Swiss Learning Health Systems) und Dr. Per von Groote (ISPM Bern) für ihre wertvollen Hinweise zum Format der Stakeholder-Dialoge und die dazugehörigen Materialien
- Luna De Araujo und Leonie Mugglin für die Durchführung der Interviews sowie die in Zusammenarbeit mit Dr. Tevfik Bayram verfasste Interviewanalyse

VORGESCHLAGENE ZITIERWEISE

Frahsa, A. et al. (September 2019). *MIWOCA BRIEF: Daten und Ergebnisse der MIWOCA Studie als Grundlage für die Stakeholder-Dialoge*. Universität Bern, Institut für Sozial- und Präventivmedizin