

u^b

^b
UNIVERSITÄT
BERN

74
NFP

Gesundheitsversorgung
Nationales Forschungsprogramm

MIWOCA POLICY BRIEF

VERBESSERUNG DER GESUNDHEIT-
LICHEN VERSORGUNG VON FRAUEN
MIT CHRONISCHEN ERKRANKUNGEN

UNTER BESONDERER BERÜCK-
SICHTIGUNG VON PATIENTINNEN MIT
MIGRATIONSERFAHRUNG

Annika Frahsa (Universität Tübingen)

Romaine Farquet (Universität Bern)

Sophie Meyer (Universität Bern)

Sandro Cattacin (Universität Genf)

Sibel Sakarya (Koç University Istanbul)

Thomas Abel (Universität Bern)

MIWOCA

Migrant Women's Health Care Needs for Chronic Illness Services in Switzerland

EBERHARD KARLS
UNIVERSITÄT
TÜBINGEN



**UNIVERSITÉ
DE GENÈVE**



**KOÇ
UNIVERSITY**

ÜBER DAS PROJEKT MIWOCA

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

Ziel von MIWOCA war 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 wurden systematisch aufgearbeitet und durch weitere Daten angereichert. Sie wurden 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 POLICY BRIEF

Der MIWOCA POLICY BRIEF präsentiert 10 Empfehlungen zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Frauen mit chronischen Erkrankungen unter besonderer Berücksichtigung von Patientinnen mit Migrationserfahrung.

Der MIWOCA POLICY BRIEF fasst Daten und Ergebnisse aus dem Forschungsprojekt zusammen. Er enthält Informationen zu Mustern und massgeblichen Kontexten des Umgangs mit chronischer Erkrankung bei Frauen in der Schweiz. Der MIWOCA POLICY BRIEF macht deutlich, welche Barrieren und Probleme, aber auch Ressourcen, Frauen mit chronischen Erkrankungen wahrnehmen.

Der MIWOCA POLICY BRIEF stellt zudem Ansätze guter Praxis vor, die bereits erfolgreich daran arbeiten, die Versorgung von Frauen mit chronischer Erkrankung (und Migrationserfahrung) zu verbessern.

LESEHINWEISE

- | | | |
|--|--------|----------|
| • Für die MIWOCA Empfehlungen lesen Sie S. 7-10 | 8 min | Lesezeit |
| • Für einen Überblick zum Projekt lesen Sie S. 5f. | 3 min | Lesezeit |
| • Für grundlegende Informationen zum Projekt lesen Sie S. 11-13. | 12 min | Lesezeit |
| • Für den gesamten MIWOCA POLICY BRIEF brauchen Sie | 40 min | Lesezeit |

ÜBER DAS PROJEKT MIWOCA.....	ii
ÜBER DEN MIWOCA POLICY BRIEF	ii
LESEHINWEISE	ii
DER MIWOCA POLICY BRIEF IN KÜRZE	5
Was ist das grundlegende Problem?	5
Welche Barrieren und Ressourcen wurden sichtbar?	5
I) Mangel an Kompetenzen und gegenseitigem Verstehen	5
II) Mangel an zeitlichen, finanziellen und organisatorischen Ressourcen	5
III) Herausforderungen in der allgemeinärztlichen Versorgung.....	5
Veränderungsbedarfe aus Sicht der Patientinnen	6
MIWOCA EMPFEHLUNGEN	7
A) Abbau von Zugangsbarrieren zu Gesundheitsdienstleistungen	8
B) Förderung von Vertrauensbeziehungen zwischen Gesundheitsprofessionen und PatientInnen	8
C) Verbesserter Einbezug von PatientInnen und ihren Ressourcen in Entscheidungen über die Behandlung.....	9
D) Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsberufen.....	9
E) Förderung des nicht medizinischen unterstützenden Umfelds.....	10
F) Verbesserte Weiter- und Ausbildungsangebote	10
MIWOCA – ERGEBNISSE	11
I) Mangel an Kompetenzen und gegenseitigem Verstehen	11
II) Probleme bei zeitlichen und finanziellen Voraussetzungen	12
III) Herausforderungen in der allgemeinärztlichen Versorgung	13
HANDLUNGSFELDER.....	14
ANSÄTZE GUTER PRAXIS	15
A) Abbau von Zugangsbarrieren zu Gesundheitsdienstleistungen	15
B) Förderung von Vertrauensbeziehungen zwischen Gesundheitsprofessionen und PatientInnen.....	16
C) Verbesserter Einbezug von PatientInnen und ihren Ressourcen in Entscheidungen über die Behandlung.....	16
D) Verbesserung der Zusammenarbeit von Gesundheitsberufen	16
E) Förderung des nicht-medizinischen unterstützenden Umfelds	16
F) Verbesserte Aus- und Weiterbildungsangebote	17
DAS FORSCHUNGSPROJEKT MIWOCA IM ÜBERBLICK	18
INFORMATIONEN UND DANKSAGUNGEN	19
Autorinnen und Autoren	19
Beteiligte an den Stakeholder-Dialogen.....	19
Finanzierung	20

Interessenskonflikt.....	20
Danksagungen	20
Vorgeschlagene Zitierweise	20

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 betroffener 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 SICHTBAR?

I) MANGEL AN KOMPETENZEN UND GEGENSEITIGEM VERSTEHEN

- Sprachkompetenzen und interkulturelles Verständnis (z.B. soziokulturelle Lebensbedingungen)
- 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, insbesondere für die, die in der Schweiz neu ankommen

II) MANGEL AN ZEITLICHEN, FINANZIELLEN UND ORGANISATORISCHEN RESSOURCEN

- Fehlende finanzielle Ressourcen für Zusatzversicherungen
- Fehlende zeitliche Ressourcen
- Überweisung an SpezialistIn hängt vom Versicherungstyp ab
- Komplexität im eigenen Fallmanagement

III) HERAUSFORDERUNGEN IN DER ALLGEMEINÄRZTLICHEN VERSORGUNG

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

RESSOURCEN AUF DER SEITE DER PATIENTINNEN

- 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 und Anwenden der lokalen Sprache und der medizinischen Fachbegriffe sowie das Wissen um die Handlungsspielräume relevanter Akteurinnen und Akteure

VERÄNDERUNGSBEDARFE AUS SICHT DER PATIENTINNEN

- Bedarf I. Gegenseitiges Verständnis zwischen Patientinnen, Ärztinnen und Ärzten, Gesundheitsprofessionen und RepräsentantInnen von Krankenversicherungen verbessern
- Bedarf II. Bestehende Ressourcen chronisch Kranker systematisch in die Versorgung einbeziehen
- Bedarf III. Die zentrale Rolle hausärztlicher Versorgung im Management chronischer Erkrankungen stärken

Die folgenden Empfehlungen basieren auf qualitativen Interviews und Fokusgruppen mit Patientinnen (die meisten davon mit Migrationserfahrungen), auf qualitativen Interviews mit Anbietern von Gesundheitsleistungen und auf strukturierten Diskussionen mit relevanten Interessensgruppen (Stakeholder-Dialogen).

Die Empfehlungen richten sich an **Personen, die in der gesundheitlichen Versorgung, Pflege oder sozialen Unterstützung von Menschen mit chronischen Erkrankungen tätig sind**. Dazu gehören die entsprechenden medizinischen und sozialen Berufsgruppen, Entscheidungsträger und Institutionen im Gesundheitswesen, Freiwilligen Organisationen, Selbsthilfegruppen und andere.

Die Empfehlungen sind zum Teil konkret und zum Teil offengehalten. Letzteres soll es den Anwendenden ermöglichen, die **Umsetzung ihren spezifischen Kontexten und Handlungsmöglichkeiten entsprechend** anzupassen.

Die Entwicklung der Empfehlungen basiert insbesondere auf Daten von Frauen mit chronischen Erkrankungen und Migrationserfahrung; zugleich sind viele der zu Tage gebrachten Ergebnisse **auch für andere Personengruppen anwendbar**. Viele der Verbesserungsvorschläge sind dementsprechend nicht an spezifische Gruppen gebunden, sondern können zur Verbesserung der Versorgungssysteme insgesamt angewendet werden.

Die Empfehlungen definieren zehn Aufgabenbereiche. Dabei sind an verschiedenen Stellen **Überschneidungen zu erkennen**, die u.a. auf deren Bedeutung in verschiedenen Anwendungsfeldern hinweisen.

Die Empfehlungen zielen in erster Linie auf die **Verbesserung von Angeboten der Gesundheitsversorgung** ab. Bei näherem Hinsehen wird zudem deutlich, dass deren Umsetzung positive Wirkungen weit über den engeren Bereich der medizinischen Versorgung haben können und z.B. zur **Förderung des sozialen Zusammenhalts** auf unterschiedlichen Ebenen beitragen können.

Die Empfehlungen sind zurückhaltend bei der Nennung potentiell verantwortlicher **Stellen bzw. AkteurInnen der Umsetzung**. Stattdessen soll Freiraum bleiben, welche Institutionen sich angesprochen fühlen und wo diese Empfehlungen entweder an bestehende Arbeitsbereiche anknüpfen oder als neue Aufgaben wahrgenommen werden können. Die Empfehlungen nehmen keine Stellung zu den Fragen der **Finanzierung der Umsetzung**. Dazu wurden im MIWOCA Projekt keine belastbaren Daten erhoben. Die Hoffnung besteht, dass im Sinne eines solidarischen und fairen Gesundheitswesens bei allen beteiligten AkteurInnen die Bereitschaft vorhanden ist, auch finanzielle Mitverantwortung zu übernehmen.

A) ABBAU VON ZUGANGSBARRIEREN ZU GESUNDHEITSDIENSTLEISTUNGEN

1. Niedrigschwellige Informationsangebote sollen in Gemeinden und Quartieren gefördert werden!

- ↳ Gemeinden bieten auf Quartiersebene PatientInnen mit chronischen Erkrankungen Orientierungshilfen an, insbesondere bei
 - der Suche nach sozialen Diensten, Pflegeangeboten und Selbsthilfegruppen;
 - der Navigation in komplexen Systemen (bspw. in Bezug auf adäquate Versicherungsmodelle und –leistungen);
 - Fragen zu Patientenrechten.

2. Der Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen soll bei PatientInnen mit chronischen Erkrankungen vereinfacht werden!

- ↳ Pflegedienste, Ärzte und Ärztinnen stellen definierte Zeitfenster für eine niedrigschwellige Kontaktaufnahme, beispielsweise per Telefon, Messengerdiensten oder Mail, zur Verfügung.

B) FÖRDERUNG VON VERTAUENSBEZIEHUNGEN ZWISCHEN GESUNDHEITSPROFESSIONEN UND PATIENTINNEN

3. Die Kommunikation zwischen Gesundheitsprofessionen und PatientInnen mit chronischen Erkrankungen soll verbessert werden!

- ↳ Bei sprachkompetenzbedingten Verständigungsproblemen zu *komplexen* Fragen stehen *professionelle* Übersetzungsleistungen auch in der ambulanten Versorgung zur Verfügung.
- ↳ In *einfacheren* Situationen werden vermehrt *digitale* Hilfsmittel eingesetzt, die helfen, die Verständigung zu verbessern (Übersetzungsprogramme).

4. Bei Erstgesprächen sollen biographische Elemente im Vordergrund stehen!

- ↳ Gesundheitsprofessionen berücksichtigen bei der Diagnose und Therapiewahl die Lebenssituation und die gesundheitsrelevanten Kontexte von PatientInnen (inkl. soziale und finanzielle Bedingungen).
- ↳ Gesundheitsprofessionen erfassen frühzeitig Kompetenzen von PatientInnen und berücksichtigen insbesondere bestehendes Gesundheits- und Krankheitswissen, Körperwahrnehmung oder Copingstrategien.

C) VERBESSERTER EINBEZUG VON PATIENTINNEN UND IHREN RESSOURCEN IN ENTSCHEIDUNGEN ÜBER DIE BEHANDLUNG

5. Partizipation, Wissen und Kompetenzen von PatientInnen mit chronischen Krankheiten sollen in konkreten Versorgungssituationen gefördert werden!

- ↳ Gesundheitsberufe fördern systematisch PatientInnen Wissen und Kompetenzen als Ressource in der Krankheitsbewältigung und damit verbundene Lebensgestaltung.
- ↳ Sie stärken damit Gesundheitskompetenz und Selbstmanagement unter Berücksichtigung familiärer und anderer sozialer Unterstützungssysteme.

6. Selbsthilfe- und Erfahrungsgruppen sollen gefördert werden!

- ↳ Mono- und multi-linguale Gruppen werden von Gemeinden und Quartieren gefördert, mit dem Ziel, die Kommunikation und die Unterstützung untereinander zu stärken.
- ↳ Der Einsatz von sozialen Medien in Selbsthilfeorganisationen und anderen Erfahrungsgruppen wird von öffentlichen Einrichtungen, NGOs, Versicherern, Gemeinden und Quartieren unterstützt.

D) VERBESSERUNG DER ZUSAMMENARBEIT ZWISCHEN GESUNDHEITSBERUFEN

7. Die Regelstrukturen sollen eine integrierte interprofessionelle Versorgung so fördern, dass soziale, psychologische, biomedizinische und Umwelteinflüsse berücksichtigt sind!

- ↳ Darin wird die Diversität von Bedarfen und Bedürfnissen der PatientInnen verstanden, anerkannt und die Praxis danach ausgerichtet.
- ↳ Aktuelle Listen der relevanten Versorger im Gesundheits- und Sozialbereich mit entsprechenden Sprachkompetenzen stehen leicht zugänglich zur Verfügung; bereits existierende Listen werden proaktiver als bisher verteilt.

8. In integrierten Versorgungssystemen soll die Begleitungskompetenz gefördert werden, insbesondere die von Hausärztinnen und Hausärzten!

- ↳ Spezifische Ausbildungs- und Weiterbildungsangebote dazu werden konzipiert und angeboten.
- ↳ Sozialarbeitende unterstützen Ärztinnen und Ärzte, um die sozialen, ökonomischen und migrationsbedingten Einflüsse in die therapeutischen Entscheide mit einzubeziehen.

E) FÖRDERUNG DES NICHT-MEDIZINISCHEN UNTERSTÜTZENDEN UMFELDS

9. Gemeinden sollen ein sozial-unterstützendes und gesundheitsförderliches Umfeld auf Quartiersebene stärken!

- ↳ Die soziale Inklusion von PatientInnen mit chronischen Erkrankungen wird gezielt gefördert.
- ↳ Speziell in der Unterstützung von Personen mit chronischen Krankheiten stehen Anlaufstellen zur Verfügung und informieren über und unterstützen kulturelle und soziale Partizipationsmöglichkeiten und fördern die Freiwilligenarbeit.

F) VERBESSERTE WEITER- UND AUSBILDUNGSANGEBOTE

10. Für Gesundheits- und Sozialberufe sollen mehr und gezieltere Ausbildungsangebote geschaffen werden!

- ↳ Spezifische Weiter- und Ausbildungen werden von den etablierten Ausbildungsinstitutionen (unter anderem Universitäten, Spitäler und NGOs) entwickelt und zur Verfügung gestellt. Zentrale Themen dabei sind: «(Inter-) Professioneller Umgang mit sozialen und administrativen Herausforderungen von Personen mit chronischen Krankheiten», und «Transkulturelle und transkategoriale Herangehensweisen in der Arbeit mit chronisch kranken PatientInnen».

I) MANGEL AN KOMPETENZEN UND GEGENSEITIGEM VERSTEHEN

- Sprachkompetenzen und interkulturelles Verständnis (z.B. soziokulturelle Lebensbedingungen)
- Verständnis im Sinne von vorurteillos verstehen und verstanden werden
- Transparente Kommunikation und genügend Informationen zu 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 von zentraler Bedeutung, wenn es um Gesundheit und Therapie geht. Für viele Patientinnen mit Migrationshintergrund, aber auch für die Gesundheitsprofessionen selbst, stellt die Verständigung mit ihren GesprächspartnerInnen eine Hürde dar. Das gegenseitige Verstehen bezieht sich dabei nicht nur auf die Sprache, sondern auch auf die 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 VON PATIENTINNEN

Bei der Kommunikation mit Ärztinnen und Ärzten

- Familienmitglieder als Übersetzungshilfe: Soziales Netzwerk
- Ärztin oder Arzt wählen, die/der die Muttersprache spricht
- Konsultation von Ärztin oder Arzt im Heimatland
- Verbesserung des Wissens über eigene Krankheit, um medizinische Fachbegriffe und Zusammenhänge besser 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)

Bei der Kommunikation mit Versicherungen

- Soziales Netzwerk: Einbezug der Erfahrungswerte anderer (Freunde und Bekannte)
- Konsultation von Internetseiten z.B. Vergleichsportale
- Direkte Anfragen via Telefon, E-Mail und Internetseiten der Versicherungen
- Höhere Schulbildung hilft Komplexität der Angebote zu verstehen

«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)

II) PROBLEME BEI ZEITLICHEN UND FINANZIELLEN VORAUSSETZUNGEN

- Fehlende finanzielle Mittel für Zusatzversicherungen
- Fehlende zeitliche Ressourcen in der gesundheitlichen Versorgung
- (Zu) grosse Komplexität bei dem eigenen 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 Problemlagen 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

- Wechsel zu einer Ärztin/einem Arzt mit mehr Zeit
- Vielseitiges Suchen von Information
 - Soziales Netzwerk: Freunde und Bekannte
 - Internet, medizinische Literatur
 - Apotheke

Finanzen

- Soziales Netzwerk: Finanzielle Unterstützung von Familie und Freunden
- Direktes Aushandeln von Preisreduktionen mit behandelnder Ärztin/behandelndem Arzt oder Spital

Mangel des Versicherungsschutzes

- Soziales Netzwerk: Hilfeleistung von Familie, Freunden und Nachbarn bei Pflege, Haushaltsarbeit, finanzieller und betreuungs Unterstützung
- Behandlungen selbst bezahlen: Nicht bei unteren Einkommensgruppen

«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, 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)

III) 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, beständige medizinische Begleitung 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 vertrauensvolle Beziehung zur Ärztin/zum Arzt aufzubauen
- Hausärztin/Hausarzt wechseln

«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)

Verfügbarkeit Ärztin/Arzt für Termine

- Aushandlung von Abwesenheitszeiten mit dem Arbeitgeber
- Praktische Strategien der Terminvereinbarung (mehrere Termine gleichzeitig fixieren)
- Arztbesuche ausserhalb der eigenen Arbeitszeiten

«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)

Die MIWOCA Stakeholder-Dialoge haben zehn Aufgabenbereiche in sechs Handlungsfeldern identifiziert, um bestehende Mängel und Herausforderungen in der gesundheitlichen Versorgung von Frauen mit chronischen Erkrankungen unter besonderer Berücksichtigung von Patientinnen mit Migrationserfahrung zu adressieren:

- A) Abbau von Zugangsbarrieren zu Gesundheitsdienstleistungen
- B) Förderung von Vertrauensbeziehungen zwischen Gesundheitsprofessionen und Patientinnen
- C) Verbessertes Einbezug von Patientinnen und ihren Ressourcen in Entscheidungen über die Behandlung
- D) Verbesserung der Zusammenarbeit von Gesundheitsberufen
- E) Förderung des nicht-medizinischen unterstützenden Umfelds
- F) Verbesserte Aus- und Weiterbildungsangebote

Abb. 1 fasst konkrete Aufgabenbereiche in unterschiedlichen Handlungsfeldern zusammen, die in den MIWOCA Stakeholder-Dialogen konkret diskutiert wurden.

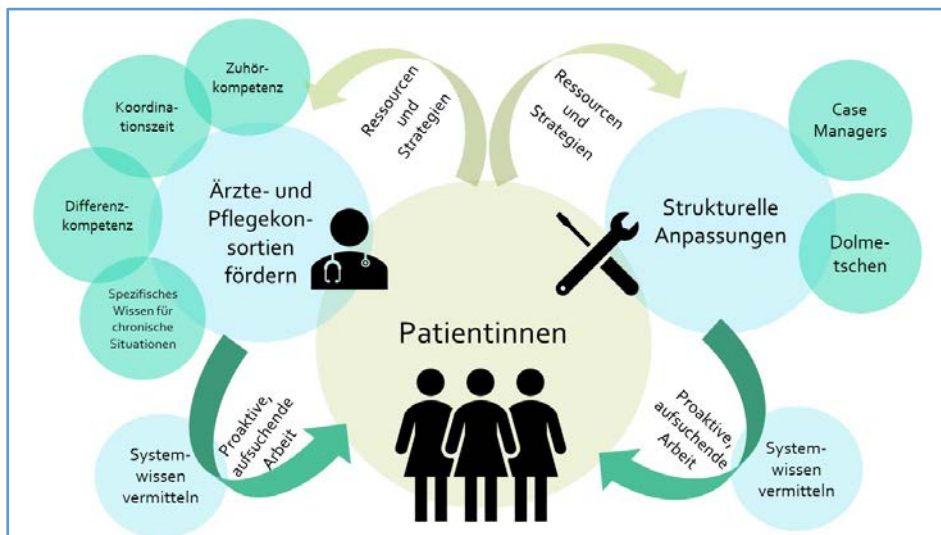


Abb. 2 steht für «thinking outside the box», insbesondere in der Interaktion zwischen Patientinnen und Gesundheitsberufen. Die systematische Berücksichtigung bestehender Ressourcen und das Expertenwissen von Patientinnen stärken die Position und Beiträge der Patientinnen als Ko-Produzentinnen einerseits ihrer eigenen Gesundheit und der Gesamtleistung des Gesundheitssystems andererseits.



Zahlreiche lokale, kantonale und föderale Projekte und Aktivitäten arbeiten darauf hin, die gesundheitliche Versorgung im Allgemeinen aber auch die Gesundheitsversorgung von Menschen mit Migrationserfahrung und/oder mit chronischen Erkrankungen im Spezifischen zu optimieren. Die folgende selektive Auswahl von Leuchtturmansätzen für die in MIWOCA identifizierten Handlungsfelder haben Teilnehmende der MIWOCA Stakeholder-Dialoge genannt. Sie soll eine erste Orientierung und Möglichkeit zur Kontaktaufnahme bieten.

A) ABBAU VON ZUGANGSBARRIEREN ZU GESUNDHEITSDIENSTLEISTUNGEN

Femmes-Tische - bieten Austausch auf Augenhöhe in der Erstsprache, integrieren Menschen mit Migrationshintergrund, informieren über weiterführende Angebote und Beratungsstellen, zeigen Ressourcen auf und stärken das Selbstvertrauen, fördern Austausch und schaffen soziale Netzwerke.

<http://www.femmetische.ch>



Der Verein Appartenances - interveniert in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung, Pflege, Ausbildung und Integration. Ihre multidisziplinären Teams aus qualifizierten Fachleuten reagieren auf transversale Weise auf die verschiedenen psychologischen und sozialen Bedürfnisse von MigrantInnen und Familien in Schwierigkeiten.

<https://www.appartenances.ch>



amm CaféMed - Abbau von Zugangsbarrieren, (pensionierte) Ärztinnen und Ärzte stehen in Cafés an verschiedenen Standorten für Fragen und Beratung kostenlos zur Verfügung.

<https://www.menschenmedizin.com/aktivitäten/amm-café-med/>



Maison de la santé (Chaux-de-fonds) - Im Haus der Gesundheit (Maison de Santé) in La Chaux-de-Fonds bieten Pflegefachpersonen Gesundheitsberatungen für Asylsuchende, Menschen ohne geregelten Aufenthalt und Menschen in schwierigen Situationen im Kanton Neuenburg an.

<https://medecinsdumonde.ch/de/programme/schweiz/haus-der-gesundheit/>



migesplus - Gesundheitsinformationen in 56 Sprachen, versorgen Fachpersonen, die benachteiligte Menschen beraten, begleiten oder behandeln, mit Informationen und Praxistipps.

<https://www.migesplus.ch>



Psy.ch - Der Wegweiser für psychische Gesundheit im Kanton Bern erleichtert den niederschweligen Zugang zu Hilfsangeboten und verfügt über eine multilinguale Webseite und Angebote.

<https://www.psy.ch/>



B) FÖRDERUNG VON VERTRAUENSBEZIEHUNGEN ZWISCHEN GESUNDHEITSPROFES- SIONEN UND PATIENTINNEN

INTERPRET - definiert interkulturelles Dolmetschen als beidseitiges Dolmetschen in einer Kommunikationssitua- tion zwischen Personen unterschiedlicher Sprache mit dem Ziel, eine Kommunikation und den gleichberechtigten Zugang zu Dienstleistungen zu ermöglichen.

<https://www.inter-pret.ch/>

INTERPRET 

Elektronische Liste der FMH - ermöglicht eine online Ärztesuche mittels Spra- chefilter.

<https://www.doctorfmh.ch/>



C) VERBESSERTER EINBEZUG VON PATIENTINNEN UND IHREN RESSOURCEN IN ENTSCHEIDUNGEN ÜBER DIE BEHANDLUNG

Evivo - ist ein Training, das Teilnehmende befähigt, im täglichen Leben besser mit chronischen Krankheiten zu leben. Bei Evivo können alle da- bei sein, die selbst von einer chronischen Krankheit betroffen sind, oder die chronisch kranke Menschen begleiten oder betreuen.

<https://www.evivo.ch/>



D) VERBESSERUNG DER ZUSAMMENARBEIT VON GESUNDHEITSBERUFEN

Public health services - unterstützen Projekte mit Schlüs- selpersonen/Multiplikatorinnen im Bereich Gesundheit.

<https://public-health-services.ch/>



E) FÖRDERUNG DES NICHT-MEDIZINISCHEN UNTERSTÜTZENDEN UMFELDS

Selbsthilfe Schweiz - setzt sich ein für die Stärkung der gemeinschaftli- chen Selbsthilfe - unabhängig von Thema, Form und Organisation. Ziel ist, dass durch Selbstverantwortung und gegenseitige Unterstützung die Selbstkompetenz und Selbstbestimmung gestärkt und damit die Le- bensqualität und gesellschaftliche Integration der Menschen in schwieri- ger Lebenslage verbessert wird.

<https://www.selbsthilfeschweiz.ch>



Nachbarschaft Bern - vermittelt Unterstützung zwischen Nachbarn und Nachbarinnen. Die Idee des Projektes ist es, Menschen, die Unterstützung brauchen und solche die diese leisten können, zusammenzubringen.

<http://nachbarschaft-bern.ch/>



Migram - Pilotprojekt zur Ausbildung von Schlüsselpersonen aus der Migrationsbevölkerung, um Themen der Gesundheitsförderung, aber auch Selbstwert, Lebenskompetenzen und Sucht an die weniger erreichbaren Gruppen aus der Migrationsbevölkerung heranzutragen.

<https://www.bernergesundheit.ch/newsletter/migramm/#>

Berner Gesundheit
Santé bernoise



ENSA - Ausbildung von Laien für psychische Notsituationen. Laien sollen besser helfen können, wenn bei nahestehenden Personen psychische Schwierigkeiten auftreten, eine bestehende psychische Beeinträchtigung schlimmer wird oder eine akute psychische Krise ausbricht.

<https://ensa.swiss/>



F) VERBESSERTE AUS- UND WEITERBILDUNGSANGEBOTE

eHealth - Bildung & Befähigung für Gesundheitsfachpersonen im Bereich der Digitalisierung.

<https://www.e-health-suisse.ch/>

ehealthsuisse

Angebote an Aus- und Weiterbildungen des SRK + ihren Kantonalverbänden - zu diversen Unterthemen zu Migration, Gesundheit, Chancengleichheit, auch möglich für genannte Themen; für Gesundheits- und Sozialinstitutionen (Spitäler, Spitex, Fachhochschule etc.).

<https://www.redcross.ch>

**Croix-Rouge suisse
Schweizerisches Rotes Kreuz
Croce Rossa Svizzera**



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

Deskriptive Daten zeigen, dass insbesondere bei Migrantinnen die Belastung durch chronische Krankheiten in der Schweiz hoch ist, während gleichzeitig bei bestimmten MigrantInnengruppen eine geringe Gesundheitskompetenz und eine potentielle Über- oder Unterversorgung mit Dienstleistungen vorherrscht. Gleichzeitig ist nur wenig darüber bekannt, wie Frauen mit chronischer Erkrankung und Migrationserfahrung die Gesundheitsversorgung in der Schweiz selbst erleben. Das MIWOCA-Projekt baut auf dem wegweisenden Capability-Ansatz von Sen als theoretischem Rahmen und dem Levesque-Modell des Zugangs zur Gesundheitsversorgung auf, um die Patient Reported Experiences (PRE) mit schweizerischen Gesundheitsdiensten bei Frauen mit chronischen Erkrankungen und Migrationserfahrung zu erforschen.

MIWOCA ist eine multimethodische qualitative Studie. Es wurden 48 halbstrukturierte Interviews in Bern und Genf geführt: je 12 Frauen aus Deutschland, der Türkei, aus Portugal und aus der Schweiz. In Bern fanden 23 der Befragungen statt, in Genf 25. Die Teilnehmerinnen waren heterogen in Bezug auf Alter, Aufenthaltsdauer, sozioökonomische und Bildungssituation sowie Krankheitstypen und Krankheitsgeschichte. Wir führten zudem 12 halbstrukturierte Interviews mit Anbietern von Gesundheitsleistungen durch, um deren Perspektiven zu integrieren. Es wurden zwei Fokusgruppen mit befragten Frauen durchgeführt. Die Interviews wurden wörtlich transkribiert und auf der Grundlage des Framing Concepts (Gale et al. 2013), unterstützt durch die Software atlas.ti, analysiert.

Die aus den Erhebungen gewonnenen Ergebnisse beschreiben die realen lebensweltlichen Bedingungen (Probleme, Barrieren, Ressourcen) aus der Sicht der Patientinnen (d.h. der Nutzerperspektive). Die Ergebnisse flossen in drei Stakeholder-Dialoge ein, an denen befragte Frauen, Gesundheitsdienstleistende und politische Entscheidungstragende aus verschiedenen Ebenen teilnahmen. Die Stakeholder-Dialoge haben 10 konkrete Praxisempfehlungen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung in der Schweiz für Frauen in diesem Bereich entwickelt.

MIWOCA ist eine der ersten Studien in der Schweiz, die PatientInnen berichtete Erfahrungen (PRE) zur Analyse der Gesundheitsdienste und der Gesundheitsbedürfnisse von Frauen mit chronischer Krankheit und Migrationserfahrung einsetzte. MIWOCA gelang es, die Komplexität, die mit der Intersektionalität von chronischer Krankheit und Migrationserfahrung verbunden ist, widerzuspiegeln. So wurden neue Erkenntnisse darüber gewonnen, wie die damit verbundenen Herausforderungen zu verstehen sind, aber auch darüber, wie der Zugang zu und die Qualität von der Versorgung in diesem Bereich potenziell verbessert werden kann. MIWOCA konzentrierte sich auf die Perspektive von Frauen zur Identifizierung von Themen, Festlegung von prioritären Aktionsbereichen in der Gesundheitsversorgung sowie in den Empfehlungen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung in der Praxis.

Die vorliegenden Ergebnisse liefern Startpunkte für die zukünftige Forschung und Praxis im Gesundheitswesen. Barrieren und Schwachstellen sind aus der Sicht der Patientinnen beschrieben. Konkrete Möglichkeiten der Verbesserung des Zugangs zu und der Qualität von Gesundheitsdiensten für bisher unterversorgte Gruppen liegen nun vor.

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 Istanbul)
Thomas Abel (Universität Bern)

BETEILIGTE AN DEN STAKEHOLDER-DIALOGEN

Berner Institut für Hausarztmedizin BIHAM	Sven Streit
Bundesamt für Gesundheit, Sektion Gesundheitliche Chancengleichheit	Karin Gasser
Concordia Kranken- und Unfallversicherung	Jeannette Wolf
Cura Futura	Bernhard Güntert
Dachverband Schweizerischer Patientenstellen	Nithaya Nothum
Facharzt Rheumatologie	
Institution Genevoise de Maintien à Domicile IMAD	Catherine Busnel
Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK	Seraina Grünig
Konferenz der Kantonsregierungen KDK	Céline Maye
Praxis Bubenberg AG	Andrea Schindler
Psychosomatische Medizin, Inselspital Bern	Nina Bischoff
Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe SKOS	Alexander Suter und Markus Kaufmann
Schweizerisches Rotes Kreuz	Mitglied der Geschäftsleitung und Sibylle Bihl
Selbsthilfe BE	Corinne Affolter Krebs
Staatssekretariat für Migration SEM, Abteilung Integration	Branka Vukmirović
Studienteilnehmerinnen aus Bern und Genf	
VBG Quartierarbeit Bern	Stephanie Schär
Verein Femmes-Tische und Männer-Tische	Isabel Uehlinger

FINANZIERUNG

Schweizerischer Nationalfonds, Nationales Forschungsprogramm «Gesundheitsversorgung» NFP 74

INTERESSESKONFLIKT

Alle AutorInnen erklären, dass sie keine Interessenskonflikte haben.

DANKSAGUNGEN

- Allen Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern aus der MIWOCA Studie
- Allen Teilnehmenden an den Stakeholder-Dialogen
- 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. (März 2020). *MIWOCA Policy Brief: Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Frauen mit chronischen Erkrankungen unter besonderer Berücksichtigung von Patientinnen mit Migrationserfahrung*. Universität Bern, Institut für Sozial- und Präventivmedizin.