

Inanspruchnahme des Hausarztes durch türkische und deutsche Patienten – eine qualitative Studie

Utilization of the Family Practitioners by Turkish and German Patients – a Qualitative Study

Jessica Bungartz¹, Sema Uslu¹, Iris Natanzon¹, Stefanie Joos¹

Einführung: In Deutschland leben ca. 16 Mio. Menschen mit Migrationshintergrund, davon haben 2,5 Mio. einen türkischen Migrationshintergrund (ca. 16%). Bisher gibt es nur spärliche und teils widersprüchliche Angaben zum Inanspruchnahmeverhalten des Hausarztes aus Sicht dieser Patientengruppen.

Methode: In einem qualitativen Forschungsansatz wurden insgesamt fünf leitfadengestützte Fokusgruppendifkussionen getrennt nach deutschen (n=11) und türkischen (n=17) Teilnehmern in deutscher Sprache durchgeführt. Es erfolgte eine inhaltsanalytische Auswertung nach Mayring, softwaregestützt mittels ATLAS.ti.

Ergebnisse: Als Hauptkategorien fanden sich „Nutzung des Hausarztes“, „Faktoren für die Hausarztwahl“ und bezüglich der türkischen Teilnehmer „Interaktion zwischen Arzt und Patient“. Es zeigten sich grundsätzlich mehr Gemeinsamkeiten als Unterschiede im Inanspruchnahmeverhalten von deutschen und türkischen Teilnehmern. Nur 2 der 17 türkischen Teilnehmer suchten einen Hausarzt mit türkischem Migrationshintergrund auf. Vorurteilsbehaftetes und ausgrenzendes Verhalten von Seiten eines deutschen Hausarztes wurde nur von einer türkischen Teilnehmerin berichtet. Die sprachliche Verständigung wurde als sehr wichtig für eine gute Arzt-Patienten-Beziehung und die Überwindung kultureller Differenzen in der Interaktion eingestuft. Insgesamt zeichneten die türkischen Teilnehmer ein positives Bild ihrer Interaktion mit deutschen Hausärzten.

Schlussfolgerungen: Sprachlich kompetente Teilnehmer mit türkischem Migrationshintergrund zeigen im Vergleich zu deutschen Teilnehmern ein sehr ähnliches Inanspruchnahmeverhalten von Hausärzten. Inwieweit mangelnde Sprachkenntnisse darauf einen Einfluss haben, sollte in künftigen Forschungsarbeiten untersucht werden.

Schlüsselwörter: Migrationshintergrund; Inanspruchnahme; Hausärzte; Fokusgruppe

Introduction: In Germany about 16 million people have a migration background. With around 2,5 million persons (16%), people with a Turkish background constitute the largest group among the immigrants. So far there are only sparse and sometimes contradictory information about the utilization behavior family practitioners by these patient groups.

Methods: In a qualitative research approach, five focus group discussions divided into German (n=11) and Turkey (n=17) participants were performed. The interview language was German. We conducted a content analysis to Mayring, software supported by ATLAS.ti.

Results: The main categories found were „use of family practitioner“, „factors for family practitioner’s choice“ and „interaction between doctor and patient“. Overall, there were more similarities than differences in the utilization behavior between German and Turkish participants. Only 2 of the 17 Turkish participants visited a family doctor with similar migration background. Communication was classified as very important for a good doctor-patient relationship and for overcoming cultural differences in the interaction.

Prejudiced and exclusionary behavior on the part of the family practitioner was reported by one Turkish participant only. Overall, the Turkish participants drew a positive picture of their interaction with German family practitioners.

Discussion: The main conclusion of the study is that linguistically competent participants with a Turkish migration background showed a very similar pattern of utilization of family practitioners compared to German participants. The impact of poor language skills on the utilization behaviour should be explored in future research.

Keywords: Immigrant Patients; Turkish Background; Family Practitioner; Utilization; Focus Group

Hintergrund

Die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund ist in Deutschland in den letzten Jahren ein zentrales Thema geworden. Derzeit leben ca. 7 Mio. Ausländer und ca. 16 Mio. Personen mit Migrationshintergrund in der Bundesrepublik [1]. Um auch für diese Bevölkerungsgruppen eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung und einen gleichberechtigten Zugang zu bestehenden Strukturen im Gesundheitswesen zu erreichen, wird seit Jahren die interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems gefordert und gefördert [2]. Ein großer Teil der medizinischen Grundversorgung wird in Deutschland im ambulanten Sektor geleistet. Mehr als 90% der Bevölkerung gehen mindestens einmal im Jahr zu einem Hausarzt (ohne Pädiater) [3]. Gerade vulnerable Patientengruppen, zu denen laut WHO auch Personen mit Migrationshintergrund zählen, können von der integrierenden Funktion der Hausärzte und dem niederschweligen Zugang in die Praxis profitieren. Der Fokus migrationspezifischer Versorgungsforschung lag bisher auf der Sicht der Hausärzte und dabei besonders auf der Frage, welche Probleme bei der Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund auftreten. Über das Inanspruchnahmeverhalten aus Sicht der Migranten sind hingegen nur spärliche und teilweise widersprüchliche Erkenntnisse vorhanden. Einerseits wird von einer geringeren Nutzung von Hausärzten zugunsten klinischer Notfallambulanzen berichtet [4–6], andererseits von einer gleichen [7, 8] oder sogar einer stärkeren Nutzung des Hausarztes [9]. Da Menschen mit türkischem Migrationshintergrund in Deutschland mit ca. 2,5 Mio. Menschen derzeit die größte Migrantengruppe stellen [1], sind sie rein quantitativ häufiger in der Hausarztpraxis zu erwarten als andere ethnische Bevölkerungsgruppen. In dieser Untersuchung wurde deshalb versucht, in einem qualitativen Ansatz Hinweise zu grundlegenden Einstellungen und Meinungen türkischer Migranten bezüglich der hausärztlichen Versorgung zu gewinnen, und dabei eventuell vorhandene Unterschiede im Inanspruchnahmeverhalten im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung aufzuzeigen.

Methodik

Für die vorliegende Studie wurde ein qualitatives Forschungsdesign gewählt. Mit Hilfe der qualitativen Forschung können Lebenswelten aus Sicht der handelnden Personen beschrieben werden und Erklärungsmöglichkeiten, bzw. Hypothesen und Theorien zu bestimmten Verhaltensmustern generiert werden [10]. Die Fokusgruppendifkussion eignet sich dabei gut, um emotionale Fak-

Tabelle 1 Zusammensetzung der Fokusgruppen.

toren, Erwartungen und Erfahrungen der Zielgruppe zu erfassen [11]. Besonders bei der Diskussion sensibler Themengebiete kann durch den intensiven Austausch eine spezielle Gruppendynamik entstehen, die die Teilnehmer dazu anregt, Gedanken zu äußern, die sie in einem anderen Setting, wie beispielsweise in Einzelinterviews, eher nicht offenbaren würden [10]. Aus diesem Grund erschien diese Erhebungsmethode bezüglich des hier untersuchten Themas des kulturspezifischen Inanspruchnahmeverhaltens von Hausärzten als besonders geeignet.

Fokusgruppen

Es wurden insgesamt fünf Fokusgruppendifkussionen zu unterschiedlichen Zeitpunkten zwischen April und August 2009 durchgeführt, die jeweils zwischen 120 und 130 Minuten dauerten. Die Gesamtzahl lag bei 28 Teilnehmern, die in zwei „deutsche“ und drei „türkische“ Fokusgruppen aufgeteilt waren (Tabelle 1). Die Fokusgruppenleiterin war eine in Karlsruhe tätige Fachärztin für Allgemeinmedizin mit türkischem Migrationshintergrund, die diese Studie im Rahmen ihrer Dissertationsarbeit zum Image und zur Inanspruchnahme des Hausarztes aus der Sicht deutscher und türkischer Patienten durchführte. Das Patienten-Sample wurde in Form eines „convenience sample“ (willkürliche Stichprobe) zusammengestellt. Die Rekrutierung der Teilnehmer erfolgte zwischen Januar und April 2009 über die Verteilung von Flyern in hausärztlichen Praxen der Städte Karlsruhe und Heidelberg, deren Standorte bei der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Baden-Würt-

temberg erfragt wurden. Zusätzlich wurde einmalig eine Anzeige in der Rhein-Neckar-Zeitung (RNZ) aufgegeben.

Die Fokusgruppen fanden in neutralen Räumen des Instituts für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung der Universitätsklinik Heidelberg statt, teilweise wurde die Gruppenleiterin bei der Durchführung von einer wissenschaftlichen Mitarbeiterin des Instituts mit sozialwissenschaftlicher Expertise unterstützt. Nach Aufklärung und Zustimmung

aller Teilnehmer wurden die Fokusgruppen mit einer Videokamera und einem digitalen Aufzeichnungsgerät aufgezeichnet und anschließend pseudonymisiert transkribiert. Als Interviewform wurde das von Flick et al. konzipierte episodische Interview gewählt, in dessen Rahmen die Befragung standardisiert mit Hilfe von Leitfragen erfolgt. Im Gegensatz zur narrativen Interviewform ermöglicht dieses Vorgehen die gezielte Abhandlung kleinerer Themenausschnitte.

Leitfragen

Die Leitfragen wurden vorab im Rahmen einer detaillierten Literaturrecherche zum Thema „Image und Inanspruchnahme von Hausärzten“ entwickelt und sind in Tabelle 2 einzusehen. Es werden nur diejenigen Leitfragen aufgeführt, die für die Erhebung der Inanspruchnahme generiert wurden (Tabelle 2).

Auswertung

Die systematische Auswertung der Daten erfolgte inhaltsanalytisch nach Mayring [12], softwaregestützt mittels ATLAS.ti. Die Auswertung nach Mayring eignet sich besonders für die Untersuchung konkreter Fragestellungen und für theoriegestützte, teilstandardisierte Datenerhebungsverfahren wie die hier durchgeführte leitfadengestützte Fokusgruppendifkussion [13]. Drei voneinander unabhängige Begutachter werteten die transkribierten Interviews aus. Im Konsens wurden aufgrund der besseren Lesbarkeit sprachliche und grammatikalische Kor-

¹ Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg

Peer reviewed article eingereicht: 15.04.2011, akzeptiert: 31.08.2011

kturen einzelner Aussagen durchgeführt. Auf der Basis der Leitfragen und der vorangegangenen Literaturrecherche entstanden zunächst deduktive Kategorien. Aus dem Textmaterial heraus entstanden induktive Kategorien. Die induktive Kategorienbildung erlaubt die Bearbeitung und umfangreiche Beantwortung der konkreten Forschungsleitfragen durch die Entwicklung von Auswertungsaspekten aus dem vorliegenden Textmaterial heraus [13]. Die Festlegung der Haupt- und Unterkategorien erfolgte in einer gemeinsamen Diskussionsrunde der drei unabhängigen Begutachter. Die im Folgenden verwendeten Abkürzungen bei der Zitation von Fokusgruppenzi-

Tabelle 2 Leitfragen.

ten sind T/D für Türkisch/Deutsch, W/M für Weiblich/Männlich, FG für Fokusgruppe, P für Person (Bsp.: TM, FG4/P4 = türkischer männlicher Teilnehmer aus Fokusgruppe 4 und der

Personennummer 4).

Ergebnisse

Es wurden drei Hauptkategorien ermittelt: 1. Nutzung des Hausarztes, 2. Faktoren für die Hausarztwahl, 3. (nur türkische TN) Interaktion zwischen Arzt und Patient. Die entstandenen Unterkategorien sind Tabelle 3 zu entnehmen.

Inanspruchnahme des Hausarztes

Festlegung auf einen Hausarzt

Alle türkischen und deutschen Patienten waren auf einen bestimmten Hausarzt festgelegt, den sie regelmäßig oder unregelmäßig aufsuchten. Gründe für einen Hausarztwechsel waren nationalitätenunabhängig: Praxisaufgabe oder -umzug, wechselnde Spezialisierung der Praxis oder Unzufriedenheit.

Als Hauptkriterien für die Arztwahl, und besonders für die längere Bindung an einen bestimmten Arzt, stellten sich aus Sicht aller Befragten eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung. Fach-

kompetenz und -wissen des Arztes und Sich-Zeitnehmen für die Konsultation heraus.

„(...) ich brauch einen Arzt des Vertrauens, sonst hat das keinen Zweck.“ (DM, FG1/P6)

Häufigkeit der Hausarztbesuche

Als Hauptkriterium für die Anzahl der Hausarztbesuche pro Jahr wurde sowohl von deutschen, als auch von türkischen Teilnehmern der aktuelle Gesundheitszustand genannt. Eine türkische Teilnehmerin gab an, selten zum Arzt zu gehen, weil sie es grundsätzlich nicht als notwendig erachte.

„Leider ist es bei mir so, dass ich Ärzte scheue. Nicht weil ich Angst habe, sondern weil es mir nicht danach ist.“ (TW, FG5/P1)

Je nachdem, ob chronische Erkrankungen oder andere gesundheitliche Einschränkungen vorlagen, suchten alle Teilnehmer ihren Hausarzt eher regelmäßig oder unregelmäßig auf.

„Ich gehe grundsätzlich nur wenn es nötig ist, normalerweise zweimal im Jahr (...). Ansonsten wenn einfach zwischen-durch was kommt geh ich dann auch mal, aber wirklich nur dann, wenn ich wirklich was hab.“ (DW, FG1/P1)

Anlass für den Hausarztbesuch

Auch in Bezug auf die Besuchs- bzw. Beratungsanlässe in der Hausarztpraxis war kein Unterschied zwischen den Fokusgruppen zu erkennen. Insbesondere fiel keine Inanspruchnahme-Scheu der türkischen Patienten bei entsprechendem Anlass auf. Die häufigsten Gründe für einen Hausarztbesuch waren gesundheitliche Probleme, die eine persönliche Konsultation erforderlich machten, bzw. das Abholen von Überweisungsscheinen oder Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen. Bemerkenswert war, dass regelmäßige Gesundheitsuntersuchungen nur von einem türkischen Teilnehmer und keinem deutschen Teilnehmer als Grund für den Besuch angegeben wurden.

„Ich gehe einmal im Jahr zum Arzt, dann mache ich in der Regel so einen kompletten Check (...)“. (TM, FG4/P4)

Faktoren für die Hausarztwahl

Entfernung

Inwieweit die Entfernung des Hausarztes Einfluss auf die Arztwahl hat, war individuell und nationalitätenunabhängig je nach Lebensalter und -lage sehr unterschiedlich. Als wichtige Kriterien für die Wahl eines wohnortnahen Hausarztes wurden höheres Alter, chronische Erkrankungen, die familiäre Situation und eine geringere Mobilität genannt.

„Aber es ist von Patient zu Patient verschieden. Für mich gab es zum Beispiel eine Zeit lang eine Situation mit 2 Kindern, kein Auto, dann denkt man eher man ist orts-bezogen.“ (DW, FG2/P4)

Über alle Fokusgruppen hinweg war die Bereitschaft zu beobachten, bei Zufriedenheit mit dem Arzt auch längere Wegstrecken auf sich zu nehmen:

„Wenn ich zufrieden bin, würde ich sogar auch 20–30 km fahren.“ (TM, FG4/P2)

Leistungsspektrum (Hausbesuche)

Ähnlich wie bei der räumlichen Erreichbarkeit des Arztes spielt das Kriterium Hausbesuche bei der Arztwahl besonders bei älteren, immobilen oder chronisch erkrankten Patienten eine Rolle. Es war kein Unterschied zwischen Deutschen und Türken bei der Gewichtung von Hausbesuchen für die Arztwahl festzustellen. In allen Fokusgruppen war allerdings zu beobachten, dass Hausbesuche von Patientenseite nicht mehr als selbstverständlich gesehen werden.

„(...) ich gehe heut muss ich ehrlich sagen fest davon aus, dass Ärzte kaum noch Hausbesuche machen.“ (TM, FG4/P4)

Alter des Hausarztes

Wenn das Alter überhaupt eine Rolle bei der Arztwahl spielte, bevorzugte die Mehrheit der türkischen und deutschen Teilnehmer Ärzte im mittleren Alter. Allerdings zeigten sich Unterschiede zwischen den Nationalitäten bei der Präferenzierung jüngerer oder älterer Ärzte. Deutsche Teilnehmer bevorzugten ohne Gegenstimme ein höheres Lebensalter bei Ärzten, weil sie dies mit Erfahrung

und diagnostischer Sicherheit in Verbindung brachten.

„... das gilt für Ärzte ja genauso wie für Bäcker oder Metzger. Wenn einer 40 oder 50 Jahre im Beruf ist, der weiß, wie man den Brotteig anpackt. Und wenn einer 50 Jahre mit Patienten zu tun hat, der sieht vielleicht sofort schon, wie man aussieht, wie man steht, wie man guckt. (...)“. (DW, FG1/P4)

Bei den türkischen Teilnehmern waren die Meinungen diesbezüglich eher geteilt.

„(...) wie im Kindergarten habe ich mich gefühlt (...). (...) die älteren Ärzte nehmen einen eher ernst. Die Jüngeren sind halt moderner, aber die Älteren behandeln mit dem Kopf.“ (TW, FG5/P5)

„Bei mir sollte er vielleicht nicht so alt sein, ich habe gesehen wenn ein Arzt oder eine Ärztin schon etwas älter sind, sind sie selber auch etwas kaputt im Kopf. (...) Ich hatte

Tabelle 3 Kategoriensystem.

bei mir neben dran eine ältere Ärztin, die war nichts. Man sollte ab einem Alter den Ärzten verbieten zu arbeiten.“ (TM, FG4/P1)

Bei den meisten Teilnehmern war jedoch keine eindeutige Bevorzugung eines bestimmten Arzalters zu beobachten. Ein Teilnehmer drückte das pragmatisch aus:

„Das ist mir völlig wurscht. Entweder er kann's oder er kann's nicht.“ (DM, FG1/P5)

Geschlecht des Hausarztes

Das Geschlecht des Arztes spielte für keinen der deutschen Teilnehmer eine Rolle bei der Arztwahl. Bei türkischen Teilnehmern war der Diskussionsbedarf diesbezüglich größer. Jedoch gab nur eine türkische Teilnehmerin an, gar nicht zu einem männlichen Arzt gehen zu wollen.

„Ich weiß nicht, weil ein Mann anders als eine Frau ist. Weil die netter sind, deswegen zu einer Frau (...). Ich finde ich habe da mehr Bezug hin und ich kann dann alles erzählen.“ (TW, FG3/P5)

Umgekehrt hatte auch ein männlicher Teilnehmer Probleme mit Ärztinnen.

„Ich bin zwar sehr modern eingestellt, offen für alles, ja, aber diesbezüglich habe ich ein bisschen Probleme. Ich hatte vor zwei Jahren eine Verletzung an einer Stelle ... wo ich nicht zu einer Ärztin gehen könn-

te. (...) Meine Frau sagt da du bist altmodisch.“ (TM, FG4/P4)

Die restlichen türkischen Teilnehmer ließen sich nicht durch das Geschlecht bei der Arztwahl beeinflussen.

„Ich habe da keine Hemmungen, ich sehe sie als Ärztin, da geht mir nichts anderes durch den Kopf. Es ist was an meinem Körper und sie ist die Person eigentlich oder er, der spezialisiert ist und mir helfen will.“ (TM, FG4/P5)

Nationalität des Hausarztes (nur türkische Patienten)

Nur 2 der 17 türkischen Teilnehmer hatten einen türkischen Hausarzt. Die Mehrheit gab an, dass die Nationalität des Arztes vor allem dann wichtig sei, wenn sprachliche Defizite bestehen.

„Ich spreche jetzt für mich, da ich keine Sprachprobleme habe, für mich ist es kein Problem. Aber für meine Frau ist es ein Problem, sie braucht einen türkischen Arzt, sie kann nicht so gut deutsch, da muss ich immer übersetzen und ich hasse das.“ (TM, FG4/P2)

Auch wurde der gleiche kulturelle Hintergrund des türkischen Arztes von manchen als Vorteil angesehen.

„Ich glaube das liegt an der Kultur, weil sich gleiche Kulturen besser verstehen als die deutsche und türkische. Das sind schon verschiedene Kulturen.“ (TW, FG3/P4)

Allerdings war es der deutlichen Mehrheit egal, welche Nationalität ihr Hausarzt hat. Als Hauptgrund dafür wurden die guten eigenen Sprachkenntnisse angegeben. Teilweise wurde eine rein türkische Verständigung mit dem Arzt auch als negativ empfunden.

„Ja sicherlich, ich würde dann versuchen mich mit diesem (türkischen) Arzt auf Deutsch zu unterhalten. Ich kann zwar gut Türkisch (...) nur ich erkläre es lieber auf Deutsch (...). Das heißt nicht, dass ich kein Türkisch kann, ich kann Türkisch, aber ich möchte es auf Deutsch wissen. Das Rezept wird auf Deutsch geschrieben, alles spielt sich im Endeffekt auf Deutsch ab. Das verstehe ich besser und schaue im Internet nach, was es für Vor- und Nachteile hat, da spielt sich alles auf Deutsch ab.“ (TM, FG4/P4)

Werden die Teilnehmer vor die Wahl gestellt, welche Nationalität des Arztes sie bei exakt gleicher Qualifikation bevorzugen würden, fällt das Ergebnis geteilt aus. Zu beobachten war aber, dass nur wenige Teilnehmer in diesem Fall immer den türkischen Arzt wählen würden. als Konsens kann die folgende Aussage einer Teilnehmerin gelten:

„Ich würde sagen der, der wirklich gut ist.“ (TW, FG3/P6)

Interaktion zwischen Arzt und Patient (nur türkische Teilnehmer)

Vorurteile des Hausarztes

Die Mehrheit der türkischen Teilnehmer hat beim Hausarzt noch keine Erfahrungen mit diskriminierenden oder ausgrenzenden Verhaltensweisen gemacht. Einige Teilnehmer äußerten sich ausdrücklich positiv über ihre Erfahrungen mit deutschen Hausärzten.

„Beim Übersetzen haben sich die Ärzte auch Zeit gelassen. Sie haben dann gesagt übersetzen sie dies bitte ihrer Frau. Dieses Positive habe ich auch mitgemacht aber Negatives habe ich diesbezüglich nicht erlebt.“ (TM, FG4/P4)

Es war auch die Annahme zu beobachten, dass Ärzte allein durch ihren Beruf eine pluralistischere und humanitäre Grundeinstellung im Umgang mit Minderheiten hätten.

„Die Ärzte arbeiten ja vielfältig, sie haben keine Vorurteile. (...) Der Arzt schaut von allen Seiten, der Beamte sagt, wenn du nicht Deutsch kannst, dann geh in die Türkei zurück oder lerne Deutsch. Sagt er einfach so spontan. Der Arzt sagt sowas nicht.“ (TM, FG4/P2)

Nur eine Teilnehmerin berichtete von einem negativen Erlebnis. Sie wechselte den Hausarzt, weil sie sich und ihre Mutter ungleich schlechter behandelt fühlte, betrachtete dies aber als Ausnahme.

„Entschuldigung ich will es nicht so sagen, aber meine Mutter ist verschleiert, da hat er sie nicht mehr so richtig beachtet. (...) Bei anderen deutschen Ärzten habe ich mich pudelwohl gefühlt, ganz ehrlich.“ (TW, FG5/P3)

Ein Teilnehmer differenzierte und machte nicht die Nationalität, sondern die Schichtzugehörigkeit der Beteiligten

für Interaktionsprobleme und ausgrenzendes Verhalten verantwortlich.

„Wie er sagt, die Bildung spielt eine Rolle. Die Ärzte sind sehr gebildet, sie haben Niveau (...), und wenn einer gleich Hauptschulabschluss hat, ist er anders zu Ausländern denke ich.“ (TM, FG4/P1)

Stellenwert der Kommunikation bei der Arzt-Patient-Interaktion

Alle türkischen Teilnehmer sahen die Kommunikation als sehr wichtiges Kriterium für eine gute Arzt-Patienten-Beziehung an. Auch hier war eine Differenzierung der Sachverhalte zu beobachten. Nicht nur die deutsche Sprache mache Schwierigkeiten bei der Verständigung, sondern auch der medizinische Fachjargon.

„(...) obwohl ich hier in die Schule gegangen bin benutzen Ärzte Wörter, mit denen wir gar keine Erfahrung haben, (...) das ist immer das Problem. Und dann kann ich gut verstehen, wenn türkische Leute mal hingehen und gucken und nichts verstehen.“ (TW, FG5/P5)

Diesbezüglich seien Verständigungsprobleme nicht allein auf einen türkischen Migrationshintergrund der Patienten zurückzuführen, sondern auch bei deutschen Patienten zu beobachten.

„Da kommen manche Deutsche nicht mit. Viele Deutsche kommen raus und sagen ach Gott, was hat jetzt mein Arzt zu mir gesagt. Ich habe kaum ein Wort verstanden.“ (TW, FG5/P1)

Die Teilnehmer waren sich auch der Einschränkungen und Gefahren bewusst, die der Einsatz von Laiendolmetschern in der Sprechstunde mit sich bringen kann.

„Das kann auch gefährlich werden, wenn man was falsch übersetzt. (...) Wenn er (der Arzt) nicht Türkisch kann, dann kann er auch eine schlechte Diagnose machen. Das ist negativ. Die Verständigung ist sage ich mal so sehr wichtig.“ (TM, FG4/P2)

Sobald die Verständigung auf Deutsch funktioniert, spielen nach Ansicht der Teilnehmer auch kulturelle Faktoren eine untergeordnete Rolle, wie z.B. das Tragen eines Kopftuches bei Frauen.

„Ich habe eine Bekannte, sie trägt Kopftuch, die kann Deutsch, da ist kein Problem.“ (TW, FG5/P5)

Abgesehen von der leichteren Überbrückung kultureller Unterschiede, ha-

ben gute Deutschkenntnisse aus Sicht der Teilnehmer auch eine Auswirkung auf die Dauer der Konsultation und die Zufriedenheit der Patienten.

„(...) wenn du mit dem Arzt reden kannst, egal ob deutsch, türkisch oder italienisch, egal dann geht alles. (...) Ich kann jetzt selber reden, (...) alles fragen und er erzählt mir jetzt alles. Aber früher musste ich meinen Mann fragen, in 5 Minuten war er (der Arzt) weg. Was hat er gesagt, was habe ich? Jetzt gehe ich alleine rein (...), dann dauert das fast eine Stunde.“ (TW, FG5/P6)

Diskussion

In der vorliegenden Studie zeigten sich insgesamt nur marginale Unterschiede im Inanspruchnahmeverhalten des Hausarztes zwischen deutschen und türkischen Teilnehmern. Alle Teilnehmer hatten einen festen Hausarzt und nutzten diesen überwiegend als primären Ansprechpartner im Krankheitsfall. Bezüglich der Arztwahl waren die einzigen Faktoren, bei denen nationale Unterschiede erkennbar waren, Alter und Geschlecht des Hausarztes. Türkische Teilnehmer bevorzugten nicht so einvernehmlich wie deutsche Teilnehmer ältere Ärzte, sondern plädierten teilweise auch für jüngere. Keiner der deutschen Teilnehmer, aber 2 der 17 türkischen Teilnehmer (1 Mann, 1 Frau) standen der Konsultation bei einem andersgeschlechtlichen Hausarzt eher ablehnend gegenüber. Ebenfalls hatten nur zwei türkische Teilnehmerinnen einen Hausarzt mit türkischem Migrationshintergrund. Nur in einem Fall wurde von einer türkischen Teilnehmerin von einer persönlich negativen Erfahrung mit einem deutschen Hausarzt aufgrund von ausgrenzendem und abwertendem Verhalten berichtet, das sie dazu brachte, zu einem türkischen Hausarzt zu wechseln. Als wesentliche Voraussetzung für ein vertrauensvolles Arzt-Patient-Verhältnis wurde von allen türkischen Teilnehmern eine gute sprachliche Verständigung angesehen.

Als Methode für die Datenerhebung wurden gleichgeschlechtliche Fokusgruppen gewählt. Die Zusammenstellung der Teilnehmer in gleichgeschlechtliche Fokusgruppen erfolgte, um besonders die Frauen türkischer Herkunft, die im Austausch tendenziell zurückhaltender sind, zu Beiträgen zu mo-

tivieren und so den Output noch weiter zu steigern. Die Altersgruppierung der Fokusgruppen baut auf den Ergebnissen vorangegangener Studien auf, die altersabhängige Unterschiede bezüglich der Beurteilung des Images von Hausärzten zeigten [14]. Zudem ist bekannt, dass es geschlechter- und altersspezifische Unterschiede auch im Nutzungsverhalten von Hausärzten gibt [3]. Die Einteilung der Teilnehmer in über 39 und unter 39 Jahre sollte außerdem gewährleisten, dass türkische Teilnehmer rekrutiert werden, die sowohl der ersten, als auch der zweiten oder dritten Einwanderergeneration angehören. Dies war im Rahmen der Gesamtstudie besonders für den Imagevergleich zwischen Hausärzten in Deutschland und in der Türkei wesentlich, da nur ältere Teilnehmer der ersten Einwanderergeneration auch tatsächlich Erfahrungen mit Hausärzten in der Türkei sammeln konnten.

Die Tatsache, dass kaum Unterschiede im Inanspruchnahmeverhalten des Hausarztes zwischen den deutschen und türkischen Teilnehmern zu finden waren, eröffnet mehrere Diskussionsansätze. Das Ergebnis kann auf einen Selektions-Bias aufgrund der guten Deutsch- und Systemkenntnisse seitens der türkischen Teilnehmer hindeuten, die damit nicht repräsentativ für die sehr große und heterogene Gruppe von Menschen mit türkischem Migrationshintergrund in Deutschland wären. Eine mögliche Schlussfolgerung wäre dann aber auch, dass ein zunehmender Grad an sprachlicher Integration zu einer Assimilierung des Nutzungsverhaltens mit der einheimischen Bevölkerung führen könnte.

Einen Hinweis, dass der Grad an sprachlicher Integration nicht nur das Inanspruchnahmeverhalten von Gesundheitsleistungen beeinflussen könnte, liefert eine Untersuchung zum Krankheitsverständnis türkischer Teilnehmer. Im Rahmen dieser ebenfalls deutschsprachig durchgeführten Fokusgruppendifkussionen zeigten sich kaum Unterschiede gegenüber der einheimischen Bevölkerung, allerdings betonten die Teilnehmer auch hier besonders die Verständigungsprobleme mit dem Arzt [15]. Die geringe Inanspruchnahme türkischer Hausärzte könnte somit auf einen geringen Bedarf der Patienten bei entsprechend vorhandenen deutschen Sprachkenntnissen zurückzuführen sein. Für diese Theorie sprechen auch

die Aussagen mehrerer türkischer Teilnehmer (die selbst einen deutschen Hausarzt aufsuchten), ihre Ehefrauen gingen aufgrund schlechterer Deutschkenntnisse zu einem Hausarzt mit türkischem Migrationshintergrund.

Neben sprachlichen Verständigungsproblemen können auch kulturspezifische Faktoren Auswirkungen auf die medizinische Versorgungsqualität von Patienten türkischer Herkunft haben. Ein Beispiel dafür ist die negative Einstellung türkischer Patienten gegenüber psychotherapeutischen Hilfseinrichtungen [16]. Ein weiteres Beispiel sind die hohen Arzneimittelbewertungen (z.B. hinsichtlich der Verschreibung von Antibiotika oder Schmerzmitteln) türkischer Patienten, die deutsche Hausärzte hinsichtlich ihres Verschreibungsverhaltens unter Druck setzen und beeinflussen [17]. Eine Studie konnte zeigen, dass mit Hilfe eines sprachlich und kulturell adaptierten Informationsbogens, türkische Patienten über das Risiko-Nutzen-Verhältnis von Antibiotika aufgeklärt, die Verständigung zwischen Arzt und Patient verbessert und die Verschreibungsraten von Antibiotika bei Husten deutlich reduziert werden konnten [18].

Integrationsansätze, die auf die Verbesserung der medizinischen Grundversorgung abzielen, müssten demnach verstärkt auf den Erwerb sprachlicher Kompetenzen auf Patientenseite und die bessere Implementierung von Dolmetscherdiensten und sprach- und kulturadaptierten Patienteninformationsmaterialien in den ambulanten Sektor ausgerichtet werden. Hindernisse für den regelmäßigen Einsatz professioneller Dolmetscher sind die bisher ungeklärte Finanzierung und die mangelnde zeitnahe Verfügbarkeit solcher Dienste im ambulanten Bereich [19]. Bei sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten werden deshalb in der Praxis häufig Laiendolmetscher (Ehepartner, Kinder) eingesetzt, in deren Anwesenheit emotionale und psychische Probleme oftmals aus Scham nicht zur Sprache kommen [20].

Sehr interessant ist in diesem Zusammenhang der Vergleich der vorliegenden Ergebnisse mit bisherigen Befragungen aus Sicht der Hausärzte. Ein wichtiger Konsens zwischen Hausärzten und MigrantInnen besteht darin, dass auch Hausärzte die Kommunikation als wich-

tigstes Kriterium für eine gute Arzt-Patienten-Beziehung ansehen [21, 22]. Eine gute Verständigung ist im medizinischen Bereich nicht nur für die Arzt-Patienten-Beziehung essenziell, sondern auch aus rechtlicher Sicht, da Hausärzte verpflichtet sind, die Patienten über Behandlungsalternativen und -risiken aufzuklären. Zudem können Missverständnisse schnell gefährliche Auswirkungen haben, wie z.B. hinsichtlich falscher Medikamenteneinnahme [23] oder zu spät erkannten organischen Störungen [8]. Dies war auch den türkischen Teilnehmern in unserer Studie sehr wohl bewusst.

Hinsichtlich der Vorurteile gegenüber der Gegenseite könnten Unterschiede zwischen Hausärzten und MigrantInnen vorhanden sein. Gerlach et al. berichteten nach einer Fokusgruppendifkussion mit 30 deutschen Hausärzten, bei der vor allem über Erfahrungen mit Patienten mit türkischem Migrationshintergrund diskutiert wurde, über ein unerwartet hohes Maß an Hilfslosigkeit, Wut und sogar Aggression der Hausärzte im Umgang mit MigrantInnen [21]. Vor diesem Hintergrund ist es erstaunlich, dass sich viele Teilnehmer in der vorliegenden Studie ausdrücklich positiv über ihre Erfahrungen mit deutschen Hausärzten äußerten. Dass dies nicht immer und für alle ethnischen Gruppen gleichermaßen zutrifft, zeigte eine Fokusgruppendifkussion mit schwarzen PatientInnen zu ihren Erfahrungen mit deutschen (weißen) HausärztInnen. Die TeilnehmerInnen berichteten über Diskriminierungserfahrungen, zu wenig Zuhören und Eingehen auf ihre Bedürfnisse sowie mangelnde Empathie [24]. Nichtsdestotrotz schien unter den hier befragten türkischen Teilnehmern ein Vertrauensvorsprung bezüglich der Humanität und Pluralität deutscher Hausärzte zu bestehen. Auf dieses Vertrauen könnte bei der Betreuung von Patienten mit Migrationshintergrund noch mehr als bisher aufgebaut werden, um eine positive Arzt-Patienten-Beziehung zu schaffen und gemeinsame Behandlungsstrategien und -ziele festzulegen.

Stärken und Schwächen

Qualitative Studien in der Allgemeinmedizin beschäftigten sich bisher fast aus-

schließlich mit der Perspektive der Hausärzte [25], eine große Stärke der Studie ist deshalb die hier durchgeführte Befragung aus Patientensicht. Eine weitere Stärke ist die direkte Vergleichbarkeit der Ergebnisse deutscher und türkischer Teilnehmer durch die Nutzung desselben Fragenkatalogs. Durch die ausschließliche Durchführung der Studie in deutscher Sprache treten keine Verzerrungen aufgrund von Übersetzungsproblemen auf. Dieses Vorgehen ist methodisch gerechtfertigt, um sprachlich und kulturell bedingte Unschärfen bei der Übersetzung vom Türkischen ins Deutsche zu vermeiden, bedeutet aber gleichzeitig eine starke Selektion der Zielgruppe. Anzunehmen ist, dass die Teilnehmer aufgrund ihrer guten Sprachkenntnisse bessere Systemkenntnisse über das deutsche Gesundheitswesen aufweisen als rein türkischsprachige Vergleichspersonen. Das Bildungsniveau der Teilnehmer wurde im Rahmen der Rekrutierung nicht mit erfasst. Die Datenauswertung der vorliegenden Studie erfolgte inhaltsanalytisch nach Mayring. Möglicherweise wäre mit Hilfe der Auswertung nach Grounded Theory zusätzlich eine andere und/oder komplexere Hypothesengenerierung möglich gewesen.

Schließlich könnte auch die Tatsache, dass die Fokusgruppenleiterin selbst Hausärztin ist, eine Limitation für die Diskussion darstellen [26]. Denkbar ist, dass die Teilnehmer dadurch eher dazu neigten, sozial erwünschte Antworten zu geben und negative Äußerungen trotz des gruppendynamischen Settings in der Fokusgruppe unterrepräsentiert waren.

Fazit und künftige Forschungsfragen

Zusammenfassend liefern die Ergebnisse aus der vorliegenden Studie Hinweise darauf, dass zumindest bei sprachlich kompetenten Patienten mit türkischem Migrationshintergrund mehr Gemeinsamkeiten als Unterschiede im hausärztlichen Inanspruchnahmeverhalten zu finden sind. Auf diesen Ergebnissen aufbauend sollten in zukünftigen Studien muttersprachliche Befragungen durchgeführt werden, um den sprachlichen Selektions-Bias zu umgehen. Generell könnte die Bedeutung des Faktors Sprachkompetenz in Untersuchungen

zur Inanspruchnahme anderer Einrichtungen des Gesundheitswesens (Fachärzte, Pflegedienste, Rehabilitationseinrichtungen) eine wichtige Rolle spielen. Wünschenswert wäre aus Sicht aller Beteiligten, die hausärztliche Versorgung von Migranten zukünftig nicht nur defizitorientiert zu diskutieren – wie es bisher tendenziell geschieht sondern auf den in dieser Studie gefundenen Gemeinsamkeiten aufzubauen. So kann die zunehmende interkulturelle Sensibilisierung im ambulanten Sektor des Gesundheitswesens nicht zuletzt zu einer Bereicherung der eigenen Praxis führen.

Interessenkonflikte: keine angegeben

Korrespondenzadresse

Jessica Bungartz
Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung
Universitätsklinikum Heidelberg
Vossstraße 2, Geb. 37, 69115 Heidelberg
Telefon: 06221 56 5660, Fax: 06221 56 1972
E-Mail:
jessica.bungartz@med.uni-heidelberg.de

Literatur

1. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge und Bundesministerium des Inneren (Hrsg). Migrationsbericht des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge im Auftrag der Bundesregierung. Berlin, 2009
2. Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg). 8. Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland. Berlin, 2010
3. Thode N, Bergmann E, Kamtsiuris P, Kurth B-M. Einflussfaktoren auf die ambulante Inanspruchnahme in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitschutz 2005; 48: 296–306
4. Borde T, Braun T, David M. Gibt es Besonderheiten bei der Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen durch Migrantinnen und Migranten? In: Borde T, David M (Hrsg) Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Frankfurt a.M.: Mabuse Verlag, 2003: 43–84
5. Razum O, Zeeb H, Meesmann U et al. Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut, 2008
6. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hrsg). Morbidität und Mortalität von Migranten in Deutschland. 9. Forschungsbericht. Berlin, 2011
7. Zeeb H, Baune BT, Vollmer W, Cremer D, Kramer A. Gesundheitliche Lage und Gesundheitsversorgung von erwachsenen Migranten – Ein Survey bei der Schuleingangsuntersuchung. Gesundheitswesen 2004; 66: 7684
8. Heim T. Missverständnisse – nicht nur durch die Sprache. Probleme bei der hausärztlichen Versorgung von Migranten. MMW Fortschr Med 2004; 22: 46
9. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg). Gesundheitliche Versorgung von Personen mit Migrationshintergrund. Dokumentation des Expertenworkshops im Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Berlin, 2009
10. Flick U, v Kardoff E, Steinke I. Qualitative Forschung: Ein Handbuch. 8. Auflage. Berlin: Rowohlt Verlag, 2005
11. Sielk M, Brockmann S, Wilm S. Qualitative Forschung – Hineindeuten in oder Abbilden von Wirklichkeit? Ein klärender methodischer Überblick. Z Allg Med 2004; 80: 334342
12. Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. 11. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Verlag, 2010
13. Wollny A, Marx G. Qualitative Sozialforschung – Ausgangspunkte und Ansätze für eine forschende Allgemeinmedizin. Teil 2: Qualitative Inhaltsanalyse vs. Grounded Theory. Z Allg Med 2009; 11: 467476
14. Natanzon I, Szecsenyi J, Götz K, Joos S. Das Image der Hausärzte in einer sich wandelnden Gesellschaft. Med Klin 2009; 104: 601607
15. Becker N, Koc G, Mustafa Y, Gerlach H, Abholz H-H. Krankheitskonzepte von Patienten mit türkischem Migrationshintergrund – Sind diese wirklich so anders? Was sind Stereotype? Vortrag DEGAM Kongress am 25. September 2010. http://www.degam2010.de/programme/default_session.asp?node=59&sessionID=19
16. Calliess IT, Schmid-Ott G, Akguel G, Jaeger B, Ziegenbein M. Einstellung zu Psychotherapie bei jungen türkischen Migranten in Deutschland. Psychiatr Prax 2007;34: 343348
17. von Ferber L, Köster I, Celayir-Erdogan N. Türkische und deutsche Hausarztpatienten – Erkrankungen, Arzneimittelwartungen und Verordnungen. Gesundheitswesen 2003; 65: 304311
18. Sahlan S, Wollny A, Brockmann S, Fuchs A, Altiner A. Reducing unnecessary prescriptions of antibiotics for acute cough: adaptation of a leaflet aimed at Turkish immigrants in Germany. BMC Fam Pract 2008; 9: 57
19. Gelzer D. Migrantinnen und Migranten in der hausärztlichen Sprechstunde. PrimaryCare 2005; 5: 128131
20. Rosenberg E, Richard C, Lussier MT, Shuldiner T. The content of talk about health conditions and medications during appointments involving interpreters. Fam Pract 2011; 28: 317–322
21. Gerlach H, Becker N, Abholz H-H. Welche Erfahrungen haben deutsche Hausärzte mit Patienten mit Migrationshintergrund? Ergebnisse einer Fokusgruppendifferenzdiskussion mit Hausärzten. Z Allg Med 2008; 84: 428435
22. Langer T, Adam Y, Stüb M, Porst R, Gupta S. Zwischen Bereicherung und Belastung – wie Hausärzte die Betreuung von Migranten erleben. Vortrag DEGAM Kongress am 25. September 2010 http://www.degam2010.de/programme/default_session.asp?node=59&sessionID=19
23. Parmakerli B. Sprachbarriere, Kulturschock, Sozialkluft – Migranten brauchen intensive Betreuung. Hausarzt 2011; 5: 89
24. Gerlach H, Abholz H-H. Schwarze Patientinnen und weiße Hausärztinnen. Ein Vergleich der Ergebnisse von Fokusgruppendifferenzen mit Patientinnen und Hausärztinnen. Z Allg Med 2009; 85: 444450
25. Hermann WJ, Flick U. Qualitative Forschung in der deutschen Allgemeinmedizin im Spiegel der „Zeitschrift für Allgemeinmedizin“. Z Allg Med 2009; 85: 278282
26. Reventlow S, Tulinius C. The doctor as focus group moderator – shifting roles and negotiating positions in health research. Fam Pract 2005; 22: 335340