

Stadt, Land, Medizin: Haben Großstädter:innen andere Bedarfe?



Die Allgemeinmedizin und auch die hausärztliche Versorgung werden häufig mit der Tätigkeit als Landärztin oder Landarzt assoziiert. Allerdings leben in Deutschland die meisten Menschen in der Stadt. Daraus ergeben sich spezielle Herausforderungen für deren medizinische Versorgung.

Text:
Julia Frisch und
Prof. Dr. med. Wolfram Herrmann
Fotos:
Heinrich Holtgreve,
OSTKREUZ / Ärztekammer Berlin

Prof. Dr. med. Wolfram Herrmann hat anhand dreier zentraler Eigenschaften von Städten ein Rahmenkonzept zur urbanen Primärversorgung entwickelt. „Kiezmedizin“ nennt der Professor für Allgemeinmedizin mit Schwerpunkt Versorgungsforschung am Institut für Allgemeinmedizin der Charité – Universitätsmedizin Berlin das, was ihm als „urbane Primärversorgung“ in Berlin vorschwebt. Kern der Primärversorgung ist dabei die wohnortnahe allgemeinmedizinische Versorgung. Das bedeutet seiner Ansicht nach nicht nur, dass die Bedarfsplanung noch viel kleinräumiger als bisher alle Stadtteile Berlins auf Über- und Unterversorgung hin abklopfen müsste. Vielmehr müssten auch die Ärzt:innen noch mehr als bisher den familiären, sozialen und ökonomischen Hintergrund ihrer Patient:innen beachten und, wenn nötig, diese an entsprechende Hilfseinrichtungen oder Ämter überweisen. „Social Prescribing“ heißt das Konzept, das sich Herrmann gut für Berlin vorstellen könnte.

Insgesamt, so Herrmann, ergeben sich in der Stadt spezielle Herausforderungen an die allgemeinmedizinische Versorgung – aufgrund der höheren Bevölkerungsdichte, der größeren Heterogenität der Bevölkerung und der besonders fragmentierten gesundheitlichen und sozialen Versorgung. Welche Auswirkungen besonders die Fragmentierung und der bunte Mix an sozialen Schichten, Kulturen und Lebensweisen aus seiner Sicht haben, erklärt er anhand des Rahmenkonzepts, das sich gerade in der Veröffentlichung befindet und die wissenschaftliche Basis für diesen Beitrag liefert.¹

Fragmentierte Versorgung in der Stadt

Entgegen der weit verbreiteten Annahme, dass vor allem ländliche Bereiche Versorgungsprobleme mit einem begrenzten Angebot an Hausärzt:innen haben, ist auf ganz Deutschland bezogen die Quote der Hausärzt:innen pro Einwohner:innen in städtischen Regionen sogar etwas niedriger als in ländlichen Regionen. Vor allem in sozial benachteiligten Gebieten existiert in Städten häufig eine hausärztliche Unterversorgung. Beispielhaft hierfür ist der Planungsraum Klixstraße in Berlin-Reinickendorf: Die soziale Situation ist problematisch. Hier leben 8.149 Menschen, darunter 1.334 ab 65 Jahren [11]. Aktuell gibt es in diesem Planungsraum keine Hausarztpraxis und auch keine Facharztpraxis, sondern nur eine Zahnarztpraxis. Im Planungsraum Klixstraße liegt also eindeutig eine Unterversorgung vor.

Neben regionaler Fehlverteilung von Hausärzt:innen gibt es im städtischen Bereich zudem eine Fehlverteilung von Hausärzt:innen und Spezialist:innen: So stehen in der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin (KV Berlin) 2.994 hausärztlich tätigen Ärzt:innen (einschließlich Kinder- und Jugendmedizin) auf 2.702 Sitzen 7.274 fachärztlich tätige Kolleg:innen (einschließlich Psychotherapeut:innen) auf 5.634 Sitzen gegenüber [13]. (...) Aufgrund dieses stark spezialisierten Angebots

Social Prescribing

ist ein Interventionsansatz, bei dem Patientinnen und Patienten von den in der Primärversorgung tätigen Berufsgruppen in Hinblick auf ihre nichtmedizinischen (insbesondere sozialen, emotionalen oder alltäglichen/alltagspraktischen) Bedürfnisse an passende Unterstützungsangebote vor Ort vermittelt werden.²

ergeben sich für Hausärzt:innen einerseits größere Aufgaben in Koordination und Quartärprävention [15], andererseits besteht die Gefahr der Marginalisierung hausärztlicher Tätigkeit inmitten eines Überangebotes von Spezialist:innen aller Art.

Die Fragmentierung zeigt sich auch in der Zusammenarbeit zwischen Public Health und Primärversorgung. In Deutschland sind der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) und die Primärversorgung streng getrennt [16]. Aufgrund des demografischen Wandels und der Veränderung der Morbiditätsmuster hin zu nicht-übertragbaren Erkrankungen empfiehlt die World Health Organization (WHO) schon lange, die beiden Bereiche mehr zu vernetzen. Unterstützt wird die WHO von den Autor:innen von „Primary Care and Public Health: Exploring Integration to Improve Population Health“³, die sich dafür aussprechen, Mitarbeitende auf lokaler Ebene sowie Ressourcen und Daten zu verbinden, gemeinsame Forschungs- und Lernnetzwerke zu bilden und im Bereich der Aus- und Weiterbildung zusammenzuarbeiten. Dies ist bisher in Deutschland nicht umgesetzt.

Heterogenere Bevölkerung in der Stadt

Als zweiten wichtigen Einflussfaktor nennt Herrmann die städtische Bevölkerungsstruktur. „Die soziale Heterogenität der Bevölkerung ist ein Kernaspekt von Stadt“, konstatiert

- 1 Das Rahmenkonzept soll im Originalien-Ergänzungsband III/2021 der MMW – Fortschritte der Medizin veröffentlicht werden, der der MMW 21-22 am 16. Dezember 2021 beiliegen wird. Eine Übersicht der Quellen erhalten Interessierte bei Prof. Dr. med. Wolfram Herrmann: © wolfram.herrmann@charite.de.
- 2 Polley, M., Fleming, J., Anfilogoff, T., Carpenter, A., Kimberlee, R., Bertotti, M., Dixon, M., Drinkwater, C., McGregor, A., Poole, J., Pilkington, K. and Wheatley, J. (2017) Making sense of social prescribing. Social Prescribing Network, London. Available from: → <http://eprints.uwe.ac.uk/33145>
- 3 Primary Care and Public Health: Exploring Integration to Improve Population Health: → <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24851288>

er in dem Konzept und verweist unter anderem auf die unterschiedlichen Kulturen, die Mikrosozialstruktur und den sozioökonomischen Status der städtischen Bewohner:innen. Besondere Herausforderungen der allgemeinmedizinischen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund sind unter anderem die sprachliche Verständigung und die Vernachlässigung des soziokulturellen Hintergrundes der Patient:innen [21]. Laut Yuriy Nesterko und Heide Glaesmer ist Sprachmittlung in Deutschland in der Primärversorgung kein Standard [22].

Ein weiterer Heterogenitätsaspekt sind sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität. Verlässliche Zahlen zur gesundheitlichen Lage lesbischer, schwuler, bisexueller, Trans-, inter- und asexueller Menschen (LGBTI) existieren laut Herrmann in Deutschland nicht. Allerdings ist anzunehmen, dass der Anteil von LGBTI Menschen in der hausärztlichen Versorgung

in der Stadt größer ist als auf dem Land. Sie spüren häufig „Minority Stress“: Stress aufgrund des Erlebens als stigmatisierte Minderheit [27]. Das Coming-out in der Hausarztpraxis ist da noch ein zusätzlicher Stressfaktor [vgl. u. a. 28]. Die Bedürfnisse von Transmenschen werden in der hausärztlichen Versorgung häufig nicht erfüllt [29] und Intersexualität ist trotz der vergleichsweise großen Prävalenz ein in der hausärztlichen Wissenschaft und Praxis ignoriertes Thema.

Heterogener als auf dem Land ist ebenfalls die Mikrosozialstruktur im urbanen Bereich: Haushalte sind kleiner, es gibt mehr Wohngemeinschaftsformen und Patchworkfamilien. So sind in Berlin laut dem Mikrozensus von 2018 mehr als die Hälfte der Haushalte Einpersonenhaushalte. Damit leben 29,6 Prozent der Bevölkerung in einem Einpersonenhaushalt. 29,3 Prozent der erwachsenen Bevölkerung sind alleinlebend



Kerstin Groß auf Hausbesuch bei einer Patientin, die die Hausärztin schon seit vielen Jahren betreut.

und alleinstehend ohne ledige Kinder; in der Bevölkerung ab 65 Jahren sind es sogar 42,3 Prozent. 3,8 Prozent der Männer mit Kind(ern) unter 18 Jahren und 24 Prozent der Frauen mit Kind(ern) unter 18 Jahren sind alleinerziehend [30]. (...) Dies bedeutet veränderte Anforderungen an eine praktische Familienmedizin. Das soziale Umfeld muss bei der Anamnese mit berücksichtigt werden. Dafür, das ist Herrmann bewusst, benötigen die Kolleg:innen aber auch mehr Zeit.

Heterogenität des sozioökonomischen Status in der Stadt

Die soziale Lage entscheidet unter anderem auch über die Lebenserwartung. Männer haben in Steglitz-Zehlendorf eine Lebenserwartung von 80 Jahren, während in Berlin-Mitte die Lebenserwartung von Männern mit 76,7 Jahren um 3,3 Jahre kürzer ist [35, 36]. Der sozioökonomische Status ist

ein zentraler Einflussfaktor auf Gesundheit und Krankheit. Den sozialen Problemen im städtischen Bereich stehen gleichzeitig eine Vielzahl von sozialen Angeboten gegenüber, die die Hausärzt:innen jedoch häufig nicht mehr überblicken können. Sozioökonomische Probleme sind demnach relevant für die tägliche Arbeit in der hausärztlichen Primärversorgung in der Stadt. Allerdings existieren in Deutschland bisher kaum systematische Ansätze, wie diese in der Hausarztpraxis adressiert werden können.

Als dritten Einflussfaktor greift das Papier die Bevölkerungsdichte in der Stadt auf. Die – unabhängig vom sozialen Status – mit einer höheren Mortalität assoziiert ist [40]. Gründe dafür sind unter anderem umweltbezogene Gesundheitsprobleme [41] sowie eine höhere Kriminalitätsrate [42]. Zudem spielt die Bevölkerungsdichte eine wichtige Rolle bei der Übertragung von Infektionskrankheiten.

„In der gesamten Zeit gab es noch keinen langweiligen Tag. Wer kann das schon von seinem Job sagen?“

In der Stadt prallen unterschiedliche Kulturen und Lebenskonzepte aufeinander. Das ist nicht zuletzt für Ärzt:innen eine Herausforderung. Dipl.-Med. Kerstin Groß ist Fachärztin für Allgemeinmedizin und betreibt eine Hausarztpraxis in Berlin Lichtenberg. Im Interview mit Stella Hombach berichten sie und ihre Kolleg:innen, was sie in ihrem Alltag erleben.



SH **Stella Hombach**
Journalistin und freie Autorin
Foto: privat



KG **Dipl.-Med. Kerstin Groß**
Fachärztin für Allgemeinmedizin
Foto: Heinrich Holtgreve

SH **Über die Herausforderungen der ärztlichen Versorgung auf dem Land wurde in den vergangenen Jahren viel berichtet. Was für Probleme birgt die Großstadt?**

KG Überalterung und Multimorbidität sind die ersten Dinge, die mir für unseren Bezirk Lichtenberg einfallen. Der Mangel an Hausärzt:innen wird immer mehr spürbar. Damit unterscheiden wir uns vermutlich gar nicht so sehr vom Land. Was in der Stadt hinzukommt, sind die immer unterschiedlicher werdenden Lebenskonzepte. Lichtenberg gehört in Berlin zwar zu den Außenbezirken, die Gentrifizierung ist jedoch auch hier bereits spürbar.

Die Patient:innen werden also diverser.

KG Genau. Diese „Buntheit“ ist natürlich spannend, sie bringt jedoch auch Herausforderungen mit

sich. Dem 80-jährigen Rentner mit Herzinsuffizienz müssen Sie anders begegnen als der alleinerziehenden Mutter mit zwei Kindern. Andererseits gibt es auch in unserem Stadtbezirk eine zunehmende Diversität der Kulturkreise – häufig verbunden mit Sprachbarrieren, welche eine zusätzliche Herausforderung für das Arzt-Patienten-Gespräch darstellen. Dies erfordert patientenspezifische Herangehensweisen.

Was meinen Sie mit patientenspezifischen Herangehensweisen?

KG Die älteren Patient:innen möchten in der Regel eine Ärztin oder einen Arzt, die oder der ihnen sagt, was sie haben und was sie jetzt tun sollen. Jüngere bevorzugen hingegen ein Gespräch auf Augenhöhe und wollen über ihre Behandlung mitentscheiden. Das Bild des allwissenden Arztes hat in dieser Generation ausgedient. →



MB **Maximiliane Bauer**
 Fachärztin für Allgemeinmedizin
 Foto: privat



MJ **Dr. med. Malte Joswig**
 Arzt in Weiterbildung zum
 Facharzt für Allgemeinmedizin
 Foto: privat



DK **Daryna Kechur**
 Medizinstudentin
 an der LMU München
 Foto: privat

→

MB Meiner Ansicht nach betrifft dies auch nicht mehr nur die Art, wie Ärzt:innen und Patient:innen miteinander reden, sondern auch das Facharztwissen selbst. Wie Frau Groß meinte, werden unsere Patient:innen und damit auch die Beschwerden immer diverser. Mit häufigen Erkrankungen wie etwa Bluthochdruck, Diabetes und Arthrosen kenne ich mich natürlich aus; was die Nebenwirkungen der neuesten Drogen angeht, muss ich mich jedoch belezen.

Wie gehen Sie damit um?

MB Ich spreche das offen an, verweise gegebenenfalls an eine Kollegin bzw. einen Kollegen oder recherchiere selbst und informiere meinen Patienten im Nachhinein.

KG Immer öfter müssen wir unsere Patient:innen auch in Englisch beraten. Persönlich bin ich da sehr froh, dass ich mittlerweile mit so vielen tollen jungen Kollegen:innen zusammenarbeite. Ich spreche zwar Englisch. Den anderen Dreien fällt das jedoch deutlich leichter.

MJ Bei vielen Patient:innen kommen wir allerdings mit Englisch oder Spanisch nicht weiter. Beispielsweise gibt es große Communitys aus dem Nahen und Fernen Osten. Hier muss ich häufig Familienangehörige oder Freund:innen der Patient:innen bitten zu übersetzen. Aber auch die sind natürlich keine professionellen Dolmetscher:innen und haben selbst oft noch eine Sprachbarriere. Bei diesen Besuchen bleibt daher einiges vage und ich bin mir oft unsicher, ob der Patient oder die Patientin meine Erklärung versteht. Solche Gespräche dauern natürlich – und das, während auf der anderen Seite der Tür das Wartezimmer immer voller wird. Da muss man lernen, die Ruhe zu bewahren.

MB Zu der Sprache kommen mitunter auch unterschiedliche kulturelle Codes. In manchen Kulturen stehen Bauchschmerzen mitunter nicht für Bauchschmerzen, sondern beschreiben eine psychische Belastung, die der betroffenen Person „Magen-schmerzen“ verursacht. Wenn man das weiß, ist es sinnvoll, direkt nach möglichen seelischen Problemen zu fragen.

MJ Gut wäre an dieser Stelle eine Dolmetscherin oder ein Dolmetscher, die oder der sich mit der jeweiligen Kultur auskennt, das Gespräch übersetzt und den Termin gegebenenfalls nachbereitet.

Was meinen Sie mit „Nachbereiten“?

MJ Mit dem Arztbesuch ist der oder die Erkrankte ja meist nicht geheilt. Der eine braucht danach

ein Medikament, die andere muss sich eine Bandage besorgen und wieder jemand anderes sollte seine Beschwerden noch mal beim Facharzt abklären lassen. Damit die Sprache in der Nachversorgung kein Hindernis wird, wäre eine Übersetzerin bzw. ein Übersetzer wichtig.

Eine Art Lotsin oder Lotse, die oder der die Person durch das Gesundheitssystem navigiert.

MJ Das wäre toll – und wo wir schon bei „wünsch Dir was“ sind, brauchen wir so eine Person ehrlich gesagt nicht nur auf der sprachlichen, sondern auch auf der sozialen Ebene. In der Arztpraxis fangen wir derzeit tatsächlich viele politische Missstände auf, die mit Gesundheit im Grunde nichts zu tun haben. Ich sage nur steigende Mieten.

Das müssen Sie erklären.

MJ Die Beschwerden der Patient:innen haben oft soziale Ursachen: verdichtete Arbeitszeiten, Angst, die nächste Miete nicht mehr bezahlen zu können oder auch der ständige Drahtseilakt, Kinderbetreuung und Beruf in Einklang zu bringen. Manchmal kommen auch alle Probleme zusammen. Der Stress, der dadurch entsteht, schlägt sich irgendwann körperlich nieder.

MB In den vergangenen Jahren haben Somatisierungen meinem Empfinden nach stark zugenommen.

KG Das Gefühl habe ich auch. Generell sind diese Probleme jedoch nichts Neues. Ich betreibe diese Praxis seit nunmehr 26 Jahren. Nach der Wende 1990 verloren viele Menschen in unserem Stadtbezirk ihre Arbeit. Lebensläufe wurden infrage gestellt. Dies führte zu vergleichbaren Herausforderungen an unsere Arbeit, wie von Frau Bauer und Herrn Joswig dargestellt. Die Pandemie sowie die damit verbundenen Belastungen scheinen heute erneut die psychischen Symptome ansteigen zu lassen.

Was können Sie als Ärzt:innen hier tun?

(MJ) Wir können eigentlich nur das Symptom behandeln. Auf die 48-Stunden-Woche oder mangelnde Kitabetreuung haben wir ja keinen Einfluss. Mitunter hilft auch eine Krankenschreibung. So lassen sich einzelne Stressoren zumindest kurzfristig ausschalten und die Person kann sich körperlich und psychisch etwas erholen.

(KG) Ich versuche in erster Linie meinen Patient:innen zunächst zuzuhören – auch wenn dies der EBM (Einheitliche Bewertungsmaßstab) betriebswirtschaftlich nicht unterstützt. Zuhören ist die Voraussetzung, um ihnen die Zusammenhänge erläutern und mit ihnen ins Gespräch gehen zu können. Das ist jedoch nicht immer einfach. Einige Menschen pilgern tatsächlich monatelang von Facharzt zu Facharzt, um herauszufinden, was sie eigentlich haben. Die Spezialisierung der Medizin ist generell zwar eine enorme Bereicherung, im Arbeitsalltag kann sie jedoch auch belasten.

Weil eine Person fehlt, die den Überblick hat?

(KG) Genau diese Rolle nimmt der Hausarzt ein. Dies wird durch das Fortschreiten der Spezialisierung immer anspruchsvoller. Besonders auffällig ist das bei unseren älteren Patient:innen. Über die Jahre sammeln viele von ihnen ganze Paletten von Tabletten an. Ursache hierfür ist teilweise eine mangelnde Abstimmung zwischen den behandelnden Ärzt:innen.

Woran merken Sie das?

(KG) Dies bekomme ich oft bei Hausbesuchen mit. In der Medikamentenbox liegen teilweise falsche Tabletten oder welche, die falsch dosiert sind. Manchmal stehen die Packungen auch ungeöffnet neben dem Kühlschrank. Unsere Aufgabe ist es dann zu kontrollieren, ob einige Medikamente vielleicht wieder abgesetzt werden können. Mitunter schauen wir auch, ob der Patient

oder die Patientin beim Herrichten der Medikamentenbox oder bei der Einnahme der Medikamente Hilfe benötigt. Natürlich könnten die Betroffenen ihre Arzneien auch in der Apotheke durchchecken lassen, die meisten wissen das nur nicht.

(MB) Schwierig ist momentan auch die Überlastung der Berufsgruppen, mit denen wir eng zusammenarbeiten, wie Physiotherapieeinrichtungen oder Pflegedienste. Vor Kurzem hatte ich eine Patientin mit starken Wassereinsparungen in den Beinen. Ich verordnete Kompressionsverbände, die immer morgens durch Fachpersonal angelegt werden müssen. Unsere Medizinische Fachangestellte rief fünf verschiedene Pflegedienste an – aufgrund von Personalmangel konnte keiner die Versorgung unserer Patientin übernehmen. Wir mussten sie schließlich ins Krankenhaus einweisen.

(KG) Heute werden die Pfleger:innen durch den Arbeitsstress tatsächlich selbst krank. In meinen Anfangsjahren war das anders. Die personelle Ausstattung der Pflegedienste war besser. Dadurch war eine bedarfsgerechte Sicherstellung der Pflege im häuslichen Umfeld möglich.

Daryna Kechur, Sie absolvieren bei Frau Groß gerade Ihre Famulatur. Wenn Sie all das hören, haben Sie da noch Lust auf den Job?

(DK) Auf jeden Fall! Für mich als Medizinstudentin ist die Praxis wirklich toll. Nicht nur, weil ich das Team sehr schätze, durch die Diversität der Patient:innen lerne ich unheimlich viel. In München, wo ich herkomme, arbeitete ich zuvor in einer Klinik und dort habe ich nicht annähernd so viele unterschiedliche Fälle gesehen wie hier. Dass der Beruf nicht einfach ist, das war mir von vornherein klar.

(MB) Ein Vorteil, den wir in der Stadt haben, sind übrigens unsere Gemeinschaftspraxen. Für mich ist

die Zusammenarbeit mit anderen Kolleg:innen tatsächlich eine unheimliche Bereicherung. Wir können uns gegenseitig entlasten und untereinander beraten. Auf dem Land sind viele Ärzt:innen noch als Einzelkämpfer:innen unterwegs. Das stelle ich mir äußerst anstrengend vor.

Was motiviert Sie, den Job jeden Tag immer wieder auf Neue zu machen?

(MB) Wir haben jetzt natürlich vor allem über die Schwierigkeiten geredet. Neben all den Problemen ist der Kontakt zu so vielen unterschiedlichen Menschen, der Einblick in die individuellen Biografien und die Möglichkeit, unterstützend zur Seite zu stehen, einfach unheimlich toll. Persönlich finde ich das sehr bereichernd.

(KG) Das kann ich unterschreiben. Ich betreibe die Praxis mittlerweile seit 1995. Über die Zeit habe ich zu vielen meiner Patient:innen nicht nur eine sehr gute Beziehung entwickelt, ich konnte oft auch mitverfolgen, wie sie aufwachsen oder älter geworden sind und was sie aus ihrem Leben gemacht haben. Das ist toll! Und was soll ich sagen: In der gesamten Zeit gab es noch keinen langweiligen Tag. Wer kann das schon von seinem Job sagen? /

Stadtteilpraxen und Social Prescribing

Ein fertiges Konzept, wie die Primärversorgung mit den genannten Herausforderungen einer Millionenstadt fertig werden könnte, hat Wolfram Herrmann nicht. „Darüber müssen wir einen Diskurs starten“, sagt er. Das Handwerkszeug und zahlreiche Modelle gibt es in seinen Augen bereits, etwa Stadtteilpraxen, in denen verschiedene Professionen, beispielsweise Ärzt:innen, Physiotherapeut:innen und Sozialarbeiter:innen, mit stark lokaler Ausrichtung zusammenarbeiten.

Das Gesundheitskollektiv in Neukölln, das Ende dieses Jahres endlich seinen Neubau im Rollbergkiez (siehe BÄ 02/2020) beziehen will, verfolgt laut Herrmann zum Beispiel einen solchen Ansatz. Favorisiert wird von ihm auch das eingangs erwähnte Social Prescribing, das „soziale Rezept“, welches folgendermaßen funktioniert: Werden bei Patient:innen nichtmedizinische, aber gesundheitsrelevante

Bedürfnisse oder Belastungen festgestellt, werden sie an eine Fachkraft mit „Link-Working-Funktion“ überwiesen. Diese versucht dann herauszufinden, welche Maßnahmen der bzw. dem Betroffenen helfen können und vermittelt sie oder ihn an konkrete, unterstützende Angebote in der Region. Die Fachkraft ist außerdem für das „Netzwerkmanagement“ zuständig: Sie pflegt Kontakte zu allen möglichen Akteur:innen und aktualisiert die Übersicht der Kiez-Angebote.

Zudem sollten, so Herrmann, Medizinstudierende bereits in der Ausbildung sensibilisiert und mit ihnen unbekanntem Stadtteilen sowie dem Lebensumfeld von Patient:innen konfrontiert werden. Dies bietet den Studierenden die Möglichkeit, den Einfluss des Lebensumfeldes und des sozioökonomischen Status auf Gesundheit und Krankheit von Menschen direkt zu erleben. So lernen sie auch neue Modelle hausärztlicher Versorgung in der Stadt kennen.



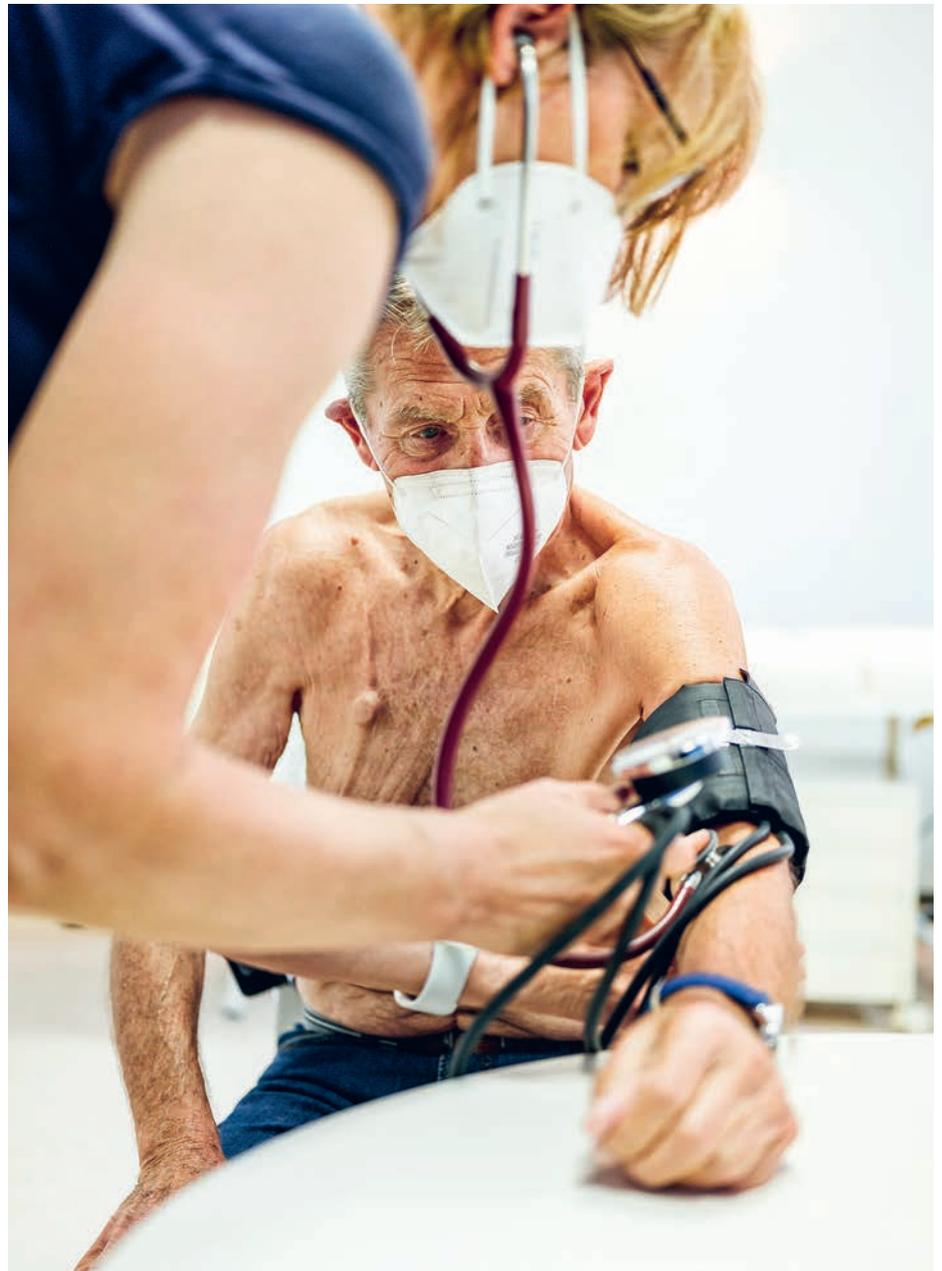
links

Zurück in der Praxis.

unten

Der Empfang ist der Dreh- und Angelpunkt der Hausarztpraxis. Hier begrüßt Arzthelferin Frau Martin alle Ankommenen und kümmert sich um die Aufnahme der Patient:innen.





Routinemessung: Der Patient kommt regelmäßig zu Kontrolluntersuchungen. Er gehört zu den ersten Patienten der Praxis und ist mit ihr älter geworden.

Unterstützungen gegen den Mangel

Bei Hausärzt:innen, Gesundheitsämtern, Anbieter:innen sozialer Leistungen und in Berliner Bezirken dürfte Herrmann mit seiner Forderung nach einer besseren Vernetzung und größeren Beachtung sozialer Probleme offene Türen einrennen. Dass Patient:innen bisweilen eher an Einsamkeit, Arbeitslosigkeit oder Überforderung im Beruf oder in der Familie leiden als an Krankheiten, haben die allermeisten Ärzte schon erlebt, so auch Dr. med. Burkhard Ruppert, Vorstandsvorsitzender der KV Berlin: „Als Pädiater weiß ich, wie wichtig psychosoziale Aspekte sind.“ Viele der ärztlichen Kolleg:innen würden sich intensiv bemühen, den Menschen auch bei nicht-somatischen Beschwerden

zu helfen. Doch für nachhaltige Unterstützung fehle ihnen oft die dafür notwendige Zeit, so Ruppert.

Primäres Ziel der KV Berlin ist es deshalb, zunächst dem Hausarztmangel – vor allem in den östlichen Berliner Bezirken – abzuhelpfen. Dazu hat sie verschiedene Förderprogramme⁵ aufgelegt und plant, ab der zweiten Jahreshälfte 2022 eigene Einrichtungen zu betreiben. Für Ruppert ist es „absolut denkbar“, dass in einer solchen KV-Praxis auch ein multiprofessioneller Ansatz verfolgt wird.

5 [→ www.kvberlin.de](http://www.kvberlin.de) → Für Praxen → Zulassung / Niederlassung → Fördermöglichkeiten

Rahmenbedingungen

In Deutschland sind der ambulante und der stationäre Sektor grundsätzlich getrennt. Die Professionen sind in kleine oder Kleinstunternehmen aufgesplittet: angefangen bei inhabergeführten Einzel- und Gemeinschaftspraxen bis hin zu Hebammen, Pflegediensten und Apotheken. Kooperationen zwischen Haus- und Fachärzt:innen sowie anderen Professionen sind letztlich freiwillig. Eine Vergütung für Teamarbeit sowie Vorgaben im Bereich der Fortbildung oder der Qualitätssicherung und -kontrolle sind bislang nicht vorgesehen. Die Konsequenz daraus ist, dass Kooperationen oftmals eher zufällig und nicht als Strukturmerkmal stattfinden. Parallel dazu und nicht strukturell verbunden existieren derzeit zahlreiche mit öffentlichen Mitteln finanzierte Beratungs- und Betreuungsangebote unterschiedlicher gemeinnütziger Träger.

Praktische Ansätze

Schon vor einigen Jahren hatte die KV Berlin dem Bezirk Neukölln Unterstützung beim Aufbau eines Familien-Gesundheitszentrums in der südlichen Hermannstraße zugesichert. Unter einem Dach wollte der Bezirk medizinische Grundversorgung und psychosoziale Beratungs- und Unterstützungsangebote zusammenfassen. Geplant waren Sitze für Allgemeinärzt:innen, Pädiater:innen und Gynäkolog:innen sowie Büros für das Gesundheitsamt, das Jugendamt und Erziehungsberatungsstellen. Die ursprünglichen Pläne, in ein Aldi-Bauprojekt einzuziehen, haben sich laut Falko Liecke, stellvertretender Bezirksbürgermeister und Stadtrat für Jugend und Gesundheit, jedoch zerschlagen. Begraben hat der CDU-Politiker das Projekt aber noch nicht. Er ist weiter auf der Suche nach einem Standort.

Zudem gehört Neukölln zu den Bezirken, die Sozialarbeit in Kinderarztpraxen finanzieren. So bieten aktuell zwei Sozialarbeiterinnen in zwei Praxen Sprechstunden an, die kleine Patient:innen und ihre Eltern nutzen können. Mögliche Hilfs- und Unterstützungsangebote sollen die Menschen so schneller als bisher erreichen. „Meine Vision ist, dass irgendwann alle Kinderarztpraxen, bei denen es geht, an die Sozialarbeit angedockt werden“, sagt Liecke. Ob das klappt, hängt natürlich davon ab, „wie viel Geld wir vom Senat bekommen“. Rund 25.000 Euro würden die beiden Sozialarbeiterinnen den Bezirk Neukölln ab 2022 kosten, so Liecke. Für interprofessionelle Ansätze in der Patientenversorgung müsse auf Senatsebene der Wille da sein, damit Geld fließe. Liecke fürchtet jedoch, dass wegen der Haushaltslöcher eher Kürzungen bei den Finanzmitteln zu erwarten sind.

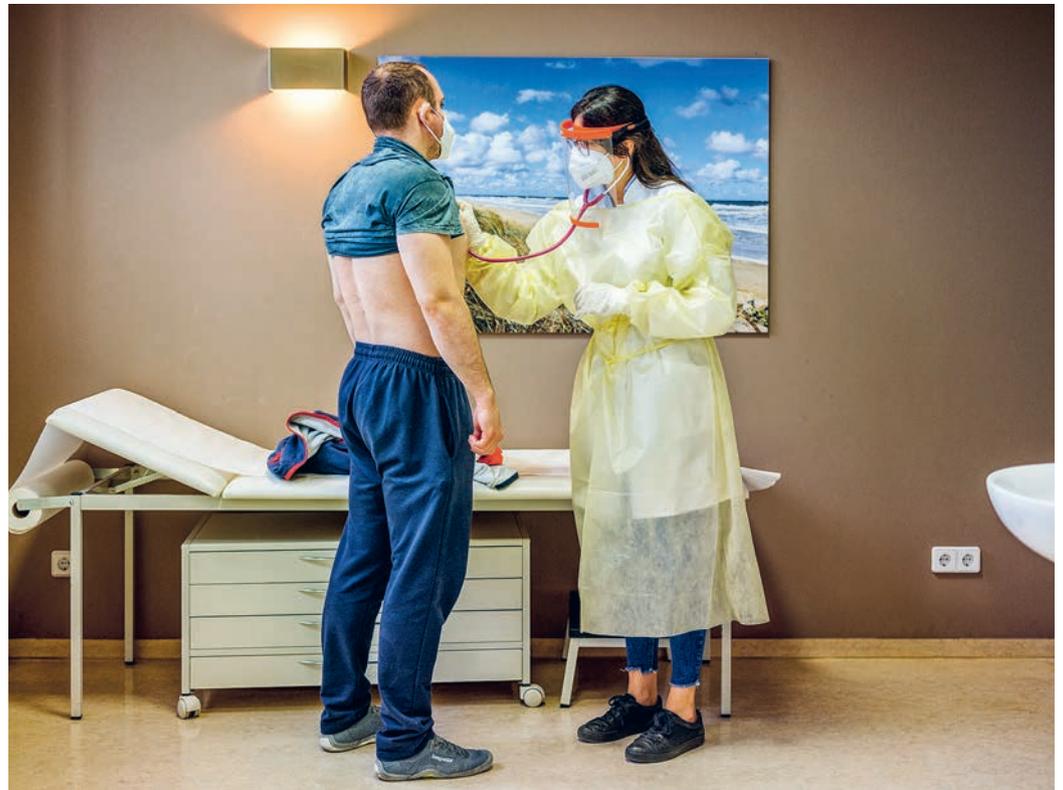
Soziale Gesundheit

Dr. med. Bernhard Malinowski ist einer von 14 Hausärzt:innen, die der Verein „soziale Gesundheit“ mit Sozialarbeit unterstützt. Jeden Donnerstag fährt eine Sozialarbeiterin zu dem Allgemeinmediziner und seinen beiden Kolleginnen nach Hohenschönhausen. Dort bietet sie eigene Sprechstunden für die Patient:innen an. „Für sie haben wir ein Zimmer eingerichtet“, sagt Malinowski. Über die Hilfe in persona und vor Ort ist der Hausarzt, der seit 30 Jahren im Berliner Norden praktiziert, heilfroh. Er ist gemeinsam mit den Menschen im Kiez alt geworden und betreut manche Familien schon in der dritten Generation. Die Sozialarbeiterin wisse genau, wo und wie die Menschen zum Beispiel Überbrückungshilfen oder einen Schwerbehindertenausweis beantragen können. Er selbst, so Malinowski, könne eine solche Arbeit neben der Patientenversorgung nicht leisten, „ich habe nur Medizin studiert“.

Für den Hausarzt bedeutet die Sozialarbeiterin in der Praxis eine enorme Entlastung. Das Gute: Sie prüfe, was die Patient:innen brauchen, und könne so den Ärzt:innen gezielt sagen, welche ausgefüllten Anträge sie dann noch von ihnen benötige. Durch die Berichte der Sozialarbeiterin wisse man jetzt auch, „wo wir Ärzte bei den Patienten vielleicht noch einmal ‚nachschieben‘ müssen“, so Malinowski. Früher habe man den Patient:innen zwar auch schon an Hilfsangebote weiterverwiesen oder zu Behörden geschickt. Doch das „ist ins Leere gelaufen“, weil sich die Menschen dann doch vor dem Weg gescheut hätten. Die Sprechstunde in der Praxis werde hingegen gerne angenommen, „weil die Patienten



Maximiliane Bauer in ihrem Sprechzimmer beim Ultraschall mit einer Patientin. Neben der Grundversorgung, Vorsorge- und speziellen ärztlichen Untersuchungen, gehören unter anderem auch Disease-Management-Programme zu den medizinischen Leistungen der Praxis.



Seit Beginn der Pandemie gehören auch PCR-Abstriche zum Arbeitsalltag in der Praxis. Je nach Schwere der Symptome schließt sich eine körperliche Untersuchung an, die Daryna Kechur hier durchführt.

wissen, dass wir ihnen nichts aufschwätzen. Sie kommen lieber zu uns in die Praxis, als aufs Amt zu gehen“, berichtet der Allgemeinarzt.

Der Verein kann das Projekt mithilfe der Lotto-Stiftung Berlin derzeit in neun Hausarztpraxen anbieten. 1,5 Stellen für Sozialarbeit werden für drei Jahre finanziert. Allerdings läuft der Förderzeitraum bereits Ende 2022 schon wieder aus. Dr. Martyna Voß vom Verein „soziale Gesundheit“ wünscht sich, dass Angebote wie die Sozialarbeit in den Arztpraxen über den Projektstatus hinauskommen. Eine Finanzierung aus öffentlichen Mitteln würde sich lohnen, so Voß. Würden etwa ältere, oft einsame Berlinerinnen und Berliner frühzeitig beraten werden, hätte dies vermutlich weniger Arztbesuche und geringere Pflegegrade zur Folge. Das Kosten-Nutzen-Verhältnis sei also sehr gut, so Voß.

In Teampraxen mit verschiedenen Professionen und starker lokaler Ausrichtung sieht auch der Versorgungsforscher Wolfram Herrmann einen Lösungsansatz für städtische Versorgungsprobleme. Zudem fordert er eine systematische Auseinandersetzung mit urbaner Primärversorgung und mehr gezielte Forschung, um über die wissenschaftliche Allgemeinmedizin die Zukunft der urbanen Primärversorgung mitzugestalten. /



Julia Frisch

Freie Journalistin
 Foto: privat



**Prof. Dr. med.
 Wolfram Herrmann**

Foto: Baar/Charité

4. Workshop Kiezmedizin

Für eine Debatte über Stadtmedizin und das vorgeschlagene Rahmenkonzept findet am 9. Februar 2022 der 4. Kiezmedizinworkshop des Instituts für Allgemeinmedizin der Charité – Universitätsmedizin Berlin statt. Anmeldungen sind ab dem 15. Dezember 2021 möglich.

Weitergehende Informationen finden Sie unter
 → <https://allgemeinmedizin.charite.de/terminankuendigungen/>.