

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|------|
| Abbildungsverzeichnis..... | IV |
| Tabellenverzeichnis | V |
| Abkürzungsverzeichnis..... | VI |
| Zusammenfassung..... | VIII |
| Abstract..... | VIII |
| 1. Einleitung..... | 1 |
| 2. Hintergrund..... | 4 |
| 2.1. Medizinische Versorgungsstrukturen in Deutschland..... | 4 |
| 2.1.1. Ambulante Versorgung in Deutschland (Hamburg)..... | 5 |
| 2.1.2. Versorgungsformen und Steuerung der Patienten im Notfall | 7 |
| 2.1.3. Aktuelle Herausforderungen für das Gesundheitssystem und die Pflege in Deutschland... | 8 |
| 2.1.4. Primärversorgung - zentrale Eintrittspforte ins Gesundheitswesen | 8 |
| 2.2. Community Health Nursing (CHN) | 9 |
| 2.2.1. Etablierung von Community Health Nurse in der gegenwärtigen Versorgungspraxis in Deutschland..... | 10 |
| 2.2.2. Masterstudiengang CHN- ein Pionierprojekt in Deutschland..... | 11 |
| 2.3. Gesundheitspolitischer und rechtlicher Rahmen..... | 12 |
| 2.3.1. Prävention und Gesundheitsförderung | 13 |
| 2.3.2. Kurative ambulante Krankenversorgung..... | 14 |
| 2.3.3. Medizinische Rehabilitation..... | 15 |
| 2.3.4. Institutionelle bzw. organisatorische Gestaltungsoptionen | 16 |
| 2.4. Kommunale Gesundheitszentren- ein Blick in andere Länder..... | 17 |
| 2.5. Das Setting: Hamburg Wilhelmsburg | 21 |
| 2.5.1. Demografische Struktur | 21 |
| 2.5.2. Soziale Struktur..... | 24 |
| 2.5.3. Infrastruktur..... | 24 |
| 2.6. Gesundheitliche Situation und gesundheitliche Versorgung in Wilhelmsburg..... | 25 |
| 2.6.1. Gesundheitliche Situation | 25 |
| 2.6.2. Gesundheitliche Versorgung..... | 27 |
| 2.6.3. Das Wilhelmsburger Krankenhaus Groß-Sand - der größte Gesundheitsversorger im Stadtteil | 28 |

| | | |
|--------|---|--------|
| 3. | Problemstellung & allgemeine Zielsetzung | 31 |
| 3.1. | Forschungsfragen | 31 |
| 4. | Methoden | 32 |
| 4.1. | Literaturrecherche | 32 |
| 4.2. | Quantitative Datenerhebung und -analyse | 33 |
| 4.2.1. | Entwicklung des Fragebogens..... | 36 |
| 4.2.2. | Empirische Befragung mittels Fragebogen | 39 |
| 4.2.3. | Datenaufbereitung und Datenanalyse..... | 43 |
| 5. | Ergebnisse | 48 |
| 5.1. | Forschungsfrage 1: Wie schätzen die Teilnehmenden die ambulante Versorgungssituation in Deutschland und im Stadtteil ein?..... | 48 |
| 5.2. | Forschungsfrage 2: Welche Versorgungsbedarfe bestanden bei den Teilnehmenden in den letzten zwölf Monaten? | 52 |
| 5.3. | Forschungsfrage 3: Wie schätzen die Teilnehmenden die Unterstützungsangebote für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige im Stadtteil ein?..... | 58 |
| 5.4. | Forschungsfrage 4: Wie wäre die Akzeptanz für ein Gesundheitszentrum mit einer integrierten Pflegeambulanz (CHNs)? | 59 |
| 6. | Diskussion und Schlussfolgerungen | 63 |
| 6.1. | Verknüpfung der Ergebnisse zum theoretischen Hintergrund | 63 |
| 6.2. | Verknüpfung der Ergebnisse mit CHN-Konzept | 67 |
| 6.3. | Limitation..... | 68 |
| 6.4. | Handlungsempfehlungen..... | 69 |
| 7. | Fazit..... | 74 |
| | Literatur und Quellen | 76 |
| | Anhang | I |
| | Anhang 1: Fragebogen (deutsch) | I |
| | Anhang 2: Fragebogen (türkisch)..... | XIV |
| | Anhang 3: Herzinsuffizienzprävalenz aller Hamburger Patienten (von 65 bis 79 Jahren) | XXVII |
| | Anhang 4: Erfassung des Gesundheitszustandes nach Altersgruppe & Bildungsniveau | XXVIII |

Abbildungsverzeichnis

| | |
|---|---------------|
| <i>Abbildung 1: Ambulante Behandlungsfälle Erwachsener 20 Jahre und älter in Hamburg.....</i> | <i>6</i> |
| <i>Abbildung 2: Bevölkerungsvorausberechnung von 2021 bis 2030 in Deutschland.....</i> | <i>8</i> |
| <i>Abbildung 3: Soziale Lage in Hamburger Stadtteilen.....</i> | <i>22</i> |
| <i>Abbildung 4: Sozialraumverteilung der Bevölkerung in Wilhelmsburg.....</i> | <i>22</i> |
| <i>Abbildung 5: Vergleich der niedergelassenen Allgemeinärzte in Wilhelmsburg mit den anderen Stadtteilen in Hamburg.</i> | <i>27</i> |
| <i>Abbildung 6: Phasen eines Forschungsprozesses.....</i> | <i>33</i> |
| <i>Abbildung 8: Ausschnitte aus dem Erhebungsinstrument.....</i> | <i>45</i> |
| <i>Abbildung 9: Einschätzung zur allgemeinen ambulanten ärztlichen Versorgung in Deutschland und in dem Hamburger Stadtteil Wilhelmsburg 2022.....</i> | <i>49</i> |
| <i>Abbildung 10: Häufigkeiten der Haus -und Facharztbesuche in den letzten 12 Monaten.....</i> | <i>49</i> |
| <i>Abbildung 11: Durchschnittliche Wartezeiten und Gründe für einen Hausarztbesuch in den letzten 12 Monaten.....</i> | <i>50</i> |
| <i>Abbildung 12: Durchschnittliche Wartezeiten und Gründe für einen Facharztbesuch in den letzten 12 Monaten.....</i> | <i>51</i> |
| <i>Abbildung 13: Meinungsbild der Befragten über den Haus- und Facharztmangel in Wilhelmsburg ..</i> | <i>52</i> |
| <i>Abbildung 14: Ergebnis der Befragung zur Nutzung der Notaufnahmen in den letzten 12 Monaten differenziert nach Werktag/tagsüber und Wochenende/nachts</i> | <i>56</i> |
| <i>Abbildung 15: Gründe für den Besuch in der Krankenhaus-Notaufnahme (Frage 25).....</i> | <i>57</i> |
| <i>Abbildung 16: Bekanntheit von Notfallnummern (Fragen 26/27, richtige Antworten: 112 Rettungsdienst, 116/117 Bereitschaftsdienst).....</i> | <i>58</i> |
| <i>Abbildung 17: Bekanntheitsgrad für das Gesundheitszentrum und Bereitschaftsgrad der Inanspruchnahme einer Pflegeambulanz als mögliche unterstützende Form der Primärversorgung..</i> | <i>59</i> |
| <i>Abbildung 18: Darstellung der altersspezifischen Prävalenz der Herzinsuffizienz auf Stadtteilebene (Fokus auf Stadtteilcluster um Wilhelmsburg).....</i> | <i>XXVII</i> |
| <i>Abbildung 19: Gesundheitszustand nach Bildungsniveau in der Altersgruppe 18-29 Jahre.....</i> | <i>XXVIII</i> |
| <i>Abbildung 20: Gesundheitszustand nach Bildungsniveau in der Altersgruppe 30-44 Jahre.....</i> | <i>XXVIII</i> |
| <i>Abbildung 21: Gesundheitszustand nach Bildungsniveau in der Altersgruppe 45-65 Jahre.....</i> | <i>XXIX</i> |
| <i>Abbildung 22: Gesundheitszustand nach Bildungsniveau in der Altersgruppe ab 65 Jahre</i> | <i>XXIX</i> |

Tabellenverzeichnis

| | |
|---|----|
| <i>Tabelle 1: Übersicht über die Konzipierung der Primärversorgung in den gewählten Ländern</i> | 20 |
| <i>Tabelle 2: Entwicklung der Notfallversorgung im Wilhelmsburger Krankenhaus Groß-Sand (2019).</i> | 29 |
| <i>Tabelle 3: Arbeitsschritte für die Aufbereitung quantitativer Daten</i> | 43 |
| <i>Tabelle 4: Beispiele aus dem Fragebogen an verschiedenen Messskalen und verschiedenen Kodierungsmöglichkeiten.....</i> | 46 |
| <i>Tabelle 5: Patientenzufriedenheit mit der ärztlichen Versorgung bezüglich Information und Aufklärung.....</i> | 53 |
| <i>Tabelle 6: Auswertung zu der Abfrage des Bekanntheitsgrades und Inanspruchnahme der verschiedenen bildungs- und gesundheitsunterstützenden Angebote (Frage 18)</i> | 54 |
| <i>Tabelle 7: Abfrage des Wichtigkeitsgrades der Voraussetzungen, die für einen guten Informationsgrad über das Angebot (Frage 19) wichtig sind.....</i> | 55 |
| <i>Tabelle 8: Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand differenziert nach Alter und Bildung</i> | 60 |

Abkürzungsverzeichnis

A

| | |
|---------|-----------------------------|
| Abb. | Abbildung |
| AsylbLG | Asylbewerberleistungsgesetz |

B

| | |
|-------|---|
| bspw. | Beispielsweise |
| BZgA | Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung |

C

| | |
|-----------------------|---|
| CASMIN-Klassifikation | Comparative Analyses of Social Mobility in Industrial Nations |
| CCG | Competence Center Gesundheit |
| CHN | Community Health Nurse |
| COPD | Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (Chronic obstructive pulmonary disease) |

D

| | |
|------|---|
| DBfK | Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe |
| DIW | Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung |

F

| | |
|-----|---------------------|
| FHT | Family Health Teams |
|-----|---------------------|

G

| | |
|-----|----------------------------------|
| GKV | Gesetzlichen Krankenversicherung |
|-----|----------------------------------|

H

| | |
|------|---|
| HIBS | Hochschulinformations- und Bibliotheksservice |
| HNO | Hals-Nasen-Ohren Heilkunde |

I

| | |
|-----|----------------------------|
| IGS | Internationale Gartenschau |
|-----|----------------------------|

K

| | |
|----|------------------------------|
| KV | Kassenärztlichen Vereinigung |
|----|------------------------------|

| | |
|----------|--|
| M | |
| MVZ | Medizinische Versorgungszentrum |
| N | |
| NEPS | Nationale Bildungspanel |
| P | |
| PfIBG | Pflegeberufereformgesetz |
| PflAPrV | Pflegeberufe-Ausbildungs- und –Prüfungsverordnung |
| PHN | Public Health Nurses |
| PINAL | Pflege in anderen Ländern |
| PN | Practice Nurse |
| PVE | Primärversorgungseinheiten |
| PwC | PricewaterhouseCoopers GmbH |
| R | |
| RBS | Robert Bosch Stiftung |
| RN4CAst | Registered Nurse Forecasting |
| S | |
| SGB | Sozialgesetzbuch |
| SOEP | Sozioökonomische Panel |
| SVR | Sachverständigenrat |
| T | |
| TK | Techniker Krankenkasse |
| W | |
| WifOR | Wirtschaftliche Forschungsgesellschaft |
| WR | Wissenschaftsrat |
| Z | |
| Zi | Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland |
| ZQP | Zentrum für Qualität in der Pflege |

Zusammenfassung

Einleitung und Zielstellung

Mit dem demografischen Wandel steigt der Anteil multimorbider, chronisch erkrankter und pflegebedürftiger Patienten. Die Versorgung chronisch kranker Menschen mit oft komplexen Bedarfen wird in Zukunft, insbesondere in strukturschwachen Regionen, noch mehr an Bedeutung gewinnen und nach einer stadtteilbezogenen, koordinierten Verknüpfung von pflegerisch-medizinischen Leistungen verlangen. Das allgemeine Forschungsinteresse der vorliegenden Arbeit richtet sich auf die gesundheitlichen Versorgungsbedarfe der Menschen in einem sozial benachteiligten Stadtteil. Insbesondere wurden die Fragen zur ambulanten Versorgungssituation, zu den Versorgungsbedarfen bei den Teilnehmenden, die Unterstützungsangebote für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige und die Bewertung eines CHN-Präventionskonzeptes in einer Pflegeambulanz im Stadtteil Wilhelmsburg untersucht.

Methode

Basierend auf einer systematischen Literaturrecherche wurde ein quantitativ orientierter Fragebogen entwickelt, mit dem Bewohner des Hamburger Stadtteils Wilhelmsburg online sowie schriftlich befragt wurden.

Ergebnisse

Insgesamt nahmen 208 Einwohner aus Hamburg Wilhelmsburg an der Befragung teil. Die hausärztliche primäre Versorgung und besonders die wohnortnahe, fachärztliche Regelversorgung wurden von den meisten (72% der Befragten) als mangelhaft bewertet. Außerdem zeigte sich, dass viele Teilnehmende von komplexen Problemlagen betroffen waren und dass die Lebensbedingungen eine bedeutende Rolle spielten. Ein CHN-Präventionskonzept in Wilhelmsburg wurde positiv bewertet.

Schlussfolgerungen

Aus den Ergebnissen dieser Befragung ergeben sich Veränderungsbedarfe, die in die künftigen Planungen des Versorgungsmanagements des Stadtteils einfließen sollten. Diese könnten in weiten Teilen von einem Konzept basierend auf CHN abgedeckt werden.

Schlüsselwörter: Community Health Nursing (CHN), Versorgungsmodelle, Primärversorgung, strukturschwache Region.

Abstract

Introduction and objective

With demographic change, the proportion of multimorbid, chronically ill patients in need of care is increasing. The care of chronically ill people with often complex needs will become even more important in the future, especially in structurally weak regions, and will require a district-based, coordinated linking of nursing and medical services. The general research interest of the present work is directed at the health care needs of people in a socially disadvantaged urban district. In particular, questions about the outpatient care situation, the care needs of participants, the support services for people in need of care and family caregivers, and the evaluation of a CHN prevention concept in an outpatient care clinic in the Wilhelmsburg district were investigated.

Method

Based on a systematic literature research, a quantitative oriented questionnaire was developed, with which residents of the Hamburg district Wilhelmsburg were interviewed online as well as in writing.

Results

A total of 208 residents from Hamburg Wilhelmsburg participated in the survey. Most (72% of the respondents) rated the primary care and especially the regular specialist care close to home as poor. In addition, it became apparent that many participants were affected by complex problem situations and that living conditions played a significant role. A CHN prevention concept in Willhelmsburg was positively evaluated.

Conclusions

From the results of this survey, there are needs for change that should be incorporated into future plans for care management in the district. These could be covered to a large extent by a concept based on CHN.

Keywords: Community Health Nursing (CHN), care models, primary care, structurally weak region.

1. Einleitung

Im internationalen Vergleich verfügt Deutschland über eines der besten Gesundheitsversorgungssysteme der Welt. Gleichzeitig sind die Herausforderungen an das Gesundheitssystem enorm. An dem komplexen System des Gesundheitswesens sind viele Akteure wie Wissenschaft, Politik, Versicherungswesen, Pflegeberufe und Patienten¹, beteiligt.²

Mit dem demografischen Wandel steigt der Anteil multimorbider, chronisch erkrankter und pflegebedürftiger Patienten.³ Die Nachfrage nach einer nachhaltigen und effektiven Gesundheitsversorgung steigt und der Finanzierungsdruck erhöht sich. Gleichzeitig muss die Gesellschaft mit einem demografisch geprägten Fachkräftemangel umgehen können und sich mit einem sich abzeichnenden regionalen Gefälle bei der Versorgungsqualität auseinandersetzen.⁴

Um allen diesen Herausforderungen gerecht zu werden, wird der Ruf zur Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufs immer lauter. Auch wird die Forderung nach einer Akademisierung des Pflegeberufs immer stärker.⁵ Die Professionalisierung der Pflege in Deutschland ist schon ein langjähriges Projekt. Durch verschiedene Einflüsse verläuft die Professionalisierung hierzulande langsamer als im Rest der entwickelten Welt.⁶ Erst seit 2017 ist die hochschulische Erstausbildung zum ersten Mal berufsgesetzlich regelhaft im Pflegeberufegesetz verankert worden und seit Januar 2020 gibt es die Möglichkeit den Berufsabschluss auch durch ein generalistisches Pflegestudium mit einem Bachelorabschluss zu erwerben.⁷ Dort werden gemäß § 37 PflBRefG ganz klare Ziele der hochschulischen Pflegeausbildung beschrieben (Bsp. Steuerung und Gestaltung des Pflegeprozesses, Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung auf Basis von Pflegewissenschaft).⁸

Die zahlreichen Studien, z.B. PINAL-Studie („Pflege in anderen Ländern – vom Ausland lernen“, 2019) im Auftrag der Stiftung Münch⁹ oder die RN4Cast Studie vom Institut für

¹ Ausschließlich aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit nicht durchgängig eine geschlechterneutrale Sprache verwendet. Die männliche Form, die für diese Arbeit gewählt wurde, schließt alle anderen Formen gleichberechtigt ein.

² Vgl. IQWiG 2008. Das deutsche Gesundheitssystem im internationalen Vergleich (iqwig.de).

³ Vgl. WR - Wissenschaftsrat 2012, S. 7.

⁴ Vgl. VBW 2018. Herausforderungen an die Gesundheitsversorgung in Deutschland - Bing

⁵ Vgl. SVR 2018, S. 356.

⁶ Vgl. Robert Bosch Stiftung, Manifest 2018, S. 7.

⁷ Vgl. Jacobs. K. et al. 2018, S. 163.

⁸ Vgl. PflBRefG 2020, S. 2593.

⁹ Vgl. Stiftung München 2019, PINAL-Studie.

Pflegewissenschaft an der Universität Basel (2004-2014)¹⁰, haben im internationalen Vergleich festgestellt, dass gerade knapp 2 % der Pflegenden in Deutschland hochschulisch qualifiziert sind. Der Unterschied zwischen Deutschland und den untersuchten Ländern liegt darin, dass diese einen Hochschulabschluss voraussetzen.¹¹ Ein weiterer wesentlicher Unterschied ist, dass die professionellen Interessensvertretungen des Berufsstands in den untersuchten Ländern politisch gewollt und gefordert sind, dadurch ergibt sich für den Pflegenden die Möglichkeit, an der Entwicklung von Lösungen zum Erhalt der Gesundheitsversorgung aktiv beteiligt zu sein.¹² Das deutsche Gesundheitssystem ist unter anderem durch Über-, Unter- und Fehlversorgung gekennzeichnet. Die Versorgung chronisch kranker Menschen mit oft komplexen Bedarfen, wird in Zukunft noch mehr an der Bedeutung gewinnen und nach einer stadtteilbezogenen, koordinierten Verknüpfung von pflegerisch-medizinischen Leistungen verlangen. Eine gut entwickelte Primärversorgung im multiprofessionellen Team, das gesundheitsfördernde, präventive und pflegerische Maßnahmen umfasst, könnte eine zukünftige Lösung sein.¹³ Eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung sollte sich primär an der konkreten Lebenssituation und dem Schweregrad der Erkrankung des Patienten orientieren und nicht von seinem Wohnort, Einkommen oder seiner sozialen Schicht oder Herkunft abhängen.¹⁴ Der Morbiditätsatlas Hamburg 2013 zeigt in seinem Gutachten den Zusammenhang zwischen dem sozialen Status, Krankheitslast der Bevölkerung und Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung.¹⁵ So verringert eine gut organisierte ambulante Versorgung die stationäre Inanspruchnahme. Angesichts dessen ergeben sich neue Herausforderungen für die bedarfsgerechte gesundheitliche Versorgung der Menschen in Stadtteilen mit höherem sozialem Belastungsniveau. Seit längerem wird in Deutschland über die Stärkung der Primärversorgung als zentrale Eintrittspforte ins Gesundheitswesen diskutiert. Die mangelhafte sektorenübergreifende Zusammenarbeit mit fehlenden Verbindungen und Koordination der vorhandenen Ressourcen, ein segmentiertes System der sozialen Sicherung und deren Finanzierung sowie stark verankerte tradierte Rollenbildern in den Gesundheitsberufen sind nur einige wichtige Faktoren, die das klassische Primärversorgungskonzept in Deutschland ausbremsen. Damit die Primärversorgung ihre

¹⁰ Vgl. Stiftung München 2019, PINAL-Studie.

¹¹ Vgl. Zander, B. 2017, Krankenhaus-Report 2017, S. 71.

¹² Vgl. Die Schwester Der Pfleger 3/2019, S. 28.

¹³ Vgl. Burgi, M., Igl, G. 2021, Schriften zum Sozialrecht, Band 61, S. 7.

¹⁴ Vgl. SVR-Gutachten 2018, S.47.

¹⁵ Vgl. Erhart, M., et al., 2013. Morbiditätsatlas Hamburg, S 7.

Auswirkung entfalten kann, müssen im deutschen Gesundheitssystem bestehende Strukturen neu geordnet werden.¹⁶

Der Blick in andere Länder zeigt, dass man sich durch innovative Konzepte und vor allem durch eine gestärkte Rolle der Pflege den Herausforderungen im Gesundheitswesen stellen kann.¹⁷ In den untersuchten Ländern, unterscheidet sich je nach Gesundheitssystem auch der Zugang zu der Primärversorgung. In Ländern wie Slowenien, Finnland oder Kanada sind das Community Health Centers oder Polikliniken. In Deutschland dagegen wird das Potenzial der Gesundheitsförderung und Prävention derzeit noch nicht ausgeschöpft. Ein Symptom der fehlenden Versorgungsstrukturen sind steigende Patientenzahlen in Notaufnahmen der Kliniken.¹⁸ Das Phänomen des ungesteuerten freien Zugangs an den Notaufnahmen und die Möglichkeit sich selbst dort vorzustellen oder einliefern zu lassen, ist in allen deutschen Kliniken vorzufinden und steht seit längeren im Fokus der gesundheitspolitischen Diskussion. Die viel zu hohen Fallzahlen in den Notaufnahmen machen deutlich, dass ein unmittelbares Alternativangebot im ambulanten Sektor benötigt wird.¹⁹

¹⁶ Vgl. Schmid, A., Günther, S., Baierlein, J., 2020. Vom PORT-Gesundheitszentrum zur regionalen Primärversorgung, S. 17.

¹⁷ Vgl. Jakobs, K. et al. 2020. Pflege-Report 2020, S. 24

¹⁸ Vgl. Zimmermann, T. 2021. doi:10.17623/BZGA:224-i096-1.0

¹⁹ Vgl. SVR-Gutachten 2018, S. 433

2. Hintergrund

Zentrales Ziel eines Gesundheitssystems und die Kernaufgabe der Gesundheits- und Sozialpolitik muss die Sicherstellung eines bestmöglich zugänglichen und bedarfsgerechten Gebietes sein und ungünstige infrastrukturelle Konstellationen in strukturschwachen Stadtteilen sowie heterogene Lebensumstände berücksichtigen. Dieses hat viele Länder zur Integration von neuen kooperativen Versorgungsmodellen bewegt. Angesichts dieser Ausgangsbedingungen sind auch in Deutschland innovative Versorgungskonzepte erforderlich. Zudem ist die Akademisierung der Pflege in anderen Ländern, im Vergleich mit Deutschland, bereits wesentlich weiter vorangeschritten. In Ländern wie Finnland, Irland, Kanada, Neuseeland und in Teilen von Großbritannien und den USA agieren die Pflegenden mit gesetzlich geregelten, erweiterten Aufgaben. Advanced Practice Nursing (APN) ist in diesen Ländern bereits breit etabliert. Die Pflegefachpersonen (Advanced Practice Nurses) sind auf Masterniveau qualifiziert, besitzen ein spezielles Wissen und Expertise sowie ein klinisches Urteilsvermögen. Das ermöglicht ihnen das Arbeiten in einem erweiterten Tätigkeitsspektrum und in bestimmten Bereichen, wo sie auch autonom praktizieren dürfen. Leider ist noch weitgehend unklar, wie durch Bündelung der vorhandenen Ressourcen und Zuordnung von neuen Aufgaben- und Kooperationsformen zwischen den Gesundheitsberufen, neue Versorgungskonzepte für Deutschland aussehen sollen. Zahlreiche internationale Beispiele machen deutlich, dass Konzepte zur Stärkung der Primärversorgung nicht nur rein theoretischer, sondern bereits mehrfach gelebter Versorgungsalltag sind. Daher ist es sinnvoll, auf Länder, die die Realisierung solcher Modelle schon früher in den Fokus gerückt haben, zu blicken.

2.1. Medizinische Versorgungsstrukturen in Deutschland

In Deutschland wird häufig die hausärztliche Versorgung mit der Primärversorgung gleichgestellt. Die Hausarztpraxen bieten eine leicht erreichbare und kontinuierliche medizinische Versorgung für die Bevölkerung an. Die immanente Grenze zwischen den beiden Versorgungsangeboten führt oft dazu, dass die Notwendigkeit eines verbreiterten Primärversorgungsansatzes verkannt wird. Diese Versorgungslücke wird in Stadtteilen mit niedrigeren sozioökonomischen Bedingungen immer deutlicher. Die Hausarzt-, Facharzt- und

psychotherapeutische Praxen werden immer weniger und die Bevölkerung fühlt sich nicht ausreichend versorgt.

Dies führt dazu, dass die Krankenhausnotaufnahmen immer verstärkter konsultiert werden. Nachfolgend werden medizinische Versorgungsstrukturen sowie gesundheitspolitische und rechtliche Rahmen in Deutschland vorgestellt.

2.1.1. Ambulante Versorgung in Deutschland (Hamburg)

Die vertragsärztliche ambulante Versorgung in Deutschland ist in einen hausärztlichen und fachärztlichen Bereich gegliedert. Das Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) legt fest, dass alle Versicherten einen Anspruch auf medizinische Versorgungsleistungen haben. Die ambulante Versorgung in Hamburg weist eine hohe Versorgungsdichte auf (Ende 2020 waren in Hamburg 5.001 Ärzte niedergelassen, das entspricht ca. 292,9 Ärzte auf 100.000 Einwohner) und dennoch fehlen in sozialschwachen Stadtteilen Haus- und Kinderärzte.²⁰ Der Bericht der Sozialbehörde „Basisinformationen zur Gesundheit in Hamburg“ aus 2020, basierend auf den Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH), beschreibt die gesundheitliche Versorgung in Hamburg und gibt einen Überblick über die Einzeldiagnosen und Anzahl der ambulanten Behandlungsfälle, die am häufigsten diagnostiziert worden sind.²¹ Aus der Abbildung 1 geht hervor, dass es nachweislich ein Ungleichgewicht in der Anzahl der Behandlungsfälle gibt (wie bspw. in Wilhelmsburg, Veddel, Steilshoop, Dulsberg und Horn).²²

²⁰ Vgl. Statistikamt Nord 2021. Niedergelassene Ärzte in Hamburg bis 2020.

²¹ Vgl. Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration (Sozialbehörde), 2020. Basisinformationen zur Gesundheit in Hamburg, S.7-11.

²² Vgl. Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration (Sozialbehörde), 2020. Basisinformationen zur Gesundheit in Hamburg, S. 36.

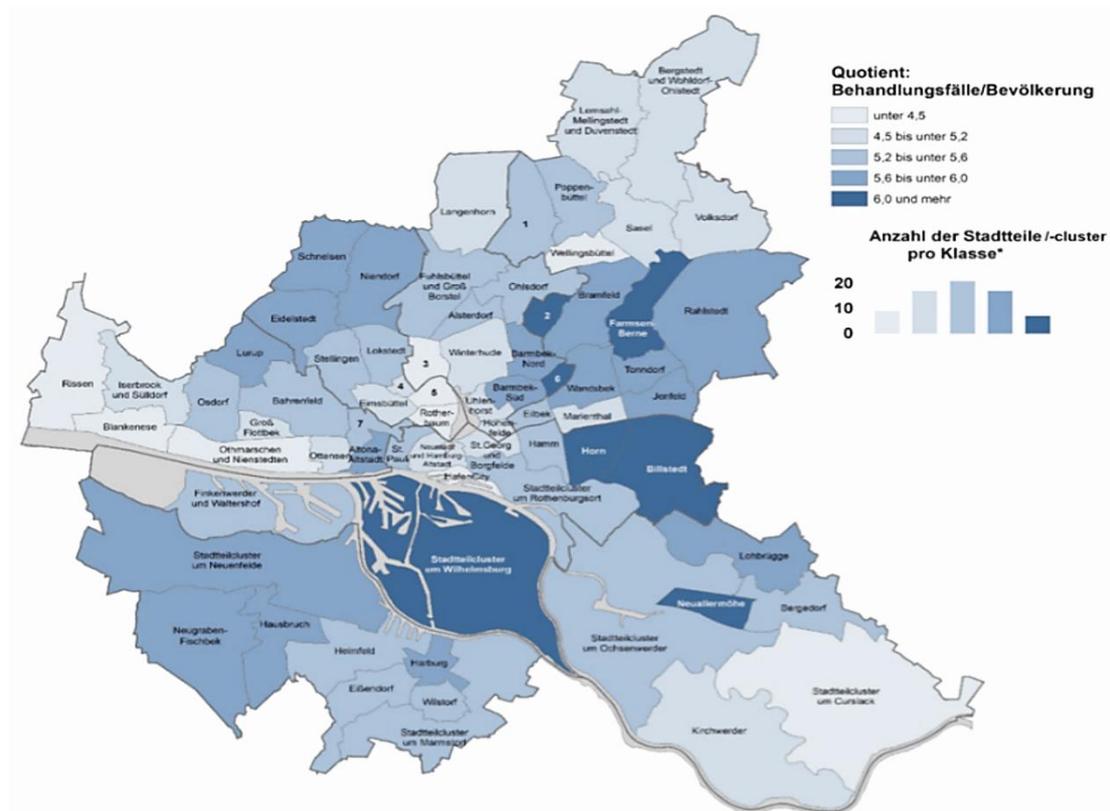


Abbildung 1: Ambulante Behandlungsfälle Erwachsener 20 Jahre und älter in Hamburg. (Quelle: Vgl. Sozialbehörde 2020. Basisinformationen zur Gesundheit in Hamburg, S. 35).

Eine weitere Problematik in dem niedergelassenen Bereich ist die demografische Entwicklung der Bevölkerung und der Nachwuchsmangel innerhalb der Ärzteschaft. Das wird inzwischen nicht nur auf dem Land, sondern auch in den abgrenzenden- und sozialbenachteiligten Stadtteilgebieten immer deutlicher. Gründe dafür sind zum einen, dass fast jeder dritte Vertragsarzt in Hamburg älter als 60 Jahre ist, zum anderen, dass die Medizin immer „weiblicher“ wird. Mittlerweile gibt es in Hamburg fast so viele Frauen wie Männer in der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung (Geschlechterverteilung: 2.510 Männer, 2.409 Frauen). Die Mehrheit der jungen Ärztinnen möchte nicht in einer eigenen Praxis arbeiten. Stattdessen, um Familie und Beruf besser vereinbaren zu können, werden die Teilzeitmodelle und die Anstellung in einer Gemeinschaftspraxis bevorzugt. Zudem ist die Tätigkeit in sozialschwächeren Gebieten für die jungen Ärzte nicht attraktiv genug. Beispielsweise wird die persönliche Zuwendung von Hausärzten schlechter bezahlt als die Leistungen durch Fachärzte und auch der Anteil an privatversicherten Patienten in sozialschwachen Regionen fällt sehr gering aus. Diese Entwicklung führt dazu, dass je nach regionalen Bedürfnissen und Besonderheiten nach neuen Versorgungsmodellen, die kooperativ

ausgerichtet sind, gesucht wird. Die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen (z.B. der Pflege) stellt eine interessante Alternative zum klassischen Praxiseinsatz dar und spielt eine wichtige Rolle für die Zukunft.²³

2.1.2. Versorgungsformen und Steuerung der Patienten im Notfall

Die Notfallversorgung in Deutschland gliedert sich in drei Bereiche, der ärztliche Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung (KV), der Rettungsdienst und die Notaufnahmen der Krankenhäuser. Es kommt aber sehr häufig vor, dass Patienten nicht in der geeigneten Versorgungsebene behandelt werden. Diese Fehleinschätzung, insbesondere bei jüngeren Menschen (Altersklasse 18- bis 29-Jährigen), wie die PWC-Studie aus 2019 zeigt, hat mehrere Ursachen. Unter anderem auch wegen längeren Wartezeiten auf einen Behandlungstermin beim Haus- oder Facharzt würden etwas mehr als ein Fünftel der Bundesbürger eine Notaufnahme im Krankenhaus aufsuchen.²⁴ Mit dem Ziel die Notaufnahmen der Krankenhäuser zu entlasten und die Patienten in die richtige Versorgungsebene zu lenken, hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) im Jahr 2012 für den ärztlichen Bereitschaftsdienst eine bundesweit einheitliche Rufnummer (116/117) eingeführt. Unter dieser Nummer können sowohl Kassen- als auch Privatpatienten außerhalb der Sprechstunden, Hilfe bekommen.²⁵ Die Voraussetzung, um das richtige Versorgungsangebot in Anspruch zu nehmen, ist eine differenzierte Kenntnis über das bestehende Versorgungsangebot zu haben. Allerdings ist laut KBV-Versichertenbefragung 2019 nur 19% der 18- bis 79-jährigen deutschsprachigen Versicherten die 116-117 Nummer bekannt.²⁶ Der Bekanntheitsgrad der 116-117 Nummer für den ärztlichen Bereitschaftsdienst änderte sich im Jahr 2020 (stieg auf 32%). Als Hotline rund um verschiedene Anliegen zum Coronavirus, werden der Nummer neue Funktionen und eine erweiterte Erreichbarkeit zugesprochen.²⁷

²³ Vgl. Kassenärztliche Vereinigung Hamburg. Versorgungsbericht 2015, S. 8-10.

²⁴ Vgl. pwc-Studie zur Notfallversorgung in Deutschland 2019, S. 8-9. (<https://www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/berichtsband-notaufnahmen-in-not.pdf>).

²⁵ Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Patienten Informationsplattform 2021 (www.116117.de).

²⁶ Vgl. Versichertenbefragung der KBV 2019, S. 36 (https://www.kbv.de/media/sp/Berichtband_Ergebnisse_der_Versichertenbefragung_2019.pdf).

²⁷ Vgl. Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2020, S. 19.

2.1.3. Aktuelle Herausforderungen für das Gesundheitssystem und die Pflege in Deutschland

Ungleichmäßige Bevölkerungsverteilung, ungleiche Gesundheitschancen, Volkskrankheiten, Versorgungsdefizite, Fachkräftemangel und die demografische Entwicklung (Abb.2) sind Herausforderungen, die im deutschen Gesundheitssystem zu bewältigen sind.²⁸

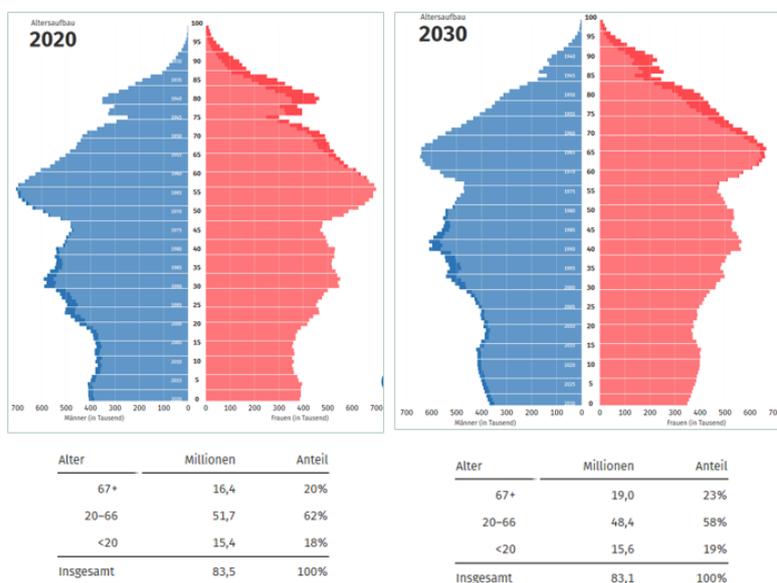


Abbildung 2:
Bevölkerungsvorausberechnung von 2021 bis 2030 in Deutschland.
(Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis), Wiesbaden 2021.)

Dazu kommen noch die zu geringe Durchlässigkeit, unzureichende Koordination und Kooperation an den Schnittstellen zwischen Prävention, ambulanter- und stationärer Versorgung.²⁹

2.1.4. Primärversorgung - zentrale Eintrittspforte ins Gesundheitswesen

Die primäre Gesundheitsversorgung ist die erste niederschwellige Versorgungsstruktur eines Gesundheitssystems, die ambulante medizinische und psychosoziale Leistungen erbringt. Das Konzept „Primary Health Care“ wird in der Deklaration von Alma Ata (Kasachstan 1978) als integraler Bestandteil des nationalen Gesundheitssystems des Landes dargestellt. Diese Grundversorgung basiert auf praktischen, wissenschaftlichen und gesellschaftlich akzeptablen Methoden und befasst sich mit den wichtigsten Gesundheitsproblemen des Einzelnen wie auch der Familien und der Gemeinden. Die primäre Gesundheitsversorgung als erste Kontaktebene zum Gesundheitssystem soll so nah wie möglich am Lebensmilieu der Menschen angesiedelt

²⁸ Vgl. Broschüre-Community-Health-Nursing 2019, S. 34-36.

²⁹ Vgl. SVR Gutachten 2018, S.363

sein.³⁰ Die Alma-Ata-Deklaration war in erster Linie auf die Entwicklungsländer ausgerichtet. Derzeitig lässt sich aber auch in der Gesundheitsversorgung der industrialisierten Länder eine immer größere Ungleichheit und Fehlentwicklung nachweisen. Defizite wie ungleicher Zugang zur Gesundheitsversorgung für Menschen mit Migrationshintergrund, mit niedrigen sozioökonomischen Status und einem niedrigeren Bildungsniveau, sind in Deutschland sowie speziell im Hamburger Stadtteil Wilhelmsburg deutlich. Obwohl es in Deutschland immer mehr chronisch kranke und multimorbide Patienten gibt, wird der Fokus immer stärker auf die akutmedizinische Versorgung gelegt. Für diese Fehlentwicklung sind unterschiedliche Faktoren verantwortlich, u.a. die Ökonomisierung des Gesundheitswesens, die rechtliche Rahmenbedingungen etc. Ein Blick in andere Länder zeigt, dass die Primärversorgung schon seit einigen Jahren anders gelebt wird. Je nach Gesundheitssystem und dem „Primary Health Care“ Konzept wird die primäre Gesundheitsversorgung in Community Health Centers, Arztpraxen in Polikliniken oder in den MVZs der Krankenhäuser angeboten.³¹ Nachfolgend wird ein Überblick über die Aufgaben und Tätigkeiten von Community Health Nurses in unterschiedlichen Settings gegeben und ein Vergleich der Primärversorgung in Deutschland, mit den verschiedenen Primärversorgungsmodellen in anderen Ländern dargestellt.

2.2. Community Health Nursing (CHN)

Der Begriff Community Health Nursing (CHN) findet in der deutschen Sprache keine direkte Übersetzung. Die „Community“ kommt dem deutschen Begriff „Gemeinde“ relativ nahe. Für „Health-Nursing“ als Entsprechung im Deutschen, wurde 2004 die Berufsbezeichnung Gesundheits- und Krankenpfleger für Pflegefachpersonen eingeführt. Der Einsatz von Community Health Nurses fördert die Erweiterung des pflegerischen Handlungsfeldes. Die Pflegefachkräfte sollen klinische Aufgaben in der Primärversorgung wie z.B. Behandlung von Patienten mit chronischen Erkrankungen, Koordination und Steuerung von Versorgungsprozessen und Aufgaben in der Gesundheitsförderung übernehmen.³² Durch die Community Health Nurse als erste Ansprechpartnerin für Gesundheitsförderung und Prävention wie auch krankheitsbezogene Probleme der Menschen in ihren Lebenswelten, wird ein niederschwelliger Zugang zu den Leistungen des Gesundheitswesens gesichert. Die Zielgruppen und die Handlungsschwerpunkte von Community Health Nursing sind stark

³⁰ Vgl. WHO - World Health Organization (1978) Declaration of Alma-Ata.

³¹ Vgl. Zimmermann, T., 2021, BZgA.

³² Vgl. Broschuere-Community-Health-Nursing 2019, S. 11.

Settingabhängig. So ist z.B. in strukturschwachen ländlichen Gebieten eine ganz andere Bedarfslage als in sozial benachteiligten Stadtteilen. Im Fokus der Einrichtungen für gesundheitliche Primärversorgung sollen insbesondere die vulnerablen Menschengruppen stehen. Unter vulnerablen Zielgruppen denkbar wären z.B. alte Menschen mit Unterstützungsbedarf, Kinder und Erwachsene mit chronischen Erkrankungen, mit Sucht- und/oder psychischer Erkrankung, Schwangere, Menschen mit Migrationshintergrund und auch Menschen in schwierigen sozialen oder wirtschaftlichen Situationen. Aus diesen Settingstrukturen ergeben sich die Handlungsschwerpunkte der Community Health Nurse (Krankheitsabhängig, Bevölkerungsabhängig, Aufgabenfeldabhängig). Ein wichtiges Merkmal dieser Versorgungsebene ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit aller Berufsgruppen (Ärzte, Pflege, Therapieberufe, Sozialarbeiter etc.) die ihren Beitrag zu einer besseren Gesundheitsversorgung leisten können.³³

2.2.1. Etablierung von Community Health Nurse in der gegenwärtigen Versorgungspraxis in Deutschland

Seit 2017 wird das von der Agnes-Karll-Gesellschaft geführte Projekt „Community Health Nursing“ in Kooperation mit dem DBfK geleitet und durch die Robert Bosch Stiftung tatkräftig unterstützt. Das Ziel des Projekts ist, das pflegerische Berufsbild mit eigenen Handlungsfeldern als Community Health Nursing in das deutsche Gesundheitssystem zu etablieren. In der ersten Phase des Projektes wurden mögliche Aufgabenfelder und Leistungsprofile von Community Health Nurses in Deutschland dargestellt. Allerdings stellte man relativ schnell fest, dass die in Deutschland verfügbaren hochschulischen Qualifizierungsmöglichkeiten nicht zufriedenstellend sind. Daraufhin folgte im zweiten Schritt die Entwicklung von Masterstudiengängen, die durch die Robert Bosch Stiftung gefördert werden. Die neuen Masterstudiengänge wurden in der dritte Projektphase, ab Juli 2020 für das Wintersemester 2020/21 an der Universität Witten-Herdecke, der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar und an der Katholischen Stiftungshochschule München angeboten.³⁴

³³ Vgl. Broschuere-Community-Health-Nursing 2019, S. 27-29.

³⁴ Vgl. Broschuere-Community-Health-Nursing 2019, S. 16-21.

2.2.2. Masterstudiengang CHN- ein Pionierprojekt in Deutschland

Konzeptionelle Ansatzpunkte für das Curriculum wurden durch die Agnes-Karll-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung in Berlin 2018 definiert. Es wurden folgende Aufgaben beschrieben:

- *„Primärversorgung und Sicherung von Versorgungskontinuität im ambulanten Sektor*
- *Erweiterte Gesundheitsförderung sowie Primär- und Sekundärpräventionsprogramme (z. B. Sturz, Unfall, Tabakentwöhnung)*
- *Wiederholungs- und Kontrolluntersuchungen sowie Screenings auf Krebserkrankungen oder andere Vorsorgeuntersuchungen/Check-ups*
- *Eigenverantwortliche Behandlung von z. B. Erkältungskrankheiten*
- *Monitoring und Management chronischer Krankheiten sowie die*
- *Beteiligung an strukturierten Behandlungsprogrammen (z. B. Disease Management für Diabetes, Arthritis, Asthma)*
- *Selbstmanagement der Patienten durch Information, Beratung und Anleitung*
- *Versorgungskoordination und Navigation durch das Gesundheitssystem sowie integrierte Versorgung durch Kooperation im ambulanten und stationären Sektor.*“³⁵

Die Kernaufgabe von Community Health Nurses ist, die Menschen in jeder Lebenslage und Altersgruppe in der Bewältigung des Alltags zu unterstützen. Zu den jeweiligen Aufgabengebieten fallen konkrete Tätigkeiten an:

- Klinisches Assessment und körperliche Untersuchung
- Ersteinschätzung und Beratung
- Gesundheitserhaltung und -förderung
- Befähigung von Patienten zum Selbstmanagement
- Koordination, Kooperation, Leadership
- Bedarfserhebung - Erhebung von Gesundheitsproblemen von Einzelnen oder Gruppen.

³⁵ M. Burgi, G. Igl 2021. Community Health Nursing –Wegweiser für die Etablierung in Deutschland, S. 9.

Um die beschriebenen Aufgaben zu erfüllen, erwirbt die Community Health Nurse die allgemeinen (Kern)Kompetenzen (Bsp. Methodenkompetenz, Sozialkompetenz, personale Kompetenz) in einem Studium auf Masterniveau.

Zur Ausübung einer erweiterten Pflegepraxis sind auch spezifische Kompetenzen erforderlich. In unterschiedlichen Masterstudiengängen können folgende höhere Kompetenzen erworben werden: Behandlung/Medikamentenmanagement, Triagieren, Assessment und Epidemiologie, Qualitätsmanagement, Anwendung neuer Technologien, Beratung.³⁶

2.3. Gesundheitspolitischer und rechtlicher Rahmen

Die rechtlichen Rahmenbedingungen für Community Health Nursing ist ein viel diskutiertes und strittiges Thema in Deutschland. Die CHN in Deutschland hat keinen spezifischen Stellenwert in der pflegerischen Versorgung, sondern agiert im aktuell gegebenen rechtlichen Rahmen.³⁷

Grundsätzlich wird zwischen direktem und indirektem Berufsrecht unterschieden. Zum direkten Berufsrecht zählen unter anderem die Berufsausbildung, die Berufszulassung und die Berufsausübung. Zum indirekten Berufsrecht gehören Haftungs- und Strafrecht sowie die sozialleistungserbringungsrechtlichen Fragen aus SGB V und SGB XI. Die leistungsrechtliche Fragenstellungen werden im SGB V durch ein Beziehungsdreieck zwischen den Sozialleistungsträger, den Leistungserbringer und der sozialleistungsberechtigten Person geregelt. Über das Sachleistungsprinzip wird der Leistungsanspruch der Versicherten konkretisiert. Inhalt und Umfang des Leistungsanspruchs ergibt sich aus einem Zusammenspiel von gesetzlichen Regelungen. Die Krankenkassenvertreter sind der Landes- und Spitzenverband. Die Leistungserbringer, in der ersten Linie aus dem ärztlichen Bereich, werden unter anderem durch die Kassenärztlichen Vereinigungen, dem Hausärzteverband und dem Fachverband Marburger Bund vertreten. Daher ist das gesamte Versorgungsgeschehen und auch die Gesundheitspolitik verstärkt durch die Ärzte beeinflusst. Durch diese berufsrechtlichen Bestimmungen ist die Erbringung von Gesundheitsleistungen mehrfach limitiert. So ist zum Beispiel die Ausübung einer selbstständigen heilkundlichen Tätigkeit nur den Ärzten und Heilpraktikern vorbehalten. Das heißt, wenn bestimmte Tätigkeiten im Rahmen

³⁶ Vgl. Broschuere-Community-Health-Nursing 2019, S. 16-21.

³⁷ Vgl. Burgi, M., Igl, G. 2021. Rechtliche Voraussetzungen und Möglichkeiten der Etablierung von Community Health Nursing (CHN) in Deutschland. S. 25.

von CHN eine heilkundliche Tätigkeit ist, die nach gegenwärtigem Recht (De lege lata) ärztliche Tätigkeit darstellt, greift die oben benannte rechtliche Maßgabe und begrenzt die Erbringung von Gesundheitsleistungen.³⁸

Anders als in Deutschland ist die professionelle Interessensvertretung des pflegerischen Berufsstands im internationalen Vergleich politisch gewollt und gefördert. Dadurch ergibt sich für den Pflegenden die Möglichkeit an der Entwicklung von Lösungen zum Erhalt der Gesundheitsversorgung aktiv beteiligt zu sein.³⁹

Nachfolgend werden die wichtigsten Handlungsfelder, die zu den CHN zugeordneten Tätigkeiten zählen, beschrieben.

2.3.1. Prävention und Gesundheitsförderung

Definition: „*Prävention ist der allgemeine Oberbegriff für alle Interventionen, die zur Vermeidung oder Verringerung des Auftretens, der Ausbreitung und der negativen Auswirkungen von Krankheiten oder Gesundheitsstörungen beitragen. Prävention wirkt durch Ausschaltung von Krankheitsursachen, durch Früherkennung und Frühbehandlung von Krankheitsrisiken oder durch die Vermeidung des Fortschreitens einer bestehenden Krankheit.*“⁴⁰

Zu den CHN-Tätigkeiten im Rahmen der Präventionsansätze gehören erzieherische, psychologische und medizinische Interventionen.

Die Gesetzgebung im Handlungsfeld der Prävention und Gesundheitsförderung deutet nur mittelbar darauf, dass auch nicht ärztliches Personal die Leistungen der verhaltensbezogenen Prävention in Lebenswelten nach einer „Zertifizierung“ durch die zuständige Krankenkasse (§ 20 Abs. 5 SGB V⁴¹) anbieten und erbringen dürfen. Die CHN-Personen werden in diesem Kontext nicht ausgeschlossen, aber auch nicht explizit genannt.⁴²

³⁸ Vgl. Burgi, M., Igl, G. 2021. Rechtliche Voraussetzungen und Möglichkeiten der Etablierung von Community Health Nursing (CHN) in Deutschland. S 118.

³⁹ Vgl. Die Schwester Der Pfleger 3/2019, S. 28.

⁴⁰ Franzkowiak, P., BZgA 2018. Prävention und Krankheitsprävention (doi:10.17623/BZGA:224-i091-2.0).

⁴¹ Sozialgesetzbuch (SGB V) Fünftes Buch Gesetzliche Krankenversicherung, § 20 SGB V Primäre Prävention und Gesundheitsförderung. Stand: 27.9.2021. <https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/20.html>.

⁴² Vgl. Burgi, M., Igl, G.. 2021. Rechtliche Voraussetzungen und Möglichkeiten der Etablierung von Community Health Nursing (CHN) in Deutschland. S 131.

2.3.2. Kurative ambulante Krankenversorgung

Ein sehr wichtiges Handlungsfeld für CHN liegt im ambulanten Bereich, dem kurativmedizinischer Behandlungsfeld. Hier werden die Primärversorgungsaufgaben wie Untersuchung, Beratung und Behandlung in den Fokus gestellt. Dennoch steht die ärztliche Behandlung als „Herzstück“ der ambulanten Krankenversorgung im Mittelpunkt. Die durch Ärzte delegierte und durch das nichtärztliche Personal (z.B. Pflege) erbrachte Leistungen (Delegation; § 28 Abs. 1 S. 2 u. 3 SGB V⁴³) werden automatisch als Teil der ärztlichen Tätigkeit deklariert. Eine Ausnahme bietet § 37 Abs. 1 SGB V⁴⁴, der als Leistungserbringer der „häuslichen Krankenpflege“ die „geeigneten Pflegekräfte“ nennt. Allerdings kann die erforderliche Grund- und Behandlungspflege, als Bestandteil der häuslichen Krankenpflege, nur nach ärztlicher Verordnung (gemäß § 73 Abs. 2 S. 1 Nr. 8 SGB V⁴⁵) erbracht werden. Zumindest werden hier ein Profil und eine Qualifikation genannt, die auch auf CHN-Personen zutreffen.⁴⁶

Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz aus 2008 hat über das Modellvorhaben (auf längstens acht Jahre befristet) die Möglichkeit geschaffen, die Aufgaben zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Personal neu zuordnen. Die Modellversuche zur Substitution ärztlicher Leistungen werden durch § 63 Abs. 3c Satz 1 SGB V bestimmt: *„(3c) Modellvorhaben nach Absatz 1 können eine Übertragung der ärztlichen Tätigkeiten, bei denen es sich um selbstständige Ausübung von Heilkunde handelt und für die die Angehörigen des im Pflegeberufegesetz geregelten Berufs auf Grundlage einer Ausbildung nach § 14 des Pflegeberufegesetzes qualifiziert sind, auf diese vorsehen [...]. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in Richtlinien fest, bei welchen Tätigkeiten eine Übertragung von*

⁴³ Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), 2015. Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 S.3 SGB V.

⁴⁴ Vgl. Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) § 37 Häusliche Krankenpflege. http://www.gesetze-im-inter net.de/sgb_5/___37.html.

⁴⁵ Vgl. Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) § 73 Kassenärztliche Versorgung, Verordnungsermächtigung. https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/___73.html.

⁴⁶ Vgl. Burgi, M., Igl, G., 2021. Rechtliche Voraussetzungen und Möglichkeiten der Etablierung von Community Health Nursing (CHN) in Deutschland. S. 132.

Heilkunde auf die Angehörigen des in Satz 1 genannten Berufs im Rahmen von Modellvorhaben erfolgen kann.“⁴⁷

Für die Leistungserbringung innerhalb von Modellvorhaben in Bezug auf die „Verordnung von Verbandsmitteln und Pflegehilfsmitteln“, „inhaltliche Ausgestaltung der häuslichen Krankenpflege einschließlich deren Dauer“ oder betreffend ärztlicher Tätigkeiten nach § 63 Abs. 3c SGB V, ist eine ärztliche Anordnung bzw. eine Verordnung nicht vorgesehen, vielmehr ist das eine „selbstständige Ausübung von Heilkunde“ durch die Pflegefachkräfte.⁴⁸

2.3.3. Medizinische Rehabilitation

Medizinische Rehabilitation ist eine vielfältige Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Rechtsgrundlage zur Rehabilitation ist im SGB IX verankert. Das Leistungsspektrum und die Zuständigkeiten bestimmen die Normen, die im SGB V verankert sind. Die Rehabilitation zielt darauf ab, einer drohenden Behinderung entgegenzuarbeiten, eine bestehende Fähigkeitsstörung zu lindern oder so weit wie möglich zu kompensieren. Sie verfolgt einen berufsgruppenübergreifenden Einsatz mit dem Ziel, eine Wiedereingliederung in den Alltag zu erreichen.⁴⁹ Leider sind auch in diesem Handlungsfeld die CHN-Personen als Leistungserbringer mit der Möglichkeit einen Vergütungsanspruch zu erzielen, im bestehenden Recht gar nicht vorgesehen. Stattdessen, ist fast durchgehend eine Weisungsbefugnis oder ein Ordnungsrecht nur für Ärzte festgesetzt. Es ist offensichtlich, dass eine Etablierung von CHN-Strukturen mit finanziell validen Regelungen bei dieser Ausgangslage außerordentlich wichtig wäre.⁵⁰ Nach geltendem Recht lassen sich folgende Leistungsbereiche, in denen CHN-Personen durch erbrachte Leistungen die Vergütungsansprüche auslösen dürfen, zusammenfassen:

- Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten
- Leistungen der häuslichen Krankenpflege (nur nach ärztlicher Verordnung)

⁴⁷ Vgl. Sozialgesetzbuch (SGB V) Fünftes Buch Gesetzliche Krankenversicherung, § 63 Abs. 3c Satz 1 SGB V Grundsätze. Stand: 27.9.2021. <https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/63.html>

⁴⁸ Vgl. Burgi, M., Igl, G., 2021. Rechtliche Voraussetzungen und Möglichkeiten der Etablierung von Community Health Nursing (CHN) in Deutschland. S. 126.

⁴⁹ Vgl. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). 2020. Medizinische Rehabilitation: Grundsätze und Rahmenbedingungen. https://www.kbv.de/media/sp/MedReha_Grunds_tze_und_Rahmenbedingungen.pdf.

⁵⁰ Vgl. Burgi, M., Igl, G., 2021. Rechtliche Voraussetzungen und Möglichkeiten der Etablierung von Community Health Nursing (CHN) in Deutschland. S. 128.

- ambulanten Rehabilitation im Rahmen von Patientenschulungen und Nachsorgemaßnahmen (nur nach ärztlicher Verordnung)
- Hilfeleistungen im Rahmen der ärztlichen Behandlung (nur nach ärztlicher Anordnung)
- Leistungen innerhalb von Modellvorhaben

Nach dieser Zuordnung, die grundlegend auf dem gegenwärtigen Rechtszustand (*de lege lata*) beruht, könnte man die Gestaltung der künftigen Rechtslage (*de lege ferenda*), die für CHN einen praktikablen Rechtsrahmen anbietet, vornehmen.⁵¹

2.3.4. Institutionelle bzw. organisatorische Gestaltungsoptionen

Anders als im vorherigen Abschnitt werden hier jetzige und zukünftige institutionelle bzw. organisatorische Gestaltungsoptionen in Betracht gezogen. Diese Thematik betrifft nicht nur CHN-Leistungserbringer, sondern auch die intendierten Kooperationspartner und andere relevante Akteure (Bsp. Kommunen und Krankenkassen) und letzten Endes den Staat als gesetzgebende Gewalt. Der Staat spielt eine entscheidende Rolle, denn nur nach Änderung des bestehenden Rechtsrahmens wird eine institutionelle bzw. organisatorische Umgestaltung möglich sein. In künftigen Regelungsmöglichkeiten soll verdeutlicht werden, ob CHN zukünftig im Angestelltenstatus bei der Kommune (nur bei kommunaler Beteiligung), einem Hausarzt bzw. in einem MVZ oder als (Mit-)Einrichtungsträgerschaft auftreten soll. Die bereits bestehenden CHN-Projekte in Deutschland sind überwiegend auf kommunalen Ebenen (gebietsbezogener Ansatz) angesiedelt. Gemeinsamkeit für alle bestehenden Projekte ist, dass sie bislang keinen Bezug zur CHN-Thematik gefunden haben. Es gab bis jetzt auch kein institutionell-organisatorisches Modell, das auf einen bundes- oder landesweiten Einsatz adaptiert werden konnte. Alle Projekte sind auf die Fördermittel angewiesen und dadurch stark limitiert. Aus dem Rechtsgutachten Burgi/Igl (2021) geht hervor, dass in Zukunft neben den Spenden und Geldern von Stiftungen auch viele andere Finanzierungsmöglichkeiten durch die Gesetzliche Krankenversicherung (nach SGB V), Soziale Pflegeversicherung (nach SGB XI) und Steuermitteln aus den Kommunen zur Verfügung gestellt werden sollen. Auch im Hinblick auf die institutionellen und die organisatorischen Aspekte sind Änderungen im Sozialgesetzbuch ebenfalls dringend

⁵¹ Vgl. Burgi, M., Igl, G., 2021. Rechtliche Voraussetzungen und Möglichkeiten der Etablierung von Community Health Nursing (CHN) in Deutschland. S 135-136.

notwendig. Die Startphase des Aufbaus von CHN-Strukturen in Deutschland und eine erfolgreiche Verankerung der CHN-Personen in den bereits bestehenden Institutionen - Krankenhaus, Hausarzt, MVZ oder Gesundheitszentrum (GVZ) - könnten durch diese Gesetzesänderungen ermöglicht werden. Der dadurch gesicherte Angestelltenstatus der CHN-Personen wird weniger einzelvertraglichen Aufwand und mehr Synergien bedeuten. Besonders wichtig wäre, diesen weiterentwickelten Aspekt im jeweiligen Landespflegegesetz und den Öffentlichen Gesundheitsdienstgesetz zu verankern.⁵²

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das volle Potenzial der CHN in der Berufspraxis nur genutzt werden kann, wenn eine Neujustierung von Zuständigkeiten der Pflegefachpersonen stattfindet und eine Etablierung im Berufs- sowie Leistungs- und Leistungserbringungsrecht erfolgen. Hier ist außerdem der Gedanke aufzugreifen, dass sich die (Pflegefachkräfte)-CHNs durch eine Vereinigung (z.B. Pflegekammer) vertreten lassen sollten, die eine Durchsetzungskraft besitzt und gesetzliche Legitimation absichert. Eine Lösungsmöglichkeit wäre, wenn der konzeptionelle Rahmen des bestehenden Pflegeberufgesetzes (PflBG) erweitert wird, um das Aufgabenprofil der Pflegefachpersonen zu schärfen. Damit könnte eine Verknüpfung zwischen der Ausbildung, der pflegerischen Qualifikation und dem pflegerischen Handeln gewährleistet werden.⁵³

2.4. Kommunale Gesundheitszentren- ein Blick in andere Länder

Der erste Blick in die Primärversorgungsmodelle anderer Ländern zeigt, dass diese über ein breites Spektrum an Entwicklungskonzepten und Vergütungsformen verfügen. Die integrierten Gesundheitszentren ermöglichen eine wohnortnahe Basisversorgung und dienen als erste Anlaufstelle für Menschen mit verschiedensten gesundheitlichen Problemen. Beispielsweise in Kanada und Brasilien sind das „Family Health Teams“, in den skandinavischen Ländern und Slowenien sind das kommunale Gesundheitszentren oder in Spanien und Schweden die „Primary Health Care Teams“. Deutschland unterscheidet sich hinsichtlich seines Gesundheitssystems, seiner Investitionen in die Bildung und die Akademisierung, des wirtschaftlichen, gesundheitlichen, sozialen und kulturellen Wohlergehen sowie der Siedlungsstruktur von den oben aufgeführten Ländern. Das deutsche Gesundheitssystem ist

⁵² Vgl. Burgi, M., Igl, G., 2021. Rechtliche Voraussetzungen und Möglichkeiten der Etablierung von Community Health Nursing (CHN) in Deutschland. S 154-165.

⁵³ Vgl. Burgi, M., Igl, G., 2021. Rechtliche Voraussetzungen und Möglichkeiten der Etablierung von Community Health Nursing (CHN) in Deutschland. S 38.

teuer und stark auf die stationäre Krankenhausversorgung fokussiert.⁵⁴ Durch Verlagerung von Tätigkeiten und Ressourcen aus dem kostenintensiven Krankenhausesektor in den ambulanten Bereich und durch Verbesserung der Qualifikationsstruktur des Pflegepersonals, könnte eine Effizienzsteigerung erreicht werden. Allerdings teilen sich alle Länder die gleichen Herausforderungen, die der demografische Wandel und die epidemiologischen Entwicklungen mit sich bringen.⁵⁵ Unter Berücksichtigung des Umfangs dieser Arbeit kann nur eine geringe Auswahl dieser Länder als Vergleich dargestellt werden. Tabelle 2 gibt einen ersten groben Einblick in die Primärversorgungskonzepte der ausgewählten Ländern. Die Primärversorgungskonzepte in Slowenien, Österreich, Finnland und Kanada werden im Folgenden dargestellt. Mit dieser Auswahl lässt sich das breite Spektrum unterschiedlicher Voraussetzungen erkennen.

⁵⁴ Vgl. Die Schwester Der Pfleger 3/2019. Wo steht die deutsche Pflege im internationalen Vergleich? S. 28.

⁵⁵ Vgl. Die Schwester Der Pfleger 5/2019. Gemeinsam eine gute Versorgung sichern. S. 78-81.

| Land/ Konzept | Gesundheits- system/ Finan- zierung | Entstehung | Rolle der Pflege | Tätigkeits- schwerpunkte | Bildungs- niveau der Pflegeperso- nen |
|--|--|--|---|--|--|
| Slowenien (Dom zdravlja) | Wird fast ausschließlich über Sozialversicherungsbeiträge finanziert. Gesundheitszentren werden von Kommunen getragen und durch Kombination von Kopfpauschale und Einzelleistungsvergütung refinanziert. | Die Gesundheitszentren wurden in den 1950er und 1960er-Jahren etabliert. Der nationalen Krankenversicherung definiert den Leistungskatalog. | In den Gesundheitszentren spielt die Practice Nurse (PN) eine starke Rolle. In der Ambulante Pflege - Community Health Nursing (CHN) agiert als eigenständige Abteilung. Die CHNs sind in den Gemeinden und Haushalten vor Ort tätig (je. CHNs ist für ein begrenztes Gebiet mit ca. 2.500 Einwohnern zuständig). | PNs Aufgaben: <u>Früherkennungsuntersuchungen</u> (Bluthochdruck, Diabetes, COPD, Asthma, Depression, kardiovaskuläre Erkrankungen). <u>Ermittlung individueller Risikofaktoren und Beratung</u> (Übergewicht, Ernährung, Bewegung, Rauchverhalten und psychosoziale Situation). Regelmäßige Kontrollen für chronisch Erkrankte. | Hochschulisch qualifizierte Pflegende auf Bachelor-/Masterniveau evtl. noch Zusatzqualifikationen. Für die Zulassung als CHN müssen Pflegende neben dem Bachelorabschluss eine mindestens fünfjährige Berufspraxis im Krankenhaus haben. ⁵⁶ |
| Österreich Primärversorgungseinheit: <u>in Form von Zentren</u> - multiprofessionelles Team in einer Praxis oder <u>in Form von Netzwerken</u> - multiprofessionelle Teamarbeit in unterschiedlichen Ordinationen. ⁵⁷ | Gemischte Finanzierung der Gesundheitsversorgung (Bund, Länder, Gemeinden und Sozialversicherungsträger). | 2013 Gesundheitsreform mit dem Ziel Primärversorgung zu stärken. Steuerung durch Bundes- und Landeskommisionen 2017 Primärversorgungsgesetz verabschiedet und Primärversorgungseinheiten (PVE) eingeführt. | Diplomierete Pflegepersonal arbeitet in einem multiprofessionellen Team von Allgemeinmedizinern sowie anderen Gesundheits- und Sozialberufen. ⁵⁸ | Akutversorgung, Versorgung chronisch kranken Patienten, sowie psychosoziale Betreuung, gesundheitsfördernden Maßnahmen und Prävention. ⁵⁹ | Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger [Bachelor of Science in Health Studies (BSc)]. |

⁵⁶ Vgl. Hämel, K., Vössing, C., 2018. Gesundheitszentren in Slowenien (Zdravstveni Domovi). S. 5-11.

⁵⁷ Vgl. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), Österreich: Länderprofil Gesundheit 2017. S. 15-16 chp_at_german.pdf (europa.eu)

⁵⁸ Vgl. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) Österreich, 2019. <https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/mehrgesundheit/primaerversorgung-neu-was-bringt-sie>.

⁵⁹ Vgl. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) Österreich,

| Land/ Konzept | Gesundheits- system/ Finan- zierung | Entstehung | Rolle der Pflege | Tätigkeits- schwerpunkte | Bildungs- niveau der Pflegerperso- nen |
|---|---|---|---|---|--|
| Finnland Gesundheits- zentrum/ Terveysase- mat | Krankenversi- cherungspflicht für alle Bürger. Finanzierung über Steuern. | 1972 per Gesetz eingeführt (2019 ca. 140 Gesundheitsze- ntren). Befinden sich in der Träger- schaft von Kommunen oder kommunalen Zweckver- bänden. | Die „Public Health Nurses“ (PHN) überneh- men einen Großteil der primären Ver- sorgung. ⁶⁰ | Selbstständige durchführen von Screenings und Assess- ments, ordnen Untersuchungen an, impfen, füh- ren Wundver- sorgung durch, versorgen In- fektionen und behandeln chro- nische Erkran- kungen. ⁶¹ | PHNs haben ein Bachelor- studium zur Nurse und dann ein halb- jähriges Er- gänzungsstu- dium. |
| Canada Family Health Teams (FHT) | Staatliches Ge- sundheitssystem wird zu 70 % über Steuern fi- nanziert und 30 % Patientenzu- zahlungen. | 2004 Gesund- heitsreformen, um den Mangel an Hausärzten entgegenzuwir- ken. 2005 Entste- hung der FHTs mit dem Ziel, Primärversor- gung für die ge- samte Bevölke- rung sicherzu- stellen. | Überwiegend arztersetzend, teilweise auto- nome Über- nahme medizi- nischer Primär- versorgungsauf- gaben. | Gesundheitsför- derung, Präven- tion, chronische Erkrankungen, Betreuung vul- nerable Perso- nengruppen, Gesundheit in der Kommune. | Hochschu- lich qualifizierte Pfleger auf Bachelor- /Masterni- veau. ⁶² |

Table 1: Übersicht über die Konzipierung der Primärversorgung in den gewählten Ländern.
(Quelle: Eigene Darstellung, Quellen entsprechend den Fußnoten)

2020. Primäre-Versorgungseinheiten (PVE) in Österreich. <https://www.pve.gv.at/>.

⁶⁰ Vgl. Marks, F. in „Die Schwester | Der Pfleger“ 9 | 19. Kompetenzen für die Primäre Versorgung. Finnlands Steilvorlage, S. 86-88.

⁶¹ Vgl. Preusker, U. K., 2019. Versorgungssystem unter Qualitätsaspekten gestalten. Reform des Gesundheitssystems in Finnland. In: Qualitätsmonitor 2019. S. 5.

⁶² Vgl. Schaeffer, D., Hämel, K., Ewers, M., 2015, S. 15.

2.5. Das Setting: Hamburg Wilhelmsburg

Nachfolgend wird die demografische und soziale Struktur des Stadtteils Wilhelmsburg dargestellt.

2.5.1. Demografische Struktur

Wilhelmsburg liegt im Süden Hamburgs (Bezirk Hamburg-Mitte) zwischen Norder- und Süderelbe und ist der größte Hamburger Stadtteil und Europas größte bewohnte Flussinsel.⁶³ Bis zum 19. Jahrhundert war es ein landwirtschaftlich geprägtes Gebiet. Mit Vollzug des Groß-Hamburg-Gesetzes 1937 musste Preußen unter andern auch den heutigen Stadtteil Wilhelmsburg an die Hansestadt abtreten. Seitdem ist Wilhelmsburg ein Arbeiter-, Industrie- und Hafencity-Teil geworden.⁶⁴ Nach der Flut 1962, hat der Hamburger Senat den nord-westlichen Teil dem Hafen mit seinen Industrie- und Lagerbetrieben überlassen (ca. ein Drittel des Stadtteils). Direkt angrenzend liegen die Wilhelmsburger Wohngebiete. Folge dieser Senatsentscheidung prägen bis heute das Leben vieler Menschen auf der Insel. Durch faktische Aufgabe des Stadtteils verfielen viele Gebäude, viele Menschen zogen fort. Zugleich stieg die Arbeitslosigkeit und die Insel wurde durch die Menschen, die auf niedrige Wohnkosten angewiesen waren und einen Migrationshintergrund haben (Zuwanderer aus Polen, Portugal, Italien, Griechenland und Türkei), bewohnt. Erst im Jahr 2013 setzte die Stadt Hamburg mit der Internationalen Bauausstellung (IBA) und Internationalen Gartenschau (igs) neue Akzente für den Stadtteil Wilhelmsburg.⁶⁵ Trotz aller Bemühungen, wie die statistischen Auswertungen des Statistikamtes Nord aus 2018 zeigen, bildet Wilhelmsburg im Vergleich zu anderen Stadtteilen in Hamburg, weiterhin eine schlechte soziale Lage ab (Abb. 3).⁶⁶

⁶³ Vgl. Fachamt Sozialraummanagement 2015, S. 5.

⁶⁴ Vgl. Hempel, D. 2017. NDR- Chronologie.

⁶⁵ Vgl. Fachamt Sozialraummanagement 2015, S. 9-11.

⁶⁶ Vgl. Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration (Sozialbehörde), 2020. Basisinformationen zur Gesundheit in Hamburg, S. 29.

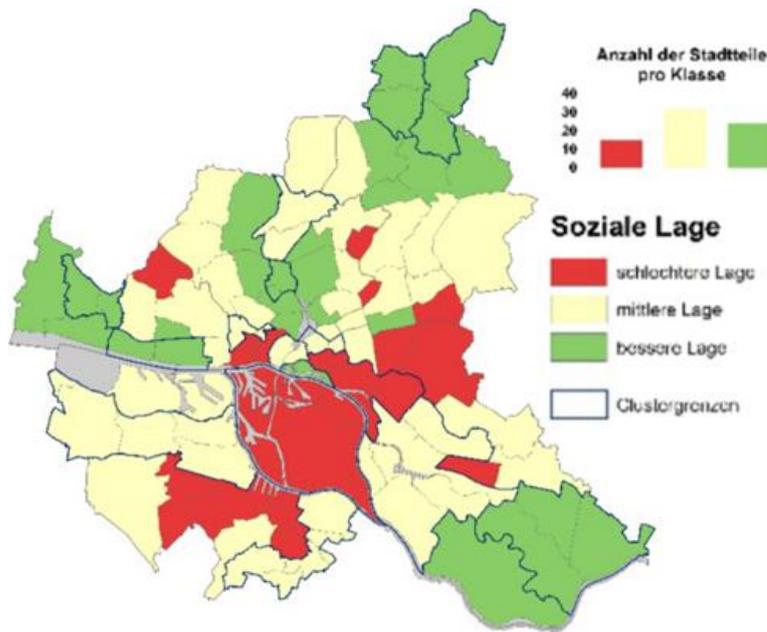


Abbildung 3: Soziale Lage in Hamburger Stadtteilen.
(Quelle: Vgl. Sozialbehörde 2020. Basisinformationen zur Gesundheit in Hamburg, S. 29)

Nach der letzten Bevölkerungszählenermittlung aus dem Melderegister im Dezember 2021 leben in Wilhelmsburg 52 683 Menschen. Davon sind 48,5 % Frauen und 51,5 % Männer. Die Bevölkerungsdichte beträgt 1500 Einwohner pro km² und ist damit wesentlich geringer als in Hamburg (2 522 Einwohner pro km²). Wie die folgende Abbildung zeigt, ist Wilhelmsburg unterschiedlich dicht besiedelt.⁶⁷

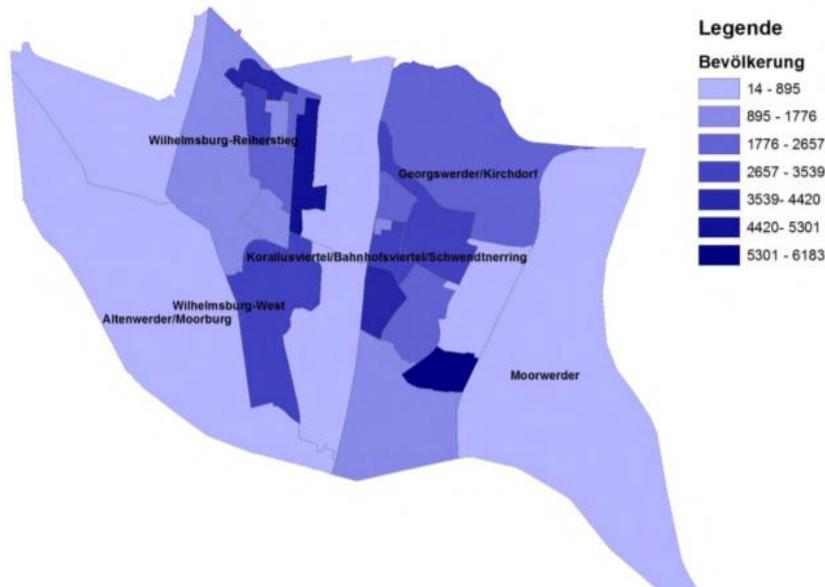


Abbildung 4: Sozialraumverteilung der Bevölkerung in Wilhelmsburg
(Quelle: Vgl. Sozialraumbeschreibung Wilhelmsburg 2015, S. 26)

⁶⁷ Vgl. Sozialraumbeschreibung Wilhelmsburg 2015, S. 26.

32,1 % der Bevölkerung im Wilhelmsburg sind Ausländer und 61,2 % haben einen Migrationshintergrund*. Im Vergleich dazu liegt der Anteil der Ausländer in Hamburg bei 18,1%, während der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund bei 37,4 % liegt.⁶⁸ Dieses Verhältnis spitzt sich bei den unter 18-jährigen zu, 77,0 % von ihnen weisen einen Migrationshintergrund auf. Wichtigste Bezugsländer der Bevölkerung mit Migrationshintergrund in Wilhelmsburg sind die Türkei mit 34,5 %, Polen mit 6,2 %, Russland und weitere Staaten der ehemaligen Sowjetunion mit 3,8%.⁶⁹

Der Bevölkerungsstand nach Altersgruppen in Wilhelmsburg ist wie folgt: Die 25-29-Jährigen mit 7,9% und die 18- bis 24-Jährigen mit 9,0 % bilden einen relativ geringen Teil der Gesamtbevölkerung im Stadtteil Wilhelmsburg. Die unter 18-Jährigen bilden 20,6 % der Gesamtbevölkerung ab. Der Anteil der 30- bis 49-Jährigen an der Gesamtbevölkerung in Wilhelmsburg liegt bei 30,0 % - somit bilden diese beiden Personengruppen den stärksten Teil der Bewohner. Der Anteil der 50- bis 64-Jährigen liegt bei 18,9 % und der über 65-Jährigen und Älteren liegt bei 13,6 % – der Landesdurchschnitt in Hamburg beträgt 20,1% bzw. 18,0%. Der Durchschnittsalter der Bevölkerung in Wilhelmsburg liegt bei 38,9, in Hamburg 42,3 Jahre. Etwa 50 % der Haushalte sind Einpersonenhaushalte und in ca. 23 % der Haushalte leben Kinder, wobei der Anteil der Alleinerziehenden bei ca. 26 % liegt. Auf Basis der Auszählung aus dem Melderegister zeigen die ermittelten Einwohnerzahlen im Wilhelmsburg im Gegensatz zum Bezirk Hamburg Mitte und Hamburg insgesamt einen negativen Wanderungssaldo – es ziehen also im Verhältnis mehr Menschen aus dem Stadtteil weg.⁷⁰

⁶⁸ Vgl. Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein 2021. *Bevölkerung mit Migrationshintergrund: „Zu der Bevölkerung mit Migrationshintergrund gehören die ausländische Bevölkerung sowie alle ab 1950 außerhalb von Deutschland Zugewanderte unabhängig von ihrer Nationalität. Dazu zählen auch die in Deutschland geborenen eingebürgerten früheren Ausländerinnen und Ausländer sowie in Deutschland Geborene mit deutscher Staatsangehörigkeit, bei denen sich der Migrationshintergrund aus der Migrationserfahrung der Eltern oder eines Elternteils ableitet“.

⁶⁹ Vgl. Statistikamt Nord, Statistischer Bericht A I 10 - j 20 HH 2021, S. 5.

⁷⁰ Vgl. Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein 2021.

2.5.2. Soziale Struktur

Mit Blick auf die Sozialstruktur liegt der Anteil der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Alter von 15 bis unter 65 Jahre an der Gesamtbevölkerung in Wilhelmsburg bei 55,7 %. Der Landesdurchschnitt Hamburgs liegt bei 60,9 %. Die Arbeitslosigkeit in dem Stadtteil liegt bei 10,4 % – das ist im Vergleich zu Hamburg ca. das Doppelte (6,4 %). Unter den jüngeren Arbeitslosen (15 bis unter 25 Jahre) gibt es 5,4 % Arbeitslose und unter den 55- bis unter 65-Jährigen sind es 8,8 %. Der Anteil der Leistungsempfänger nach Sozialgesetzbuch SGB II¹ liegt bei 19,8 %, in Hamburg bei ca. 10 %. Unter den unter 15-Jährigen gibt es 34,5 %, die eine Mindestsicherung genießen, in Hamburg sind es ca. 20 %. Aufgrund der Bevölkerungsstruktur und der konzentrierten sozialen Problemsituation ist der Unterstützungsbedarf im Stadtteil Wilhelmsburg besonders hoch.⁷¹ Der Sozialmonitoring von 2020 zeigt, dass die räumliche Verteilung sozialer Ungleichheit mit einem niedrigen oder sehr niedrigen Status im Hamburger Osten und Süden zu finden ist.⁷²

2.5.3. Infrastruktur

Im Stadtteil Wilhelmsburg beträgt die durchschnittliche Wohnungsgröße 69,7 m², das entspricht einer Wohnfläche von ca. 30 m² je Einwohner. Im Vergleich dazu ist in Hamburg eine Wohnung durchschnittlich 76,2 m² groß, das entspricht einer Wohnfläche von ca. 39 m² je Einwohner. Der Anteil an Sozialwohnungen liegt bei 23,6 %, in Hamburg sind es hingegen nur 7,7 %.⁷³ Angesichts der sozialen Lage der Bevölkerung, ist der Bedarf an Sozialwohnungen hier deutlich stärker ausgeprägt als im restlichen Hamburg. Ziel der Behörde für Stadtentwicklung und Wohnen ist weiterhin eine stärkere soziale Durchmischung, besonders in Stadtteilen, in denen in den 1970er und 1990er Jahren eine sehr hohe Dichte an geförderten Wohnungen entstanden ist.⁷⁴

In Wilhelmsburg gibt es 27 Kindergärten und 7 Grundschulen. Knapp 70 % der Schüler der Sekundarstufe I besuchen eine Stadtteilschule, ca. 23 % ein Gymnasium.⁷⁵ Mit dem Neubau des Bildungszentrums „Tor zur Welt“ und Sanierung des Stadtteilzentrums Wilhelmsburg

⁷¹ Vgl. Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein 2019.

⁷² Vgl. Sozialmonitoring Integrierte Stadtteilentwicklung – Bericht 2020, S.14.

⁷³ Vgl. Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, 2021.

⁷⁴ Vgl. Behörde für Stadtentwicklung und Wohnen Hamburg, 2020.

⁷⁵ Vgl. Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, 2021.

wurde das Bildungs- und Nahversorgungsangebot deutlich verbessert. Gleichzeitig besteht ein Defizit an öffentlichen Grün- und Spielflächen. Der Stadtteil Wilhelmsburg ist grundsätzlich gut an dem städtischen öffentlichen Personennahverkehr (ÖPNV-Netz) angebunden. Von der S-Bahnstation Wilhelmsburg, die sehr stark frequentierte S-Bahn, benötigt man ca. 10 Minuten in die Hamburger Innenstadt. Direkt angrenzend an die S-Bahnstation befindet sich der Busbahnhof mit insgesamt neun Buslinien. Über die neue Wilhelmsburger Reichstraße ist eine sehr gute Pkw-Anbindung an die Hamburger und Harburger Innenstadt sowie an den Fernverkehr gesichert.⁷⁶

2.6. Gesundheitliche Situation und gesundheitliche Versorgung in Wilhelmsburg

Im nachfolgenden Kapitel werden die gegenwärtige gesundheitliche Situation der Bevölkerung in Wilhelmsburg und die gesundheitliche Versorgung im Stadtteil beschrieben.

2.6.1. Gesundheitliche Situation

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung hat zum Thema „kleinräumiger Versorgungsbedarf in Hamburg“ im Jahr 2013 ein Gutachten erstellt. Der Fokus dieser Untersuchung lag auf der hausärztliche Versorgungssituation. Dabei wurden demografische und sozioregionale Strukturen berücksichtigt. Im Rahmen dieses Gutachtens wurde auch in Wilhelmsburg eine hohe Krankheitshäufigkeit festgestellt. Die vertragsärztlichen Abrechnungsdaten zeigen, dass Wilhelmsburg zu den Stadtteilen gehört, die einen sehr hohen Anteil an Einwohnern mit KV-Arztkontakt aufweisen.⁷⁷

Das Stadtteilcluster Wilhelmsburg umfasst 14 statistische Gebiete. Dazu gehören Kleiner Grasbrook und Veddel als statistische Gebiete mit einem sehr niedrigen Status. Wilhelmsburg enthält insgesamt 12 statistische Gebiete, 5 mit niedrigen und 7 mit sehr niedrigen Status. Der Vergleich zum Vorjahr weist keine Statuswechsel, im Gegenteil, zwei statistische Gebiete zeigen eine sinkende Statustendenz.⁷⁸

Im Kontext der Sozialraumbeschreibung 2015 wurde festgestellt, dass die Dichte mit niedergelassenen Ärzten nicht in allen Gebieten dem gesundheitlichen Bedarf der

⁷⁶ Vgl. Bezirksamt Hamburg-Mitte. Fachamt Stadt- und Landschaftsplanung 2019, S. 30-31.

⁷⁷ Vgl. Erhart, M., et al., 2013. Morbiditätsatlas Hamburg, S. 14

⁷⁸ Vgl. Sozialmonitoring Integrierte Stadtteilentwicklung – Bericht 2020, S.20.

Wilhelmsburger entspricht. Besonders wird das bei der kinderärztlichen Versorgung deutlich. In Wilhelmsburg und Veddel ist ein Kinderarzt für 2.978 Kinder zuständig, in Hamburg jedoch durchschnittlich für 1.839 Kinder.⁷⁹

Die Auswertungen der Krankheitslast aufgrund der Leitdiagnosen weist eine starke räumliche Diversität auf. Auch in dem bevölkerungsstarken Stadtteilcluster um Wilhelmsburg, zeigt sich eine hohe Prävalenz an Volkskrankheiten – dargestellt über Hypertonie, Diabetes und Herzinsuffizienz. Passend dazu wird eine hohe krankheitsbezogene Behandlungshäufigkeit konstatiert. Außerdem zeigt sich nach den vertragsärztlichen Abrechnungsdaten eine überdurchschnittliche Prävalenz der Depression im Stadtteilcluster um Wilhelmsburg. Die Behandlungsprävalenz bei Frauen (18,02%) ist deutlich höher als bei Männern (12,76%), die höchste Prävalenzrate fand sich mit 24,80% bei den über 80-jährigen Frauen im Stadtteilcluster um Wilhelmsburg.⁸⁰ Laut Behandlungsleitlinien soll die Versorgung depressiver Patienten durch Fachärzte psychotherapeutisch oder psychiatrisch erfolgen. Bei der geringen Anzahl psychiatrischen- und psychotherapeutischen Praxen in Wilhelmsburg, kann hier von einer Unterversorgung gesprochen werden.⁸¹ Die Darstellung (siehe Anhang, S. XXVII) der altersspezifischen Prävalenzen der Herzinsuffizienz auf Stadtteilebene zeigt, dass das Stadtteilcluster um Wilhelmsburg in der Altersgruppe der 65- bis 79-Jährigen mit Abstand die höchste Prävalenzrate aufweist.⁸² Eine überdurchschnittliche altersspezifische Prävalenzrate der Hypertonie war besonders bei den 65- bis 79-jährigen im Stadtteilcluster um Wilhelmsburg, festzustellen.⁸³ Die höchsten Fallzahlen der akuten Bronchitis waren im Stadtteilcluster um Wilhelmsburg (26,20%), in Hamburg lag die Jahresprävalenz bei 14,66%.⁸⁴

Beachtenswert sind die Erkenntnisse, dass chronische Erkrankungen einen starken Zusammenhang mit ausgeprägten sozialen Belastungen, Umwelteinflüssen und Lebensgewohnheiten aufweisen. Zudem ist in Stadtteilen mit einem hohen sozialen Belastungsniveau die stationäre Inanspruchnahme deutlich höher als in Stadtteilen mit geringer sozialer Belastung.

⁷⁹ Vgl. Bezirksamt Hamburg-Mitte. Fachamt Stadt- und Landschaftsplanung 2019, S. 72.)

⁸⁰ Vgl. Morbiditätsatlas 2013, S. 42-50.

⁸¹ Vgl. Rommel, A. et al, RKI. Journal of Health Monitoring · 2017 2(4), S. 15-17.

⁸² Vgl. Erhart, M., et al., 2013. Morbiditätsatlas Hamburg, S. 53-58.

⁸³ Vgl. Erhart, M., et al., 2013. Morbiditätsatlas Hamburg, S. 73.

⁸⁴ Vgl. Erhart, M., et al., 2013. Morbiditätsatlas Hamburg, S. 98.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die identifizierten Versorgungsbedürfnisse ein Hinweis auf die Gültigkeit folgender Zusammenhängen geben: Je belastender die soziale Wohnortlage, desto höher ist der Krankheitslast. Eine hohe Krankheitslast hat eine stärkere ambulante und auch stationäre Inanspruchnahme zur Folge. Gleichzeitig bewirkt eine schwache ambulante Versorgung eine höhere stationäre Inanspruchnahme.⁸⁵

2.6.2. Gesundheitliche Versorgung

Im Stadtteil Wilhelmsburg gibt es 60 niedergelassene Ärzte (114 je 100 000 Einwohner) 5 weniger als im Vorjahr, in ganz Hamburg gibt es 5060 (265 je 100 000 Einwohner). Davon 34 allgemeine Arztpraxen (73 je 100 000 Einwohner, in Hamburg 66 je 100 000 Einwohner), 20 Zahnarztpraxen (41 je 100 000 Einwohner) 2 Kinderarztpraxen, 1 Hautarztpraxis, 1 orthopädische Praxis, 2 Frauenarztpraxen sowie 9 Apotheken (17 je 100 000 Einwohner) und einen Optiker.⁸⁶ In der nachfolgenden Abbildung wird eine ungleichmäßige Verteilung der niedergelassenen Allgemeinärzte in Wilhelmsburg im Vergleich mit den anderen Stadtteilen in Hamburg deutlich erkennbar. Auch in anderen Stadtteilen von Hamburg ist eine Unterversorgung sichtbar, welche aber nicht Gegenstand der Untersuchung in dieser Masterarbeit ist.

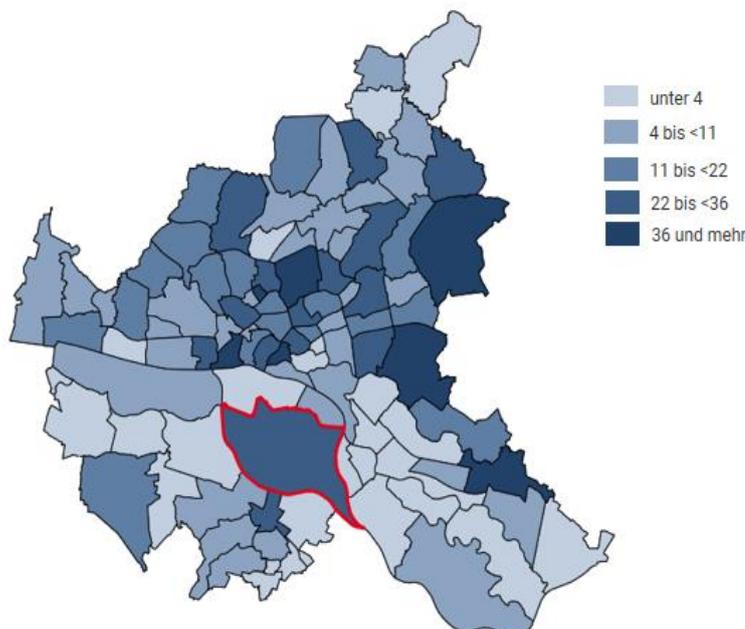


Abbildung 5: Vergleich der niedergelassenen Allgemeinärzte in Wilhelmsburg mit den anderen Stadtteilen in Hamburg. (Quelle: Vgl. Statistikamt Nord, 2020. Niedergelassene Allgemeinärzte in Wilhelmsburg, Dez.2021).

⁸⁵ Vgl. Erhart, M., et al., 2013. Morbiditätsatlas Hamburg, S. 7.

⁸⁶ Vgl. Statistikamt Nord, 2021. Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein 2021.

Das Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) Groß-Sand an zwei Standorten, bietet hausärztliche, -orthopädische- und chirurgische Versorgungsmöglichkeiten. Außer dem Ärztehaus Wilhelmsburg sind weitere Facharztpraxen wie Hautarzt und Augenarzt angesiedelt. In dem Gesundheitszentrum Wilhelmsburg mit Fachrichtungen Kinder- und Jugendmedizin, werden Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie angeboten. Weitere Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen in dem Stadtteil sind 5 Pflegedienste, 8 physiotherapeutische (davon nur 3, die Hausbesuche machen) - und 2 psychologische Praxen.⁸⁷

Aufgrund des sehr hohen Anteils von Kindern und Jugendlichen und dem niedrigen sozialen Status der Bevölkerung in Wilhelmsburg, ist das Angebot für Kinder, Jugendliche und Familien von sehr hoher Bedeutung. Aktuell werden zwei Eltern-Kind-Zentren und die Elternschule Wilhelmsburg/Veddel mit angegliederter Mütterberatung angeboten. Das Angebot an Pflegeeinrichtungen und für Betreutes Wohnen in Wilhelmsburg ist zufriedenstellend. Einer der wichtigsten Gesundheitsversorger auf der Elbinsel seit 1950 ist das Wilhelmsburger Krankenhaus Groß-Sand.⁸⁸

2.6.3. Das Wilhelmsburger Krankenhaus Groß-Sand - der größte Gesundheitsversorger im Stadtteil

Das Krankenhaus bietet eine Grund- und Regelversorgung und Not- und Unfallversorgung. Mit den Fachgebieten und Schwerpunkten (Chirurgie und Orthopädie, Innere Medizin, Geriatrie, Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation, Intensivmedizin und Anästhesie) ist das Krankenhaus nicht nur für den Stadtteil, sondern auch überregional von Bedeutung.⁸⁹

Durch die Beteiligung an der Notfallversorgung ist das Krankenhaus zu deren Sicherstellung auch gesetzlich verpflichtet. Die zentrale Aufgabe des Krankenhauses ist die Notfallversorgung und die Fürsorge für die Bevölkerung.⁹⁰ In den vergangenen Jahren sind die Patientenzahlen auch in der Notaufnahme des Wilhelmsburger Krankenhauses stetig gestiegen. Die Entwicklungszahlen für die Zentrale Notaufnahme im Krankenhaus Groß-Sand für das Jahr 2019*⁹¹ zeigen (siehe Tabelle 2), dass in der Notaufnahme zunehmend Patienten versorgt

⁸⁷ Vgl. Bezirksamt Hamburg-Mitte. Fachamt Sozialraummanagement 2015.

⁸⁸ Vgl. Bezirksamt Hamburg-Mitte. Fachamt Stadt- und Landschaftsplanung 2019, S. 38.

⁸⁹ Vgl. Krankenhausplan 2020 der Freien und Hansestadt Hamburg.

⁹⁰ Vgl. Managementbewertung des Wilhelmsburger Krankenhaus Groß-Sand. Betrachtungszeitraum 2018.

⁹¹ *Aufgrund der Corona Pandemie werde für diese Arbeit die Entwicklungszahlen aus dem Jahr 2019 verwendet. Dazu wird ausführlicher in den Limitationen der vorliegenden Arbeit geschrieben.

werden, die im ambulanten Bereich hätten therapiert werden können. Diese Entwicklung wird anhand der folgenden Tabelle deutlich.⁹²

| Januar- Dezember 2019 | Innere Medizin | Chirurgie | Gesamt |
|--|----------------|-----------|---------|
| Patienten Anzahl in der Notaufnahme | 6.352 | 11.154 | 17.486 |
| Anteil ambulant | 63,78 % | 90,86 % | 81,13 % |
| Anteil stationär | 36,22 % | 9,14 % | 18,87 % |

Table 2: Entwicklung der Notfallversorgung im Wilhelmsburger Krankenhaus Groß-Sand im Jahr 2019.
(Quelle: Wilhelmsburger Krankenhaus Groß-Sand, eigene Darstellung)

Es ist fraglich, ob die steigenden Zahlen ambulanter Patienten in der Notaufnahme des Wilhelmsburger Krankenhauses ein Symptom der fehlenden Versorgungsstrukturen im Stadtteil Wilhelmsburg oder durch eine fehlerhafte Inanspruchnahme der Versorgungsebene verursacht sind. In dieser Arbeit wird dieser Frage nachgegangen und es werden die subjektiven Motive zum Aufsuchen der Notaufnahme bei nichtdringlichem Behandlungsbedarf untersucht.

Die Beobachtungsstudie des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, die auf bundesweiten vertragsärztlichen Abrechnungsdaten und der DRG-Statistik basiert zeigt, dass alle Kliniken mit zentraler Notaufnahme vor der gleichen Herausforderung stehen. Der Anteil von Behandlungsfällen in Notaufnahmen steigt von 45 % im Jahr 2009 auf 54 % bis 2019 kontinuierlich an. Im Pandemiejahr 2020 wird dagegen ein Fallzahlenrückgang registriert. Zudem wird deutlich, dass etwa die Hälfte der in der Notaufnahme vorgestellten Patienten keine richtigen Notfälle sind, sondern durch ein Alternativangebot in der hausärztlichen Versorgung behandelt werden können.⁹³

In dem Gutachten der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft interdisziplinärer Notfall- und Akutmedizin (DGINA) im Jahr 2015

⁹² Vgl. Wilhelmsburger Krankenhaus Groß-Sand 2019.* Wegen Corona Pandemie werden absichtlich die Daten aus 2019 ausgewertet.

⁹³ Vgl. Mangiapane, S., Czihal, T., Von Stillfried, D., 2021. Entwicklung der ambulanten Notfallversorgung in

wurden zum ersten Mal die ökonomischen Aspekte mit der Versorgungsrealität verknüpft. Von den 52% der Patienten, die im Krankenhaus ambulant versorgt werden, sind 80% gesetzlich versicherte Patienten, die am häufigsten keinen zeitnahen Termin beim niedergelassenen Arzt vereinbaren konnten, 12% die gegenüber den Berufsgenossenschaften abgerechnet wurden und 8% Privatpatienten. Nach Angaben der DGINA liegen die durchschnittlichen Behandlungskosten (Notfallbehandlungskosten, Radiologie- und Laborkosten) von ambulanten Notfallpatienten bei ca. 120 € pro Fall. Der fallbezogene Erlös für den ambulanten Notfallpatient beträgt 32 €. Daraus resultiert ein Fehlbetrag von 88 € pro Fall.⁹⁴

Das führt dazu, dass für das Krankenhaus Defizite entstehen, die ausgeglichen werden müssen. Eine Kosten-Nutzen-Analyse ist nicht Gegenstand dieser Arbeit, kann aber in einer Zukunftsanalyse betrachtet werden.

⁹⁴ Vgl. Prokop, A., Prokop, J., Z Orthop. Unfall 2017; 155, S.18.

3. Problemstellung & allgemeine Zielsetzung

Der demografische Wandel verlangt auch einen Wandel der medizinisch-pflegerischen Versorgungsstrukturen in Deutschland. Die dargestellten Problematiken der Gesundheitsversorgung in Deutschland und speziell im Stadtteil Wilhelmsburg zeigen, dass die bestehenden Strukturen keine adäquate Versorgung mehr gewährleisten können. Innovative Versorgungsansätze zur optimalen Patientenversorgung sind gefragt. Einem Fachkräftemangel im ärztlichen Dienst steht eine zunehmende Anzahl multimorbider Patienten gegenüber.⁹⁵ Durch langjährige Arbeit im stationären Sektor im sozioökonomisch benachteiligten Stadtteil Wilhelmsburg, konnte die Autorin auch hier eine vergleichbare Entwicklung wie in anderen Stadtteilen mit höherem sozialem Belastungsniveau beobachten. Die vorliegende Arbeit legt den Fokus unter anderem auch auf die Beschreibung der personellen und finanziellen Ressourcen, der tragfähigen Organisationsstrukturen und Unterstützungsmaßnahmen durch Politik und Kostenträger als wesentliche „Stellschrauben“ jetziger und vor allem zukünftiger Versorgungsmöglichkeiten im Hamburger Stadtteil Wilhelmsburg.

3.1. Forschungsfragen

Das allgemeine Forschungsinteresse richtet sich auf die Analyse der gesundheitlichen Versorgungsbedarfe und -situation der Menschen im Hamburger Stadtteil Wilhelmsburg. Anhand einer ausgiebigen Literaturrecherche und einer schriftlichen Befragung von 208 zufällig ausgewählten Bewohnern werden folgende Forschungsfragen behandelt:

1. Wie schätzen die Teilnehmenden die ambulante Versorgungssituation im Stadtteil ein?
2. Welche Versorgungsbedarfe bestanden bei den Teilnehmenden in den letzten zwölf Monaten?
3. Wie schätzen die Teilnehmenden die Unterstützungsangebote für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige im Stadtteil ein?
4. Wie wäre die Akzeptanz für ein Gesundheitszentrum mit einer integrierten Pflegeambulanz (CHNs)

⁹⁵ Vgl. Müller, S.B. et al. 2016. ZEFQ, S. 49-55.

4. Methoden

In diesem Abschnitt wird die methodische Vorgehensweise beschrieben. Es werden die Literaturrecherche, das Studiendesign und die daraus abgeleitete Datenerhebung, -aufbereitung, und -auswertung für die vorliegende Arbeit beschrieben. Die statistische Analyse der Fragebogendaten in dieser Arbeit erfolgte auf deskriptiver Ebene.

4.1.Literaturrecherche

Um den gegenwärtigen Forschungsstand umfassend abbilden zu können, ist die Literaturarbeit unerlässlich. Zuerst soll eine geeignete Suchstrategie entwickelt werden, um die themenrelevante Literatur zu finden. Eine intensive Auseinandersetzung mit Primär- und Sekundärliteratur hilft, sich über das Thema kundig zu machen. Eine systematische Literaturrecherche soll einen guten Überblick über das Thema vermitteln, bevor der Fokus auf spezifische Teilfragen gelenkt wird.⁹⁶ Zu diesem Zweck wurde in allgemeinen wissenschaftlichen Datenbanken recherchiert (Bsp. Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP), wiso, PubMed, Bibliomed) sowie bei Google Scholar und Google Book. Mit einem vorab definierten Set an Suchbegriffen, die die relevante Literatur zu diesem Thema erschließt, wurde begonnen. Recherchiert wurde zu den themenrelevanten Schlag- und Stichworten: Pflege, Akademisierung, Notfallaufnahmen in Deutschland, Statistik Stadtteil Wilhelmsburg, Prävention, Community Health Nursing (CHN) sowie weitere sich aus dem Verlauf ergebenden Suchbegriffen (Bsp. Autoren oder Titel bestimmter Forschungsbeiträge). Außerdem, erfolgt eine Recherche in Fachbüchern und Zeitschriften, unter andern in den HAW-Hochschulinformations- und Bibliotheksservice (HIBS) sowie Bibliotheken der Universität Hamburg. Zudem wurde mit Hilfe der Trunkierungen (Bsp. ein Suchbefehl wie „Pflege*“ wirft demnach auch Ergebnisse wie Pflege-Bundesministerium, Pflegefachkräfte, Nurse practitioner aus)⁹⁷ die Suche erweitert, so dass die Literaturrecherche durch sich neue ergebende Aspekte stetig ergänzt und fortgeführt wurde. Um bei der Aktualität der zu bearbeitenden Forschungsfragen und der Suche nach neusten Studienergebnissen, offiziellen Statistiken, Informationsschriften von Ministerien, Berichten von Stiftungen und Gesetzestexten zu

⁹⁶ Vgl. Brink, A., 2013, S. 52.

⁹⁷ Vgl. Boeglin 2007, S. 86.

bleiben, wurde bei der Literaturrecherche dieser Arbeit vermehrt auf Internetquellen zurückgegriffen.⁹⁸

4.2. Quantitative Datenerhebung und -analyse

Jedes empirisches Forschungsprojekt verläuft in mehreren Phasen. Ein Forschungsthema und die daraus entwickelten Forschungsfragen sind Fundamente jedes Forschungsprozesses. Zunächst müssen die theoretischen Grundlagen der Forschungsfragen identifiziert und recherchiert werden, dieses wurde bereits im Kapitel 3 beschrieben. Der nächste Schritt ist die Planung und Vorbereitung der Erhebung sowie Entwicklung des Erhebungsinstruments. Danach folgen Datenerhebung, Datenauswertung und letztendlich die Ergebnisdarstellung.⁹⁹ Folgende Abbildung stellt die Vorgehensweise im Forschungsprozess dar.

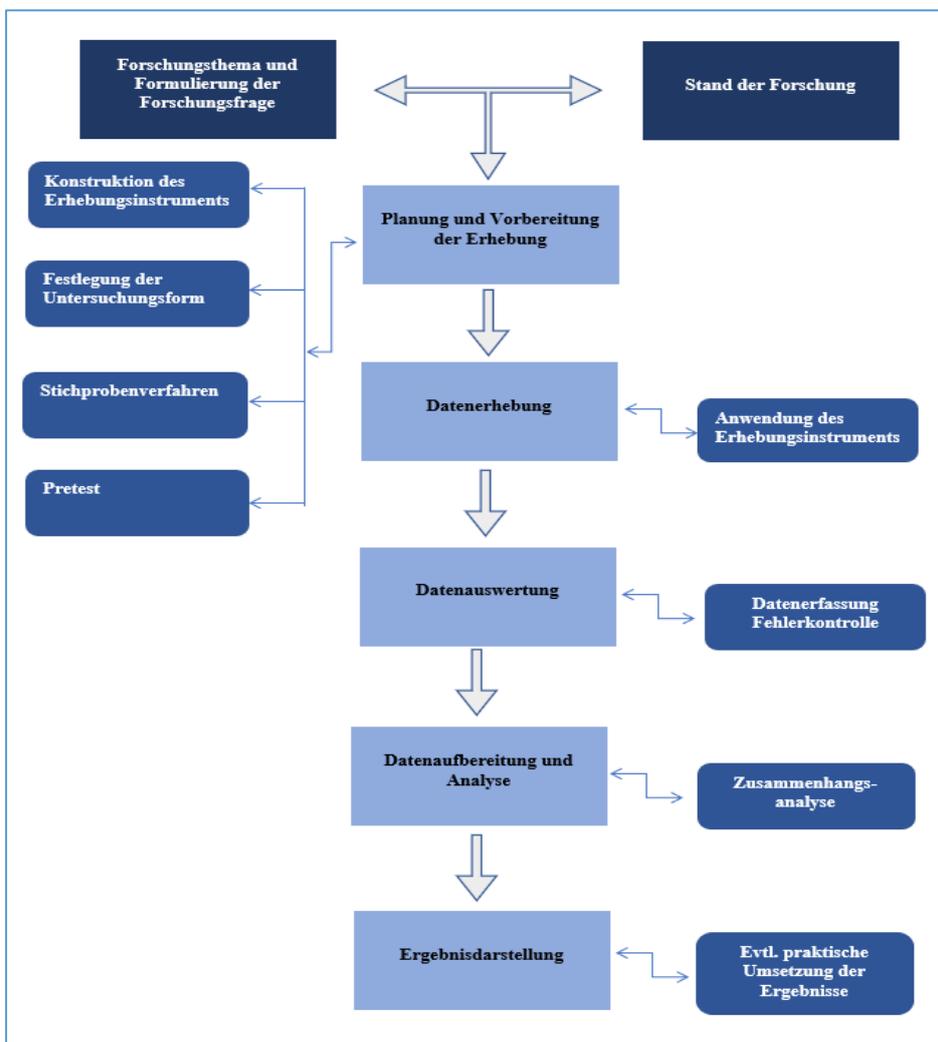


Abbildung 6: Phasen eines Forschungsprozesses. (Quelle: Vgl. Tausendpfund, M. 2017, S.38, eigene Darstellung)

⁹⁸ Vgl. Berger-Grabner, D. 2016, S. 97.

⁹⁹ Vgl. Diekmann, A. 2010, S. 187

Für die Bearbeitung der Forschungsfragen wurde ein quantitatives Forschungsdesign gewählt. Anhand der Befragung mittels eines Fragebogens wurden die Meinungen der Bevölkerung im Stadtteil Wilhelmsburg zur gesundheitlichen Versorgung eingeholt.

Fast jede quantitative Forschung beginnt mit einer Theorie. Die Aussagen über die Realität bilden eine Theorie, die ein Phänomen oder einen größeren Teil davon auf Basis gesammelter numerischer Daten erklärt oder beschreibt.¹⁰⁰ Im Vordergrund der quantitativen Datenerhebung steht die Frage, wie die erhobenen Merkmale operationalisiert bzw. quantifiziert werden sollen.¹⁰¹ Für alle Schritte der Datenerhebung und -auswertung in der quantitativen Sozialforschung gibt es Gütekriterien, die beachtet werden sollen, damit die Daten fehlerfrei erhoben und die Ergebnisse entsprechend interpretiert werden können.¹⁰² Die drei klassischen Gütekriterien Objektivität, Reliabilität und Validität werden in dieser Arbeit beachtet. Nachfolgend werden die drei Schritte des in dieser Arbeit angewandten Forschungsprozesses beschrieben.

Teilnehmerrekrutierung / Datenerhebung

Der erste Schritt der konkreten empirischen Arbeit liegt in der Bestimmung des Forschungsfeldes. Die sozialen Phänomene sollten in ihrer natürlichen Umgebung erforscht werden. Der Begriff „Forschungsfeld“ wird daher als natürliches soziales Handlungsfeld definiert.¹⁰³ Die Grundlage für die Auswertung sind die Vermutungen über Zusammenhänge zwischen einzelnen Merkmalen bzw. Variablen (z.B. Personen mit niedrigerem Sozialstatus suchen einen Hausarzt häufiger auf).¹⁰⁴

Um herauszufinden welche Gesundheitsprobleme und Bedürfnisse die Menschen im Stadtteil Wilhelmsburg haben, wurde eine **Befragung** mittels eines **standardisierten Fragebogens** im Stadtteil Wilhelmsburg durchgeführt.

Sample

Im Rahmen dieser quantitativen Untersuchung wird es nicht möglich sein, die Grundgesamtheit vollständig zu befragen. Der Begriff des Sampling beschreibt die Auswahl von Personen oder

¹⁰⁰ Vgl. Janzik, L. 2012, S. 89.

¹⁰¹ Vgl. Döring, N., Bortz, J., 2016. S. 137

¹⁰² Vgl. Himme, A. 2009. In: Albers, S. (Hrsg.), S. 485.

¹⁰³ Vgl. Przyborski, A., Wohrab-Sahr, M. 2014, S. 182.

¹⁰⁴ Vgl. Mayer, H. O., 2013, S. 58.

Gruppen, die an einem bestimmten Ort, zu bestimmten Zeiten und bestimmten Fragestellung untersucht werden sollen. Zielführend ist die Stichprobe so auszuwählen, dass die Werte der interessierenden Merkmale sich möglichst wenig von der Grundgesamtheit unterscheiden und somit die Rückschlüsse von der Stichprobe auf die Grundgesamtheit ohne größere Fehler möglich sind. Beim Sampling nach Schneeballsystem werden ein oder mehrere Personen für die Befragung ausgesucht, die als erste den Fragebogen ausfüllen. Nach Abschluss der Befragung werden die Befragten gebeten, den Fragebogen an weitere potenzielle Personen, die bereit wären, an der Untersuchung teilzunehmen, auszuhändigen. Die Repräsentativität beim Schneeballverfahren leidet insofern, dass nicht der Forscher entscheidet, wer an der Befragung teilnimmt, sondern die befragten Personen, die als Multiplikatoren agieren.¹⁰⁵ Um die Gefahr zu vermeiden, dass sich die Befragung hauptsächlich innerhalb einer bestimmten Bevölkerungsgruppe abwickelt, wird das Sampling in verschiedenen sozialen Schichten, verschiedenen Bildungsniveaus und Nationalitäten stattfinden.¹⁰⁶ Die Inklusion der speziellen Zielgruppen, z.B. Migranten, Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen (Behinderungen, chronischen Krankheiten) oder Alte und hochbetagte Menschen, stellt bei der Stichprobenerhebung eine besondere Herausforderung dar und wird nicht außer Acht gelassen.¹⁰⁷

Daten und Skalen

Die in der Stichprobe erfassten Merkmalsträger (Bsp. Personen) mit den bestimmten (Merkmals-)Ausprägungen (Bsp. Alter, Geschlecht) werden systematisch erfasst. Das bedeutet, dass den beobachteten Ausprägungen nach bestimmten Verfahren (Zuordnungsregeln) numerische Werte zugeordnet werden. Solche Zuordnungsregeln sind als Skalen bekannt. Auch Messungen in der Sozial-, Markt- und Meinungsforschung werden anhand der entsprechenden Abbildungsvorschriften durchgeführt, wodurch auch das Messniveau bestimmt wird, welches wiederum den Informationsgehalt von Daten festlegt. Je nach Messniveau wird nach vier Skalentypen unterschieden: Nominalskala (erlaubt dichotome Antwortvorgaben-z.B. Variable „Geschlecht“ oder polytome Antwortvorgaben- z.B. Variable „Nationalität“), Ordinalskalen (Messwerte lassen sich nach Größe sortieren - größer/kleiner, Bsp. Noten), Intervallskala (Messwertabstände sind ermittelbar und gleich groß, Bsp. IQ) und Ratioskala (Messwerte

¹⁰⁵ Vgl. Przyborski, A., Wohrab-Sahr, M. 2014, S.178

¹⁰⁶ Vgl. Mayer, H. O., 2013, S. 59 - 61.

¹⁰⁷ Vgl. Weichbold, M., Bacher, J., Wolf, C., 2009. Umfrageforschung. S.293.

können berechnet werden und die Daten haben einen absoluten Nullpunkt, Bsp. Alter). Intervall- und Ratioskala fallen unter quantitative Skalentypen. Aus der Theorie werden die theoretischen Zusammenhänge gebildet, die allerdings nicht messbar sind. Um das theoretische Konstrukt messbar zu machen, müssen die verschiedenen Ausprägungen operationalisiert (quantifiziert) und durch das Skalierungsverfahren die Messinstrumente (Skalen) entwickelt werden.¹⁰⁸

4.2.1. Entwicklung des Fragebogens

Die wissenschaftliche Befragung charakterisiert sich dadurch, dass sie auf einer theoriegeleiteten Grundlage basiert, systematisch vorbereitet wird und zielgerichtet ist. Dabei stehen die interagierenden Personen in einer asymmetrischen Beziehung mit klarer Rollenverteilung. Grundsätzlich wird zwischen mündlichen (Interview) und schriftlichen (Fragebogen) Befragungsformen unterschieden, die in nachfolgenden Differenzierungsmerkmale typologisiert werden können: Kommunikationsform, Kommunikationsart, Durchführungsform und Setting.¹⁰⁹ Die Antworten der Befragten hängen von vielen Einflussfaktoren ab, die zu einer provozierten Meinungsäußerung (Artefakte) und zu Antwortverzerrungen (response errors, Antwortbias) führen können.¹¹⁰

Die Antwortverzerrungen können geringer gehalten werden, wenn man bei der Konzipierung eines schriftlichen standardisierten Fragebogens auf die nachfolgenden Konstruktionskriterien achtet.

Struktur und Funktion der Fragen und Antworten

Der erste Schritt bei der Fragebogenkonzeption ist die Umsetzung der Forschungsfrage in eine konkrete Fragebogenstruktur. Der nächste Schritt ist die Entwicklung von Fragen. Inhaltlich werden vorerst thematische Module mit mehreren Fragen, die den gleichen Aspekt des Themas behandeln, definiert und in einer zweckmäßigen Reihenfolge aufgestellt.

Der Fragebogen muss selbsterklärend, einfach gestaltet, replizierbar und generell auch zu einem späteren Zeitpunkt von anderem Wissenschaftler nachvollziehbar sein. Für die Fragenformulierung gibt es bestimmte Regeln, die die Verständlichkeit in den Vordergrund stellen:

¹⁰⁸ Vgl. Mayer, H. O., 2013, S. 69-72.

¹⁰⁹ Vgl. Raithel, J., 2008. Quantitative Forschung. S. 65-66.

¹¹⁰ Vgl. Raithel, J., 2008. Quantitative Forschung. S. 80.

- Fragen sollten keine Fremd- oder Fachwörter beinhalten
- Fragen sollten kurze Formulierungen haben
- Fragen sollten den Befragten nicht überfordern
- Fragen dürfen nicht suggestiv auf den Befragten wirken
- Fragen dürfen nicht hypothetisch formuliert werden (z.B. „Angenommen Sie...“)
- Fragen sollten keine doppelte Negierung enthalten.¹¹¹

Grob wird nach offenen (Befragte formuliert eine Antwort selbst) und geschlossenen (Antwortkategorien werden vorgegeben - „Multiple-Choice-Questions“) Strukturtypen von Fragen unterschieden. Eine Kompromissoption bieten die Hybridfragen mit einer ergänzenden Antwortmöglichkeit (z.B. Sonstiges). Der Fragebogen mit geschlossener Frage (können als Mehrfachnennungen oder Einzelnennung konzipiert werden) hat die Vorteile gegenüber dem offenen Fragebogen, dass der Zeitaufwand für den Befragten kleiner ist, Auswertungsobjektivität höher ist und der Auswertungsaufwand geringer ist. Außerdem ist durch die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten die Beantwortbarkeit für die Teilnehmer mit Verbalisierungsschwierigkeiten deutlich größer.¹¹²

Aufbau und Entwicklung des Befragungsinstruments

Der Anfang eines Fragebogens wird meistens mit sogenannten „Eisbrecherfragen“ ausgestattet, die an sich keine besondere Informationsquelle sind, aber zu einer kooperativen Befragungsumgebung verhelfen. Einleitungsfragen führen in das gesamte Thema ein und wecken das Interesse des Teilnehmers. Nicht nur die Formulierung von Fragen, sondern auch der Aufbau des Befragungsinstruments und die Fragenreihenfolge, können die Interpretation und die Bewertung des Befragten beeinflussen (Halo-Effekt). Wichtig zu berücksichtigen ist, dass die Spannungskurve bzw. die Aufmerksamkeit des Befragten mit zunehmender Fragedauer sinkt. Dementsprechend werden die wichtigsten Fragen oft ziemlich am Anfang des Fragebogens platziert. Im Allgemeinen soll die Länge des Fragebogens möglichst kurzgehalten werden. Mit Überleitungsfragen wird ein Themenwechsel zu einem neuen Fragenmodul eingeleitet. Die soziode-

¹¹¹ Vgl. Mayer, H. O., 2013, S. 91.

¹¹² Vgl. Diekmann, A. 2010, S. 479.

mographischen Fragen sollten am Ende des Fragebogens gestellt werden, da sie nicht viel Aufmerksamkeit des Befragten verlangen. Neben dem inhaltlichen Aspekt (Konstruktionskriterien) des Fragebogenaufbaus ist die optische Gestaltung (Layoutkriterien) des Fragebogens genauso wichtig.¹¹³

Das Fragebogenlayout muss sicherstellen, dass keine Bearbeitungsschwierigkeiten die Form betreffend vorkommen. Außerdem soll auf den Kontext, in dem die Frage gestellt wird, geachtet werden, da es einen sehr starken Einfluss auf die Antwort des Befragten haben könnte. Das Deckblatt des Fragebogens sollte neben dem Titel der Studie und Namen des Instituts auch einen Hinweis auf Anonymität und Freiwilligkeit der Teilnahme enthalten.¹¹⁴

Bei der Erstellung des Fragebogens in dieser Arbeit wurden sowohl die Themenbereiche der Problemanalyse (siehe Kapitel 2) als auch die gesundheitsbezogenen, bevölkerungsbezogenen, settingbezogenen, theoretischen Inhalte einbezogen. Der Rahmen der Befragung ist fest vorgegeben. Die Struktur sowie der Inhalt der Fragebögen sind für alle Teilnehmenden gleich. Beim Großteil der Fragen sind die Antwortmöglichkeiten vorgegeben und die Befragten wählen eine passende Antwortkategorie aus. Es handelt sich meistens um Rating-Fragen (Bewertungs-, Einschätzungs-, Häufigkeitsfragen, Patientenzufriedenheit), die auf einer fünfstufigen Skala über verbale Labels abgefragt werden. Aufgrund der gewählten Antwortlabels, weisen die erfassten Daten qualitative Merkmale auf, die aber im nächsten Schritt quantifiziert werden (d.h. qualitative Merkmalsausprägungen werden, nach bestimmten Vorschriften Zahlen zugeordnet).¹¹⁵ Bei einigen Rating-Fragen ist die fünfstufige Antwortskala um eine Ausweichkategorie „für mich nicht relevant“ ergänzt. Damit wird vermieden, dass die Antwortenden falsche Angaben machen, die als solche unerkant bleiben und in die Auswertung einfließen und das Ergebnis verfälschen.

Die Inhalte der Befragung sind im Wesentlichen aus den Forschungszielen abgeleitet. Die Anregungen für die übergeordneten Themengebiete und zur Fragengenerierung, werden aus bereits bestehenden Befragungen geholt. Außerdem wird zu den gewünschten Themengebieten in der Fachliteratur recherchiert und weitere, für die Erreichung des Befragungszieles, sinnvolle Themengebiete erarbeitet.¹¹⁶ Unter dem Aspekt, dass der Anteil der Personen mit Migrationshintergrund in Wilhelmsburg sehr hoch ist (60,8 %) und die Türkei das mit Abstand

¹¹³ Vgl. Bogner, K. und Landrock, U. 2015. Antworttendenzen in standardisierten Umfragen. S.7.

¹¹⁴ Vgl. Porst, R., 2014. Fragebogen, Studienskripten zur Soziologie. S. 169.

¹¹⁵ Vgl. Mayer, H. O., 2013, S. 73.

¹¹⁶ Vgl. Ammenwerth, E., Haux, R. 2005, S. 143.

häufigste Bezugsland (34 %) der dortigen Bevölkerung mit Migrationshintergrund darstellt, wird der Fragebogen auch in die türkische Sprache übersetzt.¹¹⁷

4.2.2. Empirische Befragung mittels Fragebogen

Die Methode der Befragung zur Erhebung sozialer- und statistischer Daten und zur Erforschung der Meinungen und Einstellungen der Bevölkerung, ist unverzichtbar. Das Ergebnis quantitativer Bevölkerungsbefragungen verschafft Kenntnisse über die Sozialstrukturen, Bildungschancen, soziale Schichtung und andere sozialstrukturelle Zusammenhänge.¹¹⁸ Für die Beantwortung der dieser Arbeit zugrunde liegenden Forschungsfragen wäre es wichtig herauszufinden, welche Versorgungslücken tatsächlich im Stadtteil Wilhelmsburg für die Menschen von Bedeutung sind. Über die Befragung wird es möglich sein, die Meinung über die gesundheitliche Versorgung im Stadtteil Wilhelmsburg zu erfahren und die stadtteilspezifischen Zusammenhänge zu verstehen, welche für die Beantwortung der Forschungsfragen genutzt werden können.¹¹⁹ Die vorangegangenen theoretischen Überlegungen der Forscherin trugen dazu bei, herauszufinden, welche Personen oder Institutionen über relevantes Wissen zur Beantwortung der Forschungsfragen verfügen. Grundsätzlich kann das jeder Mensch sein, der Kenntnisse über die gesundheitliche Versorgung im Stadtteil Wilhelmsburg hat.¹²⁰ Aufgrund des erhobenen theoretischen Hintergrundes (siehe Kapitel 2) und um Rückschlüsse zu den möglichen Handlungsfeldern des CHNs (siehe Kapitel 2.2) ziehen zu können, müssen unterschiedliche Themenblöcke im Fragebogen behandelt werden:

- Versorgungsmöglichkeiten- und Versorgungsbedarfe bei den Teilnehmenden in den letzten zwölf Monaten
- Patientenzufriedenheit mit der ärztlichen Versorgung
- Unterstützungsangebote für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige im Stadtteil
- Notfallversorgung und deren Anspruchsname

¹¹⁷ Vgl. Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, 2021.

¹¹⁸ Vgl. Diekmann, A. 2010, S. 434.

¹¹⁹ Vgl. Bogner, A., et. al. 2014, S. 32.

¹²⁰ Vgl. Gläser, J., Laudel, G. 2010, S. 43.

- Akzeptanz für ein Gesundheitszentrum mit einer integrierten Pflegeambulanz (CHNs)
- Selbsteinschätzung des eigenen Gesundheitszustandes
- Fragen zur persönlichen Lebenssituation.

Zur besseren Nachvollziehbarkeit befindet sich der Blanko-Fragebogen im Anhang. Auf die Einhaltung des Datenschutzes wurde im Anschreiben zum Fragebogen hingewiesen. Nur Teilnehmer, welche den Datenschutzhinweis auf dem Anschreiben zum Fragebogen bestätigt haben, wurden in die Auswertung eingeschlossen. Der Onlinefragebogen wurde so konzipiert, dass er nur mit einer Datenschutzbestätigung weiter ausgefüllt werden konnte. Um möglichst viele Fragebögen zu generieren, wurden Personen befragt, die Einblicke in verschiedene Bereiche der Gesundheitsversorgung im Stadtteil haben. Der größte Teil wird in schriftlicher Form an die Mitarbeiter des Krankenhauses Groß-Sand (Reinigungskräfte, Servicekräfte, Pflege, Ärzte, Küchenpersonal, Verwaltung), die in Wilhelmsburg wohnen, ausgehändigt. Ein weiteres Erhebungsinstrument der Evaluation stellt die Online-Befragung dar. Die Mitarbeiter des Krankenhauses erhielten zu Beginn der Befragung ein Anschreiben per E-Mail mit dem Zugangslink für die Onlinebefragung und dem Hinweis Familienmitglieder, Freunde und Nachbarn, die in Wilhelmsburg wohnen bei der Befragung mit einzubeziehen und den Zugangslink weiterzuleiten. Zudem wurden, um eine größere Stichprobe zu erreichen, sowohl pflegerische und medizinische Abteilungen als auch soziale und kulturelle Institutionen kontaktiert. Beispielsweise wurden Mitarbeiter der chirurgischen Sprechstunde des Medizinische Versorgungszentrum (MVZ) am Wilhelmsburger Krankenhaus Groß-Sand sowie des Aufnahmebereichs des Krankenhauses in die Befragung eingeschlossen. Die einbezogenen sozialen und kulturelle Institutionen erhielten ebenfalls sowohl einen Link zur Onlineumfrage wie auch Fragebögen in Papierform. An der Umfrage nahmen die Mitarbeiter der Institutionen sowie Menschen, die deren Leistungen in Anspruch nehmen, teil. Die BHH Sozialkontor gGmbH befindet sich in dem interkulturellen Viertel Kirchdorf-Süd und bietet Beratung für Menschen mit Behinderung an. Die andere soziale Einrichtung „Elternlotsen“ Wilhelmsburg arbeitet mit geflüchteten Menschen und jungen Familien mit Migrationshintergrund, die Beratung und Unterstützung brauchen.

Ethische Aspekte

Die Forschungsethik beschreibt die Beziehungen und aufeinander bezogenes Handeln zwischen Forschenden und den in sozialwissenschaftlichen Untersuchungen einbezogenen Personen und reflektiert diese kritisch. Das Ziel der Forschungsethik ist, dass der Teilnehmende keinen Schaden durch die Forschung erhält.¹²¹ Um den Forderungen der Forschungsethik nachzukommen, wurden folgenden Kriterien eingehalten: Anonymisierung, Einwilligungserklärung und Verpflichtung zur Wahrung des Datenschutzes.¹²² Um sicherzugehen wurde der erarbeitete Fragebogen an die Ethikkommission des Competence Center Gesundheit (CCG) gesandt. Die Rückmeldung ergab, dass keine Notwendigkeit besteht, einen Ethikantrag für die Befragung zu stellen.

Pretest

Bekannterweise ist der Fragebogen in allen Projekten der empirischen Sozialforschung einer der zentralen, potenziellen Fehlerquellen bei der Umfrage. Das erklärt die Sichtweise, dass die Pretests als unentbehrliche Voraussetzung zur Prüfung und Weiterentwicklung von Fragebögen gesehen werden.¹²³ Unter einem Pretest versteht man die Überprüfung und Evaluation eines Fragebogens vor ihrem Einsatz in der Datenerhebung. Der Pretest soll das entwickelte Erhebungsinstrument auf Fragenverständlichkeit und deren Reihenfolge, Kontexteffekte, Häufigkeitsverteilungen der Antworten, die Zeitdauer der Befragung, Aufmerksamkeit der Befragten überprüfen. Generell versucht man herauszufinden, ob sich mit dem Instrument die Forschungsfrage beantworten lässt.¹²⁴ Um das Erhebungsinstrument zu testen, empfiehlt es sich, mehrere Probanden auszuwählen, die nicht an der Befragung teilnehmen, im Idealfall aber auf Grund der für die Befragung vorgesehenen Voraussetzungen hätten teilnehmen können.¹²⁵ Im Rahmen dieser Arbeit wurde der erste Fragebogenentwurf an fünf Personen, die mit dem Thema vertraut sind, ausgehändigt und nach der Methode eines „klassischen“ Pretests durchgeführt. Bei dieser Vorgehensweise haben die Testpersonen die Aufgabe, Probleme und Auffälligkeiten bei der Fragebogentestung zu beobachten und in das Kommentarfeld aufzuschreiben. Die vermerkten Hinweise zu Schwierigkeiten bei der Beantwortung der Fragen

¹²¹ Vgl. Unger, H. 2014, S. 1.

¹²² Vgl. Helfferich, C. 2011. S. 190ff.

¹²³ Vgl. StBA, Spektrum Bundesstatistik, 1996. Band 9, S. 9.

¹²⁴ Vgl. Porst, R., 2014. Fragebogen, Studienskripten zur Soziologie. S. 190-191.

¹²⁵ Vgl. Gläser, J., Laudel, G. 2010. S. 105.

wurden nachträglich mit den Pretest-Teilnehmenden besprochen, beispielsweise die Unverständlichkeit von Fragen oder Begriffen. Das zugrundeliegende Prinzip erlaubt der Autorin aus der Antwort der Befragten, Schlussfolgerungen über ihr Fragenverständnis zu ziehen.¹²⁶ Dieses Verfahren wurde zweimal durchgeführt (beim zweiten Mal mit drei Personen), nach denen jeweils die Einarbeitung der Anmerkungen erfolgt ist. Dazu wurden die Pretest-Teilnehmenden um ihre Einschätzung zur Dauer der Beantwortung des Fragebogens gebeten und darum, diese Zeit am Ende der Beantwortung aufzuschreiben. Nach den Pretests wurde die finale Version des Fragebogens unter Berücksichtigung der dort gewonnenen Erkenntnisse erstellt.

¹²⁶ Vgl. StBA, Spektrum Bundesstatistik, 1996. Band 9, S. 11.

4.2.3. Datenaufbereitung und Datenanalyse

Als Grundlage jeder Datenanalyse steht der Zusammenhang zwischen Theorie und gewonnenen Daten. Diese Phase im sozialwissenschaftlichen Forschungsprozess, in der die theoretisch entwickelten Hypothesen empirisch geprüft werden, nennt man quantitative Datenanalyse.¹²⁷ Vor der Datenanalyse müssen Variablen verändert oder bei Bedarf neu erstellt werden.¹²⁸ In der folgenden Übersicht sind die wesentlichen Arbeitsschritte, die vorgenommen worden sind, zur besseren Nachvollziehbarkeit dargestellt.

| Dimension | Aspekte |
|--------------------------------------|--|
| Variablen- und Wertebenennung | <ul style="list-style-type: none">○ Variablen und Werte wurden nach einem widerspruchsfreien Schema verständlich und eindeutig bezeichnet. Alle Variablen wurden über ihren Namen und ihren Labels den jeweiligen Items im Fragebogen zugeordnet. |
| Variablen- und Wertelabels | <ul style="list-style-type: none">○ Als Bezeichner für die einzelnen Variablen wurden Variablenlabels ausgegeben. Damit wird eine kurze und aussagekräftige Beschreibung der Variableninhalte bzw. -ausprägungen erreicht.○ Es wurden keine Sonderzeichen, Umlaute und Leerzeichen verwendet. |
| Variablenwerte | <ul style="list-style-type: none">○ Alle Variablenausprägungen wurden jeweils einem eindeutigen numerischen Wert zugewiesen. Die zugewiesenen numerischen Werte haben ein einheitliches Schema. |
| Fehlende Werte | <ul style="list-style-type: none">○ Fehlende Werte wurden definiert und durch ein Label gekennzeichnet. |

Tabelle 3: Arbeitsschritte für die Aufbereitung quantitativer Daten. (Quelle: Vgl. Ebel, T., Trixa, J. 2015, S. 5.)

¹²⁷ Vgl. Tausendpfund, M. 2019, S. 1

¹²⁸ Vgl. Tausendpfund, M. 2019, S. 229.

Erläuterungen zur Aufbereitung quantitativer Daten

Die Angaben aus der Online-Befragung wurden automatisch elektronisch erfasst. Die elektronisch erfassten Daten werden um die Angaben der schriftlichen Befragung manuell ergänzt. Die Datenbereinigung des Datensatzes erfolgte danach. Diese wurde bei Filterfragen und Fragen, die eine offene Antwortoption (beispielsweise ein Freitextfeld) angeboten haben, vorgenommen. Die restlichen Daten wurden von Schreib- und Lesefehlern befreit. Um eine klare Konvention zu gewähren, die die Nachnutzung der Daten vereinfacht, wurden alle Fragebögen nummeriert und die Variablen verständlich und eindeutig benannt. Bei der Fragebogen-Nummerierung wurde nach online- und schriftlichen Fragebögen unterschieden. Die Variablen werden nach der Fragennummer benannt (z. B. FN10_1), somit wird eine direkte Bezugnahme der Variable zu der Frage und deren Reihenfolge im Fragebogen abgebildet.¹²⁹

Variablen- und Wertebenennung

Für die Datenauswertungen wurden allen Antwortkategorien der Fragen numerische Werte zugewiesen. Jede Spalte repräsentiert eine Frage als Variable und eine Zeile enthält alle Angaben eines Befragten zu den Fragen. Bei hoher Komplexität der Fragestellung und Variablen mit mehreren Antwortmöglichkeiten wurden entsprechend der Anzahl von Antwortvorgaben verschiedene Elemente zur Namensbildung kombiniert (z. B. „FN14_4“). Die Variablen mit offenen Fragen wurden mit numerischen und alpha-numerischen Codes gekennzeichnet (z. B. „FN12_7Text“, siehe Musterfragebogen im Anhang). Bei Mehrfachauswahl-Fragen wurde vorab festgelegt, ob die Teilnehmer beliebig viele oder nur eine bestimmte Anzahl an Antworten auswählen dürfen. Zusätzlich wurde eine Ausweichkategorie wie „Sonstige“ hinzugefügt. Für Fragen, die in einem Themengebiet gleich mehrere Aspekte auf einer einheitlichen Bewertungsskala abfragen sollte, wurde eine Matrixfragenvariante erstellt (siehe Abb. 7, FN19). Dabei wird immer nur ein Meinungsgegenstand auf jeder Frage bewertet.¹³⁰

¹²⁹ Vgl. Ebel, T., Trixa, J. 2015, S. 7.

¹³⁰ Vgl. Falbaum, F., Prüfer, P., Rexroth, M., 2009. Was ist eine gute Frage? S. 19-27.

Mit dieser numerischen Codierung wurden alle möglichen Antworten wie auch fehlende Werte („Missing_-99“) der Frage (zur besseren Nachvollziehbarkeit siehe Datenmatrix auf dem beigefügten Datenträger) erfasst.

Die zugewiesenen numerischen Codes folgen einem einheitlichen Schema, sind eindeutig und schließen sich gegenseitig aus. Demographische Variablen mit offenen Fragen und numerischen Angaben (z. B. Alter) wurden erst einmal als numerischer Wert übernommen (z. B. „FN33_28). Erst im zweiten Schritt wurde eine Kategorisierung von Informationen und Bildung zusätzlichen Variablen vorgenommen (z. B. „FN33_k1, siehe Tabelle 4).¹³¹ Zum besseren Verständnis werden anhand eines Ausschnitts aus dem Fragebogen (Abbildung 8) und der Tabelle mit der Variablenbeschreibung (siehe Tabelle 4), Beispiele für Datensatzcodierung bei Fragen mit- und ohne Mehrfachantwortmöglichkeiten, dargestellt.

| 19. Was ist für Sie wichtig, wenn Sie sich über Angebote, die in Frage 18 aufgeführt sind, informieren möchten? | | | | | | |
|---|--------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | sehr wichtig | wichtig | weder noch | unwichtig | völlig unwichtig |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| leichte Sprache | FN19_1 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| große Schrift | FN19_2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Text in meiner Muttersprache | FN19_3 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 32. Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an. | | | |
|--|--|-----------------------------------|------------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> weiblich | 2 <input checked="" type="checkbox"/> männlich | 3 <input type="checkbox"/> divers | Fehlender Wert = Missing_-99 |

Abbildung 7: Ausschnitte aus dem Erhebungsinstrument. (Quelle: eigene Darstellung, siehe Fragebogen im Anhang)

Fehlende Werte

Anschließend wurden fehlende Werte in den Variablen überprüft und definiert. Im Sinne einer strukturierten Datenanalyse wurden dafür numerische Codes mit negativem Wert verwendet. Außerdem wurden alle fehlenden Werte durch entsprechende Wertelabels inhaltlich dokumentiert (z. B. „FN19_2_-99“ siehe Abb. 7). Auf diese Weise setzt man eine visuell klar wahrnehmbare Abgrenzung von den positiven gültigen Werten.¹³² In Anlehnung an das Nationale Bildungspanel (NEPS) sind alle fehlenden Werte in dieser Arbeit mit dem Code „Missing_-99“ visualisiert worden.¹³³

¹³¹ Vgl. Jensen, U., 2012, S. 29.

¹³² Vgl. Jensen, U., 2012, S. 30.

¹³³ Vgl. Jensen, U., 2018, S. 22. GESIS Papers 2018|22. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-59492-3>

Variablenbeschreibung

Das angewendete Erhebungsinstrument (Fragebogen) besteht zum überwiegenden Teil aus Rating-Fragen. Das bedeutet, dass die Befragten eine von fünf Antwortoptionen auf der Intervallskala auswählen können. Um die Antworten in eine übersichtliche und einheitliche Darstellung zu überführen, werden diese zunächst in ein entsprechendes Format gebracht. In der nachfolgenden Tabelle werden je nach Art der erhobenen Daten die Merkmale verschiedener Messskalen und verschiedener Kodierungsmöglichkeiten beispielhaft dargestellt.¹³⁴

| Frage Typ/ Skalenniveau | Beispiel | Kodierung |
|--|--|--|
| Rating Skala , zur Erfassung der Häufigkeiten, Intensitäten, Beurteilungen und Zufriedenheit | sehr gut gut mittelmäßig schlecht sehr schlecht | 1 2 3 4 5 Bsp. FN1_5 |
| Likert Ratingskala mit Matrixfragen | sehr wichtig wichtig weder noch unwichtig völlig unwichtig | 1 2 3 4 5 Bsp. FN19_1, FN19_2 |
| Nominalskala ist nicht metrisch und erlaubt dichotome Antwortvorgaben | weiblich männlich divers | 1 2 3 Bsp. FN32_2 |
| | ja nein | 1 2 Bsp. FN28_1 |
| | Nationalität | Bsp. FN34_2Text |
| Ratioskala ist eine metrische Skala mit dem absoluten Nullpunkt | Lebensalter: 28 | Bsp. FN33_28 |
| | 18 bis 29 Jahre 30 bis 44 Jahre 45 bis 64 Jahr 65 Jahre und älter | k1 k2 k3 k4 Bsp. FN33_1 |
| Fehlenden Werten aufgrund von unbeantworteten Fragen seitens der Befragten (nichts angekreuzt in dem Papierfragebogen bzw. Online keine Eingabe getätigt). | | „Missing_-99“ |

Table 4: Beispiele aus dem Fragebogen an verschiedenen Messskalen und verschiedenen Kodierungsmöglichkeiten. (Quelle: eigene Darstellung, siehe Fragebogen im Anhang)

¹³⁴ Vgl. Mayer, H. O., 2013, S. 71.

Zudem erfolgt eine grafische Darstellung anhand von Balkendiagrammen. Die Antworthäufigkeiten jeder Antwortkategorie wird in Form von gruppierten Säulen dargestellt.

Fragen mit offener Antwortmöglichkeit

Die Fragen mit offener Antwortmöglichkeit (z.B. „Sonstiges“) lassen sich nicht in einfacher und sinnvoller Weise in numerische Codes umwandeln, da sie nicht Teil der Skala sind. Zudem bergen sie das Risiko, dass sie Informationen, die datenschutzrechtlich nicht konform sind, enthalten könnten. Somit bilden Antworten in Ausweichkategorien, die bei einigen Rating-Fragen angeboten wurden, eine Ausnahme und werden nicht umcodiert. Da nur wenige offene Fragen beantwortet wurden und diese zudem inhaltlich keine Relevanz für das Thema dieser Arbeit hatten wurden sie aus dem Datensatz vollständig entfernt.¹³⁵ Für Frage 34 des Fragebogens („Welche Staatsangehörigkeit(en) haben Sie?“) erfolgte dies aus inhaltlichen Gründen nicht, da die Einzelergebnisse der Items von Interesse für diese Umfrage sind.

Datenbereinigung

Die Prüfung zur Ermittlung ungleicher Datenstände (Konsistenzprüfung) sowie Plausibilitätsprüfung zur Aufbereitung und Bereinigung der Rohdaten ist nach Abschluss der Datenerhebung ein sehr wichtiger Schritt. Fehler und Inkonsistenzen können aus unterschiedlichsten Gründen auftreten (z.B. fehlerhaftes Erhebungsinstrument, Eingabefehler durch falschen Code, Missverständnisse oder Irrtümer bei der Beantwortung von Fragen, unkorrekte Filterführung online bzw. Missachtung des Filterhinweises im Papierfragebogen).¹³⁶ Diese Verzerrung wird auch anhand der Auswertungsergebnisse (siehe Abschnitt Datenauswertung) deutlich. Beispielsweise haben von 208 Befragten, 179 (68%) bestätigt, einen Hausarzt zu haben und 162 (78%) geben an, in den letzten zwölf Monaten diesen besucht zu haben. Allerdings haben 168 (81%) der Personen einen Grund für den letzten Hausarztbesuch angegeben. Da solche Informationen für dieser Arbeit von großer Bedeutung sind, werden die Antworten zu Gunsten der Befragung berücksichtigt und ausgewertet.

¹³⁵ Vgl. Jensen, U., 2018, S. 23. GESIS Papers 2018|22.

¹³⁶ Vgl. Lück, D., 2011, S. 65-67.

5. Ergebnisse

Insgesamt nahmen $n = 208$ Einwohner aus Hamburg Wilhelmsburg an der Befragung teil. Von 280 ausgeteilten Papierfragebögen (davon 200 Fragebögen in deutscher Sprache und 80 Fragebögen in türkischer Sprache), kamen 110 (davon 82 auf Deutsch und 28 auf Türkisch) beantwortete Fragebögen zurück. Insgesamt konnte im schriftlichen Verfahren eine Rücklaufquote von 39 Prozent erzielt werden. Von allen online versendeten Anfragen (genaue Zahl aufgrund der Schneeballmethode nur schwer nachvollziehbar) haben 98 Befragte den Fragebogen beantwortet zurückgesendet.

Fünfundzwanzig Prozent der Befragten haben einen Migrationshintergrund, 42 Prozent der Befragten lebt mit Kindern unter 18 Jahre, wovon 12 Prozent mit drei und mehr Kindern im Haushalt leben (sind also kinderreich), 45 Prozent aller Befragten leben allein in einem Haushalt. Der Anteil der Vollzeit Erwerbstätigen in dieser Umfrage liegt bei 34 Prozent, 29 Prozent sind in Teilzeit beschäftigt, 4 Prozent arbeitet selbstständig, knapp 6 Prozent sind arbeitsuchend, 9 Prozent sind Rentner und insgesamt 12 Prozent sind in Elternzeit/Mutterschutz, Schüler, Auszubildenden/Studenten/in einer Umschulung oder in Kurzarbeit. Da es sich um eine Befragung von in Wilhelmsburg wohnhaften Personen handelt, von denen zwar nicht alle, aber für annähernd valide Aussagen hinreichend genug Personen befragt werden konnten, kann mit diesen Angaben die Bevölkerungsstruktur im Stadtteil Wilhelmsburg insgesamt gut abgebildet werden (Vgl. statistische Daten im Kapitel 2). Im Folgenden werden die Ergebnisse zu den Forschungsfragen detailliert beschrieben.

5.1. Forschungsfrage 1: Wie schätzen die Teilnehmenden die ambulante Versorgungssituation in Deutschland und im Stadtteil ein?

Die durchgeführte Befragung bezüglich des Angebots und des Bedarfs an medizinischer Versorgung und Gesundheitsförderung für die Menschen im Stadtteil Wilhelmsburg kommt zu einem kritischen Ergebnis.

Zur Beantwortung der sekundären Forschungsfrage, im ersten Teil des Fragebogens, geht es um die allgemeine Einschätzung zur ärztlichen Versorgung in Deutschland wie auch im Stadtteil Wilhelmsburg.

Folgende Grafiken stellen die Ergebnisse der Umfrage da.

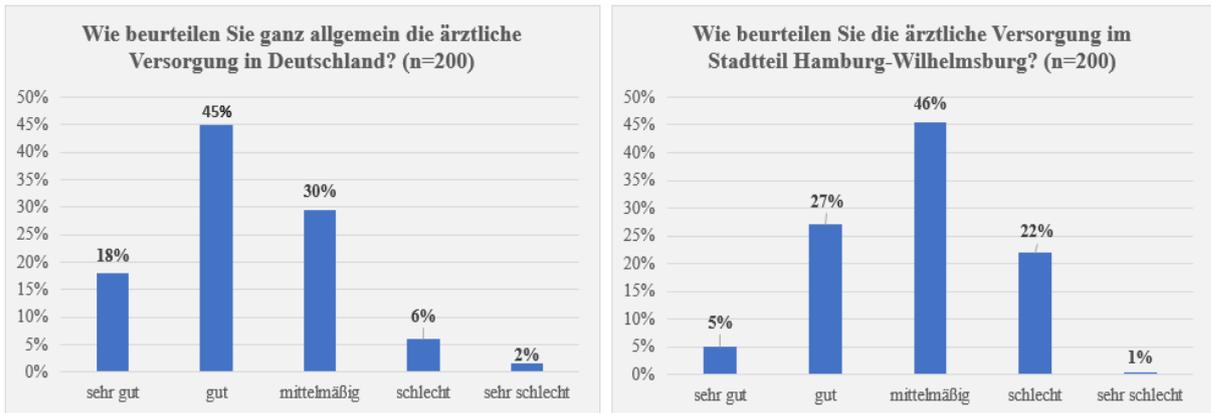


Abbildung 8: Einschätzung zur allgemeinen ambulanten ärztlichen Versorgung in Deutschland und in dem Hamburger Stadtteil Wilhelmsburg 2022. (Quelle: Eigene Datenerhebung im Frühjahr 2022 im Stadtteil Wilhelmsburg).

Fast die Hälfte der Befragten (45%) findet die allgemeine ambulante ärztliche Versorgung in Deutschland „gut“ und 30 % „mittelmäßig“. In Wilhelmsburg dagegen antworteten 46% der Befragten mit „mittelmäßig“ und 27% mit „gut“. 21% sind der Meinung, dass die Versorgung eher „schlecht“ sei, 5 % beurteilen sie als „sehr gut“ und nur 1 % als „sehr schlecht“.

In den nachfolgenden Grafiken sind die Häufigkeiten der Inanspruchnahme der haus- und fachärztlichen Konsultationen dargestellt.

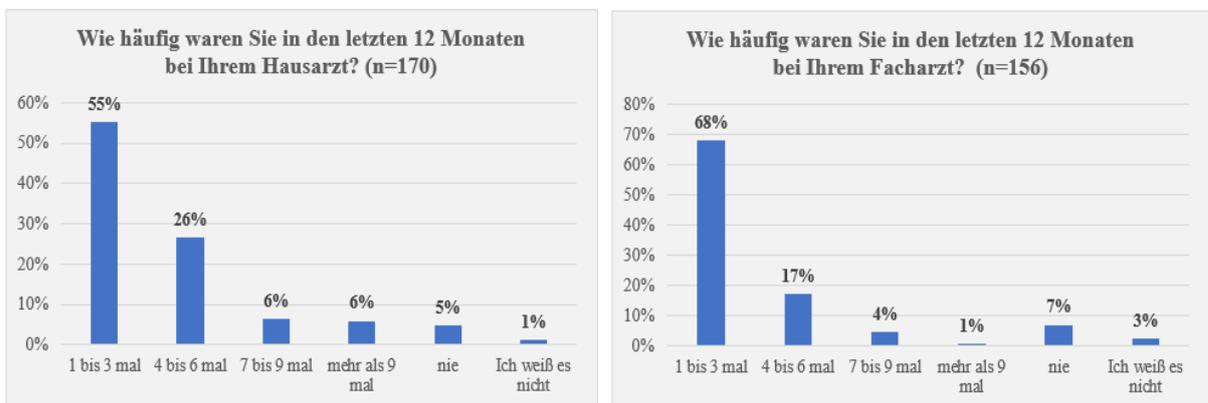


Abbildung 9: Häufigkeiten der Haus -und Facharztbesuche in den letzten 12 Monaten. (Quelle: Eigene Datenerhebung im Frühjahr 2022 im Stadtteil Wilhelmsburg).

55 Prozent der Umfrageteilnehmer waren in den letzten zwölf Monaten 1 bis 3-mal bei einem Hausarzt, 26 Prozent 4 bis 6-mal und etwa 6 Prozent war mehr als neunmal da. 49% der Befragten schätzt den Hausarzttermin als „dringlich“ ein, 14% als „sehr dringlich“, 21% konnte

die Dringlichkeit nicht einschätzen und insgesamt 17% sah den letzten Arztbesuch als „nicht dringlich“ bzw. „gar nicht dringlich“ an. Bei einem Facharzt waren 68 Prozent der Befragten 1 bis 3-mal, 17 Prozent 4 bis 6-mal und etwa 5 Prozent war 7 bis 9-mal bei einem Facharzt. Nur 7 Prozent aller Befragten waren in den letzten zwölf Monaten nicht bei einem Facharzt.

Während des Befragungszeitraumes dieser Arbeit waren die Impfkampagnen bei den niedergelassenen Ärzten schon seit über einem Jahr angelaufen (im Frühjahr 2021). Vor dem Hintergrund der Corona-Krise bleibt zu beachten, dass beim Thema Wartezeiten für Arzttermine ein verändertes Praxismanagement und infektionsschutzbedingte, angepasste Zugangsregeln zu Arztpraxen bestanden haben.

Die Abbildung 10 gibt einen Gesamtüberblick über die durchschnittlichen Wartezeiten und Gründen für den Hausarztbesuch.

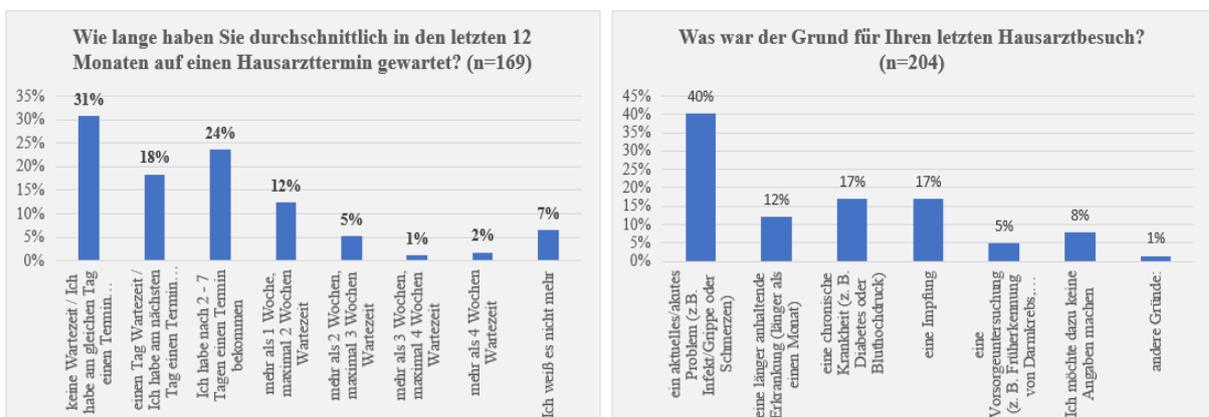


Abbildung 10: Durchschnittliche Wartezeiten und Gründe für einen Hausarztbesuch in den letzten 12 Monaten. (Quelle: Eigene Datenerhebung im Frühjahr 2022 im Stadtteil Wilhelmsburg).

31 Prozent der Befragten geben an, am gleichen Tag einen Termin bekommen zu haben, 18 Prozent hat am nächsten Tag einen Termin bekommen, 24 Prozent hat nach 2 - 7 Tagen einen Termin bekommen und etwa 13 Prozent geben mehr als 1 Woche, maximal 2 Wochen Wartezeit an. Anlass für den letzten Hausarztbesuch bei 40 Prozent der Befragten war ein aktuelles/akutes Problem. 12 Prozent gab eine länger anhaltende Erkrankung als Grund des Praxisbesuches und jeweils 17 Prozent gab an, wegen einer chronischen Krankheit oder einer Impfung dagewesen zu sein. Grundsätzlich variieren die Wartezeiten zwischen Haus- und Facharztpraxen auch in der Corona-Krise stark. Auf einen Termin beim Spezialisten müssen Patienten deutlich länger warten als auf Hausarzttermine.

Die Abbildung 11 gibt einen Gesamtüberblick über die durchschnittlichen Wartezeiten und Gründe für den Facharztbesuch (Fragen Nr. 11 und Nr. 12).

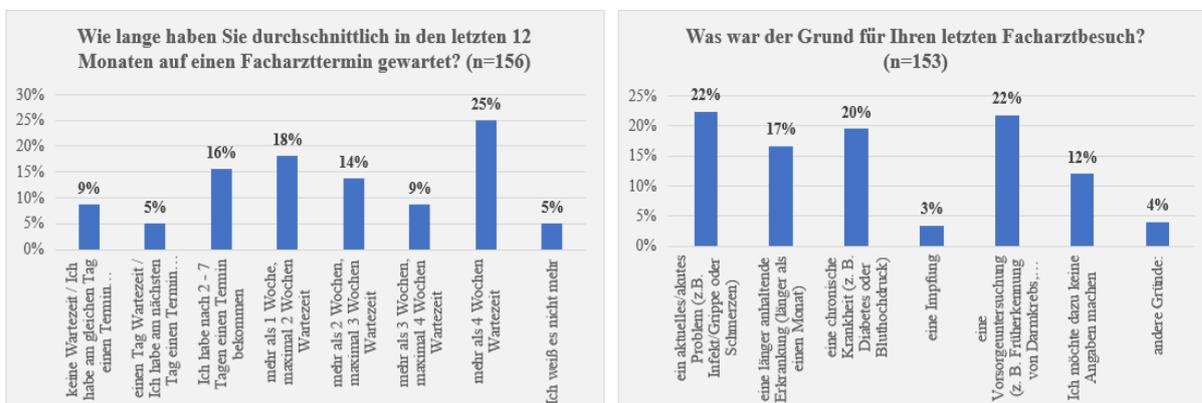


Abbildung 11: Durchschnittliche Wartezeiten und Gründe für einen Facharztbesuch in den letzten 12 Monaten. (Quelle: Eigene Datenerhebung im Frühjahr 2022 im Stadtteil Wilhelmsburg).

Zusammengefasst haben 9 Prozent der Befragten „am gleichen Tag“ bzw. 5 Prozent „am nächsten Tag“ einen Termin bekommen. Insgesamt 82 Prozent mussten sich länger gedulden: Im Einzelnen 16% „bis zu einer Woche“, 18% „mehr als 1 Woche, maximal 2 Wochen“, 14% „mehr als 2 Wochen, maximal 4 Wochen“, 9% „mehr als 3 Wochen, maximal 4 Wochen“ und weitere 25% „länger als vier Wochen“. Auch in einer Facharztpraxis war ein „aktuelles/akutes Problem“, eine „Vorsorgeuntersuchung“ oder eine „Impfung“ mit 22% unter meist angegebenen Gründen für den Arztbesuch. 20% hat „eine chronische Krankheit“ und 20% „eine länger anhaltende Erkrankung“ als Anlass für den Arzttermin angegeben. Insgesamt zeigt sich, dass 96% (n = 200) aller 18- bis 90-jährigen Bürger einen Hausarzt hat, 87% (n = 161) haben (zunächst unabhängig von der Häufigkeit) in den letzten zwölf Monaten den Hausarzt besucht und 97% (n = 201) waren bei einem Facharzt in der Praxis, um sich behandeln oder beraten zu lassen.

Zusammengefasst haben 72% der Befragten einen Fachärztemangel und 49% der Befragten ein Hausärztemangel wahrgenommen.



Abbildung 12: Meinungsbild der Befragten über den Haus- und Fachärztemangel in Wilhelmsburg. (Quelle: Eigene Datenerhebung im Frühjahr 2022 im Stadtteil Wilhelmsburg).

Der Fachärztemangel (Frage 13, mit mehreren Antwortmöglichkeiten) gilt insbesondere für Kardiologen (49%), Augenärzte (48%), Frauen – und Hautärzte (je 48%). Danach folgt ein Mangel an Orthopäden (39%), Kinderärzten (35%), Lungenärzten (33%), Psychologen (28%), Urologen (28%), Rheumatologen – und Chirurgen (je 26%), Diabetologen (24%) wie auch Neurologen (22%), Gastroenterologen (14%), und HNO-Ärzte (15%).

5.2. Forschungsfrage 2: Welche Versorgungsbedarfe bestanden bei den Teilnehmenden in den letzten zwölf Monaten?

Die Patientenzufriedenheit mit der ärztlichen Versorgung wurde über die Variablen „Wie gut fühlen Sie sich insgesamt durch den behandelnden Arzt/die behandelnden Ärzte informiert und aufgeklärt hinsichtlich: Umgang, Ursachen, Verlauf, Therapiemöglichkeiten, Therapienebenwirkungen und Präventionsmaßnahmen Ihrer Erkrankung“ (siehe Frage 15), erfasst. Es ist zu beachten, dass Antworten in Ausweichkategorie („für mich nicht relevant“), die in Frage 15 angeboten wurde, nicht in die Berechnungswerte einfließen, da sie nicht Teil der Skala sind.

Die Ergebnisdarstellung der Rating-Frage erfolgt anhand der beschriebenen Mittelwerte (in %) in der Tabelle 5. Zur besseren Orientierung unterscheidet sich die Farbgebung der Tabelle, die Mittelwerte werden gelb dargestellt.

| <i>Wie gut fühlen Sie sich insgesamt durch den behandelnden Arzt/die behandelnden Ärzte informiert und aufgeklärt über Ihrer Erkrankung hinsichtlich...</i> | | sehr gut | gut | mittelmäßig | schlecht | sehr schlecht |
|---|---------|----------|-----|-------------|----------|---------------|
| Umgangs | n = 182 | 14% | 51% | 32% | 3% | 0% |
| Ursachen | n = 177 | 11% | 46% | 32% | 10% | 0,6% |
| Verlaufs | n = 172 | 13% | 47% | 36% | 5% | 0% |
| Therapiemöglichkeiten | n = 184 | 13% | 34% | 37% | 8% | 3% |
| Therapie Nebenwirkungen | n = 169 | 9% | 36% | 40% | 8% | 4% |
| Präventionsmaßnahmen | n = 165 | 13% | 46% | 37% | 4% | 3% |
| Mittelwert | 174,8 | 12% | 44% | 36% | 6% | 2% |

Tabelle 5: Patientenzufriedenheit mit der ärztlichen Versorgung bezüglich Information und Aufklärung. (Quelle: Eigene Datenerhebung im Frühjahr 2022 im Stadtteil Wilhelmsburg).

Im Durchschnitt fühlen sich 44% (Mittelwert) durch den behandelnden Arzt/die behandelnden Ärzte „gut“ informiert und aufgeklärt über Ihrer Erkrankung. Allerdings gaben 36% (Mittelwert) an, nur „mittelmäßig“ mit der Betreuung in den Wilhelmsburger Arztpraxen zufrieden zu sein.

Anhand einer Vielzahl von Einzelfragen und einer Mehrfachantworten-Tabelle erfolgte die Abfrage des Bekanntheitsgrades und Inanspruchnahme der verschiedenen bildungs- und gesundheitsunterstützenden Angebote (Frage 18), die den jungen Familien und Menschen mit Migrationshintergrund im Stadtteil Wilhelmsburg angeboten werden.

Zwecks einer übersichtlicheren Darstellung werden die Befragungsergebnisse anhand folgender Tabelle dargestellt.

| <i>Sind Ihnen folgende unterstützende Angebote in Wilhelmsburg bekannt und wenn ja, nutzen Sie diese?</i> | | nein, nicht bekannt | ja, kenne ich | ja, ich nutze sie derzeit | ja, ich habe sie in der Vergangenheit schon einmal genutzt | für mich nicht relevant |
|---|---------|---------------------|---------------|---------------------------|--|-------------------------|
| Sozialberatung für Familien und Alleinlebende in Wilhelmsburg | n = 186 | 28% | 41% | 3% | 6% | 12% |
| Familienbildungsangebote für Eltern mit Kleinkindern | n = 184 | 22% | 40% | 5% | 8% | 27% |
| Kursangebote (Nähen, Kochen, Deutsch sprechen, Ernährung) | n = 180 | 32% | 32% | 2% | 7% | 28% |
| Förderung und Stärkung der Integration von Menschen mit Migrationshintergrund | n = 173 | 27% | 36% | 3% | 2% | 31% |
| Interkulturelle / interreligiöse Bildungsveranstaltungen | n = 174 | 37% | 29% | 6% | 1% | 28% |
| Selbsthilfegruppen und Initiativen (Bsp. Abhängigkeitserkrankungen, chronischen Krankheiten) | n = 174 | 37% | 29% | 2% | 4% | 28% |
| Mittelwert | 178,5 | 30% | 35% | 3% | 5% | 27% |

Table 6: Auswertung zu der Abfrage des Bekanntheitsgrades und Inanspruchnahme der verschiedenen bildungs- und gesundheitsunterstützenden Angebote (Frage 18). (Quelle: Eigene Datenerhebung im Frühjahr 2022 im Stadtteil Wilhelmsburg).

Für die in der Tabellen 6 dargestellten Ergebnisse, wird über alle Antworten der Mittelwert gebildet. Von im Mittel 178,5 Antwortenden sagten 30% (Mittelwert), dass sie die Angebote nicht kennen würden, 35% (Mittelwert) gab an, die Angebote zu kennen, 3% (Mittelwert) nutzen das Angebot derzeit und 5% (Mittelwert) hat das in der Vergangenheit schon einmal genutzt und 27% (Mittelwert) der Befragten sieht diese Angebote für sich als nicht relevant.

Die darauf anknüpfende Frage (Frage 19) wurde von 85% der Grundgesamtheit im Mittel (176,8) der Befragten beantwortet. Hierzu erfolgt eine tabellarische Darstellung, die die Häufigkeitsanteile der Antworten jeder Antwortkategorie darstellt.

| Was ist für Sie wichtig, wenn Sie sich über Angebote, die in Frage 18 aufgeführt sind, informieren möchten? | | sehr wichtig | wichtig | weder noch | unwichtig | völlig unwichtig |
|---|--------------|--------------|---------|------------|-----------|------------------|
| leichte Sprache | n = 184 | 30% | 44% | 9% | 11% | 7% |
| große Schrift | n = 176 | 15% | 36% | 22% | 18% | 10% |
| Text in meiner Muttersprache | n = 179 | 30% | 41% | 13% | 12% | 4% |
| Übersichtliche Internetseite | n = 173 | 36% | 47% | 10% | 6% | 1% |
| Flyer/Plakate in der Nähe meiner Wohnung | n = 169 | 18% | 37% | 22% | 20% | 4% |
| eine direkte Ansprechperson | n = 180 | 42% | 42% | 7% | 6% | 3% |
| | 176,8 85% | | | | | |

Tabelle 7: Abfrage des Wichtigkeitsgrades der Voraussetzungen, die für einen guten Informationsgrad über das Angebot (Frage 19) wichtig sind. (Quelle: Eigene Datenerhebung im Frühjahr 2022 im Stadtteil Wilhelmsburg).

Die in der Tabelle 7 vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass leichte Sprache für 44% der Antwortenden ein „wichtiger“ bzw. für 30% ein „sehr wichtiger“ Faktor ist, um an die Informationen zu kommen. Große Schrift ist für 36% der Befragten „wichtig“ und Text in der Muttersprache ist für 41% „wichtig“ bzw. für 30% „sehr wichtig“. Fast die Hälfte der Befragten (47%) findet übersichtliche Internetseiten, wie auch Flyer/Plakate in Wohnungsnähe (37%) als „wichtig“. Eine direkte Ansprechperson finden je 42% als „sehr wichtig“ bzw. „wichtig“.

Die Ergebnisse der zahlreichen Studien (z.B. pwc Studie 2019, ZI-Studie 2021, siehe Kapitel 2.1.2) zeigen, dass die Ursachen für steigende Notfallzahlen im Krankenhaus an einem unzureichenden bzw. nichtexistierenden Primärversorgungsangebot liegen. Das gleiche bestätigt auch die Tatsache, dass sich die ambulante Notfallversorgung außerhalb der allgemeinen Praxissprechzeiten auf die Krankenhäuser konzentriert.¹³⁷

Auch diese Arbeit hat sich mit dem Thema auseinandergesetzt und ist zu folgenden Ergebnissen gekommen. Die Frage „Wenn Sie nachts oder am Wochenende ärztliche Hilfe brauchen, wo suchen Sie Hilfe; an wen wenden Sie sich dann?“ (Frage 21, mit mehreren Antwortmöglichkeiten) wurde von 136 (65%) der 208 Befragten mit „Notaufnahme im Krankenhaus“ beantwortet. 31% der Befragten wählte den „Notarzt/Rettungsdienst/Feuerwehr“ und 30% gab an eine „Bereitschafts-/Notdienstpraxis“ konsultiert zu haben. Von 91% (n =189) der Befragten waren 29% in letzten 12 Monate in einer Notaufnahme (Frage 22).

Von 61 Antwortenden haben 27 Personen (43%) tagsüber an den Werktagen und 34 Personen (57%) nachts oder am Wochenende die Notaufnahme im Krankenhaus aufgesucht (Frage 24, siehe Abb. 13). Davon waren 41 der Befragten (67%) persönlich als Patient und nicht als Begleitpersonen in der Notaufnahme anwesend.

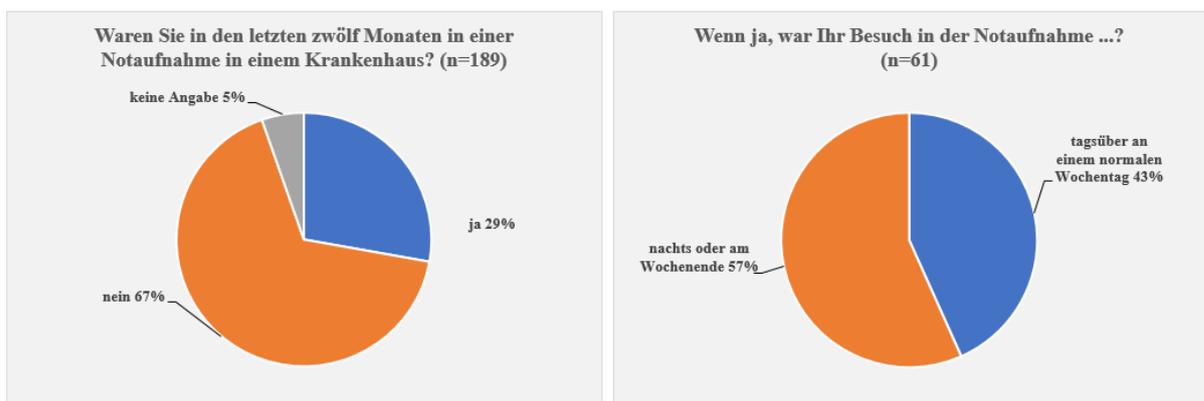


Abbildung 13: Ergebnis der Befragung zur Nutzung der Notaufnahmen in den letzten 12 Monaten differenziert nach Werktag/tagsüber und Wochenende/nachts. (Quelle: Eigene Datenerhebung im Frühjahr 2022 im Stadtteil Wilhelmsburg).

35% der Befragten ist beim letzten Mal in die Krankenhaus-Notaufnahme gegangen, weil die Arztpraxen geschlossen waren (abends, Wochenende, Feiertag) und 23%, weil sie Behandlungsmöglichkeiten in der Notaufnahme für besser halten. 12% konnte die Schwere der

¹³⁷ Vgl. SVR-Gutachten 2018, S.394

Erkrankung nicht einschätzen und 10%, weil die Hausarztpraxis telefonisch nicht erreichbar war. Jeweils 8% ging in die Notaufnahme, weil sie beim Haus- oder Facharzt zeitnah keinen Termin bekommen haben, weil die Notaufnahme näher an dem Wohnort liegt oder weil sie aus den Herkunftsländern keine Arztpraxen kennen (siehe Abb.14).

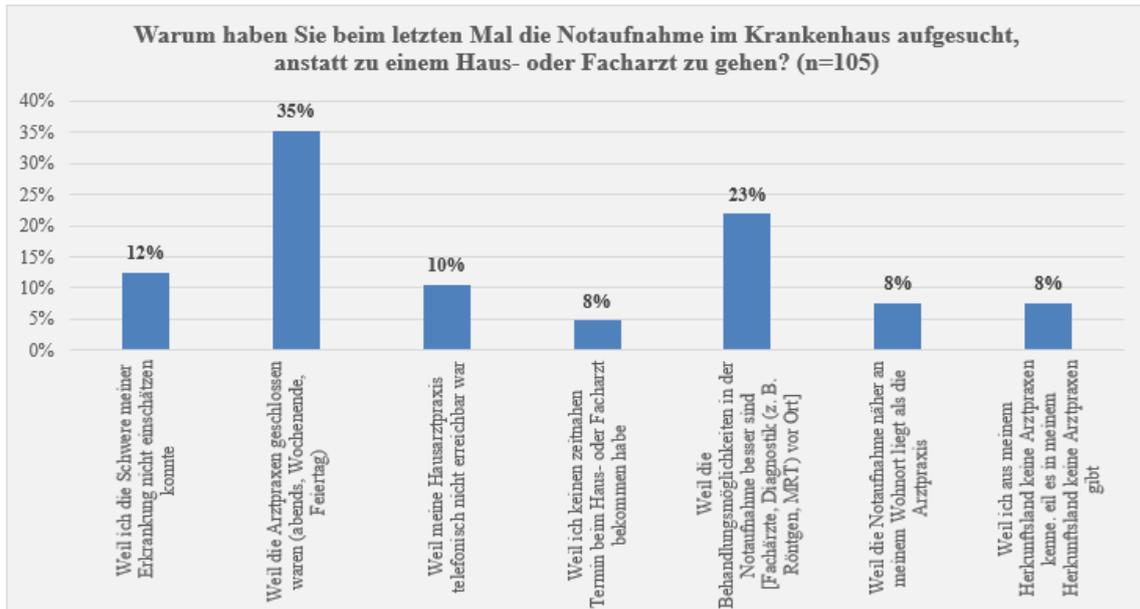


Abbildung 14: Gründe für den Besuch in der Krankenhaus-Notaufnahme (Frage 25). (Quelle: Eigene Datenerhebung im Frühjahr 2022 im Stadtteil Wilhelmsburg).

In Anlehnung an die Befragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (2021) wurde auch in Wilhelmsburg absichtlich nach der Telefonnummer für den ärztlichen Bereitschaftsdienst nachts und am Wochenende und nicht nach der im Jahr 2020 begrifflich so stark kommunizierten Coronavirus Hotline (116/117) gefragt. Um das richtige Versorgungsangebot zu wählen, ist die Voraussetzung, dass das bestehende Versorgungsangebot bekannt ist (siehe Kapitel 2.1.2.).¹³⁸

¹³⁸ Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Patienten Informationsplattform 2021

Die Bekanntheitsgrade für die Notfallnummern, unter welchen die Befragten im Fall eines medizinischen Notfalls Hilfe aufsuchen würden, werden in der folgenden Grafik dargestellt.

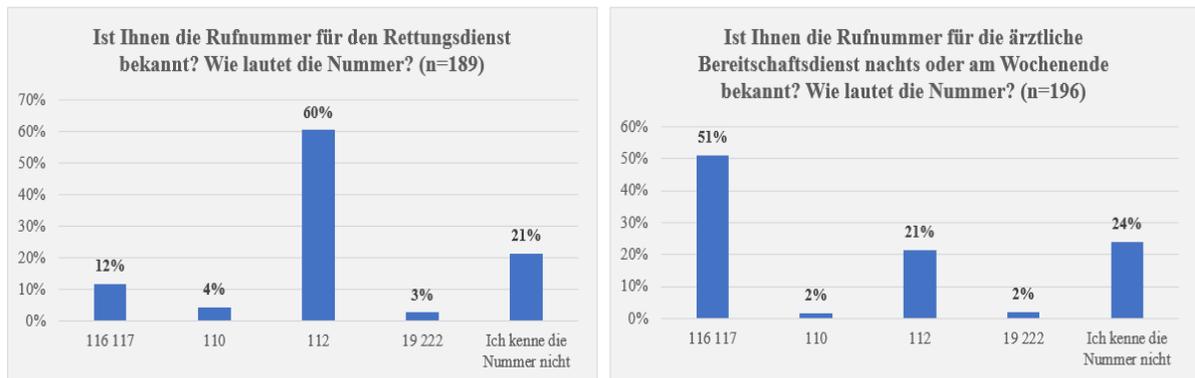


Abbildung 15: Bekanntheit von Notfallnummern (Fragen 26/27, richtige Antworten: 112 Rettungsdienst, 116/117 Bereitschaftsdienst). (Quelle: Eigene Datenerhebung im Frühjahr 2022 im Stadtteil Wilhelmsburg).

Das Ergebnis zeigt, dass 60% (n = 114) der Befragten die Rufnummer für den Rettungsdienst und 51% (n = 100) die Rufnummer für den ärztlichen Bereitschaftsdienst kennen.

5.3. Forschungsfrage 3: Wie schätzen die Teilnehmenden die Unterstützungsangebote für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige im Stadtteil ein?

Die Frage nach Pflegebedürftigkeit und Angehörigenpflege, war eine Filterfrage. Von n = 196 Befragten haben 91% (n = 178) mit „keines von beiden“ geantwortet und sind somit weiter zur Frage 18 gegangen. Dadurch, dass diese Antwortmöglichkeit kaum ausgewählt wurde, sind die hier präsentierten Durchdringungsgrade als minimal anzuerkennende Durchdringungsgrade anzusehen und werden im Rahmen dieser Arbeit nicht ausgewertet. Die vermuteten Gründe, die zu diesem Ergebnis geführt haben könnten, werden im Limitations-Kapitel erläutert.

5.4. Forschungsfrage 4: Wie wäre die Akzeptanz für ein Gesundheitszentrum mit einer integrierten Pflegeambulanz (CHNs)?

Mit der Frage 28 wurde der Bekanntheitsgrad eines alternativen Versorgungsangebots in der Form eines Gesundheitszentrums abgefragt. 58% (n = 112) aller Befragten gab an, das Gesundheitszentrum als medizinische Einrichtung, in der verschiedene Berufsgruppen (Ärzte, Pflege, Therapeuten) für die ambulante Versorgung der Patienten zuständig sind, zu kennen. Im nächsten Schritt wurde die Bereitschaft, in eine im Gesundheitszentrum integrierte Pflegepraxis zu gehen, abgefragt (Frage 29). Auch hier gaben 54% (n = 102) aller Befragten an, bereit zu sein, sich in einer Pflegeambulanz behandeln zu lassen. Nur ein kleiner Anteil von 13% (n = 24) hat die Frage mit „nein“ beantwortet (siehe Abb. 16).

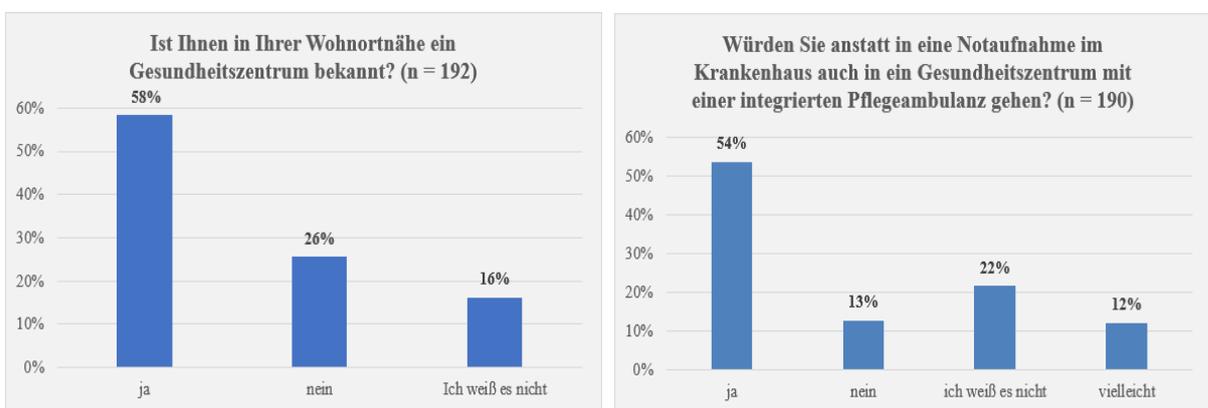


Abbildung 16: Bekanntheitsgrad für das Gesundheitszentrum und Bereitschaftsgrad der Inanspruchnahme einer Pflegeambulanz als mögliche unterstützende Form der Primärversorgung. (Quelle: Eigene Datenerhebung im Frühjahr 2022 im Stadtteil Wilhelmsburg).

Zur Erfassung des subjektiven Gesundheitszustandes wurde den Befragten folgende Frage gestellt: „Wie schätzen Sie Ihren eigenen Gesundheitszustand ein“? (Frage 30).

In der folgenden Tabelle werden die ausgewerteten Antworten zur Einschätzung des Gesundheitszustands für die jeweilige Altersgruppe als Absolutangaben dargestellt und die Prozentangaben in der dritten Zeile beziehen sich auf alle Antwortenden (n=193) in der Tabelle. Die Grafiken zur untenstehende Tabelle 8 sind dem Anhang zu entnehmen (siehe S. XXVII/XXIX).

| Gesamt (n = 193) Frauen und Männer | | Gesundheitszustand | | | | |
|---------------------------------------|----|--------------------|--------------|-----------------------|-------------------|----------------------|
| | | Sehr gut 15,5% | Gut 52,3% | Mittelmäßig 26,4 % | Schlecht 4,1 % | Sehr schlecht 1 % |
| 18-29 Jahre n = 34 | | | | | | |
| Untere Bildungsgruppe | 4 | 0 | 3 | 1 | 0 | 0 |
| Mittlere Bildungsgruppe | 10 | 6 | 3 | 1 | 0 | 0 |
| Obere Bildungsgruppe | 20 | 7 | 11 | 2 | 0 | 0 |
| 30-44 Jahre n = 77 | | | | | | |
| Untere Bildungsgruppe | 22 | 2 | 12 | 6 | 2 | 0 |
| Mittlere Bildungsgruppe | 30 | 5 | 15 | 9 | 0 | 1 |
| Obere Bildungsgruppe | 25 | 5 | 14 | 5 | 1 | 0 |
| 45-64 Jahre n = 66 | | | | | | |
| Untere Bildungsgruppe | 19 | 0 | 10 | 9 | 0 | 0 |
| Mittlere Bildungsgruppe | 21 | 0 | 12 | 6 | 2 | 1 |
| Obere Bildungsgruppe | 26 | 4 | 16 | 5 | 1 | 0 |
| Ab 65 Jahre n = 16 | | | | | | |
| Untere Bildungsgruppe | 9 | 0 | 3 | 5 | 1 | 0 |
| Mittlere Bildungsgruppe | 6 | 1 | 2 | 2 | 1 | 0 |
| Obere Bildungsgruppe | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |

Tabelle 8: Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand differenziert nach Alter und Bildung. (Vgl. *Journal of Health Monitoring 2021, eigene Darstellung*).

Das Bildungsniveau wird mit der Frage 38 („Was ist Ihr höchster in Deutschland anerkannter Bildungsabschluss“?) und Frage 39 („Was ist Ihr höchster in Ihrem Herkunftsland abgeschlossener Bildungsabschluss“?) abgefragt und ausgewertet. Für diese zwei Fragen

erfolgte, wegen einer übersichtlicheren Darstellung, eine inhaltlich überschneidungsfreie Aggregation der Befragungsergebnisse. In einem ersten Schritt werden inhaltliche Cluster in den Antworten empirisch identifiziert (z.B. gleiches Bildungsniveau im Herkunftsland und in Deutschland). Die Angaben, die zwei unterschiedliche Bildungsniveaus aufwiesen, wurden mit dem in Deutschland anerkannten Bildungsniveau ausgewertet (z.B. in dem Herkunftsland – Abitur, in Deutschland- Realabschluss). Diese Vorgehensweise erklärt sich durch den Zusammenhang zwischen anerkannten Bildungsabschluss und der Stellung in der Arbeitswelt, was wiederum Konsequenzen für die Lebensqualität haben kann. Die Gesundheitschancen hängen mit dem Bildungsstatus eng zusammen.¹³⁹ In dem zweiten Schritt wird, in der Anlehnung auf die CASMIN-Klassifikation*¹⁴⁰ ("Comparative Analyses of Social Mobility in Industrial Nations") das Bildungsniveau ermittelt und eine neue Variable V38_k gebildet. Die Antwortkategorien spiegeln der Einstufung des deutschen Schulsystems wider. Dabei wird zwischen niedriger (1 = ohne Schulabschluss oder mit Hauptschulabschluss), mittlerer (2 Mittlere Reife) und hoher (3 = Fach-/Hochschulreife) Schulbildung unterschieden.

Der inhaltliche Fokus der Auswertung in der Tabelle 8 liegt auf dem selbsteingeschätzten allgemeinen Gesundheitszustand (Frage 30) und dem Bildungsniveau (Frage 38). Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass insgesamt etwa 15% der Erwachsenen, die an der Befragung teilgenommen haben, ihre subjektive Gesundheit als sehr gut und 52% als gut einschätzen. Die Angaben von „sehr gut“ oder „gut“ werden in dem bundesweiten Gesundheitsmonitoring als positive Bewertung der subjektiven Gesundheit definiert. Allerdings wird die subjektive Gesundheit in der unteren, im Vergleich zur oberen Bildungsgruppe und mit zunehmendem Alter, negativer eingeschätzt.¹⁴¹ Ein leichter Anstieg der negativen Einschätzungen in den höheren Altersklassen ist auch in den Ergebnissen der Tabelle 8 zu erkennen. Aufgrund der kleinen Stichprobe ist jedoch kein direkter Vergleich zu ziehen.

¹³⁹ Vgl. Robert Koch-Institut (2012): GEDA 2012, S. 10.

¹⁴⁰ * Die CASMIN-Klassifikation ist in den 1970er-Jahren für international vergleichende Analysen zur sozialen Mobilität entwickelt. Im Jahr 2003 wurde sie überarbeitet und an die aktuellen Bildungssysteme, insbesondere in Großbritannien, Frankreich und Deutschland, angepasst. Die Bildungsabschlüsse werden auf Grund der funktionalen Äquivalenz, neun Kategorien (niedriges, mittleres und hohes Bildungsniveau) zugeordnet.

Quelle: Vgl. Bundeszentrale für politische Bildung (bpb), <https://www.bpb.de/kurz-knapp/zahlen-und-fakten/datenreport-2021/gesundheit/330123/bildung-als-ressource-fuer-gesundheit/>. (Online-Zugriff am 01.09.2022).

¹⁴¹ Vgl. Robert Koch-Institut (2022): Journal of Health Monitoring. Ergebnisse der Studie GEDA 2019/2020-EHIS, S.13.

Auf das Vorliegen einer chronischen Krankheit oder eines lang andauernden gesundheitlichen Problems, die eine steigende Tendenz der negativen Einschätzungen des allgemeinen Gesundheitszustands mit zunehmendem Alter untermauert, kann im Rahmen dieser Arbeit nur in begrenztem Umfang und basierend auf den erhobenen Forschungsdaten und dem theoretischen Hintergrund (siehe Kapitel 2.1.3) eingegangen werden.

6. Diskussion und Schlussfolgerungen

Um die richtigen Entscheidungen für die Zukunft zu treffen, benötigt man gesicherte Grundlagen, die sowohl wissenschaftlich fundiert wie auch praxisnah sind.

Dieses Kapitel konzentriert sich auf die Themenbereiche, die zur Beantwortung der Forschungsfragen relevant sind. Die vorliegenden Ergebnisse (siehe Kapitel 5) legen Daten zu den ausgewählten Fragen nach Angebot und Bedarf an medizinischer Versorgung, wie auch nach neuen Pflegekonzepten für die Gesundheitsförderung für die Menschen im Stadtteil Wilhelmsburg vor. Zudem werden die Ergebnisse mit dem theoretischen Hintergrund dieser Arbeit abgeglichen, um konkrete Handlungsschwerpunkte für den Stadtteil Wilhelmsburg ableiten zu können (siehe Kapitel 2).

6.1. Verknüpfung der Ergebnisse zum theoretischen Hintergrund

Wie bereits im Kapitel 2 ausführlich beschrieben, gilt der Stadtteil Wilhelmsburg als sozial stark benachteiligt. Die in der Literatur dafür häufig beschriebenen Ursachen sind eine hohe Arbeitslosigkeit (Wilhelmsburg 10,4 %, Hamburg 6,4 %), geringes Einkommen und fehlende Infrastruktur.¹⁴² Die Ergebnisse der Befragung im soziodemografischen Teil dieser Arbeit (siehe Kapitel 5) ähneln den vom Statistischen Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein im Jahr 2021 erhobenen Daten. Ein Überblick über die historisch gewachsenen Bevölkerungsstrukturen im Stadtteil und die demografischen Zahlen lassen erkennen, dass Wilhelmsburg ein relativ junger Stadtteil ist (das Durchschnittsalter liegt bei 38,9 Jahren) mit einem sehr hohen Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund (61,2%) und einem im Vergleich mit den anderen Stadtteilen Hamburgs niedrigen Sozialstatus (Leistungsempfänger nach SGB II 19,8%, Arbeitslose 10,4% - in Hamburg 9,9% und 6,4%).¹⁴³

Ein Erklärungsansatz, dass es in Wilhelmsburg vergleichsweise wenig ältere Menschen gibt (13,6% 65 Jahre und älter, - in Hamburg 18%), kann ein niedriger sozioökonomischer Status, der mit einem erhöhten Mortalitätsrisiko und einer kürzeren Lebenserwartung einhergeht, sein. Hierzu kommt noch die Veränderung der epidemiologischen Situation, die sich durch eine Zunahme chronischer Erkrankungen auch bei jüngeren Menschen, deren Ursachen stark mit Lebensgewohnheiten zusammenhängen, äußert. Die Bildung weist auch einen hohen

¹⁴² Vgl. Lampert, T., et al. Bundesgesundheitsblatt 2016 · 59:153–16.

¹⁴³ Vgl. Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein 2021.

Stellenwert für die Gesundheit auf. Das durch Bildung erworbene Wissen und die Handlungskompetenzen drücken sich durch eine gesundheitsförderliche Lebensweise und einem besseren Umgang mit Gesundheitsproblemen aus.¹⁴⁴ Zu den häufigsten chronischen Krankheiten in Wilhelmsburg gehören Herz-Kreislaufkrankungen, Atemwegserkrankungen, Diabetes sowie Depressionen (siehe Kapitel 2.6.1.). Die Behandlungsprävalenzen, mit Bezug auf die zu Grunde liegende Bevölkerungsgruppe, die an der Befragung teilgenommen hat, ist hoch. Auch statistischen Daten weisen auf auffallend hohe krankheitsbezogene Behandlungshäufigkeiten in dem Stadtteilcluster um Wilhelmsburg hin (siehe Kapitel 2.6.1.). Die Unterschiede in den Bevölkerungsstrukturen und Lebensverhältnissen in Wilhelmsburg haben einen Einfluss auf den medizinischen Versorgungsbedarf, wie auch auf die daraus resultierenden Anforderungen an die Prävention und Gesundheitsförderung, welches wiederum die Art und den Umfang der gegenwärtigen und der künftigen ambulanten Versorgung bestimmt.

Chronische Krankheiten sind durch Dauerhaftigkeit charakterisiert und beeinflussen oft die gesamte Lebensbahn. Sie fordern von den Erkrankten viele Anpassungen und Lernvorgänge, die oft eine Kontinuität verlangen und koordiniert werden müssen.¹⁴⁵ In der Kombination mit sozialen Problemen, die häufigen Begleiter der Erkrankungen sind, wächst der Komplexität der Fälle und verlangt nach einer Versorgungsstruktur, die im Stadtteil Wilhelmsburg nicht angeboten werden kann (siehe Kapitel 2.6.2.). Die Erkrankten stoßen sehr oft auf Kompetenz- und Wissensdefizite, die nach Unterstützung durch Dritte verlangen. Die Selbsteinschätzung des eigenen Gesundheitszustandes hat sich in vielen Studien als aussagekräftiger Indikator für den objektiven Gesundheitszustand der Befragten erwiesen. Anhand solcher Einschätzungen könnten die Prognosen für die künftige Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen eingeschätzt werden. Die Hoffnung dabei ist, dass die gesundheitliche Selbsteinschätzung möglicherweise die Motivation, den ungesunden Lebensstil zu verändern, beeinflusst. Aus diesem Grund ist eine umfassende Beratung und Begleitung der Betroffenen von großer Wichtigkeit. Zudem ist nicht auszuschließen, dass die gesundheitlichen Einschränkungen als Folgen der aktuellen COVID-19-Pandemie bei den chronisch Kranken zunehmen.¹⁴⁶

¹⁴⁴ Vgl. Lampert, T., Kroll, L.E., 2014, GBE kompakt 5(2).

¹⁴⁵ Vgl. Schaeff, D., Haslbeck, J., 2016, S. 243-244.

¹⁴⁶ Vgl. Robert Koch-Institut (2022): Journal of Health Monitoring. Ergebnisse der Studie GEDA 2019/2020-EHIS, S.13.

Insgesamt beschreiben die Befragten in Wilhelmsburg die ärztliche Fachkompetenz und ihr Vertrauensverhältnis zum Arzt positiv. Fast die Hälfte der Befragten konnte ohne vorherige Terminvereinbarung oder nach nur einem Tag Wartezeit zum Hausarzt gehen, was sich vermutlich vor dem Hintergrund der Corona-Pandemie mit den infektionsschutzbedingt angepassten Zugangsregeln zu Arztpraxen erklären lässt. Allerdings mussten die Befragten auf einen Termin beim Facharzt nach wie vor deutlich länger warten. Der bestehende Facharztmangel in Wilhelmsburg wird von 72% der Befragten bestätigt (siehe Kapitel 5.1).

Die sozialen Unterschiede in der Gesundheit zeichnen sich nicht nur bei Erwachsenen, sondern schon viel früher in Kinders- und Jugendalter ab. In Wilhelmsburg sind 22,8% der Haushalte mit Kindern, von denen 26,0% alleinerziehende Haushalte sind.¹⁴⁷ Die Lebenssituation der Alleinerziehenden und ihrer Kinder ist häufig durch viele Herausforderungen gekennzeichnet und sie sind häufiger von Armut betroffen. Auch die Gesundheit von Alleinerziehenden und deren Kindern hängt mit dem sozioökonomischen Status und dem Erwerbsstatus eng zusammen. Kinder, die mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status aufwachsen, zeigen häufiger ein ungünstigeres Ernährungsverhalten. In der Kombination mit Mangel an körperlicher Bewegung kommt es in solchen Fällen sehr oft zu Übergewicht.¹⁴⁸ Aus diesen Erkenntnissen bildet sich ein allgemeiner Bedarf an verhaltensorientierten Maßnahmen, welche ein wichtiger Ansatzpunkt für die Gesundheitsförderung und Prävention ist. Die Befragungsergebnisse dieser Arbeit haben ergeben, dass es im Stadtteil Wilhelmsburg für diese Themenbereiche, außer ein paar einzelne Institutionen, kaum strukturelle Angebote gibt. Ein großer Teil der Befragten kannte zudem die derzeit bestehenden Angebote nicht. Auch die Personen, denen die unterstützenden Angebote in Wilhelmsburg bekannt waren, haben davon kaum Gebrauch gemacht. Vor dem Hintergrund, dass in Wilhelmsburg ein sehr hoher Anteil Menschen mit Migrationshintergrund lebt, die die deutsche Sprache nicht oder kaum beherrschen, haben viele Befragten den Informationszugang in der Muttersprache oder eine leichte deutsche Sprache als sehr wichtig eingestuft. Außerdem bevorzugt fast die Hälfte der Befragten eine direkte Ansprechperson (siehe Kapitel 5.1).

Durch die fehlende Struktur im niedergelassenen Bereich und einem kaum existierenden Angebot im Präventionsbereich, verlagert sich die Versorgung der ambulanten Patienten in die

¹⁴⁷ Vgl. Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein 2021.

¹⁴⁸ Rattay P, von der Lippe E, Borgmann LS et al., 2017. *Journal of Health Monitoring* 2(4): 24–44.

Notaufnahme im Krankenhaus (siehe Kapitel 2.5). Somit kommt es zur Verschiebung von einer Notfallversorgung hin zu einer Akutversorgung ohne besondere Dringlichkeit.

Wie bereits im Kapitel 2.4. beschrieben, gibt es in Deutschland keine verschiedenen Primärversorgungsmodelle, die eine wohnortnahe Basisversorgung anbieten. In vielen anderen Ländern existieren diese Versorgungsmodelle schon seit Langem. Die in deren Gesundheitssystem integrierten Gesundheitszentren sind eine erste Anlaufstelle für Menschen mit gesundheitlichen Problemen. Viele Zuwanderer in Wilhelmsburg sind die Krankenversorgung in einer Klinik gewohnt, sodass sie sich auch mit Kleinigkeiten, die keine Notfälle sind, an die Klinik wenden. Das fehlende Wissen über Alternativangebote, deren eingeschränkte Verfügbarkeit sowie Befürchtungen eines Qualitätsverlust der Behandlung seitens der Patienten könnten weitere Gründe für die übermäßige Inanspruchnahme der Notfallversorgung im Wilhelmsburger Krankenhaus sein. Zudem kommen die Menschen, die in Wilhelmsburg wohnen, aus den unterschiedlichsten Herkunftsländern und haben unterschiedliche Migrationserfahrung. Die gesundheitlichen und psychosozialen Belastungen während und nach der Migration wie auch die soziale Integration in Deutschland, sind für ihre gesundheitliche Lage entscheidend. Laut Daten des Sozioökonomischen Panels (SOEP)¹⁴⁹ suchen Migranten und Menschen mit Fluchterfahrung häufiger Rettungstellen als Haus- oder Fachärzte auf. Diese Verhaltensweise lässt sich zum einem durch in dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)^{150*} geregelten Zugangseinschränkungen zur Regelversorgung erklären. Die Asylbewerber dürfen in den ersten 18 Monaten nach Einreise ausschließlich medizinische Notfallversorgung im Krankheitsfall aufsuchen. Zum Anderem spielen das komplexe Gesundheitssystem, Sprachbarrieren und mangelnde Informationen für die Inanspruchnahme eine Rolle. Anhand der Befragungsergebnisse in dieser Arbeit wird deutlich, dass mehr als die Hälfte der Befragten im Krankheitsfall (am Werktag tagsüber) in der Notaufnahme im Krankenhaus oder bei dem Notarzt bzw. Rettungsdienst nach Hilfe suchen. Das komplexe Versorgungsangebot in Deutschland setzt voraus, dass die bestehenden Versorgungsstrukturen in der Bevölkerung bekannt sind. Die Ergebnisse dieser Befragung zeigen, dass in Wilhelmsburg 50% der Befragten die Rufnummer für den ärztlichen

¹⁴⁹ Vgl. Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung Berlin (DIW). Leben in Deutschland (leben-in-deutschland.de).

¹⁵⁰ Vgl. Bundesministerium der Justiz (BMJ). § 3a AsylbLG - Einzelnorm (gesetze-im-internet.de)

*Ausnahmefälle sind hilfebedürftige geflüchtete Menschen aus der Ukraine, die ab dem 1. Juni 2022 Leistungen nach SGB II oder SGB XII erhalten und auf diese Weise Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sichern.

Bereitschaftsdienst nicht kennt und das Angebot nicht richtig einordnen kann (siehe Kapitel 5.1). Vermutlich aus gleichen Gründen werden die angebotenen Präventionsleistungen von Personen mit Migrationshintergrund seltener in Anspruch genommen.¹⁵¹ Zur Versorgung von familiären Pflegefällen greifen die Migranten seltener auf ambulante Pflegedienste zurück.¹⁵² Aus dieser Erkenntnis wächst die Anforderung, die Altenpflege in Wilhelmsburg migrationssensibler (z. B. unter Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse und Gewohnheiten) auszugestalten.

Zusammenfassend ergeben sich aus den beschriebenen Unterschieden verschiedene Bedarfe für den Stadtteil. Aus der zunehmenden Komplexität des Versorgungsauftrags zeigt sich ein Handlungsbedarf der die Schaffung neuer Versorgungsstrukturen, insbesondere an den Schnittstellen der sektorenübergreifenden und interdisziplinären Versorgung der verschiedenen Gesundheitsberufe ermöglicht.

6.2. Verknüpfung der Ergebnisse mit CHN-Konzept

Aus den zur Verfügung stehenden Daten (siehe Kapitel 2.3.) lässt sich ableiten, dass die ambulante Inanspruchnahme von einer Vielzahl unterschiedlicher Rechtsgrundlagen geprägt ist. Die Förderung von sektorenübergreifenden Ansätzen zur Verbesserung der ambulanten Versorgung ist ein wichtiges Ziel, welches die zukünftige Gesundheitsförderung und Prävention zu einem wichtigen politischen Thema macht. Die Umfrageteilnehmer aus Wilhelmsburg zeigen sich für die neuen Versorgungsmodelle sehr offen. Fast 60% der Befragten ist der Begriff Gesundheitszentrum vertraut und mehr als die Hälfte der Befragten (54%) wäre bereit, die Leistungen einer im Gesundheitszentrum integrierten Pflegepraxis in Anspruch zu nehmen.

Aus der Kombination von konzeptionellen Handlungsschwerpunkten (erkrankungsbezogen, bevölkerungsbezogen, settingbezogen), Kernaufgaben von Community Health Nurses (siehe Kapitel 3.1.1), Befragungsergebnissen und dem theoretischen Hintergrundwissen, lassen sich konkrete Ansatzpunkte für die Arbeit einer CHN im Stadtteil Wilhelmsburg ableiten, welche im Kapitel 6.4 beschrieben werden.

¹⁵¹ Vgl. Lampert, T. et al. 2021. Datenreport 2021. Migration und Gesundheit | bpb.de

¹⁵² Vgl. Schenk, L., Sonntag, P. T., Krobisch, V., & Ruf, V., 2015. ZQP-Studie.

Der Transfer der Ergebnisse und Erkenntnisse aus der Literatur in die Praxis, könnte auf vielfältigen Wegen erfolgen. Erkrankungsbezogen werden sich die Handlungsempfehlungen auf die chronischen Erkrankungen und die psychische Gesundheit der Bevölkerung in Wilhelmsburg konzentrieren. Bevölkerungsbezogen werden Menschen mit Migrationshintergrund, Geflüchtete, Kinder aus sozial benachteiligten Familien und alte Menschen im Fokus der neuen Versorgungspraxis stehen. Die Umsetzung gesundheitsfördernder und präventiver Maßnahmen erfordert ein settingbezogenes, starkes Zusammenwirken einer Vielzahl von Akteuren aus dem Gesundheitsversorgungssystem.

In der jüngsten Vergangenheit wurde versucht mit den Mitteln der gesetzlichen Krankenkassen und der Gesundheitsfonds an der Versorgungsrealität und Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung in Deutschland zu arbeiten. Wie bereits anfangs erwähnt, sind die rechtlichen Rahmenbedingungen für Community Health Nursing in Deutschland noch nicht geklärt (siehe Kapitel 2.3.). Auch im Abschlussbericht über die Auswertung der Förderung durch den Innovationsfonds¹⁵³ wird konstatiert, dass damit ein neues Instrument zur qualitativen Weiterentwicklung der Versorgungspraxis geschaffen ist, dass aber die meisten Problematiken bei der Überführung in die Regelversorgung auftreten. Dennoch zeigen die Auswertungsergebnisse, dass ein großes Potenzial für die Weiterentwicklung evidenzbasierter Lösungen, die durch einen interdisziplinären und interprofessionellen Ansatz gekennzeichnet sind, entsteht. Die Projektergebnisse der bereits abgeschlossenen, durch Innovationsfonds geförderten Projekte, werden prinzipiell positiv bewertet, zeigen aber gleichzeitig Ansatzpunkte für Optimierungen und Weiterentwicklung auf.¹⁵⁴

6.3.Limitation

Bereits bei den Beschreibungen der theoretischen Erkenntnisse, der Ergebnisse und der Diskussion wurde an verschiedenen Stellen auf Limitationen hingewiesen. An dieser Stelle sollen entsprechende Anmerkungen ergänzt werden. Der Befragungszeitraum der Umfrage im Stadtteil Wilhelmsburger fällt in die COVID-19-Pandemie, was einen bemerkungswerten Einfluss auf die Abläufe dieser Befragung hatte. Als limitierend ist anzugeben, dass die Entwicklungszahlen für die Zentrale Notaufnahme im Krankenhaus Groß-Sand aus dem Jahr

¹⁵³ Vgl. Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss 2022.
<https://innovationsfonds.gba.de/sys/impressum/>

¹⁵⁴ Vgl. Deutscher Bundestag – 20. Wahlperiode. Drucksache 20/1361, S. 123-128.
<https://dserver.bundestag.de/btd/20/013/2001361.pdf>

2019 genutzt wurden. Die Krankenhaus-Notaufnahme hat in Zeiten der Corona-Krise deutlich weniger Zulauf gehabt oder war teilweise wegen Corona-Ausbrüchen über mehrere Wochen komplett von der Notfallversorgung abgemeldet. Somit ist die Vergleichbarkeit der Entwicklungszahlen der Jahre 2020 und 2021 nicht möglich gewesen.

Die vorliegenden Ergebnisse beruhen auf der Annahme, dass die Diversität der Stichprobe durch die Maßnahmen zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie eingeschränkt war. Bei der Bewertung der Ergebnisse müsste diese Limitation bedacht werden. Die Maßnahmen wie Kontaktbeschränkungen und Empfehlungen zur Nutzung des Homeoffice, könnten die Teilnahmequote beeinflusst haben, zum Beispiel bei in der Befragung mitwirkenden Institutionen oder Verwaltungsmitarbeiter im Krankenhaus (siehe Kapitel 4.2.2). Diese Problematik ergab sich ebenfalls bei der Fragestellung nach Pflegebedürftigkeit und Angehörigenpflege. Hier ist zu vermuten, dass ältere sowie hoch- und multimorbide Menschen in der Pandemiezeit die Öffentlichkeit mieden und somit in dieser Befragung unterrepräsentiert waren. Weitere Begrenzungen ergaben sich durch die pandemiebedingte institutionelle Zugangseinschränkungen (z.B. Arztpraxen, Pflegedienste), da hier nur begrenzt Befragungen möglich waren.

6.4. Handlungsempfehlungen

Verschiedene Sozialraumbeschreibungen¹⁵⁵ und Stadtentwicklungskonzepte¹⁵⁶, die seit einigen Jahren für Wilhelmsburg vorliegen, beschäftigen sich nur teilweise mit dem Thema der Gesundheitsversorgung. Die vorliegenden Empfehlungen befassen sich mit der Frage, welche Präventionen und gesundheitsfördernde Maßnahmen zukünftig in Ergänzung und Weiterentwicklung bereits bestehender Versorgungsangebote benötigt werden und wie diese gestaltet werden sollten, um angemessen auf den vorhandenen Versorgungsbedarf im Stadtteil Wilhelmsburg reagieren zu können. Aus dieser Auswertung sollte möglichst detailliertes Wissen über den Gesundheits- und Krankheitsstatus unter Berücksichtigung demografischer und sozio-regionaler Strukturen in dem Stadtteil erfasst werden.

¹⁵⁵ Vgl. Sozialraumbeschreibung Wilhelmsburg, 2015. <https://www.hamburg.de/content/blob/4508226/86ffe3e8d6c11b3fb201e396065bc8c7/data/soz-beschr-wiburg-dl.pdf>

¹⁵⁶ Vgl. Behörde für Stadtentwicklung und Umwelt Hamburg. <https://www.bing.com/search?q=Stadtentwicklungskonzepte+hamburg+wilhelmsburg>.

Begrenzt werden die herausgearbeiteten Erkenntnisse zur gesundheitlichen Situation der Bewohner in Wilhelmsburg durch die Tatsache, dass sie vor allem theoriegeleitet sind und nicht auf eigenen empirischen Erkenntnissen beruhen. Die Möglichkeiten zu empirischem Wissen sind bei einem solchen komplexen Themenfeld wie die gesundheitliche Situation der Bevölkerung in Wilhelmsburg allerdings begrenzt. Aufgrund der geringen Stichprobengröße sowie des begrenzten zeitlichen Erhebungsrahmens bestehen deutliche Einschränkungen hinsichtlich allgemeinerer Schlüsse. Gleichwohl können die gewonnen Erkenntnisse des theoretischen Teils für die erfolgreiche Gestaltung der primären Versorgung besonders zur Versorgungsoptimierung chronischer Erkrankungen wichtige Bausteine sein. Aufgrund der Komplexität der Thematik würden sich beispielsweise Pilotprojekte, die durch Innovationfonds finanziert werden, anbieten.

Ein weiteres interessantes Forschungsfeld, das in dieser Arbeit nicht intensiver betrachtet werden konnte, sondern als weiterer möglicher Forschungsansatz gesehen werden soll, ist die Angehörigenpflege. Es wäre interessant, in die verschiedenen Kulturen im Stadtteil Wilhelmsburg hineinzublicken und somit ein besseres Verständnis für kulturelle Unterschiede und Gemeinsamkeiten zu entwickeln. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse könnten für ambulante Pflegedienste in Wilhelmsburg zielführend sein. Gleichzeitig wäre das ein Tätigkeitsfeld für die CHNs. Wie bereits erwähnt lassen sich pflegebedürftigen älteren Migranten überwiegend zu Hause durch ihre Angehörigen versorgen. Vermutete Gründe dafür sind familiäre moralische Verpflichtungen, Informationsdefizite sowie fehlende kultursensible Pflegeangebote. Dementsprechend wäre es von weitergehendem Interesse, ein unterstützendes Angebot und die Anlaufstellen für diese pflegenden Angehörigen anzubieten. Durch die präventiven Maßnahmen im niederschweligen Kontext und einem frühzeitig präventiven Ansatz der CHNs könnte eine Einzelfallberatung im häuslichen Bereich sowohl für die Pflegebedürftigen sowie deren Angehörigen angeboten werden. Zudem wäre es hilfreich, ein interkulturelles Netzwerk für Pflegebedürftige und deren pflegende Angehörige in Wilhelmsburg zu bilden.

Der Kern der Gesundheitsförderungsstrategie ist die Einflussnahme auf Determinanten der Gesundheit.¹⁵⁷ Bei der Planung von Interventionen zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage

¹⁵⁷ Vgl. Hurrelmann, K., Richter, M., BZgA 2018.

* „Vulnerable Personengruppen“

der Bevölkerung im Stadtteil Wilhelmsburg sollte das unbedingt berücksichtigt werden. Außerdem wäre dies ein weiteres Tätigkeitsfeld einer CHN. Viele Gesundheitsprobleme bedürfen keiner ärztlichen Intervention und können durch Kompetenzerhöhung der Bevölkerung im Umgang mit Krankheiten und gesundheitsfördernden Maßnahmen aufgefangen werden. Ein weiteres Ziel wäre, vulnerable Gruppen* zu identifizieren, um einen gezielten Präventions- und gesundheitsfördernden Einsatz planen zu können.

Die Ergebnisse der Umfrage lassen den Schluss zu, dass das Wilhelmsburger Krankenhaus eine sehr wichtige Rolle für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung im Stadtteil Wilhelmsburg spielt. Allerdings deutet die Inanspruchnahme der Notaufnahmeleistungen darauf hin, dass diese überproportional von Nichtnotfallpatienten genutzt werden.

Angesichts des demografisch bedingten Mangels im niedergelassenen Bereich und eine alternde und somit denkbar morbidere Bevölkerung, wird das Krankenhaus auch künftig einen erheblichen Teil der ambulanten Versorgung tragen müssen.

Hier stellt sich die Frage, wie sinnvolle Lösungen zur Problemminimierung aussehen könnten. Aktuell ist es juristisch so geregelt, dass jeder Patient von einem Arzt gesehen werden muss. Eine mögliche Lösung für die beschriebene Problematik könnte mit der geplanten Gesetzesänderung (siehe Kapitel 3.1.2) herbeigeführt werden. Schwerpunktmäßig geht es hierbei um die Ergänzung der pflegerischen Handlungen durch heilkundliche Tätigkeiten und die Weiterentwicklung delegationsfähiger Leistungen. Dazu kommt, dass das breite medizinische Leistungsangebot zwischen den Versorgungsbereichen zielgerichteter und passgenauer koordiniert werden muss und somit Patienten in die richtige Versorgungsebene zugeordnet werden. Hier geht es darum, vor Ort bedarfsgerechte und zukunftsfähige Versorgungsangebote für die Bevölkerung in Wilhelmsburg zu schaffen. Eine zukunftsversprechende Gestaltung der Notfallversorgung in Wilhelmsburger Krankenhaus, wie auch eine präventive und gesundheitsfördernde ambulante Unterstützung könnte von zwei Seiten aufgegriffen werden.

Einerseits könnte durch einen mit der Krankenhausaufnahme gemeinsamen Empfangstresen nach einer Triage mit festverankerten Kriterien und Handlungsanweisungen, die ethisch

aufgrund ihrer körperlichen und/oder seelischen Konstitution (z.B. Behinderung, psychische Störung, Schwangerschaft, hohes Alter) oder/und aufgrund ihrer besonderen sozialen Situation (z.B. obdachlose Frauen) verletzlichere (vulnerable) Personenkreise.“ (Quelle: Glossar Themenheft 42 - Gesundheitliche Folgen von Gewalt. Gesundheitsberichterstattung - Themenhefte, Oktober 2008).

gerechtfertigt sind, entschieden werden, ob der Patient stationär aufgenommen wird oder ob eine ambulante Versorgung ausreichend ist. Um diese bestmöglich einschätzen zu können, sollte der Empfangstresen idealerweise von spezialisiertem, nicht-ärztlichem Personal (z.B. APNs) besetzt werden. Mit einer im MVZ (zukünftig Gesundheitszentrum) des Wilhelmsburger Krankenhauses integrierten Pflegepraxis, die personell und organisatorisch vom Krankenhaus abgetrennt ist, könnten einige Verbesserungen wie z.B. zielgerechtes Wissensmanagement (entsteht im interdisziplinären Austausch durch Kombination des bestehenden Wissens mit neuen Erkenntnissen), Verbesserung der Patientenorientierung und eine ganzheitliche primäre Versorgung im Lebensalltag durch qualifizierte Pflege erreicht werden. Durch diese differenzierte Triage im Notaufnahmebereich könnte die erste Selektion zwischen stationären und ambulanten Patienten stattfinden, ohne dass diese die Notaufnahme durchlaufen müssen.

Andererseits könnte in der hausintegrierten Pflegepraxis die Koordination der Leistungen, die pflegerische Beratung für Patienten mit chronischen Erkrankungen sowie die Unterstützung der Kooperation zwischen den Sektoren übernommen werden. Die Gesundheitsberatung der Betroffenen sollte in Zusammenarbeit mit den im MVZ (zukünftig Gesundheitszentrum) ansässigen Arztpraxen und im besten Fall in ihrer Muttersprache stattfinden. Das Zusammenführen des Krankenhauses mit vertragsärztlichen Strukturen wäre ein wichtiger Schritt hin zu einer sektorenübergreifenden Versorgung. Das heißt, dass die bestehenden Strukturen nicht nur baulich, sondern auch organisatorisch angepasst werden müssten. Daraus entsteht noch eine Anforderung an die Politik, das sektorengetrennte Vergütungssystem (Krankenhäuser verhandeln mit Krankenkassen, Vertragsärzte – dazu gehören auch MVZs mit Kassensitzen – rechnen über die Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) ab) neu zu strukturieren.¹⁵⁸

Um eine Verbesserung der bestehenden Versorgung zu maximieren, sollte neben der Versorgungsformanpassung auch eine Öffnungszeitenanpassung vorgenommen werden. Es wird empfohlen, durch weitere Untersuchungen die Stoßzeiten und Zeiten mit sehr geringer Nachfrage in der Notaufnahme herauszukristallisieren und dementsprechend die Öffnungszeiten anzupassen (z.B. Mittwoch ab 12 Uhr).

¹⁵⁸ Vgl. Deutsches Ärzteblatt, 2022. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/135749/Ambulantisierung-Geordnete-Reform-statt-kalter-Strukturbereinigung>.

Beide Maßnahmen könnten für Entlastung der Notaufnahme im Krankenhaus sorgen und gleichzeitig die erweiterte Pflegepraxis durch CHN in der Primärversorgung ermöglichen.

7. Fazit

In dieser Masterarbeit stellt die Autorin die quantitative Untersuchung zur gesundheitlichen Situation und der Angebotslandschaft im Stadtteil Wilhelmsburg dar. Eine vergleichbare Untersuchung mit dem Fokus auf den Public-Health-geprägte Einsatz*¹⁵⁹, gab es bisher im Wilhelmsburg nicht. Die Ergebnisse dieser Untersuchung könnten für die zukünftige Entwicklung einer neuen Angebotsstruktur im Stadtteil, die den gesundheitlichen und psychosozialen Belastungen entgegenwirkt, zugutekommen. Diese Untersuchung ist eine Momentaufnahme der ärztlichen Versorgung und des Zugangs zu ärztlichen Leistungen aus Sicht der Bewohner im Stadtteil Wilhelmsburg.

Als erstes Teilziel wurde eine Bestandsaufnahme zu vorhandenen Gesundheitsangeboten und deren Inanspruchnahme im Stadtteil erarbeitet. Die primäre Versorgung im haus- und kinderärztlichen Bereich und besonders die wohnortnahe, fachärztliche Regelversorgungsebene sind in der Befragung als mangelhaft bewertet worden (siehe Kapitel 5.1). Der Nachwuchsmangel bei den niedergelassenen Ärzten macht sich in Wilhelmsburg deutlich bemerkbar. Das Ziel, dass ausreichend Haus- und Fachärzte in einer städtischen, strukturschwachen Region wie Wilhelmsburg für die primäre Versorgung der Patienten in naher Zukunft zur Verfügung stehen, erscheint nach dieser Umfrage als schwer zu erreichen. Aus dieser Befragung ergeben sich einige Antworten und eine Reihe von notwendigen Veränderungsmaßnahmen, die unbedingt in die künftigen Planungen des Versorgungsmanagements einfließen müssen:

In einem ersten Schritt müssen die rechtlichen Möglichkeiten ausgeschöpft werden, um eine ambulante medizinische Versorgung entsprechend dem Bevölkerungsbedarf ausbauen zu können. In einem sozial heterogenen Stadtteil wie Wilhelmsburg bietet es sich an, ein Gesundheitszentrum (GZ) mit einem interdisziplinären Versorgungsteam einzurichten, und dies möglichst im Kontext der bereits im MVZ und dem Wilhelmsburger Krankenhaus bestehenden Angebotsstruktur.

Die Erkenntnisse aus dem Morbiditätsatlas, dass die chronischen Erkrankungen wie Hypertonie, Diabetes und Herzinsuffizienz eine besonders hohe Krankheitslast in dem Stadtteil

¹⁵⁹ Vgl. Nowak, A. C., Kolip, P., Razum, O., 2022. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA.

*Durch eine systematische Datenerfassung zu Gesundheits- und Krankheitsentwicklung der Bevölkerung unter Berücksichtigung von Aspekten sozialer Ungleichheit sowie systembedingter Faktoren, werden die Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention entwickelt.

verursachen (siehe Kapitel 2.6.1), sind zur Schließung von Versorgungslücken besonders wichtig und handlungsleitend. Anhand der gewonnenen Erkenntnisse lassen sich die geeigneten und bedarfsoptimierten Interventions- und Präventionsmaßnahmen ableiten, die durch nichtärztliches Fachpersonal erbracht werden dürfen.

Eine vollständige Antwort auf die Subforschungsfrage zur Einschätzung der Unterstützungsangebote für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige im Stadtteil kann mit dieser Arbeit nicht gegeben werden. Vor diesem Hintergrund wäre es interessant, für zukünftige bzw. weiterführende Bedarfsanalysen vertiefend auf den Bedarf dieser beiden Gruppen einzugehen.

Abschließend hat die vorliegende Arbeit die Akzeptanz des CHN-Präventionskonzepts in Wilhelmsburg untersucht und ist zu einem positiven Ergebnis gekommen: Für viele Menschen ist die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen mit Vertrauenspersonen verknüpft (siehe Frage 19, Tabelle 7).

Als explizites Ziel des CHN-Konzepts in Wilhelmsburg wurde die Sicherung wohnortnaher Versorgung im Sozialraum angedacht. Der Public-Health-geprägte Einsatz soll eine fachdisziplinen-, berufsgruppen- und sektorenübergreifende gesundheitliche Versorgung unter schwerpunktmäßiger Beteiligung der Pflege anbieten. Insbesondere die Zusammenarbeit zwischen ambulanter ärztlicher und der Krankenhausversorgung wären für den Stadtteil von enormer Wichtigkeit.

Obwohl das Präventionsgesetz¹⁶⁰ schon im Juni 2015 verabschiedet wurde, zählt dieser Einsatz für Deutschland weiterhin als innovativer Versorgungsansatz. Die Umsetzung der Pflegeprävention gestaltet sich als sehr schwierig. Das Hauptproblem ist die ungeklärte finanzielle Übernahme der Leistungsträger, da nicht alle Leistungen für die Gesundheitsversorgung aus einer Quelle finanziert werden,¹⁶¹ weshalb ein Handeln der Politik dringend erforderlich ist.

¹⁶⁰ Vgl. Deutscher Bundestag (Hrsg) 2015. Präventionsgesetz (PrävG). <https://dserver.bundestag.de/btd/18/052/1805261.pdf>

¹⁶¹ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (BGM), 2022. Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung.

Literatur und Quellen

- Robert Koch-Institut. 2012.** Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2010«. *Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. [Online] RKI, Berlin, 2012. [Zitat vom: 10. September 2022.]
https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/GEDA2010.pdf?__blob=publicationFile. ISBN:978-3-89606-213-0.
- Albers, A. et al. 2012.** Gemeinsames Positionspapier des Allgemeinen Fakultätentags (AFT), der Fakultätentage und des Deutschen Hochschulverbands (DHV). *Gute wissenschaftliche Praxis für das Verfassen wissenwissen Qualifikationsarbeiten*. [Online] 09. Juni 2012. [Zitat vom: 25. Juni 2022.]
https://www.uni-frankfurt.de/58205511/DHV_AFT_Gute_wiss_Praxis_Quali_Arbeiten.pdf.
- Ammenwerth, E., Haux, R. . 2005.** *IT-Projektmanagement in Krankenhaus und Gesundheitswesen: Einführendes Lehrbuch und Projektleitfaden für das taktische Management von Informationssystemen Taschenbuch*. Stuttgart : Schattauer, 2005. ISBN: 3794524160.
- Ärzteblatt, Deutsches. 2017.** Deutsches Ärzteblatt. Arbeitsbedingungen für Pflegeberufe „inakzeptabel“. [Online] 8. September 2017. [Zitat vom: 28. Juli 2022.]
<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/78122/Arbeitsbedingungen-fuer-Pflegeberufe-inakzeptabel>.
- Auth, D. 2013.** Ökonomisierung der Pflege – Formalisierung und Prekarisierung von Pflegearbeit. [Online] Januar 2013. [Zitat vom: 25. Juni 2022.]
https://www.researchgate.net/publication/267167301_Okonomisierung_der_Pflege_-_Formalisierung_und_Prekarisierung_von_Pflegearbeit.
- Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz. 2020.** *Krankenhausplan 2020 der Freien und Hansestadt Hamburg*. Hamburg : Freie und Hansestadt Hamburg. Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz. Amt für Gesundheit - Fachabteilung Versorgungsplanung G 14, 2020.
<https://www.hamburg.de/contentblob/4659138/801fc86b22508ccb2024996c7c0ce5ea/data/krankenhausplan2020-broschuere.pdf>. [Zitat vom: 09.07.2022].
- Behörde für Stadtentwicklung und Wohnen Freie und Hansestadt Hamburg. 2021.** Freistellungsgebiete werden teilweise verkleinert, 1.270 geförderte Wohnungen zurück in der Belegungsbindung. [Online] 16. Juni 2021. [Zitat vom: 08. Juli 2022.]
<https://www.hamburg.de/pressearchiv-fhh/15188524/2021-06-16-bsw-freistellungsgebiete/>.
- Behörde für Stadtentwicklung und Wohnen, Freie und Hansestadt Hamburg. 2020.** Sozialmonitoring Integrierte Stadtteilentwicklung – Bericht 2020. [Online] Dezember 2020. [Zitat vom: 08. Juli 2022.]
<https://www.hamburg.de/contentblob/14763090/46efca96446796a2716550789fc3d2fb/data/d-sozialmonitoring-bericht-2020.pdf>.
- Berger-Grabner, D. 2016.** *Wissenschaftliches Arbeiten in den Wirtschafts- und Sozialwissenschaften – Hilfreiche Tipps und praktische Beispiele*. Wiesbaden : Springer Gabler, 2016. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. ISBN: 978-3-6581-3077-0.

Bezirksamt Hamburg-Mitte. Fachamt Stadt- und Landschaftsplanung. 2019. Problem- und Potenzialanalyse Wilhelmsburg Ost (Korallus- und Bahnhofsviertel). [Online] Dezernat Wirtschaft, Bauen und Umwelt. Fachamt Stadt- und Landschaftsplanung. Abteilung Integrierte Stadtteilentwicklung (SL4), 17. Juli 2019. [Zitat vom: 08. Juli 2022.] <https://www.hamburg.de/contentblob/14049368/bbb35b31f20464032cd1a25f7ed47dc7/data/potenzialanalyse.pdf>.

Boeglin, M. 2007. *Wissenschaftlich arbeiten Schritt für Schritt: Gelassen und effektiv studieren Taschenbuch.* München : Wilhelm Fink, GmbH & Co. Verlags-KG Paderborn , 2007. ISBN: 978-3-8252-3701-1.

Bogner, A., et. al. 2014. *Der Zugang zu den Experten: die Vorbereitung der Erhebung.* Wiesbaden : Springer VS, Wiesbaden, 2014. ISBN: 978-3-531-19415-8.

Bogner, K., Landrock, U. 2015. *Antworttendenzen in standardisierten Umfragen.* Mannheim : GESIS – Leibniz Institut für Sozialwissenschaften (GESIS Survey Guidelines)., 2015. Version 1.1. DOI: 10.15465/gesis-sg_016.

Braeseke, G. et al. August 2020. *Kriterien zur Analyse von Drittstaaten zur Gewinnung von Auszubildenden für die Pflege. Kurzbericht für das Bundesministerium für Wirtschaft und Energie.* Berlin. : IGES Institut, August 2020.

Brink, A. 2013. *Anfertigung wissenschaftlicher Arbeiten : ein prozessorientierter Leitfaden zur Erstellung von Bachelor-, Master- und Diplomarbeiten.* Wiesbaden : 4. korrigierte und aktualisierte Auflage. Springer Gabler, 2013. ISBN: 978-3-8349-4396-5.

Bundesgesetzblatt. 2018. Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz-PfBIRefG). [Online] 10. Oktober 2018. [Zitat vom: 05. Juli 2022.] Bundesgesetzblatt jahrgang 2018, Teil I, Nr. 34. Bonn.

Bundesinstitut für Berufsbildung (BMBF). 2. überarbeitete Auflage 2020. Rahmenlehrpläne für den theoretischen und praktischen Unterricht. Rahmenausbildungspläne für die praktische Ausbildung. [Online] 2. überarbeitete Auflage 2020. [Zitat vom: 03. September 2022.] www.bibb.de.

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) -Gesetzliche Krankenversicherung. (*Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477*) § 37 *Häusliche Krankenpflege.* [Online] [Zitat vom: 12. Oktober 2022.] http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/___37.html.

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. 2020. Gesetz über die Pflegeberufe (Pflegeberufegesetz - PflBG), § 37 Ausbildungsziele. [Online] 2020. [Zitat vom: 14. Juli 2022.] https://www.gesetze-im-internet.de/pflbg/___37.html.

Bundesministerium für Bildung und Forschung. 2014. Band 15 der Reihe Berufsbildungsforschung. o. O.. Bestandsaufnahme der Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich. [Online] 2014. Band 15 der Reihe Berufsbildungsforschung. o. O. [Zitat vom: 04. Oktober 2022.] https://www.bmbf.de/upload_filestore/pub/berufsbildungsforschung_band_15.pdf.

Bundesministerium für Gesundheit (BGM). 2022. Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen . [Online] 27. Januar 2022. [Zitat vom: 19. September 2022.] <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/finanzierung-gkv.html>.

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). 2020. Mehr Gesundheit durch eine gestärkte Primärversorgung. Primär-Versorgungs-Einheiten (PVE) in Österreich. [Online] 28. Juli 2020. [Zitat vom: 29. Oktober 2022.] <https://www.pve.gv.at/>.

Burgi, M., Igl, G. 2021. *Rechtliche Voraussetzungen und Möglichkeiten der Etablierung von Community Health Nursing (CHN) in Deutschland.* Baden-Baden : Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG. 1. Auflage. Schriften zum Sozialrecht, Band 61, 2021. DOI: <https://doi.org/10.5771/9783748924319>, ISBN online: 978-3-7489-2431-9.

Burgi, M., Igl, G. 2021. *Schriften zum Sozialrecht. Rechtliche Voraussetzungen und Möglichkeiten der Etablierung von Community Health Nursing (CHN) in Deutschland.* Baden-Baden : Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG. Band 61, 1. Auflage, 2021. ISBN (ePDF): 978-3-7489-2431-9.

Burkhart, M., Ostwald, D. A., Ehrhard, T. 2012. *112 - und niemand hilft – Fachkräftemangel: Warum dem Gesundheitssystem ab 2030 die Luft ausgeht.* s.l. : PricewaterhouseCoopers AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft (PwC) / Wirtschaftsforschungsinstitut (WifOR). pwc-studie-112-und-niemand-hilft-sep-2012, PDF, 72 Seiten.

Das Bundesgesetzblatt. Artikel 1, Abschnitt 3, Teil 3. 2017. Hochschulische Pflegeausbildung. Ausbildungsziele gemäß § 37 Pflegeberufereformgesetz- PfbIRefG. [Online] 24. Juli 2017. [Zitat vom: 14. Juli 2022.] <https://www.bgbl.de>. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2017, Teil I Nr.49, Bonn.

Das Bundesgesetzblatt. Artikel 1, Abschnitt 3. Teil 1. 2017. Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz- PfbIRefG). *Finanzierung der beruflichen Ausbildung in der Pflege.* [Online] 24. Juni 2017. [Zitat vom: 05. Juli 2022.] <https://www.bgbl.de>. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2017, Teil I Nr.49, Bonn.

DBfK - Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe. 2018. Gemeinsam eine gute Versorgung sichern. Integrierte Gesundheitszentren. *Die Fachzeitschrift für professionell Pflegende. Die Schwester Der Pfleger.* 2018, Ausgabe 5/2018.

Deutsche Ärzteblatt. 2017. Mehr Ärzte, weniger Pflegekräfte. [Online] 5. Oktober 2017. [Zitat vom: 28. Juni 2022.] <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/81707/Mehr-Aerzte-weniger-Pflegekraefte>.

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK). 2019. Advanced Practice Nursing - Pflegerische Expertise für eine leistungsfähige Gesundheitsversorgung. [Online] 2019. [Zitat vom: 27. Oktober 2022.] <https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Advanced-Practice-Nursing-Broschuere-2019.pdf>.

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe - DBfK Bundesverband e.V. 2020. Community Health Nursing. *Das Projekt Community Health Nursing.* [Online] DBfK, 2020. [Zitat vom: 27. September 2022.] <https://www.dbfk.de/de/themen/Community-Health-Nursing.php>.

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) - . 2019. Wo steht die deutsche Pflege im internationalen Vergleich? *Die Fachzeitschrift für professionell Pflegende. Die Schwester Der Pfleger.* 2019, Ausgabe 3/2019.

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) - . 2019. Wo steht die deutsche Pflege im internationalen Vergleich. *Die Fachzeitschrift für professionell Pflegende. Die Schwester der pfleger.* 2019, Ausgabe 3/2019.

Deutscher Bundestag (Hrsg) . 2015. *Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention. (Präventionsgesetz – PräVG).* Köln : Bundesanzeiger Verlag GmbH, 2015.

Deutscher Bundestag. 2022. Abschlussbericht über die wissenschaftliche Auswertung der Förderung durch den Innovationsfonds im Hinblick auf deren Eignung zur Weiterentwicklung der Versorgung. [Online] 22. März 2022. [Zitat vom: 26. August 2022.] <https://dserver.bundestag.de/btd/20/013/2001361.pdf>. Drucksache 20/1361 .

Deutsches Ärzteblatt. 2022. *Ambulantisierung: Geordnete Reform statt kalter Strukturbereinigung.* [Online] Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern) und Kassenärztliche Bundesvereinigung, Juli 2022. [Zitat vom: 02. Oktober 2022.] <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/135749/Ambulantisierung-Geordnete-Reform-statt-kalter-Strukturbereinigung>.

Die Kassenärztlich Bundesvereinigung (KBV). 2015. Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V. [Online] 15. Januar 2015. [Zitat vom: 15. Oktober 2022.] https://www.kbv.de/media/sp/24_Delegation.pdf.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). 2020. Medizinische Rehabilitation: Grundsätze und Rahmenbedingungen. *CME_Vorbildung.* [Online] 2020. [Zitat vom: 18. Oktober 2022.] https://www.kbv.de/media/sp/MedReha_Grunds_tze_und_Rahmenbedingungen.pdf.

Diekmann, A. 2010. *Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen.* Reinbek bei Hamburg : Rowohlt Verlag GmbH, 2010. ISBN 978 3 499 55678 4.

Döring, D., Dudenhöffer, B., Herdt, J. 2005. *Europäische Gesundheitssysteme unter Globalisierungsdruck Vergleichende Betrachtung der Finanzierungsstrukturen und Reformoptionen in den EU 15-Staaten und der Schweiz.* Wiesbaden : HA Hessen Agentur GmbH – Wirtschafts- und Regionalforschung. Studie im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung , 2005. Report Nr. 689 .

Ebel, T., Trixa, J. 2015. *Hinweise zur Aufbereitung quantitativer Daten.* [GESIS Papers, 2015/09] Köln : GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften, 2015. DOI: <https://doi.org/10.21241/ssar.43223>.

Erhart, M., et al. 2013. *Morbiditätsatlas Hamburg. Gutachten zum kleinräumigen Versorgungsbedarf in Hamburg.* Berlin : Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, 2013.

Fachamt Sozialraummanagement. 2015. Sozialraumbeschreibung Wilhelmsburg. [Online] Januar 2015. [Zitat vom: 07. Juni 2022.] <https://www.hamburg.de/contentblob/4508226/86ffe3e8d6c11b3fb201e396065bc8c7/data/soz-beschreibung-dl.pdf>.

Falbaum, F., Prüfer, P., Rexroth, M. 2009. *Was ist eine gute Frage? Die systematische Evaluation der Fragenqualität.* Wiesbaden : VS Verlag für Sozialwissenschaften. GWV Fachverlag GmbH, 2009. 1. Auflage. ISBN:978-3-531-15824-2.

Flick, U., von Kardorff, E., et al. 2009. *Qualitative Forschung: Ein Handbuch.* Reinbek bei Hamburg. : Rowohlt Enzyklopädie in Rowohlt Taschenbuch Verlag, 2009. 13. Auflage. ISBN: 978-3 499 55628 9.

Franzkowiak, P., Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). 2018. *Prävention und Krankheitsprävention.* Köln : BZgA, 2018. doi:10.17623/BZGA:224-i091-2.0.

Frese, A. 2018. Fachkräftemangel. Pflegenotstand hat viele Ursachen. [Online] 05. Juni 2018. [Zitat vom: 20. Juni 2022.] <https://www.tagesspiegel.de/wirtschaft/fachkraeftemangel-pflegenotstand-hat-viele-ursachen/22641764.html>.

Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). 2021. INVEST Billstedt/Horn – Hamburg Billstedt/Horn als Prototyp für eine Integrierte gesundheitliche Vollversorgung in deprivierten großstädtischen Regionen. *Gesundheitskiosk verbessert Versorgung in sozial benachteiligten Stadtteilen Billstedt und Horn.* [Online] Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss, 08. April 2021. [Zitat vom: 14. Juli 2022.] <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/invest-billstedt-horn-hamburg-billstedt-horn-als-prototyp-fuer-eine-integrierte-gesundheitliche-vollversorgung-in-deprivierten-grossstaedtischen-regionen.73>.

Gerlach, M.F., et al. 2014. Bedarfsgerechte Versorgung Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. *Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.* [Online] Juni 2014. [Zitat vom: 26. Oktober 2022.] https://www.bnfi.de/download/InformationenGutachten35_SVR-Gutachten_2014_Kurzfassung_01.pdf.

Gläser, J., Laudel, G. 2010. *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse.* Wiesbaden : VS Verlag für Sozialwissenschaften | Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, 2010. 4.Auflage. ISBN: 978-3-531-17238-5.

Habermas, J. 1968. *Technik und Wissenschaft als "Ideologie".* Frankfurt am Main : Schurkamp Verlag, 1968. ISBN: 9783518102879.

Hamburg Center for Health Economics (HCHE). 2021. Hamburg Billstedt/Horn als Prototyp für Integrierte gesundheitliche Vollversorgung in deprivierten großstädtischen Regionen. *INVEST Billstedt/Horn.* [Online] Universität Hamburg, 13. April 2021. [Zitat vom: 14. Juni 2022.] <https://www.hche.uni-hamburg.de/forschung/transfer/invest.html>.

Hämel, K., Vössing, C. 2018. PORT – Patienten- orientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung. *Gesundheitszentren in Slowenien (Zdravstveni Domovi).* [Online] 18. November 2018. [Zitat vom: 5. September 2022.] <https://pub.uni-bielefeld.de/download/2932212/2932213/haemel-voessing-2018-slow.pdf>.

Hammerschmidt, P. et al. 2017. *Die Soziale Arbeit im Spannungsfeld der Ökonomie.* s.l. : Schriftenreihe Soziale Arbeit der Fakultät für angewandte Sozialwissenschaften der Hochschule München, 2017. 1. Auflage. ISBN: 978-3-945-959-16-9.

Hasselhorn, H. M. et al. 2008. NEXT-Study. Image der Pflege in Deutschland. [Online] Januar 2008. [Zitat vom: 19. Juli 2022.] https://www.researchgate.net/publication/260592297_Image_der_Pflege_in_Deutschland.

Helfferrich, C. 2011. *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews.* Wiesbaden : VS Verlag für Sozialwissenschaften. Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH , 2011. 4. Auflage. ISBN: 978-3-531-17382-5.

Hempel, D. 2017. 1937: Nazis machen Hamburg zur Metropole. [Online] NDR- Chronologie, 31. März 2017. [Zitat vom: 24. Juni 2022.] <https://www.ndr.de/geschichte/chronologie/1937-Nazis-machen-Hamburg-zur-Metropole.grosshamburg100.html>.

Himme, A. 2009. *Gütekriterien der Messung: Reliabilität, Validität und Generalisierbarkeit.* In: Albers, S., et al. *Methodik der empirischen Forschung.* Wiesbaden : Gabler Verlag | Springer Fachmedien, 2009. 3. Auflage. ISBN: 978-3-8349-1703-4.

Hurrelmann, K., Richter, M. 2018. Determinanten von Gesundheit. [Online] Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), 05. Juni 2018. [Zitat vom: 26. September 2022.] <https://leitbegriffe.bzga.de/systematisches-verzeichnis/wissenschaftliche-perspektiven-bezugsdisziplinen-theorien-und-methoden/determinanten-von-gesundheit/>. Doi:10.17623/BZGA:224-i008-1.0.

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). 2008. Das deutsche Gesundheitssystem im internationalen Vergleich. [Online] 18. November 2008. [Zitat vom: 07. Juli 2022.] https://www.iqwig.de/presse/pressemitteilungen/pressemitteilungen-detailseite_10992.html.

Jacobs, K. et al. 2020. *Pflege-Report 2020. Neuausrichtung von Versorgung und Finanzierung. Pflegesysteme im internationalen Vergleich.* s.l. : Springer, Berlin, Heidelberg, 2020. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-61362-7>.

Jacobs, K. et al. 2018. *Pflege-Report 2018. Qualität in der Pflege. Kapitel 15: Qualität und Qualifikation: Schwerpunkt Akademisierung der Pflege.* Heidelberg, Berlin : Springer-Verlag GmbH, 2018. ISBN 978-3-662-56822-4.

Janzik, L. 2012. *Motivanalyse zu Anwenderinnovationen in Online-Communities. Forschungsdesign und Forschungsfeld.* Wiesbaden : Gabler Verlag, 2012. ISBN: 978-3-8349-3395-9.

Jensen, U. 2018. Data Processing. In: Netscher, Sebastian; Eder, Christina (Hrsg.): Data Processing and Documentation: Generating high quality research data in quantitative social science research. *GESIS Papers 2018/22.* [Online] 2018. [Zitat vom: 22. Juli 2022.] <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-59492-3>.

Jensen, U. 2012. *Leitlinien zum Management von Forschungsdaten. Sozialwissenschaftliche Umfragedaten.* [GESIS-Technical Reports 2012|07] Köln : GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften, 2012. ISSN: 1868-9051.

Karagiannidis, C. et al. 2020. Pflege: Deutsche Krankenhäuser verlieren ihre Zukunft. *Deutsche Ärzteblatt.* Januar, 2020, Bde. Dtsch Arztebl 2020; 117(4): A 131–3.

Karagiannidis, C. et al. 2020. Pflege: Deutsche Krankenhäuser verlieren ihre Zukunft. [Online] 2020. [Zitat vom: 22. Juli 2022.] <https://www.aerzteblatt.de/archiv/212089/Pflege-Deutsche-Krankenhaeuser-verlieren-ihre-Zukunft>. Dtsch Arztebl 2020; 117(4): A 131–3.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). 2021. Informationsplattform der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zum ärztlichen Bereitschaftsdienst in Deutschland. *Der Patientenservice 116117.* [Online] 2021. [Zitat vom: 21. Juli 2022.] <https://www.116117.de/de/index.php>.

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg. 2015. Ambulante Versorgung in Hamburg. Versorgungsbericht 2015. *Versorgungsbericht der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg.* [Online] Dezember 2015. [Zitat vom: 02. Juli 2022.] https://www.kvvh.net/_Resources/Persistent/1/6/f/6/16f62ed0697632199be9f4a18c657ddade28b571/kvvh_vb_2015rz_web2.pdf.

Knetsch, M. 2017. *Versorgungsmanagement in unterversorgten Regionen.* In J. N. Weatherly (Hrsg.), *Versorgungsmanagement in der Praxis des deutschen Gesundheitswesens. Konkrete Projekte, Theoretische Aufarbeitung.* Wiesbaden : Springer VS, 2017. ISBN: 978-3-658-11730-6.

Krone, S. et al. 2015. Das duale Studium. In: Krone S. (eds) Dual Studieren im Blick. s.l. : Springer VS, Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-03430-6_1, 2015.

Kühne-Hempe, C. Thiel, V. 2020. *Die generalistische Pflegeausbildung in Modulen. Berufspädagogische Überlegungen.* Frankfurt am Main : Mabuse Verlag, 2020. 3. Auflage. ISBN: 9783863211509 .

Lampert, T. et al. 2015. Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Stand und Perspektiven der sozioepidemiologischen Forschung in Deutschland. [Online] 2. Dezember 2015. [Zitat vom: 15. September 2022.] <https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/2478/20BQIsykq9Qi6.pdf?sequence>. Bundesgesundheitsbl 2016 · 59:153–165. DOI 10.1007/s00103-015-2275-6.

Lampert, T., Kroll, L.E. 2014. Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung. [Online] 2014. [Zitat vom: 15. September 2022.] https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/2014_2_soziale_unterschiede.pdf%3F__blob%3DpublicationFile. GBE kompakt 5(2). DOI 10.17886/RKI-GBE-2016-017.

Lück, D. 2011. *Vom Fragebogen zum Datensatz.* In: Akremi, Leila; Baur, Nina; Fromm, Sabine (Hrsg.). *Datenanalyse mit SPSS für Fortgeschrittene 1. Datenaufbereitung und uni- und bivariate Statistik.* Wiesbaden : VS Verlag für Sozialwissenschaften I Springer Fachmedien, 2011. 3. Auflage. https://doi.org/10.1007/978-3-531-93041-1_4.

M. Burgi, G. Igl. 2021. *Community Health Nursing – Wegweiser für die Etablierung in Deutschland.* Stuttgart : Robert Bosch Stiftung GmbH, 2021. ISBN: 978-3-939574-63-7.

Management Consult Kestermann GmbH (MCK) in Kooperation mit der Deutsche Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e. V. (DGINA). 2015. Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus. Fallkostenkalkulation und Strukturanalyse. [Online] 02. Februar 2015. [Zitat vom: 16. Juli 2022.] https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.2_Finanzierung_und_Leistungskataloge/2.2.4._Ambulante_Verguetung/2.2.4.4._Ambulante_Notfallbehandlung_durch_Krankenhaeuser/2015-02-17_Gutachten_zur_ambulanten_Notfallversorgung_im_Krankenhaus_201.

Mangiapane, S., Czihal, T., Von Stillfried, D. 2021. *Entwicklung der ambulanten Notfallversorgung in Deutschland von 2009 bis 2019.* Berlin : Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, 2021. ISSN 2199-1480.

Manzei, A., Schmiede, R. 2014. *20 Jahre Wettbewerb im Gesundheitswesen, Gesundheit und Gesellschaft. Theoretische und empirische Analysen zur Ökonomisierung von Medizin und Pflege.* Wiesbaden : Springer Fachmedien , 2014. DOI 10.1007/978-3-658-02702-5_8.

Marks, F. 2019. Kompetenzen für die Primäreversorgung. Finlands steilvorlage. *Die Fachzeitschrift für professionell Pflegende. Die Schwester Der Pfleger.* 2019, Ausgabe 9/2019.

Mayer, H. O. 2013. *Interview und schriftliche Befragung. Grundlagen und Methoden empirischer Sozialforschung.* München : Oldenbourg Wissenschaftsverlag, 2013. 6. überarbeitete Auflage. ISBN: 978-3-486-70691-8.

Mayring, P. 2016. *Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine einleitung zu qualitativem Denken.* Weinheim, Basel : Beltz Verlag, 2016. 6. Auflage. ISBN 978-3-407-25734-5.

Mayring, P. 2010. *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken.* Weinheim und Basel : Beltz Pädagogik, 2010. 11. aktualisierte und überarbeitete Auflage. ISBN: 978-3-407-25533-4.

Menold, N., Bogner, K. 2015. *Gestaltung von Ratingskalen in Fragebögen*. Mannheim : GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften (SDM Survey Guidelines), 2015. DOI: 10.15465/sdm-sg_015 .

Mertens, A. et al. 2019. Die Akademisierung der Pflege aus Sicht der Pflegekräfte: eine Querschnittstudie in Krankenhäusern im Nordwesten Deutschlands. *Article in Pflege* (2019), 32 (1), 17–29. DOI: 10.1024/1012-5302/a000650. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000650>.

Micucci, S. 2020. Das Image der Pflege – Eine neue Chance? [Online] 10. Juni 2020. [Zitat vom: 19. September 2022.] <https://www.elsevier.com/de-de/connect/pflege/das-image-der-pflege-eine-neue-chance>.

Moses, S. 2015. *Die Akademisierung der Pflege in Deutschland*. [Hrsg.] Hogrefe AG. Bern : Verlag Hans Huber, 2015. 1. Auflage. ISBN: 978-3-456-8-5510-3..

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. 2017. Österreich: Länderprofil Gesundheit. *State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels*. [Online] 2017. [Zitat vom: 29. Oktober 2022.] https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/state/docs/chp_at_german.pdf. Series: State of Health in the EU. ISSN 25227041.

Osterloch, F. 2018. Pflege: Wege aus dem Personalmangel. *Deutsches Ärzteblatt. Dtsch Arztebl* 2018; 115(4): A-124 / B-111 / C-111, 2018.

Porst, R. 2014. *Fragebogen. Ein Arbeitsbuch. Studienskripten zur Soziologie*. Wiesbaden : Springer Fachmedien. 4., erweiterte Auflage., 2014. ISBN 978-3-658-02117-7 .

Preusker, U. K. 2019. *Versorgungssystem unter Qualitätsaspekten gestalten. Reform des Gesundheitssystems in Finnland. In: Qualitätsmonitor 2019*. Berlin : Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co, 2019. Dormann, F., Klauber, J., Kuhlen, R. (Hrsg.). ISBN 978-3-95466-434-4 (Open Access PDF).

PricewaterhouseCoopers GmbH (pwc) Wirtschaftsprüfungsgesellschaft. 2019. Notaufnahmen im Not? *Eine Studie zur Notfallversorgung in Deutschland 2019*. [Online] November 2019. [Zitat vom: 23. Juli 2022.] <https://www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/berichtsband-notaufnahmen-in-not.pdf>.

Prokop, A., Prokop, J. 2017. Ambulante Notfallversorgung an den Kliniken – können und wollen wir uns das leisten? *Z Orthop Unfall*; 155(01): 18-20, s.l. : Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York, 2017, Zeitschrift für Orthopädie und Unfallchirurgie. DOI: 10.1055/s-0042-123740.

Przyborski, A., Wohlrab-Sahr, M. 2014. *Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch*. München : Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH, 2014. 4., erweiterte Auflage. ISBN 978-3-486-70892-9.

Przyborski, A., Wohlrab-Sahr, M. 2014. *Qualitative Sozialforschung: Ein Arbeitsbuch*. München : Oldenbourg, 2014. 4., erweiterte Aufl. ISBN: 978-3-486-70892-9.

Raithel, J. 2008. *Quantitative Forschung. Ein Praxiskurs*. Wiesbaden : VS Verlag für Sozialwissenschaften | GWV Fachverlage GmbH. 2. Auflage., 2008. ISBN 978-3-531-16181-5.

Rattay P, von der Lippe E, Borgmann LS et al. 2017. Gesundheit von alleinerziehenden Müttern und Vätern in Deutschland. . [Online] 2017. [Zitat vom: 25. August 2022.] https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloads/J/Focus/JoHM_04_2017_Gesundheit_Alleinerziehender.pdf?__blob=publicationFile. *Journal of Health Monitoring* 2(4): 24–44. DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-112.

Rixe, J. et al. 2017. Konsequenzen der Akademisierung in der Pflege. [Online] 31. Januar 2017. [Zitat vom: 19. Juli 2022.] <https://www.monitor-pflege.de/kurzfassungen/kurzfassungen-2017/mopf-01-17/konsequenzen-der-akademisierung-in-der-pflege>.

Robert Bosch Stiftung. 2019. Community Health Nursing in Deutschland. Konzeptionelle Ansatzpunkte für Berufsbild und Curriculum. [Online] Agnes-Karll-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung mbH, vertreten durch den Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe. DBfK Bundesverband e.V., September 2019. [Zitat vom: 09. August 2022.] <https://www.dbfk.de/media/docs/Bundesverband/CHN-Veroeffentlichung/Broschuere-Community-Health-Nursing-09-2019.pdf>.

Robert Bosch Stiftung. 2018. Manifest. Mit Eliten pflegen. *Für eine exzellente, zukunftsfähige Gesundheitsversorgung in Deutschland*. [Online] 2018. [Zitat vom: 12. Juli 2022.] www.bosch-stiftung.de.

Robert Koch-Institut. 2022. Dashboard zu Gesundheit in Deutschland aktuell. [Online] 16. März 2022. [Zitat vom: 10. September 2022.] https://public.tableau.com/app/profile/robert.koch.institut/viz/Gesundheit_in_Deutschland_aktuell/GE DA_20192020-EHIS. DOI: 10.25646/9362..

Robert Koch-Institut., 2021. Journal of Health Monitoring. *Gesundheitliche Lage der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland – Ergebnisse der Studie GEDA 2019/2020-EHIS*. [Online] RKI - Berlin, 15. September 2021. [Zitat vom: 10. September 2022.] [RKI_Ergebnisse%20der%20GEDA%20Studie%202019_2020.pdf](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/2021/09/geda_2019_2020.pdf). DOI 10.25646/8456.

Rommel, A. et al. 2017. *Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen – Individuelle Determinanten und regionale Unterschiede*. *Journal of Health Monitoring* · 2017 2(4). Berlin : Robert Koch-Institut, 2017. DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-111.2 .

Schaeff, D., Haslbeck, J. 2016. *Bewältigung chronischer Krankheit*. In Richter, M. und Hurrelmann, K. (Hrsg.) *Soziologie von Gesundheit und Krankheit*. Wiesbaden : Springer Fachmedien , 2016. ISBN: 978-3-658-11009-3.

Schaeffer D, Hämel K. 2017. *Kooperative Versorgungsmodelle. Eine international vergleichende Betrachtung*. In: Kriwy, P., Jungbauer-Gans, M. eds. *Handbuch Gesundheitssoziologie. (Springer Reference Sozialwissenschaften)*. Wiesbaden : Springer VS; 1-18., 2017.

Schenk, L., Sonntag, P. T., Krobisch, V., & Ruf, V. 2015. Ambulante pflegerische Versorgung älterer türkeistämmiger Migrantinnen und Migranten in Berlin: Eine Online-Befragung von Pflegediensten. ZQP-Abschlussbericht. . [Online] Berlin: Zentrum für Qualität in der Pflege, Dezember 2015. [Zitat vom: 26. August 2022.] <https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Abschlussbericht-Ambulante-Pflegerische-Versorgung-Migranten.pdf>.

Schildmann, C., Voss, D. 2018. Gute Arbeit gegen Pflegenotstand. *Report der Forschungsförderung der Hans-Böckler-Stiftung*. [Online] Juni 2018. [Zitat vom: 03. Juli 2022.] <https://www.boeckler.de/de/boeckler-impuls-gute-arbeit-gegen-pflegenotstand-4181.htm>. Nr. 4.

Schleswig-Holstein, Statistisches Amt für Hamburg und. 2019. *Hamburger Stadtteil-Profile: Berichtsjahr 2018*. Hamburg : Statistikamt Nord . Anstalt des öffentlichen Rechts, 2019. Band 21 der Reihe „NORD.regional“. ISSN 1863-9518.

Schmid, A. et.al. 2020. *Vom PORT-Gesundheitszentrum zur regionalen Primärversorgung*. Stuttgart : Robert Bosch Stiftung GmbH. Druck und Medien GmbH & Co. KG, 2020. ISBN: 978-3-939574-61-3.

Schmid, A., Günther, S., Baierlein, J. Oktober 2020. *Vom PORT-Gesundheitszentrum zur regionalen Primärversorgung. Primärversorgung im Lichte internationaler Erfahrungen.* Stuttgart : Robert Bosch stiftung GmbH. Druck und medien GmbH & Co. KG, Oktober 2020. ISBN 978-3-939574-61-3.

Senat Hambur. 2019. Hamburgisches Gesetz zur Ausführung des Pflegeberufgesetzes (HmbAGPflBG). [Online] 06. Juni 2019. [Zitat vom: 05. Juli 2022.] <https://www.ausbildungsfonds-hh.de/download/2019-06-17-HmbAGPflBG.pdf>. Fundstelle: HmbGVBl. 2019, S. 174.

Senat Hamburg. 2019. Hamburgisches Gesetz - Verordnungsblatt. [Online] 04. Juni 2019. [Zitat vom: 05. Juli 2022.] <https://www.ausbildungsfonds-hh.de/Download/2019-06-14-GuVBl-HmbPflAFinVO.pdf>. HmbGVBl, Nr. 20.

Simon, S. et al. 2018. *Akademisch ausgebildetes Pflegefachpersonal. Entwicklung und Chancen.* [Hrsg.] Duale Hochschule Baden-Württemberg. Stuttgart : Springer-Verlag GmbH, 2018. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-54887-5>.

Sozialgesetzbuch (SGB V) Fünftes Buch Gesetzliche Krankenversicherung. 2012. Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V. *Zuletzt geändert durch Art. 8 Abs. 9 G v. 27.9.2021 I 4530.* [Online] 22. März 2012. [Zitat vom: 15. Oktober 2022.] <https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/63.html>.

Starystach, S. et al. 2018. Organisationale Hindernisse auf dem Weg zur Profession. Eine wissenssoziologische Untersuchung über das berufliche Selbstverständnis von Pflegekräften im Krankenhaus. *Arbeit. Zeitschrift für Arbeitsforschung, Arbeitsgestaltung und Arbeitspolitik.* De Gruyter Oldenbourg, 2018, Bde. ARBEIT 2018; 27(3): 191–212, DOI: <https://doi.org/10.1515/arbeit-2018-0017>.

Statista. 2020. Personalkosten deutscher Krankenhäuser - Pflege- und ärztlicher Dienst bis 2018 | Statista. [Online] 28. September 2020. [Zitat vom: 26. August 2022.] <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/169305/umfrage/personalkosten-deutscher-krankenhaeuser-pflege--und-aerztlicher-dienst-seit-2000/>.

Statistik Nord. 2020. Anzahl der niedergelassenen Ärzte in Hamburg in den Jahren 2012 bis 2020. [Online] Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, Dezember 2020. [Zitat vom: 05. August 2022.] <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1082560/umfrage/niedergelassene-aerzte-in-hamburg/#professional>.

Statistikamt Nord. 2021. Niedergelassene Allgemeinärzte in Wilhelmsburg im Vergleich mit den anderen Stadtteilen Hamburgs am 31.12.2021. *Regionaldaten für Wilhelmsburg.* [Online] Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, 31. Dezember 2021. [Zitat vom: 05. Juli 2022.] https://region.statistik-nord.de/detail_compare/17/14011/2/2/1715/227690/.

Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein. 2021. Statistische Berichte, Kennziffer: A I 10 - j 20 HH. *Bevölkerung mit Migrationshintergrund in den Hamburger Stadtteilen 2020. Auswertung auf Basis des Melderegisters.* [Online] 31. Mai 2021. [Zitat vom: 02. Juli 2022.] 011. https://region.statistik-nord.de/detail_timeline/17/14011/1/2/1715/227690/.

Statistisches Bundesamt (StBA). 1996. *Pretest und Weiterentwicklung von Fragebogen.* Stuttgart : Metzler-Poeschel, 1996. Band 9 der Schriftenreihe Spektrum Bundesstatistik. ISBN 3-8246-0472-8.

Steiner, E., Benesch, M. 2021. *Der Fragebogen. Von der Forschungsidee zur SPSS-Auswertung.* Wien : Fakultas Verlags- und Buchhandels AG, 2021. 6., aktualisierte und überarbeitete Auflage. ISBN: 978-3-8252-8788-7.

- Stiftung München. 2019.** PINAL-Studie. Pflege in anderen Ländern - vom Ausland lernen. [Online] Januar 2019. [Zitat vom: 26. Juni 2022.] <https://www.stiftung-muench.org/pinal-studie-pflege-in-anderen-laendern-vom-ausland-lernen/>.
- Suhr, F. 2019.** Deutsche Krankenpfleger am Limit. [Online] 01. Januar 2019. [Zitat vom: 20. Juni 2022.] <https://de.statista.com/infografik/16676/patientenzahl-pro-pflegekraft-im-internationalen-vergleich/>.
- SVR - Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. 2018.** Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. [Online] 2018. [Zitat vom: 04. Juli 2022.] https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten_2018_WEBSEITE.pdf.
- Tausendpfund, M. 2019.** *Grundlagen der Datenmodifikation. In: Quantitative Datenanalyse.* Wiesbaden : Studentexte zur Soziologie. Springer VS, 2019. ISBN: 978-3-658-27247-0.
- Tausendpfund, M. 2017.** Quantitative Sozialforschung. Eine Einführung. *Projektphasen im Überblick.* [Online] Fakultät für Kultur- und Sozialwissenschaften, Dezember 2017. [Zitat vom: 28. Juni 2022.] <https://vu.fernuni-hagen.de/lvuweb/lvu/file/FeU/KSW/2020WS/25001/oeffentlich/25001-4-01-S1+Vorschau.pdf>.
- Unger, H., Narimani, P., M'Bayo, R. 2014.** *Forschungsethik in der qualitativen Forschung. Reflexivität, Perspektiven, Positionen.* Wiesbaden : Springer Fachmedien Wiesbaden, 2014. ISBN: 978-3-658-04288-2.
- Walter, U., Volkenand, K. 2017.** Kommunale Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland: Pflichten, Rechte und Potenziale im Kontext der kommunalen Daseinsvorsorge. *Gesundheitswesen, 79(4): 229–237.* 2017, DOI: 10.1055/s-0042-113129.
- Weichbold, M., Bacher, J., Wolf, C. 2009.** *Umfrageforschung. Herausforderungen und Grenzen.* Wiesbaden : VS Verlag für Sozialwissenschaften. GWV Fachverlage GmbH. Vorstand der Österreichischen Gesellschaft für Soziologie, 2009. ISBN 978-3-531-16319-2.
- WHO - World Health Organization. 1978.** Declaration of Alma-Ata. *International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-1.* [Online] September 1978. [Zitat vom: 06. August 2022.] https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf.
- WR - Wissenschaftsrat. 2012.** Empfehlungen zu hochschulischen. [Online] 13. Juli 2012. [Zitat vom: 14. Juni 2022.] <https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf>.
- Zander, B. et al. 2017.** *Zukunft gestalten. Personalsituation in deutschen Krankenhäusern in internationaler Perspektive. Krankenhaus-Report 2017.* Schattauer (Stuttgart) : s.n., 2017.
- Zimmermann, T. 2020.** Primäre Gesundheitsversorgung / Primary Health Care. *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).* [Online] 30. März 2020. [Zitat vom: 06. August 2022.] <https://dx.doi.org/10.17623/BZGA:224-i096-1.0>.
- Zimmermann, T. 2021.** Primäre Gesundheitsversorgung / Primary Health Care. [Online] Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), 03. März 2021. [Zitat vom: 10. August 2022.] <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/primaere-gesundheitsversorgung-primary-health-care/>. doi:10.17623/BZGA:224-i096-1.0.

Zukunftsrat der Bayerischen Wirtschaft (VBW). 2018. Gesundheit und Medizin - Herausforderungen und Chancen. *Analyse und Handlungsempfehlungen 2018*. [Online] Juli 2018.

[Zitat vom: 07. Juni 2022.]

<https://www.bing.com/search?q=herausforderungen+an+die+gesundheitsversorgung+in+deutschland&FORM=AWRE>.

Anhang

Anhang 1: Fragebogen (deutsch)

Sehr geehrte Damen und Herren,¹⁶²

das Angebot und den Bedarf an medizinischer Versorgung und Gesundheitsförderung für die Menschen im Stadtteil Wilhelmsburg zu ermitteln, ist Ziel dieser Befragung, die im Rahmen einer Masterarbeit durchgeführt wird. Aus den Ergebnissen sollen Verbesserungen und vorbeugende Maßnahmen abgeleitet werden.

Teilnehmen können Personen ab 18 Jahren, die in Wilhelmsburg wohnen. Die Beantwortung der Fragen wird ca. 20 Minuten in Anspruch nehmen. Die Befragung ist freiwillig und erfolgt anonym. Die erhobenen Daten werden nur im Rahmen einer Masterarbeit weiterverarbeitet. Rückschlüsse auf Ihre Person sind nicht möglich.

Bitte bestätigen Sie, dass Sie die Datenschutzhinweise zur Kenntnis genommen haben.

Ich möchte an der Befragung teilnehmen und habe die oben genannten Informationen zum Datenschutz verstanden. Ich bin 18 Jahre oder älter und wohne in Wilhelmsburg.

Vorab schon einmal vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Haben Sie weitere Fragen? Wenden Sie sich gerne an:

Tanja Rados, B.Sc.

Hochschule für Angewandte Wissenschaften (HAW) Hamburg unter:

tanja.rados@haw-hamburg.de

¹⁶² Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird durchgängig auf die Verwendung geschlechtsspezifischer Sprachformen verzichtet.

| 1. Wie beurteilen Sie ganz allgemein die ärztliche Versorgung in Deutschland? | | | | |
|---|--------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| 1 <input type="checkbox"/> sehr gut | 2 <input type="checkbox"/> gut | 3 <input type="checkbox"/> mittelmäßig | 4 <input type="checkbox"/> schlecht | 5 <input type="checkbox"/> sehr schlecht |
| Fehlender Wert = Missing_-99 | | | | |

| 2. Wie beurteilen Sie die ärztliche Versorgung im Stadtteil Hamburg-Wilhelmsburg? | | | | |
|---|--------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| 1 <input type="checkbox"/> sehr gut | 2 <input type="checkbox"/> gut | 3 <input type="checkbox"/> mittelmäßig | 4 <input type="checkbox"/> schlecht | 5 <input type="checkbox"/> sehr schlecht |
| Fehlender Wert = Missing_-99 | | | | |

| 3. Ein Hausarzt ist ein Arzt in einer Praxis, der für die Grund- und Erstversorgung der Patienten zuständig ist. Haben Sie einen Hausarzt? | | |
|--|---------------------------------|---|
| 1 <input type="checkbox"/> ja | 2 <input type="checkbox"/> nein | (Bei nein, gehen Sie bitte direkt zu Frage 8) |
| Fehlender Wert = Missing_-99 | | |

| 4. Wenn ja, waren Sie in den letzten zwölf Monaten bei dem Hausarzt? | | |
|--|---------------------------------|---|
| 1 <input type="checkbox"/> ja | 2 <input type="checkbox"/> nein | (Bei nein, gehen Sie bitte direkt zu Frage 8) |
| Fehlender Wert = Missing_-99 | | |

| 5. Wenn ja, wie häufig waren Sie in den letzten 12 Monaten bei Ihrem Hausarzt? | Kodierung |
|--|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 bis 3 mal | 1 |
| <input type="checkbox"/> 4 bis 6 mal | 2 |
| <input type="checkbox"/> 7 bis 9 mal | 3 |
| <input type="checkbox"/> mehr als 9 mal | 4 |
| <input type="checkbox"/> nie | 5 |
| <input type="checkbox"/> Ich weiß es nicht | 6 |
| | Fehlender Wert = Missing_-99 |

| 6. Wie lange haben Sie durchschnittlich in den letzten 12 Monaten auf einen Hausarzttermin gewartet? | Kodierung |
|--|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> keine Wartezeit / Ich habe am gleichen Tag einen Termin bekommen | 1 |
| <input type="checkbox"/> einen Tag Wartezeit / Ich habe am nächsten Tag einen Termin bekommen | 2 |
| <input type="checkbox"/> Ich habe nach 2 - 7 Tagen einen Termin bekommen | 3 |
| <input type="checkbox"/> mehr als 1 Woche, maximal 2 Wochen Wartezeit | 4 |
| <input type="checkbox"/> mehr als 2 Wochen, maximal 3 Wochen Wartezeit | 5 |
| <input type="checkbox"/> mehr als 3 Wochen, maximal 4 Wochen Wartezeit | 6 |
| <input type="checkbox"/> mehr als 4 Wochen Wartezeit | 7 |
| <input type="checkbox"/> Ich weiß es nicht mehr | 8 |
| | Fehlender Wert = Missing_-99 |

| 7. Was war der Grund für Ihren letzten Hausarztbesuch? | Kodierung |
|--|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ein aktuelles/akutes Problem (z.B. Infekt/Grippe oder Schmerzen) | 1 |
| <input type="checkbox"/> eine länger anhaltende Erkrankung (länger als einen Monat) | 2 |
| <input type="checkbox"/> eine chronische Krankheit (z. B. Diabetes oder Bluthochdruck) | 3 |
| <input type="checkbox"/> eine Impfung | 4 |
| <input type="checkbox"/> eine Vorsorgeuntersuchung (z. B. Früherkennung von Darmkrebs, Früherkennung von Brustkrebs) | 5 |
| <input type="checkbox"/> Ich möchte dazu keine Angaben machen | 6 |
| <input type="checkbox"/> andere Gründe: _____ | 7_Text |
| | Fehlender Wert = Missing_-99 |

| 8. Gibt es Ihrer Meinung nach in Wilhelmsburg genügend Hausärzte? |
|--|
| 1 <input type="checkbox"/> ja 2 <input type="checkbox"/> nein 3 <input type="checkbox"/> Ich weiß es nicht |
| Fehlender Wert = Missing_-99 |

| 9. Ein Facharzt ist ein Arzt in einer Praxis, der, anders als ein Hausarzt, in einem bestimmten Gebiet der Medizin spezialisiert ist (Bsp. Gynäkologe, Hautarzt, Orthopäde). Waren Sie in den letzten zwölf Monaten bei einem Facharzt? |
|---|
| 1 <input type="checkbox"/> ja 2 <input type="checkbox"/> nein (Bei nein, gehen Sie bitte direkt zu Frage 13) |
| Fehlender Wert = Missing_-99 |

| 10. Wenn ja, wie häufig waren Sie in den letzten 12 Monaten bei Ihrem Hausarzt? | Kodierung |
|---|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 bis 3 mal | 1 |
| <input type="checkbox"/> 4 bis 6 mal | 2 |
| <input type="checkbox"/> 7 bis 9 mal | 3 |
| <input type="checkbox"/> mehr als 9 mal | 4 |
| <input type="checkbox"/> nie | 5 |
| <input type="checkbox"/> Ich weiß es nicht | 6 |
| | Fehlender Wert = Missing_-99 |

| 11. Wie lange haben Sie durchschnittlich in den letzten 12 Monaten auf einen Hausarzttermin gewartet? | Kodierung |
|---|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> keine Wartezeit / Ich habe am gleichen Tag einen Termin bekommen | 1 |
| <input type="checkbox"/> einen Tag Wartezeit / Ich habe am nächsten Tag einen Termin bekommen | 2 |
| <input type="checkbox"/> Ich habe nach 2 - 7 Tagen einen Termin bekommen | 3 |
| <input type="checkbox"/> mehr als 1 Woche, maximal 2 Wochen Wartezeit | 4 |
| <input type="checkbox"/> mehr als 2 Wochen, maximal 3 Wochen Wartezeit | 5 |
| <input type="checkbox"/> mehr als 3 Wochen, maximal 4 Wochen Wartezeit | 6 |
| <input type="checkbox"/> mehr als 4 Wochen Wartezeit | 7 |
| <input type="checkbox"/> Ich weiß es nicht mehr | 8 |
| | Fehlender Wert = Missing_-99 |

| 12. Was war der Grund für Ihren letzten Hausarztbesuch? | Kodierung |
|--|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ein aktuelles/akutes Problem (z.B. Infekt/Grippe oder Schmerzen) | 1 |
| <input type="checkbox"/> eine länger anhaltende Erkrankung (länger als einen Monat) | 2 |
| <input type="checkbox"/> eine chronische Krankheit (z. B. Diabetes oder Bluthochdruck) | 3 |
| <input type="checkbox"/> eine Impfung | 4 |
| <input type="checkbox"/> eine Vorsorgeuntersuchung (z. B. Früherkennung von Darmkrebs, Früherkennung von Brustkrebs) | 5 |
| <input type="checkbox"/> Ich möchte dazu keine Angaben machen | 6 7_Text |
| <input type="checkbox"/> andere Gründe: _____ | Fehlender Wert = Missing_-99 |

| 13. Gibt es Ihrer Meinung nach in Wilhelmsburg genügend Fachärzte? |
|--|
| 1 <input type="checkbox"/> ja 2 <input type="checkbox"/> nein 3 <input type="checkbox"/> Ich weiß es nicht |
| Fehlender Wert = Missing_-99 |

| 14. Welche Ärzte wünschen Sie sich in ihrer Wohnortnähe? (Mehrere Antworten sind möglich) |
|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Kardiologe (Herz) 10 <input type="checkbox"/> Rheumatologe |
| 2 <input type="checkbox"/> Augenarzt 11 <input type="checkbox"/> Internist |
| 3 <input type="checkbox"/> Orthopäde 12 <input type="checkbox"/> Radiologe (Röntgen) |
| 4 <input type="checkbox"/> Psychiater 13 <input type="checkbox"/> Kinderarzt |
| 5 <input type="checkbox"/> Chirurg 14 <input type="checkbox"/> Neurologe |
| 6 <input type="checkbox"/> Diabetologe 15 <input type="checkbox"/> Urologe |
| 7 <input type="checkbox"/> Frauenarzt 16 <input type="checkbox"/> Gastroenterologe (Magen-Darm) |
| 8 <input type="checkbox"/> Lungenfacharzt 17 <input type="checkbox"/> HNO-Arzt (Hals/Nasen/Ohren) |
| 9 <input type="checkbox"/> Hautarzt 18 <input type="checkbox"/> Sonstige _____ |
| Fehlender Wert = Missing_-99 |

| 15. Wie gut fühlen Sie sich insgesamt durch den behandelnden Arzt/die behandelnden Ärzte informiert und aufgeklärt hinsichtlich... | | | | | | | |
|---|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | sehr gut | gut | mittel-mäßig | schlecht | sehr schlecht | für mich nicht relevant |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| ... des Umgangs mit Ihrer Erkrankung | FN15_1 | <input type="checkbox"/> |
| ... der Ursachen Ihrer Erkrankung | FN15_2 | <input type="checkbox"/> |
| ... des Verlaufs Ihrer Erkrankung | FN15_3 | <input type="checkbox"/> |
| ... der Therapiemöglichkeiten | FN15_4 | <input type="checkbox"/> |
| ... der möglichen Nebenwirkungen durch die Therapie | FN15_5 | <input type="checkbox"/> |
| ... dem, was Sie selbst zur Verbesserung Ihres Gesundheitszustandes unternehmen können (z. B. Ernährungstipps, Bewegungstipps und andere hilfreiche Präventionsmaßnahmen) | FN15_6 | <input type="checkbox"/> |
| | Fehlender Wert = Missing_-99 | | | | | | |

| 16. Sind Sie pflegebedürftig oder pflegen Sie selbst einen Angehörigen? | |
|---|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> Ich bin pflegebedürftig |
| 2 | <input type="checkbox"/> Ich pflege einen Angehörigen |
| 3 | <input type="checkbox"/> keines von beiden (<i>Bei keines von beiden, gehen Sie bitte direkt zu Frage 18</i>) Fehlender Wert = Missing_-99 |

| 17. Wenn Sie pflegebedürftig oder selbst einen Angehörigen pflegen, wie bewerten Sie das Beratungs- und Gesundheitsangebot in Wilhelmsburg? | | | | | | | |
|---|--------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | sehr gut | gut | befriedigend | schlecht | sehr schlecht | für mich nicht relevant |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Angebote für stationäre Pflege | FN17_1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Beratung zur Übergangspflege | FN17_2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Angebote für ambulant betreute Wohngemeinschaften | FN17_3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Angebote für Tages- und Nachtpflege/ Kurzzeitpflege | FN17_4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Beratung zu Pflegehilfsmitteln und Entlastungsbetrag* | FN17_5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Beratung über ambulante Pflegesachleistungen | FN17_6 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Beratung zu Wohnumfeld verbessernden Maßnahmen | FN17_7 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Unterstützungsangebote für die pflegenden Angehörigen | FN17_8 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Fehlender Wert = Missing_-99 | | | | | |

* **Der Entlastungsbetrag** ist ein Beitrag der Pflegekasse. Prinzipiell steht er allen Menschen zu, die einen anerkannten Pflegegrad haben. Die Höhe des Entlastungsbetrags liegt unabhängig vom Pflegegrad derzeit bei **125 Euro** im Monat.

| 18. Sind Ihnen folgende unterstützende Angebote in Wilhelmsburg bekannt und wenn ja, nutzen Sie diese? | | | | | | |
|---|--------|------------------------------|--------------------------|---------------------------------|--|-------------------------------|
| | | nein, nicht bekannt | ja, kenne ich | ja, ich nutze sie derzeit | ja, ich habe sie in der Vergangenheit schon einmal genutzt | für mich nicht relevant |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Sozialberatung für Familien und Alleinlebende in Wilhelmsburg | FN18_1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Familienbildungsangebote für Eltern mit Kleinkindern | FN18_2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kursangebote (Nähen, Kochen, Deutsch sprechen, Erste Hilfe, Ernährung) | FN18_3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Förderung und Stärkung der Integration von Menschen mit Migrationshintergrund | FN18_4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Interkulturelle / interreligiöse Bildungsveranstaltungen | FN18_5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Selbsthilfegruppen und Initiativen [Bsp. Abhängigkeitserkrankungen (<i>Alkohol, Drogen, Essen, Medikamente, Computerspiele</i>), chronischen Krankheiten, Depressionen und Ängste, Krebserkrankungen, pflegende Angehörige, Trauer, Traumata] | FN18_6 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Fehlender Wert = Missing_-99 | | | | |

| 19. Was ist für Sie wichtig, wenn Sie sich über Angebote, die in Frage 18 aufgeführt sind, informieren möchten? | | | | | | |
|---|--------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | sehr wichtig | wichtig | weder noch | unwichtig | völlig unwichtig |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| leichte Sprache | FN19_1 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| große Schrift | FN19_2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Text in meiner Muttersprache | FN19_3 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| übersichtliche Internetseite | FN19_4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Flyer/Plakate in der Nähe meiner Wohnung | FN19_5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| eine direkte Ansprechperson | FN19_6 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fehlender Wert = Missing_-99 | | | | | | |

| 20. Als wie dringlich haben Sie Ihren letzten Arztbesuch bei einem Hausarzt eingeschätzt? | | | | |
|---|--------------------------------------|---------------------------------------|--|--|
| 1 <input type="checkbox"/> sehr dringlich | 2 <input type="checkbox"/> dringlich | 3 <input type="checkbox"/> weiß nicht | 4 <input type="checkbox"/> nicht dringlich | 5 <input type="checkbox"/> gar nicht dringlich |
| Fehlender Wert = Missing_-99 | | | | |

| 21. Wenn Sie nachts oder am Wochenende ärztliche Hilfe brauchen, wo suchen Sie Hilfe/ an wen wenden Sie sich dann? (Mehrere Antworten sind möglich) | |
|---|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Hausarzt | 4 <input type="checkbox"/> Bereitschafts-/Notdienstpraxis |
| 2 <input type="checkbox"/> Facharzt | 5 <input type="checkbox"/> Notarzt/Rettungsdienst/Feuerwehr |
| 3 <input type="checkbox"/> Apotheke | 6 <input type="checkbox"/> Notaufnahme im Krankenhaus |
| | 7 <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |
| Fehlender Wert = Missing_-99 | |

| 22. Waren Sie in den letzten zwölf Monaten in einer Notaufnahme in einem Krankenhaus? | | | |
|---|---------------------------------|---|------------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> ja | 2 <input type="checkbox"/> nein | 3 <input type="checkbox"/> keine Angabe | Fehlender Wert = Missing_-99 |
| (Bei nein, gehen Sie bitte direkt zu Frage 26) | | | |

23. Wenn ja, waren Sie wegen einer eigenen Erkrankung/Verletzung in der Notaufnahme oder mit einem Familienmitglied/Bekanntem?

- 1 Ich war wegen eigener Erkrankung/Verletzung in der Notaufnahme
 2 Ich war mit einem Familienmitglied/Bekanntem in der Notaufnahme
 Fehlender Wert = Missing_-99

24. Wenn ja, war Ihr Besuch in der Notaufnahme?

- 1 tagsüber an einem normalen Wochentag
 2 nachts oder am Wochenende
 Fehlender Wert = Missing_-99

| 25. Warum haben Sie beim letzten Mal die Notaufnahme im Krankenhaus aufgesucht, anstatt zu einem Haus- oder Facharzt zu gehen? (Mehrere Antworten sind möglich) | Kodierung |
|--|------------------|
|--|------------------|

- | | |
|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Weil ich die Schwere meiner Erkrankung nicht einschätzen konnte | 1 |
| <input type="checkbox"/> Weil die Arztpraxen geschlossen waren (abends, Wochenende, Feiertag) | 2 |
| <input type="checkbox"/> Weil meine Hausarztpraxis telefonisch nicht erreichbar war | 3 |
| <input type="checkbox"/> Weil ich keinen zeitnahen Termin beim Haus- oder Facharzt bekommen habe | 4 |
| <input type="checkbox"/> Weil die Behandlungsmöglichkeiten in der Notaufnahme besser sind [Fachärzte, Diagnostik (z. B. Röntgen, MRT) vor Ort] | 5 |
| <input type="checkbox"/> Weil die Notaufnahme näher an meinem Wohnort liegt als die Arztpraxis | 6 |
| <input type="checkbox"/> Weil ich aus meinem Herkunftsland keine Arztpraxen kenne. eil es in meinem Herkunftsland keine Arztpraxen gibt | 7 Fehlender Wert = Missing_-99 |

| 26. Ist Ihnen die Rufnummer für den Rettungsdienst bekannt? Wie lautet die Nummer? | Kodierung |
|---|------------------|
|---|------------------|

- | | |
|---|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 116 117 | 1 |
| <input type="checkbox"/> 110 | 2 |
| <input type="checkbox"/> 112 | 3 |
| <input type="checkbox"/> 19 222 | 4 |
| <input type="checkbox"/> Ich kenne die Nummer nicht | 5 |
| | Fehlender Wert = Missing_-99 |

| 27. Ist Ihnen die Rufnummer für die ärztliche Versorgung (ärztlicher Bereitschaftsdienst) nachts oder am Wochenende bekannt? Wie lautet die Nummer? | Kodierung |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 116 117 <input type="checkbox"/> 110 <input type="checkbox"/> 112 <input type="checkbox"/> 19 222 <input type="checkbox"/> Ich kenne die Nummer nicht | 1 2 3 4 5 Fehlender Wert = Missing_-99 |

| 28. Als Gesundheitszentrum bezeichnet man eine medizinische Einrichtung, in der verschiedene Berufsgruppen (Ärzte, Pflege, Therapeuten) für die ambulante Versorgung der Patienten zuständig sind. Ist Ihnen in Ihrer Wohnortnähe ein Gesundheitszentrum bekannt? |
|--|
| 1 <input type="checkbox"/> ja 2 <input type="checkbox"/> nein 3 <input type="checkbox"/> Ich weiß es nicht Fehlender Wert = Missing_-99 |

| 29. Als fester Bestandteil des Gesundheitszentrums ist eine Pflegeambulanz vorgesehen. Eine Pflegeambulanz, in der überwiegend hochqualifizierte Pflegekräfte arbeiten, würden folgende Dienste angeboten: persönlicher Ansprechpartner, Terminvorbereitung bei Fachärzten, Aufklärungsgespräche und Unterstützung beim Umgang mit Ihrer Erkrankung, Ernährungsberatung, Unterstützung bei Verlaufskontrollen (z.B. Blutdruckmessungen, Blutzuckermessung, Verbandwechsel), Unterstützung bei Präventivmaßnahmen, die Verletzungen und Erkrankungen verhindern können. Würden Sie anstatt in eine Notaufnahme im Krankenhaus auch in ein Gesundheitszentrum mit einer integrierten Pflegeambulanz gehen? |
|---|
| 1 <input type="checkbox"/> ja 2 <input type="checkbox"/> nein 3 <input type="checkbox"/> vielleicht 4 <input type="checkbox"/> Ich weiß es nicht Fehlender Wert = Missing_-99 |

| 30. Wie schätzen Sie Ihren eigenen Gesundheitszustand ein? | | | | |
|--|--------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| 1 <input type="checkbox"/> sehr gut | 2 <input type="checkbox"/> gut | 3 <input type="checkbox"/> mittelmäßig | 4 <input type="checkbox"/> schlecht | 5 <input type="checkbox"/> sehr schlecht |
| Fehlender Wert = Missing_-99 | | | | |

| 31. Wie sind Sie krankenversichert? | Kodierung |
|---|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> gesetzliche Krankenversicherung (GKV) | 1 |
| <input type="checkbox"/> private Krankenversicherung (PKV) | 2 |
| <input type="checkbox"/> Sozialversicherung (z. B. bei Arbeitslosigkeit, Krankheit, Pflegebedürftigkeit, Invalidität, Arbeitsunfall, Berufskrankheit) | 3 |
| <input type="checkbox"/> Ich bin nicht krankenversichert | 4 |
| <input type="checkbox"/> Ich weiß es nicht | 5 |
| | Fehlender Wert = Missing_-99 |

Zum Schluss bitten wir Sie nun um die Beantwortung von ein paar Fragen zu Ihrer persönlichen Lebenssituation.

| 32. Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an. |
|---|
| 1 <input type="checkbox"/> weiblich 2 <input type="checkbox"/> männlich 3 <input type="checkbox"/> divers Fehlender Wert = Missing_-99 |

| 33. Wie alt sind Sie? |
|--|
| Bitte geben Sie Ihr alter an: _____ Fehlender Wert = Missing_-99 |

| 33. Wie alt sind Sie? (Kategorisierung von Informationen und Bildung zusätzlichen Variablen) |
|---|
| k1 <input type="checkbox"/> 18 bis 29 Jahre |
| k2 <input type="checkbox"/> 30 bis 44 Jahre |
| k3 <input type="checkbox"/> 45 bis 64 Jahre |
| k4 <input type="checkbox"/> 65 Jahre und älter |

| 34. Welche Staatsangehörigkeit(en) haben Sie? |
|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Deutsch |
| 2 <input type="checkbox"/> andere Staatsangehörigkeit: _____ |
| Fehlender Wert = Missing_-99 |

| 35. Welche Sprache ist Ihre Muttersprache? | |
|--|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Deutsch | 2 <input type="checkbox"/> Portugiesisch |
| 3 <input type="checkbox"/> Türkisch | 4 <input type="checkbox"/> Bulgarisch |
| 5 <input type="checkbox"/> Polnisch | 6 <input type="checkbox"/> Rumänisch |
| 7 <input type="checkbox"/> Bosnisch | 8 <input type="checkbox"/> Kroatisch |
| 9 <input type="checkbox"/> Serbisch | 10 Text <input type="checkbox"/> andere Muttersprache: _____ |
| Fehlender Wert = Missing_-99 | |

| 36. Mit wie vielen Personen leben Sie in Ihrem Haushalt? | | |
|--|---|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Ich lebe allein | 2 <input type="checkbox"/> mit 1 Person | 3 <input type="checkbox"/> mit 2 Personen |
| 4 <input type="checkbox"/> mit 3 Personen | 5 <input type="checkbox"/> mit 4 Personen | 6 <input type="checkbox"/> mit 5 und mehr Personen |
| Fehlender Wert = Missing_-99 | | |

| 37. Wie viele Personen in Ihrem Haushalt sind unter 18 Jahre alt? | | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 und mehr |
| Fehlender Wert = Missing_-99 | | | | | |

| 38. Was ist Ihr höchster in Deutschland anerkannter Bildungsabschluss? | Kodierung |
|--|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss | 1 |
| <input type="checkbox"/> Realschule (Mittlere Reife) | 2 |
| <input type="checkbox"/> (Fach)Abitur | 3 |
| <input type="checkbox"/> Bachelor | 4 |
| <input type="checkbox"/> Master/Magister/Diplom | 5 |
| <input type="checkbox"/> Promotion | 6 |
| <input type="checkbox"/> Habilitation | 7 |
| <input type="checkbox"/> Ich habe keinen Schulabschluss | 8 |
| | Fehlender Wert = Missing_-99 |

| 38_k Was ist Ihr höchster in Ihrem Herkunftsland abgeschlossener Bildungsabschluss? | Kodierung |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss | 1 = Untere Bildungsgruppe (ohne Schulabschluss oder mit Hauptschulabschluss) |
| <input type="checkbox"/> Realschule (Mittlere Reife) | |
| <input type="checkbox"/> (Fach)Abitur | |
| <input type="checkbox"/> Bachelor | 2 = Mittlere Bildungsgruppe (Mittlere Reife) |
| <input type="checkbox"/> Master/Magister/Diplom | |
| <input type="checkbox"/> Promotion | 3 = Obere Bildungsgruppe (Fach-/Hochschulreife) |
| <input type="checkbox"/> Habilitation | |
| <input type="checkbox"/> Ich habe keinen Schulabschluss | |

| 39. Was ist Ihr höchster in Ihrem Herkunftsland abgeschlossener Bildungsabschluss? | Kodierung |
|--|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss | 1 |
| <input type="checkbox"/> Realschule (Mittlere Reife) | 2 |
| <input type="checkbox"/> (Fach)Abitur | 3 |
| <input type="checkbox"/> Bachelor | 4 |
| <input type="checkbox"/> Master/Magister/Diplom | 5 |
| <input type="checkbox"/> Promotion | 6 |
| <input type="checkbox"/> Habilitation | 7 |
| <input type="checkbox"/> Ich habe keinen Schulabschluss | 8 |
| | Fehlender Wert = Missing_-99 |

| 40. Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation? Ich bin... | |
|--|--|
| 1 <input type="checkbox"/> ...in Vollzeit angestellt | 2 <input type="checkbox"/> ...in Teilzeit angestellt |
| 3 <input type="checkbox"/> ...selbstständig tätig | 4 <input type="checkbox"/> ...arbeitssuchend |
| 5 <input type="checkbox"/> ...in Elternzeit / Mutterschutz | 6 <input type="checkbox"/> ...in Schule, Ausbildung oder Studium |
| 7 <input type="checkbox"/> ...in Umschulungsmaßnahme | 8 <input type="checkbox"/> ... in Kurzarbeit |
| 9 <input type="checkbox"/> ...nicht erwerbstätig | 10 <input type="checkbox"/> ... in Rente |
| Fehlender Wert = Missing_-99 | |

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

Anhang 2:

Fragebogen (türkisch)

Sayın Bayanlar ve Baylar,¹⁶³

Yüksek lisans tezi kapsamında gerçekleştirilen bu anketin amacı, Wilhelmsburg semtindeki insanlara yönelik tıbbi hizmetler ve sağlık desteği arz ve ihtiyacının belirlenmesidir. Sonuçlardan iyileştirmeler yapılması ve önleyici tedbirler alınması amaçlanmaktadır.

Wilhelmsburg'da ikâmet eden 18 yaş üstü kişiler katılabilir. Soruların cevaplanması yaklaşık 20 dakika sürecektir. Ankete katılım isteğe bağlıdır ve anonim olarak gerçekleştirilecektir. Elde edilen veriler yalnızca yüksek lisans tezi kapsamında işlenecektir. Kimliğinize ilişkin çikarsama yapılması mümkün değildir.

Lütfen veri koruma açıklamalarıyla ilgili bilgi edindiğinizi onaylayın.

Ankete katılmak istiyorum ve yukarıda belirtilen verilerin korunmasına ilişkin bilgileri anladım. 18 yaş veya üstüyüm ve Wilhelmsburg'da ikâmet ediyorum.

Katılımınız için şimdiden çok teşekkürler!

Başka sorularınız mı var? Lütfen benimle iletişime geçin:

Tanja Rados, B.Sc.

Hamburg Uygulamalı Bilimler Yüksekokulu (HAW)

tanja.rados@haw-hamburg.de

¹⁶³ Daha iyi okunabilirlik amacıyla cinsiyete özgü dilsel formlardan vazgeçilmiştir.

| 1. Genel olarak Almanya'daki tıbbi hizmetleri nasıl değerlendiriyorsunuz? | | | | |
|---|------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> çok iyi | <input type="checkbox"/> iyi | <input type="checkbox"/> orta | <input type="checkbox"/> kötü | <input type="checkbox"/> çok kötü |

| 2. Hamburg-Wilhelmsburg semtindeki tıbbi hizmetleri nasıl değerlendiriyorsunuz? | | | | |
|---|------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> çok iyi | <input type="checkbox"/> iyi | <input type="checkbox"/> orta | <input type="checkbox"/> kötü | <input type="checkbox"/> çok kötü |

| 3. Bir aile hekimi, hastaların temel ve ilk bakımından sorumlu olan muayenehanede görev yapan bir hekimdir. Bir aile hekiminiz var mı? | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> evet | <input type="checkbox"/> hayır <i>(cevabınız hayırsa, lütfen doğrudan 8. soruya geçin)</i> |

| 4. Cevabınız evetse, son on iki ay içerisinde aile hekiminizi ziyaret ettiniz mi? | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> evet | <input type="checkbox"/> hayır <i>(cevabınız hayırsa, lütfen doğrudan 8. soruya geçin)</i> |

| 5. Cevabınız evetse, son on iki ay içerisinde ne sıklıkla aile hekiminizi ziyaret ettiniz? | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 - 3 kere | |
| <input type="checkbox"/> 4 - 6 kere | |
| <input type="checkbox"/> 7 - 9 kere | |
| <input type="checkbox"/> 9'dan fazla | |
| <input type="checkbox"/> hiç | |
| <input type="checkbox"/> bilmiyorum | |

| 6. Son 12 ayda bir aile hekimi randevusu için ortalama olarak ne kadar süre beklediniz? | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Beklemiyorum / Aynı gün bir randevu aldım | |
| <input type="checkbox"/> Bir gün bekledim / Sonraki gün randevu aldım | |
| <input type="checkbox"/> 2 - 7 gün sonra bir randevu aldım | |
| <input type="checkbox"/> 1 haftadan fazla, en fazla 2 bekledim | |
| <input type="checkbox"/> 2 haftadan fazla, en fazla 3 bekledim | |
| <input type="checkbox"/> 3 haftadan fazla, en fazla 4 bekledim | |
| <input type="checkbox"/> 4 haftadan daha uzun süre bekledim | |
| <input type="checkbox"/> bilmiyorum | |

7. Aile hekiminizi son ziyaret etme sebebiniz neydi?

- mevcut/akut bir rahatsızlık (örn. enfeksiyon/grip veya ağrı)
- uzun süredir devam eden bir hastalık (bir aydan uzun)
- kronik bir hastalık (örn. diyabet veya yüksek tansiyon)
- aşılama
- sağlık kontrolü (örn. bağırsak kanseri erken teşhisi, göğüs kanseri erken teşhisi)
- diğer nedenler: _____
- bununla ilgili bilgi vermek istemiyorum.

8. Sizde Wilhelmsburg'da yeterince aile hekimi var mı?

- evet hayır bilmiyorum

9. Bir uzman hekim, aile hekiminden farklı olarak belirli bir tıp alanında uzmanlaşmış olan muayenehanede görev yapan bir hekimdir (örn. jinekolog, cildiye doktoru, ortopedist). Son on iki ay içerisinde bir uzman hekimini ziyaret ettiniz mi?

- evet hayır *(cevabınız hayırsa, lütfen doğrudan 13. soruya geçin)*

10. Cevabınız evetse, son on iki ay içerisinde ne sıklıkla uzman hekiminizi ziyaret ettiniz?

- 1 - 3 kere
- 4 - 6 kere
- 7 - 9 kere
- 9'dan fazla
- hiç
- bilmiyorum

11. Son 12 ayda bir uzman hekim randevusu için ortalama olarak ne kadar süre beklediniz?

- Beklemiyorum / Aynı gün bir randevu aldım
 Bir gün bekledim / Sonraki gün randevu aldım
 2 - 7 gün sonra bir randevu aldım
 1 haftadan fazla, en fazla 2 bekledim
 2 haftadan fazla, en fazla 3 bekledim
 3 haftadan fazla, en fazla 4 bekledim
 4 haftadan daha uzun süre bekledim
 bilmiyorum

12. Uzman hekiminizi son ziyaret etme sebebiniz neydi?

- mevcut/akut bir rahatsızlık (örn. enfeksiyon/grip veya ağrı)
 uzun süredir devam eden bir hastalık (bir aydan uzun)
 kronik bir hastalık (örn. diyabet veya yüksek tansiyon)
 aşılama
 sağlık kontrolü (örn. bağırsak kanseri erken teşhisi, göğüs kanseri erken teşhisi)
 diğer nedenler: _____
 bununla ilgili bilgi vermek istemiyorum

13. Sizce Wilhelmsburg'da yeterince uzman hekim var mı?

- evet hayır bilmiyorum

14. Hangi doktorların yaşadığınız yere yakın olmasını istersiniz?**(Birden fazla cevap verilebilir)**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Göz doktoru | <input type="checkbox"/> KBB doktoru (kulak/burun/boğaz) |
| <input type="checkbox"/> Ortopedist | <input type="checkbox"/> Gastroentolog (mide-bağırsak) |
| <input type="checkbox"/> Psikiyatrist | <input type="checkbox"/> Kardiyolog (kalp) |
| <input type="checkbox"/> Cerrah | <input type="checkbox"/> İç hastalıkları uzmanı |
| <input type="checkbox"/> Diyabetolog | <input type="checkbox"/> Radyolog (Röntgen) |
| <input type="checkbox"/> Kadın hastalıkları doktoru | <input type="checkbox"/> Çocuk doktoru |
| <input type="checkbox"/> Göğüs hastalıkları uzmanı | <input type="checkbox"/> Ürolog |
| <input type="checkbox"/> Dermatolog | <input type="checkbox"/> Nörolog |
| <input type="checkbox"/> Romatolog | <input type="checkbox"/> Diğer _____ |

15. Tedaviyi uygulayan doktor tarafından aşağıda belirtilen hususlarda ne kadar iyi bilgilendirildiğinizi ve aydınlatıldığınızı düşünüyorsunuz...

| | çok iyi | iyi | orta | kötü | çok kötü | benim için önemli değil |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ... hastalığınızla ilgilenme | <input type="checkbox"/> |
| ... hastalığınızın sebepleri | <input type="checkbox"/> |
| ... hastalığınızın seyri | <input type="checkbox"/> |
| ... tedavi imkânları | <input type="checkbox"/> |
| ... tedaviden kaynaklı muhtemel yan etkiler | <input type="checkbox"/> |
| ... sağlık durumunuzun daha iyi olması için neler yapabileceğiniz (örn. beslenme önerileri, hareket önerileri ve diğer yardımcı önleyici tedbirler) | <input type="checkbox"/> |

| 16. Yardıma muhtaç mısınız veya bir aile ferдинin bakımını mı üstleniyorsunuz? |
|--|
| <input type="checkbox"/> Bakıma muhtacım |
| <input type="checkbox"/> Bir aile ferдинin bakımını üstleniyorum |
| <input type="checkbox"/> Bilmiyorum |

| 17. Yardıma muhtaçsanız veya bir aile ferдинin bakımını üstleniyorsanız, Wilhelmsburg'daki bilgilendirme ve sağlık tekliflerini nasıl değerlendiriyorsunuz? | çok iyi | iyi | yeterli | kötü | çok kötü | benim için önemli değil |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Hastanede tedavi teklifleri | <input type="checkbox"/> |
| Geçici bakımla ilgili bilgilendirme | <input type="checkbox"/> |
| Ayakta bakım hizmeti sunan ortak konut teklifleri | <input type="checkbox"/> |
| Gündüz ve gece bakımı/kısa süreliğine bakım teklifleri | <input type="checkbox"/> |
| Bakım yardımcı araçları ve yükü hafifletme ödeneği* | <input type="checkbox"/> |
| Ayakta bakım hizmetleri hakkında bilgilendirme | <input type="checkbox"/> |
| İkâmet yerini iyileştirme önlemleri hakkında bilgilendirme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bakım hizmeti sunan aile fertleri için destek teklifleri | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

* **Yükü hafifletme ödeneği** bakım sigortasının bir yardımıdır. Prensip olarak kabul edilmiş bir bakım derecesine sahip olan herkese açıktır. Yükü hafifletme ödeneğinin tutarı bakım derecesinden bağımsız olarak halihazırda aylık **125 avrodur**.

| 18. Wilhelmsburg'daki destekleyici tekliflerden haberiniz var mı, haberiniz varsa bunlardan yararlanıyor musunuz? | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--|---|----------------------------------|
| | hayır, bilmiyorum | evet, biliyorum | evet, halihazırda yararlanıyorum | evet, geçmişte bir kere yararlandım | benim için önemli değil |
| Wilhelmsburg'daki aileler ve yalnız yaşayanlar için sosyal danışmanlık | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Küçük çocuklu ebeveynler için aile eğitim teklifleri | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kurs teklifleri (dikiş, yemek pişirme, Almanca konuşma, ilk yardım, beslenme) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Göçmenlik geçmişine sahip kişilerin entegrasyonunun teşvik edilmesi ve desteklenmesi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kültürlerarası / Dinlerarası eğitim etkinlikleri | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Yardımlaşma grupları ve girişimler [Örn. bağımlılık hastalıkları (alkol, uyuşturucu, yemek, ilaçlar, bilgisayar oyunları), kronik hastalıklar, depresyonlar ve korkular, kanser hastalıkları, bakım üstlenen aile fertleri, üzüntü, travma] | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 19. soruda sunulan teklifler hakkında bilgi almak isterseniz sizin için ne önemlidir? | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | çok önemli | önemli | ne önemli ne de değil | önemsiz | tamamen önemsiz |
| anlaşılır dil | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| büyük yazı | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| anadilimde metin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| anlaşılması kolay internet sayfası | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| evimin yakınındaki el ilanları/afişler | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| doğrudan irtibat kurulacak bir kişi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 20. Aile hekiminizdeki son ziyaretinizi ne kadar zorunlu olarak değerlendirirsiniz? | | | | |
|---|----------------------------------|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> tamamen zorunlu | <input type="checkbox"/> zorunlu | <input type="checkbox"/> bilmiyorum | <input type="checkbox"/> zorunlu değil | <input type="checkbox"/> hiç zorunlu değil |

| 21. Gece veya hafta sonu tıbbi yardıma ihtiyacınız olduğunda, nereden yardım alırsınız/kime başvurursunuz? (Birden fazla cevap verilebilir) | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aile hekimi | <input type="checkbox"/> Nöbetçi/Acil muayenehanesi |
| <input type="checkbox"/> Uzman hekim | <input type="checkbox"/> Acil doktoru/Can kurtarma servisi/İtfaiye |
| <input type="checkbox"/> Eczane | <input type="checkbox"/> Hastane acil servisi |
| | <input type="checkbox"/> Diğer _____ |

| 22. Son on iki ay içerisinde bir hastane acil servisini ziyaret ettiniz mi? | | |
|---|--------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> evet | <input type="checkbox"/> hayır | <input type="checkbox"/> bilgi yok |
| <i>(Cevabınız hayırsa, lütfen doğrudan 26. soruya geçin)</i> | | |

23. Cevabınız evetse, hastalığınızdan/yaralanmanızdan dolayı veya bir aile ferdiyle/tandığınızla acil servisine gittiniz mi?

- Hastalığım/Yaralanmam nedeniyle acil servise gittim.
- Bir aile ferdiyle/tandıkla acil servise gittim.

24. Cevabınız evetse, acil servisi mi ziyaret ettiniz?

- Haftanın normal bir gününde gündüz vakti
- Gece veya hafta sonu

25. Son kez bir aile hekimine veya uzman hekime gitmek yerine neden hastane acil servisini ziyaret ettiniz? (Birden fazla cevap verilebilir)

- Hastalığımın derecesini öngöremediğim için
- Doktor muayenehaneleri kapalı olduğu için (akşam, hafta sonu, tatil günü)
- Aile hekimimizin muayenehanesine telefonla ulaşamadığı için
- Aile hekiminden veya uzman hekimden yakın tarihte bir randevu alamadığım için
- Acil servisteki tedavi imkânları daha iyi olduğu için [uzman hekimler, yerinde teşhis (örn. röntgen, MRT)]
- Acil servis oturduğum yere doktor muayenehanesinden daha yakın
- Geldiğim ülkede doktor muayenehanesi bilmediğim için, geldiğim ülkede doktor muayenehanesi olmadığı için

26. Can kurtarma servisinin çağrı numarasını biliyor musunuz? Numara hangisidir?

- 116 117
- 110
- 112
- 19 222
- Numarayı bilmiyorum

27. Gece veya hafta sonu için tıbbi hizmet (tıbbi nöbetçi hizmet) çağrı numarasını biliyor musunuz? Numara hangisidir?

- 116 117
 110
 112
 19 222
 Numarayı bilmiyorum

28. Çeşitli meslek gruplarının (doktorlar, bakım personeli, terapistler) hastaların ayakta tedavisinden sorumlu olduğu tıbbi bir kurum, sağlık merkezi olarak adlandırılır.

Oturduğunuz yere yakın bir sağlık merkezi biliyor musunuz?

- evet hayır bilmiyorum

29. Sağlık merkezinin ayrılmaz bir parçası olarak bir ayakta tedavi bölümü öngörülmüştür.

Bünyesinde büyük ölçüde yüksek nitelikli bakım personelinin çalıştığı bir ayakta tedavi servisi şu hizmetleri sunar: kişisel irtibat kişisi, uzman hekimlerde randevu ayarlama, hastalığınızla baş etme konusunda bilgilendirme görüşmesi ve destek, beslenme danışmanlığı, seyir kontrollerinde destek (örn. tansiyon ölçümleri, kan şekeri ölçümü, pansuman değişimi), önleyici tedbirlerde destek, yaralanma ve hastalıkların önlenmesi.

Bir hastane acil servisi yerine entegre ayakta tedavi bölümüne sahip bir sağlık merkezine gider miydiniz?

- evet hayır bilmiyorum belki

30. Sağlık durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

- çok iyi iyi orta kötü çok kötü

31. Sağlık sigortanız nasıl?

- Yasal sağlık sigortası (GKV)
 Özel sağlık sigortası (PKV)
 Sosyal sigorta (örn. işsizlik, hastalık, bakıma muhtaç olma, maluliyet, iş kazası, meslek hastalığı)
 Sağlık sigortam yok
 Bilmiyorum

Son olarak kişisel yaşam durumunuzla ilgili olarak birkaç soruyu cevaplamanızı rica ediyoruz.

32. Lütfen cinsiyetinizi belirtin.

- Kadın Erkek Diğer

33. Kaç yaşındasınız?

Lütfen yaşınızı belirtin: _____

34. Hangi ülkenin/ülkelerin vatandaşı/sınız?

- Alman
 Diğer ülke vatandaşlığı _____

35. Ana diliniz hangisidir?

- Almanca Portekizce
 Türkçe Bulgarca
 Lehçe Rumence
 Boşnakça Hırvatça
 Sırpça
 Diğer ana dil: _____

36. Evinizde kaç kişiyle yaşıyorsunuz?

- Yalnız 1 kişiyle 2 kişiyle
 3 kişiyle 4 kişiyle 5 ve daha fazla kişiyle yaşıyorum

37. Evinizde 18 yaşından küçük kaç kişi yaşıyor?

- 0 1 2 3 4 5 ve daha fazla

38. Almanya’da tanınan en yüksek eğitim dereceniz nedir?

- Alt düzey ortaokul
 Üst düzey ortaokul (orta öğrenim diploması)
 (Mesleki) Lise
 Lisans eğitimi
 Master/Yüksek lisans/Diploma
 Doktora
 Doçentlik
 Herhangi bir okul mezuniyetim yok

39. Geldiğiniz ülkede tamamladığınız en yüksek eğitim dereceniz nedir?

- Alt düzey ortaokul
 Üst düzey ortaokul (orta öğrenim diploması)
 (Mesleki) Lise
 Lisans eğitimi
 Master/Yüksek lisans/Diploma
 Doktora
 Doçentlik
 Herhangi bir okul mezuniyetim yok

40. Şimdiki çalışma durumunuz nedir? Ben...

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ...tam zamanlı çalışıyorum | <input type="checkbox"/> ...yarı zamanlı çalışıyorum |
| <input type="checkbox"/> ...serbest meslek sahibiyim | <input type="checkbox"/> ...iş arıyorum |
| <input type="checkbox"/> ...ebeveyn izninde / doğum izninde eğitime devam ediyorum | <input type="checkbox"/> ...liseye, mesleki eğitime veya üniversite |
| <input type="checkbox"/> ...yeniden meslek öğreniyorum | <input type="checkbox"/> ... kısa süreli çalışıyorum |
| <input type="checkbox"/> ...çalışmıyorum | <input type="checkbox"/> ... emekliyim |

Desteyiniz için çok teşekkürler!

Anhang 3:

Herzinsuffizienzprävalenz aller Hamburger Patienten (von 65 bis 79 Jahren)

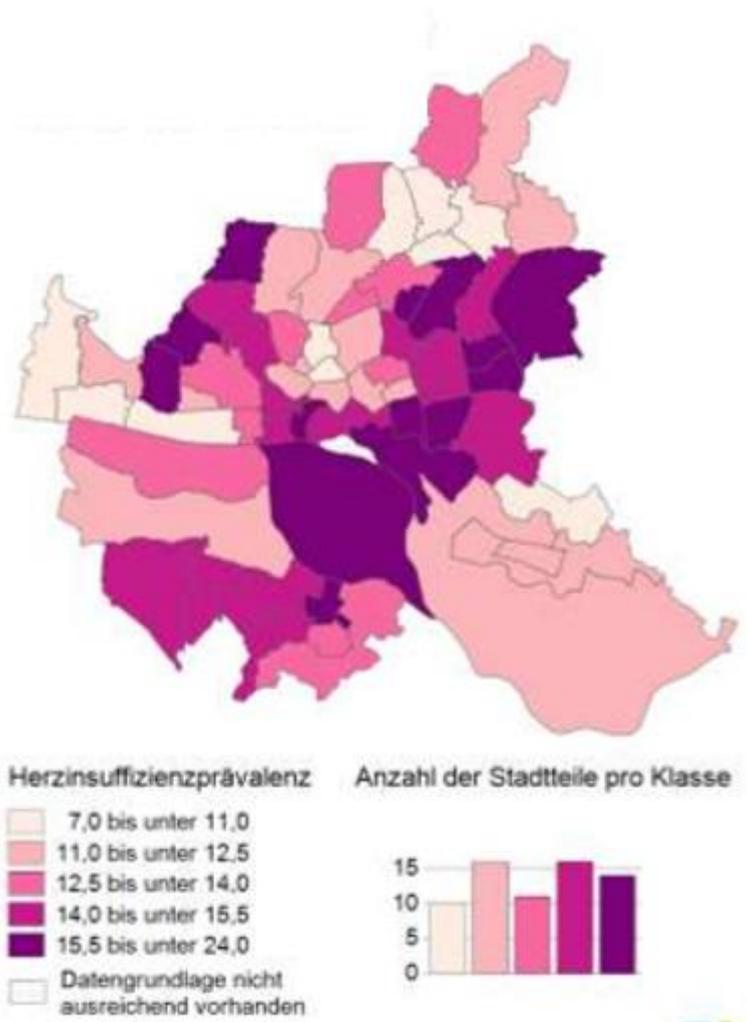


Abbildung 17: Darstellung der altersspezifischen Prävalenz der Herzinsuffizienz auf Stadtteilebene (Fokus auf Stadtteilcluster um Wilhelmsburg). (Quelle: Vgl. Erhart, M., et al., 2013. Morbiditätsatlas Hamburg, S. 9).

Anhang 4:

Erfassung des Gesundheitszustandes nach Altersgruppe & Bildungsniveau

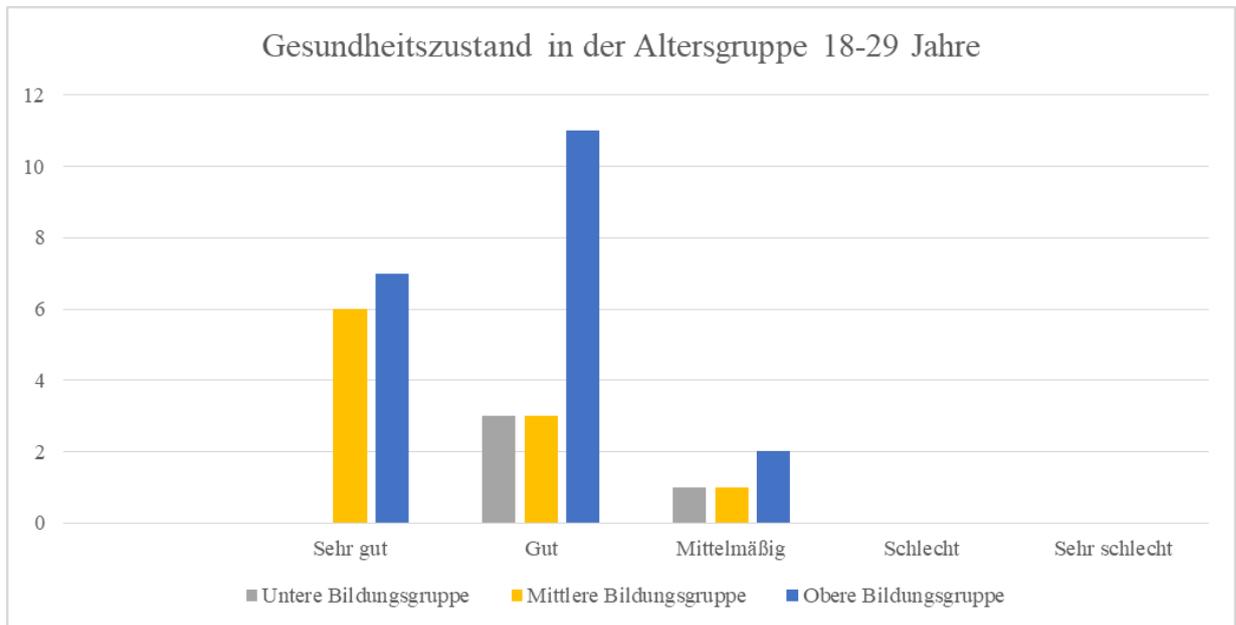


Abbildung 18: Gesundheitszustand nach Bildungsniveau in der Altersgruppe 18-29 Jahre

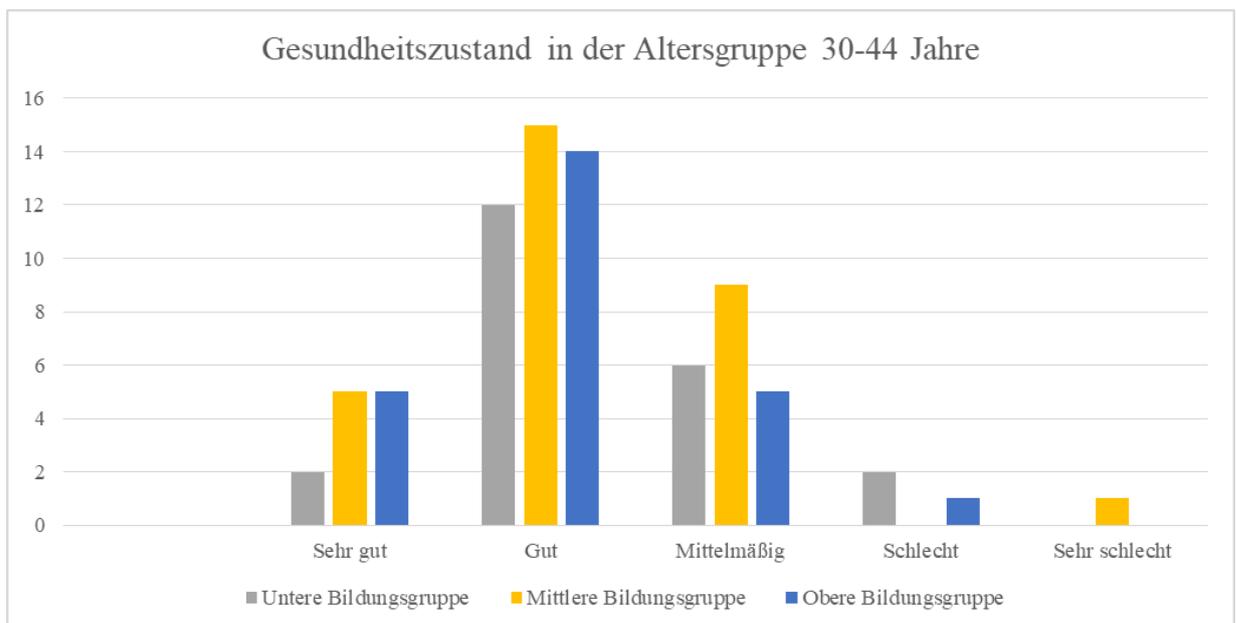


Abbildung 19: Gesundheitszustand nach Bildungsniveau in der Altersgruppe 30-44 Jahre

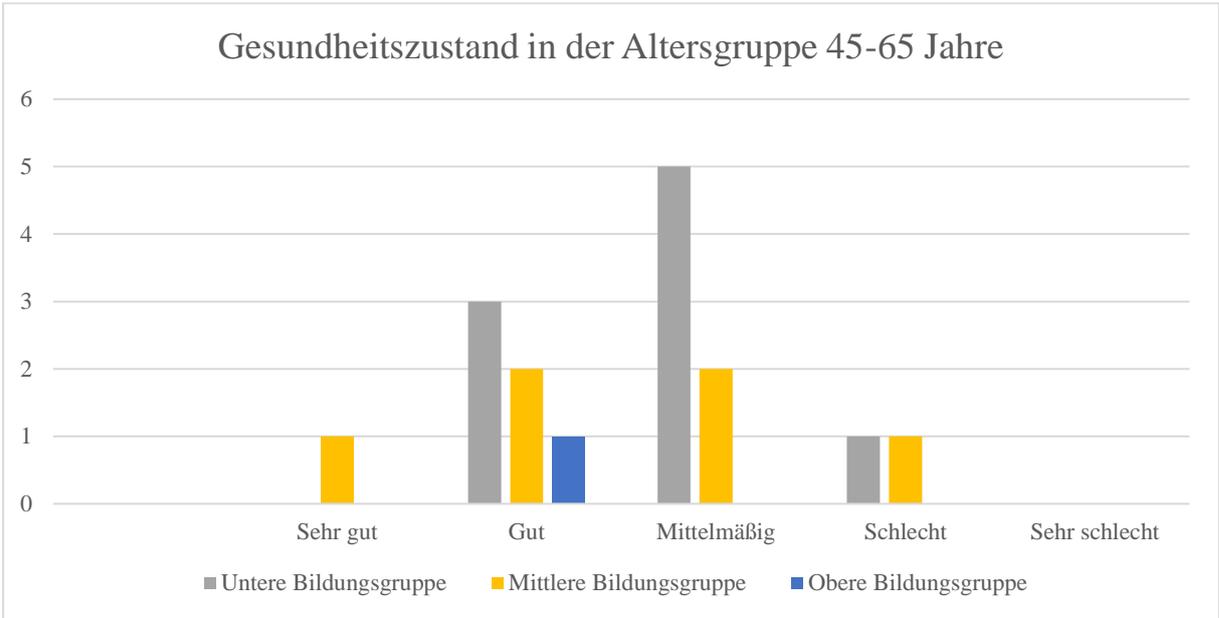


Abbildung 20: Gesundheitszustand nach Bildungsniveau in der Altersgruppe 45-65 Jahre

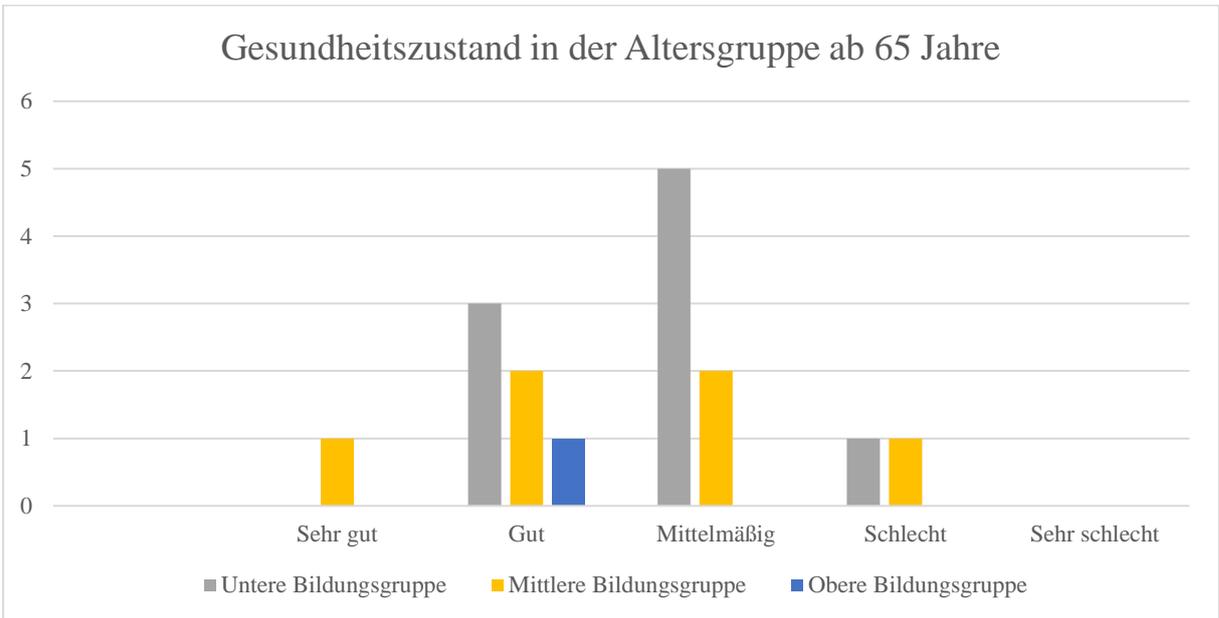


Abbildung 21: Gesundheitszustand nach Bildungsniveau in der Altersgruppe ab 65 Jahre

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich meine Abschlussarbeit für den MBA Sozial und Gesundheitsmanagement mit dem Titel:

„Bedarfsanalyse und Möglichkeit einer Etablierung von Community Health Nurse als Lösungsvariante für die Gestaltung eines multiprofessionell organisierten Primärversorgungsmodells am Beispiel des Stadtteils Hamburg-Wilhelmsburg“

ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst habe, nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe und wörtliche Zitate sowie dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen unter Angabe der Quellen kenntlich gemacht habe.

Hamburg, den 25.10.2022

Tanja Rados