

**Unterschiede in der
Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen durch
deutsche Patienten/innen und Migranten/innen.**

Problembeschreibung, Ursachenanalyse, Lösungsansätze

Schlussbericht

Theda Borde, Tanja Braun, Matthias David

Projektförderung: Bundesministerium für Bildung und Forschung
Spitzenverbände d. Gesetzlichen Krankenkassen

Förderkennzeichen: 01 GL 0009

Förderzeitraum des
Forschungsprojektes: April 2001 – Februar 2003

Standorte der in die Studie einbezogenen Notfallambulanz in Berlin



Autoren/innen:

Dr. PH Theda Borde (Dipl.-Pol., MPH)

Tanja Braun (Ärztin, MPH)

Priv.-Doz. Dr. med. Matthias David

Universitätsklinikum Charité, Campus Virchow-Klinikum
 Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
 Augustenburger Platz 1
 13353 Berlin

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	7
1. EINLEITUNG	8
2. STAND DER FORSCHUNG UND AUFGABENSTELLUNG	9
2.1. Gesundheitspolitische Bedeutung des untersuchten Themas	9
2.2. Inanspruchnahme von Rettungsstellen	10
2.3. Migrantinnen und Migranten in klinischen Notfallambulanzen	12
2.4. Notfallambulanzen als Schnittstelle	14
3. ZIELE, FRAGESTELLUNGEN UND HYPOTHESEN	16
3.1. Ziele der Studie	16
3.2. Fragestellungen	16
3.3. Hypothesen	17
Patientenbefragung	17
Erste-Hilfe-Scheine	17
Mitarbeiter/innenbefragung	18
4. PLANUNG, RAHMENBEDINGUNGEN ABLAUF UND METHODIK DES FORSCHUNGSPROJEKTES	19
4.1. Design der Untersuchung	19
4.1.1. Studienstandorte	19
4.1.2. Untersuchungsebenen	22
4.1.3. Zeitraum der Datenerhebung	23
4.2. Zur Methodik der Patientenbefragung	25
4.2.1. Erreichbarkeit der Zielgruppen in der Patientenbefragung	25
4.2.2. Untersuchungsinstrument für die Patientenbefragung	25
4.2.3. Ein- und Ausschlusskriterien	26
4.2.4. Einbettung der Studie in Klinik- und Behandlungsabläufe	27
4.2.5. Veränderung des Befragungskonzepts nach Pretest	28
4.2.6. Rücklauf der Fragebögen der Patientenbefragung	28
4.3. Zur Methodik der Analyse der Erste Hilfe-Scheine und Kurzfragebögen	29
4.3.1. Untersuchungszeitraum und Studienpopulation	29
4.3.2. Ein- und Ausschlusskriterien	29
4.3.3. Erhebungsinstrumente für die Analyse der Erste Hilfe-Scheine	30
Rettungsstellenschein (Erste-Hilfe-Schein)	30
Kurzfragebogen für behandelnde Ärztinnen und Ärzte	30
4.3.4. Rücklauf der Fragebögen der Mitarbeiterbefragung	31
4.3.5. Datenschutz	31

4.4. Statistische Auswertung	32
4.4.1. Auswertung der Patientenbefragung	32
Datenerhebung	32
Kodierung und Kategorisierung	32
Datenbearbeitung und -auswertung	32
4.4.2. Auswertung der Erste Hilfe-Scheine und Fragebögen	33
Datenerhebung, Kodierung und Kategorisierung	33
Datenbearbeitung	34
Auswertung	34
4.5. Zusammenarbeit mit anderen Stellen	34
Danksagung	35
5. ERGEBNISSE DER PATIENTENBEFRAGUNG	37
5.1. Stichprobenbeschreibung	37
5.1.1. Geschlecht	37
5.1.2. Ethnizität / Muttersprachen der befragten Patientinnen und Patienten	37
5.1.3. Geburtsorte und Ethnizität der befragten Patientinnen und Patienten	38
5.1.4. Herkunftsland	39
5.1.5. Staatsangehörigkeit	39
5.1.6. Staatsangehörigkeit, Geburtsorte und Muttersprachen	40
5.1.7. Altersverteilung	41
5.1.8. Familienstand, Partnerschaften und Anzahl der Kinder	42
5.1.9. Bildungs- und Erwerbssituation	43
Bildungs- und Ausbildungssituation	43
Berufstätigkeit	44
Erwerbsstatus	45
5.1.10. Wohnsituation	46
Anzahl der Personen im Haushalt / Wohndichte-Index	48
5.1.11. Lebenszufriedenheit	48
5.1.12. Chronisch kranke Patientinnen und Patienten	49
5.1.13. Krankenversicherung der befragten Patientinnen und Patienten	49
5.1.14. Migrationsspezifische Aspekte	51
Migrationsmodus	51
Aufenthaltsdauer in Deutschland	51
Lese- und Schreibfähigkeit – Selbsteinschätzung	52
In der Familie gesprochene Sprache	53
Bevorzugte Sprache bei Medien - Sprachpräferenz	54
5.2. Wege in die Erste Hilfe	55
5.3. Beschwerden und Symptome der Patienten/innen	57
5.4. Schmerzwahrnehmung	58
5.5. Erwartungen der Patienten/innen an die Erste Hilfe	60
5.6. Dringlichkeit der Behandlung aus der Sicht der Patienten/innen	62
5.7. „Self-management“ vor Inanspruchnahme der Notfallambulanz	63
5.8. Informationsquellen zur Gesundheit und Gesundheitsversorgung	65

5.9. Versorgung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte	69
5.10. Stress und Belastungen während der vergangenen Woche	71
5.11. Schmerzhäufigkeit im Alltag	73
5.12. Gewalterfahrungen und Inanspruchnahme der Notfallambulanz	75
6. ERGEBNISSE DER ANALYSE DER ERSTE HILFE-SCHEINE (EHS)	76
6.1. Beschreibung der Stichprobe Patienten/innen	76
Geschlecht	76
Ethnizität	76
Alter	77
Wohnort der Patienten/innen nach Bezirken	79
Krankenversicherung	82
6.2. Geschlechts-, ethnizitäts- und altersspezifische Unterschiede der Inanspruchnahme	83
6.2.1. Transportwege der Patienten/innen in die Notfallambulanz	83
6.2.2. Zeitpunkt der Vorstellung in der Notfallambulanz	86
Wochentag	86
Tageszeit	87
Wochenende vs. Wochentag	88
6.2.3. Dauer der Beschwerden vor Inanspruchnahme der Rettungsstelle	90
6.2.4. Dringlichkeit aus der Sicht der behandelnden Ärzte/innen	92
6.2.5. Stationäre Aufnahme der Patienten/innen	94
6.2.6. Angemessenheit der Inanspruchnahme	95
6.2.7. Abbildungen zur Inanspruchnahme der Notfallambulanzen	100
6.3. Geschlechts-, ethnizitäts- und altersspezifische Unterschiede in der Behandlung	109
6.3.1. Dokumentierte Anamnese auf dem Erste-Hilfe-Schein	109
Wortzahl der Anamnese	109
In der Anamnese dokumentierte Beschwerden	110
Anzahl der dokumentierten Symptome	113
Im Erste-Hilfe-Schein dokumentierte Diagnostik	113
Diagnostik	114
6.3.2. Anzahl der Diagnostik	115
6.3.3. Diagnosen	116
6.3.4. Durchgeführte oder verordnete Therapie	119
Therapeutisches Prozedere	119
Fachrichtung der stationären Aufnahmen	120
Medikamentöse Therapie	122
Anzahl der Medikamente	124
6.3.5. Abbildungen zu geschlechtsspezifischen Unterschieden in der Behandlung	125
7. ERGEBNISSE DER MITARBEITER/INNENBEFRAGUNG	128
7.1. Rücklauf der Mitarbeiter/innenbefragung	128
7.2. Sprachliche Verständigung mit den Patienten/innen	128
7.3. Sprachmittlung	129

7.4. Arzt-Patient-Beziehung aus der Sicht der Ärzte/innen	131
7.5. Gründe für Unzufriedenheit der behandelnden Ärztinnen und Ärzte	132
7.6. Durch Ärzte/innen wahrgenommene Gewalterfahrungen	134
8. ZUSAMMENFASSUNG	135
8.1. Beweisbarkeit der aufgestellten Hypothesen	135
8.1.1. Patientenbefragung	135
8.1.2. Erste-Hilfe-Scheine	136
8.1.3. Mitarbeiter/-innenbefragung	138
8.2. Zusammenfassung der Ergebnisse	139
8.2.1. Patientenbefragung	139
Stichprobe der Patienten/innenbefragung	139
Lebenslage der Patienten/innen	139
Migrationsspezifische Aspekte	140
Zur Inanspruchnahme der Notfallambulanzen	141
8.2.2. Analyse der Erste Hilfe-Scheine	143
Stichprobenbeschreibung der Analyse der Erste-Hilfe-Scheine	143
Inanspruchnahme	143
Behandlung	145
8.2.3. Mitarbeiter/innenbefragung	145
9. SCHLUSSFOLGERUNGEN	147
9.1. Überlegungen zu Konsequenzen aus den wesentlichen Ergebnissen der Studie	148
9.1.1. Nutzer/innenorientierte Maßnahmen	149
9.1.2. Veränderungen innerhalb der klinischen Notfallambulanzen	151
Ethnic monitoring	151
Patientenorientierte Rettungsstelle	153
9.1.3. Verbesserung der ambulanten Notfallversorgungsstrukturen	156
10. VERÖFFENTLICHUNGEN	157
Erfolgte Publikationen und Vorträge	157
Geplante Vorträge und Publikationen	157
Dissertationen in Bearbeitung	158
Diplomarbeiten u.a. in Bearbeitung	158
11. LITERATUR	159
12. ANHANG	162
Fragebogen für die Patientenbefragung	163
Kategorien für die Auswertung der freien Texte der Patienten/innen	174
Kurzfragebogen der Mitarbeiter/innenbefragung	179

Abkürzungsverzeichnis

CCVK	Charité Campus Virchow-Klinikum
EHS	Erste Hilfe-Schein
FB	Fragebogen
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
KTW	Krankentransport
Kurz FB	Kurzfragebogen für die Mitarbeiterbefragung
NAW	Notarztwagen
NFA	Klinische Notfallambulanz
Pat.	Patienten/innen
RR	Blutdruck
RTW	Rettungswagen
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
VKN	Vivantes Klinikum Neukölln
VKU	Vivantes Klinikum am Urban

1. Einleitung

Für eine angemessene gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung ist eine detaillierte Betrachtung spezifischer Versorgungsbedürfnisse notwendig, die unterschiedliche Lebenslagen und soziokulturelle Aspekte berücksichtigt. Eine Analyse der Inanspruchnahme und Nutzung unterschiedlicher Einrichtungen oder Angebote des Gesundheitswesens kann Aufschlüsse über die Versorgungslage und Hinweise auf Fehl-, Über- und Unterversorgung bestimmter Bevölkerungsgruppen geben. Im Bereich der Notfallambulanzen lassen sich Patientenbedürfnisse, Aspekte des Inanspruchnahmeverhaltens, der Beschwerdenwahrnehmung und der Symptominterpretation sowie mögliche Probleme bei der Versorgung beispielhaft untersuchen.

Obwohl Migrantinnen und Migranten vor allem in Großstädten einen großen Teil der Patientinnen und Patienten ausmachen, sind sie in der Versorgungsforschung bisher nicht angemessen repräsentiert, so dass kaum Kenntnisse über ihre Patientenbedürfnisse vorliegen. Studien aus den 1990er Jahren haben gezeigt, dass die Rahmenbedingungen für eine adäquate gesundheitliche Versorgung von Migrantinnen und Migranten, die eine Berücksichtigung migrationspezifischer Voraussetzungen (z.B. Sprache, soziokulturelle Aspekte) erfordert, in den Einrichtungen des Gesundheitswesens in Deutschland zumeist nicht gegeben sind. Gründe sind häufig allgemeine strukturelle Probleme in den Krankenhäusern, Mängel in der Aus- und Weiterbildung hinsichtlich ethnomedizinischer bzw. migrationspezifischer Themen und auch ungelöste Finanzierungsfragen (Dolmetscher, Aufklärungsmaterialien in verschiedenen Sprachen usw.). Auf der anderen Seite ist das Wissen über den eigenen Körper und seine Funktionen bzw. Gesundheitsstörungen und ihre Symptome besonders bei den Migrantinnen der ersten Generationen gering, darüber hinaus bestehen offenbar auch Defizite hinsichtlich der Kenntnisse über die Strukturen des deutschen Gesundheitswesens (David u. Borde 2001, Grieger 2002).

Eine eigene Vorstudie, die retrospektiv die Daten von 285 deutschen und 311 nicht-deutschen Patientinnen, die von Januar bis April 1996 die Erste Hilfe der Frauenklinik des Virchow-Klinikums aufsuchten, analysiert hat, zeigte, dass Migrantinnen die Notfallambulanz überproportional häufig (55% aller Patientinnen) aufsuchten, ohne dass dort jedoch eine entsprechende interkulturell ausgerichtete Infrastruktur vorhanden war. Bei Migrantinnen wurde weniger schriftlich dokumentiert, was als Ausdruck für einen unterschiedlichen Umgang mit diesen Patientinnen gewertet werden kann. Diese weniger umfangreiche Anamneseerhebung führte jedoch in der von uns untersuchten Stichprobe nicht zu einer Qualitätseinbuße bei Diagnose bzw. Therapie (David et al. 1998). Die Frauen ausländischer Herkunft nahmen die Notfallambulanz - wahrscheinlich aus familiären u./o. sozialen Gründen - außerdem häufiger am Wochenende und in den späten Abendstunden in Anspruch. Stationäre Aufnahmen waren sowohl bei den deutschen Patientinnen als auch bei den Migrantinnen nur zu ca. 22% nötig (Pette 1998). Auffällig war, dass ein Teil - insbesondere der nichtdeutschen - Patientinnen anlässlich ihrer Beschwerden auch versuchsweise keinerlei eigene Behandlungsmaßnahmen (z. B. Wärmeanwendungen bei Schmerzen oder Einnahme von Analgetika) ergriffen hatte, sondern unmittelbar das Krankenhaus bzw. die Notfallambulanz aufsuchte.

2. Stand der Forschung und Aufgabenstellung

2.1. Gesundheitspolitische Bedeutung des untersuchten Themas

Zum 31.12. 2002 betrug der Ausländeranteil in der Bundesrepublik 8,9% der Bevölkerung d.h., im Bundesgebiet lebten rund 7,34 Millionen ausländische Staatsbürger, die meisten in den Großstädten und industriellen Ballungsräumen (Statistisches Bundesamt 2003).

In Berlin haben derzeit ca. 13,3% der Bevölkerung eine ausländische Staatsangehörigkeit, die meisten leben in den Bezirken Mitte (28,3%) Friedrichshain-Kreuzberg (23,1%) und Neukölln (21,6%). Die multikulturelle Zusammensetzung der Bevölkerung spiegelt sich auch in der Gesundheitsversorgung wider. Je nach Standort und Einzugsgebiet eines Krankenhauses oder einer Praxis ergibt sich ein unterschiedlich hoher Migrantenanteil unter den Patientinnen und Patienten. Das gegenwärtige Rentenniveau in Deutschland kann nur durch massive Einwanderung oder Anhebung des Rentenalters und der Beiträge gehalten werden. Um den Bestand der Bevölkerung im arbeitsfähigen Alter zwischen 15 und 64 Jahren zu erhalten, braucht Deutschland rund 480 000 Immigranten im Jahr, was Prognosen zufolge im Jahre 2050 zu einem Anteil eingewanderter Personen und ihrer Nachkommen von ca. 39% an der Gesamtbevölkerung führen würde (UNO-Bericht zum Bevölkerungswachstum, März 2000). Deutschland ist schon jetzt ein Einwanderungsland.

Migration ist mit besonderen Beanspruchungen, Belastungen und Risiken verbunden. Psychische und psychosomatische Folgen sind vielfach beschrieben worden. Im Migrationsprozess, der sich oft über mehrere Generationen hinzieht, werden von den Menschen auf lange Zeit einschneidende und subtile Anpassungsleistungen verlangt. Sprachliche, kognitive, emotionale, physische und kulturelle Kompetenz und Normen sind ständig in Frage gestellt (Collatz 1999).

Wegen der gegenüber der einheimischen Bevölkerung höheren sozialen Vulnerabilität der Migranten wird Krankheit offenbar häufiger als wesentlich ernster erlebt, während etwa gleiche Erkrankungen von Deutschen leichter genommen werden. Einen Einfluss kann auch unterschiedliches Alltagswissen (Laienwissen) haben, dessen wichtige Funktion darin liegt, z.B. Krankheiten zu erkennen und zu entscheiden, welche Form der Bewältigung gesucht wird oder ob die Behandlung im Laiensystem stattfinden soll (Berg 1998).

Obwohl die verfügbaren Daten zur gesundheitlichen Situation von Migranten unzureichend sind, gibt es Hinweise auf spezielle Gesundheitsprobleme und Besonderheiten in den Krankheitsverläufen (Collatz 1998). Eine Vielzahl von Studien belegen ein erhöhtes Krankheitsrisiko von Migranten im Säuglings- und Kindesalter. Migranten führen in erster Linie Rücken-, Magen- und Bauch- sowie Kopfschmerzen zum niedergelassenen Arzt. Offenbar führen die gegenüber der deutschen Bevölkerung wesentlich höheren sozialen, psychischen und körperlichen Belastungen in stärkerem Ausmaß zu Somatisierungen psychischer Befindlichkeitsstörungen. Chronische Erkrankungen treten zum Teil wesentlich früher auf als bei der deutschen Vergleichspopulation z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei türkischen Migranten. Die durchschnittliche Zahl von Arbeitsunfähigkeitstagen pro Jahr ist bei deutschen Arbeitern z.B. in der Eisen- und Stahlindustrie auch nach Altersstandardisierung niedriger als bei ausländischen Arbeitnehmern (Schwarze u. Jansen 1991)

Diese Zusammenstellung zeigt zum einen, welche Bedeutung die Betreuung und Behandlung von Migranten für die gesundheitliche Regelversorgung und für die Gesetzliche Krankenversicherung hat, und zum anderen, dass sich Versorgungseinrichtungen, Ärzte und Pflegepersonal auch angesichts der demographischen Entwicklung mehr auf die spezifische Versorgungsbedürfnisse von Migranten einstellen müssen.

Soziokulturelle Distanz zwischen Arzt und Patient, sprachliche Kommunikationsbarrieren und Migrationserfahrungen können letztendlich vor dem Hintergrund eines kontinuierlichen Spektrums gesehen werden, das von Asylsuchenden und Flüchtlingen über Arbeitsmigranten bis zu Einheimischen unterschiedlicher sozialer Schichten reicht (Blöchliger et al. 1998). Das bedeutet, dass das spezifische Probleme der Betreuung von nichtdeutschen Subpopulationen auch allgemeingültigere Aspekte enthält, die in jeder Arzt-Patienten-Interaktion eine Rolle spielen.

2.2. Inanspruchnahme von Rettungsstellen

Aktuelle Studien, die sich mit der Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen durch verschiedene *high utilizer* - Gruppen in Deutschland beschäftigen, existieren derzeit nicht.

Für die USA konstatieren Padgett und Brodsky (1992) eine starke Erhöhung der Nutzung von Klinik-Notfallambulanzen seit 1950. Ca. 85% der Patienten suchen sie jedoch aus nicht lebensbedrohlichen Gründen auf. Aus einer Literaturreview ergaben sich als prädisponierende Faktoren für Notfallambulanzenutzer: Ethnizität, Einkommen, Versicherungsstatus und örtliche Nähe zur Notfallambulanz. Die häufigsten Gründe bei *non urgent*-Fällen war das Nichtvorhandensein anderer Hilfsmöglichkeiten sowie zusätzlich Faktoren wie sozioökonomischer Stress, psychiatrische Comorbidität und das Fehlen sozialer Unterstützung (Padgett u. Brodsky 1992).

Petersen et al. (1998) werteten 1.700 Erste-Hilfe-Fälle aus fünf Krankenhäusern des Nordostens der USA aus. Demnach kamen 50% der Patienten mit nichtdringlichen Beschwerden. Es fand sich bei dieser Gruppe nach Anpassung hinsichtlich soziodemographischer Faktoren und Comorbidität eine signifikante Korrelation zum Nichtvorhandensein eines eigenen (ständigen) Hausarztes. Malone kommt 1995 im Ergebnis einer Literaturreview zum Thema „*heavy users of emergency services*“ zu dem Schluss, dass es sich bei diesen Patienten um eine medizinisch und sozial vulnerable Gruppe handelt, die große Aufmerksamkeit der Gesundheitsdienste und der -politik verdient.

Für den europäischen Raum liegen zwei aktuelle Untersuchungen zum Thema vor. Escobedo et al. 1997 befragten in einem städtischen Krankenhaus in Spanien Patienten einer Notfallambulanz. Sie fanden einen hohen Prozentsatz von Nutzern, welche die 1. Hilfe-Stelle auf eigene Initiative aufsuchen, die meisten Besuche (ca. 55%) waren jedoch „unangemessen“, d.h. keine Notfälle, die einer Klinik hätten behandelt werden müssen. Z.T. lag dies an mangelndem Wissen über Behandlungsalternativen im ambulanten Sektor. Blöchliger et al. (1998) untersuchten Probleme und Schwierigkeiten bei der Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden in drei städtischen Notfallstationen in der Schweiz. Aus ihrer Sicht beeinflussen folgende Variablen die Nutzung der Notfallambulanz: Krankheitsbild, geographische Verteilung medizinischer Versorgungseinrichtungen in einem Territorium, sozioökonomische Schichtung der Patientenklientel, Kenntnis der Bevölkerung über Zweck und Zugang zu verschiedenen Versorgungseinrichtungen (z.B. der Notfallambulanz). Die Gruppe der Asylsuchenden und Flüchtlinge unterschied sich von der schweizerischen „Normalbevölkerung“ durch geringere Kenntnis des Versorgungssystems, sprachliche Probleme und sozioökonomische

Faktoren. Seitens der Ärzte wurden mangelnde Erfahrung beim Umgang mit dieser Patientenklientel, Kommunikationsschwierigkeiten und fehlende ethnomedizinische Kenntnisse als Hauptprobleme angegeben.

Die vorliegenden Studien aus den USA, Kanada und Spanien (Padgett u. Brodsky 1992, Lucas u. Sanford 1998, Ivey 2002, Moreno Rodriguez et al. 2001, Sempere-Selva et al. 2001) weisen auf einen Anstieg der allgemeinen Nutzung von Rettungsstellen in den vergangenen 20 Jahren hin. In der Charité, Campus Virchow-Klinikum in Berlin wurde in den vergangenen fünf Jahren eine Zunahme der Patientenzahl in der internistischen Notfallambulanz um 29% beobachtet (Pflegerleitung pers. Mitt.). Bei gleichbleibenden bis sinkenden Bevölkerungszahlen sind solche Veränderungen trotz veränderter Alters- und damit Morbiditätsstruktur nicht einfach erklärbar. Annahmen tendieren dahin, dass bestimmte Patientengruppen die Rettungsstellen als Basisgesundheitsversorgung nutzen.

Vor allem ökonomische Gesichtspunkte aber auch Aspekte der Sicherung einer qualitativ hochwertigen Versorgung führten zur Diskussion um die indizierte versus unangemessene Inanspruchnahme von Rettungsstellen. Daten aus Spanien, den USA und der Schweiz weisen auf hohe Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen durch sozial benachteiligte Gruppen und ethnische Minoritäten und eine hohe Rate von „unangemessener“ Nutzung hin (White-Means et al. 1998, Lucas et al. 1998, Sempere-Selva et al. 2001, Blöchliger et al. 1998). Lowe u. Abbuhl (2001) geben Raten unangemessener Inanspruchnahme zwischen 11% und 82% an.

In Berlin, wo seit der Neustrukturierung der städtischen Krankenhäuser und dem damit verbundenen Sparkonzept verstärkt ökonomische Gesichtspunkte der Krankenversorgung betrachtet werden, zählen nach Aussage der Geschäftsführung der Vivantes GmbH rund 80% der Patientinnen und Patienten nicht zu den „echten Notfällen“ (Berliner Zeitung vom 16. Juli 2001) - allerdings bleibt offen, wie ein „echter Notfall“ definiert ist. In portugiesischen und spanischen Studien wurden verschiedene Kriterien für die Definition einer angemessenen Inanspruchnahme entwickelt, die Alter und weitere demographische Merkmale, ausgewählte Diagnosen, Schweregrad der Erkrankung, den Zeitpunkt der Vorstellung in der Rettungsstelle und die Dauer der bestehenden Beschwerden, erfolgte stationäre Aufnahmen, Art des Transports und das Ausmaß der in der Rettungsstelle veranlassten Diagnostik einbeziehen. Mit unangemessener Inanspruchnahme werden dort beispielsweise Faktoren wie jüngere Patienten, Zugang zur Rettungsstelle zu Fuß, unspezifische Diagnosen, Vorstellung während des Tages, häufige Wiederholungsbesuche und Beschwerden seit mehr als 24 Stunden assoziiert (Sempere-Selva et al. 2001, Pereira et al. 2001, Oterino et al. 1999).

Um eine Beliebigkeit der Kriterien zu vermeiden, schlagen Lowe und Abbuhl (2001) in einer Review der bisher veröffentlichten Studien einen *evidence*-basierten Standard für die Forschung zur inadäquaten Inanspruchnahme vor. Dabei sollten der gesellschaftliche Kontext einbezogen, ein möglichst bevölkerungsbezogener Ansatz und geeignete Kontrollgruppen gewählt, klare Untersuchungsziele festgelegt und eine kritische Beleuchtung impliziter Hypothesen - wie z.B. die, dass eine Basisgesundheitsversorgung durch Hausärzte generell besser sei als die Nutzung von Rettungsstellen - vorgenommen werden. Während Lowe u. Abbuhl (2001) konstatieren, dass es durchaus Patientengruppen gibt, die in der Rettungsstelle eine für ihre Bedürfnisse adäquate Basisgesundheitsversorgung bekommen, scheint allgemein eher die Anbindung an einen Hausarzt oder eine andere Form der regelmäßigen ambulanten medizinischen Versorgung (*regular source of care*) als Modell einer Basisgesundheitsversorgung favorisiert zu werden.

Nach Gill et al. (2000) ist eine kontinuierliche ambulante Behandlung mit einer niedrigeren Nutzungsfrequenz von Rettungsstellen verknüpft. Lavis und Anderson (1996) warnen vor einer Einschränkung der Versorgung in Rettungsstellen oder der Etablierung höherer Zugangsbarrieren, da ohne eine detaillierte Analyse der Inanspruchnahmemuster eine geringere Nutzung nicht zwangsläufig die unangemessene Nutzung einschränkt, sondern eher zu einer Ausgrenzung von ohnehin marginalisierten Gruppen führe.

2.3. Migrantinnen und Migranten in klinischen Notfallambulanzen

In großstädtischen Kliniken der Bundesrepublik haben je nach Standort bis zu 30% der Patientinnen und Patienten eine ausländische Staatsangehörigkeit, jedoch liegen über ihre Bedürfnisse als Patienten nur wenige Kenntnisse vor. Migrantinnen und Migranten stellen in Deutschland aufgrund ihrer sozialen Lage, ihrer Ausbildungschancen und ihrer Situation auf dem Arbeitsmarkt eine marginalisierte Gruppe dar. Darüber hinaus werden sie - auch nach 50 Jahren der Zuwanderung und Niederlassung - beharrlich als Fremde wahrgenommen.

Eine Personalbefragung zur Versorgung von Migrantinnen in einer Berliner Frauenklinik offenbarte ein spezifisches Bild von Patientinnen ausländischer Herkunft, das vor allem an deren „anderer Mentalität“ festgemacht wurde. In der subjektiven Wahrnehmung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben Migrantinnen im Vergleich zu deutschen Patientinnen „ein anderes Krankheitsverständnis“, „ein stärkeres Schmerzempfinden“, „mehr Respekt gegenüber Ärzten“, „mehr soziale Unterstützung“ und „immer Angst vor Diskriminierung“. Hinsichtlich der Inanspruchnahme der Versorgung im Krankenhaus wurde bemerkt, dass sie „öfter wegen nichts in die Notfallambulanz“ kommen (Borde 2002a).

Eine Pilotstudie unserer Arbeitsgruppe (Pette 1997, David u. Pette 1998) zeigt auf der Grundlage einer retrospektiven Analyse der Inanspruchnahme einer gynäkologischen Notfallambulanz tatsächlich eine überproportional häufige Nutzung durch Migrantinnen. Als Gründe wurden größere Ängste im Zusammenhang mit Krankheitssymptomen, Defizite in der Versorgung durch niedergelassene Ärzte, die Erwartung kürzerer Wartezeiten und ein hohes Vertrauen in die Institution Krankenhaus sowie eine Orientierung an Versorgungsstrukturen im Herkunftsland vermutet. Pette (1997) zeigt auf, dass Patientinnen nicht-deutscher Herkunft die Notfallambulanz verstärkt an Wochenenden und in den späten Abendstunden aufsuchten. Das in der gynäkologischen Notfallambulanz erfasste Beschwerdenspektrum unterschied sich bei deutschen und ausländischen Frauen jedoch kaum.

Die Datenanalyse ergab darüber hinaus Unterschiede bei der Behandlung, wobei Migrantinnen bei Schwangerschaftsbeschwerden häufiger Medikamente verordnet wurden. Notfallpatientinnen nicht-deutscher Herkunft wurden nach einer unvollständig dokumentierten Anamnese, die auf Kommunikationsprobleme zwischen Arzt/in und Patientin schließen lässt, dreimal häufiger stationär aufgenommen als deutsche Patientinnen – möglicherweise, um sprachliche Unsicherheit durch „therapeutische Sicherheit“ zu kompensieren und Zeit für diagnostische Maßnahmen zu gewinnen.

In einer US-amerikanischen Studie wird von mehr Untersuchungen bei Oberbauchschmerzen und mehr stationären Aufnahmen von nicht englisch sprechenden Patienten/innen berichtet (Waxman u. Levitt 2000). Dagegen fanden Blöchliger et al. (1998) bei der Untersuchung von Asylbewerbern und Flüchtlingen in Schweizer Rettungsstellen

len keine Unterschiede hinsichtlich Notfallindikation und der Anzahl der stationären Aufnahmen, wohl aber wurde seitens der behandelnden Ärzte über Kommunikationsprobleme geklagt. Auch Migranten bzw. Angehörige ethnischer Minderheiten klagten über Kommunikationsdefizite und waren unzufriedener mit der Behandlung als die Vergleichspopulation (Carrasquillo et al. 1996). Da das deutsche Gesundheitswesen bisher unzureichend auf den Aspekt der Migration und spezifische Patientenbedürfnisse von Migrantinnen und Migranten eingestellt ist (David u. Borde 2001, Borde 2002), könnten Probleme der Fehl-, Über- und Unterversorgung auch durch Zugangsbarrieren begünstigt werden.

Studien aus den USA und Kanada berichten ebenfalls von einer erhöhten Inanspruchnahme durch ethnische Minderheiten, wobei große Unterschiede zwischen den einzelnen Ethnizitäten zu beobachten sind (Ivey 2002, White-Means et al. 1989, Joseph et al. 1998). Malone (1995) ermittelt in einer Literaturübersicht neben der Ethnizität auch niedriges Einkommen, ungünstiger Versicherungsstatus und einen Wohnsitz in der Nähe der Rettungsstelle als maßgebliche Einflussgrößen. In einer Untersuchung zur gesundheitlichen Situation von Österreichern und Migranten in Wien wird festgestellt, dass auch Österreicher aus sozial niedrigeren Schichten häufig die Notfallambulanzen von Krankenhäusern aufsuchen und keine Unterschiede bei der Inanspruchnahme im Vergleich zu Migranten zu beobachten sind (Akbal 2000).

In einer retrospektiven Analyse der Notarzteinsätze eines Jahres in Kaiserslautern stellten Luiz et al. (2000) fest, dass es sich bei 60,4% der Einsätze nicht um Patienten in akuter Lebensgefahr handelte. Die meisten Einsätze (56,1%) bezogen sich auf internistische Krankheitsbilder. Einsätze aus psychiatrischer und psychosozialer Indikation standen mit 12,3% an zweiter Stelle. Die Analyse ergab eine deutlich höhere Einsatzdichte in Stadtbezirken mit ärmeren Bevölkerungsschichten. Bei Patientinnen und Patienten, die von Sozialhilfe lebten, stellten psychiatrische und psychosoziale Notfälle die häufigste Indikation dar. Die Autoren folgern, dass Notfallmedizin ihrem Wesen nach als kommunale Akutmedizin zu definieren sei, die regionalen Spezifika gerecht werden müsse. Da für untere soziale Schichten und für Migrantinnen und Migranten insbesondere erhebliche Inanspruchnahmebarrieren bezüglich der psychosozialen Regelversorgung bestehen (Toker u. Schepker 1997), ist anzunehmen, dass klinische Notfallambulanzen auch bei psychosozialen Problemen eine wichtige Anlaufstelle sind.

Insgesamt bleibt aber die Frage, ob tatsächlich die Ethnizität und migrationsbezogene Aspekte oder vielmehr nicht andere soziodemographische oder sozioökonomische Faktoren bzw. Zugangsmöglichkeiten das Inanspruchnahmeverhalten beeinflussen („Ethnizisierung des Sozialen“). Eine Studie aus den USA (Baker et al. 1996) zeigt, dass Ethnizität nach Standardisierung des Alters, des Versicherungsstatus und der örtlichen Erreichbarkeit von medizinischer Versorgung keinen Einfluss auf die Inanspruchnahme von Notfallambulanzen hatte. Beim Vergleich der Situation in Deutschland mit Studien aus dem Ausland müssen allerdings die unterschiedlichen Strukturen der Gesundheitsversorgung und des Versicherungssystems berücksichtigt werden. Für die USA erklärt sich die überproportionale Nutzung durch die kostenlose Behandlung in den Rettungsstellen, die für viele Nichtversicherte die einzige Behandlungsoption darstellt (Chan et al. 1996, Ivey u. Kramer 1998). Krankenhäuser sind dort häufiger als private Arztpraxen in den Innenstädten angesiedelt, wo ärmere Bevölkerungsschichten und Minoritäten leben. In der Deutschland sind jedoch die meisten deutschen und nicht deutschen Patienten in das System der sozialen Sicherung eingebunden. Möglicherweise sind Rettungsstellen eine

niedrigschwellige Behandlungsalternative für Patientinnen und Patienten, die aus den unterschiedlichsten Gründen keinen Hausarzt haben. Weitere Vorteile von Rettungsstellen könnten für eine bestimmte Klientel in der relativen Anonymität und den Öffnungszeiten auch nachts und am Wochenende liegen. Für Asylbewerber und Flüchtlinge stellen Rettungsstellen die einfachste und unbürokratischste Form der Hilfe dar, da für eine Notfallbehandlung z.B. nicht im Voraus ein Behandlungsschein beim Sozialamt erforderlich ist.

2.4. Notfallambulanzen als Schnittstelle

Klinische Notfallambulanzen stellen organisatorisch eine Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung dar. Der Zugang zur Ersten Hilfe ist dabei vorwiegend patientengesteuert, d.h. die Notfallambulanzen werden von Patientinnen und Patienten direkt aufgesucht oder durch von ihnen angeforderte Krankentransporte, Rettungs- und Notarztwagen und die Feuerwehr angefahren. Die Entscheidung, einen Notarzt, die Feuerwehr oder einen Krankentransport anzurufen, geht dabei meist von den Patientinnen und Patienten selbst, deren Angehörigen oder anderen im Haus anwesenden Personen aus. In der Notfallambulanz treffen subjektive Definitionen eines Notfalls, nämlich die Symptom- und Beschwerdeninterpretation der Patienten/innen oder anderen Laien und medizinische Definitionen des Notfalls durch Pflegepersonal und Ärzte/innen aufeinander. Patientinnen und Patienten mit lebensbedrohlichen Symptomen werden in der Rettungsstelle anhand einer Triage nach Dringlichkeit vorrangig untersucht und behandelt.

Da davon auszugehen ist, dass die Inanspruchnahme der Notfallambulanzen nicht ausschließlich an Kriterien des medizinischen Bedarfs orientiert ist, stellt sich die Frage, welchen Einfluss neben dem aktuellen Gesundheitszustand geschlechtsspezifische, psychosoziale, sozioökonomische und soziokulturelle Aspekte auf das Hilfesuch- und Inanspruchnahmeverhalten von Patientinnen und Patienten haben. Die Tatsache, dass z. B. chronische Erkrankung, Arbeitslosigkeit, Alleinleben (vgl. Schwartz u. Busse 2000) und weibliches Geschlecht (Bergmann u. Kamtsuris 1999) zu den Faktoren zählen, die zu einer verstärkten Inanspruchnahme des Gesundheitswesens in Deutschland führen, könnte sich in der klinischen Notfallambulanz ebenso widerspiegeln wie mögliche Probleme des Zugangs (access) in Bezug auf andere Versorgungsangebote. Gleichzeitig stellt sich die Frage, ob die Rahmenbedingungen in der Ersten Hilfe (Organisation, Ausstattung, Personal) geeignet sind, spezifischen Patientenbedürfnissen angemessen gerecht zu werden.

In den Notfallambulanzen als Schnittstelle zwischen ambulanter und klinischer Versorgung wird eingeschätzt, wie akut und schwer erkrankt der Patient ist und ob eine ambulante medizinische Versorgung ausreicht oder eine Hospitalisierungsbedürftigkeit besteht. Die „unangemessene“ Nutzung von Notfallstationen wurde in den letzten Jahren in verschiedenen Ländern untersucht und diskutiert. Es muss konstatiert werden, dass zumindest in Nordamerika und Europa der Anteil von Nutzern und Nutzerinnen mit nicht-dringlichen Beschwerden relativ hoch ist. Insgesamt entstehen durch die notwendige Vorhaltung diagnostischer und therapeutischer Leistungen und Personal in den Notfallambulanzen bei überproportionaler Inanspruchnahme einerseits unnötige Kosten, die ambulant bei niedergelassenen Ärzten günstiger zu erbringen wären. Hier wäre auch eine kontinuierliche Betreuung möglich (Hausarztprinzip). Andererseits könnte die Ver-

sorgung der Migranten in den Notfallambulanzen durch infrastrukturelle Veränderung vermutlich optimiert werden.

Zu fragen ist, ob durch Maßnahmen der Gesundheitsförderung und auf bestimmte Zielgruppen gerichtete Aufklärungskampagnen eine Verbesserung der Kompetenz von Migranten im Umgang mit gesundheitlichen Problemen eine optimalere Nutzung ambulanter und stationärer Bereiche des Gesundheitssystems erreicht und unnötige Kosten vermindert werden könnten. Darüber hinaus sind Gründe für die Nicht-Nutzung der Einrichtungen der Primärversorgung vor dem Aufsuchen der Notfallambulanz in nicht-dringlichen Fällen zu eruieren, wobei die Einschätzung der vom Patienten wahrgenommenen Dringlichkeit natürlich nicht mit der der Ärzte korrelieren muss.

3. Ziele, Fragestellungen und Hypothesen

3.1. Ziele der Studie

- **Erste-Hilfe-Scheine**
Die Erhebung von Daten und die Darstellung der sozioökonomischen und demographischen Merkmale von Patienten/innen, die Notfallambulanzen aufsuchen, und der ärztlich dokumentierten medizinischen Daten
- **Patientenbefragung**
Die Erhebung von Daten zu soziodemographischen und migrationsbezogenen Merkmalen, den Beschwerden der Patienten/innen, Krankheitswahrnehmung und Symptominterpretation, Zeitpunkt und Zugangsweg zur Rettungsstelle, Patientenerwartungen, Alltagsbelastungen, self-management der Beschwerden, sonstige Inanspruchnahme von Ärzten/innen
- Die Darstellung von geschlechts- und ethnizitätsspezifischen Unterschieden
- Die Identifizierung von Einflussfaktoren die zu einer Inanspruchnahme von Notfallambulanzen führen. (z.B. Geschlecht, Ethnizität, Alter, soziale Lage)
- Erarbeitung von Lösungsansätzen und Empfehlungen zur einer an dem Bedarf und den Bedürfnissen der Patienten/innen orientierten Versorgung in Notfallambulanzen

3.2. Fragestellungen

- Gibt es Unterschiede in der Nutzung von Notfallambulanzen zwischen deutschen Patienten/innen und Migranten/innen?
- Werden Notfallambulanzen von bestimmten Patienten/innengruppen häufiger unangemessen vs. angemessen genutzt?
- Lassen sich Anzeichen von Fehl- Über- und Unterversorgung bei bestimmten Patientengruppen feststellen?
- Werden Notfallambulanzen dem Versorgungsbedarf und den Bedürfnissen der Patienten/innen gerecht?
- Wie sehen angemessene Versorgungskonzepte einer „Rettungsstelle“ aus?
- Wie können Patienten/innen zu einer angemessenen Nutzung/Inanspruchnahme von Rettungsstellen gebracht werden?

3.3. Hypothesen

Patientenbefragung

- (1) Die soziale Lage von Patientinnen deutscher Herkunft und anderer Ethnizität unterscheidet sich deutlich zugunsten der Deutschen.
- (2) Migranten/innen stellen eine heterogene Gruppe mit unterschiedlichen Bedürfnissen dar.
- (3) Migrantinnen und Migranten erhalten im Krankheitsfall und bei Beschwerden mehr soziale Unterstützung von Angehörigen als deutsche Patientinnen und Patienten und werden häufiger von Angehörigen in die Notfallambulanz begleitet.
- (4) Soziale und kulturelle Unterschiede (Bildungsgrad, deutsche Sprachkenntnisse, Ethnizität...) wirken sich auf die Beschwerdewahrnehmung, die Symptominterpretation und das Inanspruchnahmeverhalten von Notfallambulanzen aus.
- (5) Klinische Notfallambulanzen gehören für Patienten/innen, die in der Umgebung der Klinik wohnen, zur „*regular source of care*“ bei Beschwerden.
- (6) Formen von *self management* ("Hausapotheke", "Hausmittel") werden vor der Inanspruchnahme der Notfallambulanz von den Migrantinnen und Migranten seltener angewandt
- (7) Psychosoziale Alltagsbelastungen und Stress führen bei Migranten/innen und deutschen Patienten/innen zu Symptomen, die als medizinisches Problem an die Rettungsstellen herangetragen werden, dort aber nicht angemessen gelöst werden können.
- (8) In der klinischen Notfallambulanz ist zwar eine adäquate medizinische und organisatorische Struktur vorhanden, es fehlt jedoch eine Infrastruktur mit Migrantenorientierung.

Erste-Hilfe-Scheine

- (9) Migranten/innen suchen Notfallambulanzen überproportional häufig auf.
- (10) Migranten/innen suchen Notfallambulanzen häufiger am Wochenende auf.
- (11) Migranten/innen suchen Notfallambulanzen häufiger in den Abend- und Nachtstunden auf.
- (12) Migranten/innen nehmen Notfallambulanzen häufiger unangemessen in Anspruch.
- (13) Migranten/innen suchen die Notfallambulanzen häufiger wegen Beschwerden auf, die sich von den Beschwerden der deutschen Patienten/innen unterscheiden und häufig psychosomatischen Störungen zugeordnet werden können.
- (14) Bei Migranten/innen werden mehr diagnostische Maßnahmen durchgeführt als bei Deutschen, eventuell um durch Kommunikationsprobleme ausgelöste Unsicherheiten durch "diagnostische Sicherheit" zu kompensieren.

- (15) Im Vergleich mit deutschen Patienten/innen stehen bei Migranten/innen andere Diagnosen wie psychosoziale Belastungssyndrome und sogenannte R-Diagnosen (Syndrome und abnorme, klinische Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind) im Vordergrund.
- (16) Bei Migranten/innen werden mehr Medikamente gegeben oder verschrieben.
- (17) Die entstehenden Kosten durch diagnostische und therapeutische Leistungen sowie mitgegebene bzw. verordnete Medikamente sind im Durchschnitt bei deutschen Patienten/innen geringer als bei Migranten/innen
- (18) Sprach- und/oder sonstige Kommunikationsschwierigkeiten zwischen Patienten und Behandlern führen zu einer ungenügenden bzw. begrenzteren Anamneseerhebung bei Migranten und haben Qualitätseinbußen bei Diagnose bzw. Therapie zur Folge.
- (19) Patienten/innen die über die Sozialhilfe krankenversichert sind, nutzen überproportional häufig Notfallambulanzen.

Mitarbeiter/innenbefragung

- (20) Die Arzt-Patient-Verständigung wird von den behandelnden Ärzten/innen bei Migranten/innen als schlechter beurteilt, auch wenn Begleitpersonen der Patienten/innen das Gespräch übersetzen.
- (21) Die Arzt-Patient-Beziehung wird infolge von Verständigungsschwierigkeiten auf sprachlicher und kultureller Ebenen bei Migranten/innen häufiger als schlecht eingeschätzt.
- (22) Die behandelnden Ärzte/innen schätzen die Dringlichkeit einer ärztlichen Behandlung in der Notfallambulanz bei Migranten/innen (bei gleichen Diagnosen) als weniger hoch ein.
- (23) Gewalterfahrungen der Patienten/innen werden von behandelnden Ärzten/innen viel zu selten als Ursache für das Aufsuchen von Notfallambulanzen erkannt.

4. Planung, Rahmenbedingungen Ablauf und Methodik des Forschungsprojektes

4.1. Design der Untersuchung

4.1.1. Studienstandorte

Als Standorte für die vergleichende Untersuchung zur „Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen durch deutsche Patienten und Migranten“ (Projektförderung BMBF, Spitzenverbände der Krankenkassen, 2001-2003 FKZ: 01GL0009) wurden die Notfallambulanzen von drei Berliner Krankenhäusern in Stadtbezirken mit einem hohen Ausländeranteil an der Bevölkerung (Wedding 32,1%, Kreuzberg 32,4%, Neukölln 21,6%) (Statistisches Landesamt Berlin 30. 06. 2002) gewählt. Die Studie wurde in den internistischen und gynäkologischen Notfallambulanzen der Charité / Campus Virchow-Klinikum, Vivantes Klinikum am Urban und Vivantes Klinikum Neukölln durchgeführt. Da die internistische und die gynäkologische Abteilung im Klinikum Neukölln anders als in den anderen Häusern an zwei Standorten angesiedelt ist, ergeben sich insgesamt vier Studienstandorte, die alle in der Berliner Innenstadt (ehemals Westberlin) liegen. Sie sind per Auto und mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut erreichbar und werden von Krankentransporten, dem Berliner Rettungsdienst (Rettungstransportwagen und Notarztwagen) usw. angefahren (Tab. 1).

Tab. 1: Standorte und soziale Lage der Bewohner im Stadtteil

	Berlin-Wedding <i>(Charité / Campus Virchow-Klinikum)</i>	Berlin-Kreuzberg <i>(Vivantes Klinikum am Urban)</i>	Berlin-Neukölln <i>(Vivantes Klinikum Neukölln)</i>
Bevölkerung (absolut)*	154 403	145 446	304 143
Migrantenanteil*	32,1%	32,4%	21,6%
Frauenanteil***	49,8%	49,3%	51,2%
Anteil Menschen > 65 Jahren***	12,9%	8%	13,8%
Sozialindex** (Rang von 23)	22	23	19
Statusindex** (Rang von 23)	21	15	18
Lebenserwartung/Männer *** (in Jahren)	72,27	71,17	73,02
Lebenserwartung/Frauen*** (in Jahren)	78,82	77,49	79,67

* Top Berlin International, (12) 2002

** Sozialstrukturatlas Berlin, 1999

*** Gesundheitsberichterstattung Berlin 2001

Die Charité/Campus Virchow-Klinikum im Bezirk Wedding ist Teil des Universitätsklinikums der Humboldt-Universität zu Berlin (seit Juli 2003 Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Virchow-Klinikum). Die internistische (und nachts und am Wo-

chenende auch die gynäkologische) Rettungsstelle befindet sich in der internistischen Klinik. Wochentags bis 16 Uhr werden die gynäkologischen Patientinnen in der gynäkologischen Poliklinik versorgt. Konsiliarisch werden Ärzte/innen der Abteilungen Neurologie, Neurochirurgie, der Frauenklinik und Psychosomatik gerufen, an andere Fachrichtungen wird weitervermittelt.

Als Krankenhaus der Maximalversorgung ist die Charité/Campus Virchow-Klinikum auch über die Bezirksgrenzen hinaus bekannt, die Rettungsstelle ist jedoch primär für die Notfallversorgung der Bevölkerung der Umgebung zuständig. Die Anzahl der behandelten Patienten/innen stieg in den vergangenen Jahren kontinuierlich an. Allein zwischen 1997 und 2001 war eine Steigerung des Patientenaufkommens um 29% zu verzeichnen.

In Kreuzberg ist das Vivantes Klinikum am Urban ein Bezirkskrankenhaus der erweiterten Grundversorgung. In der traditionell stark frequentierten Rettungsstelle werden Patienten durch Ärztinnen und Ärzte folgender Fachrichtungen versorgt: Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie, Neurologie, Psychiatrie und Urologie versorgt.

Das Vivantes Klinikum Neukölln ist ein Krankenhaus der Maximalversorgung an zwei Standorten. Die gynäkologische, geburtshilfliche und die Kinderklinik sowie die dazugehörigen Notfallambulanzen sind im Krankenhausgelände am Mariendorfer Weg, die anderen Fachabteilungen in der Rudower Straße untergebracht. Wie an den anderen Standorten ist die Notfallambulanz die Versorgung der umliegenden Wohnbevölkerung zuständig (Tab 2).

Tab. 2: Patienten/innen nach Geschlecht und Fachrichtung an den Studienstandorten

Patienten/innen	Charité Campus Virchow-Klinikum		Vivantes Klinikum am Urban		Vivantes Klinikum Neukölln	
	n	%	n	%	n	%
Patienten/innen aller Fachrichtungen						
Patientinnen (w)	989	61	1054	52	1460	65
Patienten (m)	613	39	960	48	778	35
gesamt	1620	100	2015	100	2238	100
Fachrichtungen						
Innere Medizin	1248	77	1816	90	1733	78
Gynäkologie	276	17	89	5	488	22
Neurologie	35	2	3	0	6	0
Psychiatrie	0	0	86	4	3	0
Andere (z.B. intern. Kon- sile, Urologie)	61	4	14	1	5	0
gesamt	1620	100	2015	100	2238	100

Der Anteil der Patienten/innen an der Gesamtstichprobe betrug für die Charité/Campus Virchow-Klinikum 28%, für das Vivantes Klinikum am Urban 34% und für das Vivantes Klinikum Neukölln 38% (Abb. 1)

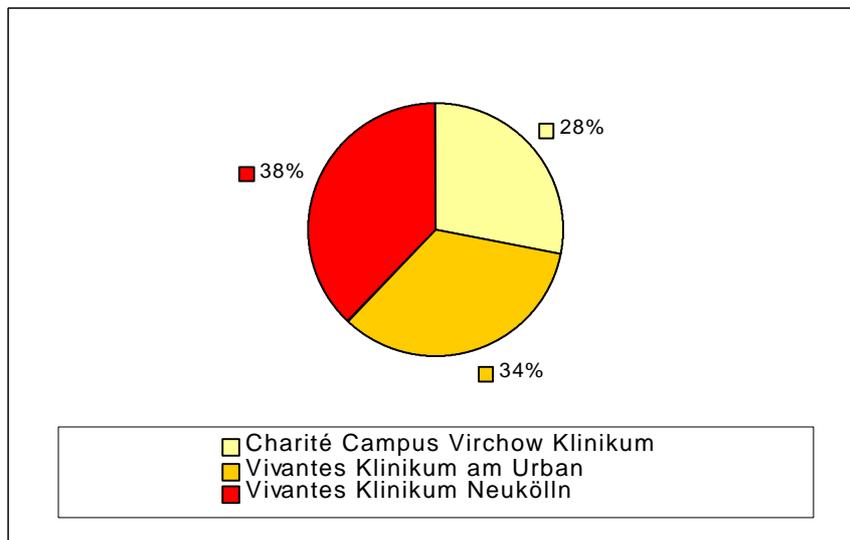


Abb. 1: Anteil der Standorte an der Gesamtstichprobe

Insgesamt wurden deutlich mehr Frauen als Männer behandelt, was auf den großen Anteil gynäkologischer Patientinnen in der Charité/Campus Virchow-Klinikum und im Vivantes Klinikum Neukölln zurückzuführen ist.

Durch die unterschiedliche interne Organisation der Rettungsstellen zeigten sich bei der Zuordnung zu den einzelnen Fachrichtungen weitere Unterschiede. In der Charité/Campus Virchow-Klinikum wurden z. B. Patienten/innen mit entsprechenden Beschwerdebildern häufig primär von Neurologen/innen behandelt, im Vivantes Klinikum am Urban wurden viele Patienten/innen primär von Psychiater/innen gesehen.

An den drei Erhebungsstandorten zeigte sich unter den internistischen Patienten/innen eine etwas unterschiedliche Geschlechtsverteilung. In der Charité/Campus Virchow-Klinikum und im Klinikum Neukölln stellten sich mehr Frauen als Männer in der Notfallambulanz vor, im Klinikum am Urban war die Inanspruchnahme durch Frauen und Männern gleich hoch (Tab.3).

Tab. 3 Prozentuale Verteilung des Geschlechts der internistischen, neurologischen und psychiatrischen Patienten/innen an den drei Studienstandorten

Standort	Frauen		Männer	
	n	%	n	%
Charité/Campus Virchow-Klinikum	670	52,9	604	47,1
Klinikum am Urban	962	50,3	949	49,7
Klinikum Neukölln	968	55,5	777	44,5
gesamt	2600	52,8	2330	47,2

Die behandelnden Ärzte/innen wurden an allen drei Kliniken im Schichtdienst eingesetzt.

In 92% der internistischen, neurologischen und psychiatrischen Fälle war es möglich das Geschlecht und den Ausbildungsstand der behandelnden Ärzte/innen zu erheben. 41% der Patienten/innen wurden von Ärztinnen behandelt, 59% von Ärzten. 26% der behandelnden Ärzte/innen waren Ärzte/innen im Praktikum, 39% Ärzte/innen in Weiterbildung, 29% Fachärzte/innen und 6% Oberärzte/innen (Tab. 4).

Tab. 4: Geschlecht und Ausbildungsstand der befragten Ärztinnen und Ärzte

Behandlung durch	Charité Campus Virchow-Klinikum		Vivantes Klinikum am Urban		Vivantes Klinikum Neukölln	
	n	%	n	%	n	%
Geschlecht						
Ärztinnen	758	47	396	20	1055	58
Ärzte	857	53	1584	80	772	42
gesamt	1615	100	1980	100	1826	100
Ausbildungsstand						
Ärzte/innen im Praktikum	769	48	301	15	319	18
Ärzte/innen in Weiterbildung	843	52	707	36	585	32
Fachärzte/innen	1	0	955	48	607	34
Oberärzte/innen	2	0	18	1	284	16
gesamt	1615	100	1981	100	1795	100

4.1.2. Untersuchungsebenen

Um den eingangs genannten Fragestellungen und Hypothesen in ihrer Vielschichtigkeit näher zu kommen, wurde die Studie auf drei Untersuchungsebenen durchgeführt, für die unterschiedliche Untersuchungsinstrumente entwickelt, getestet und eingesetzt wurden:

- Patientsbefragung in den internistischen und gynäkologischen Notfallambulanzen (Leitfaden/Fragebogen für standardisierte Interviews)
- Analyse der Erste-Hilfe-Scheine aller im Befragungszeitraum behandelten Patientinnen und Patienten an den jeweiligen Standorten.
- Befragung der behandelnden Ärztinnen und Ärzte anhand eines Kurzfragebogen in Ergänzung der Ersten Hilfe-Scheine.

Verzicht auf weitere qualitative Befragung von Mitarbeitern/innen

Von den geplanten qualitativen Interviews mit in den Rettungsstellen tätigen Ärztinnen, Ärzten und Pflegekräften wurde aus folgenden Gründen Abstand genommen, nachdem 8 Interviews mit Mitarbeitern/innen der internistischen Rettungsstelle der Charité/Campus Virchow-Klinikum durchgeführt worden sind.

- Fehlende Einverständnis der Krankenhausträgergesellschaft Vivantes GmbH für die Befragung der Mitarbeiter/innen während ihrer Dienstzeit.
- Nach Auswertung der bereits durchgeführten Interviews mit Mitarbeiter/innen der Rettungsstelle der Charité CVK zeigten sich Ergebnisse, die mit denen einer früheren Mitarbeiterbefragung in der Studie zur Versorgungssituation von Migrantinnen in der Gynäkologie (Borde 2002) vergleichbar waren.
- Befragung der Mitarbeiter/innen anhand des o.g. Kurzfragebogens erschien ausreichend.
- Knappe finanzielle und personelle Ressourcen für das Projekt

4.1.3. Zeitraum der Datenerhebung

Als Zeitraum für die Patientenbefragung und die Erfassung der Daten aus den Erste-Hilfe-Scheinen wurde pro Standort jeweils ein voller Monat festgelegt. Da eine Befragung der Patientinnen und Patienten rund um die Uhr aus projektorganisatorischen Gründen nicht möglich war, wurde die Befragungszeitspanne nach Rücksprache mit in der Notfallambulanz tätigen Pflegekräften und Ärzten und Sichtung der Inanspruchnahmedokumentation auf täglich (Montag bis Sonntag) 15.00 – 01.00 Uhr eingegrenzt. Innerhalb dieser Zeitspanne ist das Patientenaufkommen in der Rettungsstelle am höchsten, darüber hinaus sind Tageszeiten und Wochentage, an denen Arztpraxen sowohl geschlossen als auch geöffnet sind, repräsentiert.

Parallel zur Patientenbefragung (Stichprobe 1) wurden an den jeweiligen Standorten die Daten der Erste Hilfe-Scheine aller Patientinnen und Patienten, welche die Notfallambulanz pro Tag aufgesucht hatten (Stichprobe 2), erfasst (Abb. 2).

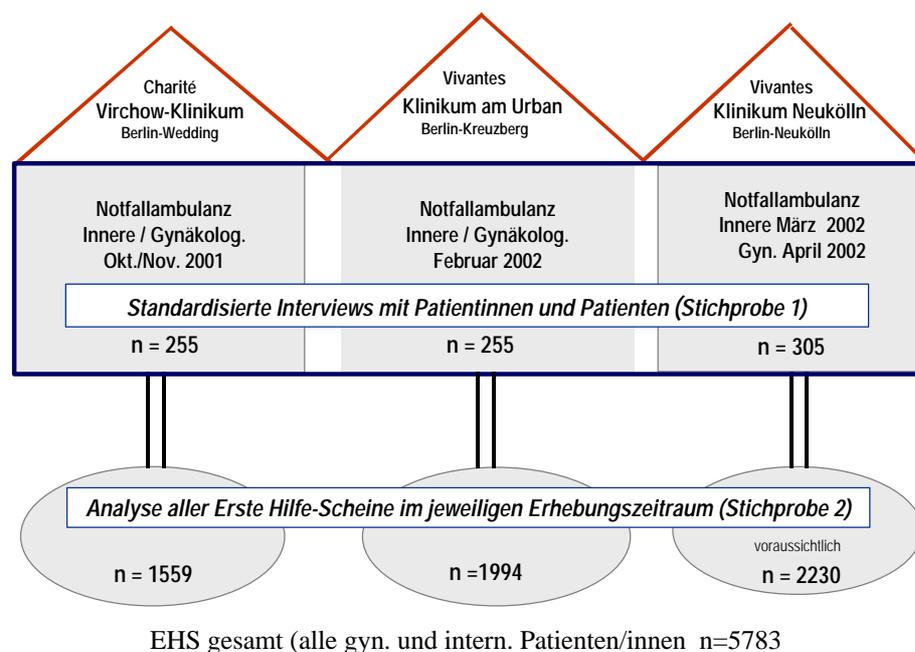
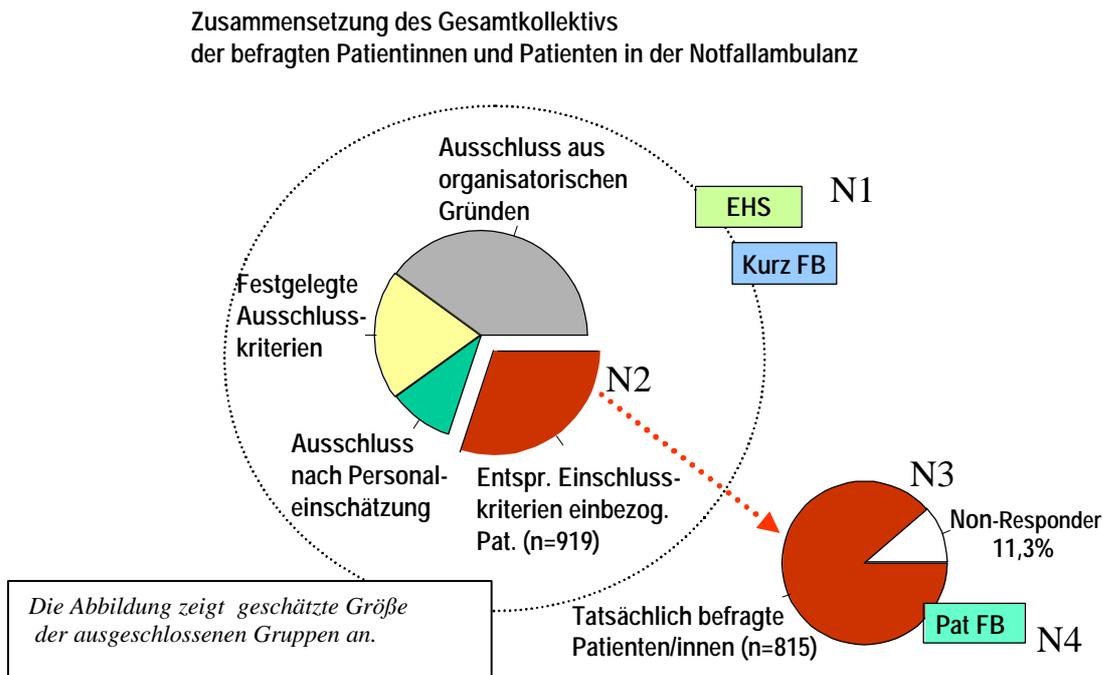


Abb. 2: Studienorte, Zeitraum der Datenerhebung und Stichprobengröße

Durch die unterschiedlichen Untersuchungsebenen ergibt sich sowohl die Möglichkeit der Analyse der Einzelerhebungen als auch eine Gesamtanalyse, bei der die Daten der Patientenbefragung anhand einer anonymisierten Patientennummer mit den Daten aus den ärztlich dokumentierten Erste Hilfe-Scheinen zusammengeführt werden.

Ein Vergleich der Daten aus den verschiedenen Studienkollektiven (Abb. 3) ermöglicht eine Validierung der Ergebnisse der Teilstudien.



- N 1** alle Patientinnen und Patienten die im jeweiligen Erhebungszeitraum während 24 h in die Notfallambulanz aufsuchten (Analyse der ärztlich dokumentierten Erste-Hilfe-Scheine)
- N 2** Patientinnen und Patienten, welche die Einschlusskriterien für die Patientenbefragung erfüllen (Basis „Erste Hilfe-Scheine“ abzüglich der Patientinnen und Patienten, die aus organisatorischen Gründen z.B. Uhrzeit, Andrang etc. nicht befragt werden konnten)
- N 3** alle Patientinnen und Patienten, die zur Beteiligung an der Patientenbefragung angesprochen wurden (incl. non-responder)
- N 4** alle tatsächlich befragten Patienten

Erläuterung:

EHS = Erste Hilfe-Scheine

Pat FB = Fragebogen für die Patientenbefragung

Kurz FB = Kurzfragebogen für die Mitarbeiterbefragung

Abb. 3: Studienkollektive

4.2. Zur Methodik der Patientenbefragung

Bedingt durch den Zeitpunkt und aufgrund der spezifischen Situation in den Notfallambulanzen ergaben sich bei der Datenerhebung Besonderheiten, die hohe Anforderungen an die Organisation stellten:

- Erreichbarkeit der Zielgruppe der Migrantinnen und Migranten (Überwindung von Sprachbarrieren)
- Auswahl der Stichprobe
- Einbettung der Studie in Klinik- und Behandlungsabläufe
- Akzeptanz der Studie beim Personal
- Umstrukturierung bzw. Trägerwechsel der städtischen Krankenhäuser (Vivantes GmbH)
- Problematik der Befragbarkeit der Notfallpatientinnen u. -patienten
- z.T. mangelnde Intimsphäre für die Befragten (räumliche Situation)
- Beginn der Patientenbefragung kurz nach den Anschlägen in New York und Washington am 11. September 2001

4.2.1. Erreichbarkeit der Zielgruppen in der Patientenbefragung

Migrantinnen und Migranten sind in den meisten Patientenbefragungen aufgrund spezifischer Zugangsbarrieren deutlich unterrepräsentiert (Borde 2002). Um Patientinnen und Patienten ausländischer Herkunft in die Befragung einzubeziehen und damit zu Wort kommen zu lassen, wurden die Untersuchungsinstrumente in relevante Migrantensprachen (Tab. 4) übersetzt und Interviewerinnen mit Fremdsprachkompetenzen eingesetzt. Die von Muttersprachlern oder professionellen Dolmetschern übersetzten Fragebögen wurden mündlich rückübersetzt und ggf. korrigiert bzw. modifiziert, um die Bedeutungsäquivalenz sicher zu stellen.

4.2.2. Untersuchungsinstrument für die Patientenbefragung

Der im Projekt entwickelte Fragebogen (Leitfäden für die standardisierten Interviews) konzentrieren sich auf folgende Themenbereiche:

- Zugangswege in die Notfallambulanz
- Schmerz- und Beschwerdenwahrnehmung und -interpretation
- Erwartungen an die Erste Hilfe
- sonstige ärztliche Versorgung
- chronische Erkrankungen
- Eigenhilfemaßnahmen
- Sozialdaten
- Migrationsaspekte

Der Fragebogen enthält überwiegend vorgegebene Antwortkategorien aber auch offene Fragen, die von den Patientinnen und Patienten in Textform beantwortet und von den Interviewerinnen protokolliert werden. Die offenen Fragen ermöglichen eine genauere Erfassung der individuellen Situation der Patienten/innen (Fragebogen in der Anlage). Der Fragebogen wurde in acht Sprachen (türkisch, arabisch, englisch, serbokroatisch, polnisch, kurdisch, russisch) übersetzt, um Migrantinnen und Migranten aus möglichst vielen Herkunftsländern in die Befragung einbeziehen zu können. Darüber hinaus wurden Interviewerinnen mit Fremdsprachkenntnissen eingesetzt.

4.2.3. Ein- und Ausschlusskriterien

Für die Befragung der Patienten/innen wurden verschiedene Ein- und Ausschlusskriterien entsprechend den Rahmenbedingungen der Patientenbefragung in einer klinischen Notfallambulanz und den Ressourcen im Forschungsprojekt festgelegt (Tab. 4).

Tab. 4 : Methodik der Patientenbefragung im Überblick

Einschlusskriterien:	<ul style="list-style-type: none"> - Medizinische Fachrichtung: Innere Medizin und Gynäkologie - Zeit der Inanspruchnahme: tägl. 15.00 – 01.00 Uhr - Altersgruppe: 15 – 65 Jahre alt - Patient/in ist orientiert und ansprechbar - Bereitschaft zur Studienteilnahme und schriftlicher Einverständnis
Ausschlusskriterien:	<ul style="list-style-type: none"> - nach Einschätzung des Klinikpersonals nicht befragbare Patienten/innen (z. B. akute Lebensgefahr oder andere medizinische Gründe)
Procedere:	<ul style="list-style-type: none"> - mündliche Abfrage der Fragebögen (strukturierte Interviewleitfäden) durch Interviewerinnen (ca. 30 min.) - Begleitpersonen werden bei Einverständnis der Patienten einbezogen
Studienkollektive:	<ul style="list-style-type: none"> - Subkollektiv 1: alle Migranten/innen, die im Erhebungszeitraum die 1. Hilfe aufsuchten - Subkollektiv 2: jeweils unmittelbar darauffolgende/r deutsche/r Patient/in - Unterscheidungskriterium bei der Rekrutierung: äußere Wahrnehmung der Ethnizität durch Interviewerin, Name - Unterscheidungskriterium nach der Befragung: selbst angegebene Muttersprache des/r Patienten/in - Jede/r Patient/in wird je Erhebungszeitraum nur einmal erfasst
Untersuchungsinstrument:	<ul style="list-style-type: none"> - im Projekt entwickelter Fragebogen (Leitfaden für standardisierte Interviews) - Fragebogen liegt in neun Sprachen vor (deutsch, türkisch, arabisch, englisch, serbokroatisch, polnisch, kurdisch, spanisch, russisch)

- Patientinnen und Patienten, die nach Einschätzung des Klinikpersonals nicht befragbar waren (z.B. akute Lebensgefahr, alkoholisiert) wurden aus der Studie ausgeschlossen.
- Die Befragung beschränkte sich auf gynäkologische Patientinnen und internistische Patienten/innen und fand im Untersuchungszeitraum an den jeweiligen Standorten täglich von 15.00 – 1.00 Uhr statt.
- Die Stichprobe der Patientenbefragung wurde auf die Altersgruppe der 15- bis 65-jährigen beschränkt, da der Anteil älterer Migranten über 65 Jahren in Deutschland derzeit vergleichsweise gering ist.
- Da vor der Befragung keine anderen Anhaltspunkte zur Ethnizität der Patientinnen und Patienten oder zur Migrationsanamnese vorlagen, erfolgte die Zuordnung zu den Studienkollektiven zunächst auf der Basis der äußeren Wahrnehmung durch die Interviewerinnen und eines deutschen oder nicht-deutschen Namens. Aus den in der Patientenbefragung ermittelten migrationsbezogenen Daten, die u.a. Definitionsmöglichkeiten auf der Grundlage der Staatsangehörigkeit und des Geburtsortes der Patientinnen und Patienten zuließen, entschieden wir uns bei der Auswertung die von den Patientinnen und Patienten angegebene Muttersprache als grundlegendes Unterscheidungskriterium für die Ethnizität zu wählen, da sie die ethnische Selbstidentifikation am genauesten widerspiegelt. Das Kriterium „Staatsangehörigkeit“ hätte eingebürgerte Migrantinnen und Migranten und das Kriterium „Geburtsort im Ausland“ in Deutschland geborene Angehörige der sog. zweiten und dritten Migrantengeneration (die z.T. eine ausländische Staatsangehörigkeit haben) der deutschen Patientengruppe zugeordnet, ohne den für die Fragestellung der Studie zentralen Aspekt des Migrationshintergrundes zu berücksichtigen bzw. abzubilden.
Gleichzeitig wurden andere relevante soziokulturelle Faktoren der Patientinnen und Patienten wie Geschlecht und Alter, Bildungsgrad, soziale Lage u.a. in der Befragung erhoben und in der Auswertung systematisch berücksichtigt.

4.2.4. Einbettung der Studie in Klinik- und Behandlungsabläufe

Um die Akzeptanz der Studie und die Kooperation des Personals der Notfallambulanzen zu fördern und die Studie möglichst reibungslos in die Klinik- und Behandlungsabläufe einbetten zu können, mussten vor Ort zahlreiche informierende Gespräche geführt werden. Neben einer Stellungnahme der Ethikkommission der Charité/Campus Virchow-Klinikum wurden Einverständniserklärungen seitens der Klinikleitungen und der Krankenhausgesellschaft Vivantes eingeholt.

Aus ethischen Gründen wurden die Patientinnen und Patienten erst mit der Studie konfrontiert, nachdem ihre Personalien, Anamnese und Symptome vom medizinischen Personal aufgenommen waren und sie im Behandlungsbereich der Notfallambulanz auf die weitere Versorgung warteten. Die Entscheidung über die Befragbarkeit der Patientinnen und Patienten sowie der optimale Befragungszeitpunkt konnten so mit Unterstützung der jeweils zuständigen Pflegekräfte bzw. Ärztinnen und Ärzte geklärt werden.

4.2.5. Veränderung des Befragungskonzepts nach Pretest

Im Oktober 2001 wurde ein Pretest zur Patientenbefragung in der Notfallambulanz der Charité/Campus Virchow-Klinikum durchgeführt, in den jeweils 50 Patientinnen und Patienten deutscher und nichtdeutscher Ethnizität einbezogen wurden. Der Pretest zeigte einerseits, dass die im Rahmen der Studie zur Inanspruchnahme der Notfallambulanzen durchgeführte Patientenbefragung von den Notfallpatientinnen und -patienten unabhängig von ihrer ethnischen Herkunft gut angenommen wurde.

Es wurde bald deutlich, dass zum einen die besondere Situation in der Notfallambulanz und zum anderen die Ereignisse des 11. September 2001 einige Veränderungen im Gesamtkonzept erforderlich machten.

1. So wurde die vorgesehene Frage nach der Religionszugehörigkeit aufgrund mangelnder Akzeptanz bei den Patientinnen und Patienten muslimischen Glaubens, die angesichts der in Deutschland nach den Anschlägen eingeleiteten Rasterfahndung Sondererfassungen befürchteten, ersatzlos gestrichen.
2. Der Pretest zeigte, dass sich ein relativ großer Teil der Patientinnen und Patienten der Rettungsstelle aufgrund ihrer aktuellen gesundheitlichen Verfassung lieber darauf einließ, persönlich befragt werden, als selbständig einen Fragebogen auszufüllen.
 - Um Verzerrungseffekte durch unterschiedliche Befragungstechniken zu vermeiden, wurde daher entschieden, generell standardisierte Interviews auf der Grundlage des Fragebogens durchzuführen.
 - An der Befragung waren vier geschulte Interviewerinnen beteiligt. Die mit der veränderten Befragungsmethodik verbundene Unterstützung und Zuwendung erhöhte die Antwortbereitschaft der Patientinnen und Patienten erheblich.
 - Da die einzelnen Interviews durchschnittlich 30 Minuten dauerten, bedeutete die Anpassung der Befragungsmethodik an die spezifische Situation in der Notfallambulanz einen beträchtlichen Zeitaufwand.
3. Da Notfallpatienten häufig von einer anderen Personen begleitet werden, wurden diese bei Einverständnis - häufig auch nach Wunsch - der Patienten an den Interviews beteiligt. Die z. T. mangelnde Intimsphäre (mehrere Betten im Behandlungsraum, Anwesenheit von Begleitpersonen, Personal) erwies sich jedoch kaum als Hindernis für die Befragung der Patientinnen und Patienten.

4.2.6. Rücklauf der Fragebögen der Patientenbefragung

Durch die Veränderung des Befragungskonzeptes nach dem Pretest eine deutlich höhere Antwortbereitschaft der Patientinnen und Patienten erreicht werden. Insgesamt wurde eine Responserate von 88,7% der angesprochenen Patientinnen und Patienten erreicht (vgl. Abb. 2).

Deutlich verbesserte sich durch die persönlichen Interviews auch die Vollständigkeit der Beantwortung der insgesamt 72 Fragen. Als weiterer Vorteil ist zu nennen, dass durch die mündliche Abfrage auch Patientinnen und Patienten mit geringem Alphabetisierungsgrad in die Studie einbezogen werden konnten.

4.3. Zur Methodik der Analyse der Erste Hilfe-Scheine und Kurzfragebögen

Die retrospektive Querschnittsstudie vergleicht die Inanspruchnahme von Notfallambulanzen durch deutsche Patienten/innen und Migranten/innen. Hierzu wurde die administrativen und medizinische Dokumentation in der Notfallambulanz, sogenannte Erste-Hilfe-Scheine (EHS), und ein an die behandelnden Ärzte/innen gerichteter Kurzfragebogen analysiert.

4.3.1. Untersuchungszeitraum und Studienpopulation

Die Erhebung fand an drei Berliner Kliniken während jeweils eines Monats in deren internistischen und gynäkologischen Notfallambulanzen statt. In der Charité/Campus Virchow-Klinikum erfolgte die Erhebung im Oktober/November 2001, im Vivantes, Klinikum am Urban im Februar 2002 und im Vivantes, Klinikum Neukölln im März/April 2002.

Als Untersuchungspopulation wurden alle Patienten/innen der internistischen und gynäkologischen Rettungsstelle definiert. Dabei fanden aufgrund der unterschiedlichen Organisation der Rettungsstellen an den drei Kliniken auch psychiatrisch und neurologisch behandelte Patienten/innen Einlass in die Stichprobe.

Aus Voruntersuchungen (David u. Pette 1998) ist bekannt, dass die Mehrzahl der Patienten/innen aus den umliegenden Wohngebieten stammt. Eine Aussage über die Bevölkerung der Bezirke Wedding, Kreuzberg und Neukölln ist jedoch nur eingeschränkt möglich, da einerseits auch Patienten/innen aus anderen Bezirken die Notfallambulanzen aufsuchen und andererseits andere Berliner Innenstadtkliniken für die Bevölkerung der drei Bezirke gut zu erreichen sind.

4.3.2. Ein- und Ausschlusskriterien

Alle Patienten/innen, die sich in den internistischen und gynäkologischen Rettungsstellen im oben genannten Untersuchungszeitraum vorstellten, wurden in die Auswertung der EHS einbezogen, wenn

- die Patienten/innen in der internistischen Rettungsstelle vorstellig und den Fachrichtungen Innere Medizin, Gynäkologie, Neurologie und Psychiatrie zugeordnet wurden
- ein Rettungsstellenschein angelegt und mindestens die administrativen Daten aufgenommen wurden
- ein Durchschlag des Rettungsstellenscheins archiviert wurde
- die Dokumentation zumindest teilweise lesbar war
- das Alter der Patienten/innen mindestens 15 Jahre betrug.

Konsiliarische Untersuchungsprotokolle innerhalb der Rettungsstelle wurden im Rahmen des Rettungsstellenscheins als diagnostisches Prozedere berücksichtigt.

Als Ausschlusskriterien galten,

- Alter jünger als 15 Jahre
- doppelte Dokumentation (wurde nur einmal berücksichtigt)
- vollständig unleserliche Dokumentation
- andere Fachrichtung

4.3.3. Erhebungsinstrumente für die Analyse der Erste Hilfe-Scheine

Rettenngsstellenschein (Erste-Hilfe-Schein)

Die ärztliche Dokumentation der Behandlung in der Rettungsstelle findet in den für die Untersuchung ausgewählten Kliniken in Form von Rettungststellenscheinen (oder Erste-Hilfe-Scheinen) statt. Eine Kopie eines Rettungststellenscheins befindet sich im Anhang. Mit Hilfe der Angaben der Krankenkassenkarten werden vom Pfllegeteam sozioökonomische Daten aufgenommen und zusätzlich nach dem Transport in das Krankenhaus sowie der Art der Beschwerden gefragt. Die Fachrichtung der erforderlichen Konsultation wird primär vom Pfllegeteam bestimmt. Zu den ärztlichen Aufgaben zählt die Dokumentation von Anamnese, Untersuchung, Diagnose und Therapie. Die Durchschläge der Rettungststellenscheine werden nach Beendigung der Behandlung archiviert und sind innerhalb der Rettungsstelle weiterhin, beispielsweise im Fall von Wiederholungsbesuchen, zugänglich.

Die Erhebung und Analyse der administrativen und medizinischen Informationen des Rettungststellenscheins erfolgte anhand von 63 Variablen in einer Datenbank (SPSS).

Kurzfragebogen für behandelnde Ärztinnen und Ärzte

Erfahrungen der Pilotstudie (Pette 1997, David u. Pette 1998) zeigten die Notwendigkeit weitere Daten zu Ethnizität, Arzt-Patient-Kommunikation sowie der ärztlichen Einsschätzung der Zufriedenheit und Dringlichkeit der Behandlung zu erheben. Hierzu wurde ein Fragebogen entwickelt, der den behandelnden Ärzten/innen vorgelegt werden sollte. Angestrebt war eine detaillierte Erhebung von Ethnizität, Sprachpräferenz, Staatsangehörigkeit und Aufenthaltsdauer in der BRD. Mit Hilfe dieser Informationen sollten zusätzlich zur Ethnizität und nationalen Herkunft der Patienten/innen auch Aussagen über den Migrationsstatus, das heißt den Zeitpunkt und die Dauer der Migration und Integration bzw. Akkulturation getroffen werden können. Nach den Ereignissen vom 11. September 2001 waren die Rettungststellenmitarbeiter/innen jedoch nicht bereit, diese Angaben zu erfragen, da sie es als einen Affront gegen arabischsprachige bzw. muslimische Patienten/innen werteten. Der Fragebogen wurde daraufhin modifiziert und enthielt in der endgültigen Version folgende Fragen

- Welche Sprache spricht der Patient bzw. die Patientin am besten?
- In welcher Sprache wurde das Arzt-Patient-Gespräch geführt?
- Wurde das Gespräch gedolmetscht? Wenn ja, durch wen?
- Die sprachliche Verständigung mit dem Patienten bzw. der Patientin verlief sehr gut - gut - einigermaßen - unbefriedigend - sehr unbefriedigend

- Die Arzt-Patient-Beziehung verlief insgesamt
sehr gut - gut - einigermaßen - unbefriedigend - sehr unbefriedigend
- Wenn Sie unzufrieden waren, geben Sie Ihre Gründe bitte in Stichworten an.
- Stehen die Beschwerden im Zusammenhang mit Gewalterfahrungen?
- Bitte kreuzen Sie hier den Wert an, der ihre Einschätzung der Dringlichkeit einer ärztlichen Behandlung entspricht.
Von 0= keine dringender Behandlungsbedarf bis 10= sehr dringend! /Akute Lebensgefahr

4.3.4. Rücklauf der Fragebögen der Mitarbeiterbefragung

Der Rücklauf der Fragebögen bei den internistischen, neurologischen und psychiatrischen Patienten/innen lag insgesamt bei 51,7%. Bei männlichen Patienten war der Rücklauf mit 52,2% etwas höher. Der Fragebogen wurde sowohl bei türkischen Migranten/innen (63%) als auch bei Migranten/innen anderer Ethnizität (56%) häufiger als bei deutschen Patienten/innen (47%) ausgefüllt. Die Akzeptanz dieses Studienteils war in den drei Erhebungsorten sehr unterschiedlich. In der Charité/Campus Virchow-Klinikum wurde der Fragebogen in 26%, im Vivantes Klinikum am Urban in 76% und im Vivantes Klinikum Neukölln in 45% ausgefüllt.

4.3.5. Datenschutz

Das Berliner Datenschutzgesetz von 1990 sieht eine Weitergabe von personenbezogenen Behandlungs- und Untersuchungsdaten nur zwischen behandelnden Gesundheitseinrichtungen vor. Die Weitergabe von Daten, insbesondere zu Forschungszwecken, ist ohne die ausdrückliche Zustimmung der Patienten/innen nur möglich, wenn dies in Form von anonymisierten oder aggregierten Daten geschieht. Mitarbeiter/innen des Forschungsprojektes "Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen durch deutsche Patienten/innen und Migranten/innen" hatten mit Zustimmung der Klinik-, ärztlichen-, und Pflegedienstleitungen Zugang zu den archivierten Rettungsscheinen. Ärzte/innen unterliegen zudem der Schweigepflicht. (§ 203 Abs.1 Nr.1 StGB). Die Studie wurde durch die Ethikkommission der Charité genehmigt, da alle Datenschutzauflagen erfüllt wurden. Während des Datenerhebungsprozesses war es erforderlich, Namen und Vornamen der Patienten/innen zu dokumentieren, um zum einen die Ethnizität beziehungsweise Herkunftsregion bestimmen zu können und zum anderen die Daten der Rettungsscheine mit den Daten aus den Patienteninterviews zusammenzuführen. Nach Abschluss der Erhebung und der retrospektiven Codierung wurden die Namen und Vornamen gelöscht, eine Entanonymisierung ist somit ausgeschlossen.

4.4. Statistische Auswertung

4.4.1. Auswertung der Patientenbefragung

Datenerhebung

Die Datenerhebung der Patientenbefragung wurde den methodischen Vorüberlegungen, den Ein- und Ausschlusskriterien und den Ergebnissen des Pretests entsprechend organisiert und durchgeführt (vgl. Kapitel 4.2.). Sie erfolgte im Zeitraum von Oktober 2001 bis April 2002, wobei der Befragungszeitraum an den verschiedenen Standorten jeweils 30 Tage umfasste. Die Patienteninterviews wurden im Oktober und November 2001 in der Notfallambulanz der Charité/Campus Virchow-Klinikum, im Februar 2002 im Vivantes Klinikum am Urban, im März 2002 in der internistischen und im April 2002 in der gynäkologischen Abteilung der Notfallambulanz des Vivantes Klinikums Neukölln durchgeführt. Als Befragungszeitraum wurde die Zeitspanne von 15.00 – 01.00 Uhr festgelegt. Die einzelnen Interviews mit den Patientinnen und Patienten dauerten im Durchschnitt 30 Minuten.

Kodierung und Kategorisierung

Die Antworten der Patienten/innen auf die Fragen des standardisierten Interviewleitfadens (Patientenfragebogen) wurden von den Interviewerinnen bei vorgegebenen Antwortkategorien angekreuzt und bei den offenen Antwortmöglichkeiten (vgl. Patientenfragebogen im Anhang) im Wortlaut protokolliert. Die Daten der ausgefüllten Patientenfragebögen wurden dann in eine auf der Basis des Patientenfragebogens vorbereitete SPSS-Datenmaske eingegeben, die sowohl numerische als auch Textvariablen enthielt.

Zur die Kategorisierung und Kodierung der offenen Antwortkategorien wurden zunächst Stringvariablen in der Datenmaske angelegt, so dass die Texte der Patienten/innen für qualitative Analysen in der Datenmaske zur Verfügung stehen.

Für die weitere statistische Verarbeitung wurden die ersten 200 ausgefüllten Fragebögen inhaltsanalytisch ausgewertet und strukturierende Kategorien gebildet (vgl. Flick 1995, Mayring 1995) die zum einen inhaltliche Dimensionen zusammenfassen und zum anderen weitere Informationen enthalten (vgl. Kategorienliste im Anhang). Die SPSS-Datenmaske wurde dann anhand der auf der Grundlage der Kategorien gebildeten Variablen ergänzt.

Datenbearbeitung und -auswertung

Die erhobenen Daten wurden während der Übertragung in die Datenbank auf Vollständigkeit, Richtigkeit und Plausibilität geprüft und anschließend anhand des Datenbearbeitungsprogramms SPSS einer Prüfung weiteren unterzogen. Fehlerkorrekturen erfolgten durch wiederholte Einsicht in den jeweiligen Originalfragebogen. Auf der Grundlage soziodemographischer Daten wurden folgende Unterkollektive für die Analyse der Daten gebildet: Geschlecht, Ethnizität (Muttersprache), Altersgruppe, Bildungsgrad und Erwerbstätigkeit.

Um weitere migrationsbezogene Effekte untersuchen zu können wurden neben der Ethnizität Unterkollektive zum Ort der Schulbildung im In- oder Ausland, zu deutschen Sprachkenntnissen und zur Aufenthaltsdauer der Patienten/innen in Deutschland gebildet. Die vorliegende Darstellung der Ergebnisse der Patientenbefragung beschränkt sich

zunächst auf die Häufigkeitsverteilung der Variablen unter Berücksichtigung des Geschlechts, der Ethnizität und des Alters der Patienten/innen.

4.4.2. Auswertung der Erste Hilfe-Scheine und Fragebögen

Datenerhebung, Kodierung und Kategorisierung

Die Datenerhebung erfolgte in einer Datenbank des Programms SPSS. Bereits bei der Dateneingabe wurde die Länge der Anamnese ausgezählt. Um die Angaben trotz des unterschiedlichen Dokumentations- und Sprachstils der Untersucher vergleichbar zu machen, wurden nur Substantive, Adjektive und Zeitangaben gezählt. Aus der dokumentierten Anamnese wurden Angaben zur Dauer der von den Patienten/innen angegebenen Beschwerden herausgelesen und die von den Ärzten/innen dokumentierten Beschwerden festgehalten. Diagnosen mussten in einigen Fällen nachträglich in ICD 10 Diagnosen verschlüsselt werden. Die in der Rettungsstelle gegebenen oder verordneten Medikamente wurden nach der Nummerierung der „Roten Liste“ verschlüsselt.

Einige Variablen wurden nachträglich kategorisiert oder umkodiert, wie beispielsweise die Nähe des Wohnorts der Patienten/innen zur Klinik und die Bezirkszugehörigkeit anhand der angegebenen Postleitzahlen. Die Angaben zur Krankenversicherung wurden nach gesetzlichen Krankenkasse, private Versicherung, Versicherung über das Sozialamt und andere unterteilt. Aus dem Untersuchungsdatum wurde auf den Wochentag der Inanspruchnahme geschlossen und mit dem Geburtsdatum der Patienten das zum Zeitpunkt der Untersuchung erreichte Alter errechnet.

Die Daten aus dem Fragebogen wurden für die Auswertung ebenfalls neu kategorisiert. Die ärztliche Bewertung der Arzt-Patient-Beziehung und Arzt-Patient-Verständigung wurde in zwei Kategorien (gut/sehr gut und einigermaßen zufrieden/sehr unzufrieden) zusammengefasst. Die Gründe für die von den Ärzten angegebenen Unzufriedenheit wurden von den behandelnden Ärzten/innen stichwortartig angegeben und nachträglich kategorisiert. Die Einstufung der Dringlichkeit der Behandlung durch die Ärzte/innen wurde in drei Kategorien (niedrig, mittel, hoch) zusammengefasst.

Falls die Sprachpräferenz auf dem Fragebogen nicht angegeben wurde, erfolgte die Erhebung der Ethnizität nachträglich durch eine Namensanalyse. Drei Projektmitarbeiter/innen mit unterschiedlichem kulturellem Hintergrund und Sprachkenntnissen (u.a. türkisch, kurdisch, spanisch) nahmen unabhängig voneinander ein „rating“ der Herkunftsregion bzw. Ethnizität nach dem Vor- und Nachnamen der Patienten/innen vor. In strittigen Fällen wurden zusätzlich polnische und kroatische Muttersprachlerinnen befragt. Bei Nichtübereinstimmung des „ratings“ wurde die Ethnizität als „unbekannt“ aufgenommen.

Um die Angemessenheit der Inanspruchnahme beurteilen zu können wurden fünf Kriterien festgelegt. Einflussfaktoren wie Ethnizität, Alter, Geschlecht, Versicherungsstatus, Wohnortnähe und Zeit der Inanspruchnahme wurden mit Hilfe einer logistischen Regression überprüft, in wie weit sie geeignet sind, ein Kriterium für eine angemessene Inanspruchnahme vorherzusagen. Nach diesem Schema wurden 5 Regressionen gerechnet. Im Anschluss wurde aus den drei Kriterien: Transportmittel, Diagnostik in der Rettungsstelle und stationärer Aufnahme ein Index für die angemessene Inanspruchnahme gebildet. Sobald zwei der drei der Kriterien zutreffen wurde die Inanspruchnahme als

angemessen angesehen. Nach dieser Festlegung wurde ebenfalls eine logistische Regression gerechnet.

Datenbearbeitung

Die erhobenen Daten wurden während der Übertragung in die Datenbank bereits auf Vollständigkeit, Richtigkeit und Plausibilität geprüft. Nach der Zusammenführung der Datensätze der verschiedenen Kliniken wurden Doppelerfassungen durch fallweisen Einzelvergleich ausgeschlossen. Mittels des Datenbearbeitungsprogramms SPSS wurde der Datensatz einer Prüfung unterzogen. Durch Häufigkeitsauszählungen aller Variablen wurden Werte außerhalb der definierten Bereiche identifiziert und nötigenfalls korrigiert. Im Anschluss wurde geprüft, ob die erhobenen Variablen eines Falles inhaltlich kompatibel sind. Die inhaltliche Fehlerkorrektur erfolgte durch wiederholte Einsicht in den EHS bzw. in den jeweiligen Originalfragebogen.

Auswertung

Zunächst erfolgte eine deskriptive Darstellung nach Geschlecht, Alter und Ethnizität. Es wurden vier Analysebereiche unterteilt:

- Beschreibung der Stichprobe
- Inanspruchnahmedaten
- Diagnostik und Behandlung

In der weiteren statistischen Analyse wurde mit Hilfe einer logistischen Regression der Einfluss von Geschlecht, Ethnizität, Alter und Krankenversicherung über das Sozialamt (als Indikator für einen niedrigen sozioökonomischen Status) auf die Inanspruchnahme von Notfallambulanzen ermittelt.

4.5. Zusammenarbeit mit anderen Stellen

Da sich im Zeitraum zwischen der Planung und der Durchführung der Datenerhebung der Trägerwechsel der städtischen Krankenhäuser in Berlin vollzog wurde der neue Träger die Vivantes GmbH, zum frühestmöglichen Zeitpunkt in die Planung einbezogen.

Die Vivantes GmbH genehmigte und unterstützte die Patientenbefragung und die Auswertung der Erste-Hilfe-Scheine, nachdem die Auflagen der Ethikkommission erfüllt waren. Von der geplanten Befragung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wurde Abstand genommen, nachdem der Träger Probleme bzgl. des zeitlichen Aufwands für das Personals sah und im Etat des Forschungsprojektes keine Mittel für eine Bezahlung der Interviewpartner/innen vorgesehen war.

Für die Durchführung der Befragung war eine enge Kooperation mit den in die Studie einbezogenen klinischen Notfallambulanzen notwendig. Sowohl die Klinikleitungen als auch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte und die Pflegekräfte der internistischen und gynäkologischen Notfallambulanz des Universitätsklinikums Charité/Campus Virchow-Klinikum, des Vivantes Klinikums am Urban und des Vivantes Klinikums Neukölln waren in wesentliche Planungs- und Durchführungsprozesse einbezogen. Die gute Zu-

sammenarbeit und die Unterstützung des Forschungsprojekts an den Erhebungsstandorten trug maßgeblich zum Erfolg der umfangreichen Datenerhebung bei.

In der internistischen Notfallambulanz der Charité/Campus Virchow-Klinikum wurde die Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Leiter Herrn PD Dr. Möckel und der Pflegedienstleitung Frau Schwaneberger und Herrn Tschurz, in der Notfallambulanz des Vivantes Klinikums am Urban von Herrn Prof. Dr. Hengstmann, Herrn Dr. de Ridder, Herrn Prof. Dr. Mendling und der Pflegedienstleitung Frau Wernicke, in der internistischen Notfallambulanz des Vivantes Klinikums Neukölln von Herrn Prof. Dr. Kohl und Herrn Dr. Schärff sowie die Pflegedienstleitung Frau Grunzke-Niemetz und Frau Kessner, in der Frauenklinik des Vivantes Klinikums Neukölln von Herrn PD Dr. Franz, Herrn Prof. Dr. Vetter und Frau Dr. Zeilinger maßgeblich unterstützt. An allen Standorten wurde die Kooperation darüber hinaus von den in den Rettungsstellen tätigen Ärztinnen und Pflegekräften getragen.

Das Forschungsprojekt war eingebunden in das Berliner Zentrum Public Health (BZPH).

Danksagung

Allen beteiligten Kooperationspartnern gilt unser Dank für die kontinuierliche Unterstützung unserer Untersuchung. Für die Kooperation bei der Datenerhebung in den Rettungsstellen danken wir den beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern an den in die Studie einbezogenen Untersuchungsstandorten. Die wichtigen Daten zur Arzt-Patient-Kommunikation und -Interaktion konnten erst durch die Bereitschaft der behandelnden Ärztinnen und Ärzte, zu jedem/r Patienten/in einen Kurzfragebogen auszufüllen, erhoben werden.

Unser besonderer Dank gilt allen 815 Patientinnen und Patienten, die sich während ihres Aufenthalt in den Notfallambulanzen zur Teilnahme an der Patientenbefragung bereit erklären und die vielen an sie gerichteten Fragen trotz ihrer Beschwerden in dem ca. 30-minütigen Interview ausführlich beantworteten.

Für die Übersetzung der Erhebungsinstrumente für die Patientenbefragung danken wir Frau Sakina Özer (türkisch), Herrn Dr. Christopher Wilder (englisch), Herrn Izzettin Nasso (arabisch und kurdisch), Frau Ilana Hasina (russisch), Frau Malgorzata Plonska (polnisch), Herrn Nuecim Fener (serbo-kroatisch) und Frau Clara Pérez Turrau (spanisch).

Wesentliche Aufgaben bei der Durchführung des Forschungsprojektes konnten nur durch die Zusammenarbeit mit unseren engagierten Doktoranden/innen geleistet werden, die seit Beginn des Forschungsprozesses in Teilaufgaben eingebunden wurden. Für die kompetente Unterstützung bei der Durchführung der Interviews mit den Patientinnen und Patienten danken wir Frau Sakine Özer und Frau Imke Schwartau sowie Frau Dr. Monika Nothacker und Frau Gisela Rott.

Die gewissenhafte Erhebung, Analyse, Kodierung und Dateneingabe der insgesamt 5783 handschriftlich dokumentierten Erste Hilfe-Scheine wurde durch Frau Tanja Braun und Herrn Zülküf Tekin gewährleistet.

Frau Xenia Ruröde, die als studentische Hilfskraft in das Forschungsprojekt eingebunden war, danken wir für die sorgfältige Eingabe der Daten aus der Patientenbefragung in die SPSS-Datenmaske.

Herrn Dr. Hans Anand Pant gilt unser herzlicher Dank für die Erstellung der Datenmaske der Patientenbefragung, die Beratung bei allen Fragen zur statistischen Auswertung und die statistische Auswertung der umfangreichen im Projekt erhobenen Daten.

Herrn Prof. Dr. Kentenich danken wir für die Beratung und die kontinuierliche Unterstützung des Forschungsprojektes.

5. ERGEBNISSE DER PATIENTENBEFRAGUNG

5.1. Stichprobenbeschreibung

Die Beschreibung der Stichprobe ist nach Geschlecht und Ethnizität der Patienten/innen gesondert aufgeschlüsselt worden, um geschlechts- und ethnizitätsspezifische Unterschiede auf der Basis der erhobenen Sozialdaten zu verdeutlichen.

5.1.1. Geschlecht

Um geschlechtsspezifischen Aspekten und den Unterschieden im Beschwerdespektrum zwischen internistischen und gynäkologischen Notfällen gerecht werden zu können, wurde die Patientenbefragung für Männer und Frauen gesondert ausgewertet. Insgesamt konnten 815 Patientinnen und Patienten anhand standardisierter Interviews befragt werden. Vollständig ausgefüllte Fragebögen liegen von 497 weiblichen und 292 männlichen Patienten vor. Von den befragten Frauen waren 131 Patientinnen der gynäkologischen Notfallambulanzen.

5.1.2. Ethnizität / Muttersprachen der befragten Patientinnen und Patienten

Da die Ethnizität der Patienten (deutsch vs. nicht-deutsch) ein maßgebliches Kriterium für der Zusammenstellung der Stichprobe war, machen deutsche Patientinnen und Patienten jeweils etwa die Hälfte der befragten Männer und Frauen aus. Nach der Korrektur der zunächst äußerlich wahrgenommenen Ethnizität durch die Auswertung der zu Grunde gelegten, selbst angegebenen Muttersprache der Probanden, ergab sich in der Stichprobe der befragten Männer ein Migrantenanteil von ca. 50% und bei den Frauen von ca. 52% (Abb. 4).

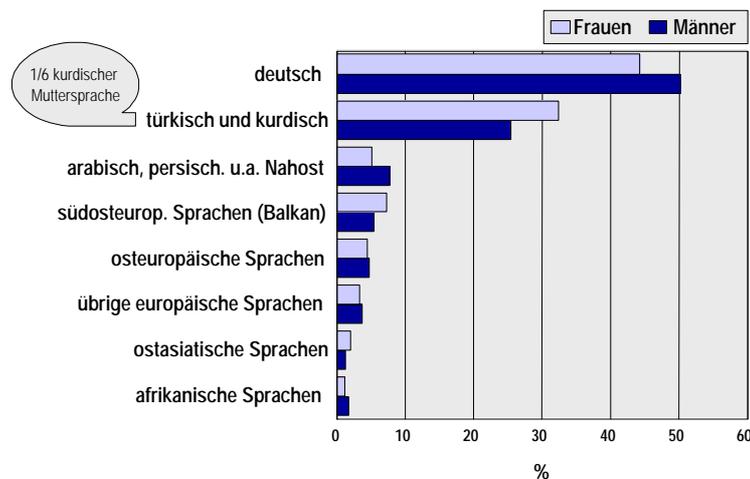


Abb. 4: Muttersprachen der befragten Patientinnen und Patienten nach Sprachgruppen

Bei den Migranten/innen anderer Muttersprachen und Ethnizität machte der Anteil der zweiten Migrantengeneration bei den Frauen 18,6% und bei den Männern 15,1% aus, der überwiegende Teil wurde im Ausland geboren. Insgesamt wurden 45 verschiedene Herkunftsländer genannt. Wegen der z.T. geringen Anzahl der Patienten/innen aus anderen Herkunftsländern wurden die Geburtsorte für die Darstellung nach Regionen zusammenfasst (Tab. 5).

Der größte im Ausland geborenen Patientengruppe stammte aus der Türkei, gefolgt von den Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawien, Nahost, Polen, Westeuropa und USA, Nachfolgestaaten der ehemaligen Sowjetunion, Südostasien, Sub-Sahara Region, Nordafrika und Lateinamerika (Tab. 5).

5.1.4. Herkunftsland

Angesichts der besonderen politischen Situation in Berlin durch die Teilung der Stadt und der Tatsache, dass ein Teil der Migranten/innen zwar in einem anderen Herkunftsland geboren aber in Deutschland aufgewachsen ist, wurde zusätzlich die Frage nach dem Land der Sozialisation in der Kindheit gestellt.

Da die Studienstandorte Kliniken im ehemaligen Westteil Berlins waren, ist es nicht erstaunlich, dass mehr als zwei Drittel der befragten deutschen Patienten/innen in Berlin-West bzw. den sog. alten Bundesländern aufgewachsen waren. 21,3 % der deutschen Frauen und 25,5 % der deutschen Männer gaben an, in Berlin-Ost bzw. den Neuen Bundesländern und ein geringer Anteil von 1,3% (Frauen) und 3,4% (Männer) im Ausland aufgewachsen zu sein. Bei den Migranten/innen ergaben sich nur sehr geringe Abweichungen zwischen den Geburtsland und dem Land, in dem sie ihre Kindheit verbracht haben (vgl. Tab. 5 u. Tab. 6.).

Tab. 6: Wo sind Sie aufgewachsen? (nach Geschlecht und Ethnizität) (in %)

in %	Frauen gesamt (n=492)	Frauen deutsch (n=225)	Frauen türk/kurd (n=162)	Frauen andere (n=119)	Männer gesamt (n=290)	Männer deutsch (n=148)	Männer türk/kurd (n=76)	Männer andere (n=73)
Altes Bundesland BRD/Berlin-West	49,4	77,3	30,2	17,6	46,2	71,6	27,6	15,1
Neues Bundesland BRD/Berlin-West	9,3	21,3	0	0,8	12,4	25,5	0	0
In einem anderen Land	41,3	1,3	69,8	81,5	41,4	3,4	72,4	84,9

5.1.5. Staatsangehörigkeit

Betrachtet man die Staatsangehörigkeit der befragten Patienten/innen, so zeigt sich, dass etwas ein Viertel der türkisch/kurdischsprachigen Migrantinnen und Migranten gegenüber etwa einem Drittel der Migrantinnen und Migranten anderer Ethnizität die deut-

sche Staatsangehörigkeit haben, was für über 98% der deutschen Patienten/innen gilt (Tab. 7).

Tab. 7: Staatsangehörigkeit der Patienten/innen nach Geschlecht und Ethnizität (in %)

Staats- angehörigkeit in %	Frauen gesamt (n=490)	Frauen deutsch (n=224)	Frauen türk/kurd (n=162)	Frauen andere (n=118)	Männer gesamt (n=283)	Männer deutsch (n=143)	Männer türk/kurd (n=73)	Männer andere (n=68)
deutsch	61,0	98,7	26,5	33,9	64,3	98,0	24,3	36,1
andere	39,0	1,3	73,5	66,1	35,7	2,0	75,7	63,9

5.1.6. Staatsangehörigkeit, Geburtsorte und Muttersprachen

Nicht nur für Studien, statistische Erhebungen oder die Gesundheitsberichterstattung sondern auch für die Versorgung und die Gesundheitsplanung ergibt sich zunächst die Frage, wer als Migrantin oder Migrant definiert wird. Vorhandene große Datensätze, die Aufschlüsse über die gesundheitliche und soziale Lage der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland zulassen, differenzieren meist nur nach Staatsangehörigkeit. Problematisch ist dabei, dass Aussiedler/innen und eingebürgerte Migranten/innen in diesem Konzept nicht erfasst sind, obwohl deren Biographie und Lebenslage durch Migration maßgeblich geprägt ist.

Anhand der vorliegenden Untersuchung, die Daten zur Staatsangehörigkeit, zum Geburtsort und zur selbst genannten Muttersprache der gleichen Patientengruppe zur Verfügung stellt, lässt sich die Bedeutung einer präzisen Definition aufzeigen. Geht man von der Staatsangehörigkeit aus, so lag der Anteil der nicht-deutschen Patienten/innen im Studienkollektiv bei 38 %, legt man einen Geburtsort im Ausland zugrunde, ergibt sich ein Anteil von 42,2 % und berücksichtigt man die nach von den Patienten/innen angegebener Muttersprache liegt der Anteil Nicht-deutscher bei 55,7 % (Abb. 6).

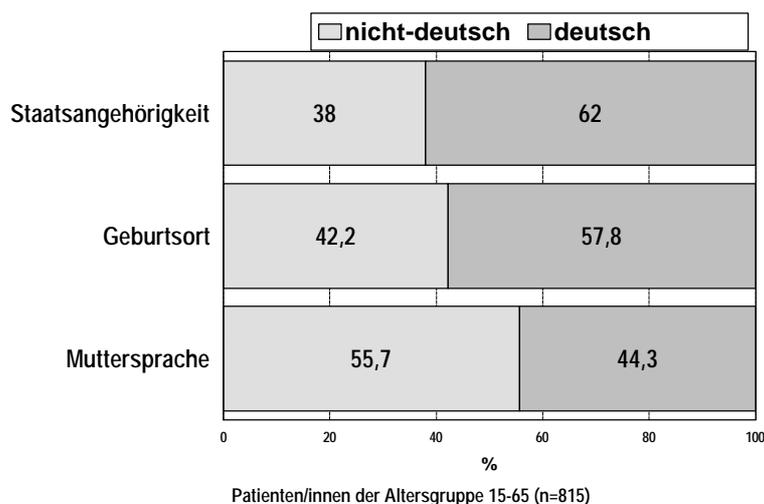


Abb. 6:
Vergleich des „Migrantenanteils“ auf der Basis unterschiedlicher Definitionskriterien

5.1.7. Altersverteilung

Um Unterschiede aufgrund des Lebensalters bei der statistischen Auswertung berücksichtigen zu können, wurden zur Vereinfachung drei Altersgruppen gebildet. Während sich die Altersverteilung im Kollektiv der deutschen und nicht-deutschen Frauen ähnelt, zeigt sich in der Stichprobe der Männer, dass die einbezogenen Migranten deutlich jünger sind als die Deutschen (Tab. 8 u. Abb.7).

Tab. 8: Altersverteilung in den Unterkollektiven nach Geschlecht und Ethnizität der Patienten/innen

Altersgruppen in %	Frauen gesamt (n=509)	Frauen deutsch (n=226)	Frauen nicht-dtsch (n=283)	Männer gesamt (n=299)	Männer deutsch (n=150)	Männer nicht-dtsch (n=149)
< 30 Jahre	44,4	42,5	45,8	29,8	18,1	41,5
30-50 J.	36,6	37,1	36,6	42,5	44,4	40,8
50-65 J.	19,0	20,4	17,6	27,2	37,5	17,7

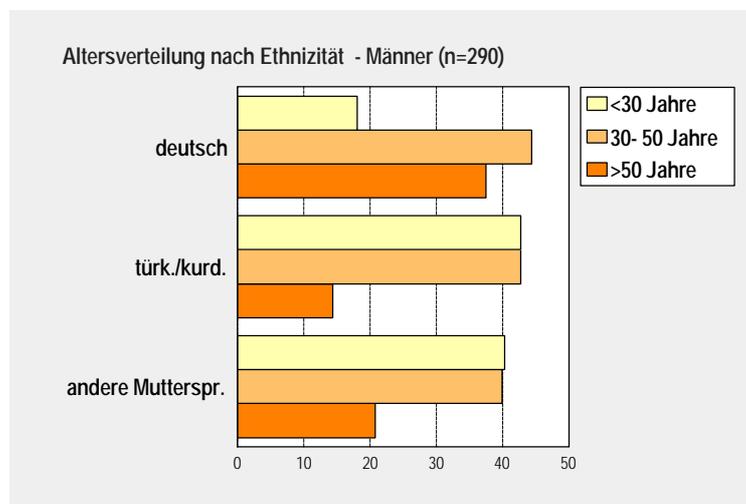
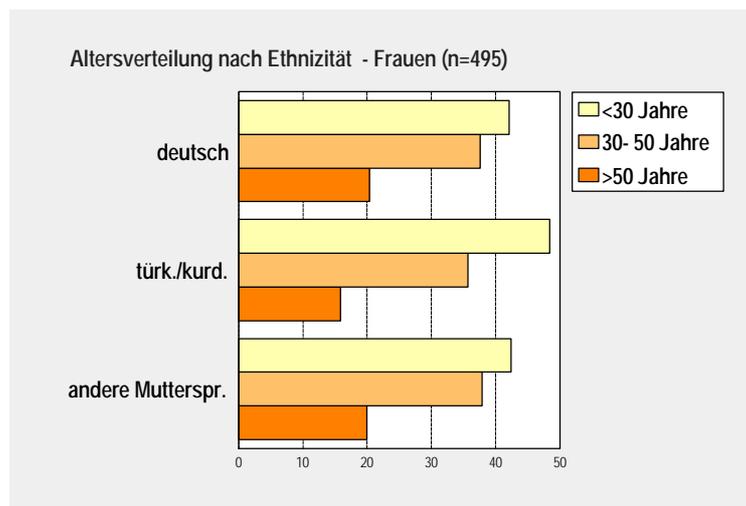


Abb. 7: Altersverteilung in den Unterkollektiven nach Geschlecht und Ethnizität der Patienten/innen (in %)

5.1.8. Familienstand, Partnerschaften und Anzahl der Kinder

Da die Familie oder der/die Partner/in bei der Symptominterpretation, der Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung und der sozialen Unterstützung eine Rolle spielen könnte, wurde die Familiensituation der Patienten/innen anhand verschiedener Fragen ermittelt und im Vergleich nach Geschlecht und Ethnizität ausgewertet.

Migrantinnen (70%) und Migranten (63%) türkischer Herkunft waren deutlich häufiger verheiratet als Migrantinnen (53,2%) und Migranten (50,0%) anderer Ethnizität und deutsche Frauen (34,8%) und Männer (39,7%). Deutsche Frauen und Männer dagegen waren häufiger ledig oder geschieden (Tab. 9).

Tab. 9: Familienstand nach Geschlecht und Ethnizität der Patienten/innen

Familienstand in %	Frauen gesamt (n=494)	Frauen deutsch (n=224)	Frauen türk/kurd (n=164)	Frauen andere (n=117)	Männer gesamt (n=290)	Männer deutsch (n=148)	Männer türk/kurd (n=76)	Männer andere (n=72)
ledig	31,2	46,4	15,9	22,2	39,7	44,6	31,6	33,3
verheiratet	53,2	34,8	70,7	64,1	47,9	39,2	63,2	50,0
geschieden	7,3	10,3	5,5	3,4	9,0	12,8	2,6	8,3
getrennt lebend	4,3	4,9	4,3	4,3	2,4	0,7	2,6	6,9
verwitwet	4,0	3,6	3,7	6,0	1,0	2,7	0	1,4

Ausgehend von der Hypothese, dass Patienten/innen, die in Deutschland aufgewachsen sind, sich möglicherweise besser mit dem deutschen Versorgungssystem auskennen als Patienten/innen, die im Ausland geboren sind, wurde auch der Herkunftsort der Partner/innen der Patienten/innen erfragt.

Bei 41-52% der Migrantinnen und Migranten stammte der/die Partner/in aus dem gleichen Herkunftsland wie der/die Patient/in selbst, bei 18-28% war der/die Partner/in in Deutschland geboren. Hierbei ist jedoch davon auszugehen, dass es sich beim der größten Teil dieser „bi-nationalen“ Partnerschaften um Ehen zwischen in Deutschland aufgewachsenen Migranten/innen der sog. zweiten Generation und Partnern/innen aus dem Herkunftsland der Eltern handelt (Tab.10).

Tab. 10: Bi/nationale Partnerschaften nach Geschlecht u. Ethnizität der Patienten/innen

"Wenn Sie in einer Partnerschaft leben, wo ist Ihr/e Partner/in aufgewachsen?"								
Partnerschaft in %	Frauen gesamt (n=482)	Frauen deutsch (n=221)	Frauen türk/kurd (n=157)	Frauen andere (n=115)	Männer gesamt (n=274)	Männer deutsch (n=142)	Männer türk/kurd (n=70)	Männer andere (n=69)
entfällt, keine Partnerschaft	19,3	26,2	13,4	14,8	28,5	33,1	21,4	27,5
in Deutschland	43,2	59,7	28,7	27,8	39,8	59,2	20,0	18,8
im Ausland (gleiches wie ich)	25,9	2,7	49,0	41,7	25,9	3,5	52,9	43,5
in einem anderen Land	11,6	11,3	8,9	15,7	5,8	4,2	5,7	10,1

Die befragten Migrantinnen und Migranten hatten deutlich mehr Kinder als deutsche Patienten/innen, während deutsche Männer und Frauen häufiger kinderlos waren (Tab.11).

Tab. 11: Anzahl der Kinder nach Geschlecht und Ethnizität der Patienten/innen

Anzahl der Kinder in %	Frauen gesamt (n=489)	Frauen deutsch (n=221)	Frauen türk/kurd (n=157)	Frauen andere (n=115)	Männer gesamt (n=284)	Männer deutsch (n=142)	Männer türk/kurd (n=74)	Männer andere (n=71)
keine Kinder	37,0	48,4	29,6	26,5	49,3	54,1	39,2	47,9
eins	22,3	22,6	18,5	24,8	17,6	19,9	16,2	14,1
zwei	18,0	16,3	17,9	19,7	19,0	19,2	23,0	12,7
mehr als zwei	22,7	12,7	34,0	29,1	14,1	6,8	21,6	25,4

5.1.9. Bildungs- und Erwerbssituation

Bildungs- und Ausbildungssituation

Der Vergleich der Bildungssituation zeigt im Gesamtkollektiv einen höheren Bildungsgrad bei den Männern gegenüber den Frauen (25% gegenüber 18,5% höhere Bildungsabschlüsse). Migrantinnen türkischer Herkunft verfügen über deutlich geringere Bildungsabschlüsse als deutsche Frauen, Frauen anderer Ethnizität und Männer nicht-deutscher Herkunftssprache. Während der Anteil der befragten Patienten/innen ohne Schulabschluss/Grundschulabschluss im Kollektiv der deutschen Frauen 8,3% betrug, lag er bei den Migrantinnen türkischer/kurdischer bei 47% und bei Frauen anderer Ethnizität bei 29,9%. Während ca. 30% der männlichen Migranten keinen Schulabschluss/Grundschulabschluss angaben, lag der Anteil bei den deutschen Männern bei 5,5% (Tab. 12).

Tab. 12: Bildungsgrad/Schulabschluss nach Geschlecht und Ethnizität der Patienten/innen

in %	Frauen gesamt (n=486)	Frauen deutsch (n=217)	Frauen türk/kurd (n=164)	Frauen andere (n=117)	Männer gesamt (n=280)	Männer deutsch (n=145)	Männer türk/kurd (n=72)	Männer andere (n=70)
Kein Schulabschluss / nur Grundschule	25,1	8,3	47,0	29,9	18,2	5,5	30,6	30,0
Haupt-, Real-/Mittel-/ Berufsschule	56,4	68,7	48,2	41,0	56,8	66,2	43,1	51,4
Abitur/ Hochschulabschluss	18,5	23,0	4,8	29,1	25,0	28,3	26,3	18,6

Ein ähnliches Bild ergibt sich bei der beruflichen Ausbildung. Während etwa zwei Drittel der Patientinnen türkischer u. kurdischer Herkunft angaben keinen Beruf erlernt zu haben, waren es bei den deutschen Frauen ca. 42% und bei den Migrantinnen anderer Ethnizität ca. 54%. Männer haben insgesamt häufiger eine Berufsausbildung, jedoch ist

hier eine deutlich bessere Berufsbildungssituation bei den deutschen gegenüber den nicht-deutschen Patienten zu beobachten (Tab.13).

Tab. 13: Berufliche Ausbildung nach Geschlecht und Ethnizität der Patienten/innen

„Haben Sie einen Beruf erlernt?“								
in %	Frauen gesamt (n=486)	Frauen deutsch (n=221)	Frauen türk/kurd (n=163)	Frauen andere (n=114)	Männer gesamt (n=289)	Männer deutsch (n=149)	Männer türk/kurd (n=75)	Männer andere (n=72)
Nein, keinen Beruf	53,9	42,1	71,8	54,4	36,3	21,5	49,3	51,4
Ja, Beruf erlernt	46,1	57,9	28,2	45,6	63,7	78,5	50,7	48,6

Berufstätigkeit

Auffällig hoch ist der Anteil der befragten Notfallpatientinnen und -patienten, die derzeit nicht berufstätig sind. Während etwa die Hälfte der Männer unabhängig von ihrer Ethnizität zum Befragungszeitpunkt keiner Berufstätigkeit nachging, waren es bei den Frauen 55,2 % der deutschen, 72% der türkischen/kurdischen und 66% der Frauen anderer Ethnizität (Tab. 14).

Tab. 14: Derzeitige Berufstätigkeit nach Geschlecht und Ethnizität der Patienten/innen

„Sind Sie zur Zeit berufstätig?“								
in %	Frauen gesamt (n=492)	Frauen deutsch (n=223)	Frauen türk/kurd (n=164)	Frauen andere (n=118)	Männer gesamt (n=290)	Männer deutsch (n=149)	Männer türk/kurd (n=75)	Männer andere (n=73)
Nein	63,0	55,2	72,0	66,1	54,1	54,4	52,0	54,8
Ja	37,0	44,8	28,0	33,9	45,9	45,6	48,0	45,2

Einfluss auf die Inanspruchnahme bzw. den Inanspruchnahmezeitpunkt der Notfallambulanz könnte auch die Struktur der Arbeitszeit der erwerbstätigen Patienten/innen haben. Die Auswertung ergab, dass ca. 45% der Männer gegenüber 29% der Frauen ganztags berufstätig waren (Tab. 15).

Tab. 15: Struktur der Arbeitszeit der Patienten/innen nach Geschlecht und Ethnizität

„Wie ist Ihre Arbeit zeitlich strukturiert?“								
in %	Frauen gesamt (n=467)	Frauen deutsch (n=212)	Frauen türk/kurd (n=153)	Frauen andere (n=114)	Männer gesamt (n=274)	Männer deutsch (n=143)	Männer türk/kurd (n=70)	Männer andere (n=68)
entfällt, da nicht erwerbstätig	58,0	49,5	67,3	62,3	46,7	45,5	47,1	48,5
ganztags	26,8	33,0	21,6	21,9	45,3	47,6	44,3	42,6
teilzeit, mind. halbtags	10,3	13,7	5,9	9,6	5,5	4,9	2,9	8,8
weniger als 20h pro Woche	4,9	3,8	5,2	6,1	2,6	2,1	5,7	0

Erwerbsstatus

Obwohl alle befragten Patientinnen und Patienten im erwerbsfähigen Alter (15-65 Jahre) sind, fällt auf, dass unabhängig von der Ethnizität ein großer Anteil der Stichprobe Sozialhilfe, Arbeitslosenunterstützung oder Rente bezieht (Abb. 8).

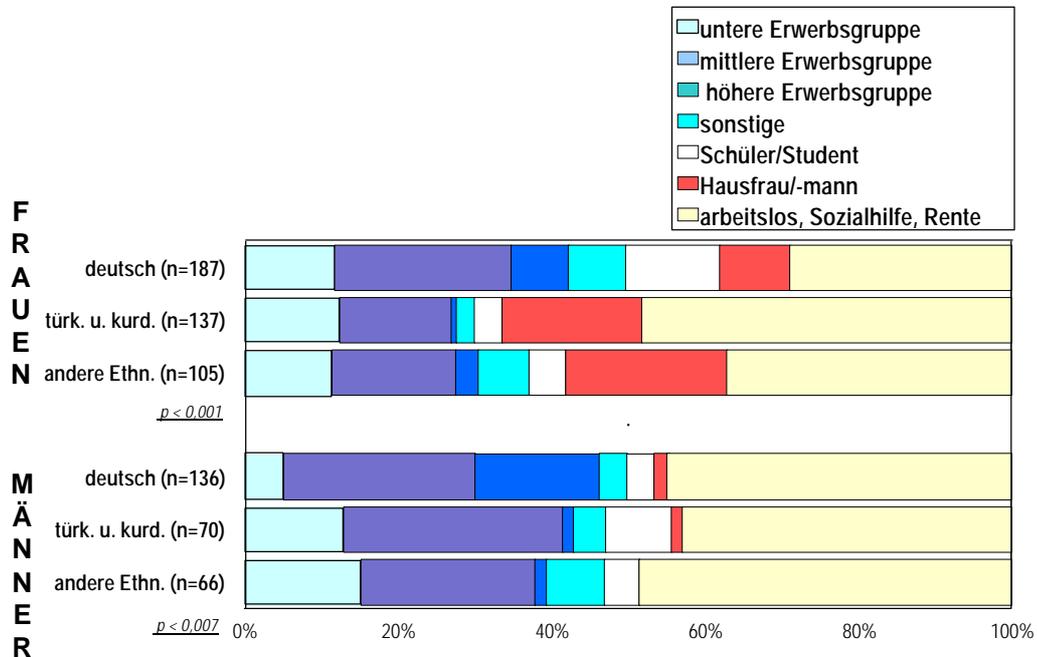


Abb. 8: Erwerbsstatus der befragten Patienten/innen nach Geschlecht und Ethnizität

Die geringe Erwerbstätigkeit bei deutschen und nicht-deutschen Patienten/innen der in die Studie einbezogenen Notfallambulanzen steht im engen Zusammenhang mit der allgemein hohen Arbeitslosen- und Sozialhilferate in den Stadtbezirken Berlin-Wedding, Kreuzberg und Neukölln (vgl. Meinschmidt & Brenner 1999, Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz Berlin 2002).

Auffällig ist jedoch, dass die befragten deutschen Patientinnen und Patienten innerhalb der Gruppe der Erwerbstätigen im Vergleich zu den Immigranten/innen häufiger in höheren Erwerbsgruppen tätig sind. Hinsichtlich des Erwerbsstatus zeigen sich bei den Männern kaum Unterschiede in den Vergleichsgruppen, während die befragten Immigrantinnen deutlich seltener erwerbstätig sind als die deutschen Frauen.

Die genauere Betrachtung der Altersgruppe der 30-50jährigen Patienten/innen zeigt dass 23% der deutschen Männer und 17% der deutschen Frauen in höheren Erwerbsgruppen tätig sind, während hier weniger als 5% der Migrantinnen vertreten waren. Deutlich höher dagegen ist der Anteil der Migrantinnen in der Gruppe der Sozialhilfe, Arbeitslosenunterstützungs- oder Rentenempfängerinnen und bei den Hausfrauen, womit von einem deutlich geringeren (Familien)einkommen bei Migrantinnen auszugehen ist (Tab. 16).

Tab. 16: Erwerbsstatus der Patienten/innen in der Altersgruppe 30-50 Jahre nach Geschlecht und Ethnizität

in %	Frauen gesamt (n=420)	Frauen 30-50J. deutsch (n=223)	Frauen 30-50J. türk/kurd (n=164)	Frauen 30-50J. andere (n=118)	Männer gesamt (n=266)	Männer 30-50J. deutsch (n=61)	Männer 30-50J. türk/kurd (n=30)	Männer 30-50J. andere (n=25)
Untere Erwerbsgruppe	11,7	14,1	4,7	14,5	9,8	6,6	16,7	32,0
Mittlere Erwerbsgruppe	19,0	33,8	14,0	24,2	24,8	32,8	40,0	28,0
Höhere Erwerbsgruppe	3,8	16,9	2,3	0	9,0	23,0	0	4,0
Schüler/ Student	7,6	2,8	0	4,8	5,3	1,6	0	0
Hausfrau/-mann	15,0	5,6	18,6	17,7	1,1	0	0	0
Sozialhilfe/ Rente/ Arbeitslosengeld	3,1	23,9	58,1	37,1	45,1	34,4	43,3	32,0
sonstiges	5,7	2,8	2,3	1,6	4,9	1,6	0	1

5.1.10. Wohnsituation

Auch die Wohnsituation lässt eine – wenn auch geringfügig - bessere soziale Lage bei deutschen Patienten/innen vermuten. Während 14,6% der deutschen Frauen und 12,5% der deutschen Männer angaben, in einer eigenen Eigentumswohnung zu leben, betrug dieser Anteil bei den Migrantinnen/innen zwischen 0% bei den Männern und 8,6% bei den Frauen anderer Ethnizität. Auffällig ist der recht hohe Anteil von 12,7 % der Männer anderer Ethnizität, die angaben, weder in einer gemieteten noch in einer Eigentumswohnung zu leben (Tab. 17).

Tab. 17: Wohnsituation der Patienten/innen nach Geschlecht und Ethnizität

Wohnsituation in %	Frauen gesamt (n=482)	Frauen deutsch (n=219)	Frauen türk/kurd (n=159)	Frauen andere (n=116)	Männer gesamt (n=281)	Männer deutsch (n=144)	Männer türk/kurd (n=73)	Männer andere (n=71)
gemietete Wohnung/Haus	88,6	82,6	98,7	87,1	87,9	85,4	94,5	87,3
Eigentum	8,9	14,6	0,6	8,6	7,8	12,5	5,5	0
Sonstiges/ z.B. Wohnheim	2,5	2,7	0,6	4,3	4,3	2,1	0	12,7

Deutsche Frauen, deutsche Männer und Männer „anderer Ethnizität“ wohnten deutlich häufiger alleine als Frauen und Männer türkischer/kurdischer Ethnizität und Frauen „anderer Ethnizität“. Während sich bei deutschen Männern und Frauen das Zusammenleben mit einem/einer Partner/in als häufigste Wohnform abzeichnete, war es bei den Migrantinnen und Migranten das Zusammenleben mit Partner/in und Kind(ern) (Tab. 18).

Tab. 18: Wohn- und Haushaltsgemeinschaften der Patienten/innen nach Geschlecht und Ethnizität

„Mit wem wohnen Sie in einem Haushalt?“								
Mitbewohner in %	Frauen gesamt (n=485)	Frauen deutsch (n=220)	Frauen türk/kurd (n=158)	Frauen andere (n=119)	Männer gesamt (n=277)	Männer deutsch (n=143)	Männer türk/kurd (n=73)	Männer andere (n=68)
alleine	12,4	18,6	5,7	10,9	23,8	28,7	11,0	32,4
mit (Schwieger-)Eltern	10,1	11,8	12,7	2,5	15,2	7,7	28,8	14,7
mit (Ehe-) Partner/in	25,8	30,5	21,5	21,8	29,6	40,6	13,7	20,6
mit Kind(ern) u. (Ehe-) Partner/in	34,6	21,8	45,6	43,7	24,5	15,4	41,1	26,5
allein mit Kind(ern)	9,5	7,7	10,1	10,9	1,8	0,7	2,7	2,9
im Haushalt von Fam.angehörigen	3,1	2,7	3,2	5,0	1,4	2,1	1,4	0
mit Freunden /sonstiges	4,5	6,8	1,3	5,0	3,6	4,9	1,4	2,9

Der Anteil der alleinlebenden Notfallpatienten/innen war insgesamt bei den Männern mit ca. 24% doppelt so hoch wie bei den Frauen mit ca. 12%. Patienten/innen türkischer/kurdischer Ethnizität lebten allerdings seltener allein in einem Haushalt (Tab. 19).

Tab. 19: Anteil der Allein lebenden Patienten/innen nach Geschlecht und Ethnizität

„Mit wem wohnen Sie in einem Haushalt?“								
in %	Frauen gesamt (n=485)	Frauen deutsch (n=220)	Frauen türk/kurd (n=158)	Frauen andere (n=119)	Männer gesamt (n=277)	Männer deutsch (n=143)	Männer türk/kurd (n=73)	Männer andere (n=68)
alleine	12,4	18,6	5,7	10,9	23,8	28,7	11,0	32,4
mit (Schwieger-)Eltern	10,1	11,8	12,7	2,5	15,2	7,7	28,8	14,7
mit (Ehe-) Partner/in	25,8	30,5	21,5	21,8	29,6	40,6	13,7	20,6
mit Kind(ern) u. (Ehe-) Partner/in	34,6	21,8	45,6	43,7	24,5	15,4	41,1	26,5
allein mit Kind(ern)	9,5	7,7	10,1	10,9	1,8	0,7	2,7	2,9
im Haushalt von Fam.angehörigen	3,1	2,7	3,2	5,0	1,4	2,1	1,4	0
mit Freunden /sonstiges	4,5	6,8	1,3	5,0	3,6	4,9	1,4	2,9

Auffällig war der mit 32,6% deutlich höhere Anteil allein lebender Frauen in der Altersgruppe zwischen 50 und 65 Jahren bei den deutschen Frauen gegenüber 8,7% bei Migrantinnen aus der Türkei und 21,7% bei Migrantinnen aus anderen Herkunftsländern. In höheren Altersgruppen (die in die Stichprobe der Patientenbefragung nicht einbezogen wurden) dürfte der Anteil allein lebender Frauen mit zunehmendem Alter kontinuierlich größer sein. Bei den männlichen Notfallpatienten der Altersgruppe 50-65 Jahre lebten 21,6% der deutschen gegenüber 20% der türkischen/kurdischen und 14,3% allein in einer Wohnung.

Anzahl der Personen im Haushalt / Wohndichte-Index

Beim Wohndichte-Index, der sich aus der Anzahl der Zimmer pro Person im Haushalt errechnet ergeben sich kaum Unterschiede auf der Grundlage der Ethnizität. Auffällig ist allerdings, dass deutsche Frauen (Median von 0,8) weniger Wohnraum zur Verfügung hatten als deutsche Männer (Median 1,5) (Tab. 20).

Tab. 20: Wohndichte-Index nach Geschlecht und Ethnizität

Wohndichte-Index = Zimmer/Person	Frauen gesamt (n=476)	Frauen deutsch (n=216)	Frauen türk/kurd (n=159)	Frauen andere (n=114)	Männer gesamt (n=276)	Männer deutsch (n=140)	Männer türk/kurd (n=73)	Männer andere (n=70)
Arithmetisches Mittel	1,1	1,3	0,9	1,0	1,2	1,5	0,9	1,1
Standard- abweichung	0,5	0,6	0,4	0,5	0,7	0,7	0,4	0,7
Median	1,0	0,8	1,0	1,0	1,0	1,5	1,0	1,0

5.1.11. Lebenszufriedenheit

Die Lebenszufriedenheit der Patienten/innen wurde auf der Basis des im Sozioökonomischen Panel verwendeten Fragebogens ermittelt, in dem die Zufriedenheit mit der Wohnsituation, dem Einkommen, der beruflichen Situation, der familiären Situation, der Gesundheit und dem Leben insgesamt erfragt wird. Die Patienten/innen konnten auf einer Skala von 0 (= ganz und gar unzufrieden) bis 10 (= ganz und gar zufrieden) wählen (vgl. Fragebogen in der Anlage V. 57).

**Tab. 21: Lebenszufriedenheit der Patienten/innen nach Geschlecht und Ethnizität
(Median)**

Lebenszufrie- denheit	Frauen gesamt (n=465)	Frauen deutsch (n=218)	Frauen türk/kurd (n=151)	Frauen andere (n=109)	Männer gesamt (n=264)	Männer deutsch (n=138)	Männer türk/kurd (n=68)	Männer andere (n=64)
Wohnsituation	8,0	8,0	8,0	8,0	7,0	8,0	7,0	6,5
Einkommen	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	4,0	5,0
berufl. Situation	5,0	6,0	5,0	5,0	5,0	5,0	4,0	5,0
familiäre Situation	8,0	8,0	8,0	8,0	8,0	8,0	8,0	7,5
Gesundheit	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
Leben insgesamt	7,0	7,0	7,0	7,0	7,0	7,0	6,0	6,0

Die Auswertung ergab keinerlei Unterschiede in der Lebenszufriedenheit bei den Frauen unterschiedlicher Ethnizität. Frauen waren insgesamt nur mit ihrer Wohnsituation

zufriedener als Männer. Bei den Männern zeigte sich, dass deutsche Männer (Median 8) mit ihrer Wohnsituation etwas zufriedener waren als Männer türkischer/kurdischer Ethnizität (Median 7) und Männer anderer Ethnizität (Median 6,5). Mit ihrer Wohnsituation und mit ihrem Einkommen waren Männer türkischer/kurdischer Ethnizität (Median 4) unzufriedener als die anderen männlichen Vergleichsgruppen.

Die familiäre Situation wurde von Männern anderer Ethnizität ungünstiger bewertet. Bei der Zufriedenheit mit dem Leben im Allgemeinen ergab sich nur in der Gruppe der männlichen Migranten ein Medianwert von 6, während die anderen Vergleichskollektive diesen Aspekt mit einem Wert von 7 etwas günstiger beurteilten (Tab. 21).

5.1.12. Chronisch kranke Patientinnen und Patienten

Da eine chronische Erkrankung das Inanspruchnahmeverhalten der Notfallambulanz beeinflussen könnte, wurden die Patienten/innen gebeten, Angaben über einige chronische Krankheiten zu machen. Während etwa 40 % der befragten deutschen Männer und Frauen angaben an keiner ernsthaften chronischen Erkrankung zu leiden, waren es in den Migranten/innenkollektiven etwa die Hälfte. Frauen „anderer Ethnizität“ gaben allerdings zu ca. 63% an, keine ernsthafte chronische Erkrankung zu haben.

Bei den Frauen zeigt sich, dass deutsche und türkisch/kurdischsprachige Patientinnen häufiger Bluthochdruck, Asthma/Bronchitis und andere chronische Erkrankungen (hier v. a. Schilddrüsenerkrankungen) angaben, als Migrantinnen anderer Ethnizität. Unter Allergien leiden etwa doppelt so viele deutschen Patientinnen (19,7%) wie türkisch/kurdischsprachige Migrantinnen (9,3%) und etwa dreifach so viele wie Migrantinnen anderer Ethnizität (6,8%).

Bei den Männern gaben 20,8% der deutschen Patienten gegenüber 8,0% der türkisch/kurdischsprachigen und 12,7% der Migranten anderer Ethnizität Bluthochdruck an. Herzerkrankungen wurden im Vergleich zu deutschen Patienten und Patienten anderer Ethnizität von deutlich weniger türkisch/kurdischsprachigen Männern angegeben. Bei den Allergien unterscheiden sich die Angaben deutscher und türkisch/kurdischsprachiger Männer kaum (ca. 13%), sie weichen aber klar von denen der Patienten anderer Ethnizität (5,6%) ab (Tab. 22).

5.1.13. Krankenversicherung der befragten Patientinnen und Patienten

Der größte Teil der befragten Patientinnen und Patienten der Notfallambulanzen war bei einer gesetzlichen Krankenversicherung versichert. Bei den Migrantinnen und Migranten - vor allem türkisch/kurdischer Ethnizität - liegt der Anteil der AOK-Versicherten höher als bei den deutschen Patienten/innen. Diese wiederum sind häufiger bei der BKK, IKK oder bei Ersatzkassen versichert. Der Anteil privatversicherter Patienten/innen war in allen Vergleichsgruppen relativ gering und liegt zwischen 1,4% bei den türkeistämmigen und 7,9% bei den deutschen Männern.

Auffällig hoch ist der Anteil der über das Sozialamt versicherten Migrantinnen (17,1%) und Migranten (20%) anderer Ethnizität, was möglicherweise mit deren Aufenthaltsstatus zusammenhängt (Tab. 23 u.Tab.24).

Tab. 22: Anteil chronisch erkrankter Patienten/innen (Selbstaussage) nach Geschlecht und Ethnizität

Anteil chronisch kranker Patienten/innen in %	Frauen gesamt (n=485)	Frauen deutsch (n=197)	Frauen türk/kurd (n=160)	Frauen andere (n=111)	Männer gesamt (n=284)	Männer deutsch (n=139)	Männer türk/kurd (n=74)	Männer andere (n=65)
Keine ernsthafte chron. Erkrankung	49,1	40,8	50,9	63,2	40,8	30,6	50,7	53,5
Bluthochdruck	13,0	13,8	13,7	10,3	15,5	20,8	8,0	12,7
Herzerkrankung	8,9	9,2	9,3	6,8	10,9	12,5	5,3	15,5
Diabetes	5,4	3,7	8,7	3,4	7,0	9,0	2,7	7,0
Asthma/Bronchitis	12,2	12,8	14,9	7,7	10,6	13,9	8,0	7,0
Hepatitis	0,4	0,5	0,6	0	1,8	2,1	1,3	1,4
Gastritis/ Magengeschwür	5,8	5,5	6,2	6,6	8,5	11,1	6,7	4,2
Allergien ¹	13,6	19,7	9,3	6,8	11,6	12,5	13,3	5,6
Krebserkrankung	3,7	6,0	1,9	1,7	2,8	2,8	4,0	1,4
Andere (z.B. Schilddrüsenerkrankung)	22,5	28,9	21,1	11,1	29,9	36,8	26,7	16,9

Tab. 23: Krankenversicherung nach Geschlecht und Ethnizität der Patienten/innen

Krankenversicherung in %	Frauen gesamt (n=456)	Frauen deutsch (n=197)	Frauen türk/kurd (n=160)	Frauen andere (n=111)	Männer gesamt (n=273)	Männer deutsch (n=139)	Männer türk/kurd (n=74)	Männer andere (n=65)
AOK	43,0	33,5	62,5	35,1	38,1	26,6	56,8	44,6
BKK, IKK, Ersatzkassen	46,7	60,4	30,6	41,4	49,1	61,2	39,2	32,3
Private Krankenversicherung	3,7	4,1	1,9	5,4	4,8	7,9	1,4	1,5
Sozialamt	6,1	1,5	5,0	17,1	7,3	3,6	2,7	20,0
Nicht krankenversichert (Selbstzahler)	0,4	0,5	0	0,9	0,4	0,7	0	0
andere	0	0	0	0	0,4	0	0	1

¹ Die in dieser Tabelle aufgeführte Kategorie „Allergien“ wird bei der logistischen Regression zur Ermittlung der Angemessenheitskriterien für die Inanspruchnahme der Notfallambulanz nicht zu den ernsthaften chronischen Erkrankungen gezählt.

5.1.14. Migrationsspezifische Aspekte

Patientinnen und Patienten (50 %), die eine andere als die deutsche Sprache als ihre Muttersprache angaben (52% der befragten Frauen und 50% der Männer), beantworteten zusätzliche Fragen, die Details über die migrationsspezifische Aspekte hervorbrachten.

igrationsmodus

Mit dem Migrationsmodus der Patienten/innen lassen sich sowohl geschlechts- als auch ethnizitätsspezifische Unterschiede verdeutlichen. Bei den Frauen türkischer/ kurdischer Muttersprache war etwa die Hälfte der Patientinnen in Deutschland geboren oder bereits als Kind mit den Eltern nach Deutschland gekommen, sie sind damit der sog. zweiten und dritten Migrantinnengeneration zuzurechnen. Weitere 32% waren im Rahmen einer Eheschließung nach Deutschland migriert, 7,3% kamen zur Arbeitsaufnahme oder zu Ausbildungszwecken. Bei den Männern türkischer/kurdischer Herkunft lag der Anteil der 2./3. Migrantengeneration auch bei etwa 50%, jedoch kamen mehr Männer zur Arbeitsaufnahme oder zu Ausbildungszwecken (22,4%) und weniger (24,4%) im Rahmen einer Eheschließung. Der Anteil der Männer, die politische Gründe für das Exil in Deutschland angab, war mit 12,6% deutlich höher als bei den Frauen mit 1,2%.

Bei den Patienten/innen anderer Ethnizität gehören ca. 30% der Frauen und 23% Männer der sog. 2./3. Migrantinnengeneration an, ca. 22% beiderlei Geschlechts kamen aufgrund einer Arbeitsaufnahme oder zum Studium nach Deutschland. Deutlich höher ist in dieser Gruppe auch der Anteil der politischen Flüchtlinge, der bei den Frauen bei 6,6% und bei den Männern bei 17,8% liegt. Im Rahmen einer Eheschließung kamen deutlich weniger Migranten/innen anderer Ethnizität (Tab.24).

Tab. 24: Einwanderungswege nach Deutschland nach Geschlecht und Ethnizität

Migrationsmodus in %	Frauen		Männer	
	türk/kurd (n=165)	andere (n=119)	türk/kurd (n=74)	andere (n=65)
in Deutschland geboren	30,3	16,0	26,3	15,1
als mit den Eltern gekommen	26,1	11,8	23,7	8,2
Ehepartner/in in Deutschland	32,1	24,4	14,5	6,8
Arbeit/Studium/Ausbildung	7,3	16,8	22,4	21,9
politische Gründe/Asyl/Flucht	1,2	12,6	6,6	17,8
andere Wege	3,0	18,5	6,6	30,1

Aufenthaltsdauer in Deutschland

Der größte Teil der befragten Migranten/innen türkischer/kurdischer Herkunft lebt seit mehr als 20 Jahren in Deutschland oder ist in Deutschland aufgewachsen. Bei den Patienten/innen anderer Ethnizität ist ein etwa dreifach höherer Anteil von Männern und Frauen zu erkennen, die erst seit weniger als 5 Jahren in Deutschland leben (Tab. 25).

Tab. 25: Aufenthaltsdauer in Deutschland nach Geschlecht und Ethnizität

Aufenthaltsdauer in Deutschland	Frauen		Männer	
	türk/kurd (n=161)	andere (n=112)	türk/kurd (n=74)	andere (n=72)
bis 5 Jahre	7,5	23,2	6,8	16,7
über 5 – 10 Jahre	8,7	15,2	12,2	15,3
über 10 – 20 Jahre	19,9	22,3	21,6	31,9
über 20 Jahre	34,8	22,3	36,5	22,2
in Deutschland aufgewachsen	29,2	17,0	23,0	13,9

Lese- und Schreibfähigkeit – Selbsteinschätzung

Um Migranten/innen mit schriftlichen Informationen gezielt erreichen zu können, sind Kenntnisse über deren Lese- und Schreibfähigkeiten in der deutschen Sprache und in der Muttersprache wichtig. Die Tatsache, dass ein Großteil der befragten Migranten/innen in Deutschland sozialisiert und „beschult“ wurde, wirft die Frage nach Lese- und Schreibkenntnissen in der Muttersprache auf. Ebenfalls ist bekannt, dass ein relativ großer Teil von Frauen aus der Türkei nicht oder nur geringfügig alphabetisiert ist (vgl. Borde 2002).

In der Stichprobe der Notfallpatienten/innen türkisch/kurdischer Muttersprache, geben 42,5% der Frauen und 32,5% der Männer an, nicht oder nur wenig in der Muttersprache lesen und schreiben zu können. Bei den Migranten/innen anderer Ethnizität waren es 32,7% der Frauen und 31,9% der Männer. Etwa zwei Drittel der Patientinnen und Patienten nicht-deutscher Ethnizität sind demnach über schriftliche Materialien in der Muttersprache erreichen (Tab.26).

Tab. 26: Lese- und Schreibfähigkeit in der Muttersprache nach Geschlecht und Ethnizität

Lese- und Schreibfähigkeit in der Muttersprache Selbsteinschätzung	Frauen		Männer	
	türk/kurd (n=160)	andere (n=119)	türk/kurd (n=74)	andere (n=72)
gar nicht	12,5	13,4	5,4	11,1
wenig	13,1	9,2	12,2	8,3
einigermaßen gut	16,9	10,1	14,9	12,5
gut	27,5	13,4	33,8	22,2
sehr gut	30,0	53,8	33,8	45,8

Bei den Lese- und Schreibkenntnissen in deutscher Sprache zeigen sich deutliche geschlechts- und ethnizitätsspezifische Unterschiede. Während ca. 47% der türkischsprach-

chigen und 49% der Frauen anderer nicht-deutscher Ethnizität angaben über gute oder sehr gute deutsche Lese- und Schreibkenntnisse zu verfügen, taten dies in der Vergleichsgruppe der Männer ca. 62% der türkischsprachigen vs. ca. 40 % der Migranten anderer Ethnizität. Schriftliche Informationen in deutscher Sprache sind also insgesamt für über die Hälfte der Migrantinnen und Migranten ungeeignete Kommunikationsmittel (Tab.27).

Tab. 27: Lese- und Schreibfähigkeit in der deutschen Sprache nach Geschlecht und Ethnizität

Lese- und Schreibfähigkeit in der Muttersprache Selbsteinschätzung	Frauen		Männer	
	türk/kurd (n=161)	andere (n=119)	türk/kurd (n=75)	andere (n=73)
gar nicht	18,0	12,6	7,9	8,2
wenig	19,9	16,0	15,8	17,8
einigermaßen gut	14,9	21,8	14,5	34,2
gut	18,6	21,0	35,5	26,0
Sehr gut	28,6	28,6	26,3	13,7

In der Familie gesprochene Sprache

Für etwas mehr als die Hälfte der befragten Migrantinnen und Migranten ist die Muttersprache die in der in der Familie gesprochene Sprache. Bei etwa einem Drittel (wahrscheinlich die 2./3. Migrantengeneration) wird in der Familie sowohl deutsch als auch die Muttersprache gesprochen. Deutsch wird in der Familie/Partnerschaft von Patientinnen und Patienten türkischer/kurdischer Muttersprache im Vergleich zu Migranten/innen anderer Ethnizität kaum gesprochen (Tab. 28).

Tab. 28: In der Familie gesprochene Sprache nach Geschlecht und Ethnizität

In der Familie/Partnerschaft gesprochene Sprache	Frauen		Männer	
	türk/kurd (n=161)	andere (n=118)	türk/kurd (n=76)	andere (n=73)
deutsch	4,3	17,8	5,3	12,3
Muttersprache	57,1	50,0	60,5	53,4
eine andere Sprache	3,1	1,7	7,9	4,1
deutsch und Muttersprache	35,4	30,5	26,3	30,1

Bevorzugte Sprache bei Medien - Sprachpräferenz

Bei der Sprachpräferenz der Migrantinnen und Migranten, die in engem Zusammenhang mit den deutschen Sprachkenntnissen steht, zeigt sich ein deutlicher Altersgradient, wobei jüngere Migranten (die in Deutschland aufgewachsen sind) tendenziell die deutsche Sprache und ältere die Muttersprache bevorzugen. Insbesondere bei älteren Frauen türkischer/kurdischer Herkunft ist der Anteil derer, die die deutsche Sprache bevorzugen mit 4% sehr gering (29).

Tab. 29: Bevorzugte Sprache bei Medien nach Geschlecht und Ethnizität und Altersgruppen

Bevorzugte Mediensprache in %	Migrantinnen						Migranten					
	türk/kurd. (n=160)			andere nicht-dtsch. (n=114)			türk/kurd. (n=75)			andere nicht-dtsch. (n=71)		
Altersgruppe in Jahren	<30	30- 50	>50	<30	30- 50	>50	<30	30- 50	>50	<30	30- 50	>50
deutsch	63,2	35,7	4,0	61,2	61,4	45,5	68,8	54,8	27,3	74,1	32,1	53,3
andere Sprache	36,8	64,3	96,0	38,8	38,6	54,5	31,3	45,2	72,7	25,9	67,9	46,7

5.2. Wege in die Erste Hilfe

Der Wohnort der meisten Patientinnen und Patienten liegt in der Nähe zur jeweiligen Notfallambulanz, die sie mit ihren Krankheitssymptomen oder Beschwerden aufsuchen. Es ist davon auszugehen, dass Patientinnen und Patienten unabhängig von Geschlecht und Ethnizität im Notfall meist das nächstgelegene Krankenhaus in Anspruch nehmen (Tab. 30).

Tab. 30: Zeitliche Entfernung vom Wohnort zur Notfallambulanz

%	Frauen gesamt (n=472)	Frauen deutsch (n=213)	Frauen türk/kurd (n=159)	Frauen andere (n=110)	Männer gesamt (n=274)	Männer deutsch (n=138)	Männer türk/kurd (n=65)	Männer andere (n=67)
bis 10 Min.	48,1	46,0	55,3	44,5	52,6	47,8	65,3	50,7
11-20 Min.	34,3	34,3	30,8	37,3	27,7	29,7	20,0	31,3
21-30 Min.	12,3	11,7	11,3	13,6	13,9	14,5	13,3	11,9
> 30 Min.	5,3	8,0	2,5	4,5	5,8	8,0	1,3	6,0

Die Entscheidung, eine Notfallambulanz aufzusuchen, erfolgt meist durch die Patientinnen und Patienten selbst oder durch ihre Angehörigen. Weder zwischen den Geschlechtern noch auf der Grundlage der Ethnizität lassen sich deutliche Unterschiede bei der Entscheidungsfindung erkennen. (Tab. 31).

Tab. 31: Wer hat die Entscheidung getroffen, die Notfallambulanz aufzusuchen?

%	Frauen gesamt (n=492)	Frauen deutsch (n=224)	Frauen türk/krd (n=164)	Frauen andere (n=117)	Männer gesamt (n=290)	Männer deutsch (n=149)	Männer türk/krd (n=75)	Männer andere (n=73)
Patient/in selbst	55,1	56,3	53,0	59,0	55,9	51,7	62,7	56,3
Angehörige/ Partner/ Freun- de/Kollegen	28,3	24,6	34,2	24,0	25,1	26,8	22,6	26,0
Ärzte/innen	16,6	19,1	12,8	17,0	19,0	21,5	14,7	17,7

Betrachtet man die Zugangswege in die Notfallambulanz, so bestätigt sich in der Patientenbefragung das Ergebnis der bisherigen Analyse der Ersten Hilfe-Scheine (Braun 2002), wonach sich deutsche Patientinnen und Patienten häufiger durch die Feuerwehr oder Krankenwagen bzw. nach der Entscheidung durch einen Notarzt in die Klinik

bringen lassen als Migrantinnen und Migranten. Ebenfalls wird deutlich, dass Männer häufiger alleine in die Notfallambulanz kommen, während Frauen - insbesondere Patientinnen türkischer Herkunft - öfter von Angehörigen in die Klinik begleitet bzw. gebracht werden (Abb. 9)

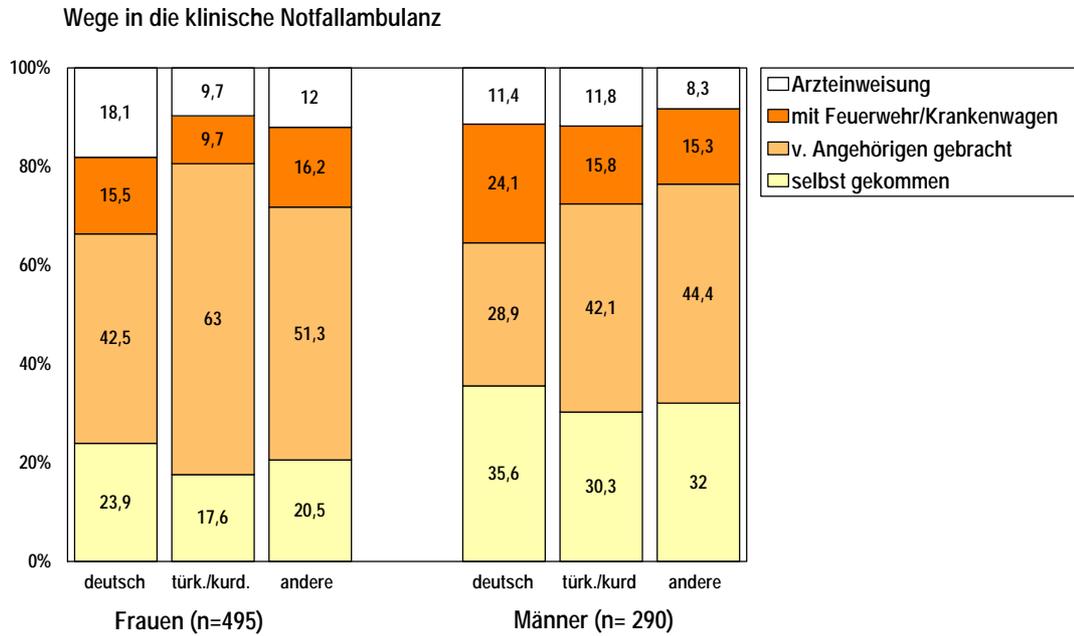


Abb. 9: Wie sind Sie in diese Notfallambulanz gekommen?

5.3. Beschwerden und Symptome der Patienten/innen

Die Beschwerden und Symptome, mit denen die Patientinnen und Patienten die Notfallambulanz aufsuchten, unterscheiden sich zwar deutlich je nach Geschlecht der Patienten jedoch kaum nach der Ethnizität. Eine Auflistung der am häufigsten genannten Beschwerden-/Symptomgruppen zeigt bei den Frauen Bauchschmerzen an erster Stelle, gefolgt von Übelkeit, Kreislaufbeschwerden, Atembeschwerden, Kopfschmerzen, Thorax-/Brustschmerzen und Rückenschmerzen. Männer dagegen kamen am häufigsten mit Atembeschwerden in die Erste Hilfe (Tab. 32 u. Tab. 33).

Tab. 32: Die häufigsten Beschwerden der befragten Frauen (n=486)

Mehrfachnennung möglich

Symptomgruppen	deutsch	türkisch/kurdisch	andere Ethnizität
1. Bauchschmerzen	35,9 %	37,8 %	32,2 %
2. Übelkeit /Erbrechen	18,4 %	15,9 %	16,9 %
3. Kreislaufbeschwerden Schwindel	17,5 %	19,5 %	14,4 %
4. Atembeschwerden	15,7 %	18,9 %	16,1 %
5. Kopfschmerzen	8,8 %	19,5 %	17,8 %
6. Thorax-/ Brustschmerzen	15,2 %	12,8 %	13,6 %
7. Rückenschmerzen	8,3 %	9,8 %	11,0 %

Tab. 33: Die häufigsten Beschwerden der befragten Männer (n=284)

Mehrfachnennung möglich

Symptomgruppen	deutsch	türkisch/kurdisch	andere Ethnizität
1. Atembeschwerden	20,0 %	18,9 %	16,1 %
2. Kreislaufbeschwerden/ Schwindel	24,1 %	13,5 %	15,3 %
3. Thorax-/ Brustschmerzen	18,6 %	17,6 %	20,8 %
4. Übelkeit /Erbrechen	19,3 %	20,3 %	16,7 %
5. Kopfschmerzen	13,1 %	13,5 %	18,1 %
6. Fieber, Schüttelfrost	11,0 %	14,9 %	9,7 %
7. Bauchschmerzen	12,4 %	17,6 %	12,5 %

Bei den Frauen unterschied sich die Rangfolge der Hauptbeschwerden nur hinsichtlich des Symptoms „Kopfschmerz“, das von Migrantinnen doppelt so häufig genannt wurde wie von deutschen Frauen. Bei den Männern zeigt sich, dass deutlich mehr deutsche Patienten über Herz- und Kreislaufbeschwerden klagen, während Migranten häufiger mit Kopfschmerzen und Bauchschmerzen in die Notfallambulanz kommen (Tab. 32 u. Tab. 33).

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass Patientinnen und Patienten deutscher wie nicht-deutscher Ethnizität die Notfallambulanzen sowohl mit akuten Beschwerden als auch mit bereits seit mehreren Tagen bestehenden Symptomen aufsuchen. So betrug der Anteil der Patientinnen und Patienten, die mit mehr als drei Tage bestehenden Beschwerden in die Erste Hilfe kamen bei deutschen Frauen 36,1%, bei türkeistämmigen 45,5% und bei Frauen anderer Ethnizität 45,8%. Bei den Männern hatten 51% der deutschen, 34,7% der türkeistämmigen und 45,9% der anderen Nationalitäten mehr als drei Tage seit dem Auftreten der Beschwerden mit der Inanspruchnahme der Notfallambulanz gewartet.

5.4. Schmerzwahrnehmung

Der Frage nach der Wahrnehmung aktueller Schmerzen wurde anhand einer Skala zur Stärke von 0 (= keine Schmerzen) bis 10 (= unerträglich starke Schmerzen) und der Lokalisationsangaben der Schmerzen nachgegangen. Im Interview konnten die Patientinnen und Patienten, die Schmerz als Symptom angaben, die schmerzenden Körperregionen in der vorgelegten Skizze eines männlichen bzw. weiblichen Körpers einzeichnen. In der Auswertung wurde ein Raster mit relativ feinteilig festgelegten Regionen über die Körperskizze gelegt, so dass eine systematische Auszählung der von den Patientinnen und Patienten markierten Schmerzregionen möglich war.

Abbildung 8 zeigt den prozentualen Anteil der Patienten/innen, die mehr als 5 Schmerzregionen auf der Körperskizze einzeichneten in den verschiedenen Vergleichskollektiven sowie daneben Beispiele der Körperkonturskizzen mit von Patienten/innen eingezeichneten Schmerzregionen. Die Ergebnisse offenbaren deutliche Unterschiede zwischen deutschen und nicht-deutschen Patientinnen und Patienten bei der Schmerzwahrnehmung, wobei Migrantinnen und Migranten insgesamt deutlich mehr Schmerzregionen angaben als deutsche Patienten (Abb. 10).

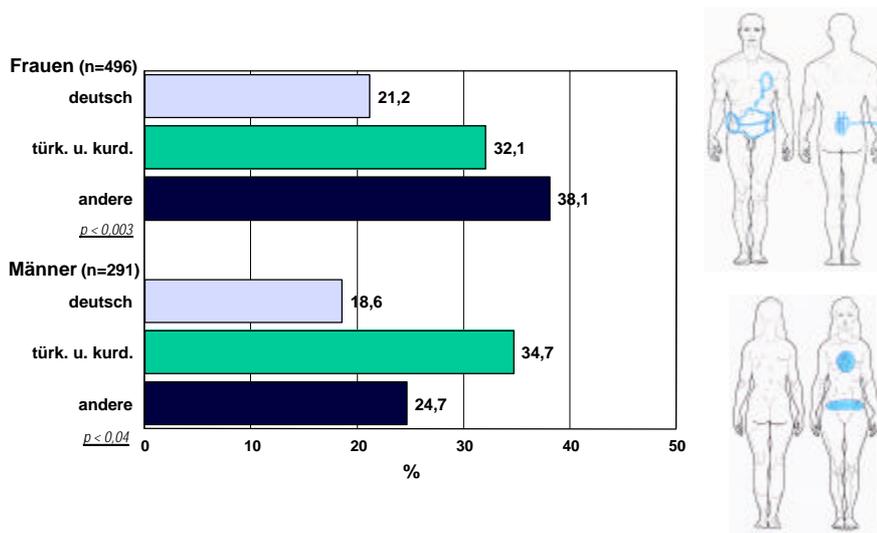


Abb. 10: Prozentualer Anteil der Patienten/innen mit mehr als 5 Schmerzregionen

Bei der Stärke der Schmerzen werden in der Altersgruppe der unter 50-jährigen Frauen keine Unterschiede zwischen deutschen und Migrantinnen erkennbar. Bei den älteren Frauen (50-65 Jahre) und bei den Männern zeichnete sich dagegen ab, dass Migrantinnen und Migranten einen höheren Wert wählten, um die Stärke ihrer Schmerzen charakterisieren (Abb. 11).

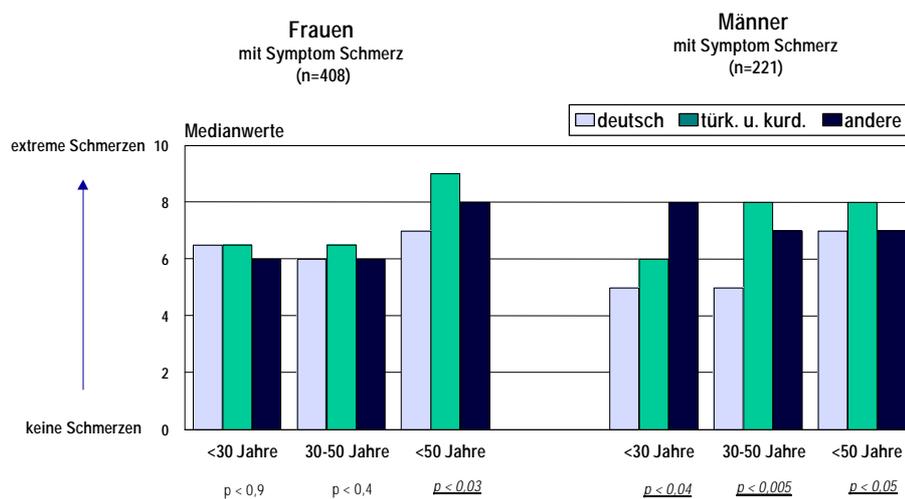


Abb. 11: Schmerzwahrnehmung nach Geschlecht, Ethnizität und Altersgruppen / Medianwerte

5.5. Erwartungen der Patienten/innen an die Erste Hilfe

Um die Erwartungen der Patientinnen und Patienten an die Erste Hilfe zu erfassen wurde eine offene Frage gestellt. Die Antworten wurden zunächst auf dem Fragebogen protokolliert und nach Abschluss der Befragung aller Patienten/innen anhand einer qualitativen inhaltsanalytischen Auswertung kategorisiert (Kategorien siehe Anhang). Von einzelnen Patienten/innen wurden zwischen einer und vier Erwartungen genannt, Mehrfachnennungen wurden in der Auswertung berücksichtigt.

Geschlechtsspezifische Unterschiede

Die „Linderung der Beschwerden“ stand für alle befragten Patienten/innen unabhängig von Ethnizität und Geschlecht an erster Stelle der Erwartungen, bei den Männern nahm der Wunsch nach „zügiger Behandlung“, bei den Frauen nach einer „gründlichen Untersuchung“ den zweiten Platz ein. An dritter Stelle wurde von Männern und Frauen „freundliches Personal“, an vierter „umfassende Versorgung“ und an fünfter Stelle „hohe fachliche Kompetenz“ genannt (Abb. 10).

Ethnizitätsspezifische Unterschiede

Innerhalb der Gruppe der Patientinnen lässt sich eine unterschiedliche Gewichtung der Erwartungen nach der Ethnizität der Frauen feststellen. Während der Wunsch nach „Beschwerdenlinderung“ von deutschen und türkisch/kurdischsprachigen Patientinnen etwa gleich häufig genannt wurde, wurde diese Erwartung bei Migrantinnen anderer Ethnizität deutlich häufiger angesprochen. Migrantinnen nannten häufiger den Wunsch nach einer „gründlichen Untersuchung“ in der Notfallambulanz als deutsche Frauen. Deutsche Patientinnen und türkischsprachige Migrantinnen äußerten häufiger als Migrantinnen anderer Ethnizität den Wunsch nach „zügiger Behandlung“, „freundlichem Personal“ und „umfassender Versorgung“. Die Erwartung an „hohe fachliche Kompetenz“ dagegen wurde häufiger von deutschen Frauen und Migrantinnen anderer Ethnizität geäußert.

Der Vergleich ethnizitätsspezifischer Unterschiede bei den befragten Männern zeigt deutlich höhere Erwartungen türkisch/kurdischsprachiger Patienten an „freundliches Personal“ eine „zügige Behandlung“ und eine „umfassende Versorgung“ im Verhältnis zu den anderen Vergleichsgruppen. Deutsche Männer legten mehr Wert auf „hohe fachliche Kompetenz“ und weniger Wert auf „freundliches Personal“ und eine umfassende Versorgung“ als die Männer nicht-deutscher Muttersprachen (Abb. 12).

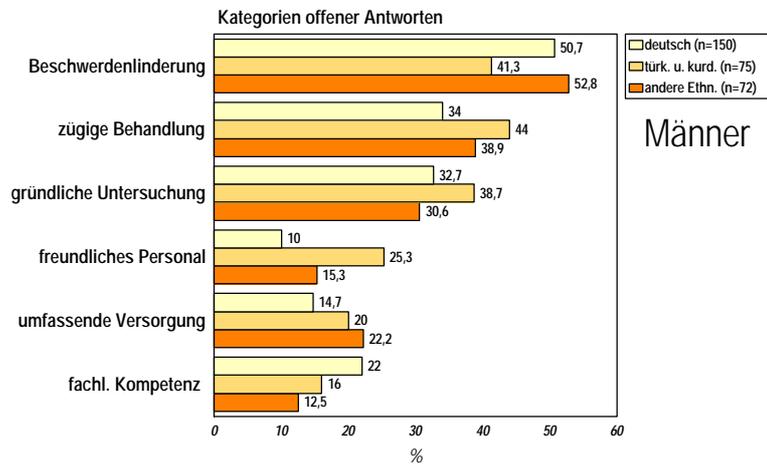
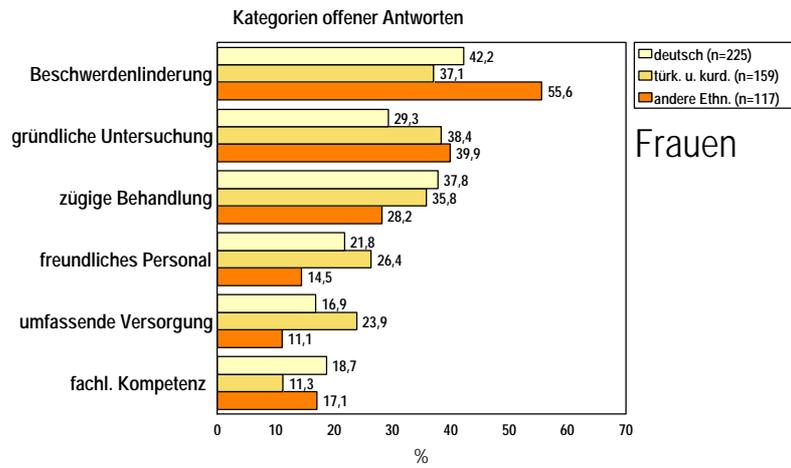


Abb. 12: Die wichtigsten Erwartungen der Patienten/innen an die Erste Hilfe-Ambulanz nach Geschlecht und Ethnizität

5.6. Dringlichkeit der Behandlung aus der Sicht der Patienten/innen

Die Patientenbefragung zeigt, dass sowohl deutsche als auch nicht-deutsche Patientinnen und Patienten der Notfallambulanz die Dringlichkeit der ärztlichen Behandlung insgesamt sehr hoch bewerteten. Während in den jüngeren Altersgruppen (bis 50 Jahre) keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen deutschen und nicht-deutschen Patienten sichtbar wurden, zeigt sich, dass ältere Migrantinnen und Migranten, die sich in der Ersten Hilfe vorstellten, ihren Gesundheitszustand wesentlich öfter als ernsthaft bedroht einschätzten als ältere deutsche Patienten (Abb. 13).

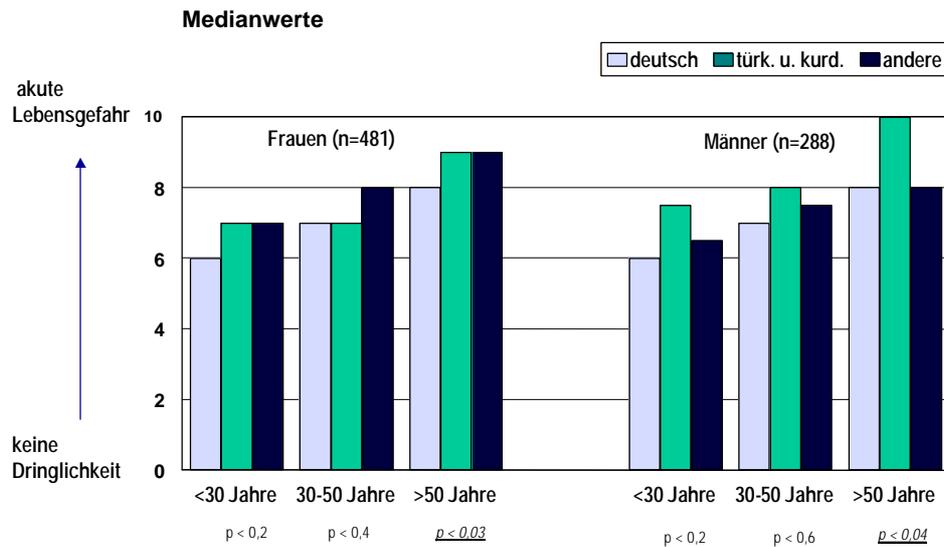


Abb. 13: Dringlichkeit der ärztlichen Behandlung aus Patientensicht

5.7. „Self-management“ vor Inanspruchnahme der Notfallambulanz

Anhand spezifischer Fragen im Interview ließen sich Hinweise darauf gewinnen, wie Patientinnen und Patienten in die Gesundheitsversorgung eingebunden sind und ob sie vor Inanspruchnahme der Erste Hilfe-Stelle versucht hatten, die Beschwerden durch Eigenhilfemaßnahmen zu lindern. Der größte Teil der Patientinnen und Patienten hatte versucht, mit eigenen Mitteln die Symptome zu bewältigen und griff dabei meist gleichzeitig auf unterschiedliche Maßnahmen zurück. Als Eigenhilfemaßnahmen wurden die Einnahme von Medikamenten, Ruhe/Schonung, Wärme oder Kältebehandlungen sowie Kontrolle durch Messen von Fieber, Blutdruck oder Blutzucker in allen Vergleichsgruppen am häufigsten genannt. Auch die Kontaktaufnahme zu niedergelassenen Ärzten oder zu einem Krankentransport/Feuerwehr wurde von den Notfallpatienten relativ häufig als Eigenhilfemaßnahme bezeichnet (Tab.34).

Tab. 34: Art und Häufigkeit von Eigenhilfemaßnahmen vor der Inanspruchnahme der Rettungsstelle

Eigenhilfemaßnahmen % der Nennungen bei Mehrfachnennung	Frauen deutsch (n=225)	Frauen türk/kurd (n=162)	Frauen andere (n=119)	Männer deutsch (n=148)	Männer türk/kurd (n=76)	Männer andere (n=73)
Medikament eingenommen	32,0	38,3	42,9	43,2	32,9	31,5
Ruhe und Schonung	37,8	34,6	38,7	31,8	30,3	37,0
Kälte-/Wärmebehandlung	26,6	12,3	16,6	10,8	17,1	19,1
Bewegung /Übungen	11,6	4,4	6,7	7,4	13,1	8,1
Werte gemessen	16,0	10,5	14,3	20,3	11,8	15,1
etwas gegessen/getrunken	17,8	22,2	21	18,9	17,1	26
niedergelassenen Arzt auf- gesucht	25,3	19,8	21,8	18,2	19,7	17,8
Feuerwehr/Krankenwagen gerufen	9,8	8,0	10,9	10,8	2,6	6,8
sonstiges	17,3	17,2	13,4	29,8	22,3	19,2
keine Eigenhilfemaßnahme	19,1	22,8	21,0	10,8	28,9	20,5

Ein gewisser Anteil der befragten Patienten/innen gab an, vor der Inanspruchnahme der Notfallambulanz selbst keinerlei Maßnahmen der Selbsthilfe angewendet zu haben, sondern direkt in die Notfallambulanz gekommen zu sein. Während sich bei den Frauen unterschiedlicher Ethnizität kaum Unterschiede zeigten, scheint die Ethnizität bei den Männern Einfluss auf die Gewohnheiten des *self-managements* zu haben, denn deutlich weniger deutsche Männer (10,8% vs. 28,9% und 20,5%) gaben an vor der Inanspruchnahme der Notfallambulanz keine Eigenhilfemaßnahmen angewandt zu haben.

Interessante Ergebnisse zeigte auch der Vergleich der verschiedenen Alters- und Ethnizitätsgruppen. Während sich bei den Frauen aller Herkunftsgruppen abzeichnet, dass eher jüngere Frauen ohne vorherige Eigenhilfemaßnahmen in die Notfallambulanz kamen, ergibt sich bei den Männer ein recht heterogenes Bild. Fast die Hälfte der <50-

jährigen und ca. 35% der männlichen Migranten türkischer/kurdischer Herkunft gaben an, keine Eigenhilfe angewendet zu haben. Bei den jüngeren deutschen Männern (<30 Jahre alt) und bei den älteren Migranten anderer Ethnizität (>50 Jahre alt) dagegen, hatten alle Patienten Maßnahmen des *self-managements* ergriffen (Abb. 14).

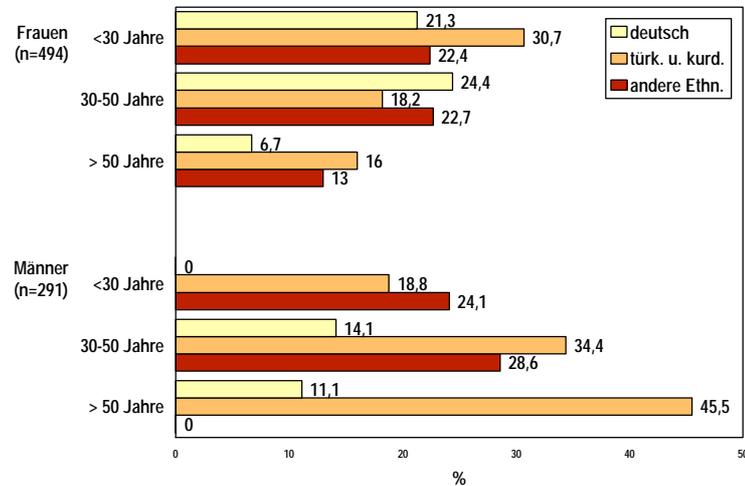


Abb. 14: Keine Eigenhilfemaßnahme vor Inanspruchnahme der Notfallambulanz nach Geschlecht, Ethnizität und Altersgruppe der Patienten/innen in %

Die Einnahme von Medikamenten, insbesondere Schmerzmittel, nahm bei den Eigenhilfemaßnahmen vor der Inanspruchnahme der Notfallambulanz eine vorrangige Stellung ein. Der Vergleich der Männer verschiedener Alters- und Ethnizitätsgruppen offenbart, dass jüngere deutsche Männer (<30 Jahre alt) deutlich häufiger Schmerzmittel zu sich genommen hatten. Bei den Frauen zeigt sich die Tendenz, dass Migrantinnen der Altersgruppe 30-50 Jahre häufiger Schmerzmittel eingenommen hatten als deutsche Frauen, während sich in der Gruppe der Frauen >50 Jahren kaum Unterschiede zeigten (Abb. 15). Für die Interpretation der ethnizitätsspezifischen Unterschiede bei den jüngeren Frauen zur Häufigkeit der Einnahme von Schmerzmitteln sind weitere Analysen notwendig, die z.B. Aspekte wie eine bestehende Schwangerschaft berücksichtigen.

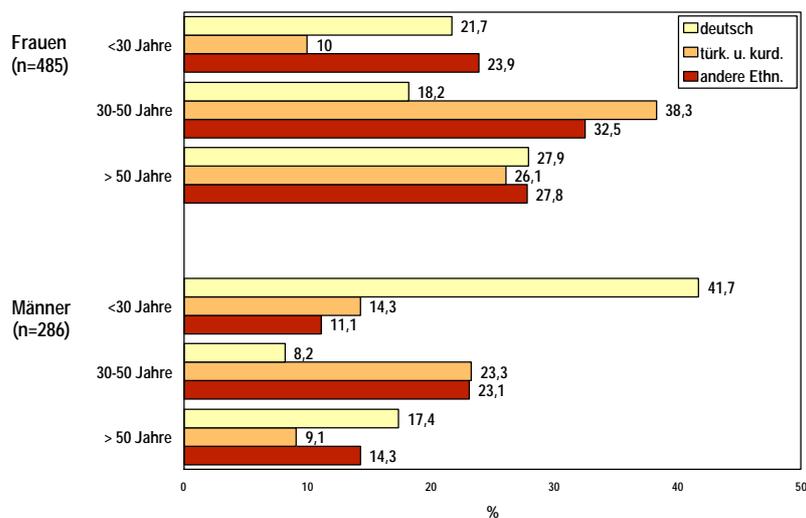


Abb. 15: Einnahme von Schmerzmitteln als „self-management“ vor Inanspruchnahme der Ersten Hilfe

5.8. Informationsquellen zur Gesundheit und Gesundheitsversorgung

Informationsquellen zur Gesundheit

Wissen über den eigenen Körper und Möglichkeiten der Selbsthilfe bei Beschwerden können die Symptominterpretation und die Inanspruchnahme von Rettungswachen ebenso beeinflussen wie Kenntnisse über die Struktur der Gesundheitsversorgung. Da gezielte Informationen eine Möglichkeit der Steuerung des Inanspruchnahmeverhaltens sind, wurden die Patienten/innen nach ihren üblichen Informationsquellen zum Themenbereich Gesundheit, Krankheit und Körper sowie zur Gesundheitsversorgung befragt.

Geschlechtsspezifische Unterschiede

Auffällig war, dass Ärzte und Ärztinnen unabhängig von Geschlecht und der Ethnizität der Patienten/innen am häufigsten als Informationsquelle genannt wurden.

Der Vergleich zwischen männlichen und weiblichen Patienten/innen ergab kleine geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Gewichtung der Informationsquellen. Frauen nannten häufiger Ärztinnen und Ärzte, Bücher und Zeitschriften, Familienangehörige und Freunde/innen, während Männer ihre Informationen offensichtlich eher durch Fernsehen und Radio, Partner/in und das Internet erwerben. Informationen der Krankenkasse wurde insgesamt nur von ca. 13% der befragten Männer und Frauen genannt (Abb. 16, Tab. 34).

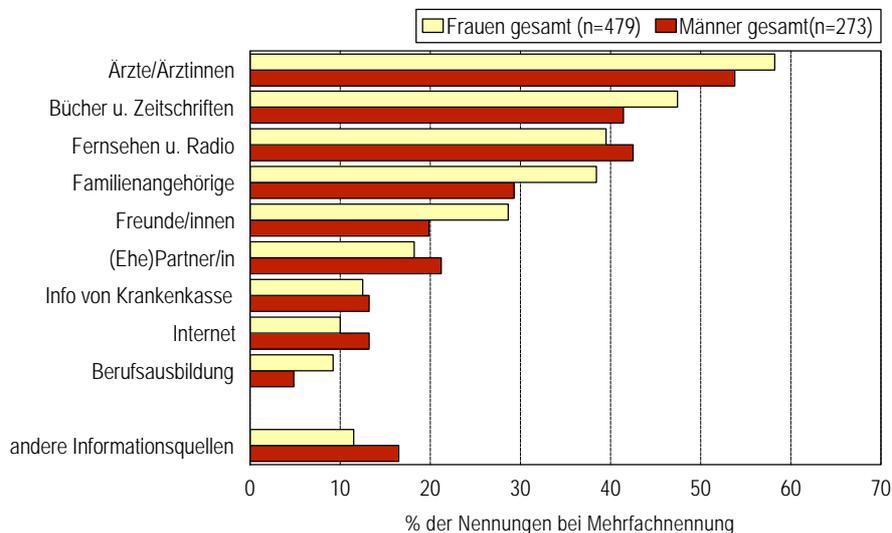


Abb. 16: Informationsquellen über Gesundheit nach Geschlecht der Patienten/innen

Ethnizitätsspezifische Unterschiede

Die Ethnizität hatte einen deutlich größeren Einfluss auf die Wahl bzw. die zur Verfügung stehenden Informationsquellen der Patientinnen und Patienten als das Geschlecht. So spielen bei den männlichen Migranten persönliche Kontakte und Gespräche mit Ärz-

ten und Ärztinnen, Familienangehörigen und Freunden/innen bei der Information über Gesundheit und Krankheit eine deutlich wichtigere Rolle als für deutsche Männer. Bücher und Zeitschriften sowie Radio und Fernsehen sind für deutsche und türkisch/kurdischsprachige Männer wichtiger als für Migranten anderer Ethnizität, denen möglicherweise kaum muttersprachliche Informationsmedien zur Verfügung stehen. Das Internet dagegen wird von Migranten türkischer Herkunft weniger als Informationsquelle genutzt. Informationen der Krankenkasse nannten 17,5% der befragten deutschen Männer gegenüber ca. 10% der männlichen Migranten (Abb. 17).

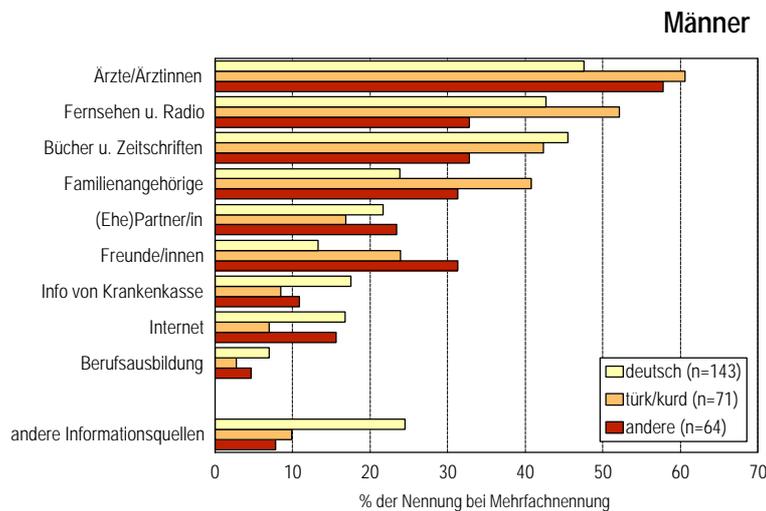


Abb. 17: Informationsquellen der Patienten nach Ethnizität

Bei den Frauen ergibt sich ein etwas anderes Bild. Auffällig ist hier, dass Bücher und Zeitschriften sowie Informationen der Krankenkasse und das Internet von deutlich mehr deutschen Frauen als von Migrantinnen genannt wurden. Für Migrantinnen türkisch/kurdischer Herkunft sind Ärzte und Ärztinnen sowie Radio und Fernsehen im Vergleich zu den vergleichskollektiven wichtigere Informationsquellen. Frauen anderer Ethnizität nannten vergleichsweise häufiger mündliche Informationen von Familienangehörigen und Freunden/innen (Abb. 18, Tab. 35).

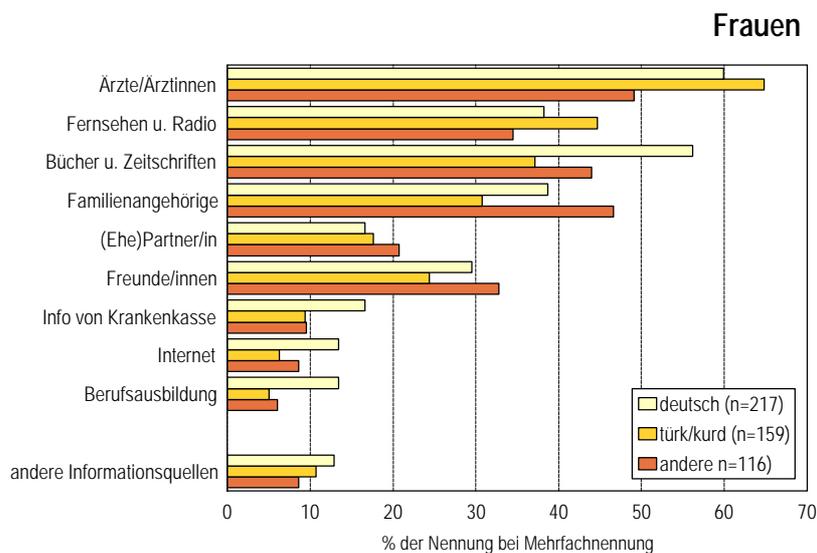


Abb. 18: Informationsquellen der Patientinnen nach Ethnizität

Tab. 35: Prozentuale Verteilung der genannten Informationsquellen zur Gesundheit nach Geschlecht und Ethnizität der Patienten/innen

Informationsquellen % der Nennungen bei Mehrfachnennung	Frauen gesamt (n=479)	Frauen deutsch (n=217)	Frauen türk/krd (n=159)	Frauen andere (n=116)	Männer gesamt (n=273)	Männer deutsch (n=143)	Männer türk/krd (n=71)	Männer andere (n=64)
(Ehe)Partner/in	18,2	16,6	17,6	20,7	21,2	21,7	16,9	23,4
Familienangehörige	38,4	38,7	30,8	46,6	29,3	23,8	40,8	31,3
Freunde/innen	28,6	29,5	24,4	32,8	19,8	13,3	23,9	31,3
Fernsehen u. Radio	39,5	38,2	44,7	34,5	42,5	42,7	52,1	32,8
Bücher u. Zeitschriften	47,4	56,2	37,1	44,0	41,4	45,5	42,3	32,8
Internet	10,0	13,4	6,3	8,6	13,2	16,8	7,0	15,6
Info von Krankenkasse	12,5	16,6	9,4	9,5	13,2	17,5	8,5	10,9
Ärzte/Ärztinnen	58,2	59,9	64,8	49,1	53,8	47,6	60,6	57,8
Berufsausbildung	9,2	13,4	5,0	6,0	4,8	7,0	2,8	4,7
andere	11,5	12,9	10,7	8,6	16,5	24,5	9,9	7,8

Informationsquellen zur Gesundheitsversorgung

Auch die Frage, wie sich Patienten/innen über die Angebote und Verfügbarkeit der Gesundheitsversorgung informieren und wie der „richtige“ Arzt oder die angemessene Versorgungsstelle gefunden wird, könnte eine Rolle für die Inanspruchnahme von Notfallambulanzen spielen. Gleichzeitig könnten hier Möglichkeiten der Steuerung der Inanspruchnahme ansetzen. In unserer Untersuchung wurde diesem Aspekt mit der Frage: „Wie informieren Sie sich über die Gesundheitsversorgung? (z. B. welche Ärzte, welches Krankenhaus für Sie in Frage kommen)“ nachgegangen (Tab. 36).

Tab. 36: Informationsquellen über die Gesundheitsversorgung nach Geschlecht und Ethnizität der Patienten/innen

Informationsquellen % der Nennungen bei Mehrfachnennung	Frauen gesamt (n=469)	Frauen deutsch (n=217)	Frauen türk/krd (n=159)	Frauen andere (n=116)	Männer gesamt (n=275)	Männer deutsch (n=142)	Männer türk/krd (n=74)	Männer andere (n=64)
Gespräche mit anderen	77,2	73,0	82,1	78,4	75,9	65,5	78,4	65,6
Telefonbranchenbuch	18,1	25,6	10,3	13,5	16,9	23,2	8,1	7,8
Krankenkasse	3,0	6,0	1,3	0	4,8	2,1	1,4	3,1
Zeitungen, Radio, TV	6,0	6,5	3,8	9,9	7,2	5,6	8,1	9,4
Internet	3,6	5,6	1,3	2,7	7,2	5,6	1,4	7,8
andere	30,3	28,8	32,1	31,5	24,1	41,5	37,8	34,4

Die wichtigste Informationsquelle waren für 77% der Patientinnen und 75% der Patienten Gespräche mit anderen, Migrantinnen gaben diese Informationswege häufiger an als deutsche Patienten/innen. Deutsche Frauen und Männer zogen wiederum häufiger das Branchentelefonbuches und das Internet zu Rate. Die Krankenkassen haben bei der Information über die Versorgungsangebote offensichtlich sowohl für deutsche als auch für Migranten/innen nur eine geringe Bedeutung

5.9. Versorgung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte

Die Studie zeigt, dass der größte Anteil der befragten Notfallpatienten einen Hausarzt haben. Während Migrantinnen und Migranten türkischer Herkunft in ähnlicher Weise wie deutsche Patienten in die hausärztliche Versorgung eingebunden sind, gilt dies für Migrantinnen und Migranten anderer Ethnizität in deutlich geringerem Maße (Abb. 19).

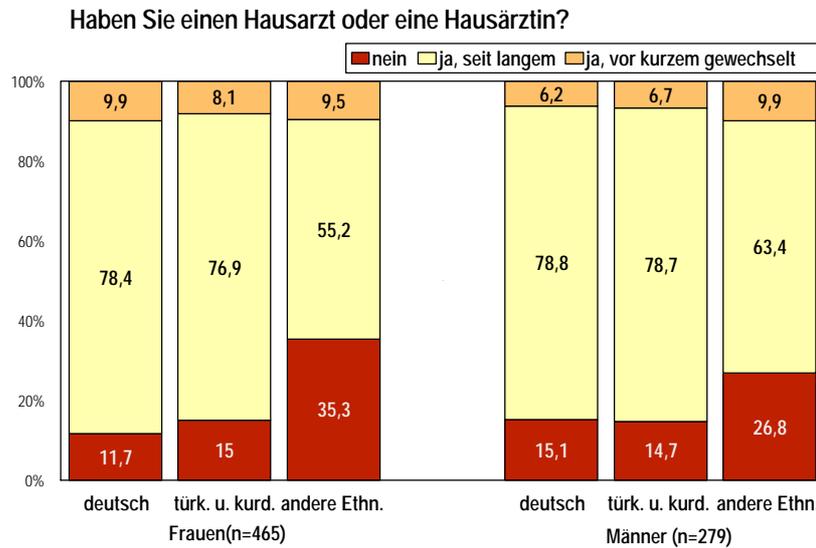


Abb. 19: Einbindung in die hausärztliche Versorgung

Für alle Vergleichsgruppen lässt sich zusammenfassen, dass deutlich mehr ältere als jüngere Patientinnen und Patienten berichten, einen Hausarzt zu haben. Während etwa ein Viertel der jüngeren deutschen und türkeistämmigen Patientinnen und Patienten keinen Hausarzt hatte, war der Anteil von 50% bei den < 30-jährigen Frauen und ca. 36% bei den Männern anderer Ethnizität auffällig hoch (Abb. 20).

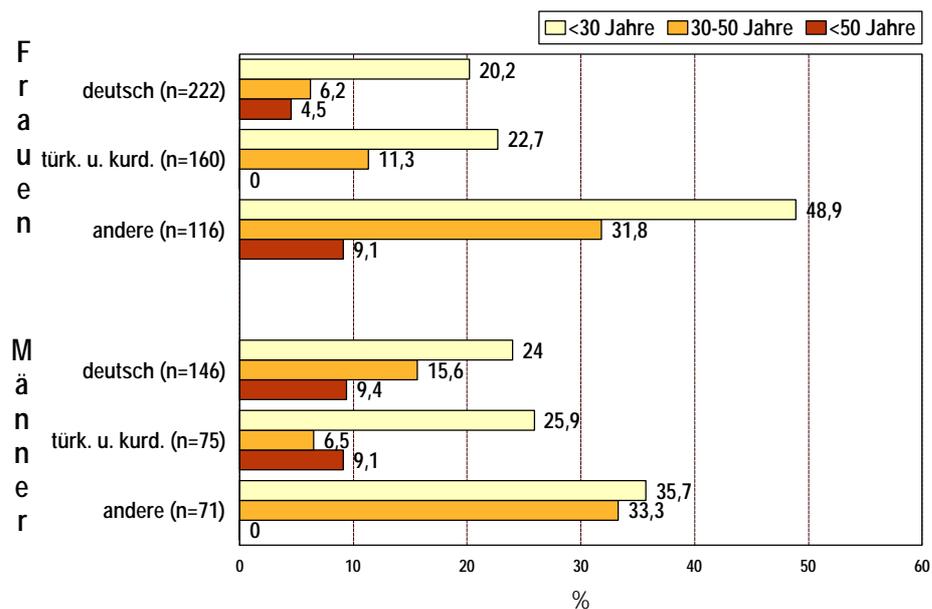


Abb. 20: Einbindung in die hausärztliche Versorgung - Ethnizität und Alter

Die Frage nach der hausärztlichen Versorgung wurde um den Aspekt der Inanspruchnahme niedergelassener Ärztinnen und Ärzte während der vergangenen 12 Monate ergänzt. Auch hier zeigt sich bei den Migrantinnen und Migranten türkischer Herkunft ein ähnliches Muster im Inanspruchnahmeverhalten wie bei den deutschen Patienten. Lediglich Zahnärzte wurden von deutschen Männern und Frauen und Urologen von deutschen Frauen häufiger aufgesucht. Patientinnen und Patienten anderer Ethnizität dagegen nahmen wesentlich weniger Fachärzte in Anspruch (Tab.37).

Tab. 37: Inanspruchnahme niedergelassener Ärzte während der vergangenen 12 Monate

% der Nennungen	Frauen deutsch (n=226)	Frauen türk./kurd. (n= 165)	Frauen and.Ethn. (n=119)	Männer deutsch (n=149)	Männer türk./kurd. (n=76)	Männer and.Ethn. (n=73)
Hausarzt	79,6	77,0	51,1	79,9	80,3	71,2
Frauenarzt	68,1	77,6	66,4	-	-	-
Zahnarzt	60,6	49,7	48,7	61,1	55,3	41,1
Orthopäde	31,9	30,9	24,4	30,2	31,6	15,1
Hautarzt	24,8	20,6	11,8	17,4	17,1	11,0
Internist	18,6	13,3	16,0	23,5	17,1	9,6
Psychiater/Neurologe	18,1	18,8	14,3	16,8	14,5	13,7
Urologe	10,2	5,5	5,9	15,4	15,8	12,3
andere Ärzte	34,5	34,5	23,5	46,3	38,2	31,5
keine Praxis aufgesucht	3,5	3,0	6,7	4,0	3,9	19,2

5.10. Stress und Belastungen während der vergangenen Woche

Ausgehend von der Annahme, dass Stress und Belastungen Krankheitssymptome, Beschwerden und Gesundheitsstörungen auslösen und die Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung beeinflussen können, wurde im Interview der Frage nach spezifischen Belastungen der Patienten/innen während der vergangenen 7 Tage nachgegangen. Die Patienten/innen konnten anhand einer Skala (0=keine Belastungen bis 10=extreme Belastungen) den empfundenen Grad ihrer Belastung zu verschiedenen Bereichen des Lebens angeben.

- a. Belastungen bei der Arbeit oder im Haushalt/Hausarbeit
- b. Belastungen in der Partnerschaft/Familie
- c. Alltagsstress (Verkehr, Behörden, Einkaufen u.a.)
- d. Belastungen durch eine Erkrankung
- e. Belastungen durch besondere Ereignisse²

Geschlechtsspezifische Unterschiede

Die befragten Frauen gaben deutlich höhere Medianwerte bei den Belastungen durch Arbeit oder Haushalt und bei den Belastungen in der Partnerschaft oder Familie an als die Männer. Männer (v.a. nicht-deutscher Herkunft) dagegen nannten höhere Werte bei den Belastungen im Alltag (Alltagsstress) (Abb. 16)

Ethnizitätsspezifische Unterschiede

Weitere Aufschlüsse bietet der Vergleich auf der Basis der Ethnizität der befragten Patientinnen und Patienten.

Bei den Migrantinnen zeigen sich im Vergleich zu den deutschen Frauen deutlich höhere Belastungsgrade in Bezug auf die Arbeit und in Bezug auf die Familie/Partnerschaft. Migrantinnen türkischer/kurdischer Muttersprachen gaben höhere Werte bei Belastungen durch Alltagsstress und Belastungen im Zusammenhang mit einer Erkrankung an als deutsche Frauen und Frauen anderer Ethnizität. Alltagsstress hatte für die letztgenannte Gruppe die geringste Bedeutung .

Bei den Männern ergaben sich für Migranten türkischer/kurdischer Herkunft bei allen erfragten Lebensbereichen die höchsten Belastungsgrade. Kaum Unterschiede zeichneten sich bei den angegebenen Belastungen zwischen deutschen Patienten und Patienten anderer nicht-deutscher Herkunft ab, allerdings erinnerten deutsche Männer weniger Belastungen durch Partnerschaft und Familie (Abb. 21).

² Da Belastungen durch besondere Ereignisse kaum genannt wurden, und wenn, dann als Extremwerte, wird auf die vergleichende Betrachtung dieses Aspekts hier verzichtet.

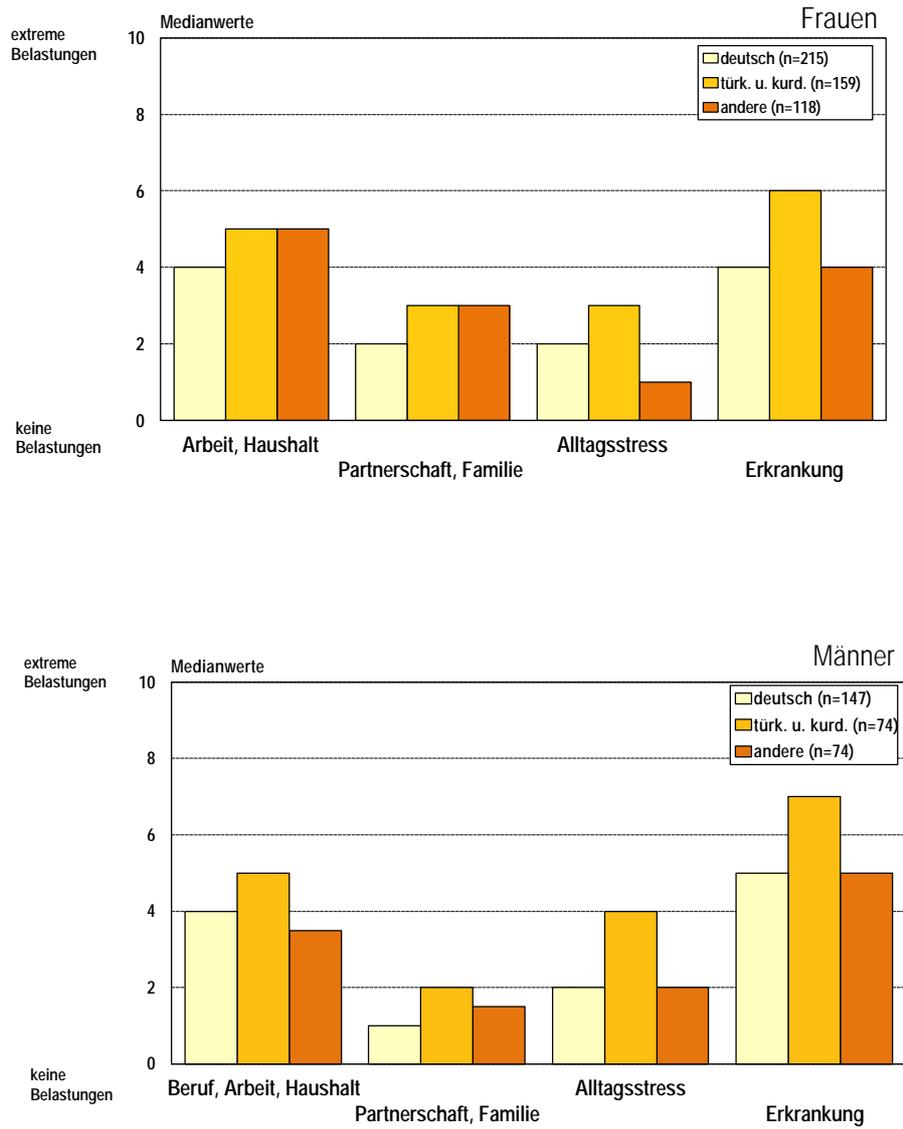


Abb. 21: Angegebener Grad der Belastungen während der Woche vor der Inanspruchnahme der Notfallambulanz

5.11. Schmerzhäufigkeit im Alltag

Belastungen durch Schmerzen im Alltag wurde anhand einer Frage zur Schmerzhäufigkeit im Alltag nachgegangen, bei der die Patientinnen und Patienten in Bezug auf verschiedene Körperregionen angeben konnten, ob sie „nie“, „selten“, „manchmal“ oder „häufig“ unter Schmerzen leiden. Für den geschlechts- und ethnizitätsspezifischen Vergleich und die folgende Darstellung werden hier Patienten/innen betrachtet, die über häufige Schmerzen im Alltag berichteten.

Geschlechtsspezifische Unterschiede

Zunächst fällt auf, dass der größte Teil der männlichen und weiblichen Patienten/innen, die häufig unter Schmerzen im Alltag leiden, diese im Bereich des Rückens, des Kopfes und der Glieder lokalisierten. Insgesamt liegt der Anteil der befragten Frauen mit häufigen Schmerzbelastungen in diesen Körperbereichen und bei Schmerzen im Unterbauch allerdings deutlich höher als bei den Männern. Über häufige Schmerzen im Brustbereich berichteten dagegen deutlich mehr Männer (vgl. Abb.22 u. Abb.23).

Ethnizitätsspezifische Unterschiede

Neben dem Geschlecht stellt die Ethnizität bei der Schmerzbelastung und –wahrnehmung einen wesentlichen Einflussfaktor dar. Häufige Belastungen durch Kopf- und Gliederschmerzen werden signifikant öfter von Migrantinnen und Migranten türkischer/kurdischer Herkunft angegeben als von Migrantinnen und Migranten anderer Ethnizität und deutschen Männern und Frauen. Magenschmerzen dagegen belasten häufiger männliche Migranten anderer Ethnizität. Bei Rückenschmerzen weisen die deutschen im Vergleich zu den anderen Männern höhere Werte auf (Abb. 22 und Abb. 23).

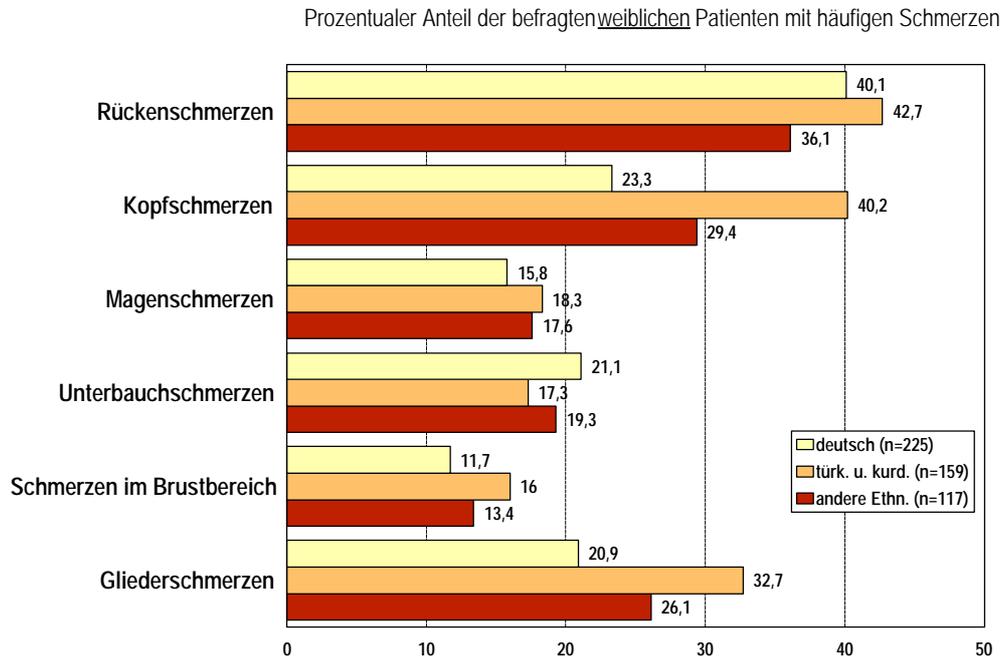


Abb. 22: Prozentualer Anteil der befragten Frauen mit häufigen Schmerzen im Alltag

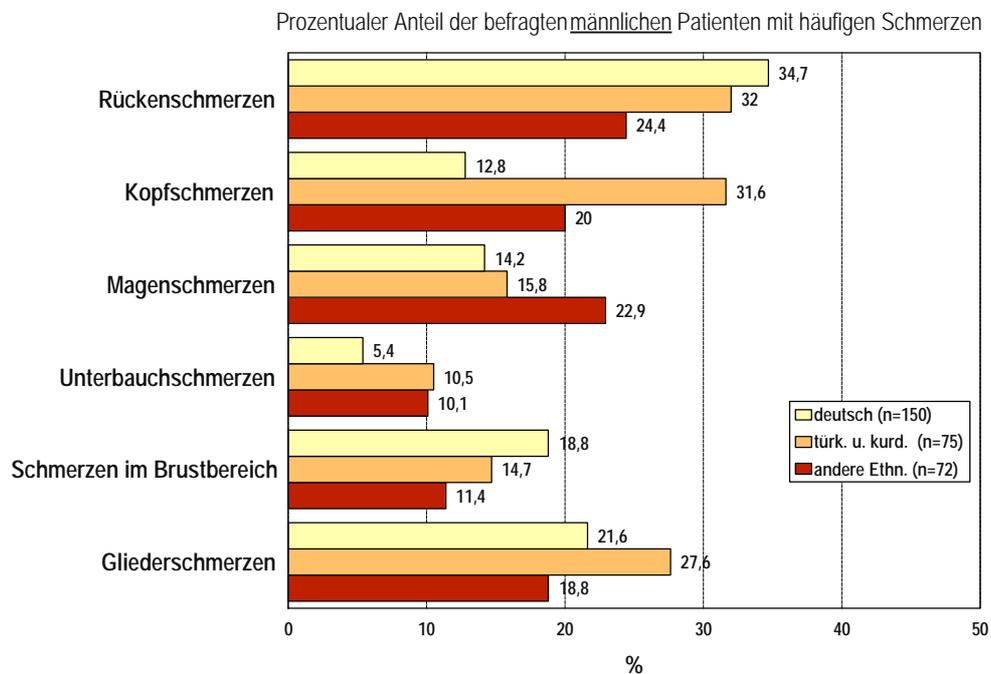


Abb. 23: Prozentualer Anteil der befragten Männer mit häufigen Schmerzen im Alltag

5.12. Gewalterfahrungen und Inanspruchnahme der Notfallambulanz

Rettingsstellen sind im Falle von akuten Gewalterfahrungen häufig eine erste Anlaufstelle. In den letzten Jahren ist dieser Thematik vermehrt Aufmerksamkeit geschenkt worden. So werden z.B. im Rahmen des S.I.G.N.A.L.-Projektes in Notfallambulanzen tätige Ärztinnen und Ärzte für Opfer von Gewalt mittels Fortbildungen und Schulungen sensibilisiert und ihnen Kompetenzen für eine verbesserte Versorgung vermittelt. (Begleitforschung: P. Brzank, H. Hellbernd, U. Maschewsky-Schneider, Berliner Zentrum Public Health).

In unserer Studie wurden die Patientinnen und Patienten im Interview gefragt, ob ihre Beschwerden im Zusammenhang mit einer Gewalterfahrung stehen. Die sie behandelnden Mitarbeiter/innen wurden im Rahmen der Mitarbeiter/innenbefragung in einem Fragebogen gefragt, ob ihrer Meinung nach, die Beschwerden der Patienten/innen im Zusammenhang mit Gewalterfahrung stehen könnten.

Insgesamt fiel auf, dass der Anteil der Patienten/innen die auf diese Frage mit einem klaren „ja“ oder mit „ja, möglich“ antworteten vor allem bei Patientinnen und Patienten nicht-deutscher Muttersprache deutlich höher liegt als bei Deutschen.

Jüngere Migrantinnen türkischer/kurdischer Muttersprache erwähnten häufiger Gewalterfahrungen als ältere (>50 Jahre). Bei den Migrantinnen anderer nicht-deutscher Ethnizität war gerade der Anteil der von Gewalt berichtenden Frauen in der Altersgruppe der über 50jährigen besonders hoch.

Auch bei den Männern zeigte sich, dass Migranten häufiger aufgrund von Gewalterfahrungen die Notfallambulanzen aufsuchten als deutsche. Die höchsten Werte wiesen Migranten der Altersgruppe 30-50 Jahre auf (Abb. 24).

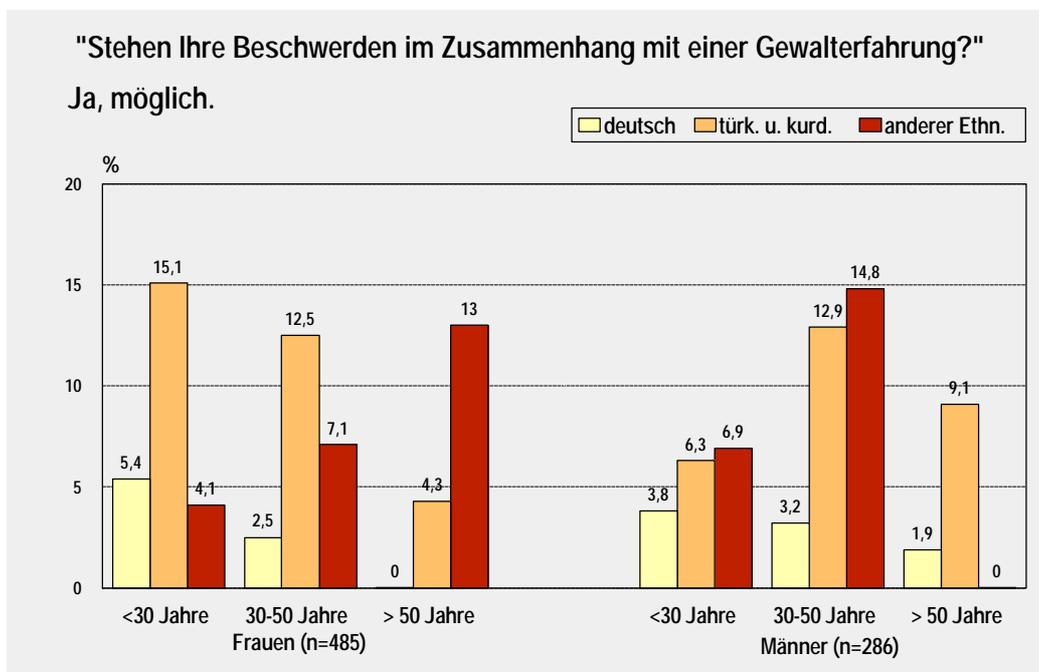


Abb. 24: Prozentualer Anteil der Patienten/innen, deren Beschwerden auf Gewalterfahrungen zurückgehen nach Geschlecht, Ethnizität und Alter

6. Ergebnisse der Analyse der Erste Hilfe-Scheine (EHS)

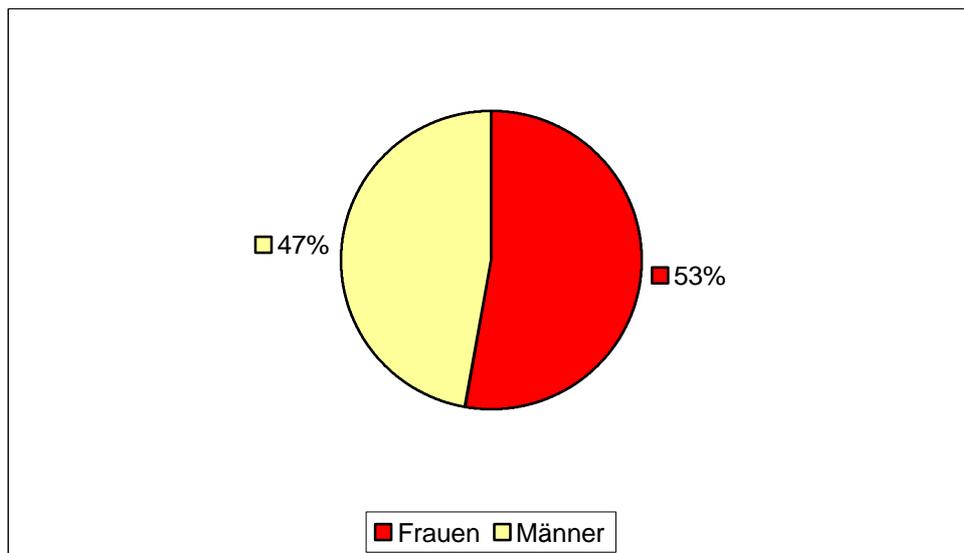
Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse beziehen sich ausschließlich auf die internistischen sowie neurologischen und psychiatrischen Patienten/innen. In der weiteren Darstellung werden die Ergebnisse dieser Teilstichprobe stets als einheitliche Gruppe dargestellt und als internistische Patienten bezeichnet. Es wird nicht mehr zwischen den drei Fachrichtungen unterschieden.

6.1. Beschreibung der Stichprobe Patienten/innen

Geschlecht

Die Stichprobe der internistischen Patienten/innen schloss 4930 ausgewertete EHS ein. Frauen waren zu 52,7% (n=2600), Männer zu 47,3% (n=2330) in der Stichprobe vertreten (Abb. 25).

Abb. 25: Geschlechtsverteilung der internistischen Patienten/innen



Ethnizität

Der Anteil der Migrantinnen/innen der internistischen Patienten/innen liegt insgesamt bei 32%. 29% der Frauen und 34% der Männern sind Migrantinnen/innen. 18,1% der Patientinnen/innen sind türkisch/kurdischer Herkunft, 3,6% aus dem arabisch/persischen Sprachraum, 3,4% kommen aus Südosteuropa und 3% aus Osteuropa. 2% der Patientinnen/innen sprachen andere europäische (inklusive englisch, französisch, spanisch und portugiesisch) Sprachen. Etwa 1% der Patientinnen/innen sprachen ostasiatische und 0,5% afrikanische Sprachen. 67 Frauen und 51 Männer konnten trotz Sprachanalyse keiner Ethnizität sicher zugeordnet werden.

Bei der Analyse der Ethnizität fallen geschlechtsspezifische Unterschiede auf. Es stellen sich deutlich mehr Männer als Frauen aus arabischen Ländern vor, ebenso mehr Männer aus der Türkei, im Gegensatz zu einem höheren Frauenanteil bei Patienten/innen aus Südost- und Osteuropa (Tab. 38).

Tab. 38: Prozentuale Verteilung der Patienten/innen nach Ethnizität und Sprachgruppen

Ethnizität	Frauen		Männer	
	n	%	n	%
Deutsch	1792	70,7	1492	65,4
Türkisch u. kurdisch	440	17,4	436	19,1
Arabisch, persisch u.a Nahost	64	2,5	108	4,7
Südosteurop. Sprachen	89	3,5	75	3,3
Osteuropäische Sprachen	80	3,2	65	2,9
Übrige europ. Sprachen	40	1,6	62	2,7
Ostasiatische Sprachen	21	0,8	27	1,2
Afrikanische Sprachen	7	0,3	16	0,7
gesamt	2533	100	2281	100

In der weiteren Darstellung wird vereinfachend nur noch eine Unterteilung in deutsche, türkische und Patient/innen anderer Herkunft vorgenommen. Türkische Migranten/innen stellen die weitaus größte Subgruppe dar und werden deshalb als separates Kollektiv den deutschen Patienten/innen gegenübergestellt. Relevante Ergebnisse, die sich auf andere Ethnizitäten beziehen werden, unabhängig davon dargestellt.

Alter

Das Alter der Patient/innen lag zwischen 15 und 101 Jahren. In 12 Fällen lagen keine Altersangaben vor. Obwohl der Altersmedian sich fast gleich (Frauen 51 Jahre, Männer 49 Jahre) unterscheiden sich die Anteile in den Altersgruppen zum Teil deutlich. Zum einen fällt in der internistischen Rettungsstelle der hohe Anteil junger Frauen zwischen 15 und 29 Jahren und älterer Frauen über 65 Jahren auf. In den Altersgruppen zwischen 30 und 64 Jahren überwiegt der Männeranteil (Tab.39).

Tab. 39: Prozentuale Verteilung des Alters der Patienten/innen in Altersgruppen

Alter	Frauen		Männer	
	n	%	N	%
15-29 Jahre	609	24	380	16
30-49 Jahre	648	25	821	35
50-64 Jahre	487	19	555	24
>65 Jahre	838	32	570	24
gesamt	2592	100	2326	100

Wird das Alter der Patient/innen nach Ethnizität aufgeschlüsselt, ergeben sich weitere Unterschiede. So sind 44% der deutschen Frauen und 33% der deutschen Männer über 65 Jahre alt, Migranten/innen sind insgesamt jünger, dabei fallen jedoch leichte Unterschiede zwischen den Ethnizitäten auf, die in der unten stehenden Tabelle im einzelnen aufgeführt werden (Tab. 40 und Abb. 26)

Tab. 40: Prozentuale Verteilung der Stichprobe nach Geschlecht, Alter und Ethnizität

Frauen	15-29 Jahre	30-49 Jahre	50-64 Jahre	>65 Jahre
	%	%	%	%
Deutsch (n=1787)	17	22	18	44
Türkisch u. kurdisch (n=439)	41	32	23	5
Arabisch, persisch u. a Nahost (n=64)	44	34	17	5
Südosteuropäische Sprachen (n=88)	30	32	28	10
Osteuropäische Sprachen (n=80)	31	36	18	15
Übrige europäische Sprachen (n=40)	45	40	10	5
Ostasiatische Sprachen (n=21)	33	57	5	5
Afrikanische Sprachen (n=7)	57	43	0	0
gesamt (n=2526)	23	25	19	33
Männer	%	%	%	%
Deutsch (n=1491)	11	31	26	33
Türkisch u. kurdisch (n=435)	28	42	22	8
Arabisch, persisch u. a Nahost (n=108)	34	48	13	5
Südosteuropäische Sprachen (n=74)	30	26	34	11
Südosteuropäische Sprachen (n=74)	18	45	17	20
Osteuropäische Sprachen (n=65)	20	49	18	13
Übrige europäische Sprachen (n=61)	33	48	11	7
Ostasiatische Sprachen (n=27)	13	72	13	0
Afrikanische Sprachen (n=16)				
gesamt (n=2277)	16	35	24	25

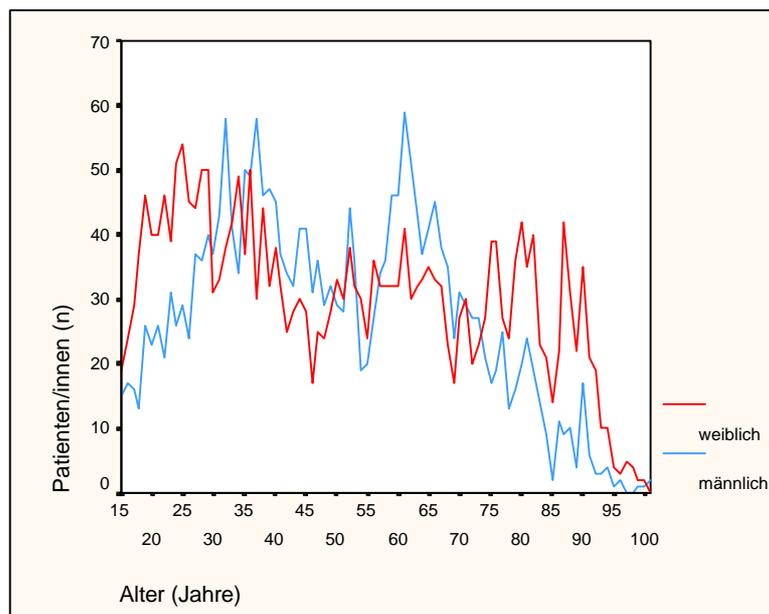


Abb. 26: Stichprobe der EHS nach Alter und Geschlecht der Patient/innen

Nähe des Wohnort der Patientinnen und Patienten zur Klinik

Die meisten Patienten/innen welche die Rettungsstellen aufsuchten, wohnen im näheren Umkreis der Klinik. Bei 33 Patienten/innen lagen keine Angaben zum Wohnort vor. Männer kommen etwas häufiger auch aus weiter entfernten Stadtteilen (Tab. 41).

Tab. 41: Prozentuale Verteilung der Wohnorte der Patienten/innen nach Geschlecht

Wohnort	Frauen		Männer	
	n	%	n	%
Postleitzahlbezirk der Klinik	322	12,5	285	12,3
< 5km Umkreis	1608	62,2	1352	58,5
> 5km Umkreis	655	25,3	675	29,2
Gesamt	2585	100	2312	100

Türkische und arabische Frauen kamen zu 82% respektive 86% aus der unmittelbaren und näheren Umgebung (<5km der Klinik) türkische und arabische Männer zu 76% respektive 72% aus der unmittelbaren und nähern Umgebung der Klinik und unterschieden sich dadurch von den deutschen Patienten/innen und auch anderen Migranten- und Gruppen, die häufiger auch aus größerer Entfernung in die Klinik kamen (Tab. 21):

Tab. 42: Prozentuale Verteilung der Wohnorte der Patienten/innen nach Geschlecht und Ethnizität

Wohnort	Frauen				Männer			
	deutsch (n=1785)	türkisch (n=436)	arabisch (n=63)	andere Herkunft (n=362)	deutsch (n=1487)	türkisch (n=430)	arabisch (n=108)	andere Herkunft (n=398)
	%	%	%	%	%	%	%	%
Postleitzahl- bezirk der Klinik	13	12	10	11	13	11	13	12
< 5km Umkreis	60	70	76	62	57	65	59	56
> 5km Umkreis	27	18	14	27	30	24	28	32
gesamt	100	100	100	100	100	100	100	100

Wohnort der Patienten/innen nach Bezirken

Die Mehrzahl der Patienten/innen der drei Kliniken wohnen in den Stadtbezirken in denen die Krankenhäuser liegen. Dies zeigt sich am deutlichsten bei den Vivantes Kliniken am Urban und Neukölln. Patienten/innen der Charité/ Campus Virchow-Klinikum kommen häufig aus den drei umliegenden Bezirken Wedding, Tiergarten und Reinickendorf, aber zu einem größeren Anteil auch aus entfernteren Bezirken (Tab. 43).

Tab. 43: Prozentuale Verteilung des Wohnortes der Patienten/innen nach Berliner Bezirken an den Untersuchungsstandorten

Bezirk	Standort der Untersuchung			gesamt
	Charité/Campus Virchow- Klinikum	Vivantes Klinikum am Urban	Vivantes Klinikum Neukölln	
	%	%	%	%
Mitte/ Prenzlauer Berg	2	2	0	1
Friedrichshain	0	4	0	2
Tiergarten	16	1	0	5
Charlottenburg	7	1	1	2
Schöneberg	3	1	0	1
Kreuzberg	2	47	3	20
Neukölln	2	30	70	37
Tempelhof	1	1	3	1
Treptow	0	2	6	3
Wedding	30	1	0	8
Reinickendorf	13	1	0	4
Spandau	6	1	1	2
Nordwestberlin	5	0	0	1
Nordostberlin	4	2	1	2
Südwestberlin	3	2	4	3
Südostberlin	1	1	6	3
Stadtrand Berlin	2	1	2	1
außerhalb Berlin	5	4	2	4
gesamt	100	100	100	100

Der Anteil der Migranten/innen ist bei den Patienten/innen aus den Bezirken Wedding, Kreuzberg und Neukölln relativ hoch (Abb. 27, Abb. 28 u. Abb. 29).

Patienten/innen aus dem Bezirk Wedding die sich an einem der drei Standorte vorstellen sind in 26% türkischer und in 19% anderer nicht-deutscher Herkunft (Abb.27). Der Migrantenanteil nach Angaben des Einwohnermeldeamts liegt im Bezirk bei 32,1%.

Aus dem Bezirk Kreuzberg stammende Patienten/innen sind in 34% türkischer Herkunft und in 14% Migranten/innen anderer Herkunft. 52% sind deutscher Herkunft (Abb. 28). In Kreuzberg sind nach der Statistik des Einwohnermeldeamts 32,4% der Bevölkerung nicht deutscher Nationalität.

Patienten/innen aus dem Bezirk Neukölln sind zu 69% deutscher Herkunft, zu 16% türkischer Herkunft und in 15% Migranten/innen anderer Herkunft (Abb.29). 21,6% der Bevölkerung im Bezirk Neukölln sind als Migranten/innen in der Statistik des Einwohnermeldeamts geführt.

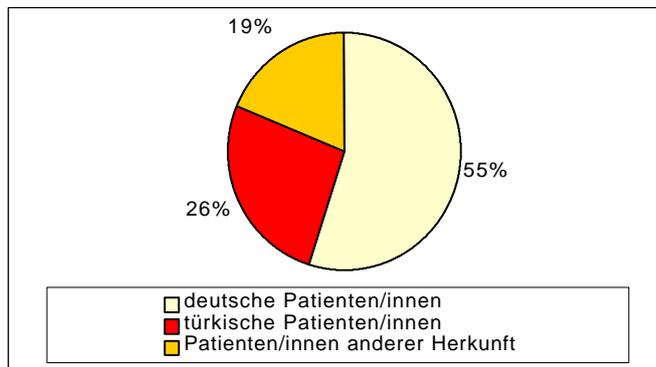


Abb. 27: Prozentuale Verteilung der Herkunft der Patienten/innen aus dem Bezirk Wedding

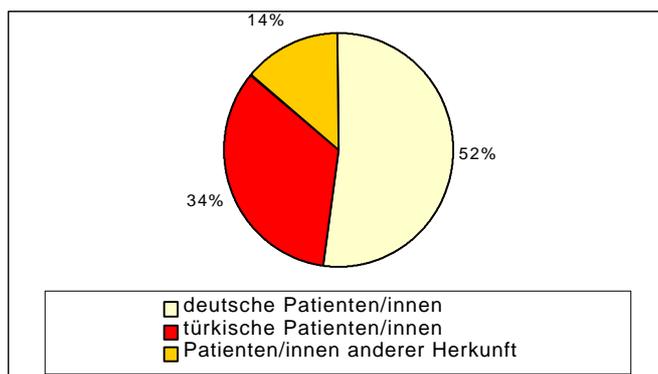


Abb. 28: Prozentuale Verteilung der Herkunft der Patienten/innen aus dem Bezirk Kreuzberg

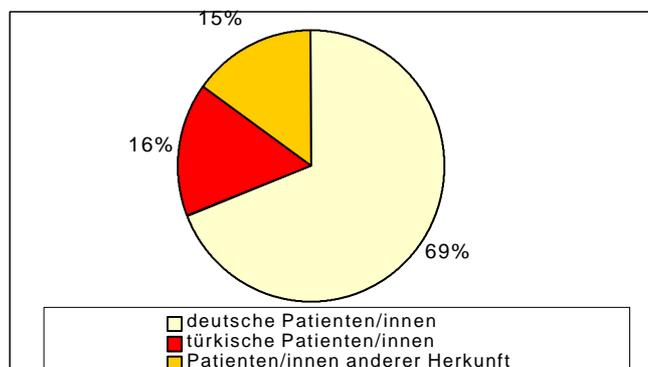


Abb. 29: Prozentuale Verteilung der Herkunft der Patienten/innen aus dem Bezirk Neukölln

Krankenversicherung

Bezüglich des Krankenversicherungsstatus sind geschlechtsspezifische Unterschiede zu beobachten. 89% der Frauen, aber nur 82% der Männer sind über die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) versichert. Männer sind hingegen häufiger bei privaten Versicherungsträgern (4% vs. 2%) und häufiger über das Sozialamt (19% vs. 7%) versichert (Tab. 44). In 112 Fällen (2,3%) wurde der Kostenträger als „unbekannt“ angegeben (Abb. 43).

Tab. 44: Prozentuale Verteilung der Krankenversicherung der Patienten/innen

Frauen	GKV	Private Versicherung	Sozialamt	andere
Frauen	%	%	%	%
Deutsch (n=1792)	92	3	4	1
Türkisch u. kurdisch (n=440)	92	1	6	1
Arabisch, persisch u. a Nahost (n=64)	55	0	42	3
Südosteurop. Sprachen (n=89)	68	0	25	7
Osteuropäische Sprachen (n=80)	71	1	21	8
übrige europ. Sprachen (n=40)	73	2	8	18
Ostasiatische Sprachen (n=21)	86	0	0	14
Afrikanische Sprachen (n=7)	57	0	29	14
gesamt (n=2533)	89	2	6	2
Männer				
Deutsch (n=1492)	84	5	8	3
Türkisch u. kurdisch (n=436)	89	2	7	2
Arabisch, persisch u. a Nahost(n=108)	62	6	25	6
Südosteurop. Sprachen (n=75)	72	0	27	1
Osteuropäische Sprachen (n=65)	71	0	26	3
übrige europ. Sprachen (n=62)	66	5	8	21
Ostasiatische Sprachen (n=27)	70	7	19	4
Afrikanische Sprachen (n=16)	88	0	0	13
gesamt (n=2281)	83	4	10	3

Mit zunehmendem Alter sind die Patienten/innen häufiger GKV-versichert und seltener bei privaten Versicherungen oder über das Sozialamt versichert. Aufgeschlüsselt nach Ethnizität zeigt sich, dass türkische Patienten/innen häufig GKV-versichert sind. Auffallend ist weiterhin der hohe Anteil von Migrantinnen/innen aus arabischen, südosteuropäischen und afrikanischen Ländern, die über das Sozialamt versichert sind.

6.2. Geschlechts-, ethnizitäts- und altersspezifische Unterschiede der Inanspruchnahme

Zur Beschreibung der Inanspruchnahme der Notfallambulanzen wurden aus den Angaben des Erste-Hilfe-Scheins und des ärztlichen Kurzfragebogens folgende Angaben ausgewählt: Transport in die Rettungsstellen, Tageszeit und Wochentag der Inanspruchnahme, dokumentierte Dauer der Beschwerden, Einschätzung der Dringlichkeit der Behandlung durch die behandelnden Ärzte/innen und ob die Patienten/innen zur weiteren Diagnostik und Behandlung stationär aufgenommen wurden. Die Einschätzung der Dringlichkeit der Behandlung durch die Ärzte/innen wurde im Fragebogen erhoben.

6.2.1. Transportwege der Patienten/innen in die Notfallambulanz

Die Art und Weise wie Notfallambulanzen von Patienten/innen aufgesucht werden, reicht von Patienten/innen, die zu Fuß kommen oder von Angehörigen und Freunden gebracht werden über den Transport mit dem Krankentransport bis hin zur Anfahrt mit dem Rettungsdienst. In 33 Fällen (0,7%) konnten aus den Erste-Hilfe-Scheine keine Angaben entnommen werden. Die meisten Patienten/innen kommen selbst oder werden von Angehörigen und Freunden gebracht. Frauen nutzen häufiger den Krankentransportwagen, Männer kommen häufiger mit eigenen Transportmitteln in die Klinik (Tab. 45).

Tab. 45: Prozentuale Verteilung der Transportwege der Patienten/innen in die Notfallambulanzen nach Geschlecht

Transport	Frauen		Männer	
	n	%	n	%
eigener Transport	1413	56	1323	58
Krankentransportwagen (KTW)	311	12	219	10
Rettungstransportwagen (RTW)	710	28	634	28
Notarztwagen (NAW)	95	4	86	4
gesamt	2529	100	2262	100

Beim Vergleich zwischen deutschen, türkischen Patient/innen und Patient/innen anderer Herkunft fällt die häufigere Inanspruchnahme des Transport- und Rettungsdienstes durch deutsche Patienten auf (Tab. 46 u. Abb. 30).

Tab. 46: Prozentuale Verteilung der Transportwege nach Altersgruppen, Geschlecht und Ethnizität

Transport	Frauen (n=2570)			Männer (n=2297)		
	deutsch (n=1776)	türkisch (n=431)	andere (n=363)	deutsch (n=1462)	türkisch (n=433)	andere (n=402)
	%	%	%	%	%	%
eigener Transport	47	80	67	51	74	69
Krankentransportwagen	16	5	4	12	5	7
Rettungstransportwagen	32	13	25	33	16	20
Notarztwagen	5	2	2	4	4	3
gesamt	100	100	100	100	100	100

Beim Vergleich der Altersgruppen sind große Unterschiede festzustellen. Patientinnen über 65 Jahren werden in 26% (Männer in 18%) per KTW in die Klinik gebracht, was in Anbetracht der großen Anzahl der über 65jährigen Frauen die häufigere Inanspruchnahme des Krankentransports durch Frauen insgesamt erklären kann. Während 76% der Frauen unter 30 Jahren mit eigenen Transportmitteln die Klinik aufsuchen, ist dies nur 29% der über 65 jährigen der Fall (Tab. 47 und Abb.30).

Tab. 47: Prozentuale Verteilung der Transportwege nach Altersgruppen und Geschlecht

Transport	Frauen (n=2568)				Männer (n= 2326)			
	15-29 Jahre (n=605)	30-49 Jahre (n=652)	50-65 Jahre (n=477)	>65 Jahre (n=834)	15-29 Jahre (n=380)	30-49 Jahre (n=818)	50-65 Jahre (n=554)	>65 Jahre (n=564)
	%	%	%	%	%	%	%	%
eigener Transport	76	70	58	29	75	65	56	38
Krankentransportwagen	4	6	10	26	4	8	12	18
Rettungstransportwagen	20	21	26	39	19	25	27	38
Notarztwagen	0	2	7	6	2	3	5	6
gesamt	100	100	100	100	99*	98*	99*	100

* übrige Patienten wurden durch die Polizei in die Rettungsstelle gebracht

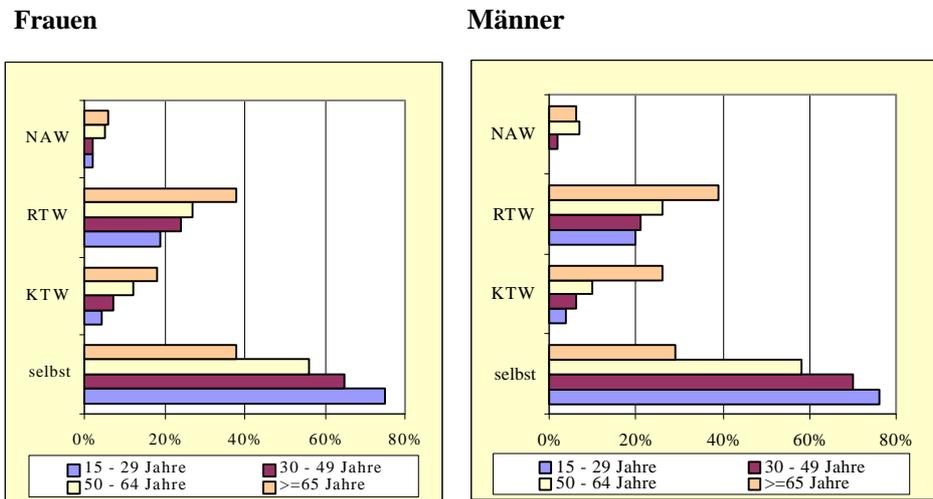


Abb. 30: Transportmittel, mit denen die Patienten/innen die Notfallambulanzen aufsuchen (in %)

6.2.2. Zeitpunkt der Vorstellung in der Notfallambulanz

Wochentag

Aus 4929 Erste-Hilfe-Scheinen konnte das Untersuchungsdatum und daher der Wochentag der Inanspruchnahme ersehen werden, in nur einem Fall fehlte diese Angabe. Frauen und Männer bevorzugten zum Teil unterschiedliche Wochentage für die Vorstellung in der Rettungsstelle: Frauen stellen sich etwas häufiger am Samstag und Sonntag vor (Tab. 48).

Tab. 48: Prozentuale Verteilung der Inanspruchnahme der Notfallambulanzen an verschiedenen Wochentagen nach Geschlecht

Wochentag	Frauen		Männer	
	n	%	n	%
Montag	339	13	312	14
Dienstag	301	12	296	13
Mittwoch	329	13	323	14
Donnerstag	345	14	317	14
Freitag	380	15	347	15
Samstag	453	18	344	15
Sonntag	412	16	351	15
gesamt	2559	100	2290	100

Bei der nach Ethnizität differenzierenden Auswertung zeigt sich, dass besonderes türkische Frauen und Migrantinnen anderer Herkunft, aber auch türkische und Männer anderer Herkunft die Notfallambulanzen häufiger am Samstag und Sonntag aufsuchen (Tab. 49).

Tab. 49: Prozentuale Verteilung der Inanspruchnahme der Notfallambulanzen an verschiedenen Wochentagen nach Geschlecht und Ethnizität

Wochentag	Frauen (n=2564)			Männer (n=2332)		
	deutsch (n=1792) %	türkisch (n=400) %	andere (n=372) %	deutsch (n=1492) %	türkisch (n=435) %	andere (n=405) %
Montag	14	10	13	15	11	15
Dienstag	11	13	13	13	13	12
Mittwoch	13	13	11	14	15	13
Donnerstag	14	12	11	15	11	12
Freitag	16	15	13	15	16	16
Samstag	17	20	19	14	15	17
Sonntag	15	17	21	14	19	15
gesamt	100	100	100	100	100	100

Differenziert nach Alter zeigt sich, dass bei beiden Geschlechtern hauptsächlich die jüngeren Patienten/innen das Wochenende bevorzugen (Tab. 50 und Abb. 31-32).

Tab. 50: Prozentuale Verteilung der Inanspruchnahme der Notfallambulanzen an verschiedenen Wochentagen nach Geschlecht und Altersgruppen

Wochen- tag	Frauen (n=2568)				Männer (n= 2326)			
	15-29 Jahre (n=613)	30-49 Jahre (n=661)	50-65 Jahre (n=484)	>65 Jahre (n=838)	15-29 Jahre (n=382)	30-49 Jahre (n=821)	50-65 Jahre (n=556)	>65 Jahre (n=570)
	%	%	%	%	%	%	%	%
Montag	12	11	16	15	14	13	14	15
Dienstag	13	11	11	12	14	14	11	14
Mittwoch	15	11	12	13	13	14	14	15
Donnerstag	12	13	14	15	10	13	16	15
Freitag	14	15	15	16	16	13	17	15
Samstag	18	19	19	15	17	16	13	14
Sonntag	16	20	13	14	16	16	15	13
gesamt	100	100	100	100	100	100	100	100

Tageszeit

Die Notfallambulanzen gewährleisten eine medizinische Versorgung rund um die Uhr. Vor 8.00 Uhr und ab 20.00 Uhr wird von der Kassenärztlichen Vereinigung ein Besuch als außerhalb der normalen Praxisöffnungszeiten und damit als zuschlagspflichtig eingestuft. Arztpraxen sind in der Regel jedoch nur bis 18.00 Uhr geöffnet. Hier wurde eine Unterteilung in die beiden Zeitspannen von 8.00 Uhr bis 20.00 Uhr (Tag) und von 20.00 Uhr bis 8 Uhr (Nacht) vorgenommen. In 0,2% der Fälle lagen keine Angaben zur Zeit der Inanspruchnahme vor. Die Auswertung zeigt, dass Männer die Notfallambulanzen nachts etwas häufiger frequentieren (Tab. 51 und Abb. 33).

Tab. 51: Prozentuale Verteilung der Inanspruchnahme der Notfallambulanzen zu verschiedenen Tageszeiten nach Geschlecht

Tageszeit	Frauen		Männer	
	n	%	n	%
8 - 20 Uhr	1664	65	1425	63
20 - 8 Uhr	880	35	838	37
gesamt	2544	100	2290	100

Der Vergleich zwischen deutschen Patienten/innen und Migrant/innen zeigt, dass Notfallambulanzen zwischen 20.00 Uhr und 8.00 Uhr vermehrt durch Migrant/innen und besonderes durch türkische Migrant/innen aufgesucht werden (Tab. 52 und Abb. 36,37,40).

Tab. 52: Prozentuale Verteilung der Inanspruchnahme der Notfallambulanzen zu verschiedenen Tageszeiten nach Geschlecht und Ethnizität

Tageszeit	Frauen (n=2589)			Männer (n=2331)		
	deutsch (n=1784)	türkisch (n=434)	andere (n=371)	deutsch (n=1491)	türkisch (n=435)	andere (n=405)
	%	%	%	%	%	%
8 - 20 Uhr	69	56	60	68	50	63
20 - 8 Uhr	31	44	40	32	50	37
gesamt	100	100	100	100	100	100

Nach Altersstratifizierung zeigt sich eine deutliche Tendenz mit steigendem Alter die Notfallambulanz eher am Tage bis 20.00 Uhr aufzusuchen (Tab. 53 und Abb. 34, 35, 38, 39)

Tab. 53: Prozentuale Verteilung der Inanspruchnahme der Notfallambulanzen zu verschiedenen Tageszeiten nach Geschlecht und Altersgruppen

Tageszeit	Frauen (n=2568)				Männer (n= 2326)			
	15-29 Jahre (n=606)	30-49 Jahre (n=656)	50-65 Jahre (n=482)	>65 Jahre (n=837)	15-29 Jahre (n=382)	30-49 Jahre (n=820)	50-65 Jahre (n=556)	>65 Jahre (n=570)
	%	%	%	%	%	%	%	%
8 - 20 Uhr	57	61	67	74	54	60	70	69
20 - 8 Uhr	43	39	33	26	46	40	30	31
gesamt	100	100	100	100	100	100	100	100

Wochenende vs. Wochentag

Eine Inanspruchnahme am Wochenende wird als Aufsuchen der Notfallambulanz zwischen Freitag 20.00 Uhr und Montag 8.00 Uhr definiert. Frauen suchen die Rettungsstelle häufiger in dieser Zeit auf (Tab. 54).

Tab. 54: Prozentuale Verteilung der Inanspruchnahme der Notfallambulanzen am Wochenende nach Geschlecht

Wochenende	Frauen		Männer	
	n	%	n	%
Wochentag	1551	61	1473	64
Wochenende	1005	39	817	36
gesamt	2556	100	2290	100

Migrant/innen und in diesem Fall besonderes die türkischen Migrant/innen zeigen ebenfalls eine häufigere Inanspruchnahme am Wochenende (Tab. 55 und Abb. 43).

6.2.3. Dauer der Beschwerden vor Inanspruchnahme der Rettungsstelle

Die Zeit, die zwischen Einsetzen der Symptomatik und der Vorstellung in der Rettungsstelle liegt, konnte durch Mängel in der Dokumentation leider nicht aus allen Erste-Hilfe-Scheinen ersehen werden. Bei Frauen wurde in 58%, bei Männern in 59% der Fälle eine Angabe gemacht. Männer suchten häufiger innerhalb der ersten zwei Stunden nach Beginn der Beschwerden die Notfallambulanz auf. Sowohl Frauen als auch Männer suchten sich in rund 60% der Fälle innerhalb des ersten 24 Stunden nach Auftreten der Symptomatik die Rettungsstelle auf (Tab. 57 und Abb. 44).

Tab. 57: Prozentuale Verteilung der Dauer der Beschwerden vor Inanspruchnahme der Notfallambulanz nach Geschlecht

Dauer der Beschwerden	Frauen		Männer	
	n	%	n	%
≤ 2 Stunden	283	19	310	23
>2 bis 8 Stunden	256	17	227	17
>8 bis 24 Stunden	362	25	299	22
>24 bis 48 Stunden	142	10	131	10
> 48 Stunden	430	29	383	28
Gesamt	1473	100	1350	100

Die Darstellung der Dauer der Beschwerden getrennt nach Ethnizität zeigt keine auffälligen Unterschiede (Tab. 58 und Abb.47).

Tab. 58: Prozentuale Verteilung der Dauer der Beschwerden vor Inanspruchnahme der Notfallambulanz nach Geschlecht und Altersgruppen

Dauer der Beschwerden	Frauen (n=1480)			Männer (n=1349)		
	deutsch (n=1002)	türkisch (n=262)	andere (n=216)	deutsch (n=827)	türkisch (n=259)	andere (n=263)
	%	%	%	%	%	%
≤ 2 Stunden	19	18	20	24	21	23
>2 bis 8 Stunden	18	18	14	19	13	15
>8 bis 24 Stunden	23	26	31	21	27	20
>24 bis 48 Stunden	10	8	12	9	10	11
> 48 Stunden	30	31	24	28	29	31
Gesamt	100	100	100	100	100	100

Werden die Altersgruppen betrachtet, zeigt sich bei Frauen, dass Patientinnen unter 30 Jahren seltener innerhalb der ersten beiden Stunden die Klinik aufsuchen. Patient/innen beiderlei Geschlechts über 65 Jahren suchen ebenfalls häufig innerhalb der ersten zwei Stunden jedoch auch häufig erst nach Ablauf von 48 Stunden die Rettungsstelle auf (Tab. 59 und Abb. 45-46).

6.2.4. Dringlichkeit aus der Sicht der behandelnden Ärzte/innen

Die Dringlichkeit der Behandlung wurde von den behandelnden Ärzten/innen auf einer Skala von 0 bis 10 eingestuft (0= kaum behandlungsbedürftig, 10= akute Lebensgefahr). Diese Angaben liegen bei Frauen in 51% und bei Männern in 52% der Fälle vor. Die Angaben wurden in drei Gruppen kategorisiert, wobei die erste Gruppe mit Werten von 0 bis 3 als "wenig dringlich", die zweite Gruppe mit Werten von 4-6 als "mittelgradig dringlich" und die Gruppe mit Werten von 7-10 als "sehr dringend behandlungsbedürftig" gilt. Bei Männern wurde der Besuch in der Rettungsstelle etwas häufiger als sehr dringlich eingestuft (Tab. 60).

Tab. 60: Prozentuale Verteilung der von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten eingeschätzten Dringlichkeit der Behandlung nach Geschlecht

Dringlichkeit	Frauen		Männer	
	n	%	N	%
0-3 (wenig)	430	33	389	32
4-6 (mittel)	431	33	353	30
7-10 (hoch)	455	34	456	38
gesamt	1316	100	1198	100

Beim Vergleich nach Ethnizität werden deutsche Patienten/innen häufiger als dringend behandlungsbedürftig. Migranten/innen, die wie oben beschrieben, deutlich jünger als die deutschen Patienten/innen sind, werden häufiger als wenig oder mittelgradig dringend behandlungsbedürftig beurteilt (Tab. 61 und Abb. 50)

Tab. 61: Prozentuale Verteilung der von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten eingeschätzten Dringlichkeit der Behandlung nach Geschlecht und Ethnizität

Dringlichkeit	Frauen (n=1317)			Männer (n=1201)		
	deutsch (n=847)	türkisch (n=269)	andere (n=201)	deutsch (n=696)	türkisch (n=281)	andere (n=224)
	%	%	%	%	%	%
0-3 (wenig)	28	42	38	26	44	37
4-6 (mittel)	32	35	33	30	26	32
7-10 (hoch)	40	23	29	40	30	31
gesamt	100	100	100	100	100	100

Altersstratifiziert ergibt sich ein differenzierteres Bild. Die Erkrankungen älterer Patienten/innen bzw. deren Behandlung werden als dringlicher eingeschätzt (Tab. 62 und Abb. 48-49).

6.2.6 Angemessenheit der Inanspruchnahme

Als wichtige Kriterien für eine angemessene Inanspruchnahme von Notfallambulanzen wurden folgende Umstände der Inanspruchnahme definiert:

- als Transportmittel wurden KTW, RTW oder NAW benutzt
- die Dauer der Beschwerden vor der Inanspruchnahme der Rettungsstelle betrug weniger als 48 Stunden
- in der Rettungsstelle wurde Diagnostik (Labor, Röntgen und CT) durchgeführt, die nur im Krankenhaus sofort verfügbar ist
- die Dringlichkeit der Behandlung wurde von den behandelnden Ärzten/innen als hoch (>7 auf eine Skala von 1-10) eingeschätzt
- eine stationäre Aufnahme ist für die weitere Behandlung erforderlich

Einflussfaktoren wie Ethnizität, Alter, Geschlecht, Versicherungsstatus, Wohnortnähe und Zeit der Inanspruchnahme wurden mit Hilfe einer logistischen Regression überprüft, in wie weit sie geeignet sind, ein Kriterium für eine angemessene Inanspruchnahme vorherzusagen. Die logistischen Regressionen ergaben folgenden Zusammenhang. Das Kriterium der stationären Aufnahme wurde eher von deutschen Patienten/innen erfüllt. Diese wurden signifikant häufiger als türkisch/kurdische oder andere Migranten/innen stationär aufgenommen. Weitere signifikante Prädiktoren waren Alter über 30 Jahre, männliches Geschlecht, Versicherung über das Sozialamt und die Vorstellung in der Rettungsstelle innerhalb der ambulanten Praxisöffnungszeiten (Tab. 65).

Tab. 65: Signifikante Prädiktoren angemessener Inanspruchnahme: logistische Regression mit dem Indikator „stationäre Aufnahme erfolgt“ für angemessene Inanspruchnahme Analyse n=4423)

Prädiktor		Anteil stationärer Aufnahmen aus Subgruppen N	AOR	95%- Konfidenz-Intervall	p<
Geschlecht	weiblich	47,4% (2326)	1,0	-----	,0001
	männlich	54,2% (2097)	1,48	1,29-1,69	,0001
Ethnizität	türkisch/kurdisch	28,2% (780)	1,0	-----	,0001
	deutsch	58,4% (2978)	2,14	1,77-2,58	,0001
	Andere Ethnizität	41,8% (665)	1,68	1,33-2,13	,0001
Alter	15-29 J.	25,4% (854)	1,0	-----	,0001
	30-49 J.	36,2% (1314)	1,45	1,19-1,77	,0001
	50-64 J.	58,0% (953)	3,49	2,84-4,30	,0001
	ab 65 J.	76,1% (1302)	7,41	6,00-9,14	,0001
Krankenversicherung	nicht Sozialamt	50,7% (4075)	1,0	-----	-----
	über Sozialamt	49,7% (348)	1,42	1,12-1,81	,004
Zeitpunkt des Aufsuchens der Rettungsstelle	außerhalb ärztl. Sprechzeiten	44,1% (2828)	1,0	-----	-----
	innerhalb ärztl. Sprechzeiten	62,1% (991)	1,63	1,42-1,87	,0001

Anmerkungen: AOR= adjustierte Odds Ratios. Referenzkategorie hat den Wert 1.0
Aufgeklärte Varianz (Nagelkerke's R²) 24%

Die Notwendigkeit einer nur im Krankenhaus vorgehaltenen sofortigen Diagnostik ergab sich häufiger bei deutschen Patienten/innen und bei Migranten/innen anderer Ethnizität als der türkisch/kurdischen. Weitere signifikante Prädiktoren waren Alter über 30 Jahre, andere Krankenversicherung als das Sozialamt und ein Wohnort in der unmittelbaren Umgebung der Klinik (Tab. 66).

**Tab. 66: Signifikante Prädiktoren angemessener Inanspruchnahme:
logistische Regression mit dem Indikator
"nur im Krankenhaus vorgehaltene Diagnostik durchgeführt" (Analyse N=4881)**

Prädiktor		Anteil stationärer Aufnahmen aus Subgruppen N	AOR	95%- Konfi- denz- Intervall	p<
Ethnizität	türkisch/kurdisch	63,4% (863)	1	-----	,002
	deutsch	76,7% (3265)	1,32	1,12-1,57	,001
	andere Ethnizität	69,5% (753)	1,38	1,11-1,71	,004
Alter	15-29 J.	60,5% (978)	1	-----	,0001
	30-49 J.	64,5% (1467)	1,19	1,0-1,41	,047
	50-64 J.	77,6% (1032)	2,18	1,79-2,66	,0001
	ab 65 J.	87,9% (1404)	4,28	3,45-5,30	,0001
Krankenversicherung	nicht Sozialamt	74,4% (4485)	1	-----	-----
	über Sozialamt	60,1% (396)	0,64	0,51-0,79,	,0001
Nähe der Wohnung zur Klinik	nicht unmittelbare Umgebung	71,8% (3977)	1	-----	-----
	unmittelbare Umgebung	79,3% (904)	1,48	1,23-1,77	,0001

Anmerkungen: AOR= adjustierte Odds Ratios. Referenzkategorie hat den Wert 1.0
Aufgeklärte Varianz (Nagelkerke's R^2) 10%

Als signifikanter Prädiktor für eine von den behandelnden Ärzten/innen eingeschätzte hohe Dringlichkeit der Behandlung ergab sich Zuordnung die zur deutschen Ethnizität. Weiterhin sind männliches Geschlecht, Alter über 30 Jahre, Krankenversicherung über das Sozialamt und eine Vorstellung innerhalb der ambulanten Praxisöffnungszeiten signifikante Prädiktoren (Tab. 67).

**Tab. 67: Signifikante Prädiktoren angemessener Inanspruchnahme:
logistische Regression mit dem Indikator "hohe ärztlich eingeschätzte Dringlichkeit"
für angemessene Inanspruchnahme (Analyse n= 2487)**

Prädiktor		Anteil stationärer Aufnahmen aus Subgruppen N	AOR	95%- Kon- fidenz- Intervall	p<
Geschlecht	Weiblich	34,6% (1302)	1	-----	-----
	Männlich	38,1% (1185)	1,18	1,00-1,41	,049
Ethnizität	türkisch/kurdisch	25,2% (137)	1	-----	,001
	Deutsch	41,9% (1534)	1,53	1,22-1,94	,0001
	andere Ethnizität	30,2% (410)	1,18	0,88-1,59	,272
Alter	15-29 J.	21,4% (551)	1	-----	,0001
	30-49 J.	31,5% (777)	1,56	1,21-2,02	,001
	50-64 J.	38,5% (506)	2,08	1,58-2,74	,0001
	ab 65 J.	52,8% (653)	3,43	2,68-4,49	,0001
Krankenversicherung	nicht Sozialamt	36,1 (2268)	1	-----	-----
	über Sozialamt	38,4% (219)	1,41	1,04-1,90	,028
Zeitpunkt des Aufsuchens der Rettungsstelle	außerhalb ärztl. Sprechzeiten	43,0% (905)	1	-----	-----
	innerhalb ärztl. Sprechzeiten	32,5% (1582)	1,24	1,04-1,48	,019

Anmerkungen: AOR= adjustierte Odds Ratios. Referenzkategorie hat den Wert 1.0
Aufgeklärte Varianz (Nagelkerke's R^2) 9%

Die Inanspruchnahme von Transportmittel wie NAW, RTW oder KTW wird signifikant häufiger für deutsche Patienten/innen und Patienten/innen anderer als türkisch/ kurdischer Ethnizität gezeigt. Weitere signifikante Prädiktoren sind Alter über 30 Jahren, Versicherung über das Sozialamt und die Vorstellung innerhalb der Praxisöffnungszeiten (Tab. 68).

**Tab. 68: Signifikante Prädiktoren angemessener Inanspruchnahme:
logistische Regression mit dem Indikator
"Transportmittel NAW, KTW oder RTW genutzt" für angemessene Inanspruchnahme
(Analyse n= 4852)**

Prädiktor		Anteil stationärer Aufnahmen aus Subgruppen N	AOR	95%- Kon- fidenz- Intervall	p<
Ethnizität	türkisch/kurdisch	22,6% (858)	1	-----	,0001
	deutsch	50,7% (3246)	2,20	1,83-2,65	,0001
	andere Ethnizität	31,4% (748)	1,34	1,06-1,69	,013
Alter	15-29 J.	24,1% (975)	1	-----	,0001
	30-49 J.	31,63 % (1458)	1,29	1,07-1,55	,009
	50-64 J.	42,9% (1024)	2,08	1,71-2,54	,0001
	ab 65 J.	67,7% (1395)	5,13	4,22-6,22	,0001
Krankenversicherung	nicht Sozialamt	42,4% (4458)	1	-----	-----
	über Sozialamt	47,5% (394)	1,96	1,57-2,45	,0001
Zeitpunkt des Aufsu- chens der Rettungs- stelle	außerhalb ärztl. Sprechzeiten	37,9% (3083)	1	-----	-----
	innerhalb ärztl. Sprechzeiten	51,2% (1769)	1,34	1,18-1,52	,0001

Anmerkungen: AOR= adjustierte Odds Ratios. Referenzkategorie hat den Wert 1.0
Aufgeklärte Varianz (Nagelkerke's R^2) 19%

Patienten/innen die sich außerhalb der ärztlichen ambulanten Praxissprechzeiten vorstellten entsprachen signifikant häufiger dem Kriterium der Beschwerdedauer seit weniger als 24 Stunden. Ethnizität, Alter, Geschlecht, Wohnort oder Versicherung waren keine signifikante Prädiktoren (Tab. 69).

**Tab. 69: Signifikante Prädiktoren angemessener Inanspruchnahme:
logistische Regression mit dem Indikator "Dauer der Beschwerden < 24 h "
für angemessene Inanspruchnahme (Analyse n= 2809)**

Prädiktor		Anteil stationärer Aufnahmen aus Subgruppen N	AOR	95%- Konfi- denz- Intervall	p<
Zeitpunkt des Aufsuchens der Rettungsstelle	außerhalb ärztl. Sprechzeiten	74,6% (1862)	1	-----	-----
	innerhalb ärztl. Sprechzeiten	63,9% (947)	0,60	0,51-0,71	,0001

Anmerkungen: AOR= adjustierte Odds Ratios. Referenzkategorie hat den Wert 1.0
Aufgeklärte Varianz (Nagelkerke's R^2) 2%

Index der angemessenen Inanspruchnahme

Aus den bisher geprüften Kriterien wurde ein Index zur angemessenen Inanspruchnahme konstruiert. Der Indikator "Dauer der Beschwerden < 24 h" wurde nicht berücksichtigt, da er in Bezug auf eine angemessene Inanspruchnahme nicht aussagekräftig genug erschien. Der Indikator "hohe ärztlich eingeschätzte Dringlichkeit" war nur in 50,3% aller Fälle erhoben worden und wurde daher im Index ebenso wenig berücksichtigt.

Eine angemessene Inanspruchnahme lag vor, wenn mehr als zwei der folgenden drei Kriterien a.) "Transportmittel NAW, RTW und KTW genutzt", b.) "nur im Krankenhaus vorgehaltenen Diagnostik erfolgt" und c.) "stationäre Aufnahme notwendig" erfüllt waren. Zwei oder drei Kriterien wurden von 55,5% aller Patienten/innen erfüllt, die somit der Definition einer angemessenen Inanspruchnahme entsprachen.

Patienten/innen türkisch/kurdischer und anderer als deutscher Ethnizität waren signifikant seltener Prädiktoren für den Index der adäquaten Inanspruchnahme. Signifikante Prädiktoren für den Index der adäquaten Inanspruchnahme waren deutsche Ethnizität, männliches Geschlecht, Alter über 30 Jahren, Wohnort in der unmittelbaren Umgebung der Klinik und Vorstellung innerhalb der ambulanten ärztlichen Sprechzeiten (Tab. 70).

Tab. 70: Signifikante Prädiktoren angemessener Inanspruchnahme: logistische Regression (Analyse n=4434)

Prädiktor		Anteil angemessener Inanspruchnahme aus Subgruppen N	AOR	95%- Konfidenz-Intervall	p<
Geschlecht	männlich	56,7% (2085)	1,0	-----	-----
	weiblich	54,5% (2311)	,82	,72- ,94	,005
Ethnizität	deutsch	64,0% (2961)	1,0	-----	,0001
	türkisch/kurdisch	32,1% (775)	,48	,40- ,58	,0001
	andere Ethnizität	44,8% (660)	,80	,66- ,97	,021
Alter	15-29 J.	26,1% (851)	1,0	-----	,0001
	30-49 J.	39,6% (1305)	1,70	1,40-2,06	,0001
	50-64 J.	63,7% (946)	4,34	3,52-5,34	,0001
	ab 65 J.	84,9% (1099)	12,26	9,80-15,34	,0001
Nähe der Wohnung zur Klinik	nicht unmittelbare Umgebung	54,3% (3588)	1,0	-----	-----
	unmittelbare Umgebung	61,0% (808)	1,27	1,06-1,51	,01
Zeitpunkt des Aufsuchens der Rettungsstelle	außerhalb ärztl. Sprechzeiten	48,9% (2810)	1,0	-----	-----
	innerhalb ärztl. Sprechzeiten	67,3% (1586)	1,68	1,46-1,94	,0001
Variablen die nicht in die logistische Regression aufgenommen wurden					
Krankenversicherung	nicht Sozialamt	50,7% (4075)	1,0	-----	-----
	über Sozialamt	49,7% (348)	1,35		,244

Anmerkungen: AOR= adjustierte Odds Ratios. Referenzkategorie hat den Wert 1.0
Aufgeklärte Varianz (Nagelkerke's R^2) 29,9%

6.2.7. Abbildungen zur Inanspruchnahme der Notfallambulanzen

Wochentag der Inanspruchnahme

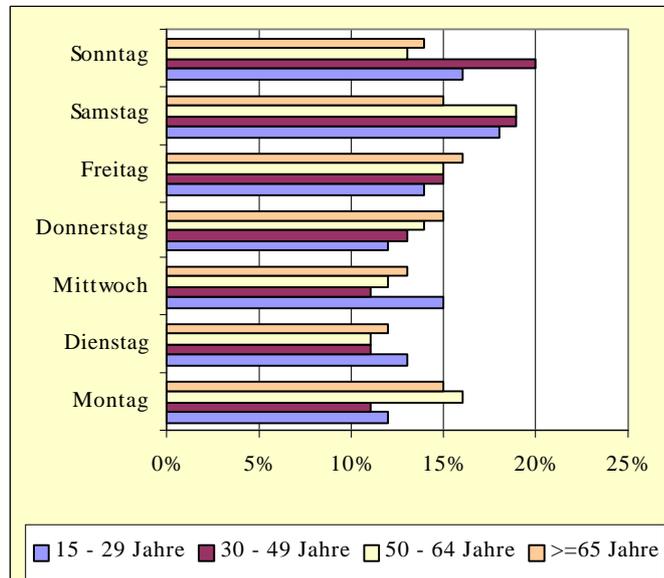


Abb. 31: Wochentag der Inanspruchnahme nach Altersgruppen in Prozent (Frauen)

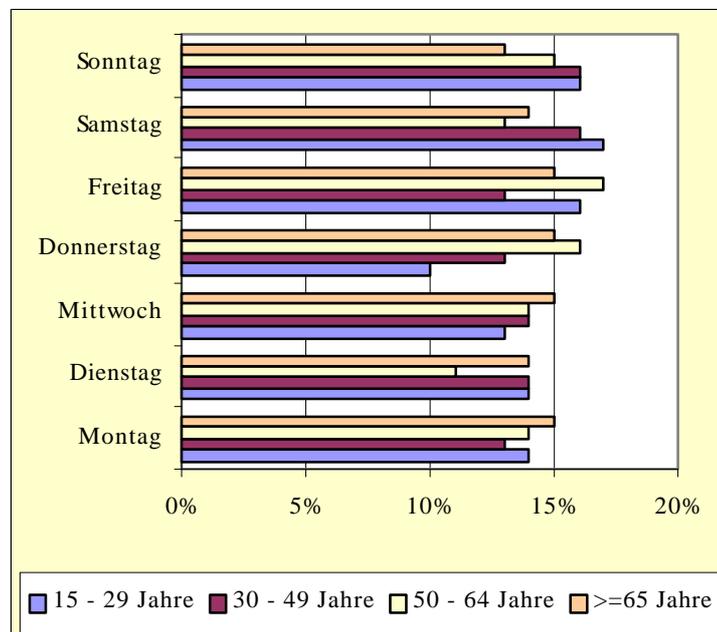


Abb. 32: Wochentag der Inanspruchnahme nach Altersgruppen in Prozent (Männer)

Tageszeit der Inanspruchnahme

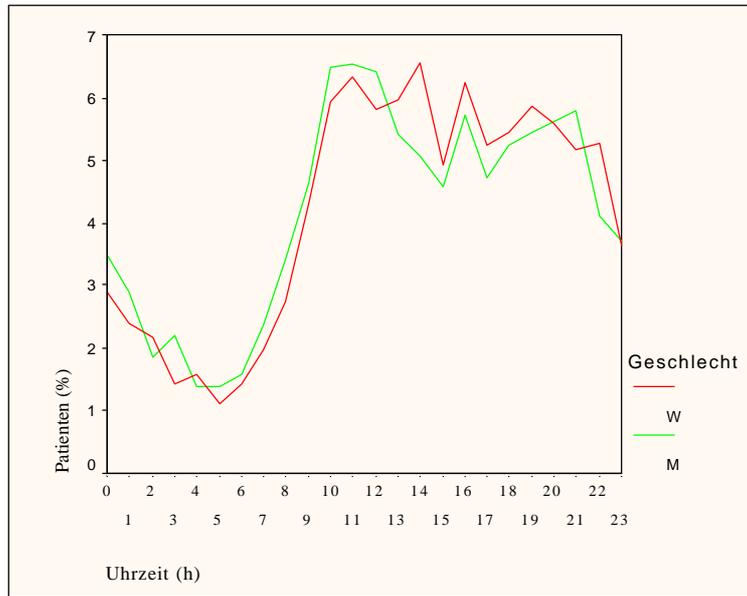


Abb. 33: Tageszeit der Inanspruchnahme nach Geschlecht

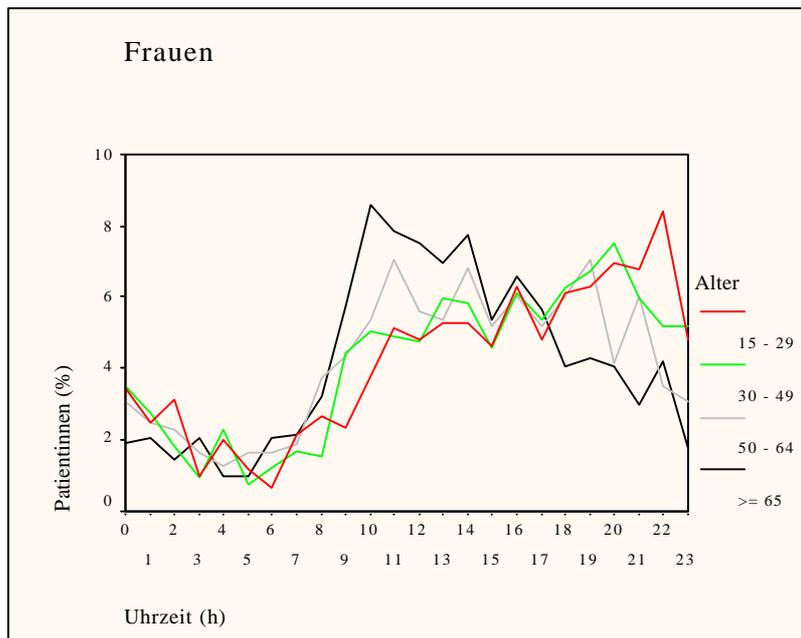


Abb. 34: Tageszeit der Inanspruchnahme nach Altersgruppen (Frauen)

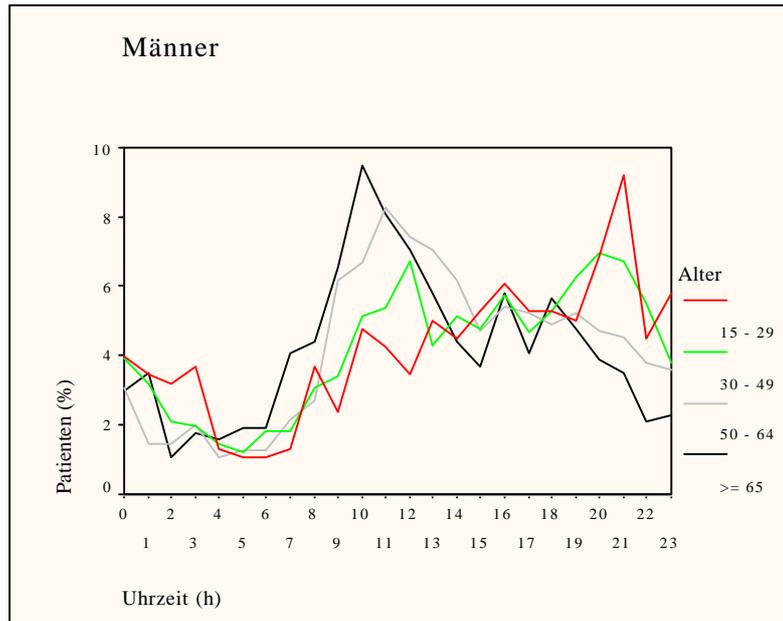


Abb. 35: Tageszeit der Inanspruchnahme nach Altersgruppen (Männer)

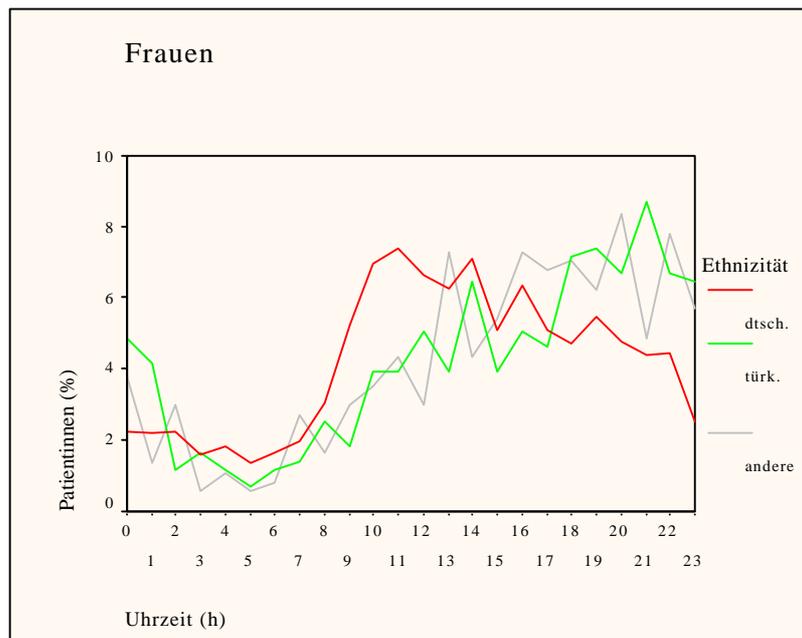


Abb. 36: Tageszeit der Inanspruchnahme nach Ethnizität (Frauen)



Abb. 37: Tageszeit der Inanspruchnahme nach Ethnizität (Männer)

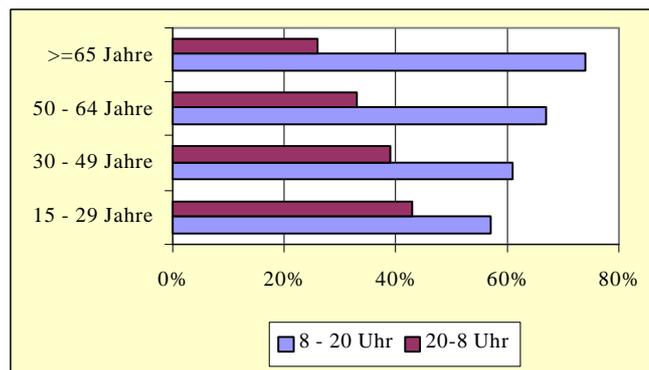


Abb. 38: Tageszeit der Inanspruchnahme nach Altersgruppen in Prozent (Frauen)

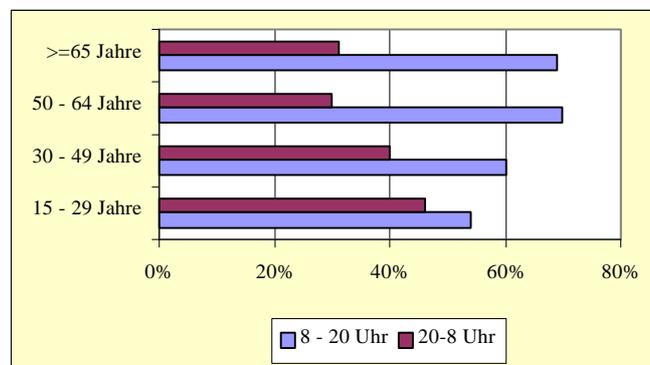


Abb. 39: Tageszeit der Inanspruchnahme nach Altersgruppen in Prozent (Männer)

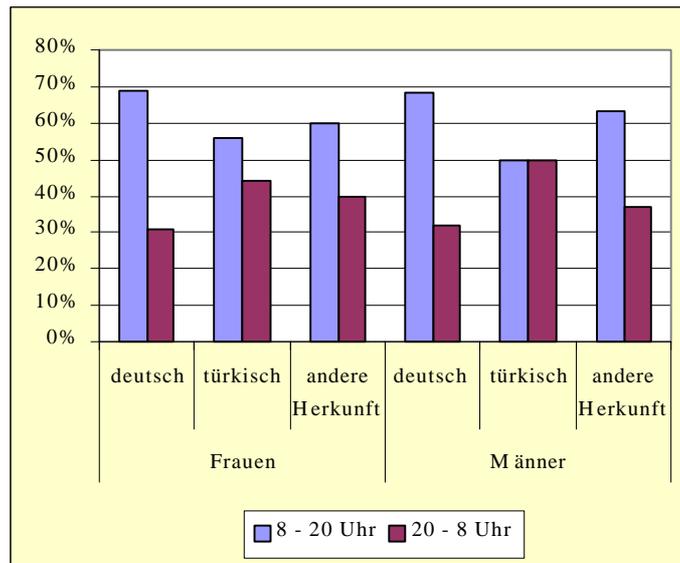


Abb. 40: Tageszeit der Inanspruchnahme nach Geschlecht und Ethnizität in Prozent

Wochenende

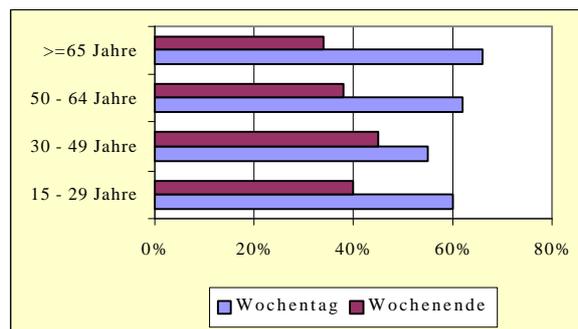


Abb. 41: Inanspruchnahme der Notfallambulanz am Wochenende und an Wochentagen nach Altersgruppen in Prozent (Frauen)

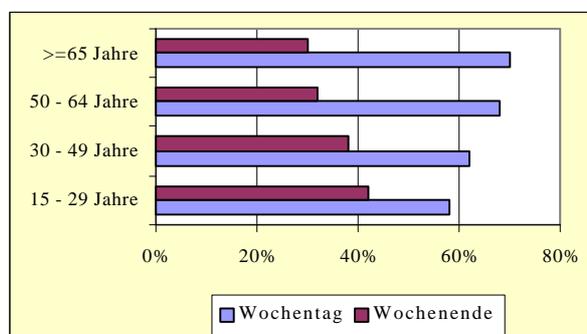


Abb. 42: Inanspruchnahme der Notfallambulanz am Wochenende und an Wochentagen nach Altersgruppen in Prozent (Männer)

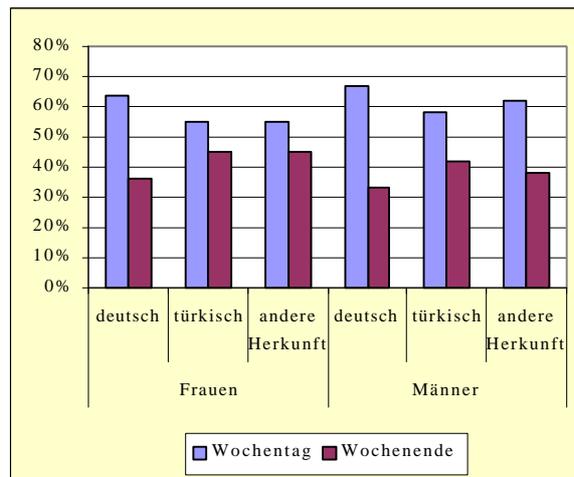


Abb. 43: Inanspruchnahme der Notfallambulanz am Wochenende und an Wochentagen nach Ethnizität und Geschlecht in Prozent

Dauer der Beschwerden

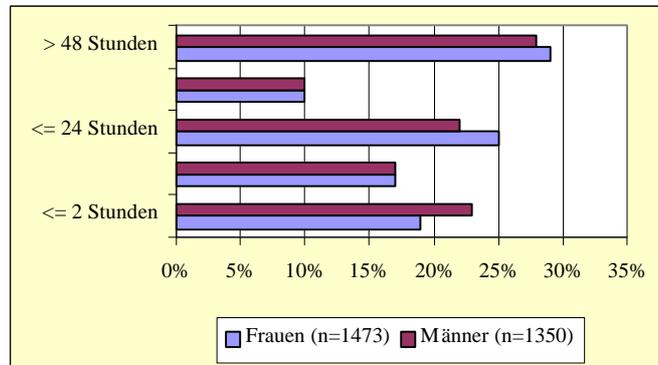


Abb. 44: Dauer der Beschwerden nach Geschlecht in Prozent

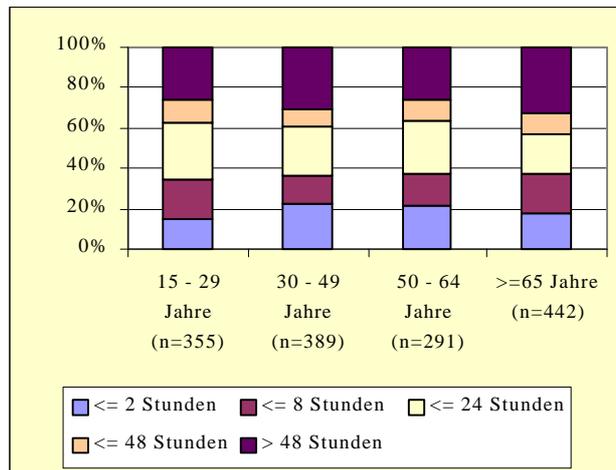


Abb. 45: Dauer der Beschwerden nach Altersgruppen in Prozent (Frauen)

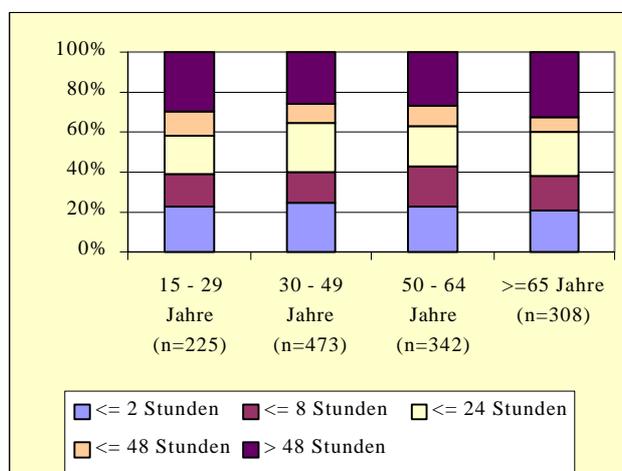


Abb. 46: Dauer der Beschwerden nach Altersgruppen in Prozent (Männer)

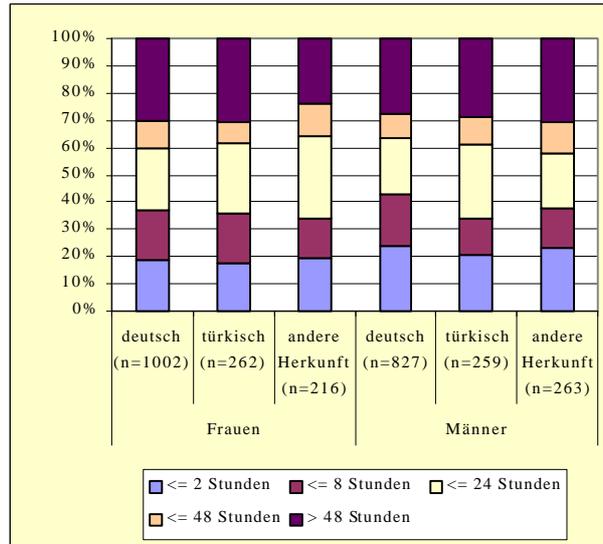


Abb. 47: Dauer der Beschwerden nach Ethnizität und Geschlecht in Prozent

Dringlichkeit der Behandlung nach Bewertung der behandelnden Ärzte/innen

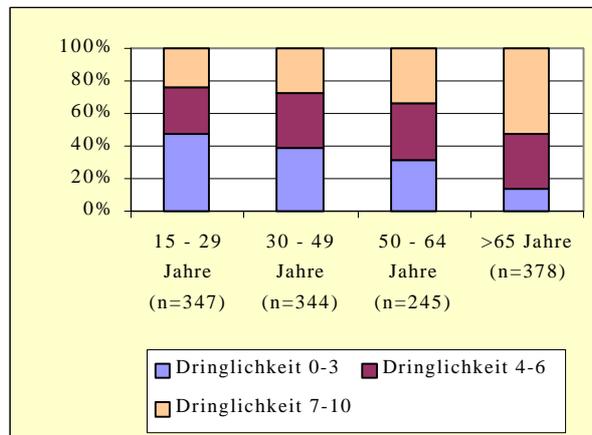


Abb. 48: Dringlichkeit der Behandlung weiblicher Pat. nach Altersgruppen in Prozent

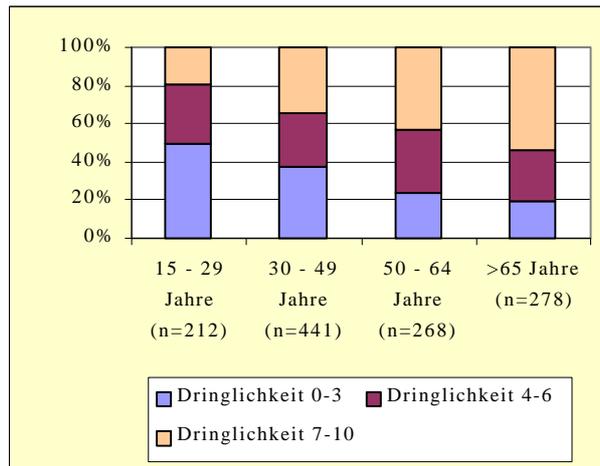


Abb. 49: Dringlichkeit der Behandlung männl. Pat. Nach Altersgruppen in Prozent

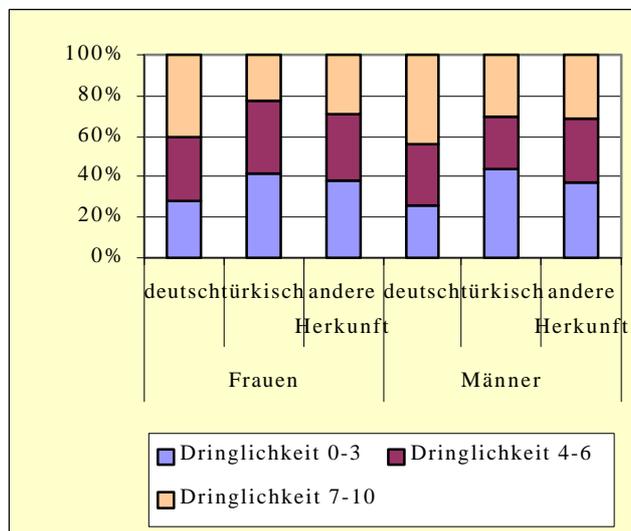


Abb. 50: Dringlichkeit der Behandlung nach Ethnizität u. Geschlecht der Pat. in %

6.3. Geschlechts-, ethnizitäts- und altersspezifische Unterschiede in der Behandlung

Im folgenden Kapitel werden geschlechts-, ethnizitäts- und altersspezifische Einflussfaktoren auf die dokumentierte Anamnese, Behandlung und Therapie der internistischen Patienten/innen in der Rettungsstelle dargestellt. Auf den EHS wird an erster Stelle die Anamnese d.h. die aktuellen Beschwerden der Patienten, die Dauer der Beschwerden sowie andere wichtige Details der Beschwerden oder von früheren Erkrankungen dokumentiert. Weiterhin wird ein körperlicher Untersuchungsbefund erhoben und dokumentiert, zusätzliche Untersuchungen wie beispielsweise Röntgen- und Laboruntersuchungen werden ebenfalls dokumentiert. Die gestellte Diagnose wird in der Regel im Wortlaut und als ICD 10 Diagnoseschlüssel angegeben und im Anschluss die durchgeführte oder geplante Therapie aufgeführt.

6.3.1. Dokumentierte Anamnese auf dem Erste-Hilfe-Schein

Wortzahl der Anamnese

Die Länge der Anamnese variiert von Fall zu Fall erheblich. In 199 Fällen wurde gar keine Anamnese dokumentiert. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede der Länge der Anamnese sind gering. Bei Männern werden etwas häufiger sehr kurze Anamnesen unter 5 Worte dokumentiert. Bei Frauen etwas häufiger Anamnesen zwischen 11 und 20 Worten.

Bei Migranten/innen sind im Vergleich zu deutschen Patienten/innen keine einheitlichen Unterschiede zu erkennen. Vielmehr sind bei türkischen Migrantinnen und Migrantinnen anderer Herkunft die dokumentierten Anamnesen länger als bei deutschen Frauen. Bei männlichen Migranten werden im Vergleich zu deutschen Patienten häufiger kurze Anamnesen bis 15 Worte dokumentiert. (Tab. 71 und Abb. 51)

Tab. 71: Wortzahl der dokumentierten Anamnese nach Geschlecht und Ethnizität der Patienten/innen in Prozent

Wortzahl der Anamnese	Frauen				Männer			
	deutsch (n=1728)	türkisch (n=414)	andere (n=358)	gesamt (n=2467)	deutsch (n=1424)	türkisch (n=419)	andere (n=386)	gesamt (n=2205)
	%	%	%	%	%	%	%	%
≤5 Worte	8	6	6	7	10	11	8	10
6-10 Worte	34	33	28	33	31	37	38	33
11-15 Worte	23	27	24	24	24	23	18	23
16-20 Worte	12	14	14	13	10	10	12	10
21-30 Worte	13	14	17	14	15	15	15	15
>30 Worte	9	7	10	9	10	5	10	9
gesamt	100	100	100	100	100	100	100	100

Mit zunehmendem Alter steigt sowohl bei Frauen als auch bei Männern die Länge der Anamnese an. Bei Patienten/innen über 65 Jahren sind die Anamnesen wieder etwas kürzer (Tab. 72).

Tab. 72: Wortzahl der dokumentierten Anamnese nach Geschlecht und Altersgruppen in Prozent

Wortzahl der Anamnese	Frauen (n=2492)				Männer (n=2223)			
	15-29 Jahre (n=582)	30-49 Jahre (n=614)	50-65 Jahre (n=476)	>65 Jahre (n=820)	15-29 Jahre (n=359)	30-49 Jahre (n=780)	50-65 Jahre (n=533)	>65 Jahre (n=553)
	%	%	%	%	%	%	%	%
≤5 Worte	9	6	5	8	11	9	8	10
6-10 Worte	31	32	32	36	37	35	28	33
11-15 Worte	26	23	22	25	22	21	21	27
16-20 Worte	13	12	12	12	9	11	12	9
21-30 Worte	13	16	16	12	16	16	18	11
>30 Worte	7	11	13	6	6	8	13	10
gesamt	100	100	100	100	100	100	100	100

In der Anamnese dokumentierte Beschwerden

Die Beschwerden der Patienten/innen wurden auf den Erste Hilfe Scheinen durch die behandelnden Ärzte/innen in klinische Begriffe übersetzt und dokumentiert. Dabei wurden bei vielen Patienten/innen mehrere Beschwerden dokumentiert, die in der folgenden Tabelle zusammengefasst sind. Aus der Tabelle kann die Nennung, nicht aber die Wichtigkeit und Reihenfolge der Beschwerden ersehen werden. Bei 215 Patienten/innen wurden keine Beschwerden dokumentiert.

Als häufigste Beschwerden wurden bei Frauen Übelkeit/Erbrechen (20%), Atembeschwerden/Husten (19%) und Bauchschmerzen (18%) genannt. Bei Männern waren die am häufigsten dokumentierten Beschwerden Atembeschwerden/Husten (19%) gefolgt von Bauchschmerzen (15%), Übelkeit/ Erbrechen (14%) und Thoraxschmerz (14%).

Der Vergleich zwischen weiblichen und männlichen Patienten/innen zeigte weiterhin, dass Frauen häufiger über Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Übelkeit/ Erbrechen, Dysurie und Rückenschmerzen klagten. Bei Männern waren Beschwerden wie Verschlechterung des Allgemeinzustands, Blutungen, epileptische Anfälle und psychisch bzw. psychiatrische Symptome häufiger.

Migranten/innen klagten deutlich häufiger als deutsche Patienten/innen über Kopfschmerzen, Bauchschmerzen sowie Übelkeit und Erbrechen,. Etwas häufiger werden Beschwerden wie Fieber, Dysurie, Rückenschmerzen und Juckreiz bzw. Sensibilitätsstörungen genannt. Bei türkischen Migranten/innen werden häufiger Gliederschmerzen dokumentiert. Seltener werden bei Migranten/innen Beschwerden wie Bewusstlosigkeit, Kreislaufbeschwerden, Sprach- und Schluckstörungen sowie Paresen, epileptische Anfälle und psychische bzw. psychiatrische Symptome dokumentiert (Tab. 73).

Tab. 73: In den Erste Hilfe-Scheinen dokumentierte Beschwerden der Patienten/innen nach Geschlecht und Ethnizität

Beschwerden	Frauen (n=2496)				Männer (n=2219)			
	deutsch %	türkisch %	andere %	gesamt %	deutsch %	türkisch %	andere %	gesamt %
Atembeschwerden/ Husten	20	16	16	19	18	18	21	19
Cardiale Beschwerden	9	6	7	8	9	9	9	9
Thoraxschmerz	13	12	13	13	13	16	16	14
Schwindel/ Kreislaufbe- schwerden	10	9	7	9	9	7	7	8
Bewusstlosigkeit/ Sturz	9	3	4	7	7	4	4	6
Verschlechterung des Allgemeinzustands	8	8	4	7	10	7	7	9
Fieber	6	8	8	7	5	10	13	7
Kopfschmerzen	6	20	16	10	3	14	9	6
Halsschmerzen	1	3	3	2	1	3	6	2
Bauchschmerzen	15	29	23	18	12	23	17	15
Übelkeit/ Erbrechen	18	26	21	20	12	17	16	14
Diarrhöe	6	5	6	6	5	5	6	5
Obstipation/ Meteorismus	2	1	2	2	1	1	2	1
Blutung (Magen, Darm, Urin...)	4	2	3	3	6	3	4	5
Schmerzen im Nierenlager	1	2	3	2	1	4	1	2
Dysurie	2	5	3	3	1	3	2	1
Rückenschmerzen	4	6	7	5	2	5	3	2
Gliederschmerzen	5	6	5	5	4	6	4	4
Schwellung/ Ödem	4	1	1	3	3	3	2	3
Exanthem	1	1	2	1	1	2	2	1
Juckreiz/ Sensibilitätsstörung	4	6	4	4	3	4	3	3
Sprach- u. Schluckstörung	3	1	1	2	3	1	3	3
Paresen	2	0	1	2	3	1	2	2
Epileptischer Anfall	1	0	2	1	4	1	2	3
Psychisch/psychiatrische Symptome	8	5	6	7	11	6	7	9
andere	17	18	19	18	17	18	21	18

Nach Alterstratifizierung lassen sich einzelne Symptome bestimmten Altersgruppen zuordnen. Atembeschwerden sind bei nahezu einem Drittel der Patientinnen über 65 Jahren dokumentiert. Weitere Krankheitssymptome des höheren Lebensalters sind cardiale Beschwerden und Thoraxschmerz, Bewusstlosigkeit sowie Verschlechterung des

Allgemeinzustands. Patientinnen unter 30 Jahren klagen vorwiegend über Bauch- und Kopfschmerz sowie Übelkeit und Erbrechen (Tab. 74).

Tab. 74: In den Erste Hilfe-Scheinen dokumentierte Beschwerden der Patienten/innen nach Geschlecht und Altersgruppen

Beschwerden	Frauen (n=2488)				Männer (n=2215)			
	15-29 Jahre (n=579) %	30-49 Jahre (n=613) %	50-65 Jahre (n=479) %	>65 Jahre (n=817) %	15-29 Jahre (n=354) %	30-49 Jahre (n=781) %	50-65 Jahre (n=529) %	>65 Jahre (n=551) %
Atembeschwerden/ Husten	12	16	19	27	15	15	19	26
Cardiale Beschwerden	3	6	15	10	5	6	15	9
Thoraxschmerz	9	14	16	12	9	14	19	14
Schwindel/ Kreislaufbeschwerden	7	9	12	10	9	7	8	11
Bewusstlosigkeit/ Sturz	6	4	5	11	4	4	5	9
Verschlechterung des Allgemeinzustands	4	5	8	11	5	8	8	15
Fieber	9	8	6	5	15	7	5	5
Kopfschmerzen	14	11	11	5	11	9	4	3
Halsschmerzen	5	1	2	0	8	2	1	0
Bauchschmerzen	31	23	13	9	22	17	13	9
Übelkeit/ Erbrechen	22	20	22	17	19	15	13	9
Diarrhöe	8	6	5	4	9	6	4	4
Obstipation/ Meteorismus	2	1	1	3	0	1	2	2
Blutung (Magen, Darm, Urin...)	2	3	4	5	3	4	6	6
Schmerzen im Nierenlager	3	2	1	0	2	3	2	1
Dysurie	6	4	1	1	1	2	1	1
Rückenschmerzen	5	5	5	4	3	3	3	1
Gliederschmerzen	3	7	6	5	6	5	3	3
Schwellung/ Ödem	2	3	3	5	2	2	3	4
Exanthem	2	2	2	0	3	2	1	0
Juckreiz/ Sensibilitätsstörung	4	6	6	2	3	4	4	1
Sprach- u. Schluckstörung	1	1	1	5	2	2	2	6
Paresen	0	1	2	4	1	1	4	4
Epileptischer Anfall	1	2	1	0	2	4	2	3
Psychisch/psychiatrische Symptome	9	11	6	3	15	14	6	2
Andere	15	19	19	17	17	17	19	19

Anzahl der dokumentierten Symptome

Bei Männern und besonders bei deutschen Männern wird zumeist nur ein Symptom angegeben. Frauen und besonders türkischen Frauen werden häufiger zwei oder mehr Symptome zugeordnet (Tab. 75).

Tab. 75: Anzahl der dokumentierten Symptome nach Geschlecht und Ethnizität

Anzahl der Symptome	Frauen (n=2380)				Männer (n=2131)			
	deutsch (n=1673)	türkisch (n=399)	andere (n=346)	gesamt (n=2418)	deutsch (n=1371)	türkisch (n=404)	andere (n=375)	gesamt (n=2150)
	%	%	%	%	%	%	%	%
1	44	35	41	42	53	39	42	48
2	35	37	32	35	32	37	35	33
3	17	18	21	18	13	17	15	14
4	3	8	5	4	2	5	7	4
5	1	1	1	1	0	1	1	1
6	0	1	0	0	0	0	0	0
gesamt	100	100	100	100	100	100	100	100

Alter scheint auf die Anzahl der dokumentierten Beschwerden keinen Einfluss zu haben (Tab. 76).

Tab. 76: Anzahl der dokumentierten Symptome nach Geschlecht und Altersgruppe

Anzahl der Symptome	Frauen (n=2405)				Männer (n=2149)			
	15-29 Jahre (n=554)	30-49 Jahre (n= 587)	50-65 Jahre (n= 462)	>65 Jahre (n=802)	15-29 Jahre (n=340)	30-49 Jahre (n=740)	50-65 Jahre (n=522)	>65 Jahre (n=547)
	%	%	%	%	%	%	%	%
1	40	41	41	46	43	49	50	51
2	38	32	34	36	30	33	36	32
3	16	21	19	15	19	13	12	15
4	6	5	5	2	7	5	3	1
5	1	1	0	1	1	1	0	0
6	0	0	0	0	0	0	0	0
gesamt	100	100	100	100	100	100	100	100

Im Erste-Hilfe-Schein dokumentierte Diagnostik

Beim diagnostischen Prozedere lassen sich keine geschlechts- wohl aber ethnizitätsspezifische Unterschiede beobachten. EKG, Labor, Röntgen und andere bildgebende Verfahren wurden häufiger bei deutschen Patienten/innen durchgeführt, Urinuntersuchungen dagegen vermehrt bei Migranten/innen (Tab. 77 und Abb. 52).

Tab. 77: Einsatz diagnostischer Verfahren nach Geschlecht und Ethnizität der Patienten/innen

Diagnostik	Frauen (n=2559)				Männer (n=2291)			
	deutsch (n=1755) %	türkisch (n=438) %	andere (n=366) %	gesamt (n=2559) %	deutsch (n=1457) %	türkisch (n=431) %	andere (n=403) %	gesamt (n=2291) %
Internistische Untersuchung	93	90	91	92	92	91	91	92
Sonographie	4	5	5	4	5	6	5	5
EKG	63	34	39	54	59	42	46	53
Röntgen	21	8	10	17	19	13	18	18
Andere bildgebende Verfahren	4	1	1	3	4	2	1	3
Labor	79	63	70	74	75	65	70	72
Urinuntersuchung	7	14	14	9	4	11	8	6
Basisdiagnostik (Puls, RR, Temp.)	94	92	92	93	93	94	91	93
Konsil	20	26	21	21	23	21	18	22

Mit zunehmendem Alter werden bei Frauen und Männern mehr EKG, Labor, Röntgen und andere bildgebende Verfahren jedoch weniger Urinuntersuchungen und Konsile durchgeführt (Tab. 78).

Tab. 78: Einsatz diagnostischer Verfahren nach Geschlecht und Altersgruppen der Patienten/innen

Diagnostik	Frauen (n=2552)				Männer (n=2287)			
	15-29 Jahre (n=597) %	30-49 Jahre (n=643) %	50-65 Jahre (n=477) %	>65 Jahre (n=835) %	15-29 Jahre (n=370) %	30-49 Jahre (n=793) %	50-65 Jahre (n=553) %	>65 Jahre (n=571) %
Internistische Untersuchung	90	88	96	94	91	89	93	95
Sonographie	7	6	4	2	4	6	5	5
EKG	21	42	65	83	26	38	67	78
Röntgen	6	11	16	32	10	13	19	29
Andere bildgebende Verfahren	1	1	5	5	1	2	3	6
Labor	62	64	79	89	61	67	76	83
Urinuntersuchung	18	10	5	4	1	7	6	4
Basisdiagnostik (Puls, RR, Temp.)	92	91	96	95	91	91	93	95
Konsil	27	27	16	15	22	25	20	18

6.3.3. Diagnosen

Im Erste-Hilfe-Schein wurden in der Regel vollständige ICD 10 Diagnosen angegeben. Die Zusätze A (Ausschluss), V (Verdacht) und Z (Zustand nach) wurden von den behandelnden Ärzten/innen zumeist nicht verschlüsselt und gehen daher nicht in diese Untersuchung ein. Im folgenden werden die nach ICD 10 Diagnosegruppen zusammengefassten Diagnosen dargestellt. In vielen Fällen wurden mehrere Diagnosen gestellt. Aus der Darstellung wird die Wichtigkeit und Reihenfolge der Diagnosen nicht ersichtlich.

Geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen sich bei folgenden Krankheiten. In der Rettungsstelle werden bei Frauen mehr Stoffwechselerkrankungen, Krankheiten des Urogenitalsystems und mehr "Symptome und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind" diagnostiziert, bei Männern mehr psychische Krankheiten und Kreislaufkrankungen (Abb. 53).

Türkische Patienten/innen leiden im Vergleich mit deutschen Patienten/innen seltener unter Neubildungen, Stoffwechselerkrankungen, psychischen Erkrankungen und Krankheiten des Kreislaufsystems jedoch häufiger unter Krankheiten des Verdauungssystems und des Urogenitalsystems. Außerdem wurde weitaus häufiger die Diagnosekategorie "Symptome und abnorme, klinische und Laborbefunde" verwendet.

Türkische Männer außerdem hatten auffallend häufig Muskel- und Skeletterkrankungen, bei türkischen Frauen wurde im Vergleich mit allen anderen Gruppen auffallend viele Erkrankungen des Urogenitalsystems diagnostiziert (Tab. 81 und Abb. 53).

Tab. 81: Prozentuale Verteilung der Diagnosen (ICD 10) nach Geschlecht und Ethnizität

Diagnosen nach ICD 10	Frauen (n=2516)				Männer (n=2248)			
	deutsch n=1742	türkisch n=415	andere n=359	gesamt n=2516	deutsch n=1437	türkisch n=420	andere n=491	gesamt n=2248
	%	%	%	%	%	%	%	%
Infektiöse Krankheiten	4	4	7	5	4	4	7	5
Neubildungen	4	1	2	3	5	2	1	4
Krankheiten des Blutes	3	2	1	3	2	0	1	2
Stoffwechsel- krankheiten	12	6	3	10	9	5	9	8
Psychische Krankheiten	15	11	16	15	23	14	16	20
Krankheiten des Nervensystems	5	7	8	6	7	6	5	7
Krankheiten des Kreis- laufsystems	45	15	20	36	44	26	33	39
Krankheiten des Atmungssystems	17	17	15	17	15	18	23	17
Krankheiten des Verdauungssystems	14	18	16	15	14	17	15	15
Krankheiten der Haut	2	2	1	2	2	1	2	2
Krankheiten des Muskel-Skelett- Systems	4	2	4	3	2	6	1	3
Krankheiten des Uro- genitalsystems	8	11	10	9	7	9	6	7
Schwangerschaft, Geburt und Wochen- bett	0	1	1	1	0	0	0	0
Symptome und abnor- me, klinische u. Labor- befunde	19	27	20	20	15	25	18	17
Verletzungen und Vergiftungen	5	6	8	6	6	4	4	6
andere	3	4	5	4	3	3	4	3

Erkrankungen des höheren Alters sind Neubildungen, Krankheiten des Blutes, Stoffwechselerkrankungen, Kreislauferkrankungen und bedingt auch Atemwegserkrankungen. Hierbei zeigen sich keine geschlechtsspezifischen Differenzen. Bei jüngeren Patienten/innen sind mehr infektiöse Erkrankungen, psychische Krankheiten, Krankheiten des Verdauungssystems, des Urogenitalsystems und "Symptome und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind" zu finden (Tab. 82).

**Tab. 82: Prozentuale Verteilung der Diagnosen (ICD 10)
nach Geschlecht und Altersgruppen**

Diagnosen nach ICD 10	Frauen (n=2516)				Männer (n=2248)			
	15-29 Jahre (n=586)	30-49 Jahre (n=625)	50-65 Jahre (n=476)	>65 Jahre (n=821)	15-29 Jahre (n=361)	30-49 Jahre (n=789)	50-65 Jahre (n=538)	>65 Jahre (n=556)
	%	%	%	%	%	%	%	%
Infektiöse Krankheiten	6	5	4	4	9	5	4	3
Neubildungen	1	1	5	5	0	2	7	7
Krankheiten des Blutes	2	1	2	5	0	1	2	4
Stoffwechselkrankheiten	1	3	8	22	1	4	12	15
Psychische Krankheiten	18	25	13	5	25	31	17	6
Krankheiten des Nervensystems	6	7	6	5	5	8	6	6
Krankheiten des Kreislaufsystems	5	10	45	74	8	15	59	74
Krankheiten des Atmungssystems	14	14	15	21	19	14	12	24
Krankheiten des Verdauungssystems	17	17	16	10	16	17	16	9
Krankheiten der Haut	1	2	2	2	1	2	2	1
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	3	4	3	4	2	3	3	2
Krankheiten des Urogenitalsystems	13	9	5	8	5	6	7	11
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	2	1	0	0	0	0	0	0
Symptome und abnorme, klinische Laborbefunde	27	21	19	16	19	19	16	15
Verletzungen und Vergiftungen	9	7	5	3	8	6	5	3
andere	4	5	4	2	4	3	4	3

6.3.4. Durchgeführte oder verordnete Therapie

Therapeutisches Prozedere

Männer werden in 55% der Fälle stationär aufgenommen, Frauen nur in 47% der Fälle. Die Zahl der medikamentös ambulanten Behandlung ist bei Frauen höher, ebenso die Empfehlung sich bei Haus- oder Facharzt oder im Fall der Beschwerdeprogression in der Klinik wieder vorzustellen.

Patienten/innen deutscher Herkunft werden häufiger stationär aufgenommen als türkische oder andere Migranten/innen. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede stellen sich bei der Gruppe der Migranten/innen ausgeprägter dar. Es fällt weiterhin auf, dass Migranten/innen die Klinik etwas häufiger vor der Behandlung wieder verlassen (Tab. 83 und Abb. 54).

Tab. 83: Therapeutisches Prozedere nach Geschlecht und Ethnizität der Patienten/innen

Therapie	Frauen (n=2346)				Männer (n=2117)			
	deutsch (n=1622)	türkisch (n=395)	andere (n=329)	gesamt (n=2346)	deutsch (n=1369)	türkisch (n=392)	andere (n=356)	gesamt (n=2117)
	%	%	%	%	%	%	%	%
stationäre Aufnahme	56	20	37	47	62	38	46	55
medikamentös ambulant	26	52	39	32	18	42	33	25
nicht medikamentös ambulant	4	4	5	4	4	6	3	4
Empfehlung Vorstel- lung beim Hausarzt	10	16	17	12	9	11	13	10
Empfehlung Vorstel- lung beim Facharzt	11	21	14	13	9	16	12	11
Empfehlung Wiedervorstellung bei Beschwerde- progression	9	17	14	11	8	8	11	8
Patient/-in geht vor der Untersuchung	2	5	5	3	4	5	6	4
Patient/-in geht gegen ärztlichen Rat	2	2	3	2	2	1	1	2

Ältere Patienten/innen werden wesentlich häufiger stationär aufgenommen, in den Altersgruppen unter 65 überwiegend Männer. Ambulante medikamentöse und nicht medikamentöse Behandlung, als auch die Empfehlung einer ambulanten ärztlichen Vorstellung nehmen mit zunehmendem Alter ab. Ältere Patienten/innen verlassen die Klinik seltener schon vor der Behandlung (Tab. 84).

Tab. 84: Therapeutisches Procedere nach Geschlecht und Altersgruppen der Patienten/innen

Therapie	Frauen (n=2339)				Männer (n=2113)			
	15-29 Jahre (n=528)	30-49 Jahre (n=588)	50-65 Jahre (n=447)	>65 Jahre (n=776)	15-29 Jahre (n=336)	30-49 Jahre (n=733)	50-65 Jahre (n=514)	>65 Jahre (n=530)
	%	%	%	%	%	%	%	%
Stationäre Aufnahme	22	30	48	76	30	41	67	77
Medikamentös ambulant	46	42	33	15	40	34	18	11
Nicht medikamen- tös ambulant	7	5	2	1	5	5	4	5
Empfehlung Vor- stellung beim Haus- arzt	17	15	12	7	15	13	9	5
Empfehlung Vor- stellung beim Fach- arzt	18	18	15	5	16	15	7	5
Empfehlung Wiedervorstellung bei Beschwer- deprogredienz	21	14	8	4	11	11	6	5
Patient/-in geht vor der Untersuchung	6	6	2	0	8	6	3	1
Patient/-in geht gegen ärztlichen Rat	2	3	2	2	1	3	1	2

Fachrichtung der stationären Aufnahmen

Bei 99% aller stationär aufgenommenen Patienten/-innen konnte aus dem Erste-Hilfe-Schein nachvollzogen werden in welche Abteilung sie aufgenommen wurden. Aufnahmen auf die Aufnahmestation wurden der Inneren Medizin zugerechnet obwohl einige Patienten/-innen nach kurzer Zeit wieder entlassen oder später nicht auf internistische Stationen sondern in andere Fachabteilungen oder Krankenhäuser verlegt wurden.

Frauen, vor allem ältere deutsche Patientinnen werden häufiger in externe Krankenhäuser verlegt. Migrantinnen werden in 6% bzw. 8% nach einem gynäkologischen Konsil in frauenärztliche Behandlung aufgenommen. Aufnahmen in die Psychiatrie sind am häufigsten bei deutschen Männern und türkischen Frauen zu beobachten (Tab. 85).

Medikamentöse Therapie

Bei 47% aller Patienten wurde die medikamentöse Therapie auf dem Erste-Hilfe-Schein angegeben. Bei der dokumentierten, entweder in der Klinik gegebenen oder für die ambulante Behandlung empfohlenen, Medikation bestehen geschlechtsspezifische Unterschiede. Frauen erhalten deutlich häufiger Antibiotika. Männer erhalten häufiger Antikoagulantien, Broncholytika/Antiasthmatica, Infusionslösungen und Koronartherapeutika sowie Thrombozytenaggregationshemmer (Tab. 87 und Abb. 55).

Tab. 87: Empfohlene bzw. verordnete Medikation nach Geschlecht und Ethnizität

Medikamente	Frauen (n=1296)				Männer (n=1038)			
	deutsch (n=848)	türkisch (n=245)	andere (n=203)	gesamt (n=1296)	deutsch (n=605)	türkisch (n=246)	andere (n=187)	gesamt (n=1038)
	%	%	%	%	%	%	%	%
Analgetika/ Antirheumatika	27	49	38	33	24	54	40	34
Antiallergika	3	4	5	3	2	2	4	2
Antibiotika	9	11	12	10	5	6	10	6
Antidiabetika	1	2	0	1	2	2	1	2
Antiemetika	1	2	2	2	0	1	1	1
Antiepileptika	0	0	0	0	2	0	1	1
Antihypertonika	2	1	2	1	1	1	1	1
Antikoagulantia	10	2	3	7	14	7	11	12
Antitussiva	3	2	1	2	1	1	3	1
Betarezeptorenagoni- sten, ACE-Hemmer	7	7	5	7	8	3	5	6
Ca- Antagonisten, Broncholytika/ Antiasthmatica	8	5	9	8	9	10	11	10
Corticoide	9	5	7	8	8	6	8	7
Diuretika	6	2	1	5	5	2	4	4
Infusionslösungen	23	9	15	19	25	20	18	23
Kardiaka	2	0	1	1	1	0	1	1
Koronarmittel	15	7	4	12	17	9	14	15
Laxantia	1	1	1	1	0	0	1	0
Magen- Darm Mittel	22	34	27	25	20	33	30	25
Mineralstoffpräparate	4	2	2	3	3	1	1	2
Psychopharmaka	7	6	8	7	7	4	5	6
Spasmolytika	9	16	15	11	9	15	11	11
Thrombozytenaggrega- tionshemmer	4	1	0	3	7	3	3	5

Ethnizitätsspezifische Unterschiede bestanden in der größeren Anzahl der Verordnung von Analgetika bzw. Antirheumatika, Antiallergika, Antibiotika, Magen-Darm-Mittel und Spasmolytika bei Migranten/innen. Andererseits wurden sowohl türkischen als auch anderen Migranten weniger Antikoagulantien, Diuretika, Infusionen, Koronarmittel,

Mineralstoffpräparate und Thrombozytenaggregationshemmer verordnet. Migrantinnen bekommen im Vergleich mit deutschen Patientinnen und allen Männern mehr Psychopharmaka.

Analgetika, Antiallergika, Antibiotika, Antitussiva, Magen-Darm-Mittel und Spasmolytika werden vermehrt bei jüngeren Patienten/innen gegeben. Antidiabetika, Blutdruck-, cardial wirksame Medikamente und Antikoagulationa sowie Thrombozytenaggregationshemmer eher im höheren Lebensalter. Broncholytika, Corticoide und Infusionen wurden bei älteren Patienten/innen ebenfalls häufiger angewandt (Tab. 88).

Tab. 88: Empfohlene/verordnete Medikation nach Geschlecht und Altersgruppen der Patienten/innen

Medikamente	Frauen (n=1293)				Männer (n=1037)			
	15-29 Jahre (n=295)	30-49 Jahre (n=334)	50-65 Jahre (n=265)	>65 Jahre (n=399)	15-29 Jahre (n=168)	30-49 Jahre (n=369)	50-65 Jahre (n=252)	>65 Jahre (n=248)
	%	%	%	%	%	%	%	%
Analgetika/Antirheumatika	44	44	29	18	36	46	31	19
Antiallergika	4	4	5	1	3	4	1	1
Antibiotika	17	13	5	5	11	7	2	4
Antidiabetika	0	1	2	2	0	1	2	3
Antiemetika	2	1	3	1	1	0	1	1
Antiepileptika	0	0	0	1	0	2	1	1
Antihypertonika	0	1	3	2	0	1	1	2
Antikoagulantia	0	1	12	15	1	11	17	15
Antitussiva	3	4	2	2	4	1	1	1
Betarezeptorenagonisten, ACE-Hemmer, Ca- Antagonisten,	2	3	14	9	2	4	10	9
Broncholytika/ Antiasthmatika	6	5	10	10	7	9	6	15
Corticoide	6	7	12	7	5	7	5	10
Diuretika	0	0	3	14	0	1	2	14
Infusionslösungen	16	16	19	24	24	21	21	26
Kardiaka	0	0	0	4	0	0	2	2
Koronarmittel	0	2	18	25	2	7	23	25
Laxantia	1	1	0	2	1	1	1	0
Magen- Darm Mittel	34	27	27	16	43	28	20	12
Mineralstoffpräparate	3	2	2	4	1	1	4	3
Psychopharmaka	4	10	9	5	7	5	6	7
Spasmolytika	16	18	10	3	15	15	8	4
Thrombozytenaggregations- hemmer	1	0	4	7	0	5	6	8

6.3.5. Abbildungen zu geschlechtsspezifischen Unterschieden in der Behandlung

Anamnese

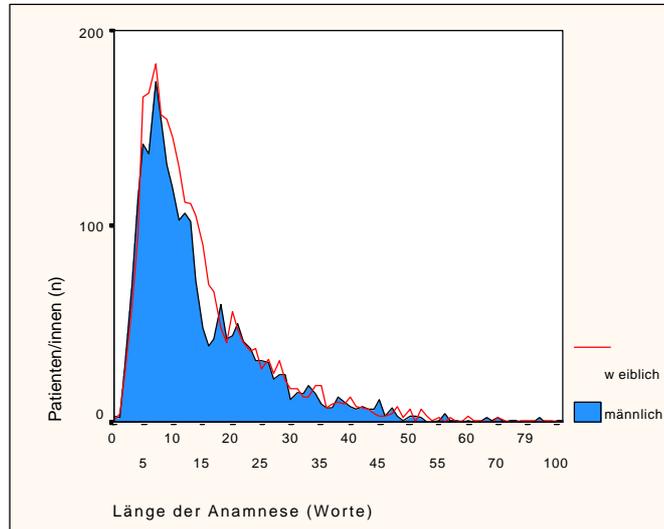


Abb. 51: Wortzahl bei der Anamnese nach Geschlecht der Patienten/innen

Diagnostik

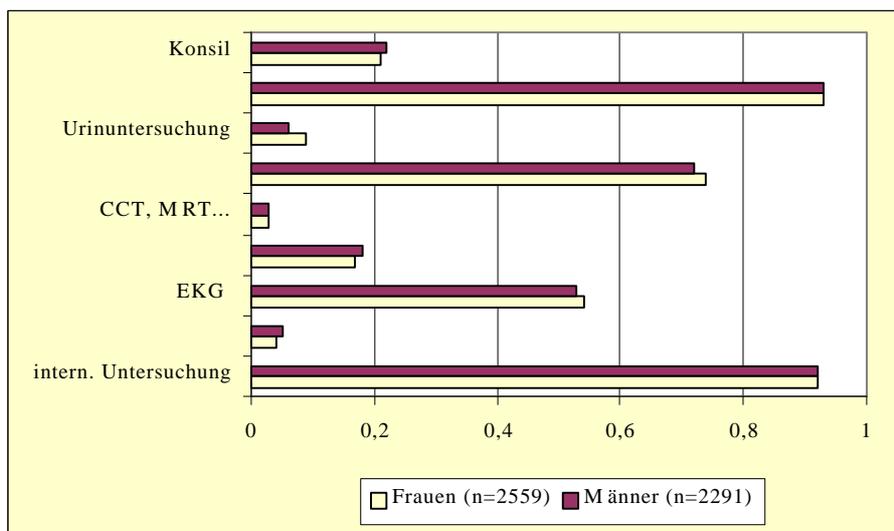


Abb. 52: Diagnostische Verfahren nach Geschlecht der Patienten/innen

Diagnosen

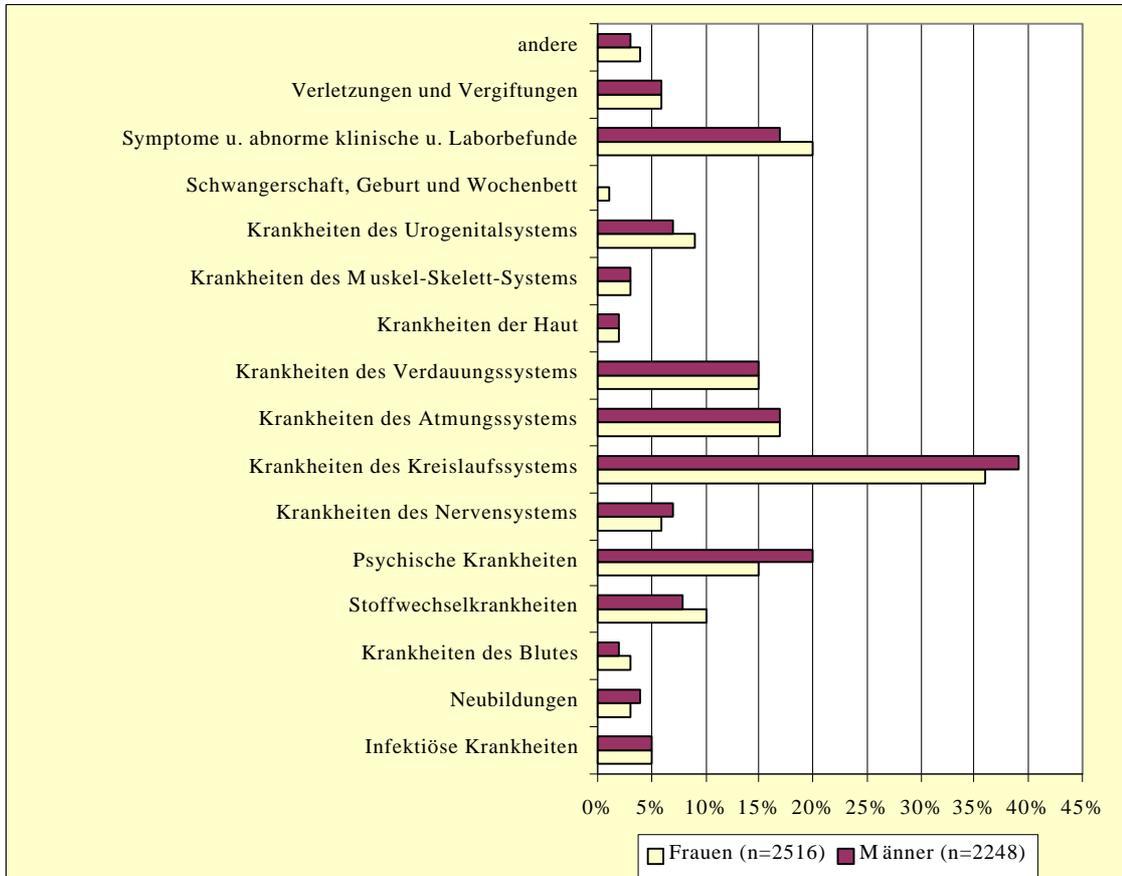


Abb. 53: Diagnosen nach Geschlecht der Patienten/innen

Therapie

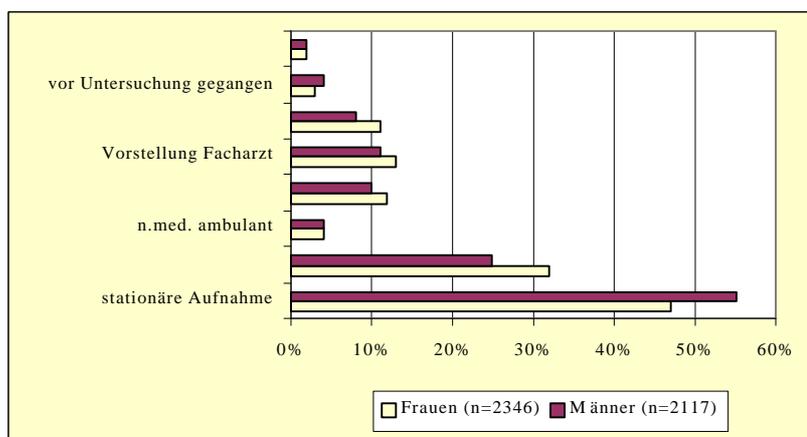


Abb. 54 Therapie nach Geschlecht der Patienten/innen

Medikamente

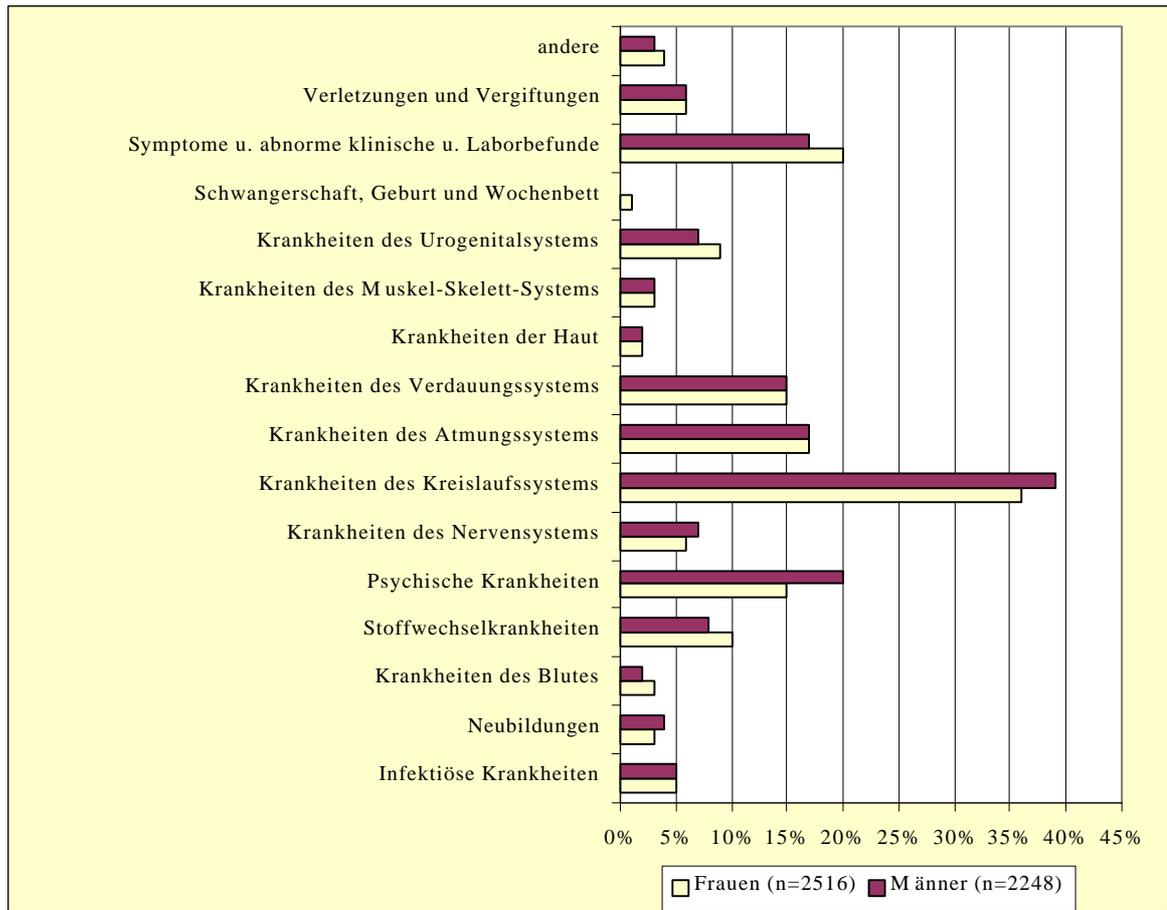


Abb. 55: Empfohlene/verordnete Medikamente nach Geschlecht der Patienten/innen

Je älter die Patienten sind, um so schlechter wird die Verständigung beurteilt. (Tab. 92)

Tab. 92: Ärztliche Bewertung der sprachlichen Verständigung mit den Patienten/innen nach Geschlecht und Altersgruppen in Prozent

Arzt-Patient- Verständigung	Frauen (n=1304)				Männer (n=1187)			
	15-29 Jahre (n=347)	30-49 Jahre (n=341)	50-65 Jahre (n=241)	>65 Jahre (n=375)	15-29 Jahre (n=212)	30-49 Jahre (n=437)	50-65 Jahre (n=263)	>65 Jahre (n=275)
	%	%	%	%	%	%	%	%
gut - sehr gut	88	85	77	82	84	81	83	76
einigermaßen - sehr unbefriedigend	12	14	23	19	16	18	17	25
gesamt	100	100	100	100	100	100	100	100

7.3. Sprachmittlung

Die Kommunikation in der Rettungsstelle wurde bei türkischen Patientinnen in 36% der Fälle übersetzt, bei anderen Migrantinnen in 29%. Bei männlichen Migranten wurde nur in 24% bzw. 17% gedolmetscht (Tab. 93).

Tab. 93: Prozentualer Anteil der übersetzten Arzt-Patient-Gespräche nach Geschlecht und Ethnizität

Sprachmittlung	Frauen (n=1312)				Männer (n=1196)			
	deutsch (n=840)	türkisch (n=270)	andere (n=203)	gesamt (n=1312)	deutsch (n=681)	türkisch (n=281)	andere (n=227)	gesamt (n=1196)
	%	%	%	%	%	%	%	%
Ja	0	36	29	12	0	24	17	9
Nein	100	64	71	88	100	76	83	91
gesamt	100	100	100	100	100	100	100	100

Mit zunehmendem Alter benötigen die Patienten/innen in der Rettungsstelle häufiger einen Übersetzer. Der niedrige Anteil der übersetzten Gespräche in der Altersgruppe der über 65jährigen erklärt sich durch den geringen Anteil an älteren Migranten/innen (Tab. 94).

Tab. 94: Prozentualer Anteil der gedolmetschten Arzt-Patient-Gespräche nach Geschlecht und Ethnizität

Sprachmittlung	Frauen (n=1281)				Männer (n=1197)			
	15-29 Jahre (n=348) %	30-49 Jahre (n=341) %	50-65 Jahre (n=244) %	>65 Jahre (n=377) %	15-29 Jahre (n=212) %	30-49 Jahre (n=440) %	50-65 Jahre (n=269) %	>65 Jahre (n=276) %
Ja	10	16	21	5	6	9	12	9
Nein	90	84	79	95	94	91	88	91
gesamt	100	100	100	100	100	100	100	100

In 96% bzw. 95% von 267 übersetzten Gesprächen brachten die Patienten/innen selbst Begleitpersonen als Sprachmittler mit. Krankenhausangestellte wurden nur in Ausnahmefällen zum Übersetzen herangezogen (Tab. 95).

Tab. 95: Sprachmittler in der Arzt-Patient-Kommunikation

Sprachmittler	Frauen (n=156)	Männer (n=111)
	%	%
Begleitperson	96	95
Pflegekraft	2	1
Arzt/Ärztin	1	3
sonstiges Personal	1	1
gesamt	100	100

7.5. Gründe für Unzufriedenheit der behandelnden Ärztinnen und Ärzte

Bei 3,8% (n=183) aller Patienten/innen gaben die behandelnden Ärzte/innen an weshalb sie mit der Behandlung oder Kommunikation unzufrieden waren. Als häufigster Grund wurde mit 32% angegeben, dass der/die Patient/-in aufgrund der Krankheit nicht kooperations- oder kommunikationsfähig war, gefolgt von der Unzufriedenheit über Verständigungsschwierigkeiten infolge mangelnder Sprachkenntnisse der Patienten/innen und ihrer Begleitpersonen mit 21%.

Bei männlichen Patienten wird in 19% über Alkoholeinfluss und in 10% über eine inadäquate Inanspruchnahme geklagt, bei weiblichen Patientinnen häufiger über schwierige Interaktion oder mangelnden Kooperationswillen und Verständigungsschwierigkeiten infolge mangelnder Sprachkenntnisse (Tab. 98).

Tab. 98: Gründe für ärztliche Unzufriedenheit mit der Arzt-Patient-Interaktion nach Geschlecht der Patienten/innen

Unzufriedenheit mit der Behandlung	Frauen (n=85)	Männer (n=98)	gesamt (n=183)
	%	%	%
Patient/in wegen Krankheit nicht kooperations- und kommunikationsfähig	35	29	32
Alkoholisierter Patient/in	4	19	11
Patient/in schwierig und/oder nicht kooperationswillig	13	9	11
Verständigungsschwierigkeiten/ fehlende Sprachkenntnisse	25	17	21
Inadäquate Inanspruchnahme	7	10	9
Zu wenig Zeit für die Behandlung	2	1	1
Keine adäquate Hilfe möglich	1	5	3
Psychosoziales Problem	0	1	1
Andere	13	9	11
gesamt	100	100	100

Während bei deutschen Patienten die Unzufriedenheit der Ärzte/innen mit der Behandlung in erster Linie von der Unfähigkeit der Patienten infolge ihrer Krankheit oder wegen Alkoholeinflusses zu kooperieren oder kommunizieren, herrührt liegen die Gründe bei Migranten/innen an anderer Stelle. Bei Migrantinnen mehr als bei Migranten wird über mangelnde Sprach- das heißt Deutschkenntnisse geklagt. Dabei scheinen die Sprachkenntnisse mit zunehmendem Alter sowohl bei Frauen als auch bei Männern schlechter zu sein. Türkischen Frauen wird häufiger vorgeworfen schwierig bzw. nicht kooperationswillig zu sein oder die Notfallambulanz inadäquat in Anspruch zu nehmen (Tab. 99).

Tab. 99: Gründe für ärztliche Unzufriedenheit mit der Arzt-Patient-Interaktion nach Ethnizität der Patienten/innen

Unzufriedenheit mit der Behandlung	Frauen (n=85)			Männer (n=98)		
	deutsch (n=44)	türkisch (n=25)	andere (n=16)	deutsch (n=47)	türkisch (n=32)	andere (n=19)
	%	%	%	%	%	%
Patient/-in wegen Krankheit nicht kooperations- und kommunikationsfähig	61	4	12	40	18	15
Alkoholisierte/r Patient/-in	7	0	0	30	9	15
Patient/-in schwierig und/oder nicht kooperationswillig	11	24	0	10	3	21
Verständigungsschwierigkeiten/ fehlende Sprachkenntnisse	2	40	63	0	34	31
Inadäquate Inanspruchnahme	2	16	6	10	12	5
Zu wenig Zeit für die Behandlung	5	0	0	0	3	0
Keine adäquate Hilfe möglich	0	4	0	4	6	5
Psychosoziales Problem	2	0	0	2	0	0
Andere	11	12	19	4	15	10
gesamt	100	100	100	100	100	100

Unter Berücksichtigung des Alters fällt auf, dass Patienten/innen, die infolge ihrer Krankheit nicht kooperations- oder kommunikationsfähig waren, zumeist über 65 Jahre alt sind. Als schwierig und/oder nicht kooperationswillig empfundene Patienten/innen sind eher in den jüngeren Altersgruppen zu finden.

Das Geschlecht der Ärzte/innen scheint einen Einfluss auf die Unzufriedenheit mit der Behandlung zu haben. Ärztinnen klagten etwas häufiger über Verständigungsschwierigkeiten (24% vs. 20%) und darüber keine adäquate Hilfe leisten zu können (10% vs.0%). Ärzte hingegen waren häufiger unzufrieden über schwierige und/oder nicht kooperationswillig Patienten/innen (14% vs.6%) oder eine inadäquate Inanspruchnahme (10% vs. 6%).

8. Zusammenfassung

8.1. Beweisbarkeit der aufgestellten Hypothesen

Unter dem Punkt 3.3 des Schlussberichts finden sich neben den Zielen und einigen grundlegenden Fragestellungen zum Thema der Studie auch eine Reihe von Annahmen. Diese sollten im Rahmen der Datenauswertung bestätigt oder verworfen werden. Nachfolgend werden die 25 zu Anfang der Untersuchung aufgestellten Hypothesen stichpunktartig aufgeführt, bestätigt oder verworfen.

Sowohl die erwarteten Ergebnisse als auch die im Schlussbericht dargestellten tatsächlichen Daten und deren Interpretation beruhen ausschließlich auf den in den drei Untersuchungsstandorten erhobenen Daten, dürften aber aufgrund der Menge der befragten Patienten bzw. ausgewerteten Erste-Hilfe-Scheine wie auch der Befragung in einer typischen deutschen Großstadtregion repräsentativ für andere ähnliche Krankenhäuser in industriellen Ballungsräumen Deutschlands sein.

8.1.1. Patientenbefragung

Soziale Lage (Hypothese 1):

Die die Notfallambulanzen aufsuchenden Migrantinnen und Migranten waren im Vergleich zu deutschen Patientinnen und Patienten häufiger verheiratet, hatten häufiger und mehr Kinder, besaßen häufiger keinen Schulabschluss, hatten häufiger keinen Beruf erlernt, waren häufiger in den niedrigeren Erwerbsgruppen tätig und waren (insbesondere die Frauen) häufiger Sozialhilfeempfänger/innen, bezogen eine Rente oder waren arbeitslos. Auch die Wohnsituation lässt auf eine bessere soziale Lage der deutschen Patientinnen und Patienten schließen.

Unterschiedliche Bedürfnisse (Hypothese 2):

Wenn auch ca. 30 % der befragten Patientinnen und Patienten türkisch- oder kurdischsprachige Migranten waren, zeigte sich doch eine große Heterogenität hinsichtlich der Muttersprachen und der ethnischen Herkunft. Auch innerhalb der untersuchten Migrantenpopulation lassen sich große Unterschiede, z. B. hinsichtlich der Bildungs-, Erwerbs- und Wohnsituation nachweisen. Heterogen ist auch die Lese- und Schreibfähigkeit sowohl in der Muttersprache als auch in deutsch, woraus sich eine unterschiedliche Herangehensweise an die gesundheitlichen und/oder sozialen Probleme jedes einzelnen Patienten ergibt.

Soziale Unterstützung durch Angehörige (Hypothese 3):

Migrantinnen und Migranten wurden häufiger von Familienangehörigen in die klinische Notfallambulanz begleitet, die sie bei Sprachproblemen mit dem medizinischen Personal unterstützten. Insgesamt wohnten Migrantinnen und Migranten häufiger im Familienkontext. Bei deutschen Patientinnen und Patienten war der Anteil der Alleinlebenden größer.

Einflüsse auf Beschwerdewahrnehmung u. a. (Hypothese 4):

Die Beschwerden und Symptome, mit denen die Patientinnen und Patienten die Notfallambulanz aufsuchten unterschieden sich deutlich, vor allem zwischen Frauen und Männern. Für einzelne Symptomgruppen zeigten sich auch deutliche Unterschiede zwischen deutschen und nichtdeutschen Patienten/innen. Die angegebene Schmerzstärke war ins-

besondere bei nichtdeutschen Männern, aber auch bei den älteren Migrantinnen deutlich höher als bei den befragten deutschen Patienten/innen. Die Migrantinnen und Migranten gaben auch vergleichsweise mehr schmerzenden Körperregionen an.

Wohnortnähe (Hypothese 5):

Der Wohnort der meisten befragten Patientinnen und Patienten lag in der Nähe zur jeweils aufgesuchten klinischen Notfallambulanz. Insbesondere der Anteil türkischstämmiger Patientinnen und Patienten, die eine zeitliche Entfernung vom Wohnort zur Notfallambulanz von max. 10 min. hatten, war relativ hoch. Die übergroße Mehrheit der Patientinnen und Patienten suchte die Notfallambulanz auf, obwohl sie einen Hausarzt/eine Hausärztin haben und somit in die hausärztliche Versorgung eingebunden sind.

Selbsthilfemaßnahmen (Hypothese 6):

Der größte Teil der Patientinnen und Patienten hatte vor Inanspruchnahme der Notfallambulanz versucht, mit eigenen Mitteln die Krankheitssymptome zu bewältigen und griff dabei meist gleichzeitig auf mehrere unterschiedliche Maßnahmen („Hausapotheke“, Wärmeanwendung, Schonung usw.) zurück. Beim interethnischen Vergleich zeigt sich lediglich bei den Männern ein Unterschied: Hier haben deutsche Patienten deutlich seltener Eigenhilfemaßnahmen vor der Inanspruchnahme der Notfallambulanz ergriffen.

Stress (Hypothese 7):

Die befragten Frauen schätzten ihre Belastung durch Arbeit, Haushalt, Familie usw. deutlich höher ein als die Männer. Bei den Männern nannten die Migranten türkischer und kurdischer Herkunft für alle erfragten Lebensbereiche die höchsten Belastungsgrade. Ein Großteil der Patientinnen und Patienten vermuteten einen Zusammenhang zwischen den Alltagsbelastungen und den aufgetretenen Schmerzen bzw. Krankheitssymptomen.

Struktur (Hypothese 8):

In großen klinischen Notfallambulanzen, in denen die Studie durchgeführt wurde, war eine medizinische, pflegerische und organisatorische Struktur der Maximalversorgung vorhanden. Die Erwartungen der Patientinnen und Patienten an die Versorgung in der Notfallambulanz waren unabhängig von Geschlecht Ethnizität ähnlich: An erster Stelle stehen Beschwerdelinderung, zügige Behandlung und gründliche Untersuchung. Die Erfahrungen der Projektmitarbeiterinnen vor Ort, die Ergebnisse aus den Interviews und die Resultate der Mitarbeiterbefragung (siehe Punkt 3) offenbaren jedoch ein Defizit in der Infrastruktur hinsichtlich einer notwendigen Migrantenorientierung.

8.1.2. Erste-Hilfe-Scheine

Inanspruchnahme Häufigkeit (Hypothese 9):

Der Anteil von Migrantinnen und Migranten unter den Patienten, welche die Notfallambulanzen aufsuchten, lag in Relation zu den jeweils umliegenden Stadtbezirken etwas höher. Im Vergleich zum sogenannten Ausländeranteil der gesamten Stadt aber auch insbesondere des ehemaligen Westteils Berlins ist er überproportional hoch.

Wochenendnutzung (Hypothese 10):

Migrantinnen und Migranten suchten die Notfallambulanzen häufiger am Sonnabend und Sonntag auf als deutsche Patientinnen und Patienten.

Abend- und Nachstunden (Hypothese 11):

Der Vergleich der Inanspruchnahme der Notfallambulanzen zwischen deutschen Patientinnen und Patienten und Migranten/-innen zeigt, dass letztere die Notfallambulanzen relativ häufiger zwischen 20.00 und 08.00 Uhr (Nacht- und Abendstunden) aufgesucht haben.

Unangemessene Inanspruchnahme (Hypothese 12):

Im Ergebnis einer logistischen Regressionsanalyse, die den Einfluss verschiedener Faktoren und Variablen bewertete, lässt sich eine häufigere unangemessene Inanspruchnahme der Notfallambulanzen für nichtdeutsche Patienten/innen, Frauen und jüngere Nutzer/innen konstatieren.

Art der Beschwerden (Hypothese 13):

Neben geschlechtsspezifischen Unterschieden zeigten sich auch zwischen Migranten/innen und deutschen Patienten/innen Unterschiede in den Beschwerden. Bei nichtdeutschen Patientinnen und Patienten wurden seltener psychische bzw. psychiatrische Symptome dokumentiert. Andererseits wurde bei dieser Patientengruppe häufiger die Diagnosekategorie „Symptome und abnorme, klinische und Laborbefunde“ verwendet.

Diagnostische Maßnahmen (Hypothese 14):

Bei den Migrantinnen und Migranten wurden weniger diagnostische Maßnahmen durchgeführt als bei den deutschen Patient/innen.

Psychosoziale Belastungssyndrome (Hypothese 15):

siehe Hypothese 13.

Medikamente (Hypothese 16):

Nichtdeutschen Patientinnen und Patienten wurde deutlich häufiger ein Medikament verschrieben oder eine medikamentöse Therapie empfohlen.

Diagnostik- und Therapiekosten (Hypothese 17):

Da deutsche Patientinnen und Patienten häufiger stationär aufgenommen, häufiger mit EKG und bildgebenden Verfahren untersucht werden, bei ihnen häufiger Laboruntersuchungen erfolgen und es sich etwas häufiger um chronisch Kranke handelt, dürften die Kosten pro Patientin bei den deutschen Patientinnen höher sein.

Kommunikationsschwierigkeiten (Hypothese 18):

Bei Männern werden häufiger kürzere, bei Frauen längere Anamnesen erhoben. Hinsichtlich der Ethnizität lässt sich kein einheitliches Bild erkennen, sondern die Anamnesen sind bei den Migrantinnen nochmals länger als bei den deutschen Frauen, während die dokumentierte Vorgeschichte für die nichtdeutschen Patienten/innen im Vergleich zu den deutschen eher kürzer ist.

Krankenversicherungsstatus (Hypothese 19):

Bei Migrantinnen und Migranten insgesamt und besonders in der Gruppe der türkisch und kurdischsprachigen Migranten/innen lag der Anteil der AOK-Versicherten höher als bei den deutschen Patientinnen und Patienten. Auffällig hoch war der Anteil der über das Sozialamt versicherten Patienten/innen bei den Migranten/innen, die nicht aus der Türkei stammten.

8.1.3. Mitarbeiter/innenbefragung

Arzt-Patienten-Beziehung (Hypothese 20):

Die Arzt-Patienten-Beziehung wurde von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten bei nichtdeutschen Patientinnen und Patienten seltener mit gut oder sehr gut eingeschätzt. Es wurde dabei vor allem mangelnde Sprach-, d. h. Deutschkenntnisse, bei dieser Patientengruppe beklagt.

Kommunikation (Hypothese 21):

Die Verständigung mit den Patientinnen und Patienten wurde durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte bei Migranten und Migrantinnen deutlich seltener als gut und sehr gut eingeschätzt. In mehr als einem Drittel der Fälle wurde das Arzt-Patienten-Gespräch übersetzt, wobei zu 95% die Patientinnen und Patienten selbst Begleitpersonen als Dolmetscher/innen mit in die Notfallambulanz brachten.

Dringlichkeit (Hypothese 22):

Aus Sicht der behandelnden Ärztinnen und Ärzte wurden deutsche Patienten häufiger als dringend behandlungsbedürftig eingeschätzt als Migranten/innen.

Gewalterfahrung (Hypothese 23):

Je nach Altersgruppe, Geschlecht und Ethnizität gaben zwischen 0 und max. 15 % der befragten Patienten/innen an, dass ihre Beschwerden möglicherweise im Zusammenhang mit einer Gewalterfahrung stehen könnten. Ärztinnen und Ärzte erkannten oder vermuteten insgesamt bei 4 bis 5 % der Rettungsstellenpatienten einen Zusammenhang der Beschwerden mit Gewalterfahrungen.

8.2. Zusammenfassung der Ergebnisse

8.2.1. Patientenbefragung

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass sowohl geschlechts- als auch ethnizitäts- und altersspezifische Aspekte die Inanspruchnahme der Notfallambulanzen beeinflussen. Erst die systematische Berücksichtigung dieser (und in späteren Auswertungen weiterer sozialer) Faktoren ermöglicht die Entwicklung von Versorgungskonzepten, die den Bedürfnissen von Patienten/innen und dem Versorgungsbedarf angemessen gerecht wird.

Stichprobe der Patienten/innenbefragung

- In die Patientenbefragung wurden insgesamt 809 Patienten/innen der Altersgruppe 15-65 Jahre einbezogen, 510 davon waren Frauen und 299 Männer. Die Befragung konzentrierte sich auf internistische und gynäkologische Patienten/innen in drei Berliner Notfallambulanzen. 131 Frauen waren gynäkologische Patientinnen.
- 52% der befragten Frauen und 50% der befragten Männer gaben eine andere als die deutsche Sprache als Muttersprache an, der größte Teil der so definierten Migranten/innen (ca. 30%) war türkischsprachig. Einen Geburtsort im Ausland gaben 41,3% der Frauen und 41,4% der Männer an.
- Während die Altersverteilung innerhalb des Patientinnenkollektivs bei den verschiedenen Ethnizitäten etwas gleich war, war der Anteil jüngerer Männer <30 Jahre bei den deutschen Patienten vergleichsweise gering, der Anteil älterer Männer (50-65 Jahre) dagegen deutlich höher.
- In der Studie zeigte sich, dass die Gegenüberstellung von „deutsch“ versus „nicht-deutsch“ nicht ausreicht, um spezifische Wahrnehmungen, Nutzungsgewohnheiten und Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten erkennen und gerecht werden zu können. Die gesonderte Betrachtung der Gruppe der türkischsprachigen Patientinnen und Patienten als größter Gruppe innerhalb des Migrantenkollektivs und die Berücksichtigung des Geschlechts und des Alters erwies sich als unabdingbar für den Erkenntnisgewinn. Der Vergleich muss jedoch über diese Aspekte hinaus gehen und sozioökonomische, medizinische und migrationsbezogene Faktoren einbeziehen, um die Angebote am Bedarf zu orientieren.

Lebenslage der Patienten/innen

- Die befragten Migranten/innen waren im Vergleich zu deutschen Patienten/innen häufiger verheiratet und haben mehr Kinder.
- Deutsche Patienten/innen verfügten über höhere Bildungsabschlüsse und mehr abgeschlossene Berufsausbildungen als Patienten/innen anderer Ethnizität. Frauen waren bei den Bildungsabschlüssen in allen Vergleichsgruppen benachteiligt.
- 45% der männlichen Patienten/innen und 37 % der weiblichen waren berufstätig, während sich kaum Unterschiede zwischen den Männern verschiedener Ethnizität zeigten, waren Migrantinnen in geringerem Maße erwerbstätig als deutsche Frauen.
- Der Anteil der allein lebenden Patienten/innen war in der Gruppe der deutschen Männer (28,7%) und der Migranten „anderer Ethnizität“ (32%) deutlich höher als

bei den Männern türkischer Herkunft (11%) und der Frauen. Unter den Frauen lebten deutsche mit ca. 17% deutlich häufiger allein als Migrantinnen anderer (11%) und türkischer Ethnizität (6%).

- Beim Wohndichteindex ergaben sich nur geringfügige Unterschiede zwischen deutschen Patienten/innen und Migranten/innen wobei deutschen Männern (Median 1,5) mehr Zimmer/Person zur Verfügung standen als deutschen Frauen (Median 0,8), für Migrantinnen und Migranten ergab sich ein Median von jeweils 1.
- Bei der Zufriedenheit mit dem Leben zeigten sich bei den Frauen verschiedener Ethnizität keinerlei Unterschiede. Bei den Männern dagegen ergab die Analyse, dass deutsche Männer mit ihrer Wohnsituation und mit ihrem Einkommen etwas zufriedener waren als die befragten Migranten
- Während ca. 40 % der befragten deutschen Männer und Frauen angaben an keiner ernsthaften chronischen Erkrankung zu leiden, waren es bei den Migranten/innen etwa die Hälfte der Patienten/innen.
- Der größte Teil der Notfallpatienten/innen (ca. 88%) war über die gesetzliche Krankenversicherung versichert. Deutsche Männer waren häufiger privat krankenversichert als Migranten/innen und deutsche Frauen. Der Anteil der über das Sozialamt versicherten Patienten/innen lag bei den Frauen insgesamt bei 6,1% und bei den Männern. Migranten/innen „anderer Ethnizität“ waren mit 17% der Frauen und 20% der Männer deutlich mehr von Sozialhilfe abhängig als Migranten/innen türkischer Herkunft und deutsche.

Migrationsspezifische Aspekte

- 56% der weiblichen und 50% der männlichen türkisch/kurdischsprachigen Patienten/innen waren in Deutschland geboren oder bereits als Kind mit/zu ihren Eltern nach Deutschland gekommen. Bei den Migranten/innen anderer Ethnizität gehörten 28% der weiblichen und 23% der männlichen Patienten/innen der sog. zweiten Migrantengeneration an. Während von den Frauen häufiger Eheschließung als Migrationsgrund angegeben wurde, war es bei den Männern häufiger Arbeit oder Ausbildung. Politische Gründe/Flucht gaben 13% der Patientinnen und 18% der Patienten „anderer Ethnizität“ an, während dieser Migrationsgrund bei den Männern aus der Türkei 7% und bei den Frauen 1% ausmachte.
- In der Gruppe der befragten türkischsprachigen Migranten/innen lebte nur ein geringer Anteil von 16% der Frauen und 19% der Männer seit weniger als 10 Jahren in Deutschland. Bei den Migranten/innen anderer Ethnizität waren es 38% der Frauen und 32% der Männer. Der größte Teil der Migranten/innen hatte sich seit mehr als 10 Jahren in Deutschland niedergelassen war hier geboren.
- Auffällig hoch ist der Anteil der befragten Migranten/innen, die nur geringe Lese- und Schreibfähigkeit in der Muttersprache angaben. Nur etwa die Hälfte der Frauen (57,5%) und 67,4% der Männer türkischer Herkunft verfügen laut Selbsteinschätzung über gute/sehr gute Lese- und Schreibkompetenz in deutscher Sprache. Bei den Migrantinnen anderer Ethnizität waren es 67,2% und 68% der Männer. Bei den Les- und Schreibkenntnissen in deutscher Sprache zeigen sich deutliche geschlechts- und ethnizitätsspezifische Unterschiede. Während ca. 47% der türkischsprachigen und 49% der Frauen anderer nicht-deutscher Ethnizität angaben über gute/sehr gute deutsche Lese- und Schreibkenntnisse zu verfügen, waren dies in der Vergleichs-

gruppe der Männer ca. 62% der türkischsprachigen vs. ca. 40 % der Migranten anderer Ethnizität. Schriftliche Informationen in deutscher Sprache sind also insgesamt für über die Hälfte der Migrantinnen und Migranten wenig geeignete Kommunikationsmittel.

- Bei der Sprachpräferenz der Migranten/innen in Bezug auf Medien, die in engem Zusammenhang mit den deutschen Sprachkenntnissen steht, zeigt sich ein deutlicher Altersgradient, wobei jüngere Migranten (die in Deutschland aufgewachsen sind) tendenziell die deutsche Sprache und ältere die Muttersprache bevorzugen. Insbesondere bei älteren Frauen türkischer/kurdischer Herkunft ist der Anteil derer, die die deutsche Sprache bevorzugen mit 4% sehr gering.
- Die Lebensbedingungen der befragten Migrantinnen und Migranten unterscheiden sich in vieler Hinsicht von denen der deutschen Patientinnen und Patienten. Neben gesellschaftlichen Ausgrenzungs- und Diskriminierungsmechanismen, auf die hier nicht gesondert eingegangen wird, tragen bestehenden Probleme im Umgang mit der deutschen Sprache und ein geringerer Bildungsgrad zu einer Einschränkung der Partizipationsmöglichkeiten für Migranten/innen bei. Sowohl in der Forschung als auch in der Gesundheitsversorgung sollte darüber hinaus die Heterogenität der Migrantinnen und Migranten berücksichtigt werden, denn sie unterscheiden sich nicht nur nach Herkunftsregionen sondern auch hinsichtlich ihres Alters bei der Migration, ihrer Aufenthaltsdauer und in ihren Kenntnissen der Landessprache. Auch Migrantinnen und Migranten, die schon lange in Deutschland leben, werden bisher nur unzureichend von Informationen über Gesundheit, Krankheit und die Versorgungsangebote erreicht.
- Während einerseits die Berücksichtigung der Verschiedenheit der Patientinnen und Patienten von Bedeutung ist, lassen sich andererseits Studienergebnisse festhalten, die keine Unterschiede auf der Basis der Ethnizität erbrachten.

Zur Inanspruchnahme der Notfallambulanzen

Keine ethnizitätsspezifischen Besonderheiten

- Während Ärztinnen und Ärzte einer Notfallambulanz die Dringlichkeit der Behandlung bei Migrantinnen und Migranten geringer einschätzen, zeigen die Ergebnisse der Patientenbefragung, dass die Dringlichkeit der ärztlichen Behandlung von Patientinnen und Patienten selbst - unabhängig von ihrer Ethnizität - insgesamt als hoch eingeschätzt wird und die Krankheitssymptome und Beschwerden subjektiv als bedrohlich und beängstigend empfunden werden.
- Anscheinend im Widerspruch dazu steht die Tatsache, dass mehr als ein Drittel der Befragten angab, die Hauptbeschwerde seit mehr als drei Tagen zu haben, was die Definition als „echter Notfall“ im medizinischen Sinne widerlegen könnte. Die Interviews ergaben, dass Patientinnen und Patienten in diesen Fällen die Notfallambulanz bei Verschlimmerung von zunächst nicht ernst genommenen oder selbst kurierbaren Symptomen aufsuchten und diese dann durch die eingetretene Verschlimmerung als bedrohlich empfanden.
- Das „self-management“ vor Inanspruchnahme der Ersten Hilfe unterschied sich bei Frauen unterschiedlicher Ethnizität kaum.

- Auch bei der Inanspruchnahme niedergelassener Ärztinnen und Ärzte ließen sich zwischen deutschen und türkeistämmigen Patientinnen und Patienten kaum Unterschiede erkennen.
- Bei jüngeren deutschen und nicht-deutschen Frauen unter 50 Jahren unterschied sich die Schmerzwahrnehmung (Stärke der empfundenen Schmerzen) nicht.
- Die Analyse der Ersten Hilfe-Scheine ergab, dass der Anteil der stationären Aufnahmen bei deutschen und Migranten, die sich in der Notfallambulanz vorstellten, nach Altersstandardisierung nahezu gleich war.

Ethnizitätsspezifische Besonderheiten

- Betrachtet man die Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen, so ist zunächst zu erwähnen, dass die Differenzen zwischen Männern und Frauen sowie zwischen den verschiedenen Altersgruppen in den meisten erfragten Aspekten (Zugangswegen, Symptome und Beschwerden, Schmerzwahrnehmung, Eigenhilfemaßnahmen, Inanspruchnahme ärztlicher Versorgung) offensichtlich mehr ins Gewicht fallen, als Differenzen zwischen deutschen und nicht-deutschen Patienten bzw. Patientinnen.
- Auffällig ist, dass Migrantinnen und Migranten deutlich mehr Schmerzregionen benannten und die Wahrnehmung der Stärke der Schmerzen, mit denen die Notfallambulanz aufgesucht wird, bei Männern und älteren Frauen nicht-deutscher Ethnizität deutlich höher war.
- Auch die Dringlichkeit der ärztlichen Behandlung wurde von älteren Migrantinnen und Migranten beider Vergleichsgruppen höher eingestuft.
- Während Migrantinnen und Migranten türkischer Herkunft niedergelassene Ärzte in ähnlicher Weise frequentieren wie deutsche Patientinnen und Patienten, deuten die Befragungsergebnisse auf eine mögliche Unterinanspruchnahme von niedergelassenen Haus- und Fachärzten bei Migrantinnen und Migranten anderer Ethnizitäten hin.
- Migrantinnen und Migranten berichteten über stärkere Belastungen durch Alltagsstress, mehr Kopf- und Gliederschmerzen im Alltag und mehr Gewalterfahrungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der Rettungsstelle.
- Während deutsche Patientinnen und Patienten neben Gesprächen mit Familienangehörigen, Freunden und Ärzten/innen auch schriftliche Informationsquellen zu den Themenbereichen Gesundheit, Krankheit und Gesundheitsversorgung (z.B. Bücher, Zeitschriften, Internet) angaben, nutzen die Migranten/innen häufiger mündliche Informationen. Informationen der Krankenkassen erreichen Migranten/innen in geringerem Maße.
- Die Ergebnisse der Analyse der Erste Hilfe-Scheine bestätigen, dass Migrantinnen und Migranten im Vergleich zu einheimischen Deutschen ein differierendes Inanspruchnahmeverhalten aufweisen. Sie nutzen die Rettungsstelle häufiger als es dem Anteil der Wohnbevölkerung entsprechen würde und stellen sich zu anderen Tageszeiten und häufiger am Wochenende vor.

Die weitere Analyse des umfangreichen vorliegenden Datenmaterials aus der von uns durchgeführten Studie wird zeigen, ob z.B. die Anwendung der in Spanien und Portugal erarbeiteten Kriterien eine objektivierte Aussage über die Angemessenheit der Inanspruchnahme getroffen werden kann. Die vorliegenden Kriterien beziehen sich nicht

explizit auf Migrantinnen und Migranten und berücksichtigen nicht die Gegebenheiten des deutschen Gesundheitssystems. Die weitere Datenauswertung hat auch das Ziel, alltagstaugliche Lösungsansätze für eine bedarfsorientiert(er)e und effizient(er)e Versorgung von Migranten und deutschen Patientinnen und Patienten zu erarbeiten.

8.2.2. Analyse der Erste Hilfe-Scheine

Stichprobenbeschreibung der Analyse der Erste-Hilfe-Scheine

Im Untersuchungszeitraum wurden an den drei Untersuchungsstandorten 4930 internistische Erste-Hilfe-Scheine analysiert. In der Stichprobe waren mit 53% etwas mehr Frauen vertreten.

- Die meisten Patienten/innen waren deutscher Herkunft, gefolgt von Patientinnen aus der Türkei/Kurdistan, aus arabischen Ländern sowie Ost- und Südosteuropa. 71% der Frauen waren deutscher und 17% türkischer Ethnizität. 6,7% der Frauen waren ost- und südosteuropäischer Ethnizität und 2,5% kamen aus dem arabischen Sprachraum. Bei den Männern waren 65% deutscher, 19% türkischer Ethnizität und 6,2% ost- und südosteuropäischer Ethnizität und 4,7 % aus dem arabischen Sprachraum.
- 65 % der Patienten/innen kamen aus den Berliner Bezirken Wedding, Kreuzberg und Neukölln in denen die drei Untersuchungsstandorte lokalisiert sind. Der Anteil der Migranten/innen in der Studie lag über dem der von den Einwohnermeldeämter für den Bezirk angegebenen. Dies mag zum Teil durch die unterschiedlichen Definitionen von MigrantInnen entstehen. In der Studie wurde die Ethnizität nach einer Namensanalyse festgelegt, die Einwohnermeldeämter beziehen sich auf die nationale Zugehörigkeit. Im Bezirk Wedding lag der Migrantenanteil in der Studie bei 45% und im Bezirk bei 32%. Im Bezirk Kreuzberg war der Anteil der Migranten/innen in der Studie 48% und im Bezirk 32%. Im Bezirk Neukölln lag der Migrantenanteil in der Studie bei 31% im Bezirk hingegen nur bei 21%.
- Die Altersverteilung war geschlechts- und ethnizitätsabhängig sehr unterschiedlich. Frauen waren insgesamt häufiger in den Altersgruppen unter 30 Jahren und über 65 Jahren zu finden. 32% aller Patientinnen waren über 65 Jahre alt. Männer waren hingegen häufiger in der mittleren Altersgruppe vertreten und nur in 24% über 65 Jahre alt.
- Migranten/innen waren sehr viel jünger. Während 70% der Migranten/innen jünger als 50 Jahre alt waren, traf dies nur für 40% der Deutschen zu.
- Frauen (89%) sind häufiger GKV versichert als Männer (82%). Der Versicherungsstatus der Migranten/innen unterschied sich nach Ethnizität beträchtlich. Türkische Migranten/innen waren zu 92% (Frauen) bzw. 89% (Männer) über die gesetzlichen Krankenkassen versichert. Migranten aus dem arabischen Sprachraum sowie Ost- und Südosteuropa waren zu ca. 25% über das Sozialamt versichert.

Inanspruchnahme

Die Inanspruchnahme der Rettungsstelle wird durch verschiedene Faktoren charakterisiert. Dazu zählen in dieser Studie zum einen die Zeit und der Wochentag der Inan-

spruchnahme, aber auch Transportmittel, wie lange die Beschwerden bereits bestehen und ob die Erkrankung von den behandelnden Ärzten/innen als dringend behandlungsbedürftig und eine sofortige Diagnostik (Labor, Röntgen, CT) und eine stationäre Aufnahme notwendig sind.

Aus den fünf zuletzt genannten Kriterien wurde der Versuch einer Definition der adäquaten Inanspruchnahme unternommen. Mit Hilfe der statistischen Methode der logistischen Regression wurde der Einfluss von Ethnizität, Geschlecht, Alter, Zeitpunkt der Vorstellung und Krankenversicherungsstatus überprüft. Anschließend wurde ein Score der adäquaten Inanspruchnahme aus 3(4) dieser Kriterien gebildet. Hier zeigte sich, dass ca. 50% der Patienten als adäquate Nutzerinnen eingestuft werden können da sie mindestens 2(3) dieser Kriterien erfüllen. Die statistische Analyse zeigt, dass nach der obigen Definition unter den angemessenen Nutzerinnen eher deutsche, ältere, männliche Patienten sind, die sich innerhalb der Praxissprechzeiten (Montag bis Freitag von 8Uhr bis 18Uhr) vorstellen.

- 65% der männlichen und 63% der weiblichen Patienten/innen stellen sich in der Rettungsstelle tagsüber zwischen 8Uhr und 20Uhr vor. Migranten/innen kommen häufiger als deutsche Patienten/innen abends und nachts in die Rettungsstellen. Dies stellt sich am deutlichsten bei den türkischen Männern dar, die in 50% der Fälle die Rettungsstelle zwischen 20Uhr und 8Uhr aufsuchen.
- Rettungsstellen werden am Wochenende (von Freitag 20Uhr bis Montag 8 Uhr) von 39% der Frauen bzw. 36% der Männer in Anspruch genommen. Auch hier zeigen sich ethnizitätsspezifische Unterschiede dahingehend, dass Migranten/innen sich häufiger am Wochenende an die Rettungsstellen wenden als deutsche Patienten/innen. Beispielsweise suchten 45% der türkischen Frauen, aber nur 36% der deutschen Frauen am Wochenende um Hilfe nach.
- Nahezu 60% aller Patienten/innen erreichten die Rettungsstelle mit eigenen Transportmitteln. Migranten/innen und in besonderem Maße türkische Migranten/innen griffen signifikant häufiger (80% bzw. 74%) auf eigene Transportmittel zurück. ($p < 0,0001$) Patienten/innen unter 30 Jahren nutzen insgesamt in etwa 75% eigene Transportmittel.
- Etwa 70% aller Patienten/innen stellten sich mit Symptomen vor, die seit weniger als 48 Stunden bestehen. Hierin bestanden keine ethnizitäts- oder geschlechtsspezifischen Unterschiede.
- Die Dringlichkeit der Behandlung wurde von den Ärzten/innen zu je einem Drittel als niedrig, mittel und hoch eingeschätzt. Bei Migranten/innen wurde die Behandlung in der Rettungsstelle signifikant seltener als sehr dringend eingeschätzt. ($p < 0,0001$)
- Stationäre Aufnahmen erfolgen in 47% der Frauen und 55% der Männer. Hierbei sind Aufnahmen auf die Aufnahmestation enthalten. Migranten/innen werden signifikant seltener stationär aufgenommen. ($p < 0,0001$)
- In der Rettungsstelle wurde bei Migranten/innen signifikant seltener Diagnostik wie Labor, Röntgen oder CT durchgeführt. ($p < 0,001$)

Behandlung

Die Behandlung in der Notfallambulanz wird auf den Erste-Hilfe-Scheinen unter den Stichpunkten Anamnese, Diagnostik, Diagnose und Therapie dokumentiert. Die Anamnese beinhaltet in der Regel die aktuellen Beschwerden, die zur Vorstellung in der Rettungsstelle führten, die Zeit die seit dem Auftreten der Beschwerden verstrichen und weitere Details des Krankheitsverlauf oder von Vorerkrankungen.

- Es bestehen keine geschlechts- oder ethnizitätsspezifischen Unterschiede bezüglich der Länge der im EHS dokumentierten Anamnese.
- Die in der Anamnese am häufigsten dokumentierten Beschwerden waren Atembeschwerden/Husten, Bauchschmerzen und Übelkeit und Erbrechen.
- Frauen und hier besonders Migrantinnen klagten häufiger als Männern über Kopfschmerz, Bauchschmerz und Übelkeit/Erbrechen. Während beispielsweise 6% aller deutschen Patientinnen über Kopfschmerzen klagen, wird dies bei 20% der türkischen Migrantinnen dokumentiert.
- Die Anzahl der dokumentierten Beschwerde war bei Migranten/innen etwas höher. Hier wurden häufiger als bei deutschen Patienten/innen zwei oder mehr Symptome dokumentiert.
- Unabhängig von Geschlecht oder Ethnizität wurde bei etwa 90% der Patienten/innen sowohl Basisdiagnostik (Puls und/oder Blutdruck und/oder Temperatur) und eine körperliche Untersuchung durchgeführt.
- Die häufigsten Diagnosegruppen waren Kreislauferkrankungen, Atemwegserkrankungen, Erkrankungen des Verdauungsapparats. Bei Frauen wurden häufiger R-Diagnosen d.h. Symptome und abnorme, klinische und Laborbefunde gestellt. Bei Männern wurden im Vergleich häufig psychiatrische Diagnosen. Migranten/innen litten im Vergleich mit deutschen Patienten seltener unter Kreislauferkrankungen jedoch häufiger unter Magen-Darm-Erkrankungen und Urogenitalerkrankungen. Bei Migrantinnen wurden R-Diagnosen in 27% der Fälle, bei deutschen Frauen in 19% der Fälle gestellt.
- Eine ambulante medikamentöse Therapie wurde häufiger bei Frauen und besonders bei Migrantinnen und jüngeren Patienten/innen verordnet.
- In der Rettungsstelle wurden am häufigsten Analgetika, Magen-Darm-Mittel, Infusionen, Koronarmittel und Spasmolytika gegeben oder verordnet. Männer erhielten im Vergleich mehr Antikoagulantien, Frauen mehr Antibiotika. Migranten/innen erhielten mehr Schmerzmittel, Spasmolytika und Magen-Darm-Mittel. Die Anzahl der gleichzeitig verordneten Medikamente war bei allen Gruppen gleich.

8.2.3. Mitarbeiter/innenbefragung

- Die Arzt-Patient-Verständigung wird von den behandelnden Ärzten/innen bei Frauen wie bei Männern in ca.80% als gut eingeschätzt. Bei Migranten/innen bewerteten

die Mediziner/innen die Verständigung in rund 70%, bei deutschen Patienten/innen in nahezu 90% als gut.

- Bei 36% der türkischen Frauen und bei 24% der türkischen Männer wurde das Arzt-Patient-Gespräch durch Sprachmittler übersetzt. Die Übersetzung erfolgte in 95% der Fälle durch Begleitpersonen der Patienten/innen. Je älter die Migranten/innen sind um so häufiger war eine Übersetzung notwendig.
- Die Arzt-Patient-Beziehung wurde von den behandelnden Ärzten/innen über alle Gruppen hinweg als überwiegend gut bezeichnet. Bei deutschen Patienten/innen schätzten die Ärzte/innen die Arzt-Patient-Beziehung in 91% (Frauen) und 88% (Männer) als gut ein, bei türkischen Migranten/innen etwas weniger häufig mit 83% (Frauen) bzw. 81% (Männer).
- Als Gründe für die Unzufriedenheit der Ärzte/innen wurde in 32% angegeben, dass die Patienten/innen aufgrund des Krankheitsbildes nicht kooperations- oder kommunikationsfähig waren. In 21% klagten die Ärzte/innen über Sprach- und Verständigungsprobleme. Weiterhin wurde über unangemessene Inanspruchnahme (9%), alkoholisierte/r Patient/innen (11%) und schwierige unkooperative Patienten/innen (11%) geklagt. Bei Migranten/innen standen Sprachschwierigkeiten im Vordergrund gefolgt von der Klage über schwierige unkooperative Patienten/innen und unangemessene Inanspruchnahme. Eine unangemessene Inanspruchnahme wurde besonders häufig bei türkischen Migrantinnen (16%) konstatiert.
- Gewalterfahrungen wurden nur in 3,6% als sichere oder wahrscheinliche Ursache für das Aufsuchen der Notfallambulanz gesehen. Jüngere Ärztinnen scheinen sensibler für diese Problematik zu sein und geben in 11% Gewalterfahrungen als vermutete Ursache für das Aufsuchen der Rettungsstelle an.

9. Schlussfolgerungen

Die bereits ausführlich dargestellten Untersuchungsergebnisse lassen unter Einbeziehung vor allem der internationalen Literatur zum Thema „Inanspruchnahme von klinischen Notfallambulanzen durch unterschiedliche Patientengruppen“ folgende wesentliche Schlussfolgerungen zu:

- Die Anzahl der Zuwanderer an der Gesamtbevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland wird perspektivisch weiter zunehmen, wobei derzeit der Ausländeranteil ca. 9% der Bevölkerung beträgt. Gesetzliche Krankenversicherungen, Versorgungseinrichtungen, Ärzte/innen und Pflegepersonal müssen sich angesichts der demografischen Entwicklung stärker auf die Besonderheiten bei der Versorgung von Migranten/innen einstellen.
- Die Notfallambulanzpatienten/innen nichtdeutscher Herkunft wiesen zumeist einen ungünstigeren Sozialstatus als die deutschen Patienten auf. Die Ethnisierung dieser besonderen sozialen Situation sollte vermieden werden.
- Migranten/innen im Allgemeinen, Frauen und jüngere Menschen nehmen klinische Notfallambulanzen im Vergleich zu anderen Patientengruppen relativ häufiger unangemessen in Anspruch.
- Migranten nutzen die Notfallambulanz häufiger in den Abend- und Nachstunden und an den Wochenenden als deutsche Patienten.
- Kommunikations- und Sprachbarrieren werden z. T. durch die von den nichtdeutschen Patienten/innen mitgebrachten Angehörigen aufgefangen. Trotzdem wird die Kommunikations- und Beziehungssituation zwischen Arzt/in und Patient/in von den Ärztinnen und Ärzten als deutlich schlechter eingeschätzt als die zu deutschen Patienten/innen.
- Einige Untersuchungsergebnisse deuten auf eine unterschiedliche Versorgung von Migranten/innen und deutschen Patienten/innen in den Notfallambulanzen hin. Ob dies zu erhöhten Kosten oder Qualitätseinbußen in der nachfolgenden Behandlung führt, müssten Längsschnitt-Studien erweisen.
- Um Veränderungen in der Angemessenheit der Inanspruchnahme von Notfallambulanzen zu erreichen, müsste eine Einflussnahme bei den verschiedenen identifizierten Nutzergruppen, eine Änderung der Struktur der Notfallambulanzen und/oder eine Information und Aufklärung der Bevölkerung über die Nutzung klinischer Notfallambulanzen erfolgen.

9.1. Überlegungen zu Konsequenzen aus den wesentlichen Ergebnissen der Studie

Die vorgelegten Ergebnisse stellen eine Analyse der Ausgangssituation der bisherigen Patientenversorgung in den drei untersuchten Erste Hilfe-Stellen der Klinika Charite, Am Urban und Neukölln dar. Sie zeigen, wie, wann, durch wen und warum diese klinischen Einrichtungen genutzt werden. Aus dieser Analyse des Ist-Zustandes können sich Überlegungen ergeben, die auf eine Schaffung neuer Strukturen in der Notfallambulanz hinauslaufen, sie können sich aber auch prinzipiell nur auf die Nutzergruppe(n) konzentrieren oder auf die gesamte Bevölkerung erstrecken.

Es lassen sich einige Patientengruppen der Notfallambulanz identifizieren, die nach dem von uns definierten Kriterien diese Einrichtung des Krankenhauses nicht angemessen nutzen. Neben der grundsätzlichen Frage nach der Richtigkeit der Kriterien für die angemessene oder nicht angemessene Inanspruchnahme ergeben sich weitere Problemstellungen hinsichtlich der Nutzergruppen, hinsichtlich der Strukturen der Notfallambulanz und hinsichtlich einer Information und Aufklärung der Bevölkerung über das „richtige“ Nutzungsverhalten von klinischen Erste Hilfe-Stellen.

Ziel der Versorgung in den Notfallambulanzen ist eine qualitativ hochwertige und patientenfreundliche medizinische Versorgung vor allem zu den Zeiten, in denen keine Sprechstunden im niedergelassenen Bereich angeboten werden (Abend- und Nachstunden, Wochenende). Es zeigt sich, dass in dieser Zeit auch eine deutlich höhere Nutzung durch die Patientinnen und Patienten erfolgt, wenn auch zwischen verschiedenen Nutzergruppen gewisse Unterschiede bestehen.

Ein Ergebnis dieser Studie besteht darin, dass Migrantinnen/innen Rettungsstellen überproportional häufig aufsuchen. Besonders jüngere Patienten/innen und Migrantinnen/innen scheinen in Notfallambulanzen eine wichtige Anlaufstelle bei gesundheitlichen aber auch bei eher psychosozialen Problemen zu sehen. Weiterhin stellen sich Migrantinnen/innen häufiger als deutsche Patienten/innen in den Abend- und Nachtsstunden sowie am Wochenende vor.

Dieses Inanspruchnahmeverhalten entspricht der Definition von Rettungsstellen als Ort der Notfallmedizinischen Versorgung nur partiell. Das Aufsuchen von Notfallambulanzen außerhalb der ärztlichen Sprechzeiten stellt nur bei dringenden medizinischen Problemen ein adäquates Verhalten dar, nicht jedoch wenn Patienten/innen mit leichteren Beschwerden, die hausärztlich hätten behandelt werden können, abends, nachts oder am Wochenende kommen. Die Versorgung von leichteren allgemeinmedizinischen Beschwerden oder psychosozialen Problemen in einer Notfallambulanz bedeutet eine meist kostenintensive Über- oder sogar Fehlversorgung, die nicht an den Bedürfnissen der Patienten orientiert ist.

Im folgenden werden verschiedene Szenarien für die o.g. drei Interventionsebenen vorgestellt, die zu einer Verbesserung der Angemessenheit der Inanspruchnahme führen könnten. Sowohl Interventionen, die ausschließlich auf den einzelnen Ebenen angesiedelt sind, als auch übergreifendere Interventionen auf verschiedenen Ebenen gleichzeitig sind vorstellbar.

Um wirkungsvolle Maßnahmen auf den Weg zu bringen, die nicht nur die angemessene Nutzung von Rettungsstellen, sondern insgesamt eine adäquate Versorgung der Bevölkerung mit effizienten und effektiven Unterstützungsangeboten in medizinischen und psychosozialen Problemlagen zum Ziel haben, bedarf es die Zusammenarbeit aller, die an der „Produktion“ von Gesundheit beteiligt sind, nämlich Versorger, Patienten/innen, Geldgeber, Leitungsebenen gesundheitlicher Einrichtungen/Management, Behörden und Politik.

9.1.1. Nutzer/innenorientierte Maßnahmen

Soziale, geschlechts-, alters- und migrationspezifische Faktoren beeinflussen die Inanspruchnahme von Rettungsstellen maßgeblich. Während für Männer, deutsche und ältere Patienten/innen eher eine angemessene Inanspruchnahme der Notfallambulanzen festzustellen war, lassen sich drei vorangige Zielgruppen für Maßnahmen zur Beeinflussung des Inanspruchnahmeverhaltens erkennen: jüngere Patienten/innen, Frauen und Migrantinnen/innen.

Zunächst sind dabei verschiedene Faktoren der Lebenslage und des Inanspruchnahmeverhaltens dieser Nutzergruppen zu berücksichtigen:

- (a) Dass Frauen bei einer deutlich höheren Lebenserwartung als Männer häufiger zum Arzt gehen, besser über Belastungen sprechen können, ein anderes Hilfesuchverhalten zeigen und „anders krank“ sind (Maschewsky-Schneider 1997), ist hinlänglich bekannt. Hier könnte man natürlich die Frage stellen, ob nicht gerade dieses andere Hilfesuchverhalten (das offensichtlich auch in Rettungsstellen führt) insgesamt eher gesundheitsförderlich ist.
- (b) Die Tatsache, dass jüngere Patientinnen und Patienten seltener einen Hausarzt und insgesamt weniger Kontakte zu Ärztinnen und Ärzten haben, scheint die Inanspruchnahme von Rettungsstellen zu begünstigen, so dass bei Bedarf an medizinischer Hilfe, die Schwelle zur Notfallambulanz des Krankenhauses offensichtlich niedriger ist, als der Weg zu einem niedergelassenen Arzt. Zwischen kinderärztlicher und hausärztlicher Versorgung scheint eine Lücke zu bestehen, so dass klinische Notfallambulanzen (zumindest in einem großstädtischen Ballungsraum wie Berlin) für diese Gruppe allgemeinmedizinische Versorgungsfunktionen übernimmt. Mittelfristig könnten folgende Maßnahmen diese Situation verändern:
 - Informationen über die Struktur der Gesundheitsversorgung, Gesundheit und Krankheit durch das Bildungssystem
 - Gezielte Informationen der Krankenkassen zur Frage „Wohin gehe ich mit welchen Beschwerden?“ für Jugendliche und junge Erwachsene
 - Niedrigschwellige Informations-, Beratungs- und Behandlungsangebote für junge Erwachsene durch Hausärzte
 - Informationskampagnen über die „richtige Versorgungsinstanz“
- (c) Für Migrantinnen und Migranten, die im Gesundheitswesen insgesamt mit erheblichen Zugangsbarrieren konfrontiert sind (z.B. sprachliche Kommunikation, soziokulturelle Verständigung, Zugang zu Informationen), scheinen die Hürden zur Not-

fallambulanz nicht ganz so hoch zu sein. Das (nahe am Wohnort gelegene) Krankenhaus ist in der Regel durch eigene stationäre Aufenthalte oder durch Besuche und die Begleitung anderer Patienten/innen z.B. auch in die Rettungsstelle bekannt. Die spezifische Lebenslage von Migrantinnen und Migranten gibt weitere Aufschlüsse für das Inanspruchnahmeverhalten, so dass hieraus Schlussfolgerungen für zielgruppenorientierte Interventionsmaßnahmen abgeleitet werden können.

Psychosoziale Problemlagen

Migrantinnen und Migranten sind im Vergleich zu deutschen Patientinnen und Patienten in ihrem Alltag offensichtlich stärkeren psychosozialen Belastungen und Gewalterfahrungen ausgesetzt, die möglicherweise mangels alternativer Anlaufstellen, hoher Zugangsbarrieren oder aufgrund einer Somatisierungstendenz als medizinisches Problem an die Rettungsstellen herangetragen wird. Migranten/innen berichteten häufiger über Schmerzen, vor allem Kopf- und Gliederschmerzen, im Alltag, so dass hier auch präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen sinnvoll angebracht sind:

- mehr Informationen über Hilfs- und Unterstützungsangebote im psychosozialen Bereich für Migrantinnen und Migranten
- interkulturelle Öffnung der psychosozialer Einrichtungen - Zugangsbarrieren für Migranten/innen abbauen
- zielgruppen- und bedarfsorientierte Angebote

Schmerzwahrnehmung und -interpretation

Die Inanspruchnahme der Notfallambulanzen wird auch von der Wahrnehmung und der Interpretation von Beschwerden und Symptomen bestimmt. Da vor allem ältere Migranten/innen über stärkere Schmerzen, diffusere größere Schmerzregionen und mehr Ängste in Bezug auf ihre Krankheitssymptome berichteten, ist anzunehmen, dass neben soziokulturellen Faktoren Wissens- und Informationsdefizite sowie geringe deutsche Sprachkenntnisse einen Einfluss auf die Symptomwahrnehmung und Beschwerdenbeschreibung haben. Die Familie spielt für Migrantinnen und Migranten offenbar eine wichtigere Rolle für die soziale Unterstützung im Krankheitsfall. Gleichzeitig scheinen aber die o.g. Probleme der Symptominterpretation gerade in der Familie zu eskalieren, so dass „geteilte Sorgen und Ängste“ die Wahrnehmung eines Notfalls und die Inanspruchnahme der Ersten Hilfe begünstigen, da hier die Verantwortung schnell an medizinisch geschultes Personal abgegeben werden kann. Die Familie kann - sicher nicht nur bei Migranten/innen - auch eine Quelle psychosozialer Belastung sein, so dass in dieser Konstellation Problemlösungen eher im medizinischen Bereich als an der Quelle gesucht werden. Daher sind folgende Maßnahmen notwendig:

- mehr Informationen und Gesundheitsbildung zu Beschwerden, Krankheitssymptomen sowie möglichen Eigenhilfemaßnahmen oder die Notwendigkeit ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen
- Kooperation mit Institutionen und Vertretern von ethnischen Communities, Bildungseinrichtungen, Frauen- und Mädchenzentren, niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und anderen Multiplikatoren/innen u.a.

- Förderung der Unterstützungspotenziale der Familie
- Gesundheitsförderung an den Orten, wo Migrantinnen und Migranten erreicht werden (z.B. Wohnumgebung, Quartiersmanagement, ethnische Communities)
- Informationskampagnen in deutschen und migrantensprachigen Massenmedien

Information und Aufklärung

Da Informationen Migranten/innen sowohl aufgrund geringerer Kompetenzen in der deutschen Sprache als auch aufgrund Lese- und Schreibproblemen in deutscher Sprache oder in der Muttersprache bisher kaum erreichen, müssen verschiedene Wege beschritten werden:

- Zusammenarbeit mit Multiplikatoren (bilinguale Ärztinnen und Ärzte, Bildungs- und Beratungsstellen, ethnische Communities u.a.) für die zielgerichtete Vermittlung von Basisinformationen über das Gesundheitsversorgungssystem, Gesundheitswissen, Eigenhilfemöglichkeiten bei Beschwerden.
- Informationsmaterialien in relevanten Fremdsprachen
- Informationskampagnen durch deutsche und migrantensprachige Zeitungen, Radio- und Fernsehprogramme (Beispiele für Berlin: Radio RBB Multikulti, Radio Metropol, TV TD1), die sich mit ihren Methoden in Form von Reportagen, Hörspielen, Interviews, Filmen („*Edutainment*“) dem Thema Gesundheitsaufklärung und –bildung widmen
- Verstärkte „kultursensible“, d.h. Migranten/innen einschließende Gesundheitsbildung an Schulen, Berufsschulen und Einrichtungen der Erwachsenenbildung
- Angebote von Informations- und Beratungsangebote bei den Krankenkassen als präventive Maßnahme in migrationsrelevanten Sprachen
- Informationen auf spezifische Zielgruppen zuschneiden (Bildungshintergrund, Lebenslage, Lese- und Schreibfähigkeit in deutscher Sprache...)

9.1.2. Veränderungen innerhalb der klinischen Notfallambulanzen

Ein weiteres Szenario konzentriert sich auf Verbesserungen der Versorgungsbedingungen innerhalb der Notfallambulanzen.

Ethnic monitoring

Zu den bekannten Hauptnutzungszeiten sollte zunächst die personelle Besetzung sowohl quantitativ als auch qualitativ dem Versorgungsbedarf entsprechend gegeben sein.

Darüber hinaus müssten in den Notfallambulanzen (bzw. im gesamten Gesundheitswesen) im Sinne der Qualitätssicherung und Patientenorientierung verbindliche Maßnahmen des „*ethnic monitoring*“ eingeführt werden und die Versorgungskonzepte sowie die Strukturen auf die Versorgungsbedürfnisse der Nutzerinnen und Nutzer ausgerichtet werden. Vorbilder lassen sich z. B. in Großbritannien finden, wo auf der Grundlage des *Race Relation Acts* von 1976 zur Abschaffung von Diskriminierung bei der Beschäftigung und in Versorgungseinrichtungen *ethnic monitoring* in den Einrichtungen des National Health Service Anwendung findet.

Da in der Bundesrepublik Deutschland eine ähnliche gesetzliche Grundlage bisher fehlt, dürften derzeit ökonomische Argumente deutlichere Impulse für die Veränderung der Gesundheitsdienste zu einer effektiveren und bedarfsgerechteren Versorgung für unterschiedliche Bevölkerungsgruppen geben, vor allem wenn das Gesundheitswesen als ökonomisches Ganzes betrachtet wird.

Derzeit bestehende sprachliche und soziokulturelle Kommunikationsprobleme zwischen Patienten/innen mit Migrationshintergrund und dem Klinikpersonal oder niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Informations- und Wissensdefizite seitens der Patienten/innen und eine mangelnde Ausrichtung der Gesundheitsversorgung auf spezifische Bedürfnisse oder Problemlagen von Migranten/innen scheinen eine „unangemessene“ Nutzung von Rettungsstellen zu begünstigen.

Da klinische Notfallambulanzen offensichtlich auch aufgrund ihrer relativ „niedrigen Schwelle“ von Migranten/innen überproportional in Anspruch genommen werden und deren Hilfesuchverhalten eine vorrangige Stellung einnehmen, sind hier Qualitätssicherungsmaßnahmen hinsichtlich der sog. interkulturellen Öffnung der Gesundheitsversorgung besonders wichtig und gut angesiedelt.

Über die Erste Hilfe, die als erste Anlaufstelle in medizinischen und psychosozialen Notfällen verstanden werden kann, könnten Patientinnen und Patienten der „richtigen“ Versorgungsinstanz zugeführt werden (siehe Modelle zur Patientenorientierte Rettungsstelle).

Dazu bedarf es aber verschiedener Maßnahmen im Rahmen des *ethnic monitoring*, die hier nur kurz zusammengefasst werden:

- Qualitätssicherungsmaßnahmen und deren kontinuierliche Überprüfung auf Einchluss ethnischer Minderheiten
- Angemessene Repräsentation von Migrantinnen und Migranten im Klinikpersonal (Einstellungspolitik)
- „Interkulturelle Öffnung“ als Aufgabe der Leitungsebenen und Weiterbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aller Professionen für kompetentes Handeln im interkulturellen Kontext
- Veränderung struktureller Voraussetzungen, wie Informationsmaterialien, Ausschilderung und Aufklärungsmaterialien in wichtigen Migrantensprachen, konsequenter Einsatz von Dolmetschern/innen

Dieses Szenario ist nicht nur aus Überlegungen der Sicherung gleicher Zugangs- und der Partizipationschancen für verschiedene Nutzergruppen in einem Einwanderungsland, verbesserte Mitbestimmungsmöglichkeiten und Compliance der Patientinnen und Patienten (im Sinne des/der Rolle des Patienten/in als Koproduzent von Gesundheit) sondern auch für die Krankenhäuser interessant, weil sich über eine gut genutzte Rettungsstelle eine gewisse Anzahl von stationär aufzunehmenden Patienten/innen ergibt und gleichzeitig eine Patientenbindung an das Krankenhaus erfolgt.

Patientenorientierte Rettungsstelle

Zur Lenkung der in der Notfallambulanz eintreffenden Patientinnen und Patienten wäre die Einrichtung einer mit qualifizierten medizinischen Personal besetzten „Triage“-Einheit, die der eigentlichen Notfallambulanz vorgelagert ist, zu überlegen. Diese müssten entscheiden, ob der/die jeweilige Patient/in in einer Art Krankenhauspraxis behandelt wird oder als „wirklicher“ Notfall dem Krankenhaus als Einrichtung der akuten Versorgung zugeführt werden muss. Dass Patienten nach kurzer Anamneseerhebung sofort wieder in den niedergelassenen Bereich verwiesen werden, dürfte aus forensischen Gründen nicht möglich sein.

Modell A

Patientenorientierte Notfallambulanzen sind multidisziplinäre Einrichtungen an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, die außer der notfallmedizinischen auch eine allgemeinmedizinische und psychosoziale Beratungsstelle anbieten. Die Patienten werden vom Pflege- und Behandlungsteam empfangen und nach einer kurzen Befragung zu Beschwerden und Grund der Vorstellung an das am geeignetsten erscheinende Versorgungsmodul der Rettungsstelle weitergeleitet (Abb. 56, Tab. 101).

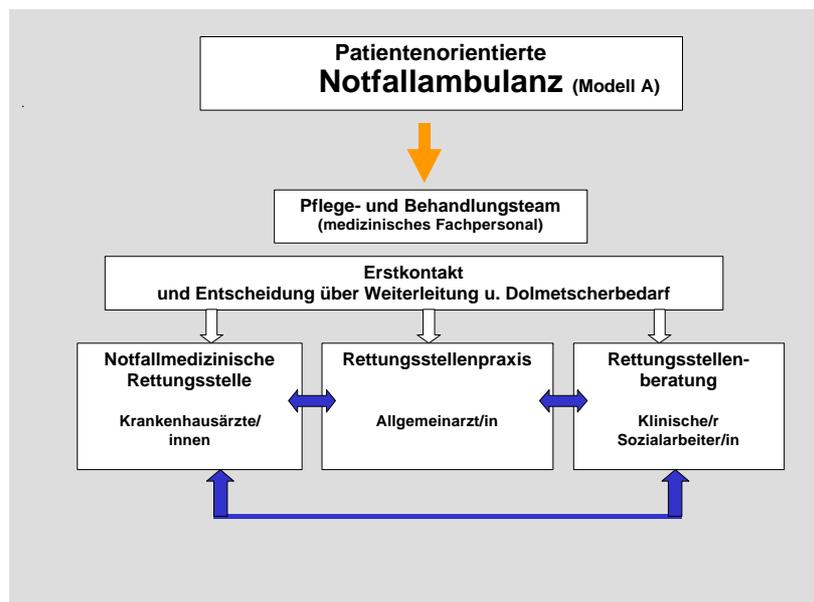


Abb. 56: Modell A - Patientenorientierte Rettungsstelle

Die Aufgabe der Notfallmedizinischen Rettungsstelle entspricht weitgehend der bereits bestehenden Definition der Versorgung von medizinischen Notfällen. Diese werden mit den im Krankenhaus zur Verfügung stehenden medizinischen diagnostischen und therapeutischen Mitteln von Krankenhausärzten/innen untersucht und behandelt und falls notwendig stationär aufgenommen. Ist eine kurz- oder längerfristige psychosoziale Intervention notwendig, kann diese Aufgabe an die Rettungsstellenberatung übergeben werden.

Die Rettungsstellenpraxis ist von einem/r Facharzt/ärztin für Allgemeinmedizin besetzt. Dort werden Patienten/innen mit allgemeinmedizinischen Beschwerden ohne den Einsatz notfallmedizinischer Ressourcen behandelt. Eine Weiterleitung an die Notfallmedizinische Rettungsstelle oder die Rettungsstellenberatung ist ebenfalls möglich. Die Rettungsstellenpraxis sollte besonders in den Nachmittags- und Abendstunden und auch am Wochenende besetzt sein.

In der Rettungsstellenberatung wird durch eine/n in klinischer Sozialarbeit ausgebildeten Mitarbeiter/in durchgeführt. Diese/r sollte die Fähigkeit zur direkten psychosozialen Krisenintervention vor Ort haben und die Patienten anschließend an die geeigneten Institutionen (z.B. Kriseninterventionsstation, spezielle Beratungsstellen, Frauenhäuser, Alkohol- und Drogenentzug, Pflegeeinrichtungen, Nachsorge) weiterleiten können. Die Rettungsstellenberatung sollte fest an die Rettungsstelle angebunden und auch in den Abendstunden und am Wochenende erreichbar sein.

Modell B

Für die patientenorientierte Rettungsstelle ist ein zweites Modell denkbar, bei der die Zielgruppen, Aufgaben und Kompetenzen der notfallmedizinischen Rettungsstelle und der Rettungsstellenberatung im Prinzip gleich sind. Organisatorisch unterscheidet sich dieses Modell darin, dass die Rettungsstellenpraxis die Instanz für den Erstkontakt der Patientinnen und Patienten ist und hier die Entscheidung für direkte Behandlung in der Praxis oder die Weiterleitung in die Notfallmedizinische Rettungsstelle oder die Rettungsstellenberatung getroffen wird. (Abb. 57, Tab. 101).

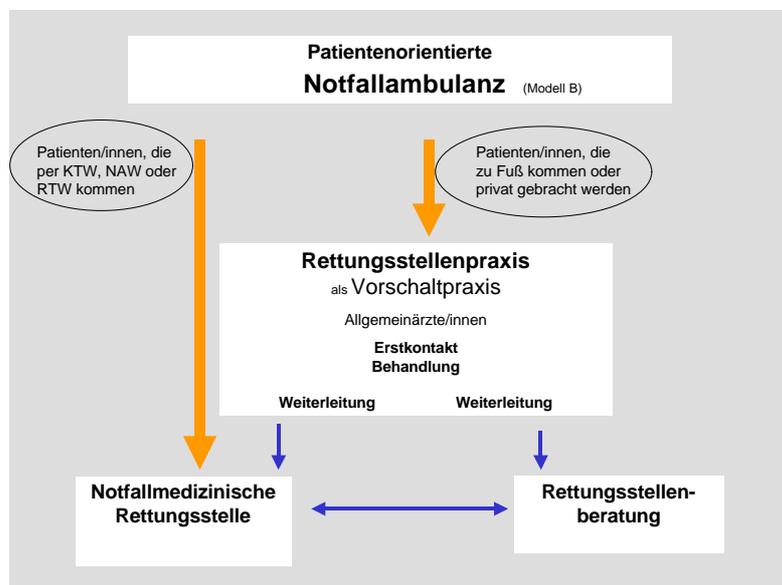


Abb. 57: Modell B - Patientenorientierte Rettungsstelle

An der Eingangstür der patientenorientierten Rettungsstelle beurteilt in Modell A das medizinisch ausgebildete Pflege- und Behandlungsteam und in Modell B das Personal der Rettungsstellenpraxis (Allgemeinmediziner/innen) über die Weiterleitung in eine

der drei bzw. zwei anderen Rettungsstellensbereiche. Beim Erstkontakt wird auch über den Bedarf an einem/er Dolmetscher/in entschieden, die dann den Behandlungsprozess, ggf. auch als soziokulturelle Mediatoren/innen, begleiten³.

Die Übergänge zwischen den drei Versorgungsinstanzen sind fließend, Kooperationen zwischen den einzelnen Stellen und fallbezogene interdisziplinäre Zusammenarbeit im Sinne einer ganzheitlichen Versorgung der Patientinnen und Patienten nötig.

Tab. 101: Zielgruppen, Kompetenzen und Aufgaben patientenorientierter Rettungsstellen

Notfallmedizinische Rettungsstelle	
Zielgruppe	Patienten/innen, die <ul style="list-style-type: none"> - akut und schwer erkrankt sind - notfallmedizinische Hilfe bedürfen - zur stationären Aufnahme eingewiesen werden - mit dem Rettungs- und Transportsystem gebracht werden
Kompetenzen	Fachärztinnen und -ärzte Rettungsmedizin
Aufgaben	Notfallmedizinische Versorgung
Allgemeinmedizinische Rettungsstellenpraxis	
Zielgruppe	Patienten/innen, die <ul style="list-style-type: none"> - über leichtere und /oder chronische Beschwerden berichten - prä- oder poststationär behandelt werden
Kompetenzen	Facharzt/-ärztin für Allgemeinmedizin
Aufgaben	allgemeinmedizinische Versorgung psychosomatische Grundversorgung
Rettungsstellenberatung	
Zielgruppe	Patienten/innen, die <ul style="list-style-type: none"> - über psychosoziale Probleme klagen - eine psychosoziale Krisenintervention benötigen - Opfer von Gewalt (nach medizinischer Versorgung)
Kompetenzen	Sozialarbeiter mit Ausbildung in klinischer Sozialarbeit Kenntnisse über Versorgungsinstitutionen
Aufgaben	Krisenintervention, Beratung, Einleitung soziotherapeutischer Maßnahmen soziale Unterstützung mobilisieren, Angehörigenarbeit Überleitung und Begleitung an andere Einrichtungen und Vernetzung mit psychosozialen Einrichtungen Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung

³ „Community interpreters“ mit Sprach- und Kulturkompetenz für verschiedene Sprachen werden derzeit im Rahmen eines vom Europäischen Sozialfonds geförderten Projekts in Berlin für das Dolmetschen im Gesundheits- und Sozialwesen qualifiziert (Gesundheit Berlin e.V.).

9.1.3. Verbesserung der ambulanten Notfallversorgungsstrukturen

Die Frage, warum Patienten/innen z.B. auch trotz vorhandener Öffnungszeiten im niedergelassenen Bereich und trotz eines Notfalldienstes durch die Kassenärztliche Vereinigung (KV) klinische Notfallambulanzen nutzen, ergibt vielschichtige Antworten und die Vorstellung eines weiteren Szenarios

Zum einen beeinflussen die subjektive Wahrnehmung eines akuten Notfalls und damit verbunden medizinische Gründe und die Erwartung, dass in der Klinik eine bessere fachärztliche (!) Versorgung inkl. vorhandener apparativer Möglichkeiten gegeben ist, die Entscheidung. Zum anderen sind es Patientenerwartungen an organisatorische Vorteile einer Rettungsstelle im Krankenhaus, wie zügige Behandlung, mehrere Fachrichtungen unter einem Dach, die Möglichkeit einer gründlichen Untersuchung, einer umfassenden Versorgung und ggf. einer stationären Aufnahme. Darüber hinaus ist bestehen „Patienten-Trampelpfade“, d. h., die Klinik ist eine bekannte gleichbleibende Anlaufstelle für medizinische Probleme.

Die Studienergebnisse lassen vermuten, dass eine mangelnde Akzeptanz der bestehenden, durch die (KV) angebotenen Notfalldienste bestehen. Stattdessen nehmen bestimmte Patientengruppen in unterschiedlichem Maße vor allem in den Sprechstunden freien Zeiten die Notfallversorgung im Krankenhaus wahr. Die Frage ist, ob die Versorgung (Diagnostik und ggf. auch Therapie) im Krankenhaus wirklich teurer ist, als die durch den Notfalldienst durchgeführte.

Neben einer Verbesserung der Strukturen in der klinischen Notfallambulanz und verbesserter Information der Nutzer bietet sich als Alternative außerdem eine Verbesserung der ambulanten Notfallversorgung, z. B. durch Praxisnetze, auf verschiedene Arten an (Abb. 58):

- durch die Einrichtung einer zentralen Anlaufpraxis, die z. B. einem Krankenhaus angegliedert sein kann („Patienten-Trampelpfade“).
- durch abwechselnde Dienstbereitschaft der beteiligten Ärzte/innen in der Zentralen Notfallpraxis und durch die Einrichtung eines permanenten Hausbesuch-Dienstes

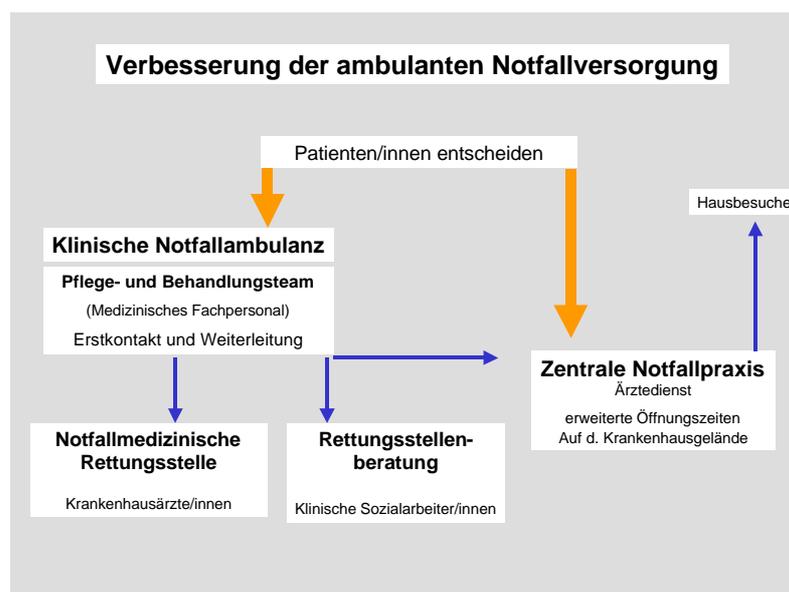


Abb. 58: Modell zur Verbesserung der ambulanten Notfallversorgungsstrukturen

10. Veröffentlichungen

Erfolgte Publikationen und Vorträge

Theda Borde, Tanja Braun, Matthias David:
Gibt es Besonderheiten bei der Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen durch Migrantinnen und Migranten? In: Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Mabuse-Verlag: Frankfurt am Main, 2003

Tanja Braun, Theda Borde, Matthias David:
Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen durch deutsche Patienten und Migranten. Intensivmedizin und Notfallmedizin, Band 39, Supplement 1 (2002)

Tanja Braun:
Untersuchung zur Inanspruchnahme von Rettungsstellen - ein Vergleich zwischen deutschen PatientInnen und MigrantInnen. Abschlussarbeit im Ergänzungsstudiengang Psychosoziale Prävention und Gesundheitsförderung an der Freien Universität Berlin, 2002

Vortrag: Theda Borde
Besonderheiten bei der Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen durch Migrantinnen und Migranten. Charité-Symposium, Kongress Armut und Gesundheit in Berlin, 5./ 6. Dezember 2002

Vortrag: Matthias David u. Theda Borde
Erste Ergebnisse des Forschungsprojektes zur Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen durch deutsche und Migranten/innen. Berliner Zentrum Public Health, 13. Februar 2002

Geplante Vorträge und Publikationen

Tanja Braun, Theda Borde, Matthias David:
"Inanspruchnahme internistischer Rettungsstellen durch Migrantinnen und Migranten türkischer Herkunft", V. Deutsch-Türkischer Psychiatriekongress in Essen, 16.-20.9.2003

Theda Borde, Matthias David:
"Systematische Berücksichtigung migrationsspezifischer Aspekte in der Gesundheitsforschung und -versorgung", V. Deutsch-Türkischer Psychiatriekongress in Essen, 16.-20.9.2003

Tanja Braun, Theda Borde, Matthias David:
"Einfluss von Geschlecht, Alter u. Ethnizität auf die Behandlung in Notfallambulanzen" Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie (DGMS) in Hamburg, 28./29.09.2003

Theda Borde:

“Inanspruchnahme medizinischer Versorgung: Interaktion zwischen Ethnizität und Geschlecht“, Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie (DGMS) in Hamburg, 29.09.2003

Theda Borde:

“Sind Migrantinnen gut versorgt? Handlungsbedarf u. strukturelle Lösungsansätze“, 10. Jahrestagung Arbeitskreis Frauengesundheit, Berlin, 1.-2. 11.2003

Matthias David

Besonderheiten bei der Versorgung zugewanderter Patientinnen und Patienten – Ergebnisse aktueller Studien und praktische Erfahrungen in Frauenheilkunde und Geburtshilfe“, Globalisierung in der Medizin. Symposium der Arbeitsgemeinschaft Rechtsanwälte im Medizinrecht e.V., Köln, 8.11.2003

Dissertationen in Bearbeitung

Tanja Braun:

Geschlechtsspezifische Unterschiede der Inanspruchnahme und Behandlung in internistischen Notfallambulanzen (Humboldt-Universität Berlin, Universitätsklinikum Charité)

Zülküf Tekin

Unterschiede der Inanspruchnahme und Behandlung in gynäkologischen Notfallambulanzen (Humboldt-Universität Berlin, Universitätsklinikum Charité)

Imke Schwartau

Gibt es eine unangemessene Nutzung der klinischen Notfallambulanzen in Berlin – Ergebnisse einer Patienten/innenbefragung und der Auswertung von Erste Hilfe-Scheinen (Humboldt-Universität Berlin, Universitätsklinikum Charité)

Sakine Özer

Vergleich der Inanspruchnahme von Notfallambulanzen bei Migrantinnen türkischer Herkunft und deutschen Patientinnen der Gynäkologie (Humboldt-Universität Berlin, Universitätsklinikum Charité)

Diplomarbeiten u.a. in Bearbeitung

Brigitte Foit:

Subjektive Ursachentheorien von Patientinnen in Notfallambulanzen (Bachelor of Health Promotion, Universität Magdeburg-Stendal)

11. LITERATUR

- Akbal, S. (2000) Nichtdeutschsprachige bzw. ArbeitsmigrantInnen als KundInnen des Wiener Gesundheitswesens. In David, M., T. Borde, H. Kentenich (Hrsg.) Migration - Frauen - Gesundheit. Perspektiven im europäischen Kontext. Frankfurt/M.: Mabuse-Verlag, 209-216
- Baker, D. W., C.D. Stevens, R. H. Brook (1996) Determinants of Emergency Department Use: Are Race and Ethnicity Important? *Annals of Emergency Medicine*, 28, 677-682
- Berliner Zeitung vom 16. Juli 2001, S. 24. „Krankenhäuser. Vivantes-Chef Schäfer will 150 Millionen Mark sparen“. Autor: Thorkrit Treichel
- Blöchliger, C., J. Osterwalder, C. Hatz, M. Tanner, T. Junghanss (1998) Asylsuchende und Flüchtlinge in der Notfallstation. *Sozial- und Präventivmedizin*, 43, 39-48
- Bergmann, E., P. Kamtsuris (1999) Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. *Gesundheitswesen*, 61,138-144
- Borde, Th. (2002a) Patientinnenorientierung im Kontext der soziokulturellen Vielfalt im Krankenhaus. Vergleich der Erfahrungen und Wahrnehmungen deutscher und türkischsprachiger Patientinnen sowie des Klinikpersonals zur Versorgungssituation in der Gynäkologie. Dissertation. Technische Universität Berlin, Fakultät VIII - Wirtschaft u. Management. (http://edocs.tu-berlin.de/diss2002/borde_theda.htm) (01-2003)
- Braun, T., Th. Borde, M. David (2002b) Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen durch deutsche Patienten und Migranten. *Intensivmedizin und Notfallmedizin. German interdisciplinary Journal of Intensive Care Medicine*, 39, Suppl. 1, S. 64
- Braun, T. (2002) Untersuchung zur Inanspruchnahme von Rettungsstellen. Ein Vergleich zwischen deutschen PatientInnen und MigrantInnen. Unveröffentlichte Abschlussarbeit im Ergänzungsstudium Psychosoziale Prävention und Gesundheitsförderung. FU Berlin
- Carrasquillo, O., E. J. Orav., T. A. Brennan, H. R. Burstin (1996) Impact of language barriers on patient satisfaction in an emergency department. *Journal of General Internal Medicine*, 14, 82-87
- Chan, T., S. Krishel, K. Bramwell, R. Clark (1996) Survey of illegal immigrants seen in an emergency department. *Western Journal of Medicine*, 212-216
- David, M., Th. Borde (2001) Kranksein in der Fremde? Türkische Migrantinnen im Krankenhaus. Frankfurt/M: Mabuse-Verlag
- David, M., G. M. Pette, H. Kentenich (1998) Unterschiedliche Inanspruchnahme einer gynäkologischen Notfallambulanz durch deutsche Patientinnen und Migrantinnen. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 58, 319-323
- Flick, U. (1995) Qualitative Forschung. Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften. Reinbek: Rowohlt Taschenbuch Verlag

- Grieger, D. (2002) Migration und Gesundheit. Das öffentliche Gesundheitswesen muss sich interkulturelle öffnen. AID Ausländer in Deutschland 1/2002, 18.Jg., 31.März 2002, Isoplan
- Gill, J., A. Mainous, M. Nsereko (2000) The effect of continuity of care in emergency department use. Archives of Family Medicine, 9, 333-338
- Ivey, S., E. Kramer (1998) Immigrant women and the emergency department: the juncture with welfare and immigration reform. Journal of American Medical Womens Association, 53, 94-96
- Ivey, S. (2002) Profiling patients who use the emergency department for primary care in a multicultural urban setting. Calgary Regional Health Authority.
[http://www.health.gov.ab.ca/system/key/phc/projects/Calgary/EmergencyDepartmentChoices/emergency Project.pdf](http://www.health.gov.ab.ca/system/key/phc/projects/Calgary/EmergencyDepartmentChoices/emergency%20Project.pdf) (2-2002)
- Joseph, C., S. Havstad, D. Ownby, C. Johnson, M. Toker (1998) Racial differences in emergency department use persist despite allergist visits and prescriptions filled for anti-inflammatory medications. Journal of allergy and clinical immunology, 101, 484-490
- Lavis, J., G. Anderson (1996) Appropriateness in health care delivery: Definitions, measurement and policy implications. Journal of the Canadian Medical Association, 154, 321-328
- Lowe, R., S. Abbuhl (2001) Appropriate standards for "appropriateness" research. Annals of Emergency Medicine, 37, 629-632
- Lucas, R., S. Sanford (1998) An analysis of frequent users of emergency care at an urban university hospital. Annals of Emergency Medicine, 32, 563-568
- Luiz, Th., B. Huber, B. Schieth, C. Madler (2000) Einsatzrealität eines städtischen Notarztdienstes: Medizinisches Spektrum und lokale Einsatzverteilung. Anästhesiologie & Intensivmedizin, 41, 765-773
- Malone, R. (1995) Heavy users of emergency services: Social construction of a policy problem. Social Science and Medicine, 40, 469-477
- Maschewsky-Schneider, U. (1997) Frauen sind anders krank. Zur gesundheitlichen Lage der Frauen in Deutschland. Weinheim und München: Juventa
- Mayring, Ph. (1983), Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen, Techniken (2. Aufl.). Weinheim: Deutscher Studien Verlag
- Meinlschmidt, G., M. H. Brenner (Hrsg.) (1999) Sozialstrukturatlas Berlin 1999. Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales und Technische Universität. Berlin. Referat Gesundheits- und Sozialstatistik, Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie, Gesundheitsinformationssysteme
- Moreno Rodriguez, A. et al. (2001) El uso de los servicios de urgencia hospitalarios y extrahospitalarios. Jornadas de Medicina Preventiva y Salud Publica VII. Universidad Complutense de Madrid.
[http://www.ucm.es/info/Preventiva/jor /J 7 5 1.htm](http://www.ucm.es/info/Preventiva/jor/J_7_5_1.htm) (7-2-2001)
- Oterino, D., S. Perio, R. Calvo, P. Sutil, P. Fernandez, G. Perez, P. Torre, M. Lopez, T. Sempere (1999) Utilización inadecuada de un servicio de urgencias hospitalario. Una evaluación con criterios explícitos. Gaceta sanitaria, 13, 361-370

- Padgett, D., B. Brodsky (1992) Psychosocial factors influencing non-urgent use of the emergency room: A review of the literature and recommendations for research and improved service delivery. *Social Science and Medicine*, 35: 1189-1197
- Pereira, S., A. Oliveria e Silva, J. Almeida (2001) Appropriateness of emergency department visits in a portuguese university hospital. *Annals of Emergency Medicine*, 37, 580-586
- Pette, G. (1997) Untersuchung des Zusammenhangs zwischen ärztlichem Handeln und ethnischer Zugehörigkeit von Patientinnen in der gynäkologischen Notfallversorgung eines Berliner Krankenhauses. Magisterarbeit im Ergänzungsstudiengang Public Health, TU Berlin
- Pflegeleitung (2002) Inanspruchnahme der Rettungsstelle der Charité, Campus Virchow-Klinikum. Persönliche Mitteilung
- Salentin, K. (1999) Die Stichprobenziehung bei Zuwandererbefragungen. *ZUMA-Nachrichten*, 23, 115-135
- Schwartz, F. W., R. Busse, R. (2000) Denken in Zusammenhängen: Gesundheitssystemforschung. In: Schwartz, F.W., B. Badura, R. Busse, R. Leidl, H. Raspe, J. Siegrist, U. Walter (Hrsg.) *Das Public Health Buch. Gesundheit fördern - Krankheit verhindern*, München: Urban & Fischer, 385-411
- Sempere-Selva, T., S. Peiro, P. Sendro-Pina, C. Martinez-Espin, I. Lopez-Aguelera (2001) Inappropriate use of an accident and emergency department: Magnitude, associated factors, and reasons - an approach with explicit criteria. *Annals of Emergency Medicine*, 37, 568-577
- Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (2002) *Armut und soziale Ungleichheit in Berlin*
- Toker, M., R. Schepker (1997) Inanspruchnahmeverhalten von Migrantenfamilien aus der Türkei und mögliche Versorgungsstrategien. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 29 (3), 343-353
- Waxman, M., M. Levitt (2000). Are diagnostic testing and admission rates higher in non-english-speaking versus english-speaking patients in the emergency department. *Annals of Emergency Medicine*, 36, 456-461
- White-Means, S., Thornton, M. & Yeo JS. (1989) Sociodemographic and health factors influencing black and hispanic use of the hospital emergency room. *Journal of the National Medical Association*, 81, 72-80

12. ANHANG

Fragebogen für die Patientenbefragung

Kategorienliste für die Auswertung der freien Texte der Patienten/innen

Kurzfragebogen der Mitarbeiter/innenbefragung

Fragebogen für die Patientenbefragung

Forschungsprojekt zur Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen (2001 – 2003)

Dr. Theda Borde (MPH) - Dr. M. David - Prof. Dr. Kentenich (Tel. 450 564077)

TEIL 1

Patientennr. _____

GESUNDHEITLICHE BESCHWERDEN UND ERWARTUNGEN AN DIE ERSTE HILFE

Bitte nehmen Sie sich etwas Zeit für unsere Untersuchung, in der Sie als Patientinnen und Patienten von Notfallambulanzen befragt werden. Beantworten Sie die folgenden Fragen, indem Sie zunächst alle Antwortmöglichkeiten zu den einzelnen Fragen durchlesen. Kreuzen Sie dann bitte das jeweils für Sie zutreffende Feld an. Einige Fragen erfordern Angaben von Zahlen oder Antworten in Ihren eigenen Worten.

1. Wie sind Sie in diese Notfallambulanz gekommen?

- selbst direkt hierher gekommen..... ()1
- von Angehörigen oder Bekannten
- hierher gebracht worden..... ()2
- von der Feuerwehr gebracht worden..... ()3
- vom Krankenwagen gebracht worden... ()4
- ein Arzt hat mich eingewiesen..... ()5
- wann?**
- vor _____ Std. _____ Tg
- sonstiges..... ()6

2. Wer hat die Entscheidung getroffen, die Notfallambulanz aufzusuchen bzw. die Feuerwehr/Krankenwagen anzurufen?

- ich ()1
- selbst.....
- Ehemann, Ehefrau oder Partner/-in.. ()2
- andere Familienangehörige..... ()3
- Freunde, Nachbarn, Kollegen..... ()4
- Hausarzt..... ()5
- Facharzt..... ()6
- Notarzt ()7
- andere ()8
- wer? _____

3. Warum sind Sie in die Notfallambulanz gekommen? Welche Beschwerden haben Sie?

(Sie können hier bis zu 3 Beschwerden angeben:)

- a.) HAUPTBESCHWERDE _____
- b.) weitere Beschwerde _____
- c.) weitere Beschwerde _____

4. Seit wann haben Sie die HAUPTBESCHWERDE ungefähr?

seit etwa 1 Stunde	seit heute _____ Uhr	seit gestern _____ Uhr	seit einigen Tagen	seit ca. einer Woche	seit mehr als einer Woche
()1	()2	()3	()4	()5	()6

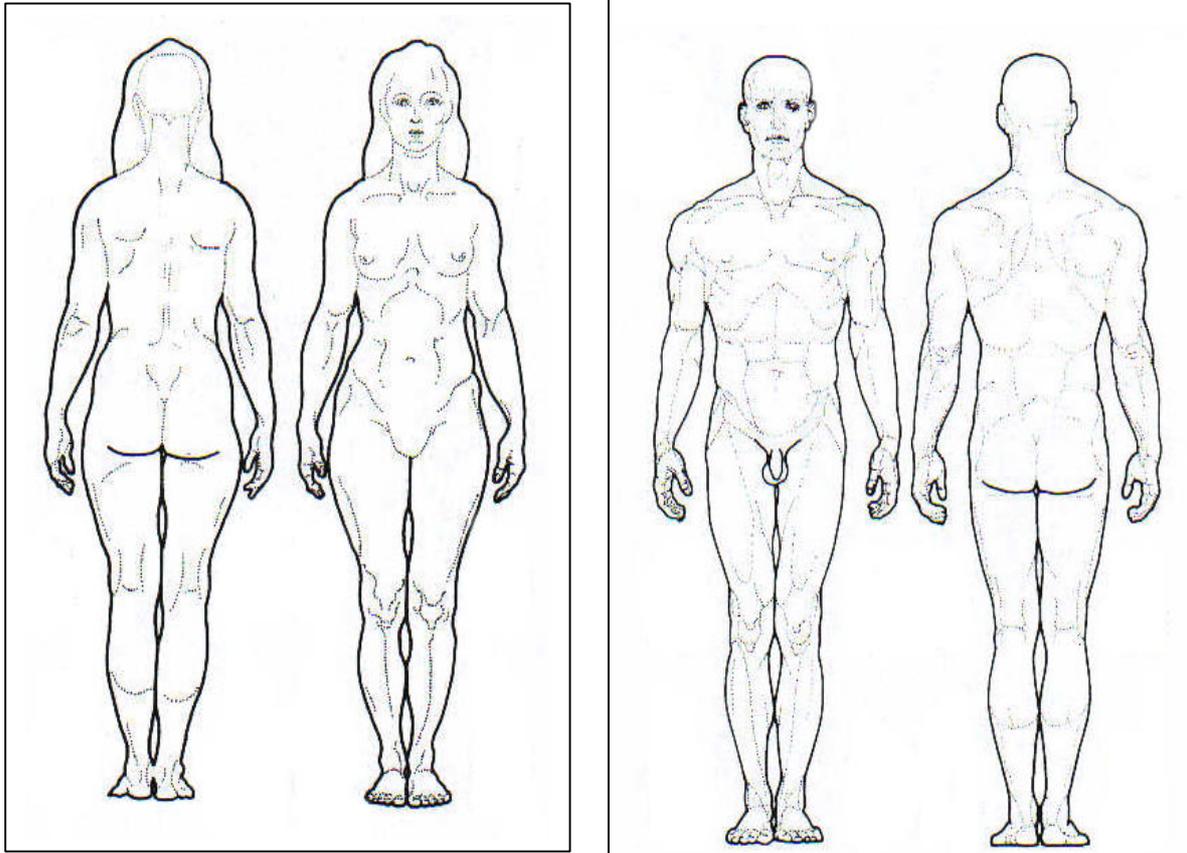
5. Hatten Sie diese Beschwerden schon öfter?

- noch nie ()1
- einmal vorher ()2
- mehrmals ()3

6. Bitte markieren Sie in dieser Skizze, wo genau Sie jetzt SCHMERZEN haben.

(Wenn Sie keine Schmerzen haben, weiter mit Frage 10)

entfällt.....()1



7. Wo ist der Schmerz am stärksten? _____

8. Wie stark sind diese Schmerzen? (Bitte kreuzen Sie ein Feld auf der Skala von 0 bis 10 an.)

0 = gar keine Schmerzen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	10 = völlig unerträgliche Schmerzen
--	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------	--

9. Wie stark sind Sie durch diese Schmerzen beeinträchtigt?

0 = gar nicht beeinträchtigt	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	10 = ganz und gar (völlig) beeinträchtigt
---	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------	--

10. Wenn Sie jetzt auch ANDERE BESCHWERDEN haben, wie stark sind diese?

(z.B. Schwindel, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Atemnot, Fieber, Blutungen...)

(Schreiben Sie hier bitte jeweils auf, um welche Beschwerden es sich handelt und kreuzen Sie den Wert in der Skala an, der dem Ausmaß Ihrer Beschwerden entspricht)

0 = gar keine Beschwerden	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	10 = unerträglich starke Beschwerden
------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--

a.) _____

0 = gar keine Beschwerden	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	10 = unerträglich starke Beschwerden
------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--

b.) _____

0 = gar keine Beschwerden	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	10 = unerträglich starke Beschwerden
------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--

c.) _____

11. Was denken Sie, woher Ihre jetzigen Beschwerden und /oder Schmerzen kommen könnten? Was könnte Ihrer Ansicht nach die Ursache dafür sein?*(Auch wenn Sie nur Vermutungen über die Ursache Ihrer Beschwerden haben, bitten wir Sie, diese hier kurz in Stichworten aufzuschreiben. Sie können dabei auch mehr als eine mögliche Ursache angeben.)*

12. Befürchten Sie eine bestimmte Erkrankung zu haben? Welche Krankheit könnte das möglicherweise sein?

13. Bitte kreuzen Sie den Wert an, der Ihrer Einschätzung der DRINGLICHKEIT einer ärztlichen Behandlung entspricht.

0 = kein dringender Behandlungsbedarf	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	10 = sehr dringend! akute Lebensgefahr
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--

14. Warum sind Sie mit Ihren Beschwerden gerade hierher in diese Notfallambulanz gekommen? weil...

(Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an)

- ich vom Arzt in diese Klinik eingewiesen wurde..... ()1
- Empfehlung (m)eines Arztes/Ärztin ()2
- die Feuerwehr /Krankenwagen mich direkt hierher gebracht hat..... ()3
- meine eigene Entscheidung, weil:
- ich in der Nähe wohne ()4
- ich nicht weiß, wohin ich sonst gehen soll ()5
- die Arztpraxen zu dieser Zeit schon geschlossen sind ()6
- die Versorgung hier besser ist als in einer Arztpraxis ()7
- dieses Krankenhaus einen guten Ruf hat ()8
- das dieses Krankenhaus für Notfälle zuständig ist ()9
- ich dieses Krankenhaus schon kenne ()10
- andere Gründe und zwar: ()11
-

15. Woher kennen Sie diese Notfallambulanz ? (Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an)

- bisher kannte ich die Notfallambulanz nicht..... ()1
- ich war schon einmal Patientin dieser Notfallambulanz..... ()2
- ich war schon öfter Patientin dieser Notfallambulanz..... ()3
- ich wurde vor kurzem in diesem Krankenhaus stationär behandelt..... ()4
- ich habe schon Angehörige/Bekannte hierher begleitet..... ()5
- ich komme immer hierher, wenn ich einen Arzt brauche..... ()7
- anderes: _____ ()8

16. Wie oft waren Sie im letzten Jahr Patientin einer klinischen Notfallambulanz? _____ (Anzahl)

17. Kennen Sie außer dieser Notfallambulanz noch andere Stellen, die in Notfällen ärztliche Hilfe anbieten?

nein ()1 ja..... ()2 wenn ja, welche? _____

18. Was ist Ihnen als Patient bzw. Patientin der Ersten Hilfe jetzt am wichtigsten?

1. ----- 2. -----

3. ----- 4. -----

BELASTUNGEN

19. Wie häufig leiden Sie auch sonst an folgenden Schmerzen?**a. Rückenschmerzen**

- nie..... ()1
 selten..... ()2
 manchmal..... ()3
 häufig..... ()4

d. Unterbauchschmerzen

- nie..... ()1
 selten..... ()2
 manchmal..... ()3
 häufig..... ()4

b. Kopfschmerzen

- nie..... ()1
 selten..... ()2
 manchmal..... ()3
 häufig..... ()4

e. Schmerzen im Brustbereich/Herz

- nie..... ()1
 selten..... ()2
 manchmal..... ()3
 häufig..... ()4

c. Magenschmerzen

- nie..... ()1
 selten..... ()2
 manchmal..... ()3
 häufig..... ()4

f. Gliederschmerzen/Arme und Beine

- nie..... ()1
 selten..... ()2
 manchmal..... ()3
 häufig..... ()4

20. Wenn Sie über die vergangene Woche bis heute nachdenken, welche belastenden

Vorkommnisse hatten Sie? (Bitte kreuzen Sie in den Skalen an, wie stark Sie sich belastet fühlten.)

a. Belastungen oder Stress im Beruf und / oder Haushalt

0 = gar keine	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	10 = extreme
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------

b. Belastungen oder Stress in der Familie, Ehe oder Partnerschaft

0 = gar keine	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	10 = extreme
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------

c. Belastungen oder Stress im Alltag (Verkehr, Behörden, Einkauf...)

0 = gar keine	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	10 = extreme
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------

d. Belastungen oder Stress im Zusammenhang mit einer Erkrankung

0 = gar keine	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	10 = extreme
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------

f. Belastungen oder Stress durch besondere Ereignisse

(z.B. Tod eines Angehörigen, Prüfung, Umzug, Hochzeit)

0 = gar keine	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	10 = extreme
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------

g. Stehen Ihre aktuellen Beschwerden im Zusammenhang mit Gewalterfahrungen?

ja.....()1

nein.....()2

möglich.....()3

SELBSHILFEMASSNAHMEN

21. Haben Sie selbst, bevor Sie hierher kamen, etwas unternommen, um Ihre Beschwerden bzw. Schmerzen zu lindern?

ja.....()1 nein.....()2

22. Wenn ja, was haben Sie schon alles gemacht?
(Bitte schreiben Sie Stichworte auf.)

23. Haben Sie bestimmte Werte gemessen?

nein..()1 ja.....()2

Fieber.....()

Blutdruck.....()

Blutzuckerwerte..()

24. Haben Sie wegen der Beschwerden Medikamente eingenommen?

nein, keine Medikamente genommen..... ()1

ja, folgendes Medikament..... ()2
(Bitte Namen des Medikaments eintragen)

Wenn Sie den Namen nicht wissen, gegen welche Beschwerden war das Mittel? ()3
(z.B. Mittel gegen Schmerzen, Übelkeit.)

25. Wenn ja, wie viel haben Sie heute von diesem Medikament eingenommen / angewendet? entfällt ()0

26. Woher hatten Sie dieses Medikament?

entfällt ()0

habe ich immer zu Hause..... ()1

hat mir ein Arzt vor kurzem verschrieben... ()2

„ohne Verschreibung“ aus der Apotheke ()3

Angehörige/Freunde haben es mir gegeben ()4

woanders her ()5

von: _____

27. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

nein.....()1

ja()2 Wenn ja, welche ?

28. Leiden Sie an einer ernsthaften chronischen Erkrankung? nein.....()1

ja

Bluthochdruck..... ()2

Herzerkrankung..... ()3

Diabetes..... ()4

Asthma/Bronchitis..... ()5

Hepatitis (Gelbsucht)..... ()6

Gastritis/Magengeschwür..... ()7

Allergien..... ()9

Krebserkrankung..... ()10

HIV/AIDS ()11

andere..... ()12

Welche?_____

29. Wie viele Zigaretten rauchen Sie täglich?

_____ pro Tag keine..... ()1
(Anzahl)

30. Trinken Sie Alkohol?

nie..... ()1

selten..... ()2

manchmal..... ()3

häufig..... ()4

31. Haben Sie während der letzten 12 Monate Ärzte und Ärztinnen in ihrer Praxis aufgesucht?

Wenn „ja“, bitte ankreuzen

- Hausarzt oder Hausärztin..... ()1
 Frauenarzt/-in..... ()2
 Urologe/-in..... ()3
 Internist/-in..... ()4
 Orthopäde/-in..... ()5
 Zahnarzt/-in..... ()6
 Psychiater/-in , Neurologe/-in.... ()7
 Hautarzt..... ()8
 andere Ärzte oder Ärztinnen? ()9
 Welche? _____

32. Wenn Sie einen Hausarzt oder Hausärztin haben, seit wie lange sind Sie dort Patient oder Patientin?

_____ Monate _____ Jahre

33. Wie oft waren Sie selbst im vergangenen Jahr insgesamt bei Ärzten?

gar nicht..... ()1 _____
 (Anzahl)

34. Wo / wie sind Sie krankenversichert?

 (Name der Krankenkasse)

- AOK..... ()1
 BK, IKK, Ersatzkassen..... ()2
 private Krankenversicherung..... ()3
 Reise(kranken)versicherung..... ()4
 Sozialamt..... ()5
 nicht krankenversichert (Selbstzahler)... ()6

35. Wenn krankenversichert, sind Sie

- selbst krankenversichert..... ()1
 familienversichert..... ()2

36. Woher beziehen Sie Ihr Wissen über Gesundheit, Krankheit u. ihren Körper?

(Hier können Sie mehrere Felder ankreuzen)

- Partner/-in oder Ehemann (-frau)..... ()1
 Mutter..... ()2
 Vater..... ()3
 andere Familienmitglieder..... ()4
 Freundinnen/Freunde..... ()5
 Fernsehen/Radio..... ()6
 Bücher/Zeitschriften..... ()7
 Internet..... ()8
 Informationen v. meiner Krankenkasse ()9
 Ärztinnen/Ärzte..... ()10
 eigene Berufsausbildung..... ()11
 andere..... ()12
 nämlich: _____

37. Wie informieren Sie sich über die

Gesundheitsversorgung? (z. B. welche Ärzte, welches Krankenhaus für Sie in Frage kommen)

- Gespräche mit anderen..... ()1
 Telefon- /Branchenbuch „Gelbe Seiten“ ()2
 Informationen v. meiner Krankenkasse ()3
 Zeitungen, Radio, Fernsehen..... ()4
 Internet..... ()5
 anderes..... ()6
 nämlich: _____

TEIL 2

FRAGEN ZU IHRER ALLGEMEINEN LEBENSLAGE

38. In welchem Jahr sind Sie geboren?

_____ (Tragen Sie bitte Ihr Geburtsjahr ein)

39. Wie weit wohnen Sie von diesem Krankenhaus entfernt?

_____ Minuten zu Fuß..... ()1

_____ Minuten mit dem Auto..... ()2

außerhalb von Berlin ()3

wo? _____
(Stadt / Landkreis)

40. Postleitzahl Ihres Wohnortes

41. Wie ist Ihr Familienstand?

ledig..... ()1

verheiratet..... ()2

geschieden..... ()3

verwitwet..... ()4

42. Wenn Sie in einer Partnerschaft leben, wo ist Ihr Partner/-in aufgewachsen?

entfällt, keine Partnerschaft..... ()1

in Deutschland..... ()2

im Ausland (gleiches Land wie ich)..... ()3

in einem anderen Land..... ()4

43. Haben Sie Kinder?

nein ()1

ja ()2 Wie viele? _____

44. Wo sind Sie zur Schule gegangen?

gar nicht..... ()1

nur in Deutschland..... ()2

nur im Ausland..... ()3

in Deutschland und im Ausland..... ()4

in welchem Land? ()5

45. Wie lange haben Sie die Schule besucht?

Ich bin nicht zur Schule gegangen..... ()1

_____ Jahre in Deutschland..... ()2

_____ Jahre im Ausland..... ()3

(Tragen Sie bitte die Anzahl der Schuljahre hier ein)

46. Welchen Schulabschluss haben Sie?

(Kreuzen Sie bitte Ihren höchsten Schulabschluss an)

a. deutsche Schulabschlüsse

kein Schulabschluss ()1

Hauptschulabschluss/POS ()2

Realschulabschluss ()3

Fachschul- Berufsschulabschluss ()4

Fachabitur/ Abitur ()5

Fachhochschul-/ Universitätsabschluss ()6

b. ausländische Schulabschlüsse

kein Schulabschluss ()11

Grundschulabschluss ()12

Mittelschulabschluss ()13

Berufsschulabschluss ()14

vergleichbar Abitur/Hochschulreife ()15

Fachhochschul-/Universitätsabschluss ()16

47. Haben Sie einen Beruf erlernt?

nein ()1

ja ()2

Welchen Beruf haben Sie erlernt?

48. Sind Sie zur Zeit berufstätig?

nein ()1

ja ()2

Welche Tätigkeit üben Sie jetzt aus?

MIGRATION, KOMMUNIKATION, SOZIALE NETZE
--

57. Wo sind Sie geboren u. aufgewachsen?

- altes Bundesland BRD/Berlin (West). ()1
 neues Bundesland BRD/Berlin (Ost) . ()2
 in einem anderen Land..... ()3

(Bitte tragen Sie hier das Land ein.)

58. Welche Staatsangehörigkeit haben Sie?

- die deutsche..... ()1
 eine andere..... ()2
 Welche ?

staatenlos ()3

59. Wenn Sie keine deutsche Staatsbürgerin sind, haben Sie einen Einbürgerungsantrag gestellt?

- nein ()1
 ja ()2

60. Haben Sie jemals einen Asylantrag gestellt?

- nein ()1
 ja ()2

61. Welcher Volksgruppe gehören Sie an?**62. Wie sind Sie nach Deutschland gekommen?**

- ich bin hier geboren..... ()1
 als Kind mit Eltern hierher gezogen ()2
 mein/e Ehepartner/-n lebte schon hier ()3
 Arbeitsaufnahme in Deutschland ()4
 politische Gründe (Asyl)..... ()5
 zum Studium oder Ausbildung..... ()6
 als deutschstämmige Aussiedler..... ()7
 ich bin hier zu Besuch (Tourist)..... ()8
 andere Wege..... ()9
 welche?

63. Wie lange leben oder sind Sie jetzt (schon) in Deutschland?

_____ Jahre _____ Monate

64. Haben Sie Familienangehörige in Berlin? (Mehrfachnennung möglich.)

- keine..... ()1
 Eltern..... ()2
 Schwiegereltern..... ()3
 Geschwister..... ()4
 Kinder..... ()5
 sonstige..... ()6
 (Cousins/en, Nichten/Neffen, Tanten/Onkels)

65. Wer unterstützt und pflegt Sie zu Hause normalerweise wenn Sie krank sind?

- Familienangehörige..... ()1
 Freunde..... ()2
 Nachbarn..... ()3
 niemand..... ()4
 ambulanter Pflegedienst..... ()5

66. Durch welche Medien informieren Sie sich in der Regel?

(Sie können hier bis zu 3 Antworten wählen)

- Gespräche mit anderen..... ()1
 Fernsehen..... ()2
 Radio..... ()3
 Zeitungen..... ()4
 Internet..... ()5

67. Bevorzugen Sie dabei Medien in

- deutscher Sprache ()1
 in ihrer Muttersprache..... ()2
 in einer anderen Sprache.....
 welche? _____ ()3

68. Welche Sprache ist Ihre Muttersprache?**69. Wie gut lesen und schreiben Sie Ihre Muttersprache?**

- gar nicht..... ()1
 wenig/kaum..... ()2
 einigermaßen gut..... ()3
 gut..... ()4
 sehr gut..... ()5

Wenn Ihre Muttersprache nicht deutsch ist, beantworten Sie bitte auch noch die folgenden Fragen Nr. 69 bis 73.

70. Sprechen Sie neben Ihrer Muttersprache noch andere Sprachen gut? Welche?

1. _____
2. _____
3. _____

71. Welche Sprache sprechen Sie in der Familie?

- überwiegend deutsch..... ()1
überwiegend Muttersprache..... ()2
überwiegend eine andere Sprache..... ()3
deutsch und andere
Muttersprache/Sprache zusammen..... ()4

72. Wie gut sprechen und verstehen Sie nach Ihrer eigenen Einschätzung die deutsche Sprache?

- gar nicht..... ()1
wenig/kaum..... ()2
einigermaßen..... ()3
gut..... ()4
sehr gut..... ()5

73. Wie gut lesen und schreiben Sie nach Ihrer eigenen Einschätzung die deutsche Sprache?

- gar nicht..... ()1
wenig/kaum..... ()2
einigermaßen..... ()3
gut..... ()4
sehr gut..... ()5

Wir danken für Ihre Mitarbeit.

Kategorien für die Auswertung der freien Texte der Patienten/innen

V3. Warum sind Sie in die Notfallambulanz gekommen? Welche Beschwerden haben Sie? (Sie können hier bis zu 3 Beschwerden angeben:)

Beschwerden/Schmerzen (V3 1-3)

Schmerzen	Beschwerden im Zusammenhang mit vor kurzem durchgeführter Operation
Kopfschmerzen	„Pille danach“, Verhütung
Halsschmerzen	Kontrolluntersuchung
Ohrenschmerzen	Diagnosen
Thoraxschmerzen / Brustschmerz	(wenn von Patienten/innen als Beschwerde eine Diagnose genannt wird V3.4)
Magenschmerzen	
Bauchschmerzen	
Schmerzen im Bereich des Nierenlagers	Alkohol(Missbrauch)
Rückenschmerzen	Allergie
Schmerz in einzelnen Extremitäten	Allergische Reaktion
/Gliederschmerzen	Angina Pectoris
Dysurie	Asthma, Bronchitis, Bronchialasthma
Mastodynie (Frauen)	Blasenentzündung, Harnwegsinfekt
andere Schmerzen	Blinddarmentzündung
	Blutarmut
andere Beschwerden, Auffälligkeiten bzw. Anliegen	Diabetes, Unterzuckerung
	Epileptischer Anfall
	Gastritis
Atembeschwerden / Husten	Grippe
thorakales Engegefühl	Herzkrankung (Herzvergrößerung, Herzklappenfehler)
Herzrasen/-klopfen	Herzrhythmusstörungen
Schwindel/Kreislaufbeschwerden/ Blutdruck	Hyperventilation
Sturz / Bewusstlosigkeit / Synkope	Infektion
Übelkeit / Erbrechen	Krebs, Lungenkrebs, Gallengangtumor
Diarrhöe	Leistenbruch
vaginale Blutung	Migräne
Verschlechterung des Allgemeinzustandes / Schwäche/ Grippe, Erkältung	Morbus Crohn
Obstipation / Meteorismus	Ödeme
Blutungen im Magen-Darm-Trakt u.a. Blutungen	Porphyrie
Fieber/Schüttelfrost/Schweißausbrüche	Psychose, Krise
Sensibilitätsstörung /Juckreiz	Schlaganfall
Mammabeschwerden	Stirnhöhlenentzündung
Exanthem (Haut)	Thrombose
Schwellung /Ödem	Venenentzündung
Sprach- und Schluckstörung	Vergiftung
Lähmungen	andere: _____
epileptischer Anfall	
andere Beschwerden	
„hohe /niedrige Messwerte selbst gemessen“ (z.B. Blutzucker, Leberwerte....)	
psychische/psychiatrische Symptome, Angstzustände u.a.	

V 4.b. Warum sind Sie gerade jetzt hierher gekommen?Gründe für den Zeitpunkt der Inanspruchnahme der Notfallambulanz (V. 4.b.)

Verschlimmerung/keine Besserung (körperliche Ebene)
 eigene Angst/Sorgen der anderen verstärkten sich (psycholog. Ebene)
 von Fachkräften jetzt geschickt
 niedergelassenen Arzt nicht erreicht
 Organisatorische Probleme/Hindernisse
 Unzufriedenheit mit Behandlung des niedergelassenen Arztes
 Selbsthilfemaßnahmen waren erfolglos
 Sonstige

V. 11. Was denken Sie woher die Beschwerden kommen könnten?Subjektive Ursachentheorien (V11)

- a.) 22 Kategorien für internistische Patienten/innen
 plus 4 Kategorien für gynäkologische Patientinnen

Allergie
 Stress, allgemein (2 später ggf. mit 22 und 23 zusammen)
 altersbedingte Probleme
 Ängste, Aufregung, Nervosität wegen bevorstehendem Ereignis, innere Unruhe
 Ansteckung, Virusinfektion, mangelnde Hygiene, Bakterien, schmutzige Toiletten
 Drogenabhängigkeit, Entzugserscheinungen
 Gesundheitsverhalten: Ernährung, Falsches, zu wenig /zuviel gegessen/getrunken
 Begleiterscheinung akuter Erkrankung (z.B. Nierenentzündung...)
 Begleiterscheinung chronischer Erkrankung oder Folge früherer Erkrankung,
 (früherer) Unfall, Verletzung
 Gesundheitsverhalten: Alkoholmissbrauch, Rauchen, Haschisch
 Gesundheitsverhalten: allgemein ungesunde Lebensweise, Bewegungsmangel
 Misshandlung, direkte Gewalteinwirkung
 (gyn) Menstruation
 (gyn) Schwangerschaft, Stillen, Entbindung
 (gyn) Schwangerschaftsabbruch, Abort
 (gyn) Gyn. Gesundheitsstörung (z.B. Zyste, vaginale Blutung...)
 Kälte (Hitze) Wetter, klimatische Einflüsse
 Körperliche Belastung, Anstrengung, Verspannung, falsche Bewegung
 Medikamente
 psychische Belastung, „psychosomatisch“, Kummer und Sorgen
 Probleme aus Kindheit, Flucht, Krieg, Verlust geliebter Personen (Tod, Trennung)
 Stress bei der Arbeit, am Arbeitsplatz, Schule, Arbeitssuche
 Stress, Konflikte in Familie und/oder Partnerschaft
 Umweltgifte, toxische Substanzen im Haushalt und Arbeit
 Veranlagung
 sonstige

- b.) Fünf Kategorien

naturalistisch innen	(z.B. Veranlagung, genetisch, Begleiterscheinung einer Erkrankung...)
naturalistische außen	(z.B. Viren, Bakterien, Wetter, Klima...)
psychosozial innen	(z.B. Probleme aus der Kindheit, Nervosität ...)
psychosozial außen	(z.B. Stress, Ärger in Familie, Partnerschaft, Arbeitsplatz...)
Gesundheitsverhalten	(z.B. zuviel gegessen, getrunken, mangelnde Bewegung, Alkohol...)

V.6. Bitte markieren Sie in dieser Skizze, wo genau Sie jetzt Schmerzen haben.

Anzahl der Schmerzregionen in der Körperskizze (V 6) (siehe Anlage)

V. 12. Befürchten Sie eine bestimmte Erkrankung zu haben?

In den Kategorien wird erfasst:

wie viele Erkrankungen befürchtet werden

Zuordnung der befürchteten Erkrankung zum Organsystem

Schweregrad der befürchteten Erkrankung

a.) Anzahl der genannten befürchteten Erkrankungen (V 12. 1 – 4) bis zu vier Nennungen möglich

Wird mehr als eine Erkrankung genannt, so werden

b.) und c.) für alle befürchteten Erkrankungen aufgenommen

b.) Zuordnung der befürchteten Erkrankung zu Organsystemen (V 12)

Herzerkrankungen

Gefäßerkrankungen

Magen-Darm-Erkrankungen

Leber-/Gallen/Bauchspeicheldrüsenerkrankung

Erkrankung der Atmungsorgane

nephrologische Erkrankungen

gynäkologische Erkrankungen

zentralnervöse Erkrankungen und neurologische Syndrome

psychische Symptome/psychiatrische Erkrankungen

hämatologische Erkrankungen

Stoffwechsel-/endokrinologische Erkrankung

systemische oder 'andere' Infektionen

allergische Reaktion

Muskel- und Gelenkerkrankungen

Vergiftungen

Malignome, Tumor (allgemein wenn keine Zuordnung zu einem Organsystem erfolgt)

Ängste/Todesangst

c.) Schweregrad der befürchteten Erkrankung (V 12)

vorübergehende Erkrankung ohne bleibenden Schaden

vorübergehende Erkrankung mit bleibendem Schaden

längerfristig lebensbedrohliche Erkrankung

akut lebensbedrohliche Erkrankung

V. 17. Kennen Sie außer dieser Notfallambulanz noch andere Stellen, die in Notfällen ärztliche Hilfe anbieten? Wenn ja, welche?

Wissen über andere Erste Hilfe Stellen (V. 17)

Anzahl insgesamt
davon Anzahl der genannten Krankenhäuser
davon andere Stellen
davon in der Nähe der Wohnung

V 18. Was ist Ihnen als Patient bzw. Patientin der Ersten Hilfe jetzt am wichtigsten?

Wichtigste Patientenerwartungen an die Notfallambulanz (V. 18)

schnelle, effektive Schmerz- und Beschwerdenlinderung
gründliche Untersuchung, genaue Diagnose, fachliche Kompetenz
Ängste nehmen, Absicherung, med. Kontrolle
Abklärung und Behandlung länger bestehender Beschwerden
freundliches Personal
menschliche Zuwendung, Zeit für Patienten
Patient/in und Beschwerden ernst nehmen
geringe Wartezeiten, zügige Behandlung
schnelle Entlassung nach Hause
gute technische und apparative Ausstattung
Behandlung durch Spezialisten
umfassende gute Versorgung
andere

V 22. Haben Sie selbst, bevor Sie hierher kamen, etwas unternommen, um Ihre Beschwerden bzw. Schmerzen zu lindern? Wenn ja, was haben Sie schon alles gemacht?

Eigenhilfemaßnahmen vor Inanspruchnahme der Notfallambulanz (V. 20)

Ruhe und Schonung
Bewegung
Werte gemessen (vgl. V.23 „ja“)
Entspannungsübungen
etwas zu mir genommen (gegessen)
etwas getrunken
Kühlung
Wärme
Medikament eingenommen (vgl. V.24 „ja“)
Druck auf schmerzende Stelle erzeugt
anderes Krankenhaus aufgesucht
Kontakt zu niedergelassenem Arzt aufgenommen
Beratung in der Apotheke gesucht
Feuerwehr/Krankenwagen /Notarzt angerufen:
Hilfe von anderen geholt
Sonstiges

V 24. Haben Sie wegen der Beschwerden Medikamente eingenommen?

V 27. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

Medikamentengruppen (V. 24 u. V. 27)

Analgetika – Schmerzmittel,	Grippemittel/Mittel gegen Erkältungs-
Migränemittel	erkrankungen/Schnupfenmittel
Spasmolytika	Gichtmittel
Antiallergika	Gynäkologika/Sexualhormone
Herzmedikamente: Antiarrhythmika, Antihyper-	Hypnotika/Sedativa
tonika, Kardiaka, Koronarmittel	Laxantien
Antibiotika	Magen-Darm-Mittel
Antidiabetika (insulin)	Psychopharmaka
Corticoide	Schilddrüsentherapeutika
Dermatika /Hautcremes	Thrombozytenaggregationshemmer
Diuretika	Sonstige

Kurzfragebogen der Mitarbeiter/innenbefragung

Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen durch deutsche Patienten und Immigranten

Charité Campus Virchow-Klinikum - Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe Tel: 030 - 450 5 64077
Dr. Th. Borde, Tanja Braun, MPH, Priv.-Doz. Dr. M. David

Da wir für die Untersuchung der Inanspruchnahme der Notfallambulanzen mehr Informationen über evtl. Migrationshintergründe und die Sprachkompetenzen der Patientinnen und Patienten benötigen, bitten wir **alle behandelnden Ärztinnen und Ärzte** während des Studienzeitraums diesen Kurzfragebogen für jede Patientin und jeden Patienten auszufüllen und **an die jeweiligen Erste-Hilfe-Scheine zu heften**.

1. Bitte kreuzen Sie hier den Wert an, der bei dieser Patientin bzw. Patienten Ihrer Einschätzung der Dringlichkeit einer ärztlichen Behandlung entspricht.

0 = kein dringender Behandlungsbedarf	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	10 = sehr dringend! akute Lebensgefahr
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--

2. Stehen die Beschwerden der Patientin / des Patienten in Zusammenhang mit Gewalterfahrungen?

nein..... ()1 ja.....()2 möglich.....()3

3. Welches ist die Muttersprache der Patientin / des Patienten?

deutsch ()1
andere.....()2 Welche? _____
(Bitte erfragen und eintragen)

4. In welcher Sprache wurde das Arzt-Patient-Gespräch geführt?

deutsch ()1
andere.....()2 Welche? _____

5. Wurde das Arzt-Patient-Gespräch gedolmetscht?

nein..... ()1
ja.....()2 **wenn ja, durch wen?**
Begleitperson des Patienten / der Patientin ()
professionelle Dolmetscher/in ()
zweisprachige Pflegekraft ()
zweisprachige Ärztin od. Arzt ()
sonstiges zweisprachiges Personal. ()

6. Wie verlief die sprachliche Verständigung mit der Patienten /dem Patienten aus Ihrer Sicht?

() sehr gut	() gut	() einigermaßen	() unbefriedigend	() sehr unbefriedigend
-----------------	------------	---------------------	-----------------------	----------------------------

7. Waren Sie als Arzt/Ärztin insgesamt mit dem Verlauf der Behandlung zufrieden?

()1 sehr zufrieden
()2 zufrieden.

Wenn Sie nicht zufrieden waren, geben Sie hier bitte Ihre Gründe in Stichworten an.

()3 einigermaßen zufrieden
()4 unzufrieden
()5 sehr unzufrieden

}
}
}