

Aus der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtsmedizin
der Medizinischen Fakultät der Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

**Inanspruchnahme von Notfallambulanzen in Berlin
in den Jahren 2006/2007: Einfluss von Geschlecht,
Alter, Bildungsgrad und ethnischer Herkunft**

Zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät der Charité -
Universitätsmedizin Berlin

von

Elnaz Hajiloueian

aus Teheran

Gutachter/in: 1. Prof. Dr. med. M. David
 2. Prof. Dr. med. H. Kentenich
 3. Prof. Dr. med. C. Lackner

Datum der Promotion: 18.11.2011

Inhaltsverzeichnis

I Inhaltsverzeichnis I

II Abkürzungsverzeichnis II

III Tabellen- und Abbildungsverzeichnis III

1. Einleitung	1
1.1 Geschlecht und Gesundheit	3
1.1.1 Frauengesundheitsforschung	4
1.1.2 Männergesundheitsforschung	5
1.1.3 Morbidität	5
1.1.4 Mortalität	6
1.1.5 Erklärungsansätze für geschlechtsspezifische Aspekte von Krankheit und Gesundheit	7
1.1.6 Geschlechtsspezifische Inanspruchnahme von Gesundheitssystemen	10
1.2 Migration und Gesundheit	11
1.2.1 Migration	11
1.2.2 Gesundheitliche Lage und Versorgung von Migranten	12
1.2.3 Zugang und Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen	15
1.2.4 Methodische Schwierigkeiten	20
1.3 Sozialstatus und Gesundheit	21
1.3.1 Erklärungsmodell	23
1.3.1.1 Arbeitslosigkeit	24
1.3.1.2 Migranten und ihr Gesundheitsrisiko	25
1.4 Rettungsstellen	26
1.4.1 Inanspruchnahme der Rettungsstellen	26
1.4.2 Prädiktoren für die Inanspruchnahme von Rettungsstellen	28
1.4.3 Angemessenheit der Inanspruchnahme von Rettungsstellen	31
1.5 Problemstellung, Fragestellung und Hypothesen	32
2. Methodik der Untersuchung	35
2.1 Planung der Untersuchung	35
2.1.1 Studiendesign	35
2.1.2 Untersuchungszeitraums und der Studienstandorte	35
2.1.3 Studienpopulation	35
2.1.3.1 Ein- und Ausschlusskriterien	37
2.1.3.2 Datenschutz	37
2.1.4 Erhebungsinstrumente	38
2.1.4.1 Patientenbefragung	38
2.1.4.2 Auswertung der Erste-Hilfe-Scheine	38
2.2 Rahmenbedingungen und Durchführung der Studie	39
2.2.1 Studienstandorte	39
2.3 Auswertung der Befragung und Erste-Hilfe-Scheine	40
2.3.1 Datenerhebung und -eingabe	40
2.3.2 Datenqualitätskontrolle	41

2.3.3 Kodierung und Kategorisierung.....	41
2.3.3.1 Variablen aus den Erste-Hilfe-Scheine.....	42
2.3.3.2 Variablen der Patientenbefragung.....	45
2.3.4 Statistische Auswertung.....	48
3. Ergebnisse	50
3.1 Beschreibung der Studienpopulation.....	50
3.1.1 In die Studie einbezogene Patienten/innen.....	50
3.1.2 Patientenbefragung.....	50
3.1.3 Standort und Fachrichtung der Behandlung.....	50
3.2 Soziodemographische Merkmale der Studienpopulation.....	51
3.2.1 Geschlecht.....	51
3.2.2 Alter.....	51
3.2.3 Krankenversicherung.....	53
3.2.4 Ethnizität.....	53
3.2.5 Aufenthaltsdauer in Deutschland.....	54
3.2.6 Deutsches Sprachverständnis.....	54
3.2.7 Bildungsgrad.....	56
3.2.8 Erwerbsstatus.....	58
3.2.9 chronische Krankheiten.....	62
3.2.10 Nutzung von medizinischen Versorgungseinrichtungen.....	63
3.2.10.1 Hausärztliche Betreuung.....	63
3.2.10.2 Zeitpunkt der Vorstellung in der Rettungsstelle.....	65
3.2.10.3 Vielnutzer von Rettungsstellen.....	66
3.2.10.4 Wohnort der Patienten/-innen.....	69
3.3 Grad der psychischen Belastung.....	72
3.4 Unterschiede in Diagnostik und Behandlung in der Rettungsstelle.....	75
3.4.1 Anamnese.....	75
3.4.2 Durchgeführte Diagnostik.....	80
3.4.3 Diagnosen.....	83
3.4.4 Therapie.....	88
3.5 Angemessenheit der Rettungsstellenbehandlung.....	94
3.5.1 Kriterium Transport.....	95
3.5.2 Durchgeführte Diagnostik.....	97
3.5.3 Kriterium stationäre Ausnahme.....	98
3.5.4 Kriterium ärztliche Einweisung.....	100
3.5.5 Starke Schmerzen und Beschwerden.....	100
3.5.6 Kriterium selbsteingeschätzte Dringlichkeit.....	102
3.5.7 Index zur Angemessenheit der Rettungsstellenbehandlung.....	103
4. Diskussion	105
4.1 Diskussion der Methoden und Studiendurchführung.....	105
4.1.1 Analyse der Erste-Hilfe-Scheine.....	106
4.1.2 Erhebung und Analyse der Fragebögen.....	106
4.1.3 Namensanalyse.....	107

4.2 Diskussion der Zusammensetzung der Studienpopulation.....	107
4.3 Diskussion der Angemessenheit der Inanspruchnahme von Rettungsstellen...	108
4.3.1 Hat das Geschlecht der Patienten/-innen einen Einfluss auf die Inanspruchnahme von Rettungsstellen?.....	108
4.3.2 Welchen Einfluss hat das Geschlecht auf die Diagnostik und Behandlung in der Rettungsstelle?.....	109
4.3.3 Welchen Einfluss hat das Alter der Patienten/-innen auf die Inanspruchnahme von Notfallambulanzen?.....	112
4.3.4 Welchen Einfluss hat das Alter auf die Diagnostik und Behandlung in der Rettungsstelle?.....	113
4.3.5 Beeinflusst die Ethnizität das Inanspruchnahmeverhalten der Patienten/-innen?.....	114
4.3.6 Welchen Einfluss hat die Ethnizität auf die Diagnostik und Behandlung in der Rettungsstelle?.....	116
4.3.7 Stellt der soziale Status der Patienten/-innen einen wichtigen Einflussfaktor für das Inanspruchnahmeverhalten von Notfallambulanzen dar?.....	120
4.3.8 Welchen Einfluss hat der soziale Status der Patienten/-innen auf die Diagnostik und Behandlung in der Rettungsstelle?.....	122
4.3.9 Werden die Rettungsstellen von den Patienten/-innen angemessen genutzt?...	125
5. Zusammenfassung	131
6. Wertung und Ausblick	135
7. Literaturverzeichnis	137
8. Anhang	157
8.1 Erste-Hilfe-Schein.....	157
8.2 Fragebogen für die Patientenbefragung.....	158

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
BDSG	Bundesdatenschutzgesetz
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
CT	Computertomographie
EKG	Elektrokardiogramm
Etc	Et cetera von lateinisch „und die Übrigen“
GKV	Gesetzliche Krankenkassen
GO	Gorris
HI	Hinz
HIV	Humane Immundefizienz-Virus
ICD-10	International Classification of Disorders, tenth version
KI	Konfidenzintervall
KTW	Krankentransportwagen
MA	Malteser
MRT	Magnetresonanztomographie
NAW	Notarzwagen
Nr.	Nummer
PKW	Personenkraftwagen
RR	Blutdruck
RTW	Rettungstransportwagen
SPSS®	Statistical Package for Social Sciences
Tab.	Tabelle
Tbc	Tuberkulose
Temp.	Temperatur
UdSSR	Union der Sozialistischen Sowjetrepubliken
WHO	World Health Organisation

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabellen

Tab.1	Lebenserwartung mit 16 Jahren - Sozioökonomisches Panel (SOEP)	22
Tab.2	Merkmale der Studienpopulation	36
Tab.3	Demographische Darstellung der Studienorte	39
Tab.4	Auswahl der Variablen	41
Tab.5	Ethnizität der Patienten/innen nach Alter und Geschlecht (%)	52
Tab.6	Ethnizität der Patienten/innen nach Sprachgruppen (%)	53
Tab.7	Bildungsgrad der Patientinnen und Patienten nach Geschlecht und Ethnizität (%)	57
Tab.8	Bildungsgrad der Patientinnen und Patienten nach Alter und Ethnizität (%)	58
Tab.9	Erwerbsstatus der Patientinnen und Patienten nach Geschlecht und Ethnizität n=418 (%)	62
Tab.10	Vorliegen von Chronischer Erkrankung nach Alter und Ethnizität, n=413 (%)	63
Tab.11	Vorhandensein eines Hausarztes nach Alter und Ethnizität, n=424 (%)	65
Tab.12	Zeitpunkt der Inanspruchnahme der Rettungsstelle nach Geschlecht und Ethnizität n=424 (%)	66
Tab.13	Zeitpunkt der Inanspruchnahme der Rettungsstelle nach Geschlecht und Alter n=424 (%)	66
Tab.14	Nutzungsfrequenz von Rettungsstellen in 12 Monaten nach Geschlecht und Ethnizität, n=416 (%)	68
Tab.15	Wohnort der Patienten/innen nach Berliner Bezirken an den beiden Untersuchungsstandorten (%)	70
Tab.16	Wohnortnähe der befragten Patienten/-innen zur Klinik nach Geschlecht und Ethnizität (%), n= 421	71
Tab.17	Grad der psychischen Belastung nach Geschlecht und Ethnizität, n=418 (%)	74
Tab.18	In der Anamnese erhobene Beschwerden der Patienten/innen nach Geschlecht und Ethnizität (%)	76
Tab.19	In der Anamnese erhobene Beschwerden der Patienten/innen nach Geschlecht und Alter (%)	77

Tab.20	In der Anamnese erhobene Beschwerden der Patienten/innen nach Geschlecht und Bildungsgrad (%)	79
Tab.21	Einsatz diagnostischer Verfahren nach Geschlecht und Ethnizität (%)	81
Tab.22	Einsatz diagnostischer Verfahren nach Geschlecht und Alter (%)	81
Tab.23	Einsatz diagnostischer Verfahren nach Geschlecht und Bildungsgrad (%)	82
Tab.24	Diagnosegruppen (ICD 10) nach Geschlecht und Ethnizität (%)	84
Tab.25	Diagnosegruppen (ICD 10) nach Geschlecht und Alter (%)	85
Tab.26	Diagnosegruppen (ICD 10) nach Geschlecht und Bildungsgrad (%)	86
Tab.27	Therapeutisches Prozedere nach Geschlecht und Ethnizität (%)	88
Tab.28	Therapeutisches Prozedere nach Geschlecht und Alter (%)	88
Tab.29	Therapeutisches Prozedere nach Geschlecht und Bildungsgrad (%)	89
Tab.30	Medikation nach Geschlecht und Ethnizität (%)	91
Tab.31	Medikation nach Geschlecht und Alter (%)	92
Tab.32	Medikation nach Geschlecht und Bildungsgrad (%)	93
Tab.33	Transportmittel in die Klinik nach Geschlecht und Ethnizität (%)	95
Tab.34	Prädiktoren für „Nutzung des Rettungs- und Transportwesens“ (logistische Regression) n=380	95
Tab.35	Prädiktoren für „nur im Krankenhaus vorgehaltene Diagnostik durchgeführt“ (logistische Regression) n=380	96
Tab.36	Stationäre Aufnahmen nach Geschlecht und Ethnizität (%)	97
Tab.37	Stationäre Aufnahmen nach Geschlecht und Alter (%)	97
Tab.38	Prädiktoren für „Stationäre Aufnahme“ (logistische Regression) n=377	98
Tab.39	Prädiktoren für „ärztliche Einweisung“ (logistische Regression) n=380	99
Tab.40	Prädiktoren für „starke Schmerzen oder Beschwerden“ (log. Regression) n=380	100
Tab.41	Prädiktoren für „hohe Dringlichkeit aus Sicht der Patienten“ (logistische Regression) n=380	101
Tab.42	Index der angemessenen Inanspruchnahme (logistische Regression) n=387	103

Abbildungen

Abb.1	Entwicklung der Lebenserwartung	3
Abb.2	Zusammenhänge zum Sozialindex in den Berliner Bezirken – Lebenserwartung	22
Abb.3	Anteil Raucher an der Bevölkerung in Berlin 2005 auf Bezirksebene	23
Abb.4	Rauchverhalten der Eltern von Einschüler(inne)n in Berlin, 2005	24
Abb.5	Stufen Modell der Einflussfaktoren für die Inanspruchnahme von Rettungsstellen (nach Padgett und Brodsky 1992)	29
Abb.6	Anteil der Fälle der Gesamtstichprobe nach Fachrichtungen (n=424)	50
Abb.7	Anteil der Standorte an der Gesamtstichprobe (n=424)	51
Abb.8	Altersverteilung nach Geschlecht	52
Abb.9	Aufenthaltsdauer in Deutschland der Befragten nicht-deutscher Ethnizität, n= 132	54
Abb.10	Deutsches Sprachverständnis bei nicht-deutscher Muttersprache, n=159 in %	55
Abb.11	Deutsches Sprachverständnis bei nicht-deutscher Muttersprache nach Geschlecht n= 159 in %	55
Abb.12	Deutsches Sprachverständnis bei nicht-deutscher Muttersprache nach Alter n= 159 (in %)	56
Abb.13	Bildungsgrad nach Schulabschluss, n=417	56
Abb.14	Erwerbstätigkeit der Patientinnen und Patienten, n=424 (%)	59
Abb.15	Erwerbsstatus der Befragten, n= 418 (%)	59
Abb.16	Erwerbsstatus nach Geschlecht, n= 418 (%)	60
Abb.17	Erwerbsstatus nach Alter, n= 424(%)	60
Abb.18	Erwerbsstatus nach Ethnizität, n= 418 (%)	61
Abb.19	Angabe einer hausärztlichen Betreuung nach Alter, n=424 (%), p=0,092	64
Abb.20	Angabe einer hausärztlichen Betreuung nach Bildungsgrad, n=417 (%), p= 0,022	64
Abb.21	Anzahl der Rettungsstellenbesuche in den vergangenen 12 Monaten, n =416	67
Abb.22	Inanspruchnahme von Rettungsstellen in den vergangenen 12 Monaten, n=416 (%)	67

Abb.23	Nutzungsfrequenz von Rettungsstellen in den vergangenen 12 Monaten nach Ethnizität, n=416 (%), p= 0,661	68
Abb.24	“Vielnutzer“ von Rettungsstellen nach Alter und Ethnizität, n=416 (%)	69
Abb.25	Ethnizität der Patienten/innen aus dem Bezirk Wedding (%), n=72	70
Abb.26	Ethnizität der Patienten/innen aus dem Bezirk Neukölln (%), n= 54	71
Abb.27	Psychische Belastung nach Ethnizität, n=418 (%), p= 0,000	72
Abb.28	Psychische Belastung nach Bildungsgrad, n=416 (%) p=0.000	73
Abb.29	Psychische Belastung nach Bildungsgrad bei den türkischstämmigen Befragten, n=81 (%)	73
Abb.30	Psychische Belastung nach Bildungsgrad bei den deutschen Befragten, n=257 (%)	74
Abb.31	In der Anamnese erhobene Beschwerden nach Geschlecht (%)	75
Abb.32	Einsatz diagnostischer Verfahren nach Geschlecht (%)	80
Abb.33	Diagnosegruppen (ICD 10) nach Geschlecht (%)	83
Abb.34	Therapeutisches Prozedere nach Geschlecht (%)	87
Abb.35	Medikation nach Geschlecht (%)	90
Abb.36	Transportart in die Rettungsstelle, n= 424 (%)	94
Abb.37	Stärke der Schmerzen und Beschwerden n=420 (%)	100

1. Einleitung

Ziel der vorliegenden Arbeit ist die Untersuchung der Inanspruchnahme und Versorgung in Rettungsstellen unter Berücksichtigung der Aspekte Geschlecht, Ethnizität, Sozialstatus und Alter der Patienten/-innen. In dieser Arbeit werden die Begriffe Rettungsstelle, Erste Hilfe, Erste Hilfe-Station, Notaufnahme und Notfallambulanz synonym verwendet.

Gesundheit und Krankheit sind innerhalb der Gesellschaft sozial ungleich verteilt. Dabei werden unter sozialer Ungleichheit horizontale Ungleichheiten wie Alter, Geschlecht und Ethnizität wie auch vertikale Ungleichheiten wie Beruf, Bildung und Einkommen, also der soziale Status bzw. die soziale Schicht verstanden.

In der medizinischen und gesundheitswissenschaftlichen Forschung wird das Alter der Patienten/innen seit langem als ein wichtiger Einflussfaktor gewertet, da sich mit zunehmendem Alter das Spektrum der Krankheiten und die Einstellung gegenüber Krankheit deutlich verändert. Krankheitsbezogene Daten werden zumeist nach Alter stratifiziert, ausgewertet und in Bezug auf das Lebensalter und die damit verbundenen gesundheitlichen Risiken diskutiert. Wissenschaftliche Forschungen haben ergeben, dass sich Frauen und Männer hinsichtlich ihres Gesundheitsbewusstseins und -befindens, ihres Gesundheitsverhaltens, ihres Krankheitsspektrums sowie auch ihrer Krankheitsbewältigung unterscheiden. Einfluss darauf haben sowohl die psychische und physische Konstitution, als auch die geschlechtsspezifische Persönlichkeit (Risikobereitschaft, Inanspruchnahme des Versorgungssystems, Körpergefühl etc.) im Zusammenspiel mit den gesellschaftlichen Gegebenheiten der Arbeits- und Lebensbedingungen. Folglich ist eine Miteinbeziehung des Geschlechts als Variable in der Forschung und Praxis des Gesundheitswesens von großer Wichtigkeit. Dennoch ist die Realität eine andere: Trotz des Wissens, dass das Geschlecht ebenso große Auswirkungen auf den Gesundheitszustand wie andere Variablen (z.B. Alter, soziale Faktoren) hat, wird die Geschlechterperspektive in den medizinischen und gesundheitswissenschaftlichen Forschungen wenig berücksichtigt, was zu geschlechtsbezogenen Verzerrungseffekten (Gender Bias) führen kann (Fuchs 2002). Zur Vermeidung von „Gender Bias“ sollten potentielle Unterschiede zwischen den Geschlechtern im Sinne eines „Gender Mainstreaming“ von Anfang an systematisch berücksichtigt werden (Eichler et al. 2000).

In Deutschland repräsentieren Migranten fast ein Fünftel der Bevölkerung (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, BAMF 2009), dennoch gibt es bislang nur wenige

Forschungsergebnisse zum Zusammenhang zwischen Migrationshintergrund und körperlicher sowie psychischer Gesundheit. Migration ist zweifellos ein wesentlicher gesundheitsbeeinflussender Faktor (Butler 2007). Auch wenn die unmittelbare Daseinsvorsorge sichergestellt ist, führt das Leben "in der Fremde" oft zu gesundheitlichen Problemen. Selbst nach langem Aufenthalt im Zuwanderungsland oder auch in der zweiten oder dritten Generation treten immer wieder Kommunikationsstörungen und Zugangsbarrieren in der gesundheitlichen Versorgung auf. Mangelnde Kenntnis kultureller Rahmenbedingungen seitens des Gesundheitspersonals und mangelnde Bereitschaft zu interkultureller Öffnung seitens der Migranten/-innen führen nicht selten zu Missverständnissen, selbst wenn oberflächlich die sprachliche Verständigung problemlos möglich scheint (Richter 2001).

Wird in der Forschung die Relevanz dieser Thematik unterschätzt bzw. ignoriert, entstehen migrationsbezogene Verzerrungseffekte (David und Borde 2001). Um diese zu vermeiden, müssen in der Gesundheitsforschung trotz der möglichen methodischen Schwierigkeiten, die zum Beispiel durch mangelnde Sprachkenntnisse oder monokulturell konzipierte Fragebögen entstehen, Migranten einbezogen und repräsentiert werden.

Die relative Armut, definiert als ein Einkommen, welches geringer ist als 50 % des Durchschnittseinkommens, nimmt in Deutschland kontinuierlich zu und betrifft immer mehr Gruppen in der Gesellschaft. Zahlreiche sozial- und naturwissenschaftliche Untersuchungen belegen, dass es einen Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheit gibt (Mielck 2005). Bestimmte Bevölkerungsgruppen, die besonders von Armut betroffen sind, wie z.B. Arbeitslose, Wohnungslose, Alleinerziehende usw., haben ein signifikant erhöhtes Morbiditäts- sowie Mortalitätsrisiko. Weiterhin wird in der Gesundheitsberichterstattung 2008 für Berlin dem Bildungsstatus ein besonderes Gewicht zugewiesen und der Einfluss des Bildungsniveaus auf Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten ausdrücklich betont (Gesundheitsberichterstattung Berlin 2008). Forschungsbedarf besteht weniger in einer weitergehenden Beschreibung der sozial ungleichen Verteilung von Gesundheit und Krankheit, sondern in der Weiterentwicklung von theoriegeleiteten Erklärungsansätzen und in der Entwicklung von Interventionsstrategien.

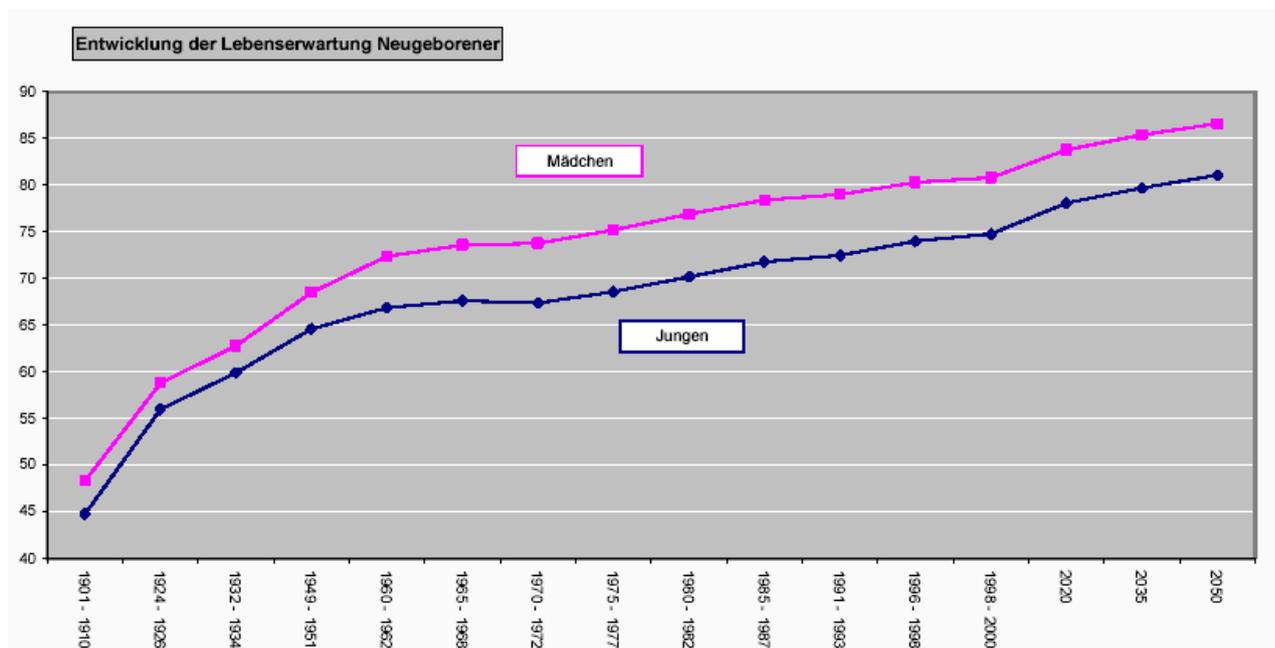
Aufgrund der hier aufgeführten Überlegungen ist die vorliegende Arbeit darauf ausgerichtet, neben den Einflussfaktoren Alter und Geschlecht sowohl die Ethnizität als auch den Sozialstatus zu berücksichtigen.

1.1 Geschlecht und Gesundheit

Geschlechtsspezifische Unterschiede in Gesundheitsstatus und Krankheit wurden in den letzten Jahren zunehmend zu einem Gegenstand der Forschung und öffentlichen Diskussion (Lahelma et al. 1999, Lorber 2002, Glaeske 2002, Pauli u. Hornberg 2008, Kuhlmann u. Kolip 2008). Eine Vielzahl von Differenzen zwischen Frauen und Männern hinsichtlich der subjektiven Einschätzung der Gesundheit, der Symptomwahrnehmung, des Gesundheitsverhaltens und des Gesundheitsstatus sind bekannt.

Schon der Blick auf die Lebenserwartung zeigt, dass ein differenzierter Blick auf das Geschlechterverhältnis notwendig ist. In Deutschland werden Frauen derzeit durchschnittlich 82 Jahre alt, die Männer hingegen nur knapp 76 (Statistisches Bundesamt Deutschland 2008). Die Kluft bei der Lebenserwartung liegt bei 6 Jahren (Abb.1).

Abb.1: Entwicklung der Lebenserwartung



Quelle: statistisches Bundesamt Deutschland 2008

Woran liegt das?

Jenseits der anatomischen und biologischen Unterschiede hat das Geschlecht Auswirkung auf

- die Wahrscheinlichkeit, bestimmte Krankheiten zu entwickeln (z.B. Magersucht häufiger bei Frauen, Alkoholkrankheiten häufiger bei Männern)
- die Art und Weise, mit gesundheitlichen Beschwerden umzugehen
- die Art und Weise, Symptome zu präsentieren
- die Reaktion des Medizinsystems (Klemperer 2002).

So merkt auch Klaus Hurrelmann an: „Es ist mittlerweile deutlich geworden, dass sich die Gesundheit von Frauen nicht auf Fragen der Reproduktion und der Geschlechtsorgane beschränkt, sondern, dass eine geschlechtersensible Betrachtung in allen Bereichen eine Rolle spielen muss. [...] Dies betrifft vor allem die Ursachen, Verläufe und Therapiemöglichkeiten bei zahlreichen Krankheiten, bei denen bis vor kurzem von einem männlichen Normmodell ausgegangen wurde.“ (Hurrelmann 2002).

1.1.1 Frauengesundheitsforschung

Die Frauengesundheitsforschung, entsprungen aus zwei Quellen, existiert bereits seit mehr als 30 Jahren. Die eine Quelle ist die Frauengesundheitsbewegung der 1970er und 1980er Jahre. Der Kampf um das Recht auf einen Schwangerschaftsabbruch, das Eintreten für das sexuelle Selbstbestimmungsrecht der Frau, das Kennenlernen des eigenen Körpers, die (Wieder-) Aneignung „natürlicher“ Heilverfahren und der Aufbau alternativer Versorgungsangebote, wie z.B. Frauenhäuser und –notrufe, Frauengesundheitszentren und Geburtshäuser hatten das Ziel, das „männlich medizinische Definitionsmonopol“ über den weiblichen Körper aufzubrechen (Kolip 2001). Die zweite Quelle der Frauengesundheitsforschung bildet die sozialwissenschaftliche Frauenforschung, die sich aus feministischer Sicht mit den gesellschaftlich bedingten Ungleichheiten zwischen Frauen und Männer und der Rolle von Frauen im Beruf und der Familie auseinandersetzt. „Aus diesen beiden Quellen ergaben sich Impulse, die gesellschaftlichen Bedingungen zu untersuchen, unter denen die Gesundheit von Frauen erhalten und Krankheit verhindert werden kann, und die Strukturen zu analysieren, welche Gesundheits- und Krankheitsversorgung Frauen hinsichtlich Prävention, Therapie, Rehabilitation und Pflege benötigen und wie diese Versorgung der besonderen Lebenslage und den spezifischen psychosozialen Lebensbedingungen von Frauen gerecht werden.“ (Hurrelmann u. Kolip 2002) In den vergangenen Jahren hat sich die Frauengesundheitsforschung einen kleinen, aber relativ festen Platz in der Public- Health-Forschung erobern können und setzt derzeit mit ihrer Öffnung hin zu einer gendersensiblen Forschung neue Akzente.

In Deutschland gab das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 1996 einen „Frauengesundheits-Bericht“ in Auftrag, mit dem Ziel, die gesundheitliche Lage von Frauen in Deutschland in Abhängigkeit von ihrer Lebens- und Arbeitssituation zu analysieren. In diesem Bericht (Verbundprojekt 2001) sind Daten aus amtlichen Statistiken und Repräsentativerhebungen zu einer „Epidemiologie der Frauengesundheit“ aufbereitet (Sieverding 2007).

1.1.2 Männergesundheitsforschung

Männer achten im Alltag weniger stark auf ihren Gesundheitszustand und fühlen sich weniger anfällig gegenüber Krankheiten. Dennoch existiert seit wenigen Jahren eine Männergesundheitsforschung. „Historisch ist sicherlich die Feststellung richtig, dass Männerforschung als Reflex auf die Frauenforschung entstanden ist. Ohne Frauenforschung gäbe es heute wohl kaum eine Männerforschung.“ (Hurrelmann u. Kolip 2002). Seit Erscheinen der Frauengesundheitsberichte weisen Männergesundheitsforscher auf die Defizite einer Berichterstattung über Männergesundheit hin und setzen sich für die Erstellung von Männergesundheitsberichten ein. Als ein Vorreiter in Deutschland ist Brähler von der Universität Leipzig zu nennen. Dieser hat mit Veröffentlichungen zu Themen wie „Weiblichkeit, Männlichkeit und Gesundheit“ oder „Mann und Medizin“ wesentlich dazu beigetragen, dass die Risiken für die Gesundheit von Männern stärker beachtet und erforscht wurden. Männergesundheitsberichte sollen auf spezifische Gesundheitsprobleme von Männern hinweisen, die sich durch körperliche, psychische und soziale Anforderungen des täglichen Lebens ergeben. In empirischen Studien werden besonders Belastungen der Arbeitswelt und gesundheitsriskante Verhaltensmuster als Gefährdungen der Männergesundheit erkannt (Merbach 2001).

1.1.3 Morbidität

Zwischen Frauen und Männer bestehen erhebliche Unterschiede in der Morbidität sowie in den Entstehungsprozessen von Erkrankungen und in den Krankheitsverläufen. So werden beispielsweise Autoimmunerkrankungen und rheumatische Erkrankungen häufiger bei Frauen diagnostiziert (Leinmüller 1999). Ebenso sind depressive Erkrankungen bei Frauen, besonders im Jugendalter, zwei- bis dreimal häufiger als bei gleichaltrigen Männern. Ess-Störungen wie Anorexia nervosa und Bulimie treten ebenfalls häufiger bei jungen Frauen als bei jungen Männern auf (Settertobulte 2002). Die höhere Lebenserwartung der Frauen macht unter anderem Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu einem gleichwertigen Problem von Männern und Frauen, wengleich das Risiko der Frauen im Vergleich zu Männern etwa 10 Jahre zeitverzögert signifikant zu steigen beginnt. So liegt der Altersmedian von Frauen, die an einem Herzinfarkt erkranken, nach dem Berliner Herzinfarktregister bei 74 Jahren, für Männer bei 62 Jahren. Frauen haben zudem schlechtere Überlebensraten bei kardiovaskulären Ereignissen (Milner et al. 1999).

Ein weiteres Beispiel stellen Malignome dar. In Europa werden 5 % der Krebssterblichkeit auf Adipositas zurückgeführt, dieser Anteil ist bei den Frauen höher als bei den Männern, 6,4 % versus 3,4 % (Bergström 2001). Eine Ursache für den höheren Anteil ist sicherlich, dass es mehr frauenspezifische Tumoren gibt, die mit Adipositas assoziiert sind, wie Brustkrebs und das Endometriumkarzinom. Männer haben ein beinahe doppelt so hohes Risiko, an Darmkrebs zu sterben, wie Frauen. Blasenkrebs kommt bei Männern 3–4-mal so häufig vor wie bei Frauen (Schmeiser-Rieder 1999). Im Alter stellen Frauen einen höheren Anteil der Demenzkranken dar. Dies ist allerdings nicht nur auf eine geschlechtsspezifisch andere Disposition, sondern auch auf die höhere Lebenserwartung und Wahrscheinlichkeit, mit zunehmendem Alter an einem dementiellen Syndrom zu erkranken, zurückzuführen (Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz 2003).

1.1.4. Mortalität

In europäischen Ländern zeigt sich bezüglich der geschlechtsspezifischen Unterschiede der Mortalitätsraten eine Übersterblichkeit der Männer in nahezu allen Altersgruppen. Zum einen ist die Säuglingssterblichkeit für männliche Neugeborene um den Faktor 1,3 höher. Zum anderen wird über einen höheren Anteil an vorzeitigen Sterbefällen bei Männern unter 65 Jahren berichtet. Im Jahr 2006 starben in Berlin 6.742 Personen im Alter von unter 65 Jahren. Das Verhältnis der Männer (4.503 Gestorbene) zu den Frauen (2.239) betrug 2:1 (Gesundheitsbericht 2006/2007).

Die vorzeitige Sterblichkeit wird im Gegensatz zur Sterblichkeit der über 65-Jährigen von nur wenigen Todesursachen dominiert. Die bei den unter 65-jährig Gestorbenen kodierte Todesursachen zählen etwa zur Hälfte zu den sogenannten „vermeidbaren Sterbefällen“. Und von denen sind wiederum etwa drei Viertel der registrierten auf das individuelle Gesundheitsverhalten zurückzuführen, wie z. B. auf Alkoholmissbrauch, Rauchen, Adipositas mit ihren Folgekrankheiten und Bewegungsinaktivität (Gesundheitsbericht 2006/2007).

Das Mortalitätsrisiko von Männern ist vor allem für folgende fünf Todesursachen stark erhöht: Krankheiten des Kreislaufsystems, des Atmungssystems und der Verdauungsorgane, bösartige Neubildungen sowie Verletzungen und Vergiftungen (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2006/2007). Bis zum Alter von 40 Jahren liegt ein Hauptgrund der männlichen Übersterblichkeit im höheren Risiko tödlicher Unfälle und höheren Selbsttötungsraten. Nach dem Alter von 40 Jahren wird die männliche Übersterblichkeit stark durch geschlechtsspezifische Unterschiede von Herz-Kreislaufkrankheiten verursacht. In der

Altersgruppe bis 65 Jahre sterben an den Folgen von Herz- und Kreislauferkrankungen etwa dreimal soviel Männer wie Frauen. Ab 65 Jahren nimmt der Anteil von Frauen dann stark zu (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2006).

Im Geschlechtsvergleich zeigt die Mortalitätsstatistik bei Männern unter 65 Jahren eine erhöhte Sterblichkeit an bösartigen Neubildungen. Die Zahl der Krebs-Neuerkrankungen hat im Zeitraum zwischen 1980 und 2006 bei Frauen um 35 Prozent, bei Männern dagegen um mehr als 80% Prozent zugenommen. Seit 1999 liegt die Zahl an Krebs-Neuerkrankungen bei Männern über derjenigen von Frauen (Robert-Koch-Institut 2010).

1.1.5 Erklärungsansätze für geschlechtsspezifische Aspekte von Krankheit und Gesundheit

Um die geschlechtsspezifischen Unterschiede bezüglich Gesundheit und Krankheit zu verstehen, wurde eine Reihe von Erklärungsansätzen entwickelt.

Biologisch-genetische Faktoren

Biologische Erklärungsansätze stützen sich auf die unterschiedliche hormonelle und immunologische Ausstattung von Frauen und Männern. So weisen Frauen - als Geschlecht, das Schwangerschaften und Geburten zu tragen hat - konstitutionelle und immunbiologische Vorteile auf. Frauen sind aufgrund hormonaler Unterschiede gegenüber kardiovaskulären Erkrankungen besser geschützt als Männer, und in Wohlstandsgesellschaften mit ausgebauter medizinischer Versorgung können solche immunbiologischen Unterschiede mit zu den signifikanten Mortalitätsunterschieden zwischen den Geschlechtern beitragen. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes Deutschland starben im Jahr 2008 fast 370.000 Menschen an Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Betrachtet man die Betroffenen unter 65 Jahren so sind Männer von einem Herzinfarkt häufiger betroffen als Frauen (Statistisches Bundesamt 2008). Generell sind Frauen bei der Erstmanifestation der koronaren Herzkrankheit im Vergleich zu Männern um ungefähr zehn Jahre älter, da Östrogene einen protektiven Effekt auf das arterielle Gefäßsystem und die Endothelfunktion haben. Nach dem 60. Lebensjahr – das heißt nach der Menopause – ist in der Regel der protektive Effekt der Östrogene nicht mehr gegeben, und Frauen haben dasselbe Risiko wie Männer, eine Herz-Kreislauf-Erkrankung zu bekommen. Frauen, die allerdings vor dem 60. Lebensjahr einen Myokardinfarkt erleiden, haben im Vergleich zu Männern ein höheres Mortalitätsrisiko (Strametz-Juranek 2009). Auch genetische Faktoren spielen eine Rolle. das Vorhandensein nur eines X-Chromosoms macht Knaben anfälliger für auf dem X-Chromosom

rezessiv vererbte Krankheiten (z.B. die Bluterkrankheit). In jüngster Zeit konnte auch eine chromosomengebundene Krebsanfälligkeit nachgewiesen werden. Dagegen werden beispielsweise Autoimmunerkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis häufiger bei Frauen diagnostiziert (Raspe 1995).

Körper und Symptomwahrnehmung

Wahrnehmungen und Interpretationen von Symptomen führen zu Verhaltensentscheidungen wie Abwarten, Selbstbehandlung, informelle Inanspruchnahme von Hilfssystemen und/oder Suche nach professioneller Hilfe. Es bestehen deutliche Geschlechtsunterschiede in der Körperwahrnehmung, in der präventiven Inanspruchnahme sowie der Krankheitsbewältigung (Hurrelmann 2000, Franzkowiak 2003).

Frauen berichten häufiger über zahlreichere und schwerwiegendere Symptome als Männer. Zudem nehmen Frauen medizinische Einrichtungen häufiger in Anspruch und konsumieren mehr Medikamente (Ladwig et al. 2000). Das wird dadurch begründet, dass Frauen aufgrund ihrer biologischen Zyklen und hormonellen Schwankungen (Menstruation, Schwangerschaft, Stillzeit und Menopause) in der Regel eine bessere Körperwahrnehmung entwickeln. Die geringere Bereitschaft von Männern, über Beschwerden zu sprechen und ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, wird mit der Unvereinbarkeit von Krankenrolle und männlichem Selbstbild erklärt (Sieverding 1998, Kolip 1998, Etschmaier 2007).

Geschlechterrolle und Gesundheit

Geschlechterrollen gelten als wesentlich verantwortlich für Geschlechtsunterschiede in gesundheitsrelevantem Verhalten.

Sie können sich direkt auf gesundheitsrelevantes Verhalten, z.B. gesundheitliches Risikoverhalten wie Rauchen oder Alkoholkonsum auswirken, und zwar insbesondere dann, wenn es klare geschlechtsabhängige „Gebote“ oder „Verbote“ gibt (Waldron 1988).

Im Zeitraum von 2001 bis 2005 starben beispielsweise rund 3.000 unter 65-jährige Berlinerinnen (2.800 deutscher und 200 ausländischer Staatsangehörigkeit) an den Folgen von Alkoholabhängigkeit und nikotinassoziierten Krankheiten. Bei den Männern waren sogar 7.300 deutsche und 500 ausländische Todesopfer zu beklagen (Gesundheitsberichterstattung Berlin; Basisbericht 2006/2007). Indirekt wirken Geschlechterrollen, indem sie durch Prozesse der Sozialisation, Erziehung und sozialen Interaktion die Entwicklung von individuellen Merkmalen wie

Persönlichkeitsmerkmalen, Geschlechtsrollen-Selbstkonzept und gesundheitsrelevanten Selbsteinschätzungen (Gesundheits-Selbstkonzept) bei Männern und Frauen beeinflussen. Diese individuellen Merkmale wiederum können sich über verschiedene vermittelnde Pfade auf die Gesundheit auswirken. Ein Pfad führt über gesundheitsrelevantes Verhalten (Risikoverhalten, Coping, gesundheitsförderndes Verhalten), ein anderer über emotionale und physiologische Stressreaktivität (Kohlmann 1997).

In unserer Gesellschaft definieren Männer das Maß, was wichtig und bedeutsam ist, da diese über mehr Macht (in beruflichen, politischen Funktionen) verfügen als die Frauen. Frauen stellen daraufhin seit Jahrhunderten die Abweichung von der Norm dar (Alfermann 1999). Studien zeigen, dass die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes nach geschlechtsspezifischen Stereotypen variiert. So schätzen Mädchen ihren Gesundheitszustand häufig schlechter ein als Jungen, obwohl die subjektive Einschätzung nicht unbedingt objektiven Tatsachen entspricht (Alfermann 1999).

Gesundheits- und Krankheitsverhalten

Ernährung: Das Ernährungsverhalten spielt eine wichtige Rolle für die Gesundheit. Dabei geht es nicht nur um zu wenig oder zu viel Nahrungsaufnahme, sondern auch um unterschiedliche Ernährungsstile. Ein Ernährungsbericht der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) zeigt, dass Frauen deutlich häufiger zu Obst und Gemüse greifen. Männer bevorzugen dagegen Fleisch, Wurst und Alkohol (Deutsche Gesellschaft für Ernährung 2008). Laut der Nationalen Verzehrstudie II (NVS II) sind etwa 68 % der Männer und 50 % der Frauen zwischen 18 und 80 Jahren übergewichtig, davon 21 % bzw. 20 % adipös. Im Vergleich dazu ist Untergewicht (BMI < 18,5) mit 0,7 % bei den Männern und 1,9 % bei Frauen wenig verbreitet. Die Daten des Mikrozensus liefern ähnliche Ergebnisse. Danach sind Männer im Alter von 18 bis 90 Jahren zu ca. 58 % und Frauen zu etwa 42 % übergewichtig, 14 % bzw. 13 % waren adipös. Untergewichtig waren 1 % der Männer sowie 4 % der Frauen (Deutsche Gesellschaft für Ernährung 2008).

Professionelle Hilfe: Frauen lassen sich eher in allen Lebensfragen helfen und haben deshalb auch weniger Probleme, sich einem Arzt anzuvertrauen oder einer Selbsthilfegruppe anzuschließen, in der sie meist ausschließlich auf Frauen treffen. Männer neigen eher dazu, ihre Gesundheit zu vernachlässigen, Krankheitssymptome zu ignorieren und Arztbesuche zu vermeiden. Wie Zahlen aus Deutschland belegen, gibt es große Unterschiede zwischen Männern und Frauen in der Kenntnis und Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen: Frauen

wissen viel besser Bescheid über ihren Anspruch auf regelmäßige Früherkennungsuntersuchungen und nehmen auch wesentlich häufiger an einer solchen Maßnahme teil. (Brähler et al. 2001, Zok 2007).

Bewegung: Männer bleiben in der Regel länger sportlich aktiv als Frauen und pflegen damit eine der wichtigsten Methoden um gesund zu bleiben. Allerdings ist Sport nicht automatisch gesund und vor allem Männer neigen im Bewegungsbereich zu Extremen, entweder zu einem stark leistungsorientierten oder riskanten Sport oder zu Bewegungsmangel in der Freizeit. Männer tendieren vor allem dazu, sportliche Aktivitäten stark unter Leistungsaspekten zu betreiben und dabei geraten dann gesundheitliche Belange oft in den Hintergrund (Altgeld 2004).

1.1.6. Geschlechtsspezifische Inanspruchnahme von Gesundheitssystemen

In den Berliner Krankenhäuser wurden für den Zeitraum von 2000-2004 jährlich etwa 604.000 Behandlungsfälle registriert. Der Anteil der weiblichen Krankenhauspatienten lag bei rund 56 %. Im genannten Zeitraum ging die Behandlungszahl bei den Frauen um knapp 5 % zurück, während sie bei den Männern leicht anstieg. Da Frauen in den höheren Altersklassen einen zahlenmäßig viel größeren Anteil des Patientenguts ausmachen, werden für ihre Behandlung täglich rund 1800 Betten mehr benötigt als für die Behandlung der Männer. Dennoch ging die Zahl der durchschnittlich mit Frauen belegten Berliner Klinikbetten um ein Drittel und damit deutlich stärker als bei den Männern (minus 26 %) zurück. Männer befinden sich - mit Ausnahme von Frauen im gebärfähigen Alter und über 95 Jahre alten Frauen - in allen Altersgruppen wesentlich häufiger in stationärer Behandlung. Krankheiten des Kreislaufsystems sind bei Berlinerinnen und Berlinern der häufigste Einweisungsgrund in ein Krankenhaus. Nahezu jeder fünfte männliche und jeder achte weibliche Patient befindet sich wegen derartigen Krankheiten in stationärer Behandlung. An zweiter Stelle rangieren bei den Frauen schwangerschaftsbedingte Krankenhausaufenthalte, gefolgt von Krankheiten des Verdauungssystems. Bei den Männer stellen nach den Herz-Kreislaufkrankheiten, Krankheiten der Verdauungsorgane und bösartige Neubildungen die häufigsten Behandlungsgründe dar (Gesundheitsberichterstattung Berlin 2006).

1.2 Migration und Gesundheit

Der Begriff der Migration steht in Anlehnung an das lateinische Wort „migrare bzw. migratio“ und bedeutet wandern, wegziehen, Wanderung. Migrationsbewegungen entstehen aus gesellschaftlichen sowie individuellen Ursachen heraus. Dabei haben Auswanderer kulturelle, politische, wirtschaftliche, religiöse, ökologische, ethnische oder soziale Motive.

Die Umschreibung „Menschen mit Migrationshintergrund“ fasst Migranten und ihre Nachkommen unabhängig von der tatsächlichen Staatsbürgerschaft zusammen, also „...alle nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Zugewanderten, sowie alle in Deutschland geborenen Ausländer und alle in Deutschland als Deutsche Geborenen mit zumindest einem nach 1949 zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil.“ (Statistisches Bundesamt 2008). Somit gehören auch Spätaussiedler und deren Kinder zu den Personen mit Migrationshintergrund.

Nach Max Weber (1972) ist „Ethnizität“ ein Konzept einer Gruppe von Menschen, welche sich durch den Glauben an gemeinsame Abstammung und Kultur konstituiert und so eine homogene Gruppenidentität bildet. Dabei werden gewisse kulturelle Elemente wie Sprache, Kleidung, Brauchtum und Religion als auch nach außen sichtbare Abgrenzungszeichen verwandt.

1.2.1 Migration

In Deutschland leben rund 15,3 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund. Nach den vom Statistischen Bundesamt in Wiesbaden im Jahr 2009 veröffentlichten Daten sind von den Migranten und ihren Nachkommen mit 6,7 Millionen jedoch nur knapp die Hälfte „Ausländer“, weil die anderen 8,6 Millionen mittlerweile eingebürgert wurden. Insgesamt beträgt der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund an der Gesamtbevölkerung 18,6 Prozent. Das Mikrozensus 2005 ergab, dass der Anteil der Personen mit Migrationshintergrund in Großstädten besonders hoch ist. Er beträgt beispielsweise in Stuttgart 40 Prozent, in Frankfurt am Main 39,5 Prozent und in Nürnberg 37 Prozent. In Berlin lebten im Jahr 2006 ca. 460.000 Menschen ohne deutschen Pass (14 % der Gesamtbevölkerung) aus mindestens 180 verschiedenen Ländern. Hinzu kommen noch zahlreiche Zugewanderte bzw. deren Familien, die die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen, unter ihnen mehrere Tausend Aussiedler und Aussiedlerinnen aus Osteuropa oder Zentralasien. Die Verteilung der ausländischen Bevölkerung auf die verschiedenen Bezirke ist sehr unterschiedlich. Während in den Bezirken Mitte (27,7%), Friedrichshain-Kreuzberg (22,5%), Neukölln (21,8%), Charlottenburg-Wilmersdorf (16,9%) und

Tempelhof-Schöneberg (15,1%) überdurchschnittlich viele ausländische Staatsangehörige leben, sind in den Bezirken Pankow (6,5%), Treptow-Köpenick (3,5 %) und Marzahn-Hellersdorf (3,6%) eine unterdurchschnittliche Anzahl gemeldet (Gesundheitsbericht 2006/2007).

Fast drei Viertel aller zugezogenen Personen (72,6%) stammen aus Europa. Die wichtigsten Herkunftsländer sind die Türkei, Russland, Polen und Italien, Rumänien, Serbien und Montenegro, Bosnien und Herzegowina sowie Griechenland (Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge 2008). Dabei ist zu beachten, dass sowohl die Türkei als auch die Russische Föderation in den amtlichen Statistiken als Ganzes zu Europa zählen.

Der Experte für Migrations- und Bevölkerungsentwicklung Münz (2005) gibt einen Überblick über die europäischen Migrationsbewegungen und stellt bezüglich der letzten Dekaden fest:

„Bis in die 1950er Jahre überwog in Europa die Auswanderung. Daneben gab es eine ausgeprägte Binnenwanderung zwischen einzelnen Regionen und Staaten, aber auch eine Reihe von Vertreibungen und Deportationen. Seit 1950 spielen koloniale Rückwanderung und postkoloniale Zuwanderung, Arbeitskräftemigration und Familiennachzug, Flucht, Asyl und ethnisch privilegierte Zuwanderung sowie Elitenwanderung und Altersmigration quantitativ eine größere Rolle. Heute haben die meisten Staaten Europas eine positive Wanderungsbilanz. In fast der Hälfte aller Staaten gibt es bereits mehr Sterbefälle als Geburten, wodurch die zukünftige Bevölkerungsentwicklung immer stärker vom Ausmaß internationaler Zuwanderung abhängt.“ (Münz 2005)

Zur Messung des Migrantenanteils in der Bevölkerung sind Daten zu Ausländern nach Nationalität nur bedingt tauglich. (Spät-) Aussiedler werden auf diese Weise nicht erfasst. Diese Gruppe und beispielsweise auch die Kinder der sogenannten ersten und zweiten Migrantengeneration haben größtenteils bereits die deutsche Staatsangehörigkeit und sind damit in den amtlichen Statistiken nicht von den “ortsansässigen“ Deutschen zu unterscheiden. Zudem werden auch illegal im Bundesgebiet lebende Ausländer nicht von der amtlichen Statistik erfasst. Dies erschwert die Einbeziehung von Migranten in Studien insgesamt erheblich.

1.2.2. Gesundheitliche Lage und Versorgung von Migranten

Die Gruppe der Migranten und Personen mit Migrationshintergrund ist in sich sehr heterogen. Migration findet aus den unterschiedlichsten Herkunftsregionen und Beweggründen statt.

Zur Erklärung von Gesundheit und Krankheit im Migrationsprozess müssen neben den individuellen Ressourcen, Zukunftsperspektiven, Migrationsmotivationen auch soziokulturelle und ethnische Unterschiede berücksichtigt werden.

Migration kann zum einen für das Individuum ein Akt der Befreiung aus einer repressiven und auswegslosen Lebenssituation sein. Schlechte Lebensbedingungen, Gewalt und kriegerische Auseinandersetzungen, Umweltprobleme, mangelnde wirtschaftliche Perspektiven und die wachsende Kluft zwischen armen und reichen Ländern tragen dazu bei (Geis 2005). Zum anderen ist mit der Aufgabe der Heimat, der Familie und des vertrauten Umfeldes ein Verlusterlebnis verbunden.

Migration, insbesondere eine erzwungene, ist in vielen Fällen mit einem Statusverlust verbunden, was zu gesundheitlichen Risiken führt, wie z.B. besondere Belastungen am Arbeitsplatz wie Schichtarbeit oder schwere körperliche Tätigkeiten (Bollini u. Siem 1995), Arbeitslosigkeit oder eine hohe Prävalenz von Risikofaktoren, wie das Rauchen (Porsch-Oezcueruemez 1999). Aus einem niedrigen sozioökonomischen Status und wegen des Migrationshintergrundes können sich spezifische Gesundheitsrisiken ergeben. Dennoch sind Migranten nicht zwangsläufig häufiger krank als Einheimische. Die Sterblichkeit von Migranten der sogenannten ersten Generation ist niedriger als die von Deutschen gleichen Alters und Geschlechts (Razum 2007). Die niedrigere Sterblichkeit der Migranten relativ zur Allgemeinbevölkerung des Zuwanderungslandes kann in bestimmten Altersgruppen bis zu 50% betragen (Razum 2006, Razum u. Twardella 2002). Dieser „Migrationsvorteil“ der Migranten wird in der Literatur als „Healthy-migrant-Effekt“ bezeichnet.

Migration kann einen Einfluss haben, sowohl auf das Risiko zu erkranken als auch auf die Chance, eine adäquate Therapie zu erhalten. Spezifische Risiken für Migranten können sich aus dem Minoritätsstatus ergeben, aus einem, verglichen mit der Allgemeinbevölkerung, schlechteren Zugang zur Gesundheitsversorgung sowie aus möglichen psychosozialen Belastungen der Migration. Beispiele hierfür sind Familientrennungen, Verfolgung oder Folterung im Herkunftsland, unklare rechtliche Rahmenbedingungen des Aufenthaltes, wie beispielsweise drohende Abschiebung, unfreiwillige Unterbringung in Sammelunterkünfte (Rittstieg 1998) und die Konfrontation mit Rassismus (Junghanss 1998).

Angesichts der erwähnten Aspekte darf ein praxisrelevantes Erklärungsmodell seinen Schwerpunkt nicht nur auf Faktoren legen, die einen schlechteren Gesundheitszustand bedingen, sondern muss auch migrantenspezifische gesundheitliche Ressourcen und protektive Faktoren beinhalten.

Morbidität

Das Krankheitsspektrum der Menschen mit Migrationshintergrund ähnelt in Deutschland weitgehend dem der nicht migrierten Mehrheitsbevölkerung (mit Ausnahme einiger seltener erblicher Stoffwechselerkrankungen und Infektionskrankheiten bei einigen Migrantengruppen). Bestimmte Gesundheitsrisiken treten bei Migranten aber häufiger auf oder führen zu stärker ausgeprägten Krankheitsbildern. Daraus ergibt sich für viele Erkrankungen eine andere Häufigkeitsverteilung als in der nicht migrierten Mehrheitsbevölkerung.

Viele Migranten kommen aus ärmeren Herkunftsländern oder einer ungünstigen sozioökonomischen Lage in ihrem Herkunftsland. Sie können daher im Vergleich zur Bevölkerung des Ziellandes der Migration eine erhöhte Krankheitshäufigkeit (Prävalenz) von im Herkunftsland häufigen Infektionskrankheiten aufweisen. Zum Zeitpunkt der Zuwanderung spiegeln übertragbare Erkrankungen bei Migranten daher das Gesundheits- und Krankheitsspektrum im Herkunftsland wider. So haben beispielsweise Zuwanderer aus sogenannten Hochprävalenzländern, vornehmlich afrikanischen Ländern südlich der Sahara, eine höhere HIV-Prävalenz als die Mehrheitsbevölkerung in Deutschland. Ausländische Staatsangehörige haben mit 24,4 neuen Tuberkulose-Fällen je 100.000 Einwohner und Jahr eine mehr als 5-mal so hohe Inzidenz wie Deutsche. Die Fälle treten auch in deutlich jüngerem Alter auf (medianes Alter der Tuberkulosepatienten 34 Jahre vs. 56 Jahre) (Gesundheitsberichterstattung 2008).

Auf der anderen Seite kann ein Aufwachsen unter hygienisch weniger günstigen Bedingungen mit einer geringeren Prävalenz von allergischen Erkrankungen verbunden sein. Tatsächlich sind Kinder mit Migrationshintergrund im Alter unter 18 Jahren weniger stark von Allergien betroffen als Kinder ohne Migrationshintergrund (27,4 % vs. 40,4 %) (WHO Kinder- und Jugendgesundheitsstudie, KiGGS 2003-2006). Auch die Frage des Übergewichts bei Kindern gewinnt zunehmend an Aufmerksamkeit. Übergewicht kommt laut dem KiGGS bei Kindern mit Migrationshintergrund im Alter von 3-17 Jahren häufiger vor als bei gleichaltrigen Kindern aus der nicht migrierten Mehrheitsbevölkerung (19,5 % vs. 14,1 %).

Deskriptive Studien über türkeistämmige Migranten in Deutschland sowie (Spät-)Aussiedler aus der ehemaligen UdSSR zeigen im Vergleich zur deutschen Bevölkerung insgesamt eher niedrigere Krebsrisiken, die mit der Zeit und mit steigender Aufenthaltsdauer in Deutschland ansteigen. Für einzelne Krebsarten wie Magenkrebs sind die Risiken unter den Migranten teilweise erhöht. Dies erklärt sich aus ungünstigeren hygienischen Bedingungen in der Kindheit; sie fördern die Übertragung des „Magenkeims“ *Helicobacter pylori*, der im späteren Leben

Magenkrebs hervorrufen kann. Bei Brustkrebs dagegen haben türkeistämmige Frauen und Aussiedlerinnen eine niedrigere Inzidenz und Sterblichkeit als deutsche Frauen (Statistisches Bundesamt, Krebsregister). Infolge spezifischer Belastungen sind Migranten/innen durchschnittlich zehn Jahre eher von chronischen Erkrankungen betroffen, fühlen sich erschöpft und ausgebrannt und stellen demzufolge auch früher einen Antrag auf Frühberentung. Bereits im Alter zwischen 40 und 50 Jahren sind Migranten/innen überproportional häufig von Invalidität betroffen (Bilgin 1999).

Untersuchungen von Flüchtlingen und Asylbewerber/innen berichten über häufige Atemwegs- und Magen-Darm-Erkrankungen, Verletzungen, Schmerzsyndrome und psycho-vegetative Beschwerdebilder wie Unwohlsein, Depressionen, Schlafstörungen, Sinnlosigkeitsempfinden und Gefühle der Resignation (Blöchliger et al. 1998). Diese Symptome werden insbesondere von Flüchtlingen berichtet, die sich aufgrund von posttraumatischen Belastungsstörungen infolge von Flucht, Folter und Gewalt in Behandlung befinden. Weiterhin wird besonders bei Flüchtlingen und Asylbewerber/innen von einer höheren Prävalenz der Tuberkulose berichtet (Bundesbeauftragte für Ausländerfragen 2000). Bei Arbeitsmigranten/innen verkehrt sich diesen Untersuchungen zufolge der anfänglich sehr gute Gesundheitszustand, der durch die obligaten Auswahluntersuchungen festgestellt und dokumentiert wurde, im Laufe der Jahre eher in das Gegenteil. Arbeitsmigranten/innen haben durch die gesundheitlichen Risiken und Belastungen im Aufnahmeland besonders im Alter einen schlechteren Gesundheitsstatus als die autochthone Bevölkerung. Auch bei anderen Migrantengruppen scheint der „healthy-migrant-effect“ mit der Dauer des Aufenthalts im Aufnahmeland an Bedeutung zu verlieren (Lechner und Mielck 1998).

1.2.3. Zugang und Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen

Arbeitsmigranten/innen und (Spät-) Aussiedler/innen sind im System der sozialen Sicherung und der Gesundheitsversorgung der deutschen Bevölkerung gleichgestellt und besitzen formal einen uneingeschränkten Zugang zum Gesundheitssystem. Flüchtlingen im Asylverfahren und Bürgerkriegsflüchtlingen wird hingegen lediglich eine eingeschränkte Gesundheitsversorgung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz bei Notfällen, bei Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Geburt und zur Vorsorge bei Kindern gewährt (§ 4 AsylbLG).

Für Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus ist bis auf eine Notfallversorgung kein Zugang zum Gesundheitssystem vorgesehen. Ihnen bleibt die privatärztliche Behandlung, was angesichts der ökonomischen Situation der meisten illegalisierten Migranten/innen einen Ausschluss aus dem Versorgungssystem bedeutet. Neben der formal rechtlichen Zugangsberechtigung bestehen

im überwiegend monokulturell ausgerichteten deutschen Gesundheitssystem für Migranten/innen erhebliche Zugangsbarrieren. Migranten haben aus systemischen und individuellen Gründen oftmals einen schlechteren Zugang zur Gesundheitsversorgung als die Mehrheitsbevölkerung. In Deutschland wird eine niedrigere Durchimpfungsrate bei Kindern von Migranten beobachtet (Mashkooi 1998). Auch die Müttersterblichkeit, ein empfindlicher Indikator für den Zugang zur geburtshilflichen wie auch der allgemeinen medizinischen Versorgung, ist trotz eines deutlichen Rückgangs bei ausländischen Frauen immer noch signifikant erhöht (Razum u. Jahn 1999). Im kurativen Sektor scheint der Zugang hingegen besser zu sein, aber oft auf nicht optimalen Versorgungswegen zu verlaufen, was z.B. die starke Nutzung von Notfallambulanzen zeigt (David et al. 1998).

Die Zugangsbarrieren lassen sich wahrscheinlich vor allem auf vier Ursachenkomplexe zurückführen: Kommunikationsprobleme, differierende Krankheitskonzepte, unterschiedliche Symptom- und Schmerzwahrnehmungen und im Zusammenhang mit der Migration gemachte Erfahrungen.

1. Kommunikationsschwierigkeiten

Viele Migranten verfügen über unzureichende Deutschkenntnisse, was auch die Verständigung im Gesundheitsbereich außerordentlich erschwert (Wössmer 2005, Riecken 2001, Woellert 2009). Nach dem Beschluss der 72. Gesundheitsministerkonferenz von 1999 muss die ärztliche Aufklärung und Beratung auch für Patienten, die die deutsche Sprache nicht ausreichend beherrschen, mit der „...bei deutschsprachigen Personen üblichen Sorgfalt erfolgen und sichergestellt werden...“ (Richter 2001). Jedoch existieren in der Praxis statt klarer Regelungen eher vage Konzepte für die sprachliche Vermittlung eines Aufklärungsgesprächs. Mehrere Studien, wie z.B. die „Analyse der Versorgungssituation gynäkologisch erkrankter Frauen deutscher und türkischer Herkunft im Krankenhaus“ (Borde und David 2000) zeigten, dass bis zu 50% der Migranten und Migrantinnen während ihres Klinikaufenthaltes auf Dolmetscher angewiesen sind. Nur selten wurde ein professioneller Dolmetscher eingesetzt. Meist übersetzten Familienangehörige oder das Klinikpersonal. Diese sind jedoch häufig aufgrund fehlender psychologischer und medizinischer Kompetenzen nicht ausreichend in der Lage, die Bedarfslücke zu schließen. Auf die Notwendigkeit des systematischen Einsatzes professioneller Dolmetscher verweisen weitere zahlreiche Publikationen (David et al. 2007, Feldman 2006, Haasen et al. 2007, Koopmans u. Foets 2007, Schouler-Ocak 2007).

Zudem fehlen in Gesundheitseinrichtungen Hinweise auf angebotene Leistungen in den Sprachen der Migranten, auch visuelle Kommunikationshilfen sind äußerst selten.

2. Krankheitskonzepte

Subjektive Krankheitskonzepte stellen die Gesamtheit der individuellen Vorstellungen dar, die sich Personen über Krankheit (und Gesundheit) im Allgemeinen und die eigene Krankheit (und Gesundheit) sowie die nahestehender Personen im Speziellen entwerfen (Dreher 1999; Christeiner 1999). Sie umfassen Körpervorstellungen und das Erleben des eigenen Körpers, was die Wahrnehmung somatischer oder psychischer Veränderungen sowie Schemata zur Symptominterpretation einbezieht. Entsprechend können Veränderungen abhängig vom Krankheitskonzept als bedeutungslose Ereignisse oder als krankheitsrelevantes Symptom eingeschätzt werden (Robbins et al. 1991; van Wijk et al. 1997). Einschätzungen zu Dauer und zum Verlauf einer Krankheit sowie Abschätzungen der Konsequenzen durch die Krankheitsschwere und deren Bedrohlichkeit sind weitere Aspekte subjektiver Krankheitskonzepte (Bischoff et al. 1989; David et al. 2001; Kirmayer et al. 1994; Robbins et al. 1991). Die unterschiedlichen Wahrnehmungen beeinflussen Erleben, Erwartungen und Prognosen und dienen der Orientierung und der Handlungssteuerung. Eine wichtige Rolle spielen subjektive Konzepte bei individuellen Erklärungsprozessen (Dreher et al. 1999).

Migranten haben oft im Vergleich zu Deutschen eine andere Vorstellung von Krankheit und Gesundheit. Sie haben eine eher ganzheitliche Auffassung von Körper, Symptomatik und Krankheit. Eine lokalisierte Erkrankung, die nicht die gesamte leiblich-seelische und soziale Befindlichkeit des Betroffenen in Mitleidenschaft zieht, ist unvorstellbar. In diesem Sinne müssen Angaben ausländischer Mütter, wie „Mein Kind ist alles krank“, oder „Mein Kind ist ganz krank“, gewertet werden (Yildirim-Fahlbusch 2003).

Diese Auffassung kann zu dramatischen, körpernahen und schmerzbetonten Krankheitsbildern führen, die im Medizinsystem oft auf Unverständnis stoßen (Greifeld 1995). Während bei bestimmten Migranten eine Vielzahl externaler Krankheitsannahmen aus religiösen und sozioökonomischen Bereich im Vordergrund stehen, attribuieren Deutsche ihre Krankheit stärker auf familiäre Konflikte und legale Drogen, wie Alkohol oder Zigaretten (Franz 2007). Weiterhin zeigen Migranten eher ein pessimistisches Muster von Annahmen über Verlauf und Konsequenzen der Erkrankungen. So haben sie beispielsweise häufiger ein sehr „chronisches“ Bild vom Verlauf ihrer Erkrankung. Dies könnte der Grund dafür sein, dass Migranten oft schlechtere Behandlungsergebnisse, eine stärkere Chronifizierung und zu Beginn der Behandlung stärkere Symptomenbelastung aufweisen (Schwab 1987, Glier u. Tiez 2001). Als persönliche Einflussmöglichkeiten nennen Migranten häufiger die Inanspruchnahme professioneller Hilfe, Deutsche hingegen Sport, Entspannung und Gespräche. Ersteres dürfte jedoch eher eine gewisse Passivität und Übertragung der persönlichen Verantwortlichkeit für die

Krankheit auf die dafür zuständigen Experten widerspiegeln als eine adäquate Inanspruchnahme, denn es werden beispielsweise beratende Gespräche von Migranten als weniger wirksam eingeschätzt als medikamentöse Behandlung, was häufig in einer „Übermedikamentalisierung“ resultiert (Glier u. Tiez 2001).

3. Symptom- und Schmerzwahrnehmung

Die mit der Migration verbundene Umbruchphase bedeutet eine erhöhte Vulnerabilität, die für psychische und psychosomatische Dekompensationen prädisponiert. Die von Migranten häufig geäußerten Beschwerden können als psychosomatische Symptome gedeutet werden: nervöse Unruhe, Kopfschmerzen, Nacken- und Rückenschmerzen sowie Erschöpfungszustände (Yildirim-Fahlbusch 2003). Dennoch werden nervenärztliche und psychiatrische Einrichtungen wenig in Anspruch genommen (Hofmeister 2007). Das liegt in der Ablehnung nichtsomatischer Erkrankungen (Yildirim-Fahlbusch 2003).

In diesem Zusammenhang muss auch auf die Thematik Schmerz und Ethnizität eingegangen werden, da sowohl die Schmerzdeutung als auch der Schmerzausdruck soziokulturell bedingt sind. Vergleichende Studien zu ethnisch-kulturellen Aspekten von Schmerzen in verschiedenen Bevölkerungsgruppen weisen häufig deutliche kulturelle Unterschiede auf (Kavuk 2006, Edwards 2001). Bei der Untersuchung von Schmerz und Ethnizität an drei internistisch/gynäkologischen Rettungswachen in Berlin ließen sich bei der Stärke der Schmerzen in der Altersgruppe der Frauen über 50 Jahre signifikante Unterschiede feststellen. Migrantinnen wählten eindeutig höhere Werte auf der Skala, um die Stärke ihrer Schmerzen zu charakterisieren als deutsche Patientinnen. Auch bei der Schmerzlokalisierung gaben Patientinnen mit Migrationshintergrund deutlich mehr Schmerzregionen an als deutsche Patientinnen (David et al. 2004). In anderen Studien wurde belegt, dass zwar die Schwelle, an der ein Reiz Schmerzempfinden auslöst, universell ist, dass die Schmerztoleranz aber vom soziokulturellen Hintergrund entscheidend geprägt wird (Larbig 1999).

4. Migrationserfahrungen als Ressource

Es wäre aber eine einseitige Sichtweise, Migranten und Flüchtlinge ausschließlich als besonders hilfsbedürftige Gruppe zu sehen, die sozial schwach und krankheitsanfällig ist. Familie oder ethnische Gemeinschaft können als Ressourcen gesehen werden, die unter Umständen eine positive Wirkung auf die Gesundheit haben (Razum u. Zeeb 1998). Eine starke ethnische Orientierung kann zwar die Integration auf sprachlicher und sozioökonomischer Ebene

verzögern, sie kann aber auch ein wertvolles Kapital für eine längerfristig erfolgreiche Integration darstellen.

Darüber hinaus wurden auch stresstheoretische Ansätze nach Lazarus mit Modellen von Bewältigungsstrategien (*coping*) und sozialer Unterstützung (*social support*) zur Begründung von unterschiedlichem Gesundheits- und Krankheitsverhalten bei Migranten/innen herangezogen (Lazarus u. Folkman 1984). Die durch den Migrations- oder auch Akkulturationsstress notwendige Anpassungsleistung verursacht demnach ein unterschiedliches Gesundheits- und Krankheitsverhalten. Neben den defizitären, gesundheitsschädigenden Umständen und Einflüssen werden auch protektive Fähigkeiten und Ressourcen durch die Migration erkannt. Migration erfordert eine hohe Belastbarkeit und Flexibilität, wodurch erfolgreiche Copingstrategien erlernt werden können. Diese spezifischen Ressourcen der Migranten sollten durch das Gesundheitssystem und insbesondere die behandelnden Ärzte aktiv gefördert und genutzt werden. Dies setzt voraus, dass sich die Akteure der Gesundheitsversorgung über die besondere Situation der Migranten informieren und lernen, kontext- und fallbezogen damit umzugehen.

5. Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen

Nach den Daten des Sozioökonomischen Panels suchen Migranten/innen im Alter über 40 Jahren im Vergleich mit der gleichaltrigen deutschen Bevölkerung häufiger Ärzte/innen auf, während bei jüngeren Männern und Frauen keine Unterschiede zwischen Migranten/innen und Deutschen festzustellen sind. Wie bei der deutschen Bevölkerung zeigt sich, dass Frauen unabhängig vom Alter häufiger einen Arzt aufsuchen (Weilandt et al. 2000). Doch auch die Art der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems unterscheidet sich. Grottian stellte in Interviews mit türkisch Frauen in Berlin in den 1980er Jahren fest, dass die Frauen häufig Allgemeinärzte/innen aufsuchten und sich seltener an Fachärzte/innen wandten. Sie waren einerseits von den technischen Möglichkeiten der westlichen Medizin und des vermeintlich kostenlosen Zugangs beeindruckt, andererseits fühlten sie sich von den Behandelnden oft missverstanden und wechselten daher häufiger die behandelnden Ärzte/innen (Grottian 1991). Trotz häufig auftretender psychosomatischer Beschwerden und depressiver Symptomatik werden seltener psychosomatische oder psychiatrische Fachärzte/innen aufgesucht (Toker u. Schepker 1997). In einer Studie zur ambulanten Versorgung von Migranten/innen in Berlin-Kreuzberg suchten Migranten/innen doppelt so häufig Ärzte/innen nicht-deutscher Herkunft auf. Hierbei entsprach die Herkunft der Ärzte/innen in den meisten Fällen auch der Herkunft der Patienten/innen (Wagner u. Marreel 2000). Vieles deutet darauf hin, dass neben dem Kommunikations- und

Informationsdefizit auch der im Herkunftsland erlernte Umgang mit dem Gesundheitssystem das Inanspruchnahmeverhalten von Gesundheitseinrichtungen stark beeinflusst (Kelaher et al. 1999; Ivanov u. Buck 2002). So wird berichtet, dass in bedrohlich empfundenen Situationen das Krankenhaus und nicht der niedergelassene Arzt aufgesucht wird (Grottian 1991). In den Krankenhäuser werden besonders häufig gynäkologische und pädiatrische Abteilungen, aber auch Hals-Nasen-Ohren, Innere Medizin und Chirurgie von Migranten/innen in Anspruch genommen (Akbal 2000). In der internationalen Literatur wird wiederholt darauf hingewiesen, dass eine mangelhafte ambulante Betreuung und fehlende Anbindung an Hausärzte/innen bei allen Bevölkerungsgruppen zu einer höheren Inanspruchnahme von Krankenhäusern führt.

1.2.4 Methodische Schwierigkeiten

Trotz des wachsenden Bevölkerungsanteils von Zuwanderern in Deutschland gibt es bisher nur wenige epidemiologische Erkenntnisse über den Gesundheitszustand dieser Gruppe. Einzelne Untersuchungen zu gesundheitlichen Fragen sind insbesondere unter Personen türkischer Herkunft durchgeführt worden. In Nordrhein-Westfalen wurde im Jahr 2000 erstmalig ein Gesundheitsbericht zur Gesundheit von Zuwanderern vorgelegt (Weilandt et al. 2000). Das Problem ist die häufig niedrige Beteiligung von Migranten in den Studien, sodass repräsentative Aussagen für einzelne Migrantengruppen nur schwer möglich sind. Allerdings dürfen die methodischen Schwierigkeiten bei der Einbeziehung von Migranten/innen in gesundheitswissenschaftliche Forschungen nicht unterschätzt werden. Sprachschwierigkeiten und andere kulturelle Barrieren erschweren die Datenerhebung, was häufig zu einer mangelnden Bereitschaft von Forschern führt, Migrantengruppen in ihre Arbeit einzubeziehen. Bei der Erhebung gesundheitsbezogener Daten mittels Fragebögen müssen beispielsweise für Migranten/innen, die nicht gute bis sehr gute Deutschkenntnisse aufweisen, Fragebögen oder Interviews in der jeweiligen Muttersprache erhoben werden, was die Datenerhebung viel aufwendiger macht. Zudem existieren keine methodischen Standards für die Einbeziehung von Migranten/innen in die gesundheitsbezogene Forschung und die Erhebung des Migrationsstatus. So wird kontrovers diskutiert, ob in Untersuchungen die Nationalität der Migranten/innen, deren Ethnizität oder deren Migrationshintergrund erhoben, inwieweit der Migrationsstatus und der Grad der Akkulturation berücksichtigt werden sollten (Siefen u. Zagefka 2003).

1.3 Sozialstatus und Gesundheit

Der Einfluss der Schichtzugehörigkeit auf die Gesundheit und Lebenserwartung wird durch epidemiologische Studien regelmäßig bestätigt (Ahrens 1998, Helmert 2003). Menschen, die von Armut betroffen sind, haben ein höheres Risiko zu erkranken (Lampert 2004). Wenn man von Armut spricht, muss berücksichtigt werden, dass Armut viele Facetten hat. Sie ist mehr als nur Einkommensarmut, denn „arme Menschen“ befinden sich häufig in komplexen Problemlagen und erleben insofern eine Kombination mehrerer Belastungen zusammen, wie etwa geringes Einkommen, Arbeitslosigkeit, geringe Bildung, ungesicherte und schlechte Wohnverhältnisse, Verschuldung und soziale Ausgrenzung. Die Angehörigen der unteren Sozialschichten sind vermehrt von körperlichen und psychischen Krankheiten, psychosomatischen Beschwerden, Unfallverletzungen sowie Behinderungen betroffen. Sie schätzen ihre eigene Gesundheit schlechter ein und berichten häufiger von gesundheitsbedingten Einschränkungen in der Alltagsgestaltung (Bellach 1996, Hradil 2001). Es gibt nur wenige Krankheiten (z.B. Allergien und bestimmte Krebserkrankungen), die in allen Schichten gleich häufig oder gar in besseren sozialen Schichten häufiger auftreten. So auch Biehn, stellvertretende Sprecherin des europäischen Armutsnetzwerks: „Nach unseren Schätzungen haben arme Menschen ein zehnmal höheres Gesundheitsrisiko als Nicht-Arme.“ Im „European Health Report 2002“ der WHO heißt es: „Armut ist mit einer geringeren Lebenserwartung, höherer Kindersterblichkeit und einem höheren Ansteckungsrisiko bezüglich Infektionskrankheiten, vor allem HIV und Tbc, assoziiert.“ (Pesek 2002). Ergebnisse, die auf Daten des sozioökonomischen Panels 1995- 2005 und den Periodensterbetafeln des Statistischen Bundesamtes beruhen, belegen ebenfalls große Unterschiede bei der Lebenserwartung in Abhängigkeit vom Einkommen: Männer des unteren Einkommensviertels sterben im Durchschnitt zehn Jahre eher als Männer im oberen Einkommensviertel. Bei Frauen beträgt der Unterschied fünf Jahre. Die Anzahl der Lebensjahre, die in gutem oder sehr gutem Gesundheitszustand verbracht werden, steht ebenfalls in einem engen Zusammenhang zum Einkommen. So haben Männer der höchsten Einkommensgruppe durchschnittlich 14,3 gesunde Lebensjahre mehr vor sich, als Männer der niedrigsten Einkommensgruppe. Bei den Frauen beträgt dieser Unterschied 10,2 Jahre (Lampert et al. 2007).

So leiden Männer aus der Unterschicht ca. 1,5 mal und Frauen aus der Unterschicht sogar 3,4 mal so häufig an Angina Pectoris als Männer und Frauen aus der Oberschicht (Lampert 2005). Auch z.B. chronische Bronchitis, Rückenschmerzen, Depressionen und Schwindel finden sich in unteren Sozialschichten überproportional häufig. Gerade die in unserer Gesellschaft zunehmenden Herz-Kreislaufkrankungen und die häufigste Krebserkrankung, der

Lungenkrebs, treten umso häufiger auf, desto niedriger die soziale Stellung der Menschen ist (Lampert 2005). Wer im Beruf eine niedrige Position besetzt, hat z.B. ein 2-3fach größeres Risiko, an einer koronaren Herzkrankheit zu sterben als eine Führungskraft (Peter 2001). Dem Sozioökonomischen Panel von 1984-2008 ist der folgende Zusammenhang von Bildung und Lebenserwartung zu entnehmen (Tab.1).

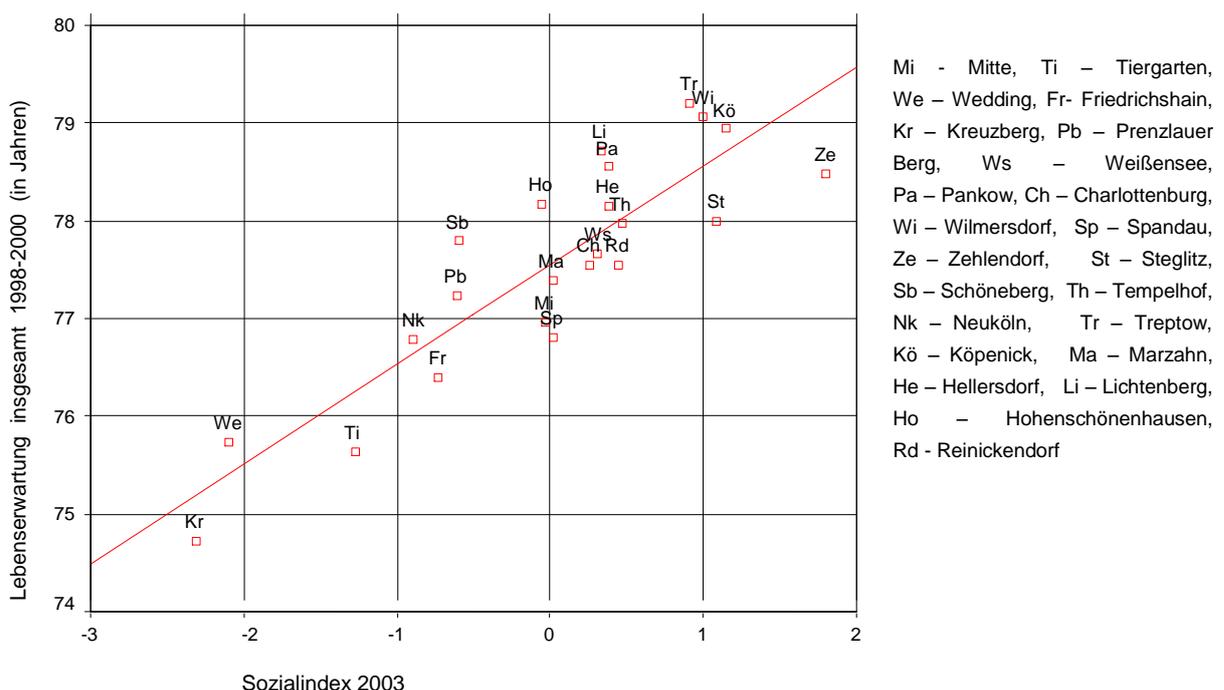
Tab. 1: Lebenserwartung mit 16 Jahren - Sozioökonomisches Panel (SOEP) (ca. 12.000 Personen ab 16 Jahren)

	Männer	Frauen
ohne Abitur	73,0	76,6
mit Abitur	76,3	81,5

www.DIW.de/SOEP (Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung)

Auch ein Vergleich von Personen aus unterschiedlichen sozialen Lagen Berlins zeigt, dass die Lebenserwartung der Bevölkerung stark an deren soziale Lage gekoppelt ist. Personen aus Bezirken mit einer schlechten Sozialstruktur (hoher Anteil an Arbeitslosen, Sozialhilfeempfängern, Ausländern und Personen mit niedrigem Bildungsniveau) wie z.B. Kreuzberg, Tiergarten, Wedding, Neukölln, Friedrichshain haben eine kürzere Lebenserwartung und eine höhere Sterblichkeit an vermeidbaren Todesfällen als Personen aus Bezirken mit einer guten sozialen Lage (z.B. Zehlendorf, Wilmersdorf, Treptow, Köpenick) (Gesundheitsbericht 2002)(Abb. 2).

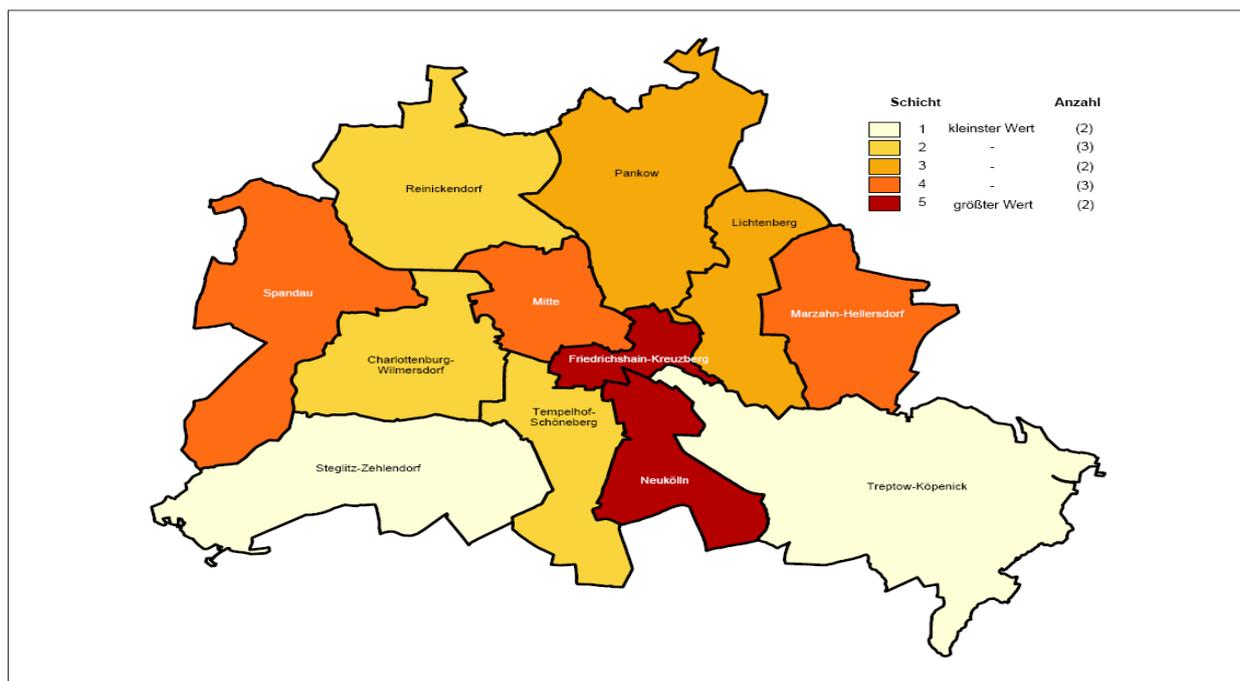
Abb.2: Zusammenhänge zum Sozialindex in den Berliner Bezirken - Lebenserwartung



1.3.1 Erklärungsmodell

Ein makrosoziologisches Modell zur Einordnung von gesellschaftlichen Kausalfaktoren schichtspezifischer Gesundheitsrisiken kann zu nächst davon ausgehen, dass die berufliche Stellung, der Bildungsgrad und die Einkommensstufe die zentralen objektiven Ressourcen der Menschen in modernen Gesellschaften darstellen. Die jeweiligen schichtspezifischen Ressourcenausstattungen ziehen weitere (un)vorteilhafte Lebensbedingungen und damit ungleiche Lebenschancen nach sich. Hierzu zählen u.a. Wohn-, Arbeits- und Freizeitbedingungen, Bildungs- und Kontaktchancen. Neben den schichtspezifischen gibt es auch schichtunabhängige Faktoren (wie z.B. die ethnische Zugehörigkeit), die einen Einfluss auf die Lebenschancen und damit auch auf die gesundheitliche Lage der Menschen haben. Menschen unterschiedlicher Schichten haben unterschiedliche Auffassungen von Gesundheit bzw. Krankheit, unterschiedliche Symptomwahrnehmungen, unterschiedliche Kontroll- und Bewältigungsüberzeugungen (Mielck 2001). Zu den schichtspezifischen Kognitionen und Verhaltensweisen zählen auch Kenntnisse und Meinungen über Krankheiten, deren Risiken und der Möglichkeit ihrer Vermeidung. Hierzu zählen Verhaltensweisen wie Nikotin- und Alkoholgenuss, körperliche Bewegung und Ernährung sowie die Inanspruchnahme ärztlicher Dienste. So zeigt sich, dass Personen aus den Bezirken Berlins mit einer schlechteren sozialen Struktur einen höheren Anteil an Rauchern aufweisen als solche mit einer besseren Struktur (Abb.3).

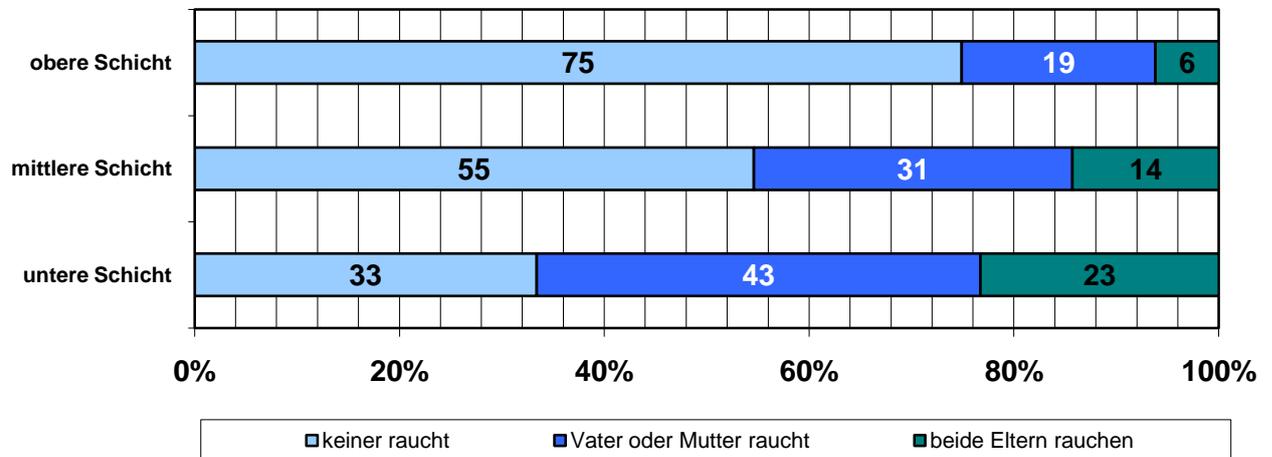
Abb.3 Anteil Raucher an der Bevölkerung in Berlin 2005 auf Bezirksebene



Quelle: Sozialstrukturatlas Berlin 2008

Eine Untersuchung über das Rauchverhalten der Eltern von Einschüler(inne)n in Berlin im Jahre 2005 bestätigte diesen Zusammenhang.

Abb.4 Rauchverhalten der Eltern von Einschüler(inne)n in Berlin, 2005



Quelle: Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz: Spezialbericht 2007-1: Basisdaten zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Kindern in Berlin

Ein Zusammenwirken der oben genannten Lebensbedingungen führen oft zu gesundheitsfördernden- bzw. –schädigendem Verhalten und werden so gesundheitlich wirksam. Bestimmte Bevölkerungsgruppen, die besonders von Armut betroffen sind, wie z.B. Arbeitslose, Wohnungslose, Alleinerziehende usw., haben ein signifikant erhöhtes Morbiditäts- sowie Mortalitätsrisiko.

1.3.1.1 Arbeitslosigkeit

Die Frage, ob Arbeitslosigkeit krank macht („Kausalitätshypothese“) oder Krankheit zur Arbeitslosigkeit führt („Selektionshypothese“), lässt sich aus wissenschaftlicher Sicht bis heute nicht abschließend beantworten. Im Einzelfall kann Arbeitslosigkeit sowohl Folge als auch (Mit-)Ursache einer Erkrankung sein („Dualität“) (Elkeles 2004, Grobe 2003). Für die Selektionshypothese spricht unter anderen, dass In der Statistik der Bundesagentur für Arbeit etwa 25 % aller Arbeitslosen, circa 40 % aller älteren Arbeitslosen (> 50 Jahre) und rund 50 % aller Langzeitarbeitslosen (> 12 Monate arbeitslos) vermittlungsrelevante gesundheitliche Einschränkungen aufweisen (Hollederer 2006). Dessen ungeachtet findet man zahlreiche Studien, die kausale Beziehungen zwischen Arbeitslosigkeit und der Entstehung von Krankheiten nahe legen (Weber 1997, Martikainen u. Valkonen 1996, Morris 1994).

Arbeitslosigkeit wirkt sich negativ auf die psychosoziale Gesundheit aus. Sie kann unter anderem zu Resignation, Rückzug, vermehrter Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen, Familien- und Partnerschaftskonflikten, sozialer Isolation,

Schlafstörungen, depressiven Störungen, Angsterkrankungen, Suchtmittelkonsum und suizidalen Handlungen führen. Während 49 % der im Bundes-Gesundheitssurvey 1998 befragten arbeitslosen Männer rauchen, sind es unter den berufstätigen männlichen Befragten 34 %. Die Unterschiede bei den Frauen sind mit 31 % Raucherinnen unter den arbeitslosen Frauen und 28 % Raucherinnen unter den berufstätigen Frauen geringer. Auswertungen von aktuellen Krankenkassendaten belegen, dass die Inanspruchnahme stationärer Leistungen unter Arbeitslosen deutlich erhöht ist: Arbeitslose Männer verbringen mehr als doppelt so viele Tage im Krankenhaus wie berufstätige Männer, bei arbeitslosen Frauen sind es, verglichen mit berufstätigen Frauen, 1,7fach so viele Tage (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2003). Insbesondere die Dauer der Arbeitslosigkeit beeinflusst das gesundheitliche Wohlbefinden von Arbeitslosen. So war nach einer Erhebung des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung auf Grundlage der Daten des Sozioökonomischen Panels die Lebenszufriedenheit bei Langzeitarbeitslosen in 2005 so niedrig wie bei Pflegebedürftigen, wobei die Unzufriedenheit in den letzten 10 Jahren zugenommen hat (Weick 2006).

1.3.1.2 Bildung und Migration

Jugendliche mit Migrationshintergrund weisen im Durchschnitt eine deutlich schlechtere Schulbildung auf als deutsche und haben somit schlechtere Teilhabe- und Verwirklichungschancen (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2005). Gegenüber den Vorjahren hat der Anteil der ausländischen Staatsangehörigen in Gymnasien und Realschulen leicht zugenommen (1992: 10,0 % bzw. 8,9 %; 2006: 11,7 % bzw. 11,2 %). Allerdings hat sich ebenfalls der Anteil der ausländischen Schülerinnen und Schüler in den Sonderschulen erhöht (Statistisches Bundesamt 2007). Dadurch ist im Bereich der beruflichen Ausbildungen der Anteil der ausländischen Auszubildenden in den letzten Jahren kontinuierlich gesunken. Im Jahr 1995 betrug er 9,7 %, 2002 hingegen nur noch 6,5 % und im Jahr 2004 5,6 % aller Auszubildenden in Westdeutschland (Bildungsberichterstattung 2006). Die Defizite im Bereich der deutschen Sprachkenntnisse und in der schulischen bzw. beruflichen Qualifikation sind als primäre Ursachen für höhere Arbeitslosenquoten der ausländischen Staatsangehörigen zu sehen (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2005). Dementsprechend liegt auch die Quote der Migranten, die auf staatliche Hilfe angewiesen sind höher als die der Deutschen (Statistisches Bundesamt 2006).

Angaben zum Armutsrisiko von Personen mit Migrationshintergrund stehen erstmals aus dem Mikrozensus 2005 zur Verfügung. Einem Armutsrisiko unterliegt der Anteil der Bürgerinnen

und Bürger, denen ein Einkommen unterhalb der so genannten »Armutrisikogrenze«, welches von der Europäischen Union mit 60 % des landesüblichen Durchschnittseinkommens festgelegt wurde, zur Verfügung steht.

Demnach leben in Deutschland 14,8 % der Bevölkerung von einem Einkommen unterhalb der Armutrisikogrenze. Bei Personen mit Migrationshintergrund liegt dieser Anteil mit über 28,2% fast doppelt so hoch (Personen ohne Migrationshintergrund: 11,6%). Der Vergleich der Migrationsgruppen zeigt beträchtliche Unterschiede: Während 34,% der ausländischen Bevölkerung einem Armutrisiko unterliegen, sind es bei den Eingebürgerten bzw. als Deutsche Geborenen 24,7% und bei den (Spät-)Aussiedlerinnen/ -aussiedlern lediglich 20,7% (Beauftragte der Bundesregierung für Migration Flüchtlinge und Integration 2007).

1.4 Rettungsstellen

Die Aufgabe von Rettungsstellen besteht darin, schwer erkrankten oder als Notfall klassifizierten Patienten/innen sofort medizinische Hilfe zu leisten. Grundcharakteristika der Rettungsstelle sind dabei eine ständige Verfügbarkeit und eine niedrige Zugangsschwelle.

In der Medizin wird unter Notfall ein lebensbedrohlicher Zustand oder die Gefahr plötzlicher irreversibler Organschädigung infolge eines Trauma, einer akuten Erkrankung oder Vergiftung verstanden (Pschyrembel 1990). Das allgemeine Sprachverständnis fasst unter Notfall eine Situation zusammen, in der aufgrund des Eintretens einer Gefahr, einer Ausnahmesituation oder einer ... dringend medizinische Hilfe benötigt wird. Diese Situation erfordert Maßnahmen, die aufgrund des Gesundheitszustandes des Patienten unverzüglich durchgeführt werden müssen und keinen zeitlichen Aufschub dulden. Fast jedes Krankenhaus verfügt über eine Notaufnahme, die rund um die Uhr geöffnet ist und in der medizinische Hilfe geleistet wird.

1.4.1 Inanspruchnahme der Rettungsstellen

Die Rettungsstellen der Krankenhäuser sind grundsätzlich verpflichtet, jeden Patienten zu untersuchen, der sich an sie wendet. Das gilt auch, wenn es sich dabei offensichtlich nicht um Notfälle handelt, sondern um Erkrankungen, die primär oder im Intervall von einem niedergelassenen Arzt versorgt werden könnten. Dabei ist in den letzten Jahren eine sprunghafte Zunahme der Inanspruchnahme von klinischen Rettungsstellen zu verzeichnen, die sich nicht hinreichend durch Veränderung der Alters- und Morbiditätsstruktur der Bevölkerung erklären lässt (Bey 2002, Hansagi 2001). Dennoch gibt es für die Bundesrepublik Deutschland nur wenige wissenschaftliche Arbeiten, die sich ausführlich mit dem Thema beschäftigen. Dabei ist

eine Analyse der Inanspruchnahme und Nutzung unterschiedlicher Einrichtungen oder Angebote des Gesundheitswesens unerlässlich, um Aufschlüsse über die Gesundheitslage und Hinweise auf Fehl-, Über- und Unterversorgung bestimmter Bevölkerungsgruppen geben zu können.

In einer internistischen Notfallambulanz in München ließ sich ein Anstieg der Inanspruchnahme um 70% im Zehnjahreszeitraum bis 2000 feststellen (Buchardi et al. 2001). Auch in Berlin stieg zwischen 1995 und 1999 die Anzahl der Personen, die eine Notfallambulanz bzw. eine Rettungsstelle aufsuchten, um 40% an (Berliner-Krankenhausgesellschaft 2000).

Trotz unterschiedlicher Gesellschafts- und Gesundheitssysteme handelt es sich hierbei offenbar um ein Phänomen, das nicht nur Deutschland auftritt, denn in den letzten Jahren wurden aus mehreren Ländern unabhängig voneinander über einen Anstieg der Frequentierung von Rettungsstellen berichtet. Vor allem in den USA, Kanada und Großbritannien wird von einem starken Anstieg der Rettungsstellenbesuche berichtet (Garcia 2010, Li et al 2007, Michelen et al. 2006, Byrne et al. 2003, Harris et al. 2004). Ca. 85% der Patienten suchen sie jedoch aus nicht lebensbedrohlichen Gründen auf. Als prädisponierende Faktoren für Notfallambulanznutzer ergaben sich: Ethnizität, Einkommen, Versicherungsstatus und örtliche Nähe zur Notfallambulanz. Zusätzliche wurden als Gründe angegeben: das Nichtvorhandensein anderer Hilfsmöglichkeiten, psychiatrische Komorbidität und das Fehlen sozialer Unterstützung (Padgett, Brodsky 1992). In jüngerer Zeit liegen auch Veröffentlichungen aus europäischen Ländern wie Irland (Coughlan 2007), Frankreich (Gentile et al. 2010, Lang et al. 1996), Spanien (Moreno Rodriguez et al. 2001, Sánchez- López et al. 2004), Portugal (Sempere Selva et al. 2001) und der Schweiz (Santos-Eggimann 2002) und Skandinavien (Khorram-Manesh 2009) zu diesem Thema vor. Aber auch aus Kuwait (Shah et al. 1996), Hong Kong (Lee et al. 2001), Singapur (Anantharaman 2008) Brasilien (Carret et al. 2007), Australien (Braitberg 2007) finden sich Veröffentlichungen, die (un-)angemessene Rettungsstellennutzung zum Gegenstand haben. Ein Hauptgrund für die Zunahme der Inanspruchnahme wird in den demographischen Veränderungen in den westlichen Industriegesellschaften und dem daraus resultierenden größeren Anteil älterer Menschen gesehen, die aufgrund einer höheren Morbidität verstärkt Gesundheitsversorgungseinrichtungen aufsuchen (Hansagi et al. 2001). Andere Annahmen tendieren dahin, dass bestimmte Bevölkerungsgruppen Rettungsstellen als eine Institution der Basisgesundheitsversorgung nutzen und nicht qualifiziert zwischen der Notfallambulanz und der Hausarzt- bzw. Facharztpraxis differenzieren. Eine Befragung an der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie der Charite, Campus Virchow-Klinikum, zeigte, dass zwei Drittel der Patienten, die ohne eine ärztliche Einweisung die Rettungsstelle aufsuchten, wenig allgemeine Kenntnisse über die Anlaufstellen im Notfall besaßen, sodass Fehlentscheidungen

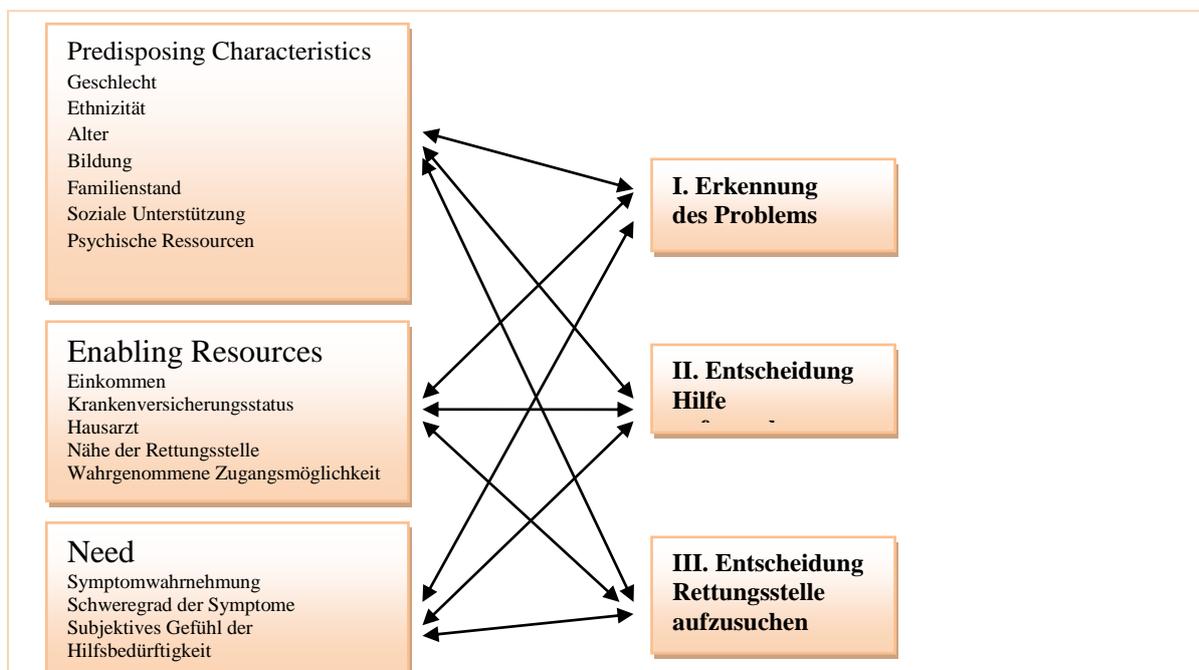
begünstigt wurden. Aufgrund der gleichzeitigen Verfügbarkeit von Ärzten verschiedener Fachgebiete wirkten sich mit 47% eine höhere Qualitätserwartung und mit 45% der geringere Gesamtaufwand ebenfalls sehr häufig motivierend aus (Steffen u. Tempka 2007). Eine weitere, weitverbreitete Ansicht geht von einem hohen Anteil von Patienten/innen aus, welche sich mit nicht dringlichen (*nonurgent*) Beschwerden in der Rettungsstelle vorstellen. In den USA wird verstärkt auf die Rolle der Rettungsstellen als Sicherheitsnetz für alle Personen, die keinen anderweitigen Zugang zur medizinischen Versorgung haben, hingewiesen (Chan et al. 1996; Ivey u. Kramer 1998; Richardson u. Hwang 2001).

1.4.2 Prädiktoren für die Inanspruchnahme von Rettungsstellen

Die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen wird bereits seit den frühen 1960er Jahren untersucht. Nachdem eine rein demographisch-deskriptive Betrachtung der Inanspruchnahme als unbefriedigende Informationsbasis angesehen wurde, entwickelten die sozialwissenschaftlich orientierten Disziplinen verschiedene Verhaltensmodelle der Inanspruchnahme medizinischer Versorgung. Exemplarisch wird das Verhaltensmodell nach Andersen vorgestellt, weil es sich dabei um ein sehr umfassendes Modell handelt, das die wesentlichen Einflussgrößen, die in dieser Arbeit untersucht werden sollen, berücksichtigt. Andersen veröffentlichte zu Beginn der 1970er Jahre ein aus den Sozialwissenschaften stammendes Verhaltensmodell zur Modellierung des Inanspruchnahmegeschehens von Gesundheitsleistungen, das seither beständig weiter entwickelt wird. Das Modell enthält ein breites Spektrum von Kategorien zur Subsumierung individueller und gesellschaftlicher Determinanten, welche die Inanspruchnahme beeinflussen können. Im Zentrum des Modells stehen die Kategorien « Prädisponierende Faktoren », « Befähigende Faktoren » und « Bedürfnisse » als Einflussgrößen auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Unter dem Begriff „Prädisponierende Faktoren“ werden alle Merkmale zusammengefasst, die sich indirekt auf die Inanspruchnahme auswirken. Dazu gehören verschiedene Merkmale aus den Bereichen Demographie (Alter, Geschlecht), Sozialstruktur (sozialer Status, Bildung, etc.) und „Health Beliefs“ (Einstellungen, Werte und Wissen bezüglich Gesundheit). Prädispositions-faktoren können gar nicht oder nur sehr schwer durch Individuen verändert werden und stellen unterschiedliche Ausgangslagen dar, die Einstellungen gegenüber der Gesundheit beeinflussen oder unterschiedliche Krankheitsbilder bzw. -häufigkeiten hervorrufen können und so indirekt die Inanspruchnahme beeinflussen. „Befähigende Faktoren“ sind die notwendige Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Es wird zwischen personen- (bspw. Einkommen und das Vorhandensein von Krankenversicherung

und Zusatzversicherungen) und gemeindebezogene Ressourcen (bspw. das Vorhandensein und die Erreichbarkeit von Versorgungseinrichtungen am Wohn- und Arbeitsort) unterschieden. Bei den „Bedürfnissen“ wird zwischen dem von der betroffenen Person wahrgenommenen Bedarf einerseits und einem durch professionelles Urteil objektivierten Bedarf andererseits unterschieden (Andersen 1973). Der Gesundheitszustand gilt als der zentrale Faktor für die Erklärung der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen (Cameron et al. 1988): Gesunde Menschen nehmen medizinische Leistungen normalerweise nicht in Anspruch. Allerdings gestaltet sich die Messung des Gesundheitszustandes eher schwierig. Nicht nur das tatsächliche Vorhandensein von Beschwerden, sondern auch die subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit beeinflussen die Häufigkeit und die Art kurativer und präventiver Leistungsanspruchnahme. In Anlehnung an das Modell von Anderson und Newman (1973) entwickelten Padgett und Brodsky (Padgett 1992) für die Nutzung medizinischer Versorgung einen konzeptionellen Rahmen für die Diskussion der Einflussfaktoren auf die Entscheidung einer Inanspruchnahme von Rettungsstellen. Nach diesem Modell verläuft die Entscheidung, sich an eine Rettungsstelle zu wenden, in drei Stufen. An erster Stelle steht die Erkennung des Problems, danach die Entscheidung, Hilfe zu beanspruchen und schließlich der Entschluss, die Rettungsstelle aufzusuchen. Jede Stufe wird von einer Reihe von Faktoren beeinflusst.

Abb.5 Drei-Stufen Modell der Einflussfaktoren für die Inanspruchnahme von Rettungsstellen (nach Padgett und Brodsky 1992)



Vor jeder Inanspruchnahme stehen demnach Beschwerdewahrnehmung und -interpretation sowie ein Entscheidungsprozess, der die Patientinnen und Patienten zum Aufsuchen der Notfallambulanz bewogen hat.

In der Literatur gibt es nur vereinzelt Studien, die den Einfluss der verschiedenen Faktoren auf die Inanspruchnahme von Rettungsstellen untersuchen.

Der Einfluss des Geschlechts wird zumeist in Bezug auf bestimmte Untergruppen in der Rettungsstelle diskutiert. So wird berichtet, dass junge schwarze Männer Rettungsstellen besonders häufig als „regular source of care“ betrachten (Wilson u. Klein 2000).

Welchen Einfluss die Ethnizität der Patienten/innen auf die Inanspruchnahme von Rettungsstellen hat, ist noch nicht eindeutig geklärt. Eine von Pette (1997) durchgeführte Studie in der gynäkologischen Rettungsstelle in der Charité, Campus Virchow-Klinikum, kommt zu dem Ergebnis, dass Migrantinnen sich häufiger vorstellen. Studien aus den USA und Kanada berichten ebenfalls von einer erhöhten Inanspruchnahme durch „ethnic minorities“, wobei große Unterschiede zwischen den einzelnen Ethnizitäten zu beobachten waren (White-Means u. Thornton 1989; Joseph et al. 1998; Ivey 2002). Andere Autoren kommen zu dem Schluss, dass der Besuch einer Rettungsstelle eher von sozioökonomischer Situation und Alter abhängig ist und „race“ oder Ethnizität eine untergeordnete Rolle spielen. Der Eindruck, dass ethnische Minoritäten häufiger die Rettungsstellen aufsuchen, würde durch ihren zumeist niedrigeren sozioökonomischen Status entstehen, wobei „race“ als Confounder zu werten sei (Baker et al. 1996). In einer Untersuchung zur gesundheitlichen Situation von Österreicher/innen und Migranten/innen in Wien wird konstatiert, dass auch Österreicher/innen aus sozial niedrigeren Schichten häufiger die Notfallambulanzen von Krankenhäusern aufsuchen und keine Unterschiede zu Migranten/innen bestehen (Akbal 2000).

Alter hingegen wird wie bereits beschrieben als wichtiger Einflussfaktor für eine zunehmende Inanspruchnahme gesehen (Eagle et al. 1993; Reeder et al. 2002; Shah et al. 2003). Auch psychosoziale Stressoren und schwache soziale Netzwerke haben eine verstärkte Inanspruchnahme von Rettungsstellen zur Folge (Byrne et al. 2003).

Obwohl befähigende Faktoren wie Einkommen, Krankenversicherung, das Vorhandensein eines Hausarztes und die von einer Person wahrgenommene Zugangsmöglichkeit zu einer Versorgung im deutschen System mit einer formalen Gleichberechtigung aller Versicherten eine weniger große Rolle spielen als in den USA, wird auch im deutschen Gesundheitssystem ein Zusammenhang zwischen der sozialen Lage und der Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgungseinrichtungen beschrieben. Demnach nehmen Personen mit niedrigerem

Einkommen häufiger eine stationäre und ambulante Gesundheitsversorgung in Anspruch (Winkelhake et al. 1997, BMBF 2005).

Ausgehend von der Untersuchung der Charakteristika der Nutzer/innen von Rettungsstellen entspannt sich in der weiteren Forschung und Diskussion die Frage nach Patientengruppen, die besonders häufig Rettungsstellen aufsuchen (frequent users) (Lucas u. Sanford 1998). Zugleich wurde festgehalten, dass nicht alle Rettungsstellenbesuche aufgrund schwerwiegender Erkrankungen oder Notfällen stattfanden, sondern ein beträchtlicher Anteil auch als nichtdringlich (non-urgent) eingestuft werden konnte. Daraus entstand eine umfangreiche Forschung und Diskussion zur indizierten versus unangemessenen Inanspruchnahme von Rettungsstellen (Richardson u. Hwang 2001).

1.4.3 Angemessenheit der Inanspruchnahme von Rettungsstellen

Die Definitionen einer angemessenen oder unangemessenen Inanspruchnahme von Rettungsstellen sind sehr unterschiedlich. Als Kriterien für eine angemessene Inanspruchnahme gelten unter anderem Alter, ausgewählte Diagnosen, Schweregrad der Erkrankung, Zeitpunkt der Vorstellung in der Rettungsstelle und die Dauer der bestehenden Symptomatik, aber auch stationäre Aufnahme, Tod in der Rettungsstelle, Art des Transports in die Rettungsstelle und das Ausmaß der durchgeführten Diagnostik. Vergleichende Analysen der Studien zur unangemessenen Inanspruchnahme beziffern den Anteil der unangemessenen Nutzer/innen zwischen 6% und 82% (Murphy 1998a; Sempere Selva et al. 1999; Lowe und Abbuhl 2001). Die Dringlichkeit einer ärztlichen Behandlung und der Inanspruchnahme der Notfallambulanz wird in jedem Fall zuerst seitens der von Schmerzen oder anderen Beschwerden betroffenen Personen eingeschätzt. Als Notfall gilt die Situation, in der eine Veränderung des Gesundheitszustandes einer Person eintritt, die nach Auffassung der Person oder ihrer Angehörigen die sofortige medizinische Behandlung erfordert (Buesching et al. 1985, Brown et al. 2000). Bey (2002) vermutet, dass in diesem Zusammenhang auch eine sich verändernde Einstellung zu Service und Öffnungszeiten unbewusst die Erwartungshaltung der Patientinnen und Patienten beeinflussen können, auch bei leichteren Befindlichkeitsstörungen schnell und zu jedem Zeitpunkt medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Auch die Vereinbarkeit anderer ambulanter Versorgungsangebote mit Erwerbsarbeit oder familiären Verpflichtungen wie der Betreuung von Kindern kann dazu führen, dass das Aufsuchen der Rettungsstelle der einfachste Weg für die Patientinnen und Patienten ist, um ihre Bedürfnisse zu erfüllen (Boushy 1999, Shah 1996, Wimmer-Puchinger und Baldaszi 2001). Die Ärztinnen und Ärzte beurteilen die

Dringlichkeit der ärztlichen Behandlung aus ihrer Perspektive, die meist vornehmlich somatisch im Sinne des Organ- und Funktionserhalts geprägt ist. Neben den individuellen patientenseitigen und den medizinisch-ärztlichen Einschätzungen, was ein Notfall ist, gibt es die gesellschaftliche Dimension, bei der soziale Rahmenbedingungen der Inanspruchnahme, sinnvoller Einsatz von Ressourcen und der Zugang zu Versorgungseinrichtungen bedeutsam sind (Murphy 1998a, Wolcot 1979).

1.5 Problemstellung, Fragestellung und Hypothesen

Problemstellung

Eine Betrachtung der Versorgungssituation in Rettungsstellen zeigt eine stetige Zunahme der Patientenzahlen. Klinische Notfallambulanzen, die vor allem darauf ausgerichtet sind, die Versorgung für akut und vor allem lebensbedrohlich erkrankte Patientinnen und Patienten rund um die Uhr bereitzuhalten, scheinen für einen Großteil der Hilfesuchenden nicht die angemessene Versorgungsinstitution zu sein. Es gibt Hinweise darauf, dass Rettungsstellen in besonderem Maße von bestimmten Patientengruppen genutzt werden. Innerhalb dieser Gruppen sind deutliche Unterschiede im Inanspruchnahmepattern von Notfallambulanzen zu erkennen. Diese Thematik sollte in der Versorgungsforschung verstärkt beachtet werden, um eine in Hinblick auf die Qualität und den sinnvollen Einsatz an Ressourcen ausgerichtete und bedarfsgerechte Versorgung zu organisieren.

Fragestellung

Ziel der vorliegenden Arbeit war eine Untersuchung der Versorgung und Inanspruchnahme in Rettungsstellen. Von primärer Bedeutung war daher zunächst die Frage, welcher Personenkreis in den Rettungsstellen um Hilfe nachsucht. Durch die Auswertung einer ausführlichen Befragung der Patientinnen und Patienten konnte ein detailliertes Nutzerprofil erstellt werden, in dem neben Angaben zur aktuellen Beschwerdesymptomatik und Inanspruchnahme des ambulanten Versorgungssystems vielfältige soziodemographische und psychosoziale Aspekte berücksichtigt wurden.

Die zu untersuchenden Fragestellungen waren:

1. Hat das Geschlecht der Patienten/-innen einen Einfluss auf ihre Inanspruchnahme von Rettungsstellen?
2. Welchen Einfluss hat das Geschlecht der Patienten/-innen auf die Diagnostik und Behandlung in der Rettungsstelle?
3. Welchen Einfluss hat das Alter der Patienten/-innen auf die Inanspruchnahme von Notfallambulanzen?
4. Welchen Einfluss hat das Alter der Patienten/-innen auf die Diagnostik und Behandlung in der Rettungsstelle?
5. Beeinflusst die Ethnizität der Patienten/-innen ihr Inanspruchnahmeverhalten?
6. Welchen Einfluss hat die Ethnizität der Patienten/-innen auf die Diagnostik und Behandlung in der Rettungsstelle?
7. Stellt der soziale Status der Patienten/-innen einen wichtigen Einflussfaktor für das Inanspruchnahmeverhalten von Notfallambulanzen dar?
8. Welchen Einfluss hat der soziale Status der Patienten/-innen auf die Diagnostik und Behandlung in der Rettungsstelle?
9. Werden die Rettungsstellen von den Patienten/-innen angemessen genutzt?

Für die vorliegende Arbeit wurden anhand dieser Fragestellungen unter Berücksichtigung der Literatur folgende Hypothesen aufgestellt:

Hypothesen

- 1a. Frauen suchen Rettungsstellen häufiger auf.
- 1b. Frauen zeigen häufiger eine unangemessenere Inanspruchnahme von Notfallambulanzen als Männer.
- 1c. Frauen und Männer weisen ein unterschiedliches Inanspruchnahmeverhalten auf. (Zeitpunkt der Inanspruchnahme, Wahl des Transportmittels, Zeitspanne zwischen Auftreten der Beschwerden und Vorstellung in der Klinik)
2. Es gibt Unterschiede in der Diagnostik und der medikamentösen Behandlung von Männern und Frauen.
- 3a. Mit zunehmendem Alter suchen die Patienten/innen die Rettungsstellen häufiger auf.
- 3b. Es gibt altersspezifische Unterschiede im Inanspruchnahmeverhalten der Patienten/-innen.
- 4a. Bei älteren Patienten/-innen werden häufiger diagnostische Maßnahmen durchgeführt.

- 4b.** Ältere Patienten/-innen werden häufiger stationär aufgenommen und erhalten häufiger eine medikamentöse Therapie.
- 5a.** Migranten/innen nehmen Rettungsstellen überproportional häufig und unangemessen in Anspruch.
- 5b.** Migranten/-innen weisen im Vergleich zu deutschen Patienten/-innen ein anderes Inanspruchnahmepattern auf (Zeitpunkt der Inanspruchnahme, Wahl des Transportmittels, Zeitspanne zwischen Auftreten der Beschwerden und Vorstellung in der Klinik).
- 6a.** Bei Migranten werden häufiger gastrointestinale und unspezifische Symptome dokumentiert.
- 6b.** Migranten werden häufiger stationär aufgenommen und erhalten mehr Medikamente als deutsche Patienten/-innen.
- 7a.** Patienten/innen mit niedrigem sozialem Status suchen Rettungsstellen überproportional häufig auf.
- 7b.** Migranten/-innen sind häufiger von Armut und ungünstiger Lebenslage betroffen.
- 7c.** Patientinnen und Patienten mit niedrigem sozioökonomischem Status geben häufiger Schmerzen im Alltag, Stress und geringe Lebenszufriedenheit an.
- 8a.** Patienten/-innen mit einem niedrigen Sozialstatus weisen häufiger Herz- und Kreislaufbeschwerden und psychiatrische Erkrankungen auf.
- 8b.** Patienten/-innen mit niedrigem sozialem Status werden seltener stationär aufgenommen.
- 9.** Die klinischen Rettungsstellen werden von vielen Patienten und Patientinnen nicht angemessen genutzt.

2. Methodik der Untersuchung

2.1. Planung der Untersuchung

2.1.1. Studiendesign

Zur Erfassung der Versorgungs- und Nutzungssituation in Rettungsstellen bietet sich die Durchführung einer retrospektiven Querschnittsstudie in Form der Analyse von standardisierten Erste-Hilfe-Scheinen an. Diese enthalten neben einigen Sozialdaten Angaben zu Grund und Zeitpunkt der Inanspruchnahme sowie zum Verlauf der ärztlichen Behandlung. Ziel dieser Querschnittsstudie war ein Vergleich der geschlechts- und ethnizitätsspezifischen Besonderheiten bei der Inanspruchnahme und der Behandlung in Notfallambulanzen. Neben Geschlecht und Ethnizität sollte bei der Analyse auch der Sozialstatus der Patienten/ -innen als ein wichtiger Einflussfaktor berücksichtigt werden.

Dazu wurden mittels leitfadengestützter Interviews detaillierte Angaben der Patientinnen und Patienten erhoben, die Notfallambulanzen im Untersuchungszeitraum aufgesucht haben. Diese Angaben umfassen neben soziodemographischen Daten wie Alter, Geschlecht, Ethnizität, Bildungsverhältnisse und Erwerbsstatus auch Angaben zu den Beschwerdebildern und zur psychosozialen Situation der Befragten.

2.1.2 Untersuchungszeitraum und Studienstandorte

Die Erhebung der Daten aus den Erste-Hilfe-Scheinen und die Befragung der Patienten/-innen fanden in internistischen und gynäkologischen Notfallambulanzen in zwei Berliner Kliniken im Zeitraum von jeweils einem Monat statt. Aufgrund der aufwändigen Befragungen konnte die Untersuchung aus projektorganisatorischen Gründen nicht simultan an den zwei ausgewählten Standorten stattfinden. In der Charité/Campus Virchow-Klinikum im Bezirk Wedding erfolgte die Erhebung im November/ Dezember 2006 an 30 Tagen und im Vivantes Klinikum Neukölln im Stadtteil Neukölln im Januar/ Februar 2007 an 30 Tagen.

2.1.3 Studienpopulation

In die Studie wurden alle Patienten und Patientinnen der internistischen und gynäkologischen Rettungsstellen aufgenommen, die an der Befragung teilnahmen und deren Erste-Hilfe-Schein in die Auswertung einbezogen werden konnte. Aus Voruntersuchungen ist bekannt, dass die Mehrzahl der Patienten/innen aus den umliegenden Wohngebieten stammt (David et al. 1998,

Borde et al. 2003). Beide Stadtteile, in denen die Untersuchung durchgeführt wurde, weisen laut Sozialstrukturatlas einen hohen Migrantenanteil und eine niedrige soziale Lage auf (Meinlschmidt und Brenner 1999, Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz 2009). Die Daten können daher als weitgehend repräsentativ für Rettungsstellen in Innenstadtbezirken mit einer solchen Bevölkerungsstruktur gelten. Die folgende Tabelle zeigt einige Merkmale der Studienpopulation (Schwartau 2005).

Tab.2 : Merkmale der Studienpopulation

	Frauen		Männer		Gesamt	
	absolut	Prozent	absolut	Prozent	absolut	Prozent
Alter						
Bis 30 Jahre	88	20,8 %	33	7,8 %	121	28,6 %
31- 45 Jahre	85	20,0 %	53	12,5 %	138	32,5 %
46-64 Jahre	85	20,0 %	68	16 %	153	36 %
Gesamt	258	62,5 %	154	37,5 %	412	100 %
Krankenversicherung						
GKV	247	60,0 %	135	32,6 %	382	92,6 %
Privat	1	0,2 %	5	1,2 %	6	1,4 %
Andere	10	2,4 %	14	3,6 %	24	6 %
Gesamt	258	62,6 %	154	37,4 %	412	100 %
Wohnortnähe						
Radius < 1 Km	26	6,2 %	12	2,9 %	38	9,1 %
Radius 1-5 Km	142	34,9 %	71	17,3 %	213	52,2 %
Radius > 5 Km	90	21,4 %	71	17,3 %	161	38,7 %
Gesamt	258	62,5 %	154	37,5 %	412	100
Ethnizität						
Deutsch	152	37,5 %	95	24,6 %	247	61,1 %
Migranten	106	25 %	59	13,9 %	165	38,9 %
Gesamt	258	62,5 %	154	38,5 %	412	100 %

2.1.3.1 Ein- und Ausschlusskriterien

Personen, die nach Einschätzung des Klinikpersonals nicht befragbar waren (z.B. akute Lebensgefahr, alkoholisiert, nicht orientiert) wurden aus der Studie ausgeschlossen. Interviewte Patientinnen und Patienten, bei denen der Erste-Hilfe-Schein nicht auffindbar, unleserlich oder nicht zuzuordnen war, wurden nicht in die Studienpopulation aufgenommen. Somit wurden alle Patienten/innen, die sich in den internistischen Rettungsstellen im oben genannten Untersuchungszeitraum vorstellten, in die Studie einbezogen, wenn:

- die Patienten/-innen zwischen 15 und 65 Jahre waren.
- die Patienten/innen in der internistischen oder gynäkologischen Rettungsstelle vorstellig und den Fachrichtungen Innere Medizin oder Gynäkologie zugeordnet wurden.
- die Ansprechbarkeit gewährleistet war.
- eine schriftliche Einverständniserklärung zur Studienteilnahme vorlag.
- ein Rettungssellenschein angelegt und mindestens die administrativen Daten aufgenommen wurden.
- die Dokumentation lesbar war.

2.1.3.2 Datenschutz

Das Berliner Datenschutzgesetz von 1990 (BDSG §1 Abs.2) sieht eine Weitergabe von personenbezogenen Behandlungs- und Untersuchungsdaten nur zwischen behandelnden Gesundheitsinstitutionen vor. Die Weitergabe von Daten auch zu Forschungszwecken ist ohne die ausdrückliche Zustimmung der Patienten/innen nur möglich, wenn dies in Form von anonymisierten oder aggregierten Daten geschieht. Die in die Studie einbezogenen Befragten wurden über Zweck und Ablauf der Studie informiert. Sie erhielten eine schriftliche und mündliche Erklärung zum Datenschutz und gaben ihre schriftliche Einwilligung zu ihrer Teilnahme an der Studie. Für den Datenerhebungsprozess war es erforderlich, Namen und Vornamen der Patientinnen und Patienten zu dokumentieren, um die Zusammenführung der Daten aus der Befragung mit den Daten aus den Erste- Hilfe-Scheinen zu gewährleisten. Nach Abschluss der Erhebung und der retrospektiven Kodierung wurden die Namen aus den Datenverarbeitungsprogrammen gelöscht. Die Studie wurde durch die Ethikkommission der Charité genehmigt.

2.1.4 Erhebungsinstrumente

Um ausreichend Informationen über die Patienten/- innen, die die Notfallambulanz aufsuchen, zu erhalten, wurde die Studie auf zwei Untersuchungsebenen durchgeführt:

1. Patientenbefragung in den internistischen und gynäkologischen Notfallambulanzen mittels Leitfaden/ Fragebogen für standardisierte, ungefähr 30-minütige Interviews
2. Analyse der Erste-Hilfe-Scheine der befragten Patientinnen und Patienten

2.1.4.1 Patientenbefragung

Für die Erhebung spezieller Patientendaten wurde ein auf die Studie ausgerichteter Fragebogen entwickelt. Im Fragebogen wurden überwiegend Antwortkategorien vorgegeben, aber es wurden auch offene Fragen gestellt, die von den Patientinnen und Patienten in Textform beantwortet und von den Interviewerinnen, Ayse Tokdemir, Havva Arik und Kathrin Markert, protokolliert wurden. Die offenen Fragen ermöglichen eine genauere Erfassung der individuellen Situation der Patienten/innen. Anschließend erfolgten Kategorisierungen nach festgelegten Kriterien. Die detaillierte Patientenbefragung konzentriert sich auf folgende Themenbereiche:

- Soziodemographische Daten
- Migrationsaspekte
- Stress und Belastungen im Alltag
- Lebenszufriedenheit und soziale Unterstützung
- Bildung und Einkommensverhältnisse
- Aktuelle Beschwerden und deren Interpretation
- Zugangswege in die Notfallambulanz
- Nutzung von Notfallambulanzen und ärztlicher Versorgung

2.1.4.2 Auswertung der Erste-Hilfe-Scheine

Zur Analyse der Dokumentation der Behandlung in der Rettungsstelle wurde der Erste-Hilfe-Schein ausgewertet. Im Rahmen des Forschungsprojektes wurden die Angaben aus 2929 Erste-Hilfe-Scheinen, die in den jeweiligen Befragungsmonaten erstellt wurden, erfasst. Für die vorliegende Arbeit wurden jedoch nur die Erste-Hilfe-Scheine ausgewertet, die sich den befragten Patienten und Patientinnen zuordnen und sich mit den Angaben der Patientenbefragung verknüpfen ließen. Mit Hilfe der Angaben der Krankenkassenkarten wurden vom Pflegeteam administrative Daten wie Name, Geburtsdatum und Krankenversicherung

aufgenommen und zusätzlich nach dem Transportmittel für den Weg in das Krankenhaus gefragt und im Erste-Hilfe-Schein dokumentiert. Die ärztliche Fachrichtung für die Behandlung wurde nach Angabe der Hauptbeschwerden durch die Patienten/innen primär vom Pflorgeteam bestimmt und aufgezeichnet. Zu den ärztlichen Aufgaben zählten die Dokumentation von Anamnese, Untersuchung, Diagnose und Therapie auf dem Erste-Hilfe-Schein.

2.2 Rahmenbedingungen und Durchführung der Studie

2.2.1 Studienstandorte

Die Studienstandorte liegen in den Berliner Stadtteilen Wedding und Neukölln. Vergleicht man diese beiden Studienorte in Bezug auf die demographische Verteilung (v.a. Geschlecht, Ethnizität und Sozialstatus) lassen sich deutliche Unterschiede feststellen. Der Anteil der Migranten/innen an der Wohnbevölkerung liegt nach Angaben der Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz für das Jahr 2006/2007 in Wedding bei 28,7% und in Neukölln bei 22,2%. Die größte Gruppe stellen in allen drei untersuchten Bezirken Migranten/innen türkischer Nationalität dar (Gesundheitsberichterstattung 2006/2007).

Der sozioökonomische Status der Bevölkerung liegt im Vergleich mit anderen Berliner Stadtbezirken im unteren Bereich. Obwohl für die Arbeitslosenquote in Berlin ein insgesamt sinkender Trend zu beobachten ist, zeigt sich ein Anstieg der Arbeitslosenquote in den Bezirken Wedding und Neukölln. Die mit Abstand höchste Arbeitslosenquote findet sich mit 26,7 % im Bezirk Berlin Wedding. In den Bezirken Mitte und Neukölln gilt jede fünfte Person als armutsgefährdet (20,6 %; 19,8 %). Bezirke mit einem hohen Arbeitslosenanteil und einem niedrigen sozialen Status weisen auch eine deutlich kürzere Lebenserwartung auf (Sozialstrukturatlas Berlin 2008). Der Frauenanteil im Bezirk Wedding belief sich in Jahr 2006 auf 48,7 % und im Bezirk Neukölln auf 50,4% (Gesundheitsberichterstattung 2006/2007).

Tab.3 Demographische Darstellung der Studienorte

	Berlin-Wedding <i>Charité/ Campus Virchow- Klinikum</i>	Berlin-Neukölln <i>Vivantes Klinikum Neukölln</i>
Bevölkerung	326 422	305 458
Ausländische Staatsangehörige	28,7 %	22,2%
Frauenanteil der Bevölkerung	48,7 %	50,4 %
Anteil Menschen > 65 Jahren	14,1 %	17,1 %

Frauen > 65 Jahren ¹	53,9 %	54,1 %
Sozialindex (Rang von 23)	22	20
Arbeitslosenquote	23,6	22,6

¹ der Anteil der Frauen über 65 Jahren ist auf die Gesamtbevölkerung der über 65 jährigen bezogen
Quelle: Basisbericht 2006

Als Teil der Charite-Universitätsmedizin Berlin stellt das Virchow-Klinikum ein Krankenhaus der Maximalversorgung dar. Krankenhäuser der Maximalversorgung gehen im Rahmen des Bedarfs mit ihren Leistungsangeboten über Krankenhäuser der Schwerpunktversorgung wesentlich hinaus und verfügen über hoch differenzierte medizinisch-technische Einrichtungen. Vertreten sind in der Rettungsstelle des Virchow-Klinikums die Fachabteilungen Gynäkologie, Neurologie, Neurochirurgie und Psychosomatik. Patienten anderer Fachrichtungen (Chirurgie, Urologie, HNO, Psychiatrie, Pädiatrie, Augenheilkunde) werden innerhalb der Charité überwiesen. Auch das Vivantes Klinikum-Neukölln ist mit seinen zwei Standorten ein Krankenhaus der Maximalversorgung. Es verfügt über 22 medizinische Fachabteilungen und 2 Rettungsstellen.

Sowohl die Notfallambulanz des Virchow-Klinikums als auch die des Vivantes-Klinikums haben die Versorgung der umliegenden Wohnbevölkerung zum Ziel. Die Krankenhäuser sind mit PKW und mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut erreichbar und werden von Krankentransporten und dem Berliner Rettungsdienst (RTW und NAW) angefahren.

2.3 Auswertung der Befragungen und der Erste-Hilfe-Scheine

2.3.1 Datenerhebung und –eingabe

Die Dateneingabe der Patientenbefragung und der Erste-Hilfe-Scheine erfolgte nach vorher festgelegten Kriterien. Die zunächst getrennten Datenbanken wurden für die Auswertung von Erste-Hilfe-Scheinen einerseits und der Patientenbefragung andererseits in eine gemeinsame SPSS®-Datenbank zusammengefasst. Bei der Datenerhebung wurden bestimmte Variablen sowohl aus den Erste-Hilfe-Scheine als auch aus den Befragungen entnommen. Die untenstehende Tabelle zeigt, welche Variablen für die weitere Auswertung aus den erhobenen Interviewdaten und welche aus den Erste-Hilfe-Scheindaten erfasst wurden.

Tab. 4: Auswahl der Variablen

	Interview	Rettungsschein
Geschlecht	x	x
Ethnizität	x	x
Sozialstatus	x	
Ärztliche Versorgung		
➤ Hausarzt	x	
➤ Vorsorgeuntersuchung	x	
Inanspruchnahme von Rettungsstellen		
➤ Häufigkeit	x	
➤ Zeitpunkt	x	x
Beschwerden		
➤ Art	x	
➤ Dauer	x	x
Wahrgenommene Dringlichkeit	x	
Diagnostik		x
Therapie		x

2.3.2 Datenqualitätskontrolle

Bei der Dateneingabe wurden die erhobenen Daten von den Untersuchern/innen bereits auf Vollständigkeit und inhaltliche Plausibilität geprüft. Mittels des Datenbearbeitungsprogramms SPSS® wurde der Datensatz einer Prüfung unterzogen. Werte außerhalb der definierten Bereiche wurden durch Häufigkeitsauszählungen aller Variablen identifiziert und falls möglich korrigiert. Daraufhin wurden die erhobenen Variablen eines Falles auf ihre inhaltliche Plausibilität geprüft. Anschließend wurde durch wiederholte Einsicht in die Rettungsstellenscheine und die Fragebögen eine inhaltliche Fehlerkorrektur vollzogen.

2.3.3 Kodierung und Kategorisierungen

Zu den vorher festgelegten Kategorien der meisten Variablen wurden andere nach Sichtung der Patientenbefragungen und der Erste-Hilfe-Scheine ergänzend kategorisiert. Somit wurden breit gefächerte Antwortmöglichkeiten für die statistische Auswertung in Gruppen zusammengefasst. Im Folgenden sollen die einzelnen Variablen, die aus den Erste-Hilfe-Scheinen und der Patientenbefragung gewonnen wurden, aufgeführt und die Kategorisierungen erklärt werden.

2.3.3.1 Variablen aus den Erste-Hilfe-Scheinen

Ethnizität

Die Zuordnung der Ethnizität erfolgte durch eine Namensanalyse der Patienten. Nachträglich wurde die zugeordnete Ethnizität mit der Sprachpräferenz der Patienten/innen, die jeweils auf den zugehörigen Fragebögen angegeben waren, verglichen und wenn nötig korrigiert. Durch verschiedene Projektmitarbeiterinnen mit unterschiedlichem kulturellem Hintergrund und Sprachkenntnissen (u.a. türkisch, bulgarisch, iranisch, spanisch) erfolgte eine voneinander unabhängige Zuordnung der Ethnizität nach Vor- und Nachnamen der Patienten/ -innen. Bei Nichtübereinstimmung der Zuordnung wurde die Ethnizität als "unbekannt" bezeichnet.

Geschlecht und Alter

Das Geschlecht der Patienten/ -innen ging dem administrativen Anteil des Erste-Hilfe-Scheins hervor. Mit Hilfe des Geburtsdatums der Patienten/ -innen und dem Untersuchungsdatum wurde das zum Zeitpunkt der Untersuchung erreichte Alter errechnet. Für die deskriptive Darstellung erfolgte eine Einteilung in drei Altersgruppen.

- Altersgruppe bis 30 Jahre
- Altersgruppe 31 bis 45 Jahre
- Altersgruppe 46 bis 64 Jahre

Krankenversicherung

Es erfolgte eine Einteilung des Versicherungsstatus der Patienten/innen in fünf Kategorien

- Gruppe 1: gesetzlich krankenversicherte Patienten/- innen
- Gruppe 2: privat krankenversicherte Patienten/ -innen
- Gruppe 3. über das Sozialamt krankenversicherte Patienten/ -innen
- Gruppe 4: Selbstzahler und im Ausland Versicherte
- Gruppe 5: Patienten/ -innen mit unbekanntem Versicherungsstatus

Bei der Auswertung wurden die Gruppen 3, 4, und 5 aufgrund der kleinen Fallzahlen zusammengefasst und als eine Gruppe ausgewertet.

Wohnort

Um festzustellen, wie sich die Einzugsgebiete der einzelnen Kliniken zusammensetzen, wurde anhand der angegebenen Postleitzahlen die Nähe des Wohnorts der Patienten/innen zur Klinik und der Stadtteil des Wohnortes erfasst. Unter Zuhilfenahme eines detaillierten Stadtplans mit Postleitzahlbezirken erfolgte eine Einteilung der Nähe des Wohnorts der Patienten/innen zur Klinik in drei Kategorien.

- Kategorie 1 : Unmittelbare Nähe zur Klinik (Radius bis 1 Km)
- Kategorie 2 : nähere Umgebung zur Klinik (Radius bis 5 Km)
- Kategorie 3 : weitere Entfernung zur Klinik (Radius > 5 Km)

Zeitpunkt der Inanspruchnahme

Aus dem Untersuchungsdatum wurde der Wochentag der Inanspruchnahme abgeleitet und wurde als Tag zwischen 0 Uhr und 24 Uhr definiert. Es erfolgte eine Unterteilung in die beiden Zeitspannen von 8.00 Uhr bis 18.00 Uhr (Tag) und von 18.00 Uhr bis 8 Uhr (Nacht). Da die ärztlichen Sprechzeiten bei den niedergelassenen Ärzten in der Regel von Montag bis Freitag zwischen 8.00 Uhr und 18 Uhr sind, wird als eine Inanspruchnahme außerhalb der Praxisöffnungszeiten das Aufsuchen der Notfallambulanz am Wochenende und von Montag bis Freitag zwischen 18.00 Uhr und 8.00 Uhr definiert. Zusätzlich soll überprüft werden, ob die Patienten/-innen gehäuft mittwochs, wenn viele Arztpraxen zumindest ab 12 Uhr geschlossen haben, die Rettungsstellen in Anspruch nehmen.

Transportart

Die Angaben zur Transportart in die Rettungsstelle wurden dem administrativen Teil des Erste-Hilfe-Scheins entnommen. Anschließend erfolgte eine Einteilung in fünf Kategorien:

- Kategorie 1: privat
- Kategorie 2: Krankentransport (GO, MA, HI)
- Kategorie 3: Rettungswagen (RTW)
- Kategorie 4: Notarztwagen (NAW)
- Kategorie 5: Polizei

In der Auswertung wurden die Gruppen 2-5 zusammengefasst und „privat“ versus „Krankentransportwesen“ analysiert.

Beschwerden

Aus der Anamnese wurden Angaben zur Dauer der von den Patienten/innen angegebenen Beschwerden entnommen und die von den Ärzten/innen dokumentierten Beschwerden erfasst. Basierend auf Nennungen wurden Oberbegriffe und somit Kategorien gebildet. Bei vielen Patienten/innen wurden mehrere Beschwerden dokumentiert. Der deskriptiven Darstellung sind die genannten Beschwerden, nicht jedoch ihre Wichtigkeit und die Reihenfolge der Beschwerden zu entnehmen.

Diagnostik

Die Diagnostik wurde sehr detailliert erhoben. Neben der klinischen Untersuchung wurden die üblichen Laborparametern und Spezialuntersuchungen wie MRT oder CT erfasst. Zusätzlich zu der durchgeführten Diagnostik wurden auch die in der Rettungsstelle durchgeführten konsiliarärztlichen Untersuchungen aufgenommen.

Diagnosen

Den Erste-Hilfe-Scheinen waren zumeist nur die von den Ärzten/innen gestellten Diagnosen im Wortlaut zu entnehmen. Anschließend erfolgte eine Verschlüsselung in ICD 10 Diagnosecodes. In vielen Fällen wurden mehrere Diagnosen gestellt. In der deskriptiven Darstellung werden die Diagnosen in Gruppen nach ICD10 zusammengefasst dargestellt, wobei die Wichtigkeit und Reihenfolge der Diagnosen nicht berücksichtigt wird.

Therapie

Das therapeutische Vorgehen wurde ebenfalls nach zuvor festgelegten Kategorien erfasst. Die Angaben zu einer stationären Aufnahme nach erfolgter Rettungsstellenbehandlung wurden dem Erste-Hilfe-Schein entnommen. In der Rettungsstelle gegebene oder verordnete Medikamente wurden nach der Nummerierung der "Roten Liste" (2001) verschlüsselt. Besondere Behandlungsmaßnahmen wie z. B. eine Sauerstoffgabe wurden gesondert aufgenommen. Zudem wurden Überweisungen zu ambulanten Facharztpraxen und eine Empfehlung zu Wiedervorstellung bei Verschlimmerung der Symptomatik aufgenommen und kategorisiert.

2.3.3.2 Variablen der Patientenbefragung

Staatsangehörigkeit

In der Befragung wurde darum gebeten, die Staatsangehörigkeit anzugeben

Ethnizität

Anhand der in der Befragung von den Patienten/ -innen angegebenen Muttersprache wurde die Ethnizität definiert.

Aufenthaltsdauer in Deutschland

In der Patientenbefragung wurde die Dauer des Aufenthaltes in Deutschland erfragt. Anschließend erfolgte bei der Dateneingabe eine Kategorisierung in fünf Gruppen.

- Kategorie 1: unter fünf Jahre
- Kategorie 2: fünf bis zehn Jahre
- Kategorie 3: zehn bis 20 Jahre
- Kategorie 4: über 20 Jahre
- Kategorie 5: in Deutschland geboren und aufgewachsen

Deutsches Sprachverständnis

Die Patienten/ -innen sollten nach ihrer eigenen Einschätzung angeben, wie gut sie die deutsche Sprache verstehen und sprechen. Dabei konnten die Patienten/-innen anhand einer 5er-Skala jeweils wählen zwischen: gar nicht, kaum/wenig, einigermaßen, gut und sehr gut. Für die Datenauswertung wurden drei Unterkollektive gebildet.

- Kategorie 1: Personen mit geringen deutschen Sprachkenntnisse (gar nicht, kaum/ wenig)
- Kategorie 2: Personen mit mittleren deutschen Sprachkenntnissen (einigermaßen/ausreichend)
- Kategorie 3: Personen mit guten deutschen Sprachkenntnissen (gut, sehr gut)

Bildungsgrad

In den Befragungen haben die Patienten/-innen ihren höchsten erlangtem Schulabschluss angegeben. Dabei wurde sowohl der in Deutschland als der im Ausland erworbene Abschluss berücksichtigt. In den Analysen erfolgte eine Einteilung in drei Gruppen.

- Kategorie 1: Niedrige Schulausbildung (kein Schulabschluss oder nur Grundschulabschluss)
- Kategorie 2: mittlere Schulausbildung (Haupt-/Realschul- oder Berufsschulabschluss)
- Kategorie 3: hohe Schulausbildung (Fach-/ Abitur oder Hochschulabschluss)

Erwerbsstatus

Die Patienten/ -innen wurden auch nach ihrem Erwerbsstatus gefragt. Dabei wurde zwischen Berufstätigen und Nicht-Berufstätigen unterschieden.

Folgende Antwortmöglichkeiten waren für Berufstätige möglich:

- Kategorie 1: untere Erwerbsgruppe (z.B. Arbeiter, Reinigungskraft)
- Kategorie 2: mittlere Erwerbsgruppe (z.B. Mechaniker, Arzthelferin)
- Kategorie 3: höhere Erwerbsgruppe
- Kategorie 4: Selbstständig
- Kategorie 5: mithelfendes Familienmitglied

Folgende Antwortmöglichkeiten waren für nicht-berufstätige Patienten/-innen möglich:

- Kategorie 1: Student/in oder Schüler/in
- Kategorie 2: Hausfrau oder Hausmann
- Kategorie 3: Bezug von Rente oder Arbeitslosengeld/-hilfe oder Sozialhilfe

Hausarzt, ärztliche Einweisung

Bei der Befragung gaben die Patienten/ -innen an, ob sie einen Hausarzt haben und ob sie von einem Arzt oder einer Ärztin in die Erste-Hilfe-Stelle eingewiesen wurden.

Grad der psychischen Belastung

Durch die Analyse zweier Fragenkomplexe erfolgte die Bildung der Variablen „Grad der allgemeinen psychischen Belastung“. Im ersten Fragenkomplex wurden Angaben zur Lebenszufriedenheit erfragt. Erfasst wurde dabei die Zufriedenheit in den verschiedenen Lebensbereichen (Wohnsituation, Einkommen, berufliche Situation, familiäre Situation, Gesundheit) und die Zufriedenheit mit dem Leben insgesamt. Dabei waren Skalen von null (ganz und gar unzufrieden) bis zehn (ganz und gar zufrieden) vorgegeben.

Im zweiten Fragenkomplex wurden Angaben zu Alltagsbelastungen durch Schmerzen erfasst. Auch hier erfolgte eine Einteilung mittels einer Skala von null (gar keine Belastungen durch Schmerzen) bis zehn (sehr starke Belastungen durch Schmerzen).

Durch die Bildung von Punktschummern für die jeweiligen Fragenkomplexe und das Zusammenführen der beiden Variablen (Lebenszufriedenheit und Alltagsbelastung durch Schmerzen) konnte ein Hauptfaktor gebildet, der als „allgemeine psychische Belastung“ interpretiert wird. Anschließend erfolgte eine Einteilung der Patienten/ -innen in drei Gruppen mit niedrigen, mittleren, und hohen Werten.

Nutzungsfrequenz der Rettungsstellen

In den Interviews wurde erfasst wie oft sich die Patienten/ -innen in den vorangegangenen 12 Monaten bereits in Notfallambulanzen behandeln ließen.

Aktuellen Schmerzen und Beschwerden

Die Befragten wurden gebeten auf mehreren Skalen von null (gar keine Schmerzen/ Beschwerden) bis zehn (völlig unerträgliche Schmerzen/Beschwerden) den Wert anzugeben, der der Stärke ihrer aktuellen Schmerzen und möglicher anderen Beschwerden (wie z.B. Übelkeit, Schwindel, Blutungen) entspricht. Für die Auswertungen erfolgte eine Kategorisierung in drei Gruppen.

- Kategorie 1: geringe (null bis drei) Belastung durch Schmerzen und/ oder anderen Beschwerden
- Kategorie 2: mittlere (vier bis sechs) Belastung durch Schmerzen und/ oder anderen Beschwerden
- Kategorie 3: starke (sieben bis zehn) Belastung durch Schmerzen und/ oder anderen Beschwerden

Befürchtung einer bestimmten Erkrankung

In diesem Teil gaben die Befragten an, ob sie eine bestimmte Erkrankung befürchten. Nachträglich erfolgte eine Kategorisierung in vier Gruppen.

- Kategorie 1: vorübergehende Krankheit ohne bleibenden Schaden,
- Kategorie 2: vorübergehende Krankheit mit bleibenden Schaden
- Kategorie 3: längerfristig lebensbedrohliche Erkrankung
- Kategorie 4: akut lebensbedrohliche Erkrankung

Dringlichkeit der Behandlung aus Sicht der Patientinnen und Patienten

Mittels einer Skala von null (kein dringender Behandlungsbedarf) bis zehn (sehr dringend! akute Lebensgefahr!) gaben die Interviewten den Wert an, der ihrer Einschätzung nach der Dringlichkeit einer ärztlichen Behandlung entspricht. Für die weiteren Auswertungen erfolgte eine Zusammenfassung in gering (Werte von null bis drei), mittelgradig (vier bis sechs) und hoch (sieben bis zehn) eingeschätzte Dringlichkeit.

2.3.4 Statistische Auswertung

Die Datenauswertung konzentrierte sich besonders auf geschlechts-, ethnizitäts- und altersspezifischen Unterschiede bei der Inanspruchnahme von Rettungsstellen. Durch die ausführlichen Interviews konnten neben migrationsspezifischen und sozioökonomischen Angaben auch Daten zur gesundheitlichen Situation und zur Nutzung der Versorgungsstrukturen berücksichtigt werden.

Die Datenauswertung erfolgte mit dem statistischen Datenbearbeitungsprogramm SPSS®. Die statistische Analyse der soziodemographischen und psychosozialen Merkmale der Stichprobe erfolgte mit dem Chi-Quadrat-Test nach Pearson. Bei Unterschieden mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $p < 0,05$ wurde statistische Signifikanz angenommen.

Die statistische Analyse der Inanspruchnahme von Rettungsstellen wurde mit der logistischen Regressionsanalyse (vorwärts schrittweise) durchgeführt. Die logistische Regression gilt als statistische Methode der Wahl, um Effekte von unabhängigen Variablen auf eine binäre abhängige Variable zu analysieren. Dabei werden nur Fälle mit vollständigen Datensätzen der dabei benutzten Variablen berücksichtigt.

In Anlehnung an den Voruntersuchungen von Schwartz 2005 und Braun 2004 wurden bei der Auswahl der Kriterien für die Angemessenheit der Inanspruchnahme sowohl Angaben aus dem Verlauf der Rettungsstellenbehandlung als auch aus Sicht der hilfeschenden Patienten und Patientinnen verwendet. Für die Beurteilung von angemessener Inanspruchnahme wurden folgende sechs Kriterien berücksichtigt:

- A) Der Transport in die Klinik erfolgte mit der Feuerwehr, Krankentransport- oder Rettungswagen.
- B) Es wurde Diagnostik durchgeführt, die nur im Krankenhaus jederzeit vorgehalten wird.
- C) Nach der Rettungsstellenbehandlung erfolgte eine stationäre Aufnahme.
- D) Es lag eine ärztliche Einweisung in das Krankenhaus vor.
- E) Die Befragten geben starke Schmerzen oder Beschwerden an.
- F) Die Patienten und Patientinnen schätzen die Dringlichkeit der Behandlung hoch ein.

Für jedes dieser Kriterien wurde jeweils eine logistische Regression durchgeführt. Das Ergebnis der logistischen Regression ist eine Funktion der Wahrscheinlichkeit, dass das Kriterium unter

den gegebenen Prädiktoren auftritt (Kreienbrock u. Schach 1995). Die Kriterien wurden als binäre Variablen kodiert.

Als Prädiktoren für diese Kriterien wurden die folgenden Variablen a priori bestimmt und nach einem statistischem Signifikanzkriterium ($p < 0,05$) vorwärts schrittweise in die Regressionsgleichung aufgenommen. Im Folgenden werden die Referenzvariablen fett markiert:

- Geschlecht (**weiblich**, männlich)
- Ethnizität (**deutsch**, türkeistämmig, andere)
- Alter (fortlaufend)
- chronische Erkrankungen (**nicht bekannt**, bekannt)
- Wohnort (**unmittelbare Nähe zur Klinik**, nicht unmittelbare Nähe zur Klinik)
- Bildungsgrad (**niedrige**, mittlere und hohe Schulausbildung)
- Erwerbstätigkeit (**untere**, mittlere und höhere Erwerbsgruppe)
- Zeitpunkt (**außerhalb der sog. Praxisöffnungszeiten**, innerhalb der sog. Praxisöffnungszeiten)
- ärztliche Einweisung (**nicht vorhanden**, vorhanden)
- Beschwerdedauer (< **48h**, > 48h)
- Stärke der Schmerzen/ Beschwerden (**nicht stark**, stark)
- Grad der psychischen Belastung (**niedriger**, mittlerer und hoher Grad der psychischen Belastung)
- wahrgenommene Dringlichkeit (**dringend**, nicht dringend)

Um eine Aussage zum Anteil der angemessenen Inanspruchnahme der Patienten/-innen in den untersuchten Rettungsstellen zu erhalten, wurde ein Index der angemessenen Inanspruchnahme aus den oben genannten Kriterien A) bis F) erstellt. Die angemessene Inanspruchnahme einer Rettungsstelle wurde in diesem Modell angenommen, wenn mindestens vier der sechs Kriterien A) bis F) erfüllt waren. Analog zu den Berechnungen für die sechs Einzelkriterien wurde eine logistische Regressionsanalyse zu dem so entstandenen Index durchgeführt.

3. Ergebnisse

3.1. Beschreibung der Studienpopulation

3.1.1 In die Untersuchung einbezogene Patientinnen und Patienten

In den beschriebenen Untersuchungszeiträumen ließen sich an beiden Studienstandorten insgesamt 705 Patientinnen und Patienten interviewen. Angaben aus der Patientenbefragung wurden in dieser Studie mit den Angaben aus den Erste-Hilfe-Scheinen verknüpft. Bei 157 der interviewten Personen wurden die Erste- Hilfe-Scheine nicht vorgefunden, konnten nicht eindeutig zugeordnet werden oder waren unausgefüllt. 136 Patienten/-innen wurden primär von Ärzten/innen einer anderen Fachrichtung behandelt. Eine Zusammenführung der Daten aus den Interviews und den Erste-Hilfe-Scheinen gelang somit bei 412 Patientinnen und Patienten, die in diese Auswertung einbezogen wurden.

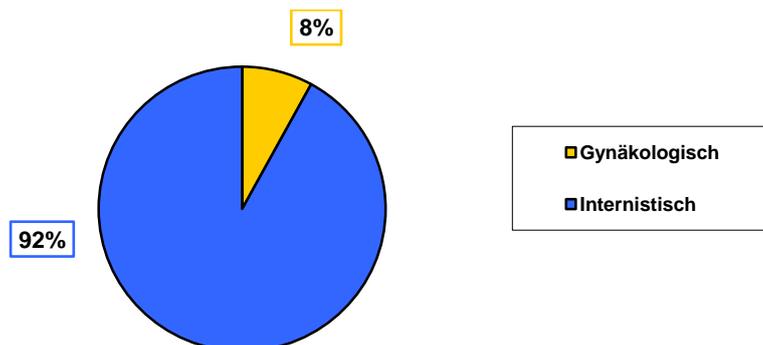
3.1.2 Patientenbefragung

Mittels leitfadengestützter Interviews konnte eine hohe Antwortbereitschaft bei den Patienten und Patientinnen erreicht werden. Die persönlichen Interviews trugen zur Vollständigkeit der Beantwortung der insgesamt 108 Fragen bei. Dabei lagen die Fragebögen mehrsprachig vor. Als weiterer Vorteil ist zu nennen, dass durch die mündliche Abfrage auch Patientinnen und Patienten mit geringem Alphabetisierungsgrad in die Studie einbezogen werden konnten. Bei den erhobenen Variablen variierte der Anteil fehlender Werte stark. In der deskriptiven Darstellung der Daten werden die fehlenden Werte im Einzelnen angegeben, in Tabellen und graphischen Darstellungen jedoch nicht berücksichtigt.

3.1.3 Standort und Fachrichtung der Behandlung

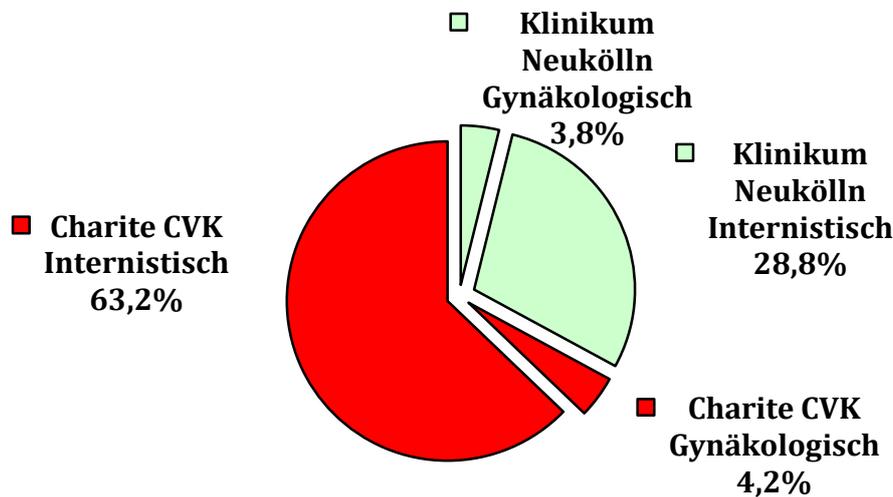
Insgesamt wurden 92,0% (n=384) der Patientinnen und Patienten in den internistischen und 8% (n=28) in den gynäkologischen Rettungsstellen befragt (Abb. 6).

Abb.6: Anteil der Fälle der Gesamtstichprobe nach Fachrichtungen (n=412)



Der Anteil der Patienten/innen an der Gesamtstichprobe betrug für die Charité/Campus Virchow-Klinikum 67,5% und für das Vivantes Klinikum Neukölln 32,5% (Abb.7).

Abb.7 : Anteil der Standorte an der Gesamtstichprobe (n=412)



3.2. Soziodemographische Merkmale der Studienpopulation

Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse beziehen sich auf die internistischen und gynäkologischen Patienten/-innen der Rettungsstellen, wobei in der weiteren Darstellung die Ergebnisse nicht nach den Fachrichtungen differenziert werden. An den Standorten Charite Campus Virchow-Klinikum und Vivantes Klinikum Neukölln wurden insgesamt 412 Patienten/-innen in die Auswertung eingeschlossen.

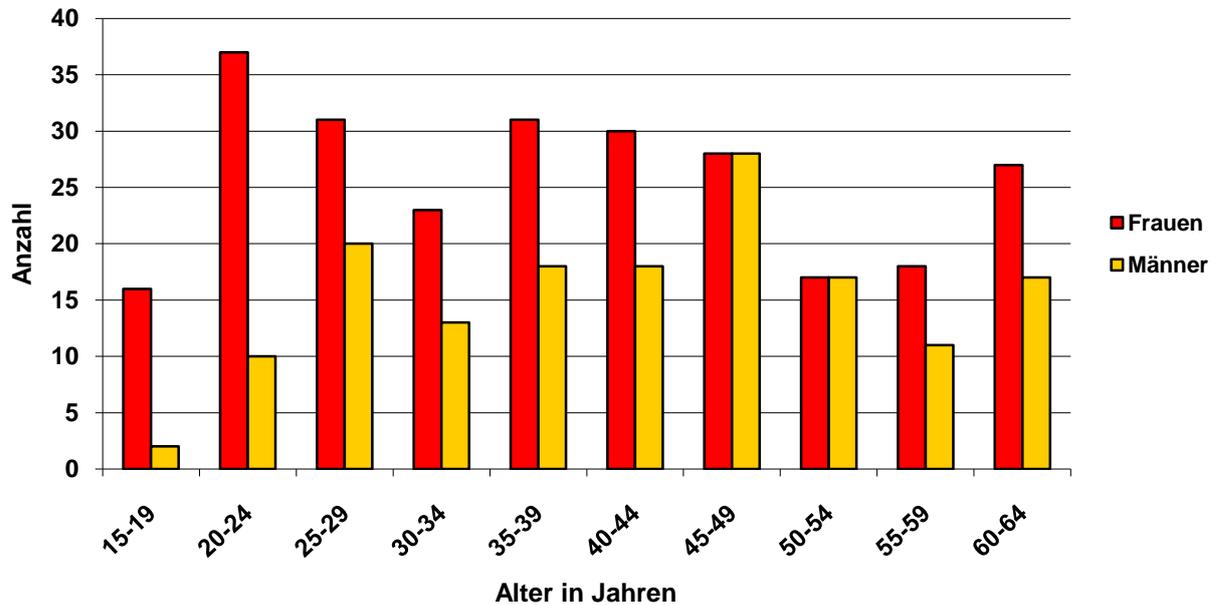
3.2.1. Geschlecht

Der Anteil der Frauen an der Studienpopulation war mit 62,5% deutlich höher als der Anteil der Männer mit 37,5% (Abb.).

3.2.2. Alter

Das Alter der Patienten/-innen lag zwischen 15 und 65 Jahren. Der Altersmedian lag bei den Frauen bei 39 Jahren und bei den Männern bei 44 Jahren. In der deskriptiven Darstellung zeigten sich Unterschiede zwischen den jeweiligen Altersgruppen. Die Abb.8 verdeutlicht diese Unterschiede unterteilt nach Altersgruppen.

Abb.8 : Altersverteilung nach Geschlecht



Stratifiziert man das Alter der Patienten/-innen nach Ethnizität, ergaben sich weitere Unterschiede. So sind 56% der deutschen Patienten/-innen unter 45 Jahre alt. Bei den Migranten/-innen sind es rund 70%.

Tab.5 : Ethnizität der Patienten/innen nach Alter und Geschlecht (%)

Frauen	15-30 Jahre n = 88	31-45 Jahre n = 85	46-64 Jahre n = 85
	%	%	%
Deutsch	55,7	60,0	61,2
Türkisch und Kurdisch	20,5	15,3	24,7
Arabisch, Persisch u.a. Nahost	1,1	1,2	1,2
Osteuropäisch	1,1	1,2	1,2
Südosteuropäisch	6,8	3,5	2,4
Übrige europäische Sprachen	5,7	5,9	4,7
Asiatisch	3,4	1,2	1,2
Afrikanisch	5,7	10,6	1,2
amerikanische, australische Sprachen	0,0	1,2	1,2
Unbekannt	0,0	0,0	1,2
Gesamt	100	100	100
Männer	n = 33	n = 53	n = 68
	%	%	%
Deutsch	54,5	52,8	73,5
Türkisch und Kurdisch	24,2	28,3	10,3
Arabisch, Persisch u.a. Nahost	3,0	3,8	2,9

Osteuropäisch	0,0	1,9	0,0
Südosteuropäisch	3,0	0,0	5,9
Übrige europäische Sprachen	6,0	3,8	2,9
Asiatisch	0,0	0,0	1,5
Afrikanisch	9,1	9,4	2,9
amerikanische, australische Sprachen	0,0	0,0	0,0
Unbekannt	0,0	0,0	0,0
Gesamt	100	100	100

3.2.3. Krankenversicherung

Beim Krankenversicherungsstatus zeigten sich signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede. 95,8% der Frauen, aber nur 87,3% der Männer waren über die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) versichert. Männer waren hingegen häufiger bei privaten Versicherungsträgern (3,2% vs. 0,4%). In 26 Fällen (6%) wurden andere oder keine Kostenträger angegeben.

Zudem waren deutliche ethnizitätsspezifische Unterschiede ($p < 0,001$) hinsichtlich des Versicherungsstatus zu erkennen. Patientinnen türkischer Herkunft waren zu 100% und Patienten türkischer Herkunft zu 93,5% gesetzlich versichert. Ebenso waren bei den deutschen Patienten/-innen mehr Frauen gesetzlich versichert als Männer (95% vs. 86,9%).

3.2.4 Ethnizität

Mit 38,7% war der Anteil an Migranten/-innen in der Stichprobe relativ hoch. Dabei waren 39,6% der Frauen und 37,1% der Männer Migranten/-innen. 20% der Patienten/-innen waren türkisch/kurdischer, 2% arabisch/persischer, 1% osteuropäischer und 4% südosteuropäischer Herkunft. 5% der Patienten waren anderen west- oder südeuropäischen Ländern zuzuordnen. Etwa 1,4% der Patienten waren asiatischer, 6% afrikanischer und 1% amerikanischer oder australischer Herkunft. Bei der genauen Betrachtung der Ethnizität fielen geschlechtsspezifische Unterschiede auf. So stellten sich deutlich mehr Männer arabischer und persischer Herkunft, im Gegensatz zu einem höheren Frauenanteil bei Patienten/-innen europäischer oder asiatischer Herkunft, vor (Tab.6).

Tab.6 : Ethnizität der Patienten/innen nach Sprachgruppen (%)

Ethnizität	Frauen n = 258	Männer n = 154	Gesamt n = 412
	%	%	%
Deutsch	60,0	62,9	61,1
Türkisch und Kurdisch	19,6	19,5	19,6

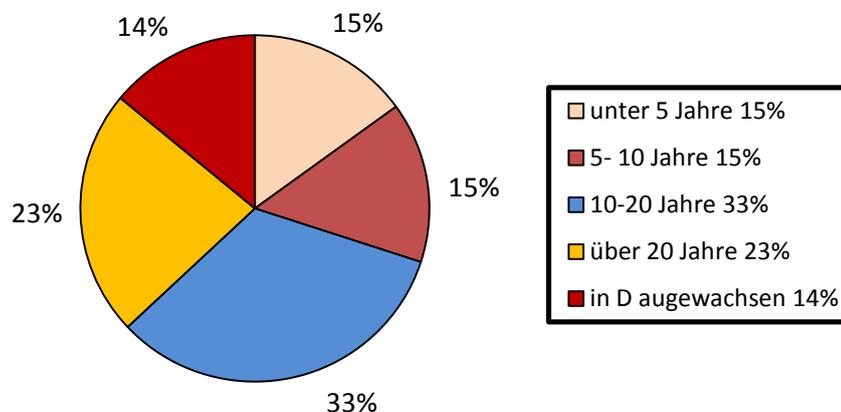
Arabisch, Persisch u.a. Nahost	1,1	3,1	1,9
Osteuropäisch	1,1	0,6	0,9
Südosteuropäisch	4,2	3,1	3,8
Übrige europäische Sprachen	5,3	3,7	4,7
Asiatisch	1,9	0,6	1,4
Afrikanisch	5,7	6,3	5,9
amerikanische, australische Sprachen	0,8	0,0	0,5
Unbekannt	0,4	0,0	0,2
Gesamt	100	100	100

3.2.5. Aufenthaltsdauer in Deutschland

14% der Befragten nicht-deutscher Herkunft sind in Deutschland aufgewachsen und weitere 23% leben seit mehr als 20 Jahren in Deutschland. 33% der Migranten/- innen leben zwischen 10 und 20 Jahren, 15% zwischen 5 und 10 Jahren und weitere 15% unter 5 Jahren in Deutschland.

Abb.9 : Aufenthaltsdauer in Deutschland der Befragten

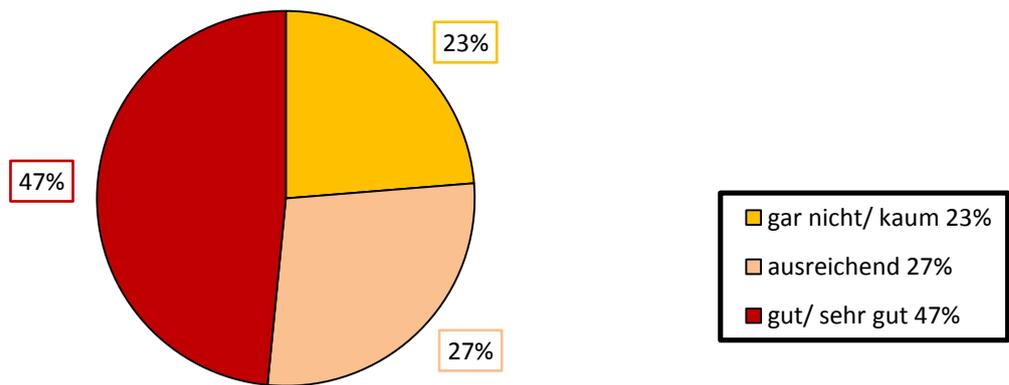
nicht-deutscher Herkunft, n= 132



3.2.6. Deutsches Sprachverständnis

Auf die Frage: „Wie gut sprechen und verstehen Sie nach Ihrer eigenen Einschätzung die deutsche Sprache?“ antworteten rund 47% der Befragten mit Migrationshintergrund mit „gut“ oder „sehr gut“, 27% verfügen über mittelmäßig gute (Abb.10). Diese Verteilung ergibt bei einer getrennten Betrachtung von türkeistämmigen Befragten und Befragten anderer Herkunft keine wesentlichen Unterschiede.

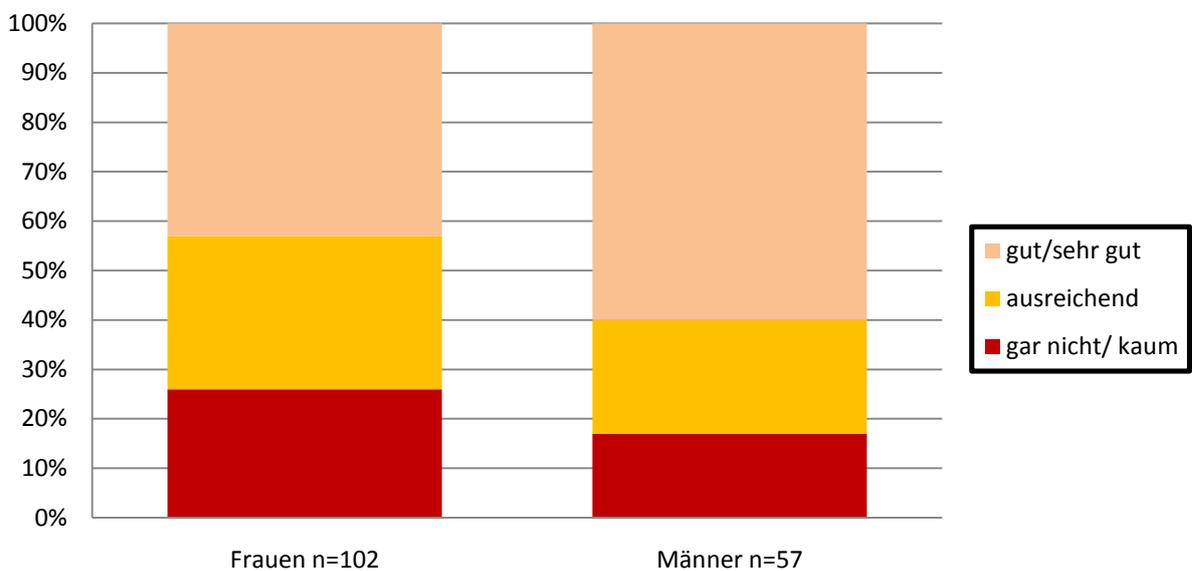
Abb.10 : Deutsches Sprachverständnis bei nicht-deutscher Muttersprache, n=159 in %



Betrachtet man Männer und Frauen getrennt, so stellt man fest, dass Frauen mit 27% deutlich häufiger über geringe oder gar keine Deutschkenntnisse verfügen als Männer mit rund 18%. 60% der Männer sprechen nach eigener Einschätzung gut oder sehr gut Deutsch, während es bei den Frauen nur 42% sind (Abb.11).

Abb.11 : Deutsches Sprachverständnis bei nicht-deutscher Muttersprache nach Geschlecht

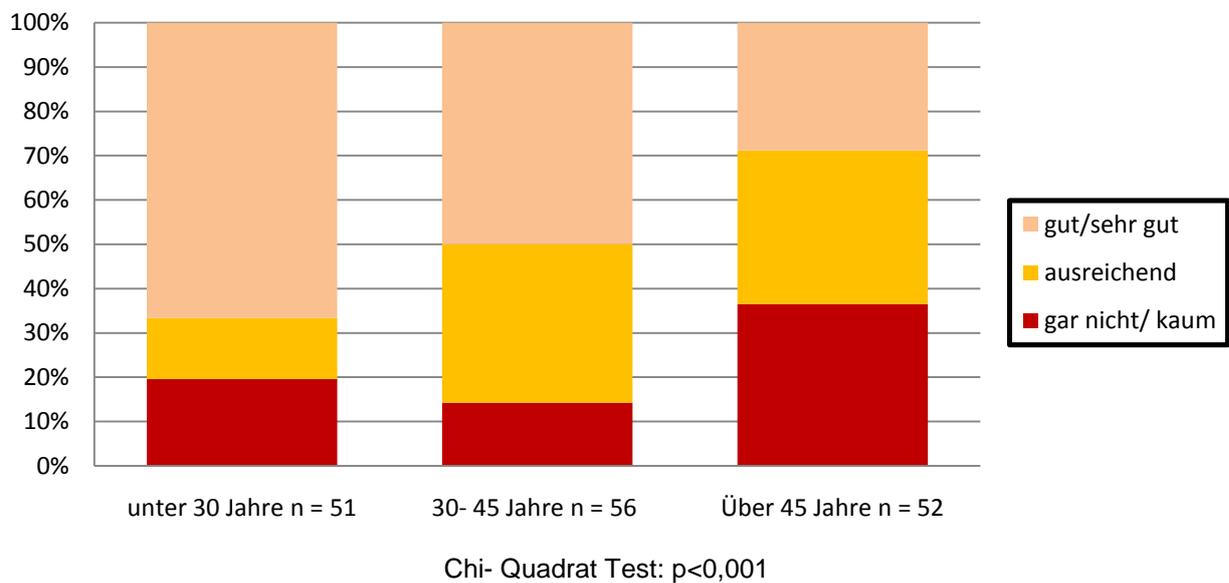
n= 159 in %



Chi- Quadrat Test: $p < 0,012$

Ebenso zeigt eine Analyse des Alters, dass die jüngeren Befragten wesentlich besser die deutsche Sprache beherrschen als die älteren. So verfügen rund 67% der unter 30 jährigen über gute bis sehr gute Deutschkenntnisse, während es bei den über 46 jährigen nur noch 27% sind (Abb.12).

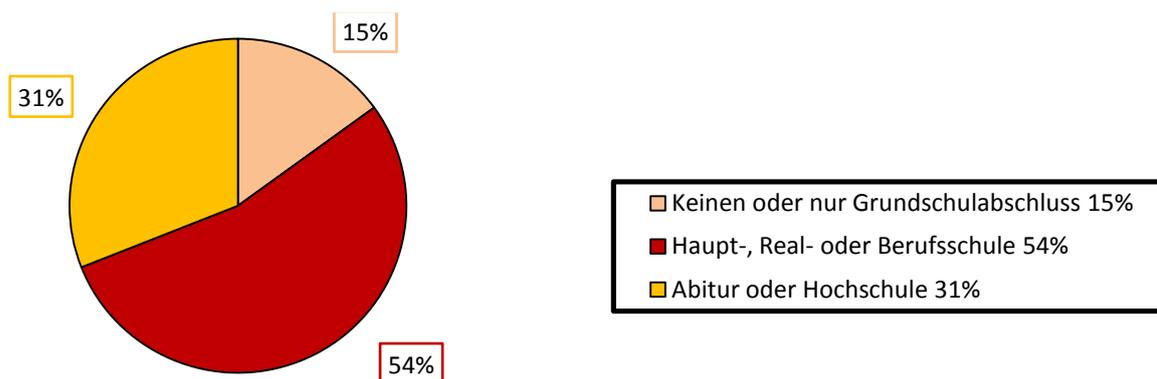
**Abb.12 :Deutsches Sprachverständnis bei nicht-deutscher Muttersprache nach Alter
n= 159 (in %)**



3.2.7. Bildungsgrad

54,4% der Befragten absolvierten eine Haupt-/ Real- oder Berufsschule und 30,9% haben Abitur oder einen Hochschulabschluss. 14,7% der Befragten haben keinen oder nur einen Grundschulabschluss (Abb.13).

Abb.13 : Bildungsgrad nach Schulabschluss, n=412



Betrachtet man die Studienkollektive nach Herkunft und Geschlecht, ist der Anteil der Patienten/-innen mit geringer schulischer Bildung in den einzelnen Gruppen unterschiedlich hoch. So haben 40,7% der türkeistämmige Patienten/-innen keinen oder nur einen

Grundschulabschluss. Dies betrifft ebenso 17,9% der Migranten/-innen anderer Herkunft. Bei den Deutschen fällt der Anteil mit 5,4% wesentlich kleiner aus. Abitur oder Hochschule wird von 45% der Befragten anderer Herkunft, 31% der deutschen Patienten/-innen und 17% Patienten/-innen türkischer Herkunft angegeben. Auffallend sind die Unterschiede bei den Patienten und Patientinnen türkischer Herkunft. Während türkischstämmige Männer in dieser Studienpopulation ebenso oft wie deutsche Männer eine hohe Schulbildung haben (33,3%), erreichten nur 7,8% der Patientinnen mit türkischem Hintergrund das Abitur. 45,1%, also fast jede zweite der türkischstämmigen Patientinnen, hatten keinen oder nur einen Grundschulabschluss (Tab.7).

Tab.7 : Bildungsgrad der Patientinnen und Patienten nach Geschlecht und Herkunft (%)

Bildungsgrad	Frauen n = 258	Männer n = 154	Gesamt n= 412
Deutsche Herkunft	n= 152	n= 95	n= 247
	%	%	%
Keine oder Grundschule	5,7	5,0	5,4
Haupt-, Real-, oder Berufsschule	63,9	63,0	63,6
Abitur oder Hochschule	30,4	32,0	31,0
Gesamt	100	100	100
Türkische Herkunft	n= 54	n= 31	n= 85
	%	%	%
Keine oder Grundschule	45,1	33,3	40,7
Haupt-, Real-, oder Berufsschule	47,1	33,3	42,0
Abitur oder Hochschule	7,8	33,3	17,3
Gesamt	100	100	100
Andere Herkunft	n= 52	n= 28	n= 80
	%	%	%
Keine oder Grundschule	20,0	14,3	17,9
Haupt-, Real-, oder Berufsschule	40,0	32,1	37,2
Abitur oder Hochschule	40,0	53,6	44,9
Gesamt	100	100	100

Chi-Quadrat-Test für türkische Herkunft: $p < 0,05$

Untersucht man den Bildungsgrad der Befragten unter Berücksichtigung von Ethnizität und Alter lassen sich weitere Unterschiede feststellen. Besonders die schulische Bildung der türkeistämmigen Patienten/-innen ist stark abhängig von Alter. So haben 19,2% der unter 30-Jährigen, 32,1% der 30- bis 45-Jährigen und 73,1% der 46- bis 64- Jährigen keinen oder nur einen Grundschulabschluss. Auch bei den Befragten anderer Ethnizitäten sinkt die schulische

Bildung mit dem Alter. 18,5% der unter 30- Jährigen, 10,3% der 30- bis 45- Jährigen und 27,3% der 46- bis 64- Jährigen haben keine oder nur eine niedrige schulische Bildung.

Bei den deutschen Patienten/-innen ist der Anteil der Befragten mit geringer schulischer Bildung bei den 30- bis 64- Jährigen mit 1,3% - 5% wesentlich niedriger (Tab.8).

Tab.8 : Bildungsgrad der Patientinnen und Patienten nach Alter und Ethnizität (%)

Bildungsgrad	Unter 30 Jahre	31-45 Jahre	46-64 Jahre
Deutsche Ethnizität	n= 67	n= 79	n= 101
	%	%	%
Keine oder Grundschule	9,0	1,3	5,0
Haupt-, Real-, oder Berufsschule	49,2	65,8	72,2
Abitur oder Hochschule	41,8	32,9	22,8
Gesamt	100	100	100
Türkische Ethnizität	n= 26	n= 28	n= 26
	%	%	%
Keine oder Grundschule	19,2	32,1	73,1
Haupt-, Real-, oder Berufsschule	61,5	42,9	23,1
Abitur oder Hochschule	19,3	25,0	3,8
Gesamt	100	100	100
Andere Ethnizität	n= 27	n= 29	n= 22
	%	%	%
Keine oder Grundschule	18,5	10,3	27,3
Haupt-, Real-, oder Berufsschule	48,1	34,5	27,2
Abitur oder Hochschule	33,4	55,2	45,5
Gesamt	100	100	100

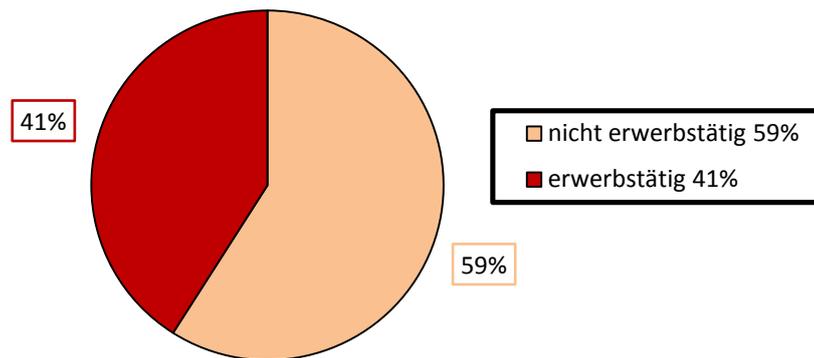
Fehlende Werte bei 6 Frauen und 1 Mann.

Chi-Quadrat-Test für türkische Ethnizität: $p < 0,001$

3.2.8. Erwerbsstatus

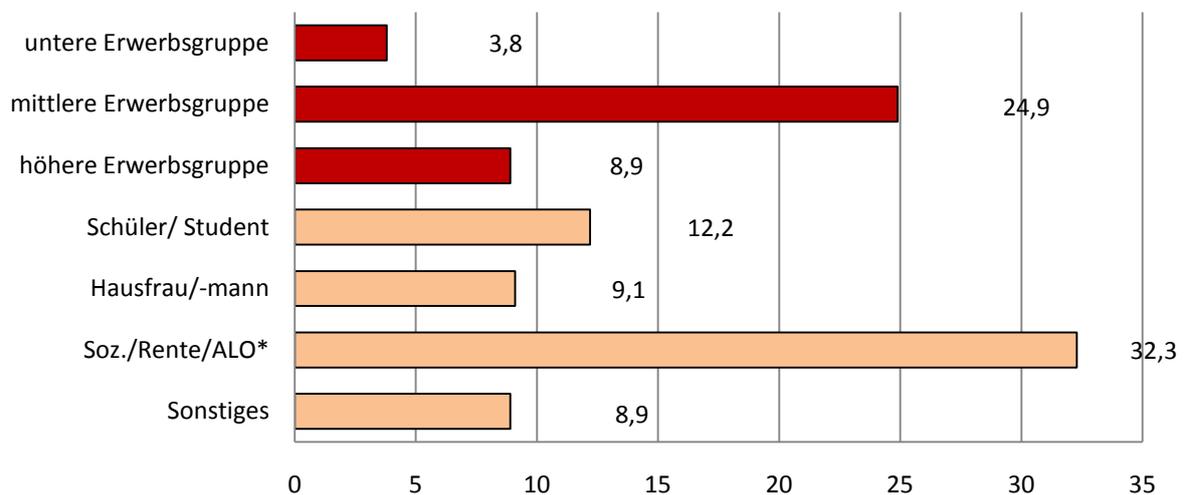
Der Anteil der zum Befragungszeitpunkt nicht erwerbstätigen Patienten/-innen betrug fast 60%.

Abb.14: Erwerbstätigkeit der Patientinnen und Patienten, n=412 (%)



Aufgeschlüsselt nach Art der Einkünfte bzw. Tätigkeiten ergibt sich folgende Verteilung der Patientenangaben: Von den Befragten, die erwerbstätig sind, ordnen sich 3,8% einer unteren, 24,9% einer mittleren und 8,9% einer höheren Erwerbsgruppe zu. Die Definition der einzelnen Erwerbsgruppen ist in der Methodik (2.3.3.2) erläutert. Bei den nicht-erwerbstätigen Befragten sind 12,2% Schüler oder Studierende, 9,1% sind Hausfrau/-mann und 32,3% beziehen Hilfe zum Lebensunterhalt in Form von Arbeitslosengeld oder Arbeitslosenhilfe, Sozialhilfe oder Rente. 8,9% der Patienten/-innen sind selbstständig oder geben einen sonstigen Erwerbsstatus an. (Abb.15)

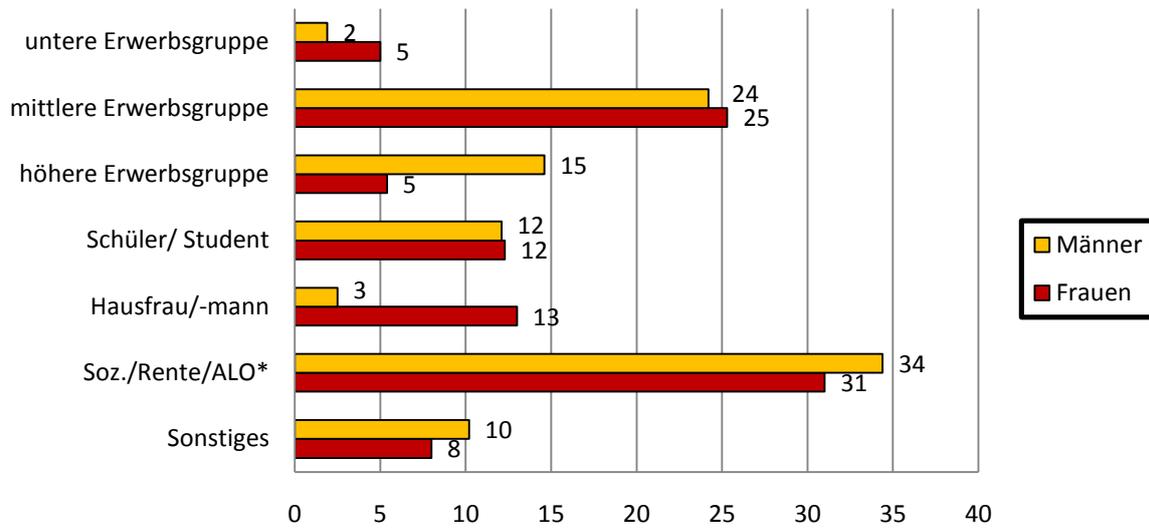
Abb.15 : Erwerbsstatus der Befragten, n= 412 (%)



*=Sozialhilfe, Rente, Arbeitslosengeld oder –hilfe

Differenziert man nun den Erwerbsstatus nach Geschlecht, so ergeben sich weitere Unterschiede. Frauen gehören häufiger der unteren und seltener der höheren Erwerbsgruppe an. Sie sind häufiger im Haushalt tätig und beziehen seltener staatliche Hilfe zum Lebensunterhalt als Männer (Abb.16).

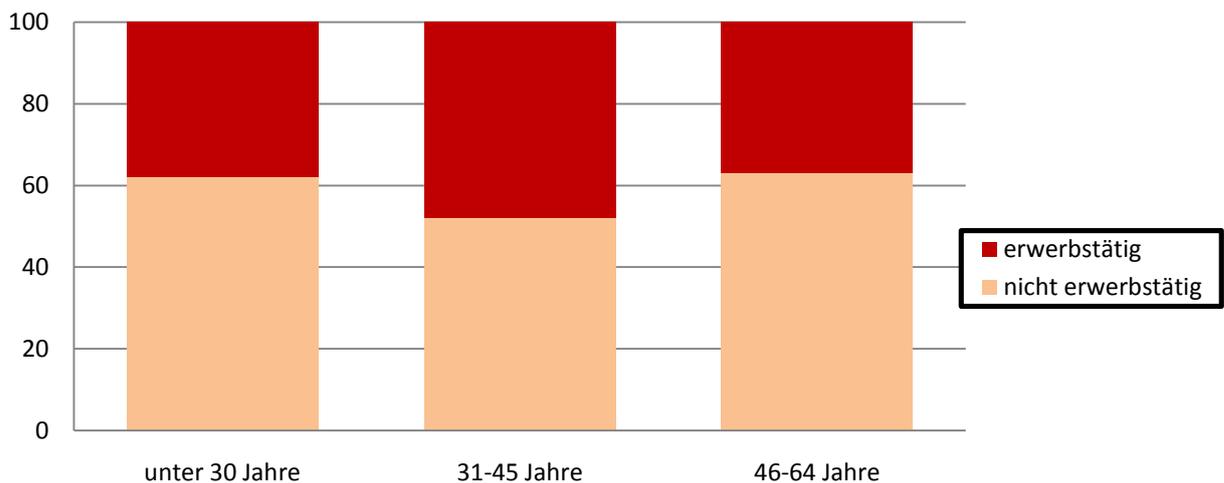
Abb.16 : Erwerbsstatus nach Geschlecht, n= 412 (%)



*=Sozialhilfe, Rente, Arbeitslosengeld oder -hilfe

Eine Analyse des Erwerbsstatus nach Altersgruppen zeigt, dass 62% der Befragten unter 30 Jahren, 52% der 31-45-Jährigen und 63% der 46-64- Jährigen Patienten/-innen nicht erwerbstätig sind (Abb.17).

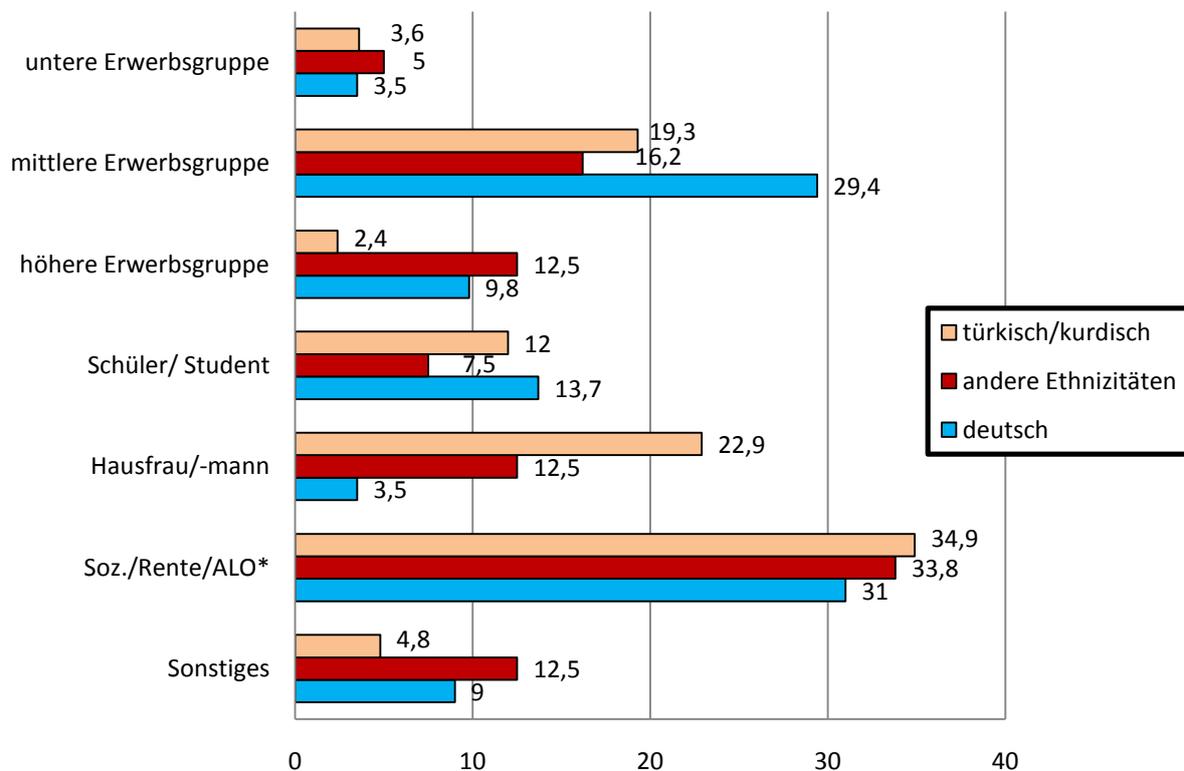
Abb.17 : Erwerbsstatus nach Alter, n= 412(%)



Betrachtet nach Ethnizität zeigt sich, dass türkeistämmige Befragte oder Migranten/-innen anderer Ethnizitäten deutlich seltener erwerbstätig sind als die deutschen Patienten/-innen. 43% der deutschen Patienten/-innen aber nur 25% der türkeistämmigen und 34% Patienten/-innen anderer Herkunft gehen einer Erwerbsarbeit nach. In der "höheren Erwerbsgruppe" ist ein

deutlicher Unterschied zwischen den befragten Migranten/-innen türkisch/kurdischer Herkunft und denen anderer Herkunft zu beobachten. Während sich 12,5% der Migranten/-innen anderer Herkunft einer "höheren Erwerbsgruppe" zuordnen, sind es bei den türkeistämmigen Patienten/-innen nur 2,4%. Der Anteil der Hausfrauen/-männer liegt bei den türkeistämmigen Befragten mit 22,9% deutlich höher als der der deutschen Befragten mit nur 3,5%. 34,9% der türkeistämmigen, 33,8% anderer Herkunft und 31% der deutschen Patienten/-innen erhalten Sozialhilfe, Rente oder Arbeitslosengeld (Abb.18).

Abb.18 : Erwerbsstatus nach Herkunft, n= 412 (%)



*=Sozialhilfe, Rente, Arbeitslosengeld oder –hilfe

Tabelle 9 zeigt die geschlechtsspezifischen Unterschiede, die bei den türkeistämmigen Befragten am deutlichsten sind.

Tab.9 : Erwerbsstatus der Patientinnen und Patienten nach Geschlecht und Ethnizität n=412 (%)

Erwerbsstatus	Frauen n = 258	Männer n = 154	Gesamt n = 412
Deutsche Ethnizität	n= 152	n= 95	n= 247
	%	%	%
Untere Erwerbsgruppe	5,2	1,0	3,5
Mittlere Erwerbsgruppe	31,6	26,0	29,4
Höhere Erwerbsgruppe	7,1	14,0	9,8
Erwerbstätige aller Erwerbsgruppen*	43,9	41,0	42,7
Schüler/ Student	12,9	15,0	13,7
Hausfrau/ -mann	5,2	1,0	3,5
Sozialhilfe/ Rente/ AOL	29,0	34,0	31,0
Sonstige	9,0	9,0	9,0
Gesamt	100	100	100
Türkische Ethnizität	n= 53	n= 31	n= 84
Untere Erwerbsgruppe	5,7	0	3,6
Mittlere Erwerbsgruppe	17,0	23,3	19,3
Höhere Erwerbsgruppe	0	6,7	2,4
Erwerbstätige aller Erwerbsgruppen*	22,7	30,0	25,3
Schüler/ Student	15,1	6,7	12,0
Hausfrau/ -mann	32,1	6,7	22,9
Sozialhilfe/ Rente/ AOL	28,3	46,7	34,9
Sonstige	1,9	10,0	4,8
Gesamt	100	100	100
Andere Ethnizität	n= 53	n= 28	n= 81
	%	%	%
Untere Erwerbsgruppe	3,8	7,4	5,0
Mittlere Erwerbsgruppe	15,1	18,5	16,2
Höhere Erwerbsgruppe	5,7	25,9	12,5
Erwerbstätige aller Erwerbsgruppen*	24,6	51,8	23,7
Schüler/ Student	7,5	7,4	7,5
Hausfrau/ -mann	17,0	3,7	12,5
Sozialhilfe/ Rente/ AOL	39,6	22,2	33,8
Sonstige	11,3	14,8	12,5
Gesamt	100	100	100

* Dieser Wert wird kumulativ aus den vorherigen Werten ermittelt.

3.2.9 Chronische Erkrankung

52% der Befragten geben eine chronische Erkrankung an. Dabei ist eine stetige Zunahme an chronischen Erkrankungen mit höherem Alter festzustellen. 33% aller unter 30- Jährigen, 43% der 31-45- Jährigen, 71% der über 45- Jährigen leiden an einer chronischen Erkrankung. Betrachtet man die Angaben der Befragten unter dem Aspekt der Ethnizität, so ergeben sich

weitere Unterschiede. In der Altersgruppe der bis 30- Jährigen geben deutsche Patienten/-innen häufiger eine chronische Krankheit an als türkeistämmige oder Migranten/-innen anderer Herkunft (36% vs. 33% vs. 24%). Auch in der Gruppe der 31-45- Jährigen weisen die deutschen Befragten höhere Werte auf als die Migranten/-innen (48,1% vs. 37,9%). In der Altersgruppe der über 46-jährigen zeigt sich dieser Unterschied nicht mehr.

Tab.10 : Vorliegen von chronischer Erkrankung nach Alter und Ethnizität, n=411 (%)

Chronische Erkrankung	Deutsche Herkunft	Türkische Herkunft	andere Herkunft	Gesamt
Unter 30 Jahre	n=66	n=25	n=26	n=117
	%	%	%	%
Ja	36,4	33,3	24	33
Nein	63,6	66,7	76	67
Gesamt	100	100	100	100
31-45 Jahre	n=78	n=30	n=30	n=138
	%	%	%	%
Ja	48,1	31	44,8	43,7
Nein	51,9	69	55,2	56,3
Gesamt	100	100	100	100
46-64 Jahre	n=102	n=30	n=24	n=156
	%	%	%	%
Ja	74,3	75,0	69,6	73,7
Nein	25,7	25,0	30,4	26,3
Gesamt	100	100	100	100

Chi-Quadrat nach Pearson für unter 30 Jahre: $p = 0,534$.

Chi-Quadrat nach Pearson für 31- 45 Jahre: $p = 0,287$.

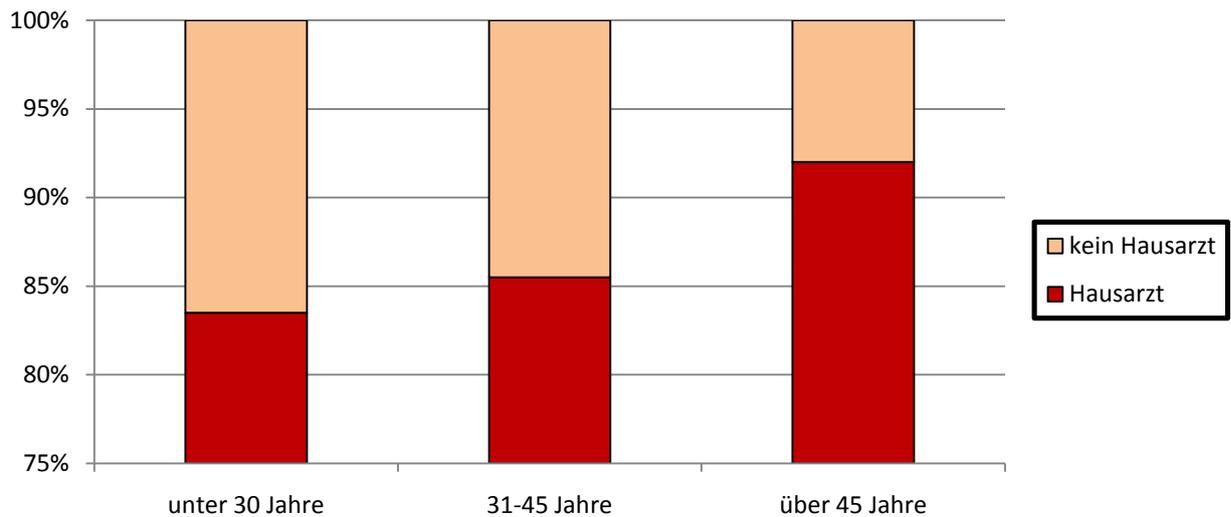
Chi-Quadrat nach Pearson für 46-64 Jahre: $p = 0,885$.

3.2.10 Nutzung von medizinischen Versorgungseinrichtungen

3.2.10.1 Hausärztliche Betreuung

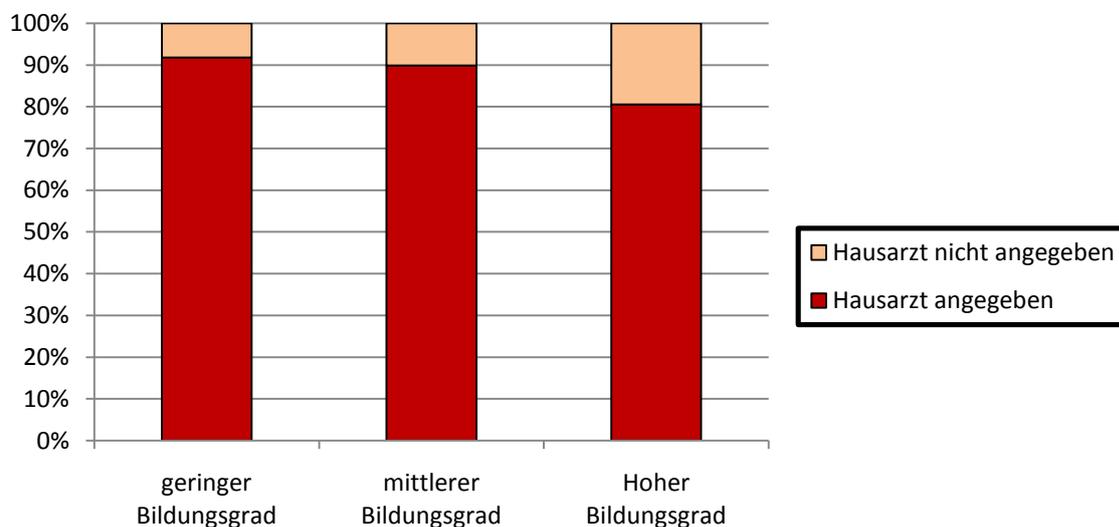
Insgesamt gaben 88% der Befragten an einen Hausarzt zu haben. Die Anzahl der Personen ohne einen Hausarzt nimmt mit zunehmendem Alter ab. So haben 16,5% der unter 30- Jährigen und nur 8% der über 45- Jährigen keinen Hausarzt.

Abb.19 : Angabe einer hausärztlichen Betreuung nach Alter, n=412 (%), p=0,092



Untersucht man den Zusammenhang zwischen dem Bildungsgrad der Befragten und dem Vorhandensein eines Hausarztes so stellt man fest, dass Personen mit geringem oder mittlerem Bildungsgrad häufiger einen Hausarzt haben als Personen mit Abitur oder Hochschulabschluss (8,2% bzw. 10,1% vs. 19,4%) (Abb.20).

Abb.20 : Angabe einer hausärztlichen Betreuung nach Bildungsgrad, n=412 (%), p= 0,022



Auch nach Berücksichtigung des Alters besteht ein Zusammenhang von seltenerem Vorhandensein eines Hausarztes bei höherem Bildungsgrad.

Ein Vergleich der Angaben zur hausärztlichen Versorgung nach Herkunft und Alter der Patienten/-innen zeigt in der Gruppe der unter 30- Jährigen, dass die Patienten/-innen türkischer

Herkunft weitaus häufiger einen Hausarzt haben als die deutschen Befragten oder Befragten anderer Ethnizitäten (96,2% vs. 79,1% bzw. 82,1%).

Auch in den anderen Altersgruppen ist dieser Unterschied, wenn auch nicht so stark ausgeprägt, vorhanden (Tab.11).

Tab.11 : Vorhandensein eines Hausarztes nach Alter und Ethnizität, n=412 (%)

Hausarzt vorhanden	Deutsche Herkunft	Türkische Herkunft	Sonstige Herkunft	Gesamt
Unter 30 Jahre	n=67	n=26	n=28	n=121
	%	%	%	%
Ja	79,1	96,2	82,1	83,5
Nein	20,9	3,8	17,9	16,5
Gesamt	100	100	100	100
31-45 Jahre	n=79	n=29	n=30	n=138
	%	%	%	%
Ja	86,1	86,2	83,3	85,5
Nein	13,9	13,8	16,7	14,5
Gesamt	100	100	100	100
46-64 Jahre	n=102	n=28	n=23	n=153
	%	%	%	%
Ja	92,2	96,4	91,3	92,8
Nein	7,8	3,6	8,7	7,2
Gesamt	100	100	100	100

Chi-Quadrat nach Pearson für unter 30 Jahre: $p=0,136$.

Chi-Quadrat nach Pearson für 31-45 Jahre: $p=0,929$.

Chi-Quadrat nach Pearson für 46-64 Jahre: $p=0,707$.

3.2.10.2. Zeitpunkt der Vorstellung in der Rettungsstelle

Innerhalb der im Forschungsprojekt definierten “Praxiszeiten“, welche den durchschnittlichen Öffnungszeiten der Praxen niedergelassener Ärzte entsprechen, d.h. von 8 bis 18:00 Uhr, stellten sich 35% der Befragten in der Rettungsstelle vor, 65% kamen außerhalb dieser Zeitspanne. Betrachtet man nun die Abhängigkeit vom Geschlecht, so zeigen sich weitere Unterschiede. Während 69% der Frauen die beiden Notfallambulanzen außerhalb der “Praxiszeiten“ und somit eher abends und nachts nutzen, sind es bei den Männern nur 59%. Die Unterscheidung zwischen deutschen Patienten/-innen und Migrantinnen/-innen zeigt, dass Notfallambulanzen außerhalb der “Praxiszeiten“ vermehrt durch Migrantinnen/-innen aufgesucht wurden. Auffallend ist, dass sich türkeistämmige Männer wesentlich häufiger abends und nachts in der Rettungsstelle mit Beschwerden vorstellen als Männer anderer Ethnizitäten (90,3% vs. 57,1%).

Tab.12: Zeitpunkt der Inanspruchnahme der Rettungsstelle nach Geschlecht und Ethnizität n=412 (%)

Tageszeit	Frauen n=258				Männer n=154			
	deutsch n=152	türkisch n=53	andere n=53	gesamt n=258	deutsch n=95	türkisch n=31	andere n=28	gesamt n=154
	%	%	%	%	%	%	%	%
Innerhalb "Praxiszeit"	35,8	26,4	22,6	31,3	50	9,7	42,9	40,9
Außerhalb "Praxiszeit"	64,2	73,6	77,4	68,7	50	90,3	57,1	59,1
Gesamt	100	100	100	100	100	100	100	100

Altersstratifiziert zeigte sich, dass die Patienten/innen mit zunehmendem Alter häufiger innerhalb der Praxisöffnungszeiten die Rettungsstellen aufsuchten (Tab.13).

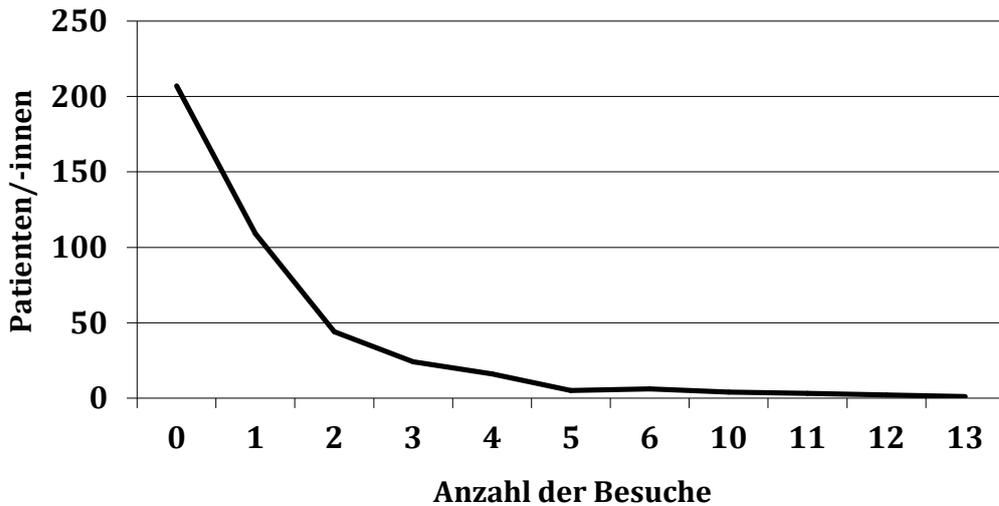
Tab.13: Zeitpunkt der Inanspruchnahme der Rettungsstelle nach Geschlecht und Alter n=412 (%)

Tageszeit	Frauen n=258				Männer n=154			
	15-30 Jahre n= 88	31-45 Jahre n=85	46-64 Jahre n=85	Gesamt n=258	15-30 Jahre n= 33	31-45 Jahre n=53	46-64 Jahre n=68	Gesamt n=154
	%	%	%	%	%	%	%	
Innerhalb "Praxiszeit"	25,0	34,1	35,3	31,3	30,3	35,8	50,0	40,9
Außerhalb "Praxiszeit"	75,0	65,9	64,7	68,7	69,7	64,2	50,0	59,1
Gesamt	100	100	100	100	100	100	100	100

3.2.10.3. Vielnutzer von Rettungsstellen

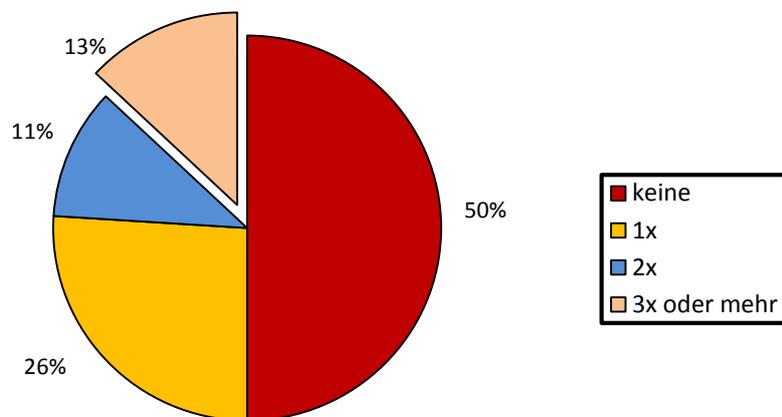
Im Interview wurden die Patienten/-innen gefragt, wie oft sie sich in den vergangenen 12 Monaten in Rettungsstellen behandeln ließen. 50% der Befragten gaben an, sich erstmals in einer Rettungsstelle vorzustellen. 26% der Befragten hatten in den vergangenen 12 Monaten bereits einmal eine Notfallambulanz aufgesucht. 11% gaben zwei Besuche, 6% drei Besuche und 4% der Befragten vier Besuche von Rettungsstellen an. 3% der Patienten/-innen gaben an, dass sie sich zwischen 5 und 30 Mal im Verlauf der letzten 12 Monate in einer Notfallambulanz vorgestellt hatten (Abb.21).

Abb.21 Anzahl der Rettungsstellenbesuche in den vergangenen 12 Monaten, n =412



Somit nutzten 87% der Patientinnen die Notfallambulanzen bis zu zweimal in den vergangenen 12 Monaten und 13% drei oder mehrmals (Abb.22).

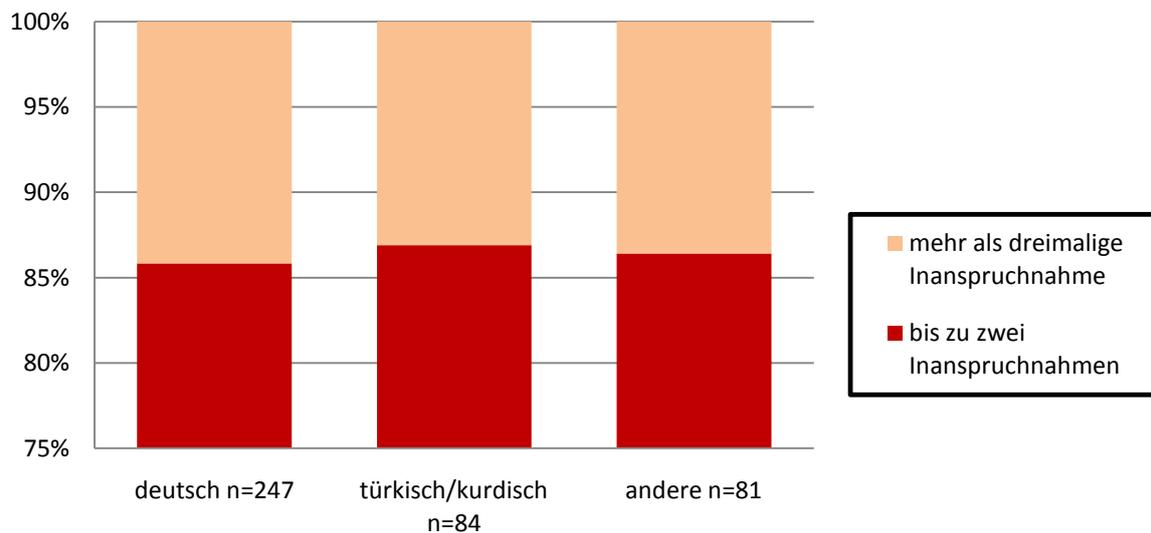
Abb.22 : Inanspruchnahme von Rettungsstellen in den vergangenen 12 Monaten, n=412 (%)



Die Patientinnen und Patienten, die Rettungsstellen in den vergangenen 12 Monaten dreimal oder häufiger in Anspruch nahmen (13%), werden in dieser Untersuchung als “Vielnutzer“ von Rettungsstellen definiert. Ältere Patienten und Patientinnen, Frauen und Befragte mit geringerem Bildungsgrad waren etwas häufiger “Vielnutzer“ der Rettungsstellen. Es bestand aber kein statistisch signifikanter Zusammenhang. Auch eine Analyse nach Herkunft der Patienten/-innen ergab keinen signifikanten Zusammenhang.

14% der deutschen Befragten und 13% der Befragten anderer nicht-deutscher Herkunft, aber 13% der türkeistämmigen Befragten gaben an, im vergangenen Jahr dreimal oder häufiger eine Rettungsstelle aufgesucht zu haben (Abb.23).

Abb.23 : Nutzungsfrequenz von Rettungsstellen in den vergangenen 12 Monaten nach Herkunft, n=412 (%), p= 0,661



Auch eine geschlechterspezifische Betrachtung der Nutzungsfrequenz im Zusammenhang mit der Ethnizität ergab keinen signifikanten Unterschied.

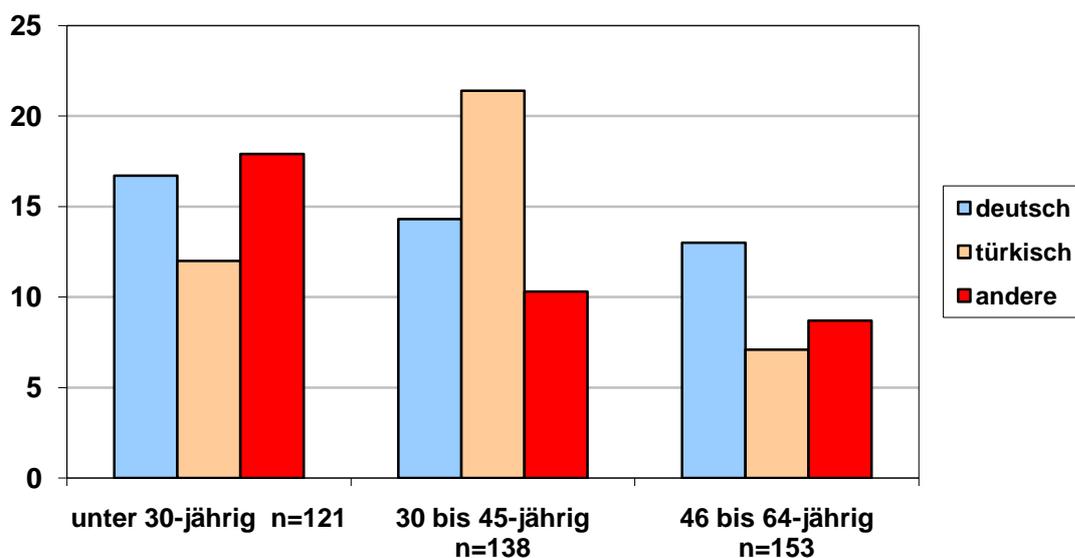
Tab.14: Nutzungsfrequenz von Rettungsstellen in 12 Monaten nach Geschlecht und Herkunft, n=412 (%)

Nutzungsfrequenz von Rettungsstellen in 12 Monaten	Deutsche Herkunft	Türkische Herkunft	andere Herkunft	Gesamt n= 412
Frauen	n=152	n=53	n=53	n=258
	%	%	%	%
bis zu zweimalige Nutzung	86,5	88,2	86,5	86,9
Mindestens dreimalige Nutzung	13,5	11,8	13,5	13,1
Gesamt	100	100	100	100
Männer	n=95	n=31	n=28	n=154
	%	%	%	%
bis zu zweimalige Nutzung	85,7	83,9	89,3	86,0
Mindestens dreimalige Nutzung	14,3	16,1	10,7	14,0
Gesamt	100	100	100	100

Chi-Quadrat nach Pearson für Frauen: p=0,013
 Chi-Quadrat nach Pearson für Männer: p=0,374

Mehr als jeder fünfte türkeistämmige Befragte zwischen 30 und 45 Jahre (22%) nutzte nach eigener Angabe die Notfallambulanzen mehr als dreimal in den letzten 12 Monaten, was 14% der deutschen und 10% der Befragten anderer Herkunft in dieser Altersgruppe betraf. In der Gruppe der unter 30- Jährigen machten die Patienten/-innen anderer Ethnizitäten gegenüber den deutschen und türkischstämmigen Patienten/-innen den relativ größten Anteil unter den sog. Vielnutzern aus (18% vs. 16% vs. 12%) (Abb.24).

Abb.24 : “Vielnutzer“ von Rettungsstellen nach Alter und Herkunft, n=412 (%)



3.2.10.4. Wohnort der Patienten/-innen

Wohnort der Patienten/-innen nach Bezirken

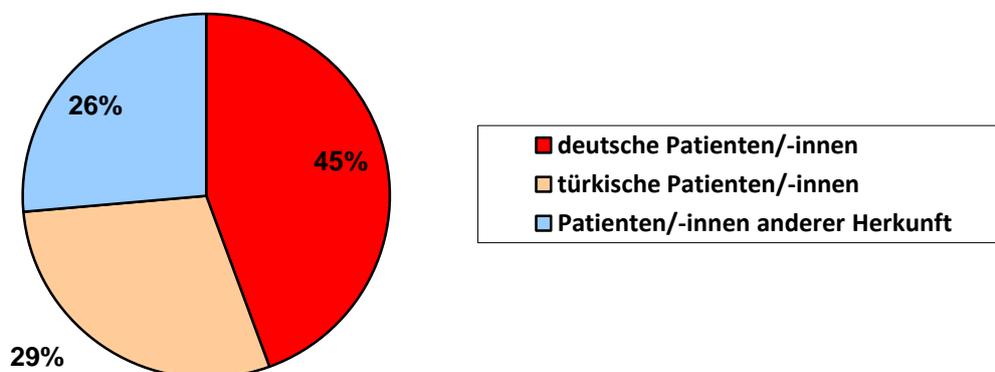
Die Mehrzahl der Patienten/innen, die die Rettungsstelle des Virchow-Klinikums aufsuchten, wohnte auch in dem Stadtbezirk Wedding, in der sich die Klinik befindet. 36% der Patienten/innen aus dem Vivantes Klinikum Neukölln kamen aus dem Berliner Stadtteil Neukölln. Bemerkenswert ist hier mit über 50% der hohe Anteil der Personen, die am Stadtrand, definiert nach der Postleitzahl, wohnen.

Tab.15 : Wohnort der Patienten/innen nach Berliner Bezirken an den beiden Untersuchungsstandorten (%)

Berliner Bezirke	Standort der Untersuchung		
	Charité/Campus Virchow-Klinikum n= 280	Vivantes Klinikum Neukölln n= 132	Gesamt n= 412
	%	%	%
Mitte	19,6	0	13,2
Friedrichshain	1,0	0	0,7
Charlottenburg/ Wilmersdorf	11,2	0,7	7,8
Tempelhof/ Schöneberg	3,8	3,6	3,8
Kreuzberg	3,5	2,9	3,3
Neukölln	1,7	35,5	12,7
Köpenick/ Treptow	0	1,4	0,5
Pankow	1,4	0	0,9
Wedding	25,2	0	17,0
Steglitz/Zehlendorf	2,1	0	1,4
Spandau	5,2	0	3,5
Reinickendorf	11,5	0	7,8
Marzahn/ Hellersdorf	0,7	0	0,5
Stadtrand	3,8	50,7	19,1
Außerhalb	8,0	5,1	7,1
Unbekannt	1,0	0	0,7
Gesamt	100	100	100

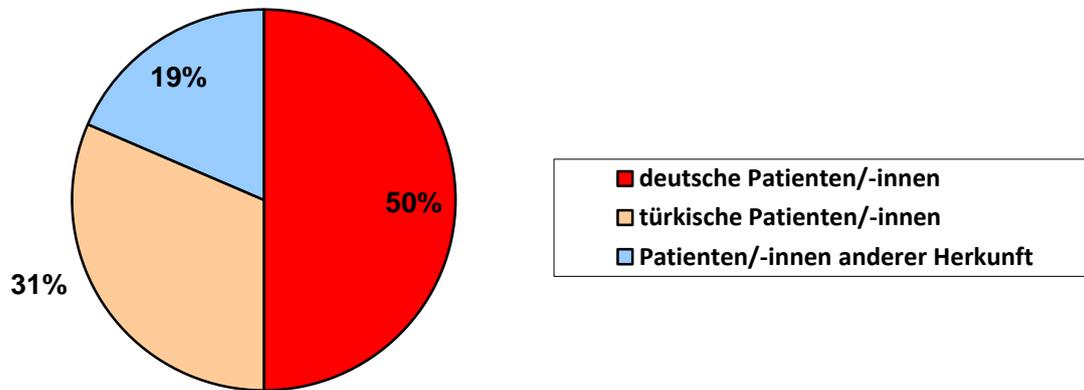
Der Anteil der Migranten/-innen war bei den Patienten/-innen aus den Bezirken Wedding und Neukölln relativ hoch. Die Patienten/-innen aus dem Bezirk Wedding waren zu 29% türkischer/kurdischer Herkunft und zu 26% anderer nicht-deutscher Herkunft (Abb.25).

Abb.25: Ethnizität der Patienten/innen aus dem Bezirk Wedding (%), n=72



Patienten/innen aus dem Bezirk Neukölln waren zu 49% deutscher Herkunft, zu 32% türkischer Herkunft und zu 19% Migranten/innen anderer Herkunft (Abb.26).

Abb.26 : Ethnizität der Patienten/innen aus dem Bezirk Neukölln (%), n= 54



Nähe des Wohnorts der Patienten/innen zur Klinik

Mehr als 60% der Rettungsstellenpatienten/-innen wohnten im näheren Umkreis der Klinik, entweder im Postleitzahlbezirk der Klinik oder im Umkreis von 5 km. Männer kamen mit 46% vs. 34% häufiger als Frauen aus weiter entfernten Stadtteilen (> 5 km) in die Klinik. Türkeistämmige Frauen kamen zu 77% und Frauen anderer Herkunft zu 76% aus der unmittelbaren und näheren Umgebung (<5 km der Klinik). Sie unterschieden sich dadurch von den deutschen Frauen, die häufiger auch aus größerer Entfernung in die Klinik kamen. Türkeistämmige Männer kamen zu 65% aus der unmittelbaren und näheren Umgebung. Im Gegensatz dazu kamen deutsche Männer und Männer anderer Herkunft häufig aus größerer Entfernung. (Tab.16).

Tab.16 : Wohnortnähe der befragten Patienten/-innen zur Klinik nach Geschlecht und Ethnizität (%), n= 412

Wohnort	Frauen n = 258			Männer n = 154		
	deutsch n = 152	türkisch n = 53	andere n= 53	deutsch n = 95	türkisch n = 31	andere n= 28
	%	%	%	%	%	%
Unmittelbare Umgebung, < 1 km Umkreis	8,9	11,3	11,3	8,1	6,5	7,1
< 5 km Umkreis	49,7	66,0	64,2	44,4	58,1	39,3
> 5 km Umkreis	41,4	22,6	24,5	47,5	35,5	53,6
Gesamt	100	100	100	100	100	100

3.3 Grad der psychischen Belastung

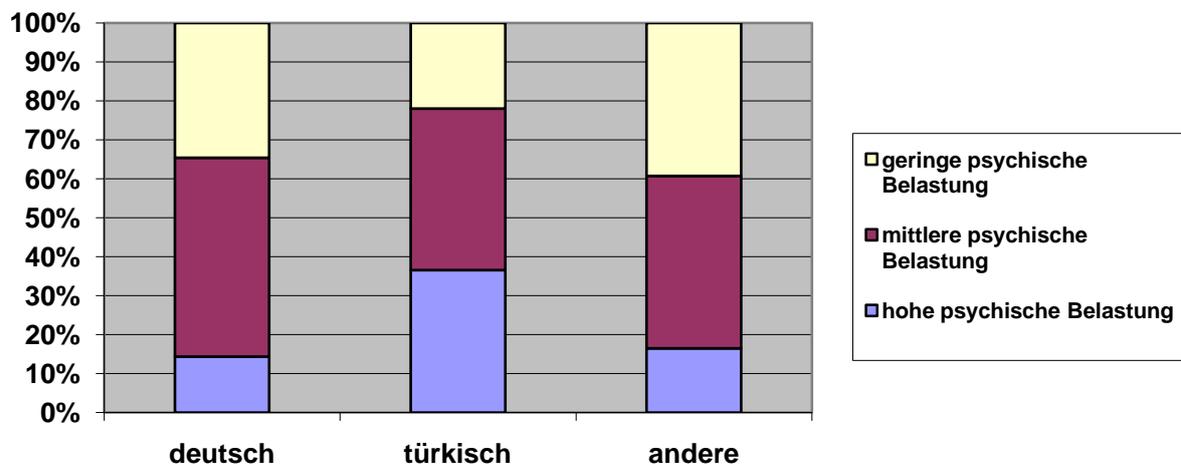
In Anlehnung an die Arbeit von Schwartau (2005) wurde wie unter 2.3.3.2 beschrieben aus den drei Variablen Alltagsbelastungen durch Schmerzen, Zufriedenheit in von fünf Lebensbereichen (Gesundheit, familiäre, berufliche, Einkommens- und Wohnsituation) und der Zufriedenheit mit der Gesamtlebenssituation ein Hauptfaktor gebildet, der als "allgemeine psychische Belastung" interpretiert wird.

Bei Betrachtung in den drei Altersgruppen zeigten sich keine signifikanten Unterschiede bei der angegebenen psychischen Belastung in der Studienpopulation.

In der Gruppe der befragten Frauen weisen 23% gegenüber 13% der befragten Männer eine hohe psychische Belastung auf ($p=0,04$).

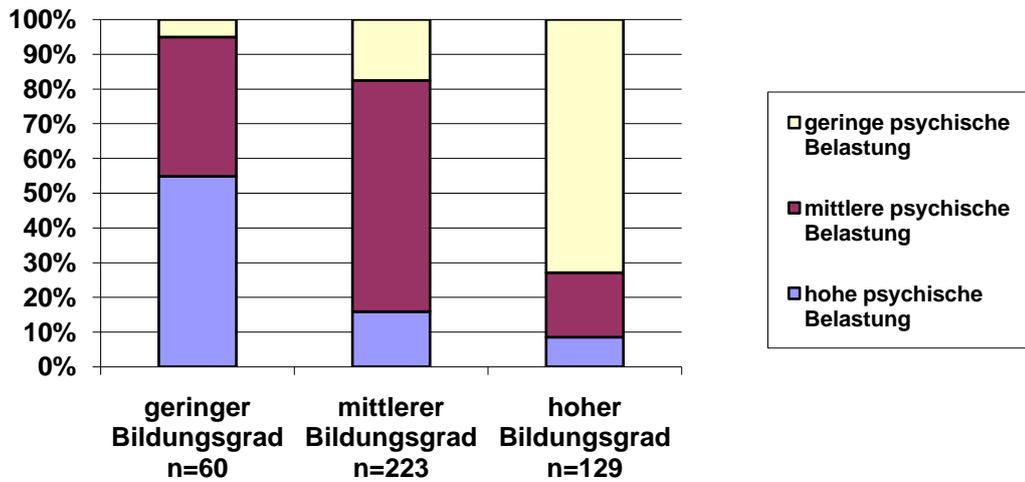
Die Analyse nach Herkunft der Befragten zeigte einen deutlichen Zusammenhang: 37% der türkeistämmigen, 17% der anderen nicht-deutschen und nur 14% der deutschen Befragten wiesen nach diesen Kriterien eine hohe psychische Belastung auf (Abb.27).

Abb. 27: Psychische Belastung nach Ethnizität, n=412 (%), $p= 0,000$



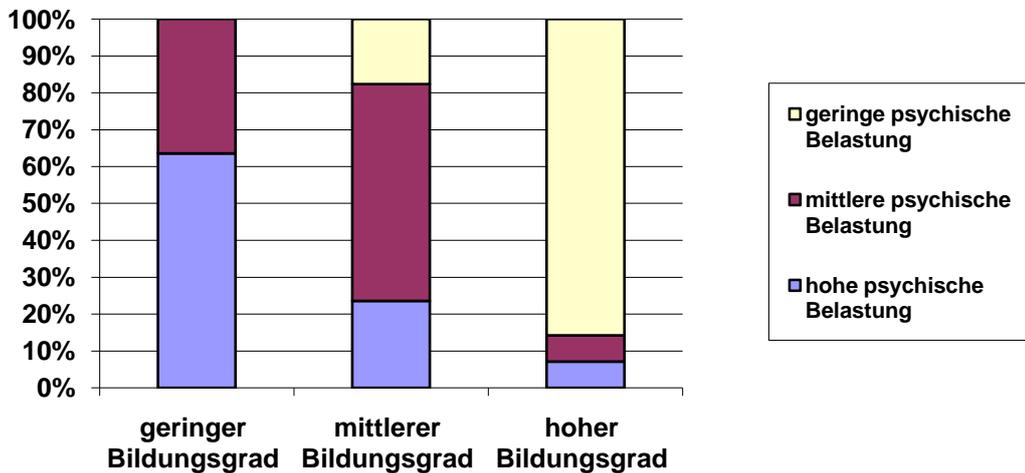
Betrachtet nach dem Bildungsgrad zeigte sich: 55 % der Befragten mit geringer, 16% derer mit mittlerer und nur 9% der Befragten mit hoher schulischer Bildung wiesen eine hohe psychische Belastung auf. Der Zusammenhang zwischen dem Grad der psychischen Belastung und dem Bildungsgrad war mit $p=0,000$ statistisch hoch signifikant.

Abb. 28: Psychische Belastung nach Bildungsgrad, n=412 (%) p=0.000



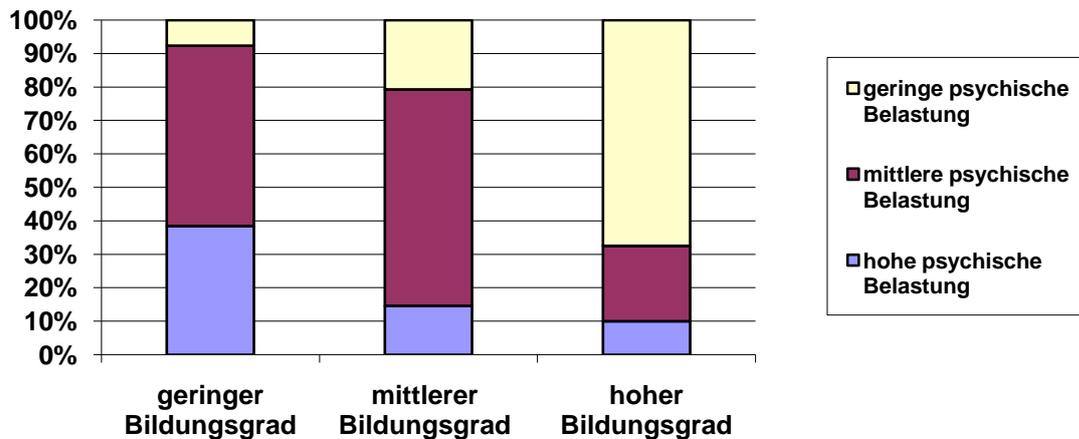
Bei alleiniger Betrachtung der türkeistämmigen Patienten/-innen zeigt sich, dass die psychosoziale Belastung mit höherem Bildungsgrad abnimmt. 64% der Patienten/-innen türkischer/kurdischer Herkunft mit geringer Bildung weisen im Vergleich zu 24% mit mittlerer Bildung und nur 7% mit hoher Bildung eine hohe psychische Belastung auf (Abb).

Abb.29 : Psychische Belastung nach Bildungsgrad bei den türkeistämmigen Befragten, n=84 (%)



Bei den deutschen Patienten/-innen zeigt ebenfalls eine Abnahme der psychischen Belastung mit zunehmendem Bildungsgrad (Abb.30).

Abb.30: Psychische Belastung nach Bildungsgrad bei den deutschen Befragten, n=252 (%)



Untersucht man den Grad der psychischen Belastung nach Herkunft und Geschlecht so lässt sich feststellen, dass 39% der türkeistämmigen Frauen gegenüber 22% der Frauen anderer Herkunft und 18% der Frauen deutscher Herkunft eine hohe psychische Belastung aufwiesen.

Bei den Männern ist der Unterschied wesentlich größer als bei den Frauen. 32% der türkeistämmigen Befragten gaben in Vergleich zu 9% der deutschen und 7% der Befragten anderer Herkunft eine hohe psychische Belastung an (Tab.17).

Tab.17 : Grad der psychischen Belastung nach Geschlecht und Ethnizität, n=412 (%)

Psychische Belastung	deutsche Herkunft n= 247	türkische Herkunft n= 84	andere Herkunft n= 81	Gesamt n= 412
Frauen	n= 152	n= 53	n= 53	n= 255
	%	%	%	%
niedrige Belastung	32,9	19,6	33,3	30,4
mittlere Belastung	49,4	41,2	45,1	46,9
hohe Belastung	17,7	39,2	21,6	22,7
Männer	n= 95	n= 31	n= 28	n= 154
	%	%	%	%
niedrige Belastung	37,4	25,8	50,0	37,3
mittlere Belastung	53,5	41,9	42,9	49,4
hohe Belastung	9,1	32,3	7,1	13,3

Chi-Quadrat nach Pearson für Frauen: p=0,028
 Chi-Quadrat nach Pearson für Männer: p=0,008

3.4 Unterschiede in Diagnostik und Behandlung in der Rettungsstelle

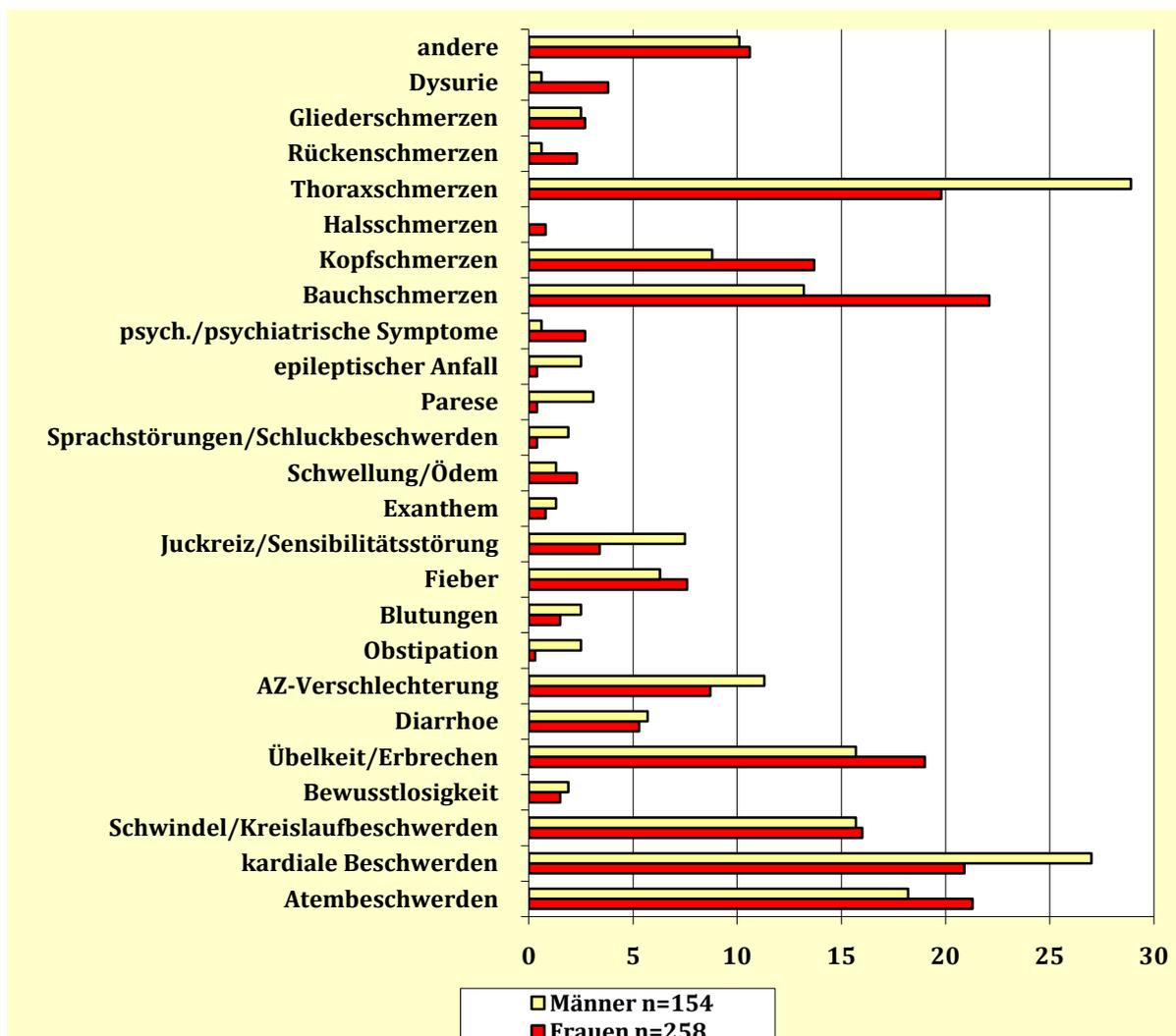
Im folgenden Kapitel werden geschlechts-, herkunfts- und altersspezifische Einflussfaktoren auf die dokumentierte Diagnostik, Behandlung und Therapie der internistischen und gynäkologischen Patienten/innen in der Rettungsstelle beschrieben.

3.4.1 Anamnese

In der Anamnese erhobene Beschwerden

Von Frauen wurden als häufigste Beschwerden Bauchschmerzen (22,1%), Brust-/Thoraxschmerzen (19,8%), und Atembeschwerden (21,3%) genannt. Bei den Männern wurden am häufigsten Thoraxschmerzen (28,9%), kardiale Beschwerden (27%) und Atembeschwerden (18,2%) dokumentiert. Bei der Betrachtung nach Geschlecht werden nur die Beschwerden der internistischen Patienten/-innen berücksichtigt (Abb.31).

Abb.31 : In der Anamnese erhobene Beschwerden nach Geschlecht (%)



Bei der Betrachtung nach Ethnizität ergab die Analyse, dass türkeistämmige Migranten/-innen deutlich häufiger als deutsche Patienten/-innen Kopfschmerzen, Bauchschmerzen und Thoraxschmerzen angaben. Zudem gaben sie häufiger kardiale Beschwerden an. Bei deutschen Männern wurden im Gegensatz zu Migranten häufiger Atembeschwerden, Verschlechterung des Allgemeinzustandes und Sensibilitätsstörungen festgehalten.

Tab.18 : In der Anamnese erhobene Beschwerden der Patienten/innen nach Geschlecht und Herkunft (%)

Beschwerden	Frauen n=258				Männer n=154			
	deutsch n=152	türkisch n=53	andere n=53	gesamt n=258	deutsch n=95	türkisch n=31	andere n=28	gesamt n=154
	%	%	%	%	%	%	%	%
Atembeschwerden	17,6	20,8	32,1	21,3	22,0	12,9	10,7	18,2
kardiale Beschwerden	19,5	20,8	24,5	20,9	23,0	25,8	8,3	27,0
Schwindel/ Kreislaufbeschwerden	19,5	5,7	15,1	16,0	13,0	22,5	17,9	15,7
Bewusstlosigkeit	1,9	0	1,9	1,5	3,0	0	0	1,9
Übelkeit/Erbrechen	18,9	15,1	22,6	19,0	14,0	25,8	10,7	15,7
Diarrhoe	6,9	5,7	0	5,3	6,0	6,5	3,6	5,7
AZ-Verschlechterung	6,9	7,5	9,4	8,7	13,0	9,7	7,1	11,3
Obstipation	0	0	1,9	0,3	3,0	3,2	0	2,5
vaginale Blutungen	1,3	5,7	5,7		---	---	---	---
andere Blutungen	1,3	1,9	1,9	1,5	2,0	0	0	2,5
Fieber	6,3	11,3	7,5	7,6	6,0	6,5	7,1	6,3
Juckreiz/ Sensibilitätsstörung	5,0	0	1,9	3,4	9,0	3,2	7,1	7,5
Exanthem	0	0	3,8	0,8	2,0	0	0	1,3
Ödem/Schwellung	3,1	0	1,9	2,3	2,0	0	3,6	1,3
Sprach- /Schluckstörungen	0,6	0	0	0,4	1,0	0	0	1,9
Parese	0,6	0	0	0,4	3,0	0	7,1	3,1
epileptischer Anfall	0,6	0	0	0,4	4,0	0	0	2,5
psychiatrische Beschwerden	3,1	1,9	1,9	2,7	2,0	3,2	0	0,6
Bauchschmerzen	23,9	26,4	11,3	22,1	11,0	19,4	14,3	13,2
Kopfschmerzen	9,4	13,2	20,8	13,7	4,0	12,9	21,4	8,8
Thoraxschmerzen	15,7	24,5	26,4	19,8	26,0	32,3	35,7	28,9
Rückenschmerzen	2,5	1,9	1,9	2,3	1,0	0	0	0,6
Gliederschmerzen	3,7	0	1,9	2,7	3,0	0	3,6	2,5
Dysurie	2,5	11,3	0	3,8	0	0	3,6	0,6
Andere	13,8	16,9	11,3	10,6	13,0	19,4	14,3	10,1

Mehrfachdiagnosen möglich

Nach Alterstratifizierung lassen sich einzelne Symptome häufiger bestimmten Altersgruppen zuordnen. Patienten/-innen unter 30 Jahren gaben vorwiegend Bauchschmerzen und Übelkeit/Erbrechen an. Bei den Patienten/-innen zwischen 31-45 Jahren wurden am häufigsten kardiale Beschwerden und Thoraxschmerzen dokumentiert. Bei Patienten/-innen über 45 Jahren wurden hauptsächlich kardiale Beschwerden, Thoraxschmerzen und Atembeschwerden dokumentiert (Tab.19).

Tab.19 : In der Anamnese erhobene Beschwerden der Patienten/innen nach Geschlecht und Alter (%)

Beschwerden	Frauen n=258			Männer n=154		
	<30 Jahre n=88	31-45 Jahre n=85	46-65 Jahre n=85	<30 Jahre n=33	31-45 Jahre n=53	46-65 Jahre n=68
	%	%	%	%	%	%
Atembeschwerden	20,5	25,9	17,6	18,2	9,4	23,5
kardiale Beschwerden	13,6	20,0	28,2	18,2	28,3	33,8
Schwindel/ Kreislaufbeschwerden	11,4	17,6	18,8	12,1	13,2	19,1
Bewusstlosigkeit	2,3	1,2	0	0	0	4,4
Übelkeit/Erbrechen	21,6	18,8	16,5	15,2	15,1	17,6
Diarrhoe	7,9	3,5	4,7	18,2	3,8	1,5
AZ-Verschlechterung	6,8	9,4	7,1	12,1	3,8	16,2
Obstipation	1,1	0	0	0	3,8	1,5
vaginale Blutungen	3,4	5,9	0	---	---	---
andere Blutungen	1,1	0	3,5	0	3,8	2,9
Fieber	8,0	9,4	5,9	17,2	1,9	2,9
Juckreiz/ Sensibilitätsstörung	3,4	7,1	0	6,1	13,2	4,4
Exanthem	0	2,4	0	3,0	1,9	0
Ödem/Schwellung	2,3	2,4	2,4	0	3,8	1,5
Sprach- /Schluckstörungen	0	1,2	0	0	0	1,5
Parese	0	1,2	0	3,0	1,9	4,4
epileptischer Anfall	1,1	0	0	6,1	1,9	1,5
psychiatrische	3,4	1,2	3,5	0	3,8	0

Beschwerden						
Bauchschmerzen	27,3	17,6	22,4	24,2	11,3	10,3
Kopfschmerzen	9,1	17,6	11,8	15,2	11,3	4,4
Thoraxschmerzen	14,8	24,7	20,0	15,2	37,7	29,4
Rückenschmerzen	1,1	1,2	4,7	0	1,9	0
Gliederschmerzen	2,3	2,4	2,4	0	3,8	2,9
Dysurie	5,7	2,4	3,5	3,0	0	0
Andere	13,6	10,6	16,5	6,1	24,5	10,3

Mehrfachdiagnosen möglich.

Während bei den Frauen mit mittlerem Bildungsgrad kardiale Beschwerden an erster Stelle stehen, ist der Anteil an Frauen, die eine niedrige oder hohe Bildung aufweisen, mit Bauchschmerzen auffällig hoch.

Patienten/-innen mit einem hohen Bildungsgrad weisen im Vergleich zu den anderen Gruppen seltener kardiale Beschwerden, Kreislaufbeschwerden und psychiatrische Störungen und häufiger Atembeschwerden auf.

Tab.20 : In der Anamnese erhobene Beschwerden der Patienten/innen nach Geschlecht und Bildungsgrad (%)

Beschwerden	Frauen n=258				Männer n=154			
	Keine oder Grund- schule n=43	Haupt- /Real- /Berufs- schule n=142	Abitur /Hoch- schule n=73	gesamt n=258	Keine oder Grund- schule n=18	Haupt- /Real- /Berufs- schule n=81	Abitur /Hoch- schule n=55	gesamt n=154
	%	%	%	%	%	%	%	%
Atembeschwerden	21,4	18,3	26,4	20,8	10,5	26,8	8,8	18,4
kardiale Beschwerden	19,0	28,9	6,9	20,8	42,1	20,7	31,6	27,2
Schwindel/ Kreislauf- beschwerden	14,3	17,6	12,5	15,4	15,8	18,3	10,5	15,2
Bewusstlosigkeit	2,4	0,7	2,8	1,5	0	2,4	1,8	1,9
Übelkeit/ Erbrechen	19,0	19,7	19,4	19,3	10,5	13,4	21,0	15,9
Diarrhoe	0	1,4	1,4	1,2	0	2,4	3,6	2,5

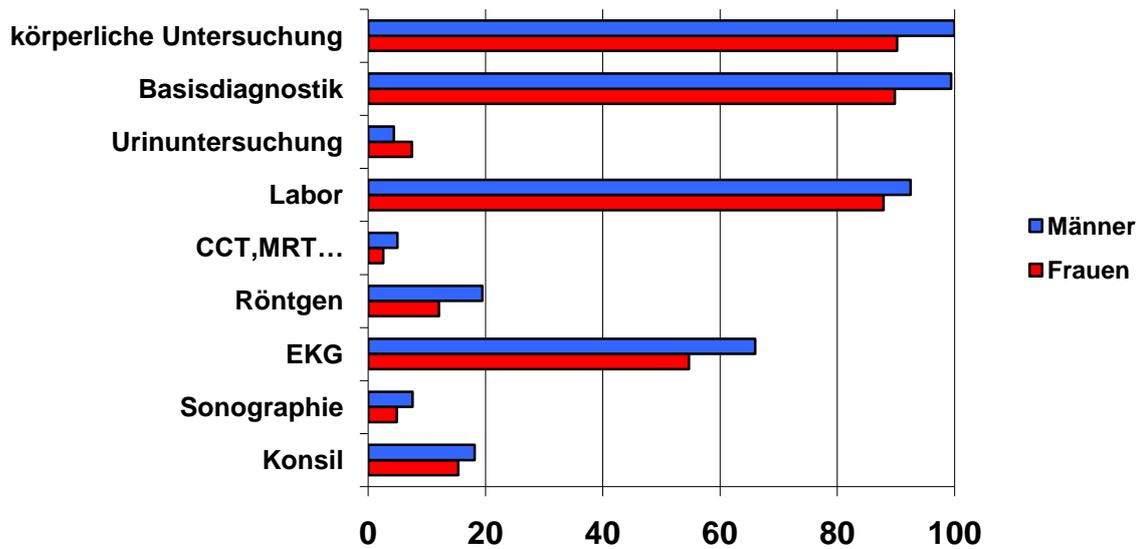
AZ- Verschlechterung	22,7	5,6	9,7	7,3	10,5	9,8	12,3	10,8
Obstipation	0	0,7	0	0,4	5,3	2,4	1,8	2,5
vaginale Blutungen	7,2	2,1	2,8	3,1	0	0	0	0
andere Blutungen	2,4	2,1	0	1,5	0	3,7	1,8	2,5
Fieber	4,8	4,9	15,3	7,7	0	7,3	7,0	6,3
Juckreiz/ Sensibilitäts- störung	0	4,2	4,2	3,5	10,5	9,8	1,8	6,9
Exanthem	0	0	2,8	0,8	0	2,4	0	1,3
Ödem/Schwellung	0	2,8	2,8	2,4	0	0	5,3	1,9
Sprach- /Schluckstörungen	0	0,7	0	0,4	0	0	1,8	0,6
Parese	0	0,7	0	0,4	5,3	3,7	1,8	3,8
epileptischer Anfall	0	0,7	0	0,4	0	2,4	3,6	2,5
psychiatrische Beschwerden	4,8	2,8	1,4	2,7	5,3	0	3,6	1,9
Bauchschmerzen	28,6	18,3	29,2	22,8	21,1	7,3	19,3	13,3
Kopfschmerzen	14,3	12,0	15,3	13,1	10,5	7,3	10,5	8,9
Thoraxschmerzen	26,2	7,0	11,1	11,2	26,3	34,1	24,6	29,7
Rückenschmerzen	2,4	4,2	5,6	4,2	0	1,2	0	0,6
Gliederschmerzen	7,2	0,7	2,8	2,4	5,3	1,2	0	1,3
Dysurie	7,2	2,8	5,6	4,2	0	1,2	3,6	1,9
Andere	16,7	14,8	18,1	15,8	21,1	18,3	8,8	27,2

Mehrfachdiagnosen möglich.

3.4.2 Durchgeführte Diagnostik

Beim diagnostischen Prozedere ließen sich geschlechtsspezifische Unterschiede feststellen. Bis auf die Urinuntersuchung wurden alle Untersuchungen häufiger bei Männern durchgeführt (Abb.32).

Abb.32 : Einsatz diagnostischer Verfahren nach Geschlecht (%)



Bei Betrachtung der Ethnizität zeigten sich nur geringe Unterschiede. EKG und andere bildgebende Verfahren wurden häufiger bei deutschen Patienten/innen durchgeführt, obwohl bei türkeistämmigen Patienten/-innen häufiger Herz-Kreislaufkrankungen dokumentiert wurden (Tab.21).

Tab.21 : Einsatz diagnostischer Verfahren nach Geschlecht und Ethnizität (%)

Diagnostik	Frauen n=258				Männer n=154			
	deutsch n=152	türkisch n=53	andere n=53	gesamt n=258	deutsch n=95	türkisch n=31	andere n=28	gesamt n=154
	%	%	%	%	%	%	%	%
körperliche Untersuchung	89,9	90,6	90,6	90,2	100	100	100	100
Basisdiagnostik (RR,Temp., Puls)	88,7	90,6	92,5	89,8	99,0	100	100	100
Labor	88,0	90,6	84,5	87,9	93,0	90,3	92,9	92,5
EKG	57,9	52,8	47,2	54,7	68,0	64,5	60,7	66,0
Röntgen	10,1	9,4	20,8	12,1	24,0	3,2	21,4	19,5
Sonographie	6,3	1,9	3,8	4,9	6,0	12,9	7,1	7,5
Andere bildgebende Verfahren	3,8	0	1,9	2,6	7,0	0	3,6	5,0
Urin-Untersuchung	7,5	7,5	7,5	7,5	4,0	6,5	3,6	4,4
Konsil	18,9	11,3	9,4	15,5	21,0	3,2	25,0	18,2

Mehrfachdiagnostik möglich

Bei den Frauen wurden mit zunehmendem Alter mehr EKG, Labor und Sonographie, jedoch weniger Urinuntersuchungen und Konsile durchgeführt. Mit steigendem Alter erfolgten bei den männlichen Patienten mehr EKG-, Röntgen- und andere bildgebende Untersuchungen (Tab.22).

Tab.22 : Einsatz diagnostischer Verfahren nach Geschlecht und Alter (%)

Diagnostik	Frauen n=258			Männer n=154		
	<30 Jahre n=88	31-45 Jahre n=85	46-65 Jahre n=85	<30 Jahre n=33	31-45 Jahre n=53	46-65 Jahre n=68
	%	%	%	%	%	%
körperliche Untersuchung	85,2	90,6	94,1	100	100	100
Basisdiagnostik (RR, Temp., Puls)	85,2	91,8	92,9	100	98,1	100
Labor	83,0	88,2	91,8	93,9	88,7	94,1
EKG	30,7	56,5	75,3	42,4	60,4	82,4
Röntgen	17,0	8,2	10,6	9,1	17,0	26,5
Sonographie	4,5	4,7	5,9	15,2	7,5	4,4
Andere bildgebende Verfahren	1,1	5,9	1,2	3,0	3,8	7,4
Urinuntersuchung	11,4	5,9	5,9	6,1	1,9	5,9
Konsil	17,0	17,6	10,6	12,1	22,6	19,1

Mehrfachdiagnostik möglich

Bei Patienten/-innen mit niedrigem Bildungsgrad wurden häufiger Laboruntersuchungen, EKG und andere bildgebende Verfahren durchgeführt.

Tab.23 : Einsatz diagnostischer Verfahren nach Geschlecht und Bildungsgrad (%)

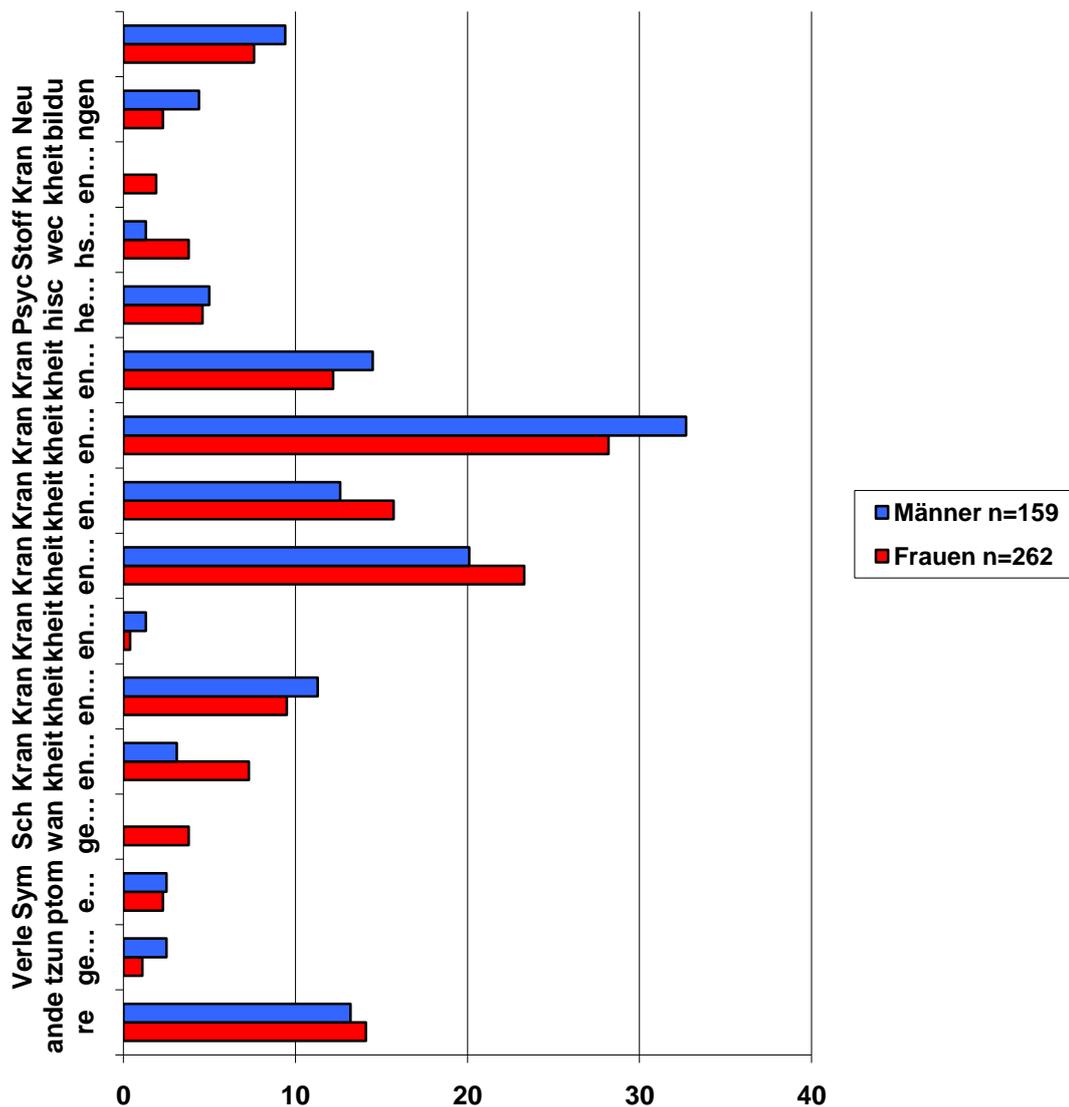
Diagnostik	Frauen n=258				Männer n=154			
	Keine/ Grund- schule n=43	Haupt-/ Real-/ Berufs- schule n=142	Abitur/ Hoch- schule n=73	gesamt n=258	Keinen/ Grund- schule n=18	Haupt-/ Real-/ Berufs- schule n=81	Abitur/ Hoch- schule n=55	gesamt n=154
	%	%	%	%	%	%	%	%
körperliche Untersuchung	85,7	94,4	87,5	90,0	100	100	100	100
Basisdiagnostik (RR,Temp., Puls)	88,1	93,0	87,5	89,6	100	100	98,2	99,4
Labor	92,8	90,8	81,9	87,6	94,7	92,7	91,2	92,4
EKG	52,4	59,2	47,2	54,1	73,7	70,7	57,9	66,5
Röntgen	4,8	13,4	12,5	11,6	5,3	26,8	14,0	19,6
Sonographie	2,4	5,6	5,6	5,0	10,5	3,7	12,3	7,6
Andere bildgebende Verfahren	16,7	0	0	2,7	21,1	0	7,0	5,1
Urin- untersuchung	9,5	4,9	11,1	7,3	5,3	3,7	5,3	4,4
Konsil	19,1	14,1	12,5	15,4	5,3	24,4	14,0	18,4

Mehrfachdiagnostik möglich.

3.4.3 Diagnosen

Die am häufigsten genannten Diagnosen waren bei Frauen 1. „Krankheiten des Kreislaufsystems“ (28%), 2. „Krankheiten des Verdauungssystems“ (23%) und 3. „Krankheiten des Atmungssystems“ (16%). Bei Männern wurden am häufigsten 1. „Krankheiten des Kreislaufsystems“ (33%), 2. „Krankheiten des Verdauungssystems“ (20%) sowie 3. „Krankheiten des Nervensystems“ (15%). Dabei wurden bei Frauen mehr Stoffwechselerkrankungen, Krankheiten des Urogenitalsystems, Krankheiten des Verdauungssystems und Krankheiten des Atmungssystems diagnostiziert, bei Männern mehr Kreislauferkrankungen, Verletzungen und Vergiftungen, Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, Krankheiten des Nervensystems, Neubildungen und infektiöse Krankheiten (Abb.33).

Abb.33 : Diagnosegruppen (ICD 10) nach Geschlecht (%)



Im Vergleich mit deutschen Patienten/-innen wurden bei türkeistämmigen Patienten/-innen seltener die Diagnosen Neubildungen, Krankheiten des Nervensystems und psychische Erkrankungen, jedoch häufiger Krankheiten des Kreislaufsystems, Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Urogenitalsystems gestellt.

Türkeistämmige Männer hatten im Vergleich mit den anderen Gruppen auffallend häufig Krankheiten des Kreislauf- und des Urogenitalsystems, bei Frauen türkischer/kurdischer Herkunft wurden häufiger infektiöse Krankheiten und Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems diagnostiziert (Tab.24).

Tab.24: Diagnosegruppen (ICD 10) nach Geschlecht und Ethnizität (%)

Diagnose	Frauen n=258				Männer n=154			
	deutsch n=152	türkisch n=53	andere n=53	gesamt n=258	deutsch n=95	türkisch n=31	andere n=28	gesamt n=154
	%	%	%	%	%	%	%	%
infektiöse Krankheiten	6,9	11,3	5,7	7,6	11,0	6,5	7,1	9,4
Neubildungen	3,1	1,9	0	2,3	6,0	0	3,6	4,4
Krankheiten des Blutes	1,9	0	3,8	1,9	0	0	0	0
Stoffwechselkrankheiten	3,8	5,7	1,9	3,8	2,0	0	0	1,3
Psychische Krankheiten	3,8	1,9	9,4	4,6	5,0	3,2	7,1	5,0
Krankheiten des Nervensystems	10,1	5,7	7,5	12,2	16,0	9,7	14,3	14,5
Krankheiten des Kreislaufs	28,9	32,1	20,8	28,2	30,0	48,4	25,0	32,7
Krankheiten des Atmungssystems	10,7	11,3	24,5	15,7	16,0	6,5	7,1	12,6
Krankheiten des Verdauungssystems	23,9	26,4	17,0	23,3	24,0	12,9	14,3	20,1
Krankheiten der Haut	0,6	0	0	0,4	2,0	0	0	1,3
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	7,5	13,2	11,3	9,5	8,0	16,1	17,9	11,3
Krankheiten des Urogenitalsystems	6,9	7,5	7,5	7,3	1,0	9,7	3,6	3,1
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	1,3	7,5	7,5	3,8	---	---	---	---
Symptome und abnorme, klinische u. Laborbefunde	3,1	0	1,9	2,3	2,0	0	7,1	2,5
Verletzungen und Vergiftungen	1,9	0	0	1,1	3,0	3,2	0	2,5
andere	16,9	7,5	13,2	14,1	14,0	12,9	10,7	13,2

Mehrfachdiagnosen möglich

Häufigste Erkrankungen bei Patienten/-innen über 45 Jahre waren Kreislaufferkrankungen, Krankheiten des Verdauungssystems und Atemwegserkrankungen. In dieser Altersgruppe wurden bei den Männern vermehrt Atemwegserkrankungen und bei den Frauen häufiger Verdauungsprobleme diagnostiziert. Bei jüngeren Frauen unter 30 Jahre waren mehr Verdauungsbeschwerden, infektiöse Krankheiten, Atemwegsbeschwerden und Krankheiten des Urogenitaltraktes zu finden. Jüngere Männer unter 30 Jahre waren vermehrt von Verdauungsbeschwerden, infektiöse Krankheiten und Krankheiten des Nervensystems betroffen (Tab.25).

Tab.25 : Diagnosegruppen (ICD 10) nach Geschlecht und Alter (%)

Diagnose	Frauen n=258			Männer n=154		
	<30 Jahre n=88	31-45 Jahre n=85	46-65 Jahre n=85	<30 Jahre n=33	31-45 Jahre n=53	46-65 Jahre n=68
	%	%	%	%	%	%
infektiöse Krankheiten	13,8	5,9	3,6	18,2	7,5	7,4
Neubildungen	0	1,2	0	3,0	1,9	8,8
Krankheiten des Blutes	0	1,2	4,8	0	0	0
Stoffwechsel-krankheiten	0	7,1	3,6	0	0	2,9
Psychische Krankheiten	8,0	2,4	9,6	0	7,5	2,9
Krankheiten des Nervensystems	6,9	11,8	6,0	15,2	16,7	13,2
Krankheiten des Kreislaufs	8,0	23,5	51,8	12,1	17,0	52,9
Krankheiten des Atmungssystems	13,8	13,0	14,5	12,1	7,5	19,1
Krankheiten des Verdauungssystems	28,7	15,3	27,7	30,3	20,8	16,2
Krankheiten der Haut	0	0	1,2	3,0	1,9	0
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	9,2	14,1	6,0	6,1	22,6	5,9
Krankheiten des Urogenitalsystems	11,5	7,1	3,6	6,1	3,8	1,5
Schwangerschaft,Geburt und Wochenbett	3,4	8,2	0	---	---	---
Symptome und abnorme, klinische u. Laborbefunde	2,3	4,7	0	0	0	5,9
Verletzungen und Vergiftungen	1,1	1,2	1,2	0	3,8	2,9
Andere	14,9	20,0	7,2	15,2	13,2	8,8

Mehrfachdiagnosen möglich

Bei Patienten/-innen ohne einen Schulabschluss oder nur mit einem Grundschulabschluss wurden Krankheiten des Kreislaufsystems, Psychische Krankheiten und Krankheiten des Urogenitalsystems wesentlich häufiger diagnostiziert als bei Patienten/-innen mit Abitur. Männer mit einem hohen Bildungsgrad stellten sich in den Rettungsstellen weitaus häufiger als solche mit einem niedrigen Bildungsgrad mit Krankheiten des Verdauungssystems vor.

Tab.26 : Diagnosegruppen (ICD 10) nach Geschlecht und Bildungsgrad (%)

Diagnose	Frauen n=258				Männer n=154			
	Keinen/ Grund- schule n=43	Haupt-/ Real-/ Berufs- schule n=142	Abitur /Hoch- schule n=73	gesamt n=258	Keinen/ Grund- schule n=18	Haupt-/ Real-/ Berufs- schule n=81	Abitur /Hoch- schule n=55	gesamt n=154
	%	%	%	%	%	%	%	%
infektiöse Krankheiten	7,1	6,3	9,7	7,3	10,5	9,8	8,8	9,5
Neubildungen	2,4	2,8	1,4	2,3	0	4,9	5,3	4,4
Krankheiten des Blutes	0	2,1	1,4	1,5	0	1,2	0	0,6
Stoffwechselkrankheiten	7,1	2,1	1,4	2,7	0	1,2	0	0,6
Psychische Krankheiten	7,1	4,2	4,2	4,6	10,5	4,9	3,5	5,1
Krankheiten des Nervensystems	7,1	9,9	8,3	8,9	5,3	19,5	10,5	14,6
Krankheiten des Kreislaufs	38,1	32,4	11,1	27,0	63,2	29,3	26,3	32,3
Krankheiten des Atmungssystems	11,9	9,2	23,6	13,5	0	23,2	1,8	12,7
Krankheiten des Verdauungssystems	26,2	23,9	22,2	23,6	5,3	17,1	29,8	20,3
Krankheiten der Haut	0	0,7	0	0,4	0	2,4	0	1,2
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	7,1	11,3	6,9	9,3	15,8	10,5	12,3	11,4
Krankheiten des Urogenitalsystems	9,5	5,6	8,3	6,9	10,5	1,2	5,3	3,8
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	4,8	2,1	6,9	4,0	---	---	---	---

Symptome und abnorme, klinische u. Laborbefunde	2,4	0,7	5,5	2,3	5,3	1,2	3,5	2,5
Verletzungen und Vergiftungen	0	1,4	1,4	1,2	5,3	2,4	1,8	2,5
Andere	14,3	14,8	16,7	15,1	10,5	13,4	14,0	13,3

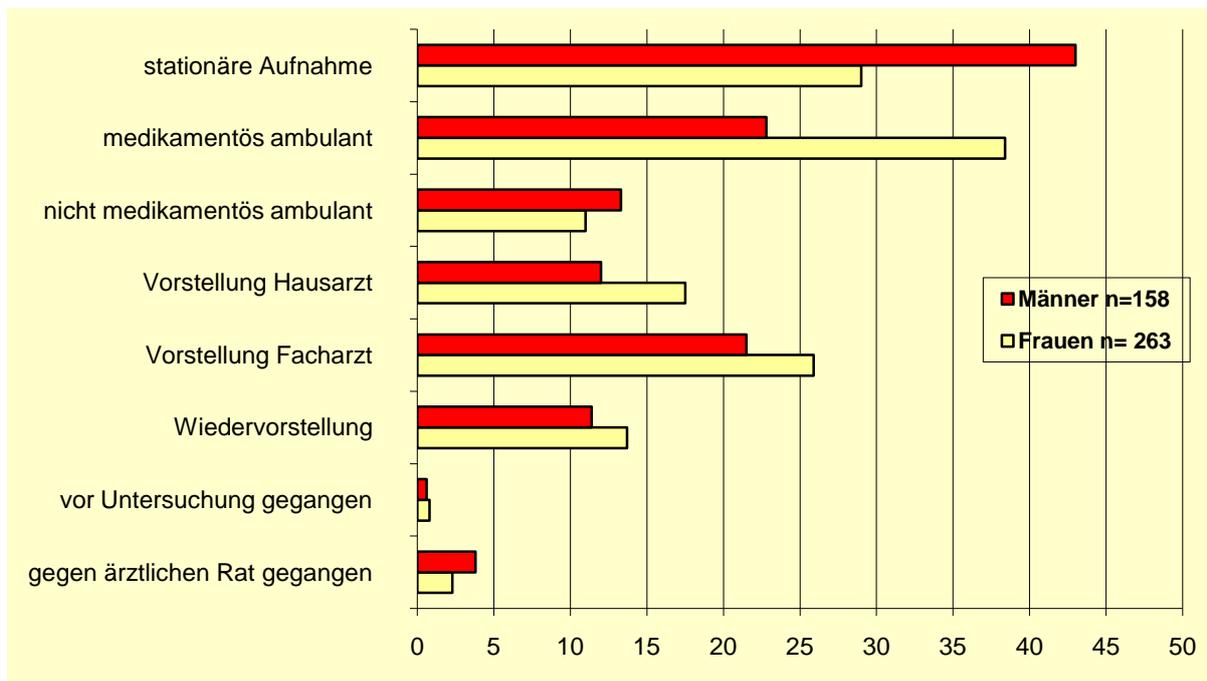
Mehrfachdiagnosen möglich

3.4.4 Therapie

Therapeutisches Prozedere

Männer wurden in 43% der Fälle stationär aufgenommen, Frauen nur in 29% der Fälle. Die Zahl der medikamentös ambulanten Behandlung war bei Frauen höher, ebenso die Empfehlung, sich bei Haus- oder Facharzt oder im Fall der Beschwerdeprogression in der Klinik wieder vorzustellen (Abb.34).

Abb.34 : Therapeutisches Prozedere nach Geschlecht (%)



Patienten/innen deutscher Herkunft wurden häufiger stationär aufgenommen als türkeistämmige oder andere Migranten/innen. Türkeistämmige Patienten/-innen werden häufiger nicht medikamentös ambulant behandelt und bekommen vermehrt die Empfehlung sich beim Hausarzt oder bei Beschwerdeprogredienz sich in der Klinik erneut vorzustellen (Tab.27).

Tab.27 : Therapeutisches Prozedere nach Geschlecht und Ethnizität (%)

Therapie	Frauen n=258				Männer n=152			
	deutsch n=152	türkisch n=53	andere n=53	gesamt n=258	deutsch n=93	türkisch n=31	andere n=28	gesamt n=152
	%	%	%	%	%	%	%	%
stationäre Aufnahme	36,7	19,2	15,1	28,9	50,5	29,0	32,1	43,0
medikamentös ambulant	34,2	36,5	52,8	38,4	21,1	19,4	32,1	22,8
nicht medikamentös ambulant	10,1	15,4	9,4	11,0	13,1	22,6	3,6	13,3
Empfehlung Vorstellung beim Hausarzt	16,5	19,2	18,9	17,5	9,1	19,4	14,3	12,0
Empfehlung Vorstellung beim Facharzt	20,9	28,8	37,7	25,9	16,1	25,8	42,9	21,5
Empfehlung Wiedervorstellung bei Beschwerdeprogredivenz	13,3	17,3	11,3	13,7	6,1	25,8	14,3	11,4
Patient/-in geht vor der Untersuchung	0,6	0	1,9	0,8	1,0	0	0	0,6
Patient/-in geht gegen ärztlichen Rat	1,9	3,8	1,9	2,3	5,1	3,2	0	3,8

Mehrfachantworten waren möglich

Patienten/innen über 45 Jahren wurden wesentlich häufiger stationär aufgenommen. Bei den jüngeren Patienten/-innen unter 30 Jahren wurden überwiegend Männer stationär aufgenommen. Sowohl die ambulante medikamentöse wie die nicht-medikamentöse Behandlung, als auch die Empfehlung einer ambulanten ärztlichen Vorstellung nahmen mit zunehmendem Alter ab (Tab.28).

Tab.28 : Therapeutisches Prozedere nach Geschlecht und Alter (%)

Therapie	Frauen n=258			Männer n=153		
	<30 Jahre n=88	31-45 Jahre n=85	46-65 Jahre n=85	<30 Jahre n=33	31-45 Jahre n=53	46-65 Jahre n=67
	%	%	%	%	%	%
stationäre Aufnahme	13,6	27,1	43,4	21,2	26,4	62,7
medikamentös ambulant	46,6	40,0	30,1	39,4	28,3	11,9
nicht medikamentös ambulant	14,8	10,6	7,2	9,1	15,1	13,4
Empfehlung Vorstellung beim Hausarzt	20,5	17,6	14,5	21,1	9,4	9,0
Empfehlung Vorstellung beim Facharzt	30,7	22,4	26,5	33,3	28,3	11,9
Empfehlung Wiedervorstellung bei Beschwerdeprogredivenz	10,2	21,2	10,8	9,1	18,9	7,5
Patient/-in geht vor der Untersuchung	2,2	0	0	3,0	0	0
Patient/-in geht gegen ärztlichen Rat	3,4	3,5	2,4	3,0	3,8	6,0

Mehrfachantworten waren möglich

Die Auswertung des Bildungsgrades zeigte einen deutlichen geschlechtsspezifischen Unterschied. So wurden Patientinnen mit einem niedrigen Bildungsgrad seltener stationär aufgenommen, erhielten häufiger eine medikamentöse/nicht medikamentöse ambulante Therapie und häufiger die Empfehlung sich beim Hausarzt vorzustellen. Im Gegensatz dazu wurden Patienten mit einem niedrigen Bildungsgrad häufiger stationär aufgenommen und erhielten seltener eine medikamentöse/nicht medikamentöse ambulante Therapie.

Tab.29 : Therapeutisches Prozedere nach Geschlecht und Bildungsgrad (%)

Therapie	Frauen n=258				Männer n=154			
	Keine/ Grund- schule n=43	Haupt- /Real-/ Berufs- schule n=142	Abitur /Hoch- schule n=73	gesamt n=258	Keine/ Grund- schule n=18	Haupt-/ Real-/ Berufs- schule n=81	Abitur /Hoch- schule n=55	gesamt n=154
	%	%	%	%	%	%	%	%
stationäre Aufnahme	19,0	33,1	26,4	28,6	42,1	50,0	33,3	43,0
medikamentös ambulant	38,1	19,0	37,5	27,0	26,3	18,3	28,1	22,8
nicht medikamentös ambulant	11,9	12,7	8,3	11,2	10,5	12,2	14,0	12,7
Empfehlung Vorstellung beim Hausarzt	21,4	18,3	13,9	17,4	15,8	12,2	10,5	12,0
Empfehlung Vorstellung beim Facharzt	33,3	23,2	26,4	25,5	21,0	17,1	28,1	21,5
Empfehlung Wiedervorstellung bei Beschwerde-progredienz	9,5	16,2	9,7	13,1	15,8	9,8	12,3	11,4
Patient/-in geht vor der Untersuchung	0	0,7	1,4	0,8	0	1,2	0	0,6
Patient/-in geht gegen ärztlichen Rat	0	2,8	2,8	2,3	5,2	4,9	1,8	3,8

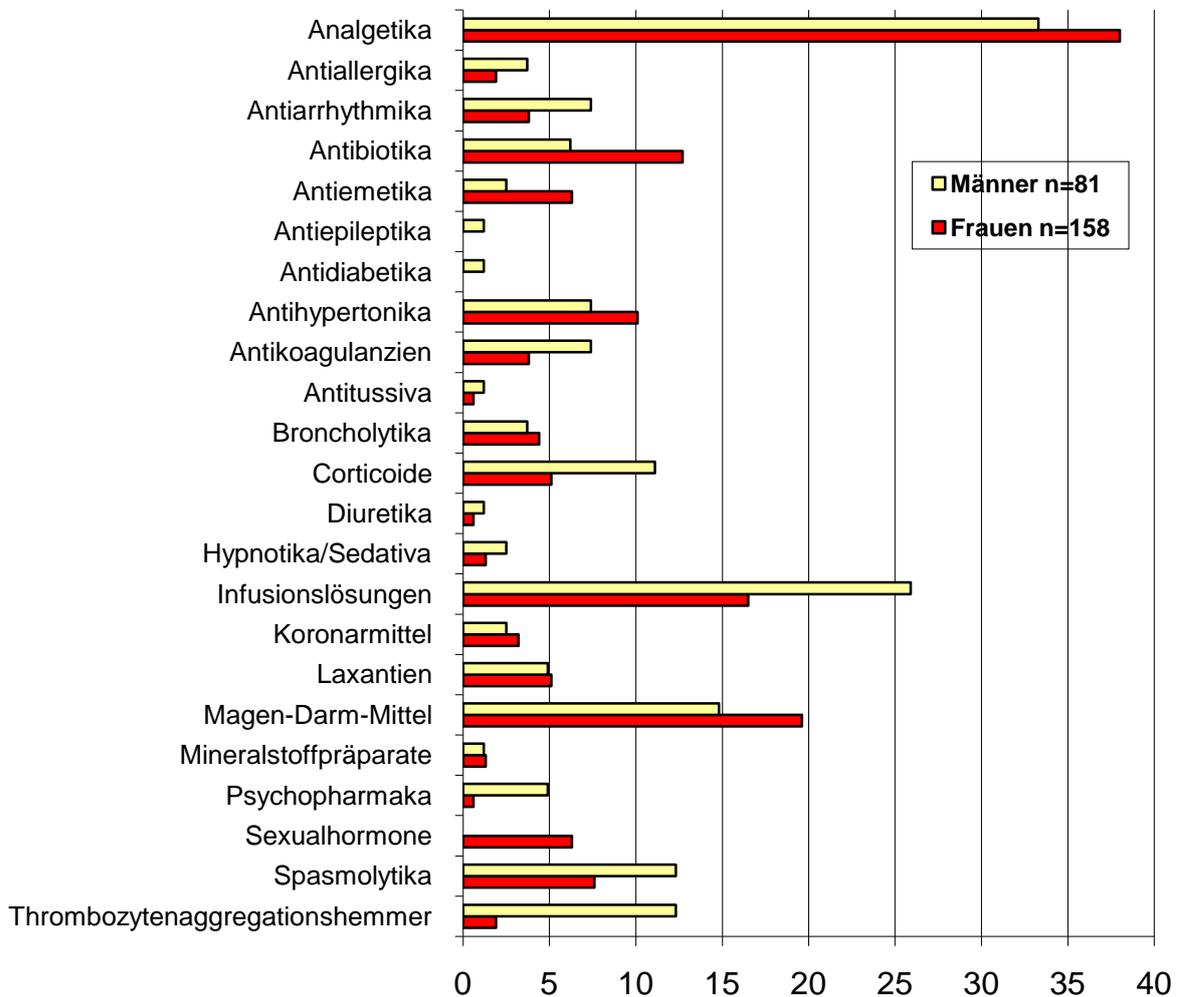
Mehrfachantworten waren möglich

Medikamentöse Therapie

Bei der dokumentierten, entweder in der Klinik gegebenen oder für die ambulante Behandlung empfohlenen Medikation bestanden geschlechtsspezifische Unterschiede. Frauen erhielten deutlich häufiger Analgetika, Antibiotika, Antiemetika und Magen-Darm-Mittel, Männer

hingegen häufiger Antiarrhythmika, Antikoagulantien, Corticoide, Infusionslösungen und Psychopharmaka, Spasmolytika sowie Thrombozytenaggregationshemmer (Abb.35).

Abb.35 : Medikation nach Geschlecht (%)



Unterschiede bestanden nach der ethnischen Herkunft der Patienten/-innen in der größeren Anzahl der Verordnung von Analgetika, Antiallergika und Antihypertonika bei Migranten/innen. Migrantinnen bekamen im Vergleich zu deutschen Frauen weitaus häufiger Antibiotika, Broncholytika und Spasmolytika.

Bei türkeistämmigen Migranten/innen waren im Gegensatz zu Migranten/-innen anderer Herkunft häufiger Antiarrhythmika, Antiemetika, Infusionslösungen und Magen-Darm-Mittel auf dem Rettungsschein angegeben

Tab.30 : Medikation nach Geschlecht und Ethnizität (%)

Medikamente	Frauen n=158				Männer n=81			
	deutsch n=92	türkisch n=31	andere n=35	gesamt n=158	deutsch n=52	türkisch n=12	andere n=17	gesamt n=81
	%	%	%	%	%	%	%	%
Analgetika	32,6	41,9	51,4	38	25,0	58,3	41,2	33,3
Antiallergika	1,1	0	5,7	1,9	1,9	16,7	0	3,7
Antiarrhythmika	3,3	6,5	2,9	3,8	7,7	8,3	5,9	7,4
Antibiotika	9,8	12,9	20,0	12,7	7,7	0	5,9	6,2
Antiemetika	7,6	6,5	2,9	6,3	1,9	8,3	0	2,5
Antiepileptika	0	0	0	0	1,9	0	0	1,2
Antihypertonika	7,6	12,9	14,3	10,0	3,8	8,3	17,6	1,2
Antikoagulanzen	5,4	3,2	0	3,8	5,8	0	17,6	7,4
Antitussiva	1,1	0	0	0,6	0	0	5,9	1,2
Broncholytika	2,2	6,5	8,6	4,4	5,8	0	0	3,7
Cortikoide	6,5	0	5,7	5,1	13,5	16,7	0	11,1
Diuretika	1,1	0	0	0,6	0	0	5,9	1,2
Hypnotika/Sedativa	1,1	0	2,9	1,3	3,8	0	0	2,5
Infusionslösungen	16,3	22,6	11,4	16,5	32,7	25,0	5,9	25,9
Koronarmittel	4,3	3,2	0	3,2	1,9	0	5,9	2,5
Laxantien	6,5	3,2	2,9	5,1	5,8	8,3	0	4,9
Magen-Darm-Mittel	21,7	25,8	5,7	19,6	9,6	25,0	23,5	14,8
Mineralstoffpräparate	1,1	3,2	0	1,3	0	0	5,9	1,2
Psychopharmaka	0	0	2,9	0,6	5,8	0	5,9	4,9
Sexualhormone	6,5	6,5	5,7	6,3	0	0	0	0
Spasmolytika	5,4	12,9	8,6	7,6	11,5	16,7	11,8	12,3
Thrombozyten- aggregationshemmer	1,1	0	5,7	1,9	11,5	33,3	0	12,3

Mehrfache Medikamentalisierung möglich

Bei jüngeren Patienten/-innen wurden vermehrt Analgetika, Antibiotika, Antiemetika, Cortikoide, Laxantien, Antitussiva, Magen-Darm-Mittel, Sexualhormone und Spasmolytika gegeben. Infusionslösungen, Blutdruck- und kardial wirksame Medikamente sowie Antikoagulantien und Thrombozytenaggregationshemmer wurden dagegen eher im höheren Lebensalter gegeben (Tab.31).

Tab.31 : Medikation nach Geschlecht und Alter (%)

Medikamente	Frauen n=157			Männer n=80		
	<30 Jahre n=57	31-45 Jahre n=48	46-65 Jahre n=52	<30 Jahre n=19	31-45 Jahre n=26	46-65 Jahre n=35
	%	%	%	%	%	%
Analgetika	40,4	52,1	23,1	31,6	46,2	25,7
Antiallergika	0	6,3	0	5,3	7,7	11,4
Antiarhythmika	0	2,1	5,8	0	0	5,7
Antibiotika	17,5	12,5	7,7	10,5	3,8	5,7
Antiemetika	1,8	12,5	5,8	0	7,7	0
Antiepileptika	0	0	0	5,3	0	0
Antihypertonika	3,5	4,2	23,1	0	3,8	14,3
Antikoagulantien	0	4,2	7,7	0	11,5	8,6
Antitussiva	1,8	0	0	5,3	0	0
Broncholytika	5,3	0	7,7	5,3	0	5,7
Cortikoide	5,3	6,3	3,8	26,3	3,8	8,6
Diuretika	0	0	1,9	0	0	2,9
Hypnotika/Sedativa	0	0	3,8	0	0	2,9
Infusionslösungen	15,8	10,4	23,1	15,8	19,2	37,1
Koronarmittel	0	0	9,6	0	3,8	2,9
Laxantien	5,3	8,3	1,9	5,3	7,7	2,9
Magen-Darm-Mittel	26,3	12,5	17,3	26,3	23,1	8,6
Mineralstoffpräparate	1,8	2,1	0	0	0	2,9
Psychopharmaka	0	0	1,9	0	7,7	5,7
Sexualhormone	14,0	4,2	0	0	0	0
Spasmolytika	12,3	4,2	5,8	42,1	27,0	28,6
Thrombozytenaggregationshemmer	0	2,1	3,8	0	3,8	25,7

Mehrfache Medikalisierung möglich

Patienten/-innen mit einem hohen Bildungsgrad bekamen signifikant häufiger Analgetika als Patienten/-innen mit einem niedrigen Bildungsgrad. Patienten ohne einen Schulabschluss oder mit Grundschulabschluss erhielten häufiger Herz- und Kreislaufmedikamente (Tab.32).

Tab.32 : Medikation nach Geschlecht und Bildungsgrad (%)

Medikamente	Frauen n=157				Männer n=80			
	Keine/ Grund- schule n=22	Haupt- /Real-/ Berufs- schule n=86	Abitur/ Hoch- schule n=49	gesamt n=157	Keinen/ Grund- schule n=12	Haupt- /Real-/ Berufs- schule n=36	Abitur /Hoch- schule n=32	gesamt n=80
	%	%	%	%	%	%	%	%
Analgetika	22,7	39,1	44,9	38,6	25,0	27,8	42,4	33,3
Antiallergika	0	1,1	4,1	1,9	16,7	2,8	0	3,7
Anti-arrhythmika	9,1	3,4	2,0	3,2	0	11,1	3,0	6,2
Antibiotika	13,6	6,9	16,3	10,8	33,3	2,8	0	6,2
Antiemetika	9,1	5,7	6,1	6,3	8,3	2,8	0	2,5
Antiepileptika	0	0	0	0	0	2,8	0	1,2
Anti-hypertonika	18,2	10,3	4,1	9,5	16,7	5,6	6,1	7,4
Anti-koagulanzen	0	5,7	2,0	3,8	8,3	8,3	6,1	7,4
Antitussiva	0	0	2,0	0,6	0	2,8	0	1,2
Broncholytika	0	6,9	2,0	4,4	0	5,6	3,0	3,7
Cortikoide	0	4,6	8,2	5,1	16,7	13,9	6,1	11,1
Diuretika	0	0	2,0	0,6	0	2,8	0	1,2
Hypnotika/ Sedativa	4,5	1,1	0	1,3	0	5,6	0	2,5
Infusionslösungen	22,7	26,4	14,3	16,5	8,3	30,6	27,3	25,9
Koronarmittel	0	5,7	0	3,2	8,3	0	3,0	2,5
Laxantien	0	4,6	26,5	5,1	16,7	5,6	0	4,9
Magen-Darm- Mittel	31,8	19,5	14,3	19,6	8,3	8,3	24,2	14,8
Mineralstoff- präparate	4,5	0	2,0	1,3	0	0	3,0	1,2
Psychopharmaka	0	1,1	0	0,6	8,3	2,8	6,1	4,9
Sexualhormone	4,5	4,6	4,1	4,4	0	0	0	0
Spasmolytika	13,6	5,7	8,2	7,6	8,3	5,6	21,2	12,3
Thrombozyten- aggregations- hemmer	9,1	1,1	0	1,9	25,0	11,1	9,1	12,3

3.5 Angemessenheit der Rettungsstellenbehandlung

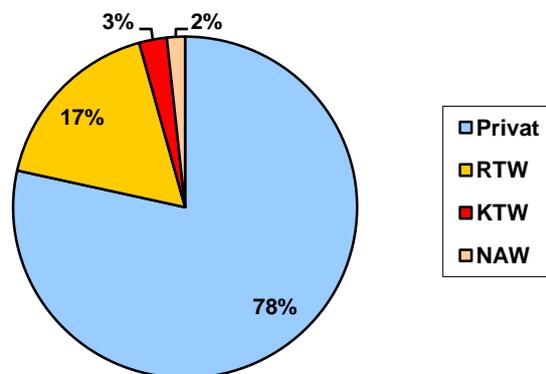
Für die Beurteilung der Angemessenheit der Rettungsstellenbehandlung wurde in dieser Untersuchung ein logistisches Regressionsmodell entwickelt. Unter 3.3.1 bis 3.3.7 werden für jedes Einzelkriterium und unter 3.3.8 für den Index zur Angemessenheit der Inanspruchnahme die Ergebnisse der logistischen Regressionsanalysen dargestellt. Da nur die Fälle ausgewertet wurden, die in allen Variablen gültige Werte aufweisen, umfassen die Analysestichproben je nach zugrunde gelegtem Kriterium zwischen 377 und 380 Fälle. Bei Berücksichtigung aller verwendeten Variablen für den Index konnten 387 Fälle analysiert werden; dies entspricht 91,3%

der Studienpopulation. Zur Beschreibung der Inanspruchnahme der Notfallambulanzen wurden aus den Angaben des Erste-Hilfe-Scheins und des Fragebogens folgende als relevant eingestufte Angaben ausgewählt: Transport in die Rettungsstellen, durchgeführte Diagnostik, stationäre Aufnahme, ärztliche Einweisung, starke Schmerzen sowie die hohe Selbsteinschätzung der Dringlichkeit der Behandlung.

3.5.1 Kriterium Transportart

Die Art und Weise, wie Notfallambulanzen aufgesucht werden, reicht von Patientinnen und Patienten, die zu Fuß kommen oder von Angehörigen und Freunden gebracht werden über den Transport mit dem Krankentransportwagen bis hin zum Transport mit dem Rettungsdienst. 78% der Patienten/-innen kamen selbst oder wurden von Angehörigen, Freunden usw. gebracht. 17% wurden mit einem Rettungstransportwagen (RTW), 3% mit einem Krankentransportwagen (KTW) und 2% mit dem Notarztwagen (NAW) in die Rettungsstelle transportiert (Abb.36).

Abb.36 : Transportart in die Rettungsstelle, n= 412 (%)



23,9% der Männer nutzten im Vergleich zu 20,9% der Frauen den Transport- und Rettungsdienst. Frauen kamen häufiger zu Fuß, mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder wurden mit privaten PKW in die Klinik gebracht. Der Vergleich zwischen deutschen, türkeistämmigen Patienten/innen und Patienten/innen anderer Herkunft zeigte, dass deutsche Patienten/-innen häufiger das staatliche Transport- und Rettungswesen in Anspruch nehmen (Tab.33).

Tab. 33: Transportmittel in die Klinik nach Geschlecht und Ethnizität (%)

Transport	Frauen n = 258			Männer n = 154		
	deutsch n = 152	türkei- stämmig n = 53	andere n= 53	deutsch n = 95	türkei- stämmig n = 31	andere n= 28
	%	%	%	%	%	%
Private Transportmittel	74,8	94,3	79,2	75,0	83,9	71,4
Krankentransportwagen	4,4	0	3,8	3,0	0	0
Rettungstransportwagen	17,6	5,7	15,1	21,0	16,1	28,6
Notarztwagen	3,1	0	1,9	1,0	0	0
gesamt	100	100	100	100	100	100

In der multivariaten Analyse (n=380) zeigte sich, dass ein höheres Alter der Patienten/-innen, eine akute Symptomatik mit kurzer Beschwerdedauer (unter 48h) und eine ärztliche Einweisung signifikante Prädiktoren für die Inanspruchnahme des Rettungs- und Transportwesens waren (Tab.34).

Tab. 34: Prädiktoren für „Nutzung des Rettungs- und Transportwesens“ (logistische Regression) n=380

Prädiktor		AOR	95%- Konfidenz- Intervall	p =
Alter		1,026	1,009-1,047	0,004
Beschwerdedauer	unter 48h	1	-----	-----
	über 48h	0,453	0,259-0,791	0.005
Ärztliche Einweisung	Ja	4,236	2,380-7,539	0,000
	nein	1	-----	-----
Variablen, die nicht in die logistische Regression aufgenommen wurden:				
Geschlecht, Ethnizität, chronische Krankheiten, Erwerbstätigkeit, Bildung, Nähe der Wohnung zur Klinik, Zeitpunkt des Aufsuchens der Rettungsstelle, Stärke der Schmerzen/ Beschwerden, wahrgenommene Dringlichkeit, Grad der psychischen Belastung.				

3.5.2 Durchgeführte Diagnostik

Röntgendiagnostik und andere bildgebende Verfahren wie Computertomographie stehen nur in Kliniken und im Regelfall nicht in ambulanten Arztpraxen jederzeit zur Verfügung. Bei 18% der von uns Befragten wurde eine derartige apparative Diagnostik zur Beschwerdeabklärung genutzt. In der multivariaten Analyse (n=380) zeigte sich, dass bei Frauen und Patienten/-innen mit niedrigem Bildungsstatus und bei Patienten/-innen, die die Rettungsstelle außerhalb der sog. Praxisöffnungszeiten aufsuchten, signifikant seltener eine solche Diagnostik durchgeführt wurde (Tab.35).

Tab.35: Prädiktoren für „nur im Krankenhaus vorgehaltene Diagnostik durchgeführt“ (logistische Regression) n=380

18%Prädiktor		AOR	95%-Konfidenz-Intervall	p =
Geschlecht	weiblich	1	-----	-----
	männlich	1,842	1,071-3,168	0,027
Bildungsgrad	niedrig	1	-----	-----
	mittel	4,686	1,390-15,804	0,013
	hoch	2,508	0,695-9,046	0,160
Zeitpunkt des Aufsuchens der Rettungsstelle	außerhalb der Praxisöffnungszeiten	1	-----	-----
	innerhalb der Praxisöffnungszeiten	1,822	1,055-3,145	0,031
Variablen, die nicht in die logistische Regression aufgenommen wurden:				
Ethnizität, Alter, chronische Krankheiten, Erwerbstätigkeit, Nähe der Wohnung zur Klinik, Stärke der Schmerzen/ Beschwerden, Beschwerdedauer, ärztliche Einweisung, wahrgenommene Dringlichkeit, Grad der psychischen Belastung.				

3.5.3 Kriterium stationäre Aufnahme

29% der Frauen und 42,8% der Männer des Untersuchungskollektivs wurden stationär aufgenommen. Deutsche Patienten/innen, unabhängig vom Geschlecht, wurden im Vergleich zu Migranten/innen deutlich häufiger stationär weiterbehandelt. In der Gruppe der Migranten lässt sich feststellen, dass Migrantinnen im Vergleich zu den Männern mit Migrationshintergrund deutlich seltener stationär aufgenommen wurden (Tab.36).

Tab.36 : Stationäre Aufnahmen nach Geschlecht und Herkunft (%)

stationäre Aufnahme	Frauen n=258				Männer n=154			
	deutsch n= 152	türkei- stämmig n=52	andere n=54	gesamt n=258	deutsch n=95	türkei- stämmig n=31	andere n=28	gesamt n=159
	%	%	%	%	%	%	%	%
Ja	36,9	19,2	15,1	29,0	50,0	29,0	32,1	42,8
Nein	63,1	80,8	84,9	71,0	50,0	71,0	67,9	57,2
Gesamt	100	100	100	100	100	100	100	100

Ältere Patienten/innen wurden, unabhängig vom Geschlecht, sehr viel häufiger als jüngere aufgenommen (Tab.37).

Tab.37 : Stationäre Aufnahmen nach Geschlecht und Alter (%)

stationäre Aufnahme	Frauen n=255				Männer n=154			
	<30 Jahre n=87	31-45 Jahre n=85	46-64 Jahre n=83	gesamt n=255	<30 Jahre n=33	31-45 Jahre n=53	46-64 Jahre n=68	gesamt n=154
	%	%	%	%	%	%	%	%
Ja	12,6	27,1	44,6	29,0	30,3	24,5	61,8	42,8
Nein	87,4	72,9	55,4	71,0	69,7	75,5	38,2	57,2
Gesamt	100	100	100	100	100	100	100	100

Die multivariate Analyse (n=377) ergibt, dass männliches Geschlecht, deutsche Ethnizität, höheres Alter, chronische Erkrankung und die Selbsteinschätzung einer hohen Dringlichkeit signifikante Prädiktoren für eine stationäre Aufnahme darstellten. Alle anderen Faktoren hatten keinen signifikanten Einfluss (Tab.38).

Tab.38 : Prädiktoren für „ Stationäre Aufnahme“ (logistische Regression) n=377

Prädiktor		AOR	95%- Konfidenz-Intervall	p =
Geschlecht	weiblich	1	-----	-----
	männlich	1,793	1,121-2,869	0,015
Ethnizität	deutsch	1	-----	-----
	türkisch	0,461	0,244-0,873	0,017
	andere	0,381	0,195-0,744	0,005
Alter		1,036	1,018-1,055	0,000
chronische Erkrankungen	ja	1,781	1,098-2,890	0,019
	nein	1	-----	-----
wahrgenomme Dringlichkeit	dringend	1	-----	-----
	nicht dringend	0,542	0,336-0,874	0,012
Variablen, die nicht in die logistische Regression aufgenommen wurden:				
Erwerbstätigkeit, Bildung, Nähe der Wohnung zur Klinik, Zeitpunkt des Aufsuchens der Rettungsstelle, Stärke der Schmerzen/ Beschwerden, ärztliche Einweisung Beschwerdedauer, Grad der psychischen Belastung.				

3.5.4 Kriterium ärztliche Einweisung

21% der interviewten Patientinnen und Patienten gaben an, dass sie von einem niedergelassenen Arzt oder einer Ärztin in die Klinik eingewiesen worden sind oder ihnen die Vorstellung in der Rettungsstelle von ärztlicher Seite empfohlen wurde.

Die multivariate Analyse (n=380) zeigte, dass höheres Alter und Aufsuchen der Rettungsstelle innerhalb der sogenannten Praxiszeiten signifikante Prädiktoren für eine ärztliche Einweisung darstellten. Alle anderen Faktoren hatten keinen signifikanten Einfluss (Tab.39).

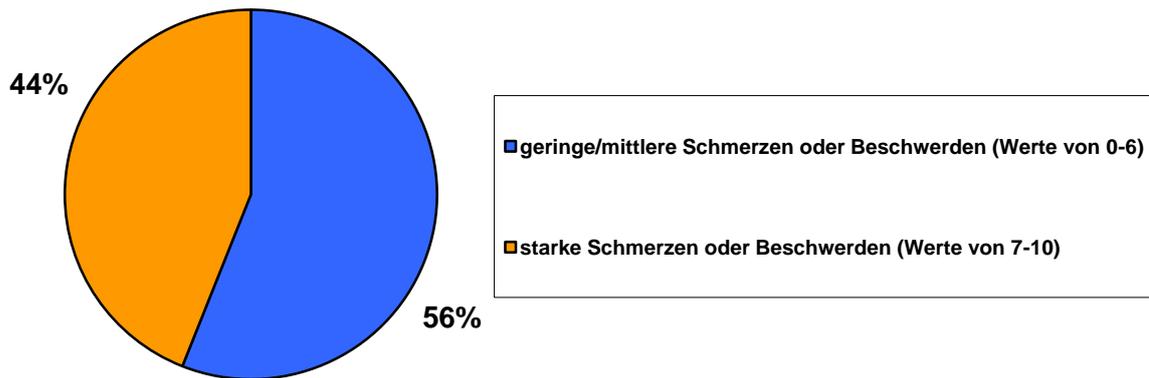
Tab.39 : Prädiktoren für „ärztliche Einweisung“ (logistische Regression) n=380

Prädiktor		AOR	95%-Konfidenz-Intervall	p =
Alter		1,029	1,010-1,048	0,003
Zeitpunkt des Aufsuchens der Rettungsstelle	außerhalb der Praxisöffnungszeiten	1	-----	-----
	innerhalb der Praxisöffnungszeiten	3,072	1,828-5,162	0,000
Variablen, die nicht in die logistische Regression aufgenommen wurden:				
Geschlecht, Ethnizität, chronische Erkrankungen, Erwerbstätigkeit, Bildung, Nähe der Wohnung zur Klinik, Stärke der Schmerzen/ Beschwerden, wahrgenommene Dringlichkeit, Beschwerdedauer, Grad der psychischen Belastung.				

3.5.5 Kriterium starke Schmerzen oder Beschwerden

44 % der Befragten geben auf der elfstufigen Skala Werte zwischen sieben und zehn an. Sie leiden demnach also unter starken bis sehr starken Schmerzen oder Beschwerden (Abb.37).

Abb. 37: Stärke der Schmerzen und Beschwerden n=412 (%)



Die multivariate Analyse (n=380) ergab, dass mittlere psychische Belastung, hoher Bildungsstand, Selbsteinschätzung der Behandlung als „sehr dringend“ und untere Erwerbsgruppe signifikante Prädiktoren für die Angabe starker Schmerzen und Beschwerden waren. Alle anderen Variablen waren hierbei ohne signifikanten Einfluss (Tab.40).

Tab.40: Prädiktoren für „starke Schmerzen oder Beschwerden“ (log. Regression) n=380

Prädiktor		AOR	95%-Konfidenz-Intervall	p =
Grad der psychischen Belastung	niedrige psychische Belastung	1	-----	0,043
	mittlere Psychische Belastung	3,061	1,271-7,371	0,013
	hohe psychische Belastung	1,745	0,866-3,518	0,119
Bildungsgrad	niedrig	1	-----	0,005
	mittel	0,918	0,478-1,763	0,797
	hoch	2,271	1,062-4,856	0,034
Erwerbsstatus	untere Erwerbsgruppe	1	-----	0,002
	mittlere Erwerbsgruppe	0,909	0,275-2,998	0,875
	höhere Erwerbsgruppe	0,282	0,069-1,156	0,079
	Student/ -in	1,954	0,552-6,910	0,299
	Hausfrau/-mann	1,686	0,452-6,284	0,437

	Soz./Rente/ALG	1,764	0,553-5,622	0,337
	sonstiges	0,766	0,204-2,877	0,693
wahrgenommene Dringlichkeit	dringend	1	-----	-----
	nicht dringend	0,528	0,338-0,825	0,005
Variablen, die nicht in die logistische Regression aufgenommen wurden: Geschlecht, Ethnizität, Alter, chronische Erkrankungen, Nähe der Wohnung zur Klinik, Zeitpunkt des Aufsuchens der Rettungsstelle, ärztliche Einweisung, Beschwerdedauer.				

3.5.6 Kriterium selbsteingeschätzte Dringlichkeit

43% der befragten Patientinnen und Patienten schätzten die Dringlichkeit für eine ärztliche Behandlung hoch ein (Werte von sieben bis zehn auf der elfstufigen Skala).

In der multivariaten Analyse zeigte sich, dass leichte bis mittelstarke Schmerzen/Beschwerden signifikante Prädiktoren für die Einschätzung einer hohen Behandlungsdringlichkeit darstellten.

Alle anderen Faktoren hatten keinen signifikanten Einfluss (Tab.41).

Tab. 41: Prädiktoren für „hohe Dringlichkeit aus Sicht der Patienten“ (logistische Regression) n=380

Prädiktor		AOR	95%-Konfidenz-Intervall	p =
Stärke der Beschwerden/Schmerzen	sehr stark	0,563	0,371-0,855	0,007
	leicht bis mittelstark	1	-----	-----
Variablen, die nicht in die logistische Regression aufgenommen wurden: Geschlecht, Ethnizität, Alter, chronische Erkrankungen, Nähe der Wohnung zur Klinik, Bildungsgrad, Erwerbstätigkeit, Zeitpunkt des Aufsuchens der Rettungsstelle, ärztliche Einweisung, Beschwerdedauer, Grad der psychischen Belastung.				

3.5.7 Index zur Angemessenheit der Rettungsstellenbehandlung

Aus den sechs Einzelkriterien:

- A) Der Transport in die Klinik erfolgte mit der Feuerwehr, Krankentransport- oder Rettungswagen,
- B) es wurde Diagnostik durchgeführt, die nur im Krankenhaus jederzeit vorgehalten wird,
- C) nach der Rettungsstellenbehandlung erfolgte eine stationäre Aufnahme,
- D) es lag eine ärztliche Einweisung in das Krankenhaus vor,
- E) die Befragten geben starke Schmerzen oder Beschwerden an und
- F) die Patienten und Patientinnen schätzen die Dringlichkeit der Behandlung hoch ein,

wurde nun ein Index zur Angemessenheit der Inanspruchnahme der Rettungsstellen gebildet. Von Angemessenheit der Inanspruchnahme wurde ausgegangen, wenn mindestens vier dieser sechs Kriterien erfüllt waren. Ein weiterer ursprünglich in Erwägung gezogener Indikator "Dauer der Beschwerden < 48 Stunden" wurde nicht berücksichtigt, da die von den Patienten/-innen gemachten Angaben zum Teil sehr ungenau und die ärztliche Dokumentationen dazu nicht ausreichend vollständig waren. Die Korrelation mit den anderen Kriterien war außerdem ausgesprochen niedrig und in der multivariaten Analyse ließ sich bis auf den Zeitpunkt der Inanspruchnahme kein Prädiktor erkennen.

Bei 12% der Patienten/-innen waren vier oder mehr der genannten Kriterien erfüllt, die also nach dieser Definition die Rettungsstellen angemessen in Anspruch genommen hatten.

Die multivariate Analyse zeigte, dass höheres Alter und das Vorliegen einer ärztlichen Einweisung signifikante Prädiktoren für eine angemessene Inanspruchnahme der Rettungsstelle waren.

Der Analyse kann weiterhin entnommen werden, dass türkeistämmige Patienten/-innen im Vergleich zu Patienten/-innen deutscher und anderer Herkunft signifikant häufiger die Rettungsstelle unangemessen nutzten.

Alle anderen Faktoren, also Geschlecht, Bildungsgrad, Erwerbsstatus, Nähe der Wohnung zur Klinik, Vorhandensein eines Hausarztes, Nutzungshäufigkeit der Notfallambulanz im letzten Jahr und Grad der psychischen Belastung hatten hier keinen signifikanten Einfluss (Tab.42).

Tab.42: Index der angemessenen Inanspruchnahme (logistische Regression) n=387

Prädiktor		AOR	95%- Konfidenz-Intervall	p =
Geschlecht	Weiblich	1	-----	-----
	Männlich	1,519	0,781-2,956	0,218
Alter		1,051	1,025-1,078	0,000
Bildungsgrad	Niedrig	1	-----	0,489
	mittel	1,725	0,528-5,637	0,367
	hoch	1,105	0,274-4,462	0,889
Erwerbsstatus	untere Erwerbsgruppe	1	-----	0,435
	mittlere Erwerbsgruppe	0,973	0,111-8,555	0,981
	höhere Erwerbsgruppe	1,060	0,089-12,594	0,963
	Student/ -in	1,922	0,182-20,299	0,587
	Hausfrau/-mann	3,763	0,370-38,260	0,263
	Soz./Rente/ALG	1,559	0,183-13,258	0,684
	sonstiges	0,687	0,061-7,733	0,761
Ethnizität	deutsch	1	-----	0,099
	türkisch	0,238	0,062-0,914	0,037
	andere	0,617	0,228-1,666	0,341
ärztliche Einweisung	nein	1	-----	-----
	ja	13,467	6,790-26,708	0,000
Variablen, die nicht in die logistische Regression aufgenommen wurden:				
Nähe der Wohnung zur Klinik, Vorhandensein eines Hausarztes, Nutzungshäufigkeit der Notfallambulanz im letzten Jahr, Grad der psychischen Belastung, Zeitpunkt des Aufsuchens der Rettungsstelle, chronische Erkrankungen				

Anmerkungen: AOR= adjustierte Odds Ratios. Referenzkategorie hat den Wert 1.0

4. Diskussion

4.1 Diskussion der Methoden und Studienführung

Durch die prospektive Erhebung der Fragebögen und der retrospektiven Auswertung der Erste-Hilfe-Scheine konnten in dieser Studie vielfältige Informationen über die Inanspruchnahme und Behandlung in den untersuchten Rettungsstellen aus unterschiedlichen Perspektiven gewonnen werden. Dieser Zugang erwies sich für die Frage nach der Angemessenheit der Inanspruchnahme als vorteilhaft, da sowohl Aspekte der erfolgten Behandlung aus Sicht der Ärzte und Ärztinnen als auch Aspekte aus Sicht und Wahrnehmung der Patientinnen und Patienten in die Analyse einfließen konnten.

Die detailliert erhobenen Daten mittels persönlicher Interviews geben Aufschluss über vielfältige Merkmale der Studienpopulation. Neben sozioökonomischen und psychosozialen Aspekten wurden die aktuellen Beschwerden, die selbsteingeschätzte Dringlichkeit der Behandlung und das Nutzungsverhalten ambulanter medizinischer Einrichtungen erfragt.

In dieser Studie wurde der Herkunft der Patienten/-innen eine besondere Beachtung geschenkt. Die Untersuchung erfolgte in Berliner Innenstadtbezirken, die durch vergleichsweise schwache sozioökonomische Verhältnisse und einen hohen Anteil von Migranten/-innen gekennzeichnet sind. Daher lassen die vorliegenden Ergebnisse Rückschlüsse auf die Versorgungssituation in großstädtischen Kliniken der Bundesrepublik mit vergleichbarer Bevölkerungsstruktur zu. Je nach Standort haben ca. 40% der Patientinnen und Patienten einen Migrationshintergrund, jedoch liegen über ihre Bedürfnisse und ihre Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen nur wenige Kenntnisse vor.

Eine ausschließliche Beachtung der Staatsangehörigkeit ist hierbei unzulänglich, da mögliche Besonderheiten der deutschen Bevölkerung mit Migrationshintergrund nicht erfasst werden. Die Erreichbarkeit dieser Bevölkerungsgruppe für Befragungen ist durch Sprachbarrieren und einen niedrigen Bildungsgrad oft erschwert, und somit sind besondere Zugangsweisen, wie sie in der vorliegenden Untersuchung im Rahmen des Gesamtprojektes auch gewählt wurden, erforderlich (Borde 2005).

Zusätzlich zu den deskriptiven Darstellungen der Merkmalsverteilung wurden zur Beurteilung der Angemessenheit der Inanspruchnahme logistische Regressionen durchgeführt. Mittels dieses multivariaten statistischen Verfahrens ist eine Untersuchung simultaner Einflüsse von verschiedenen Variablen, für die ein Einfluss auf die Inanspruchnahme angenommen wird, möglich. Viele internationale Studien zur Angemessenheit der Inanspruchnahme von

Gesundheitseinrichtungen nutzten multivariate Verfahren (Krasnik 2002, Gill et al. 2000, Adams et al. 2000, Smaje und Le Grand 1997, White-Means und Thornton 1989).

Durch diese Studie sind keine Aussagen zur Inanspruchnahme der gesamten ambulanten Versorgung der Patienten/innen oder zu Inzidenzen oder Prävalenzen von Krankheiten möglich, wie dies bei bevölkerungsbezogenen Studien der Fall wäre.

4.1.1 Analyse der Erste-Hilfe-Scheine

Über Inhalt und Struktur der handschriftlichen ärztlichen Dokumentation auf den Erste-Hilfe-Scheinen existieren nur sehr weitgefasste Vorgaben. Daher stellte sich bei der Erhebung der Daten das Problem der Vergleichbarkeit der Dokumentation auf den Rettungsscheinen. Angaben zur Anamnese, Diagnostik und Therapie wurden teils unpräzise oder gar nicht dokumentiert. Mit Hilfe einer standardisierten Datenschlange erfolgte eine Kodierung wodurch eine Vereinheitlichung der Datensätze und somit Vergleichbarkeit erreicht wurde. Daraus ergaben sich allerdings bei einigen Variablen fehlende Werte. Zusammenfassend muss daher von einem gewissen Informations-Bias aufgrund ungenauer, schwer lesbarer oder fehlerhafter Information sowie einem Selektionsbias wegen fehlender Information, ausgegangen werden. Um diese Verzerrungen möglichst gering zu halten, wurde die Erhebung der Daten durch Personen mit einer medizinischen Ausbildung ausgeführt. Eine lückenlose Dokumentation der Behandlung, die für die Forschung prinzipiell wünschenswert wäre, ist in der Rettungsstellensituation kaum möglich. Für die hier aufgeworfene Fragestellung stellt dennoch die Analyse der Rettungsstellendokumentation die Methode der Wahl dar. Nicht zuletzt haben verschiedene Autoren ebenfalls auf dieses Forschungsdesign zurückgegriffen (Lowe et al. 1993; Oterino et al. 1999; Hinojosa-Cantero et al. 2001).

4.1.2 Erhebung und Analyse der Fragebögen

Zur Erhebung von zusätzlichen Daten zur Herkunft der Patienten/innen, der selbsteingeschätzten Dringlichkeit der Behandlung und der sozioökonomischen und psychosozialen Aspekte wurden persönliche Befragungen durchgeführt. Die individuelle Lage der Patienten/-innen stellten für die Inanspruchnehmenden der Rettungsstellen nicht selten Ausnahme- oder sogar Extremsituationen dar. Zu den Schmerzen und Beschwerden der Befragten kommt noch die Angst und Ungewissheit über den Schweregrad der Erkrankung hinzu. Unter diesen Umständen ist es wichtig für die Befragung eine vertrauensvolle Atmosphäre zu schaffen. Obwohl die Interviews im Wartebereich durchgeführt wurden und nicht in einem geschlossenen Bereich, war

es möglich durch eine geringe Lautstärke und einem gewissen Abstand zu den anderen Patienten/-innen Diskretion einzuhalten.

Durch die Leitfadengestützten Interviews ist von gewissen, aber als gering einzustufenden Verzerrungseffekten auszugehen. Es ist denkbar, dass sich einige Befragte einem Rechtfertigungsdruck bezüglich ihrer Inanspruchnahme ausgesetzt sahen. Zudem ist es möglich, dass einige der Befragten als sozial erwünscht eingeschätzte Antworten gegeben haben.

4.1.3. Namensanalyse

Die Ethnizität der Patienten/innen ließ sich durch die im Fragenbogen angegebene Muttersprache feststellen. Sofern die Muttersprache im Fragebogen nicht erhoben wurde, erfolgte zur Feststellung der Ethnizität eine Namensanalyse. Die Analyse wurde anhand der Vor- und Nachnamen der Patienten/innen durchgeführt. Damit konnte die Herkunft der Patienten/innen Sprachregionen zugeordnet werden. Aussagen zum Migrationsstatus waren jedoch nicht möglich. Die Namensanalyse stellt in der Migrationsforschung eine durchaus valide Methode dar, da sie ohne die Erhebung von zusätzlichen Informationen eine zuverlässige Differenzierung der größten Migranten/innengruppen erlaubt und dadurch Übergeneralisierungen und Unschärfen im Sinne eines „*Culture bias*“ vermieden werden können (Salentin 1999; Humpert 2000). Die Identifikation der türkischen Namen gelingt nach Razum (2000; 2001) mit Hilfe eines türkischsprachigen Untersuchers in über 90% der Fälle, da diese leicht zu erkennen sind und nur sehr wenige Überschneidungen z.B. mit deutschen, griechischen oder arabischen Namen bestehen. Ebenfalls leicht zu differenzieren sind arabische, asiatische oder spanisch/lateinamerikanische Namen (Razum et al. 2001). Bei osteuropäischen Namen ergeben sich Probleme, da beispielsweise polnische Nachnamen in Deutschland aufgrund weiter zurückliegender Einwanderungen verbreitet sind. Fehlzuordnungen sind bei Migrantinnen, die aufgrund von Heirat einen deutschen Nachnamen tragen möglich. Wobei im Zweifelsfalls von den Vornamen der Patientinnen ausgegangen wurde. Weiterhin sind falsche Zuordnungen bei Kindern aus binationalen Familien und Spätaussiedlern zu erwarten. Für die retrospektive Differenzierung nach Herkunft auf der Grundlage von medizinischer Dokumentation stellt die Namensanalyse jedoch die Methode der Wahl dar.

4.2 Diskussion der Zusammensetzung der Studienpopulation

In die Studie einbezogen wurden nur ansprechbare Personen im Alter von 15-65 Jahren. Demnach waren beispielsweise Patienten/-innen, die in einem stark reduzierten

Allgemeinzustand oder alkoholisiert waren, mit dieser Erhebungsmethode nicht erreichbar. Bei einer Ablehnung der Befragung nannten die Angesprochenen als Gründe meist starke Schmerzen oder Beschwerden sowie generelle Ablehnung der Teilnahme an Befragungen. Daher ist davon auszugehen, dass die Befragten, verglichen mit allen Inanspruchnehmenden der Rettungsstellen, sich seltener in einem akut bedrohlichen Gesundheitszustand befanden.

Aus projektorganisatorischen Gründen war eine zeitgleiche Befragung an den Standorten sowie die Befragung rund um die Uhr nicht möglich. Dennoch umfasste der Befragungszeitraum sowohl Zeiten, in denen ambulante Arztpraxen geöffnet als auch geschlossen sind. Weitere tages- oder jahreszeitliche Besonderheiten in der Inanspruchnahme der Rettungsstellen können mit der vorliegenden Untersuchung nicht erfasst werden.

4.3 Diskussion der Angemessenheit der Inanspruchnahme von Rettungsstellen

Ziel dieser Arbeit war es, den Anteil der angemessenen Inanspruchnahme von Rettungsstellen zu bestimmen und Prädiktoren hierfür zu erkennen. Hinweise auf Unter-, Über- und Fehlversorgung der Rettungsstellen können sowohl als Anregung für weitere Forschung als auch zur Verbesserung der Versorgung dienen.

Im Folgenden werden die unter 1.5 erläuterten Fragestellungen nacheinander abgehandelt.

4.3.1 Hat das Geschlecht der Patienten/-innen einen Einfluss auf die Inanspruchnahme von Rettungsstellen?

62% der in dieser Untersuchung Befragten waren Frauen und nur 38% Männer. Selbst bei alleiniger Betrachtung der internistischen Patienten/-innen bleibt dieser Unterschied bestehen. Auch wenn es sich hier um eine relativ kleine Stichprobe handelt, zeigt sich ein Hinweis auf eine verstärkte Inanspruchnahme der Rettungsstellen durch Frauen. Diese Beobachtung fügt sich in die aus dem Forschungsprojekt bislang hervorgegangenen Dissertationen von Braun und Schwartau gut ein. Weiterhin weisen die Untersuchungen Bergmann, Ladwig und Bertakis darauf hin, dass Frauen Gesundheitseinrichtungen insgesamt häufiger aufsuchen als Männer (Braun 2004; Bergmann und Kamtsiuris 1999; Ladwig et al. 2000; Bertakis et al. 2002).

In der vorliegenden Analyse wurde männliches Geschlecht als signifikanter Prädiktor für die durchgeführte Diagnostik und für stationäre Aufnahmen identifiziert. Für alle anderen Kriterien, die für eine angemessene Nutzung sprechen, zeigt sich in der multivariaten Analyse kein eigenständiger Vorhersagewert bezüglich des Geschlechts.

Betrachtet man das Kriterium der stationären Aufnahme, so steht unser Ergebnis im Kontrast zu anderen Studien aus Deutschland und den USA, die fast ausnahmslos über eine höhere stationäre Aufnahmequote und längere Krankenhausaufenthalte durch Frauen berichten (Bergmann u. Kamtsiuris 1999, Ladwig et al. 2000). Auch die Auswertung der Daten des nationalen Gesundheitssurveys des Robert-Koch-Instituts aus den Jahren 1990-1992 und Daten aus der Gesundheitsberichterstattung Berlins aus dem Jahre 2006 zeigen, dass Frauen häufiger stationär aufgenommen wurden.

Während einige Studien zur Angemessenheit der Inanspruchnahme von Rettungsstellen bezogen auf geschlechtsspezifische Unterschiede zeigten, dass Männer häufiger zu den angemessenen Nutzern von Notfallambulanzen zählen (Oterino et al. 1999; Hinojosa-Cantero et al. 2001; Pereira et al. 2001, Sarver 2002, Bianco et al. 2003, Braun 2004, Carret 2007), konnte dies in der vorliegenden Untersuchung und anderen internationalen Untersuchungen (Dale et al. 1995, Lang et al. 1996, Escobedo et al. 1997, Lee 2000, Rodrigues 2001, Sempere-Selva et al. 2001, Afilalo 2004, Finn 2006) nicht bestätigt werden.

4.3.2 Welchen Einfluss hat das Geschlecht auf die Diagnostik und Behandlung in der Rettungsstelle?

In dieser Untersuchung suchten Frauen und Männer die Notfallambulanzen aufgrund unterschiedlicher Beschwerden auf. Das Diagnosespektrum und die verordneten Therapien zeigten eine geschlechtsspezifische Verteilung. Die Ergebnisse stehen im Einklang mit vielfältigen Studien, die eine geschlechtsspezifische Beschwerderepräsentation, einen differierenden Gesundheitsstatus sowie eine nach Geschlecht unterschiedliche Therapie feststellen (Zemp und Ackermann-Liebrich 1988; Stein-Hilbers 1995; Maschewsky-Schneider 1997; Lahelma et al. 1999; Ladwig et al. 2000; Bertakis et al. 2002, Braun 2004).

Anamnese und Beschwerden

In der Anamnese wurden von Frauen mehr Beschwerden angegeben und häufiger die Symptome Übelkeit und Erbrechen, Bauchschmerzen, Kopfschmerzen und Atembeschwerden genannt, während bei Männern im Vergleich häufiger Thoraxschmerzen, kardiale Symptome und Verschlechterung des Allgemeinzustands dokumentiert waren.

Diese Unterschiede im Beschwerdespektrum weisen auf geschlechtsspezifische Gesundheitsprobleme hin.

Eine Untersuchung aus der Schweiz bestätigte, dass Frauen häufiger über Kopfschmerzen klagen als Männer. Gastrointestinale Symptome spielten in der Schweizer Studie eine eher nachgeordnete Rolle. Übelkeit und Erbrechen stand dort für beide Geschlechter erst an zwölfter Stelle der Häufigkeitsskala. (Zemp u. Ackermann-Liebrich 1988). Gynäkologische Erkrankungen und schwangerschaftsassozierte Beschwerden können insbesondere bei jüngeren Frauen eine Erklärung für gastrointestinale Beschwerden sein (BMFSFJ 2002). Übelkeit und Erbrechen sowie diffuse Oberbauchbeschwerden zählen allerdings auch zu den häufig genannten Symptomen des Herzinfarkts bei Frauen (Herzstiftung.de 2003, Sieverding 2007). Zudem zeigte eine Umfrage zur Bewertung von Krankheitssymptomen, dass Frauen in Unterleibsschmerzen eine dringendere Indikation für einen Arztbesuch sehen als Männer (Laubach u. Brähler 2001). Es ist daher anzunehmen, dass die Häufigkeit der Rettungsstellenbesuche aufgrund von gastrointestinalen Beschwerden nicht nur die höhere Prävalenz bei Frauen widerspiegelt, sondern auch die subjektive Wichtigkeit, die Frauen dieser Symptomatik beimessen, zeigt.

Männer klagten häufiger über Thoraxschmerzen und kardiale Beschwerden. Bei der Verschlechterung des Allgemeinzustands zeigt sich hier die oft beschriebene geschlechtsspezifisch differenzierte Symptomwahrnehmung. In den Erste-Hilfe-Scheinen wurde bei den Männern häufiger eine Verschlechterung des Allgemeinzustandes dokumentiert.

Diagnostik und Diagnosen

Vergleicht man das in der Rettungsstelle veranlasste diagnostische Prozedere für Männer und Frauen so lässt sich feststellen, dass bis auf die Urinuntersuchung alle weiteren diagnostischen Maßnahmen häufiger bei Männern durchgeführt wurden. Die Urinuntersuchungen sind angesichts der häufiger geäußerten dysurischen Beschwerden bei Frauen zu erklären.

Die häufigere Durchführung von diagnostischen Maßnahmen bei Männern könnte durch die schwerwiegenderen Beschwerdebilder verursacht worden sein und steht im Einklang mit den häufigeren stationären Aufnahmen. Auch in der Literatur wird wiederholt beschrieben, dass bei Männern eine intensivere Diagnostik betrieben wird (Conen u. Kuster 1988; Maschewsky-Schneider 1996). Der Einwand, dass möglicherweise nicht alle durchgeführten Untersuchungen dokumentiert wurden, ist zu vernachlässigen, da es sich dann vermutlich um einen bei beiden Geschlechtern auftretenden systematischen Fehler handeln würde.

Entgegen der weitläufigen Annahme, dass Kreislauferkrankungen eine Männerkrankheit sind, konnte hier gezeigt werden, dass auch bei Frauen Kreislauferkrankungen die am häufigsten gestellte Diagnose waren und nur geringfügig seltener als bei Männern vorkamen. Die etwas

höhere Prävalenz von Kreislaufkrankungen bei Männern in dieser Studie könnte auf den früheren Anstieg der Kreislaufkrankungen bei Männern unter 65 Jahren zurückzuführen sein (Statistisches Jahrbuch Gesundheit 2002). An zweiter Stelle rangierten bei beiden Geschlechtern Krankheiten des Verdauungssystems. Im Gegensatz zu der Vermutung, dass psychische Krankheiten häufiger bei Frauen diagnostiziert werden, zeigte diese Studie sogar eine geringfügig häufigere Diagnosestellung bei den Männern. Allerdings wurden bei Frauen häufiger symptombeschreibende unspezifische Diagnosen gestellt, die Ausdruck einer geschlechtsabhängig unterschiedlichen Diagnosestellung sein könnten, da bei Frauen sehr viel eher psychosomatische Differentialdiagnosen einbezogen werden (Conen u. Kuster 1988; Anson et al. 1991).

Therapie

Frauen wurden in der Rettungsstelle häufiger ambulant behandelt oder in die ambulante Versorgung weitergeleitet als Männer. Dem entspricht der höhere Anteil der Empfehlungen an Frauen, einen Hausarzt oder Facharzt aufzusuchen oder sich bei Beschwerdepogredienz wieder vorzustellen. Das könnte damit erklärt werden, dass Frauen häufiger mit aus medizinischer Sicht weniger gefährlichen Symptomen wie Übelkeit, Erbrechen, Bauchschmerzen und Kopfschmerzen in die Rettungsstellen kamen. Männer hingegen kamen gehäuft mit kardialen Beschwerden und Thoraxschmerzen. Dementsprechend wurden diese wie bereits diskutiert häufiger stationär aufgenommen. Frauen erhielten weitaus häufiger eine medikamentöse Behandlung als Männer (38% vs. 23%). Auffällig war der höhere Einsatz von Schmerzmitteln bei Frauen, die bei mehr als einem Drittel der Patientinnen verordnet wurden. Dies kann durch die häufigere Angabe von Schmerzen bei Frauen begründet werden. Der hohe Einsatz von Schmerzmitteln und Infusionslösungen zeigt, dass offensichtlich in der Rettungsstelle eine hauptsächlich symptomatisch orientierte Therapie durchgeführt wird. Psychopharmaka wurden bei Männern weitaus häufiger verordnet als bei Frauen. Die in der ambulanten Versorgung wiederholt konstatierte Überversorgung mit Medikamenten und insbesondere Psychopharmaka bei Frauen konnte somit in dieser Studie für die Rettungsstelle nicht bestätigt werden (Härtel 1988; Richter 2001; Glaeske 2002). Glaeske (2002) führt den höheren Arzneimittelkonsum bei Frauen im ambulanten Versorgungsbereich auf die häufigeren Arztkontakte durch Frauen zurück und nicht auf die quantitativ unterschiedliche Verschreibungspraxis während eines Arztbesuches. Qualitativ sind sehr wohl Unterschiede zu bemerken. Männern werden vermehrt spezifisch indizierte innovative und teure Medikamente verordnet. In diesem Zusammenhang ist es

auffällig, dass Männer in unserer Studie häufiger Antiarrhythmika, Antikoagulantien, Thrombozytenaggregationshemmer und Cortikoide erhielten. Andere spezifisch wirksame Medikamente wurden etwa gleich häufig verordnet. Entsprechend der häufigeren Diagnosestellung, wie beispielsweise mehr Harnwegsinfekte bei Frauen, wurden bei Frauen etwas häufiger Antibiotika verordnet.

4.3.3 Welchen Einfluss hat das Alter der Patienten/-innen auf die Inanspruchnahme von Notfallambulanzen?

In dieser Studie waren jeweils etwa ein Drittel der Patienten/-innen sind 15-30 Jahre, 31-45 Jahre und 46-65 Jahre alt. Bei der Altersverteilung betrachtet nach Ethnizität fällt auf, dass die nicht-deutschen, vor allem die türkeistämmigen Befragten deutlich jünger sind als die deutschen Patienten und Patientinnen. Zum einen spiegelt sich hier die jüngere Altersstruktur der Migranten im Vergleich zur deutschen Bevölkerungsgruppe in Berlin wider. Andererseits bestätigt sich hier was in der Auswertung von Braun festgestellt wurde: Gerade jüngere Migrantinnen und Migranten suchen Rettungsstellen häufiger auf als deutsche Patientinnen und Patienten (Braun 2004). Entsprechend wird die Rettungsstelle von diesen Personengruppen vermutlich auch bei Beeinträchtigungen, die durch Hausärzte behandelt werden könnten, zur Versorgung in Anspruch genommen.

In der multivariaten Analyse stellte zunehmendes Alter den stärksten Prädiktor für eine angemessene Inanspruchnahme dar. Ältere Patienten/innen, die überproportional häufig die Rettungsstellen aufsuchen, wurden häufiger mit dem Rettungs- und Transportdienst in die Klinik gebracht, wurden vermehrt stationär aufgenommen und kamen häufiger mit einer ärztlichen Einweisung in die Klinik.

Mit zunehmendem Alter steigt die Anzahl multimorbider und schwer erkrankter Personen, die einer sofortigen medizinischen Behandlung bedürfen, stark an. Dies zeigt sich auch in dieser Studie deutlich bei den Beschwerden und Diagnosen der Patienten/innen über 45 Jahren. Während jüngere Patienten/-innen vorwiegend Bauchschmerzen und Übelkeit angaben, wurden bei Patienten/-innen über 45 Jahren sehr viel mehr Erkrankungen des Kreislaufs und der Atemwege diagnostiziert und gleichzeitig weniger unspezifische Diagnosen, womit sich die höheren Aufnahmezeiten bei älteren Patienten erklären lassen. Der Zusammenhang zwischen Alter, zunehmenden Beschwerden und Notwendigkeit intensiverer oder sofortiger medizinischer Versorgung wurde bereits mehrfach beschrieben (Dale et al. 1995; Shah et al. 1996; Escobedo et al. 1997; Oterino et al. 1999; Pereira et al. 2001; Sempere-Selva et al. 2001; Shah et al. 2003,

Braun 2004, Schwartau 2005, Salvi et al. 2009, Ingarfield 2009). Shah et al. (2003) beschreiben als wichtigste Prädiktoren für eine Inanspruchnahme der Rettungsstelle durch ältere Patienten/innen die Verschlechterung des Gesundheitszustands, den Wunsch nach medizinischer Hilfe und die Einweisung durch andere Ärzte/innen oder Angehörige. Clark et al. (1999) berichteten darüber hinaus über die häufigere Nutzung des Rettungs- und Transportdienstes durch ältere Patienten. In einer großen Studie zur Dringlichkeit der Inanspruchnahme von Rettungsstellen in den USA stellten Liu et al (1999) fest, dass ältere Patienten häufiger als dringend behandlungsbedürftig eingeschätzt werden.

4.3.4 Welchen Einfluss hat das Alter auf die Diagnostik und Behandlung in der Rettungsstelle?

Im Folgenden werden altersspezifische Aspekte der geäußerten Beschwerden, diagnostizierten Erkrankungen und der Behandlung diskutiert. Zum Teil wurden Altersaspekte bereits in den vorangegangenen Kapiteln im Zusammenhang mit dem Einfluss von Geschlecht und Ethnizität erörtert.

Anamnese und Beschwerden

Es gab eindeutige altersspezifische Unterschiede in der Art der in der Anamnese angegebenen und dokumentierten Beschwerden. Ältere Patienten/innen klagten vermehrt über Thoraxschmerzen, kardiale Beschwerden und Schwindel- und Kreislaufbeschwerden. Im Gegensatz dazu waren bei jüngeren Patienten/innen die Symptome Übelkeit und Erbrechen sowie Bauch- und Kopfschmerzen häufiger. Übelkeit und Erbrechen wurden jedoch auch von den älteren Frauen häufig als Symptom genannt. Bei Männern über 45 Jahren wurde zudem noch häufig Atembeschwerden dokumentiert. Die von älteren Patienten/innen geäußerte Symptomatik weist auf Krankheiten des Kreislaufs und des Atmungssystems hin, deren Inzidenz und Prävalenz mit dem Alter ansteigt. Die häufig geäußerten Bauchschmerzen sowie Übelkeit und Erbrechen, besonders bei den Frauen, lassen sich teilweise auf schwangerschaftsassozierte Beschwerden zurückführen.

Diagnostik und Diagnosen

Labor, Röntgen, andere bildgebende Verfahren und EKG-Untersuchungen wurden entsprechend der höheren Morbidität mit steigendem Alter häufiger veranlasst. Urinuntersuchungen erfolgten

bei jüngeren Frauen häufiger und stehen im Zusammenhang mit den von den jüngeren Frauen häufig geäußerten dysurischen Beschwerden. Sonographische Untersuchungen waren bei Frauen mit zunehmendem Alter häufiger und bei Männern mit zunehmendem Alter seltener durchgeführt.

Bei älteren Patienten/-innen standen Kreislauferkrankungen, Krankheiten des Verdauungssystems und Atemwegserkrankungen im Vordergrund. Laut der Mortalitätsstatistik war die häufigste Todesursache im Jahr 2008 wie auch in den Vorjahren eine Erkrankung des Herz-/Kreislaufsystems. Nach vorläufigen Ergebnissen lag bei über 42% aller Verstorbenen eine solche Erkrankung vor. Besonders bei älteren Menschen waren Herz /Kreislauferkrankungen Todesursache Nummer eins. Bei jüngeren Patienten/ innen waren häufig Verdauungsbeschwerden, infektiöse Krankheiten, Krankheiten des Urogenitaltraktes sowie symptombeschreibende Diagnosen festgestellt worden. Jüngere Männer waren zudem häufig von Krankheiten des Nervensystems betroffen (Statistisches Bundesamt Deutschland 2009). Somit bestätigen diese Daten die Ergebnisse der vorliegenden Studie.

Therapie

Bei Betrachtung der altersspezifischen Therapie zeigte sich als wichtigster Alterseffekt die hohe Rate von stationären Aufnahmen bei älteren Patienten/-innen. In den jüngeren Altersgruppen wurden Männer deutlich häufiger stationär aufgenommen. Auch die medikamentöse Therapie änderte sich mit zunehmendem Alter der Patienten/innen. Während die Verordnung von Analgetika, Magen-Darm-Mittel, Spasmolytika und Antibiotika abnahm, wurden bei älteren Frauen und Männern mehr Medikamente mit Wirkung auf das kardiovaskuläre System und Atmungssystem eingesetzt. Dies bestätigt die Ergebnisse einer Untersuchung zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, die zeigte, dass bei älteren Patienten/innen ein Drittel der Medikamentenverordnungen auf das kardiovaskuläre System entfällt und damit an erster Stelle steht (Kuhlmey et al. 2003).

4.3.5 Beeinflusst die ethnische Herkunft das Inanspruchnahmeverhalten der Patienten/-innen?

Migranten/innen waren in der Gesamtstichprobe mit 39% vertreten und damit weit häufiger als es dem Ausländeranteil in Berlin von 14,0% entsprechen würde (Basisbericht 2006/2007). Selbst unter dem Gesichtspunkt, dass die Mehrzahl der Patienten/innen aus Bezirken mit einem hohen Ausländeranteil kommt, ist ein überproportionaler Migrantenanteil in der Studie festzustellen.

Nach Angaben der Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz liegt der Anteil der Migranten/-innen für das Jahr 2006/2007 in Wedding bei 28,7% und in Neukölln bei 22,2% (Basisbericht 2006/2007). Bereits in den vorangegangenen Untersuchungen von Braun (2004) und Schwartau (2005) war eine überproportionale Nutzung durch Migranten/-innen zu verzeichnen.

Diese Diskrepanz entsteht zum Teil durch die unterschiedlichen Definitionen von Migrant/Migrationshintergrund und Nationalität. In der Studie wurde die Herkunft nach der oben beschriebenen angegebenen Muttersprache und Namensanalyse festgelegt, die offizielle Statistik der Einwohnermeldeämter bezieht sich jedoch auf die nationale Zugehörigkeit. Dabei gilt es zu bedenken, dass seit der Änderung des Ausländergesetzes im Jahr 2000 vermehrt Einbürgerungen von Migranten/innen stattfanden. Diese Personen sind vor dem Gesetz deutsche Staatsbürger/innen, werden jedoch in den Gesundheitsversorgungseinrichtungen aufgrund ihres Migrationshintergrundes, Namens und/oder Aussehens als Migranten/-innen angesehen und behandelt. Aufgrund der Namensanalyse wurden sie sehr wahrscheinlich als Migranten klassifiziert, wodurch sich unter anderem ein höherer Migrantenanteil in der Studie ergibt.

Genau wie die vorliegende Untersuchung zeigen andere internationale Studien, dass Migranten/innen häufiger Rettungsstellen aufsuchen als die entsprechende Vergleichspopulation (White-Means und Thornton 1989; Park und Buechner 1997; Joseph et al. 1998, Cunningham 2006, Norredam et al. 2007, Dyhr 2007, Rue 2008, Jimenez-Rubio u. Hernandez-Quevedo 2010). Die Mehrzahl dieser Studien wurde in den USA durchgeführt. Hier müssen die Unterschiede im Gesundheitsversorgungssystem zwischen der USA und in Deutschland berücksichtigt werden. Eine große Anzahl von Patienten/innen ist dort auf die Rettungsstellen als Basisgesundheitsseinrichtungen angewiesen und kann auf keine alternativen Versorgungsmöglichkeiten zurückgreifen (Chan et al. 1996; Ivey u. Kramer 1998). Im Gegensatz dazu zeigen andere Studien aus Großbritannien und Spanien, in denen andere Gesundheitsversorgungssysteme vorhanden sind, eine geringere Nutzung der Rettungsstellen (Free et al. 1999, Zuniga 2005, Buron 2008). Das Ergebnis der vorliegenden Studie, die eine häufigere Nutzung von Rettungsstellen durch Migranten/innen im Vergleich zur deutschen Bevölkerung aufzeigt, kann demnach nicht einfach in den internationalen Kontext eingeordnet werden, sondern muss im Zusammenhang mit den im deutschen Gesundheitssystem vorherrschenden Strukturen diskutiert werden. Eine im Dänemark durchgeführten Studie zu den Beweggründen von Migranten/-innen zuerst eine Rettungsstelle aufzusuchen bestätigte die Annahme, dass für Migranten/-innen Rettungsstellen im Gegensatz zu ambulanten Arztpraxen eine offene und niedrighschwellige Einrichtung darstellen (Norredam 2007). Ein weiterer

Erklärungsansatz könnte sich auf die Erfahrungen von Migranten/innen mit Gesundheitseinrichtungen in ihrem Herkunftsland stützen. In der Türkei wird die Gesundheitsversorgung durch staatliche Gesundheitszentren, Krankenhäuser der Sozialversicherungsanstalten und private Kliniken gewährleistet. Niedergelassene Ärztinnen behandeln hingegen nur Privatpatienten/innen und sind daher einer kleinen privilegierten Minderheit vorbehalten (Borde 2002).

Möglicherweise spielen auch die Erwartungen von Migranten an eine Behandlung in der Rettungsstelle eine entscheidende Rolle. Patienten/-innen mit einem Migrationshintergrund erwarteten in hohem Maße eine gründliche Untersuchung und umfassende Versorgung in der Rettungsstelle (Borde et al. 2003).

Die multivariante Analyse der vorliegenden Studie bezogen auf den Index zur Angemessenheit der Inanspruchnahme zeigte, dass die türkische Herkunft der Patienten/-innen einen signifikanten Prädiktor für eine unangemessene Inanspruchnahme darstellt. Dagegen hatten deutsche und andere Ethnizität keinen signifikanten Einfluss. Die Ergebnisse der Voruntersuchungen von Braun 2004 und Schwartau 2005 zeigten gar keinen signifikanten Einfluss der ethnischen Herkunft auf die Angemessenheit. Betrachtet man die Einzelkriterien so wurden Migranten und Migrantinnen seltener stationär aufgenommen, was als Kriterium für eher unangemessene Nutzung gewertet wurde. Bereits bei der Untersuchung von Braun (2004) zeigte sich eine geringere stationäre Aufnahme von Migranten/-innen im Vergleich zu deutschen Patienten/-innen. Im Gegensatz dazu wurden in anderen Studien keine Unterschiede in den Aufnahmezeiten für Migranten/-innen gesehen (Pette 1997, Blöchliger et al. 1998, Waxman und Levitt 2000, Schwartau 2005).

In Bezug auf die anderen Kriterien zeigten sich keine ethnizitätsspezifischen Unterschiede in der multivariaten Analyse.

4.3.6 Welchen Einfluss hat die ethnische Herkunft auf die Diagnostik und Behandlung in der Rettungsstelle?

Die Untersuchung in der Rettungsstelle zeigt, dass abhängig von der Ethnizität der Patienten/-innen große Unterschiede in der vorgestellten Symptomatik, durchgeführten Diagnostik und Behandlung bestehen.

Anamnese und Beschwerden

Die Analyse der dokumentierten Beschwerden zeigte hinsichtlich der Ethnizität der Patienten/-innen erhebliche Unterschiede. Bei Migranten/-innen wurden signifikant häufiger als bei der Vergleichsgruppe die Beschwerden Bauch-, Kopf- und Thoraxschmerzen festgehalten. Bei 7% aller deutschen Patienten/-innen und bei 17% der Migranten wurden Kopfschmerzen dokumentiert. Dabei klagten Patienten/-innen anderer Herkunft im Vergleich zu türkeistämmigen Patienten/-innen signifikant häufiger über Kopfschmerzen. Dagegen wurden Bauchschmerzen wesentlich häufiger bei türkeistämmigen Patienten/-innen dokumentiert.

Die Rangfolge der aufgeführten Beschwerden stimmt besonders bei Migrantinnen weitgehend mit den Ergebnissen der EVaS-Studie überein, nach der Magen-, Bauch- und Kopfschmerzen nach den Rückenschmerzen die Hauptanliegen sind, mit denen sich Migranten/innen in der ambulanten Gesundheitsversorgung vorstellen (Schach 1989). Weitere Studien belegen die Bedeutung von Schmerzen unterschiedlicher Genese als Anlass für einen Arztbesuch bei türkeistämmigen Migranten/innen (Kopp 1997, Wittig et al. 2004). Eine Untersuchung, die in allgemeinmedizinischen Praxen durchgeführt wurde zeigte, dass türkeistämmige Migranten/innen signifikant häufiger Schmerzen, speziell Kopfschmerzen, angaben als die deutsche Vergleichsgruppe (Ferber et al. 2003).

Die höhere Prävalenz von chronischen Kopfschmerzen bei Migranten/-innen wurde im Rahmen weiterer internationaler Untersuchungen regelmäßig bestätigt (Sundquist et al. 2000, Sleptsova et al. 2009). Eine Befragung von Rogner et al. (2001) zeigte, dass türkeistämmige Migranten/-innen doppelt so häufig über Magenbeschwerden berichten wie deutsche Frauen und Männer. Ebenso berichten Bilgin (1999) sowie Collatz und Fischer (1998) über Schmerzsyndrome und gastrointestinale Beschwerden als die hauptsächlich von Arbeitsmigranten/innen vorgetragenen Beschwerden. Diese Unterschiede zeigen sich bereits in jüngeren Jahren. In einer WHO-Jugendgesundheitsstudie 2002 wurden Jugendliche nach der Auftretenshäufigkeit von regelmäßigen Schmerzen befragt. Die Auswertung der Daten zeigte, dass Migranten/-innen, speziell Jugendliche türkischer Herkunft, wesentlich häufiger über Bauchschmerzen klagten als die deutsche Vergleichsgruppe (Ravens-Sieberer 2003). Demnach kann von einer höheren Prävalenz der Magen- und Darmbeschwerden bei Migranten/innen ausgegangen werden, die sich sowohl in den Ergebnissen der vorangegangenen Studie von Braun (2004) und in den Ergebnissen dieser Studie bestätigte.

Thoraxschmerzen wurden von Migranten/-innen häufiger angegeben als von Patienten/-innen mit deutscher Muttersprache. Andere kardiale Symptome wurden bei nicht-deutschen Frauen

und türkeistämmigen Männern häufiger dokumentiert, was mit den Ergebnissen von Rogner et al. (2001) wiederum übereinstimmt. Männer anderer Herkunft berichteten im Vergleich zu türkeistämmigen und deutschen Patienten/-innen wesentlich seltener über Herzbeschwerden. Dies steht im Widerspruch zu den Ergebnissen von Rogner et al. (2001). Differentialdiagnostisch sind bei Thoraxschmerzen neben akuten kardiovaskulären Erkrankungen auch Erkrankungen des Bewegungsapparates, des Atmungssystems und nicht zuletzt psychosomatische Erkrankungen zu bedenken. Möglicherweise sind die häufig genannten Thoraxschmerzen bei Migrantinnen mit den vermehrt diagnostizierten Erkrankungen des Atemsystems zu erklären. Ferber et al. (2003) stellten eine auffallend häufige Nennung von Schmerzen bei Atemwegserkrankungen durch türkeistämmige Migranten/innen fest. Dies würde allerdings keine Erklärung für die häufigere Nennung von Thoraxschmerzen bei nicht-deutschen Männern liefern, dass die Migranten erheblich seltener über Atembeschwerden klagten als die deutschen Patienten.

Diagnostik und Diagnosen

Hinsichtlich der in der Rettungsstelle durchgeführten Basisdiagnostik (körperliche Untersuchung und Messung von Pulsfrequenz, Temperatur und Blutdruck) und Labor bestanden keine ethnizitätsspezifischen Unterschiede. EKG und andere bildgebende Verfahren wurden häufiger bei deutschen Patienten/innen durchgeführt. Auffallend selten wurden bei den türkeistämmigen Männern Röntgenuntersuchungen und andere bildgebende Verfahren gemacht.

Die Aufstellung der Diagnosen zeigt, dass Migranten/innen türkischer Herkunft im Vergleich mit den Vergleichsgruppen deutlich häufiger unter Herz-Kreislaufkrankungen litten, was im Widerspruch zu den Ergebnissen von Braun (2004) und anderen Studien (Razum 1998) steht. Auf der anderen Seite bestätigen vielfältige Untersuchungen das häufigere Vorkommen von Herz-Kreislaufbeschwerden bei Migranten/-innen, speziell Migranten/-innen türkischer Herkunft (Bilgin 1988). Studien einer Gießener Arbeitsgruppe hatten etwa gezeigt, dass unter den türkeistämmigen Infarktpatienten die Zahl der jungen Menschen überproportional hoch und das Risiko im Vergleich mit der einheimischen Bevölkerung signifikant erhöht war (Bilgin 1988). Das Durchschnittsalter der türkeistämmigen Patienten lag mit 47 Jahren um etwa zehn Jahre unterhalb des Durchschnittsalters der nicht-türkischen Patienten. Derartige Studien fokussierten Menschen, die bereits erkrankt waren bzw. mit bekannten Risikofaktoren. In Studien dagegen, mit denen die gesamte türkeistämmige Bevölkerung in Deutschland auf die Häufigkeit von Herz-Kreislauf-Erkrankungen untersucht wurde, konnten diese Befunde nicht bestätigt werden

(Razum 1998, 2000). Es wurden weder eine höhere Erkrankungsrate noch ein niedrigeres Durchschnittsalter der Infarktpatienten gefunden.

Bei Migranten/innen wurden in dieser Studie zur Inanspruchnahme von Notfallambulanzen außerdem mehr Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und Urogenitalerkrankungen festgestellt, bei türkeistämmigen Frauen mehr Magen- und Darmerkrankungen und infektiöse Krankheiten und bei Frauen anderer Ethnizität mehr Atemwegserkrankungen. Dagegen wurden Neubildungen und Krankheiten des Nervensystems bei Migranten/innen seltener diagnostiziert.

Die Häufung von Muskel- und Skeletterkrankungen bei Migranten/-innen wird zumeist in Verbindung mit den schweren körperlichen Arbeitsbedingungen erklärt. Die Rehabilitationsstatistik zeigt, dass Erkrankungen des Bewegungsapparates bei Migranten/innen wie auch bei deutschen Rehabilitanten/innen an erster Stelle standen und im Vergleich bei Migranten etwas häufiger waren (Weilandt et al. 2000). Glier et al. (1999) berichten aus der psychosomatischen Rehabilitation über eine starke Somatisierungsneigung der türkeistämmigen Patienten/innen, die sich hauptsächlich auf den Bewegungsapparat richtet. Abgeschlagenheit und Schmerzen im Bewegungsapparat gehören zu den häufigsten somatischen Symptomen bei Angst und Depressionen (Kirmayer 2001). Der niedrigere Anteil an psychischen Erkrankungen bei Migranten/innen in unserer Studie lässt sich vermutlich darauf zurückführen, dass in der Rettungsstelle trotz des Verdachts einer somatoformen Störung bei Migranten/innen eher symptombeschreibende Diagnosen gestellt werden.

Im Gegensatz zu der Studie von Braun (2004), in der vermehrt Männer anderer Herkunft von Atemwegserkrankungen betroffen waren, liegt in dieser Untersuchung eine Häufung von Atemwegserkrankungen bei Frauen anderer als deutscher oder türkischer Ethnizität vor. Dies kann mit ungünstigeren Lebens- und Arbeitsbedingungen der Migrantinnen zusammenhängen. Unter der Annahme, dass die Diagnose hauptsächlich bei Flüchtlingen gestellt wurde, kann dies ein Hinweis auf die bekannte höhere Tuberkuloseprävalenz bei Flüchtlingen sein (Weilandt et al. 2000). Ebenso berichten Ferber et al. (2003), dass Erkrankungen des Atemwegssystems für Migranten/innen den häufigsten Anlass für das Aufsuchen eines Hausarztes darstellten.

Therapie

Migranten/innen wurden seltener stationär aufgenommen und häufiger in die ambulante medikamentöse oder nicht medikamentöse Behandlung überwiesen und bekamen mehr Schmerzmittel, Spasmolytika und Magen-Darm-Mittel verordnet. Dies ist im Zusammenhang mit den häufiger geäußerten Schmerzen und Magen-Darm-Beschwerden verständlich. Auch die

Untersuchungsergebnisse von Ferber et al. (2003) zeigten, dass Migranten/-innen eine höhere Erwartungshaltung hinsichtlich der Verordnung und der Wirksamkeit von Medikamenten äußerten und von ihren Hausärzten/innen dementsprechend auch mehr (Schmerz-) Medikamente erhielten.

Auch die Ergebnisse aus der vorangegangenen Arbeit von Braun (2004) zeigte eine häufigere Verschreibung von Schmerzmittel und Magen-Darm-Mittel bei Migranten/-innen. Jedoch gibt es auch viele Untersuchungen, die eine, den hier vorgestellten Ergebnissen, gegenläufige, ethnizitätsspezifische Verschreibungspraxis von Analgetika zeigen. In einer Rettungsstelle in den USA wurden Patienten/innen aus Mittel- und Lateinamerika und schwarze Patienten/innen signifikant seltener als weißen Patienten/innen Schmerzmittel gegeben. Allerdings führen die Autoren das darauf zurück, dass die behandelnden Ärzte/- innen aufgrund fehlender interkultureller Kompetenz die Schmerzäußerungen missinterpretierten und deshalb weniger Medikamente verordneten (Todd et al. 1993; Todd et al. 2000).

Andere Studien wiederum zeigen keine ethnizitätsspezifische Unterschiede im Hinblick auf die Verschreibung von Schmerzmitteln (Joshua et al. 2003, Fuentes et al. 2008, Greening et al. 2008), So konnte auch Ernst (2000) in einer Studie in Berlin weder in Hinsicht auf die Schmerzhäufigkeit noch auf die Schmerzmittelverordnung Unterschiede zwischen Migranten/-innen und deutsche Patienten/-innen feststellen.

4.3.7 Stellt der soziale Status der Patienten/-innen einen wichtigen Einflussfaktor für das Inanspruchnahmemuster von Notfallambulanzen dar?

Bei der Analyse fiel der hohe Anteil an Befragten mit geringer schulischer Bildung und prekären Einkommensverhältnissen auf. Von diesen Bedingungen waren Frauen insgesamt häufiger und Migranten und Migrantinnen deutlich stärker betroffen. 15% der Patientinnen und Patienten, die in den Rettungsstellen interviewt wurden, haben keinen oder nur einen Grundschulabschluss und nur 41% der Befragten sind zurzeit erwerbstätig.

Die Berliner Bezirke Wedding und Neukölln, wo die Mehrheit der Befragten ihren Wohnsitz hat, nehmen im Ranking des Sozialstatus von Berlin die untersten Plätze ein (OECD 2003, Basisbericht 2003/2004). Nach Angaben des Mikrozensus des statistischen Landesamtes von Berlin waren in Wedding 54% und in Neukölln 52% der 15- bis 65-jährigen erwerbstätig. Da in unserer Stichprobe nur 41% der Befragten erwerbstätig sind, ist dies als Hinweis zu werten, dass Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status überproportional häufig die Rettungsstellen aufsuchen.

Der Zusammenhang zwischen sozialer Lage und der vermehrten Inanspruchnahme von Rettungsstellen wurde in anderen Untersuchungen bereits beschrieben (Lucas u. Sanford 1998, Braun 2004). Es wird weiterhin davon ausgegangen, dass Angehörige niedrigerer sozialer Schichten einen schlechteren Gesundheitsstatus haben und häufiger eine ärztliche Behandlung aufsuchen als Mittel- oder Oberschichtsangehörige (Bergmann und Kamtsiuris 1999; Mielck 2000; Poloczek 2002).

Bezüglich des Bildungsgrades und der Einkommensverhältnisse zeigen sich sehr deutliche Unterschiede in den Studienpopulationen: Während 53% der türkischen Befragten im Interview geringe schulische Bildung angaben, taten dies nur 5% der deutschen Befragten. Vor allem bei den über 45-jährigen Befragten, die den Ausbildungsmöglichkeiten in ihren Herkunftsländern unterworfen waren, zeigt sich, dass 73% der über 45-jährigen türkeistämmigen Befragten nur Grundschulbildung oder keine Schulbildung haben. Der Unterschied zwischen den Geschlechtern ist in der Gruppe der türkischstämmigen Befragten im Sinne eines deutlich schlechteren Bildungsgrades der Frauen verglichen mit den Männern groß, was auch in anderen Studien beschrieben wird (Schwartau 2005, Yilmaz 1997).

Betrachtet man den Erwerbsstatus der befragten Patienten/-innen zeigen sich kongruente Verhältnisse. 43% der deutschen Patienten/-innen aber nur 25% der türkeistämmigen und 34% Patienten/-innen anderer Ethnizitäten gehen einer Erwerbsarbeit nach.

Eine geschlechtsspezifische Betrachtung zeigt, dass besonders türkeistämmige Patientinnen nicht erwerbstätig sind und im Vergleich zu deutschen Frauen deutliche häufiger angeben Hausfrau zu sein. Diese Verhältnisse lassen sich zum einen auf ein unterschiedliches Selbstverständnis der Geschlechterrollen zurückführen, können zum anderen jedoch auch Ausdruck mangelnder Möglichkeiten der Teilhabe am Erwerbsleben und der Vereinbarkeit von Beruf und Familie sein. Eine Straßenbefragung in Wien zur sozioökonomischen Situation von Migrantinnen im Vergleich zu Frauen aus Österreich zeigte ganz ähnliche Verteilungen (Wimmer-Puchinger u. Baldaszi 2001). Die vorliegenden Ergebnisse zu Bildung und Erwerbsstatus im Studienkollektiv weisen darauf hin, dass sich viele Inanspruchnehmende der Notfallambulanzen selbst im Vergleich mit der ungünstigen Sozialstruktur in den umliegenden Bezirken in besonders vulnerablen Lebenssituationen befinden, die vielfältige gesundheitliche Auswirkungen haben. Pajonk et al. (2000), Madler (2002) und Luiz (2000) et al. weisen in ihren Untersuchungen zu Notarzteinsätzen auf die unumgängliche Beachtung von psychosozialen Aspekten in der Notfallmedizin hin. Bei bis zu 70% der in klinischen Notfallambulanzen versorgten Patientinnen und Patienten sind gleichzeitig oder ausschließlich psychosoziale Probleme bedeutsam und eine verlässliche Grenze zwischen Notfall und Krise lässt sich in der Praxis oft nicht ziehen (Pajonk

et al. 2000). Luiz et al. und Madler fordern, Notfallmedizin in ihrem Wesen als kommunale Akutmedizin zu definieren, die regionalen Spezifika gerecht werden muss und eine gesellschaftliche Indikatorfunktion wahrnehmen sollte (Luiz et al. 2000, Madler 2002).

Bei der Betrachtung der Einzelkriterien, die für eine angemessene Inanspruchnahme sprechen, zeigte sich, dass hoher Bildungsgrad ein signifikanter Prädiktor für die Durchführung von spezieller Diagnostik und für die Angabe von starken Schmerzen bzw. Beschwerden war. Bei allen anderen Kriterien, und auch bei dem Index zur angemessenen Inanspruchnahme, ergab sich in dieser Untersuchung kein signifikanter Unterschied unter Berücksichtigung der anderen Variablen der multivariaten Analyse. Somit zeigte sich der Bildungsgrad nur als schwacher Prädiktor, mit geringen Hinweisen auf eine angemessenere Inanspruchnahme der Rettungsstellen durch Patientinnen und Patienten mit hohem Bildungsgrad. Im Gegensatz dazu zeigten Untersuchungen von Shesser (USA), Shah (Kuweit), und Pereira et al. (Spanien), dass geringerer Bildungsgrad oder niedriges Einkommen signifikante Prädiktoren für eine angemessene Inanspruchnahme der Notfallambulanzen (Shesser et al. 1991, Shah 1996, Pereira et al. 2001).

Padgett und Brodsky (1992) gehen weiterhin davon aus, dass sozial benachteiligte Personen aufgrund ihrer Lebenssituation unter höherem psychosozialen Stress leiden und deshalb häufiger Rettungsstellen aufsuchen. Unter der Annahme, dass sozial benachteiligte Patienten/innen sich besonders häufig aufgrund einer psychiatrischen oder psychosozialen Problematik vorstellen, ist trotz dringender und sogar stationärer Behandlungsbedürftigkeit, eine seltener durchgeführte Labor und apparative Diagnostik somit verständlich.

4.3.8 Welchen Einfluss hat der soziale Status der Patienten/-innen auf die Diagnostik und Behandlung in der Rettungsstelle?

In dieser Studie zeigte sich ein Zusammenhang zwischen den geäußerten Beschwerden der Patienten/-innen, die durchgeführte Diagnostik und die darauf erfolgte Therapie und dem Bildungsgrad der Patienten/-innen.

Anamnese und Beschwerden

Eine differenzierte Betrachtung des Geschlechts zeigte, dass Frauen mit niedrigem oder hohem Bildungsgrad im Vergleich zu Patientinnen mit einem mittleren Bildungsgrad wesentlich häufiger Bauchschmerzen angaben. Patienten/-innen ohne einen Schulabschluss oder mit Grundschulabschluss weisen häufiger Herz-/Kreislaufbeschwerden, AZ-Verschlechterung, psychiatrische Beschwerden, Thorax- und Gliederschmerzen auf.

Ein höherer Bildungsgrad ist, dem Lebenslagenkonzept folgend (Mielck 2005), eng korreliert mit dem Einkommensstatus und günstigerer Lebenslage. Daher erfolgt die Diskussion an dieser Stelle nicht nur in Bezug auf den Bildungsgrad, sondern auch in Bezug auf die soziale Lage der Patientinnen und Patienten.

Die Bezüge der Bildung der Personen zur Gesundheit ergeben sich u.a. durch arbeitsbezogene körperliche und psychische Belastungen, die mit dem Berufsstatus und dem zu Grunde liegenden beruflichen Qualifikationsniveau variieren, sowie den bildungsabhängigen Möglichkeiten, gesundheitsförderliche Lebensweisen zu realisieren (Stolpe 2001). Im Jahr 2003 berichteten 40,1 % der Männer mit einem Volks- oder Hauptschulabschluss und 30,6 % der Männer mit Abitur, an einer länger andauernden bzw. wiederkehrenden Krankheit oder Gesundheitsstörung zu leiden. Bei Frauen waren es 50,4 % derjenigen mit Volks- oder Hauptschulabschluss und 37% derjenigen mit Abitur. Unter Berücksichtigung von Alterseffekten zeigt sich, dass bei Frauen wie Männern das Erkrankungsrisiko in Abhängigkeit von der Bildung um das 1,2-fache erhöht ist. Männer mit Volks- oder Hauptschulabschluss litten häufiger an Herzinfarkt, Angina pectoris, Arthrose, chronischem Rückenschmerz und Schwindel als Männer mit Fachhochschul- oder allgemeiner Hochschulreife. Bei Frauen traten Schlaganfall, Angina pectoris, Hypertonie, Diabetes mellitus Typ II, chronische Bronchitis, Arthrose, chronischer Rückenschmerz und Schwindel in der untersten Bildungsgruppe vermehrt auf (Lange 2005). Laut dem Sozio-ökonomischen Panel 2002 klagten 43,2 % der 18-jährigen und älteren Männer mit Volks- und Hauptschulabschluss und 18,5 % derjenigen mit Abitur über starke Schmerzen in den letzten vier Wochen (Lampert 2006). Bei Frauen waren es 51,2 % mit niedriger und 27,2 % mit hoher Schulbildung.

Ebenso spielt das Einkommen eine wichtige Rolle. Zusammenhänge zur Gesundheit werden auf einen niedrigeren Lebensstandard, das häufigere Auftreten von finanziellen Engpässen und Überschuldung, schlechtere Arbeitsbedingungen sowie ein gesundheitsriskanteres Verhalten in den einkommensschwachen Bevölkerungsgruppen zurückgeführt (Lampert, Kroll 2005, Heinzl-Gutenbrunner 2001). Personen mit einem niedrigen Einkommen berichten eher von starken Schmerzen und gesundheitsbedingten Einschränkungen im Alltagsleben. Im Vergleich zur einkommensstärksten Bevölkerungsgruppe schätzen Männer (21,2 % gegenüber 11,3 %) und Frauen (27,2 % gegenüber 18,4 %) mit einem Armutsrisiko ihren eigenen Gesundheitszustand häufiger als weniger gut oder schlecht ein (Lampert 2006).

Patienten/-innen mit einem niedrigen Sozialstatus leiden häufig wegen ihrer ungünstigeren Lebenslage unter psychosomatischen Beschwerden. Zur Erfassung derartige Beschwerden wurde in der HBSC-Studie eine Symptomcheckliste eingesetzt, anhand derer junge Frauen und

Männer angeben sollten, wie häufig bei ihnen in den vergangenen sechs Monaten folgende Symptome aufgetreten sind: Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Rückenschmerzen, allgemeines Unwohlsein, Gereiztheit oder schlechte Laune, Nervosität, Einschlafstörungen sowie Benommenheit oder Schwindel (Ravens-Sieberer et al. 2003). Die Auswertung zeigte einen engen Zusammenhang zwischen dem sozialen Status der Befragten und dem Auftreten der aufgeführten Beschwerden, wobei junge Frauen stärker beeinträchtigt waren als Männer.

Diagnostik und Diagnosen

Die Untersuchung zeigte eine häufigere Durchführung von Laboruntersuchungen, EKG und andere bildgebende Verfahren bei Patienten/-innen mit niedriger Bildung.

Die Auswertung der Diagnosegruppen zeigte, dass bei Patienten und Patientinnen ohne einen Schulabschluss oder nur mit einem Grundschulabschluss wesentlich häufiger Krankheiten des Herz- und Kreislaufsystems, psychische Krankheiten und Krankheiten des Urogenitalsystems dokumentiert wurden als bei Patienten/-innen mit Abitur.

Der Einfluss der Bildung auf das Entstehen von Herz-Kreislaferkrankungen wird durch zahlreiche Studien bestätigt. Aus den Daten der AOK-Mettmann konnte man entnehmen, dass Männer mit niedriger schulischer Bildung im Beobachtungszeitraum 1987 bis 1996 viermal häufiger einen Herzinfarkt erlitten als diejenigen mit hoher Bildung. Un- und angelernte Arbeiter unterlagen einem doppelt so hohen Infarktisiko wie Angestellte und Führungskräfte. Bei Frauen ging nur von der beruflichen Stellung ein signifikanter Einfluss auf das Infarktisiko aus, der zudem schwächer ausgeprägt war als bei Männern (Geyer u. Peter 1999). Eine Auswertung von Daten der Gmünder Ersatzkasse aus den Jahren 1990 bis 2003 bestätigt das höhere Herzinfarktisiko von Männern mit niedrigem Bildungsniveau und niedrigem Berufsstatus und weist zudem auf ein verstärktes Auftreten von Lungenkrebs und Leberzirrhose in diesen Gruppen hin (Voges et al. 2004). Weiterhin konnte bei der multivariaten statistischen Analyse einer schottischen Verlaufsstudie über 20 Jahre gezeigt werden, dass die Sterblichkeit aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen am stärksten beeinflusst wird vom Rauchen. Das relative Risiko lag dabei für Raucher 5,6mal so hoch. An zweiter Stelle lag jedoch schon der IQ mit einem relativen Risiko von 3,8 noch vor der Einkommenshöhe (OR: 3,2), Bluthochdruck (OR: 2,6) und dem Ausmaß an Sport und körperlicher Bewegung (OR: 2,1) (Batty et al. 2010).

Neben der Bildung spielt auch das Einkommen bei der Krankheitsentstehung eine wichtige Rolle. Laut bundesweitem Gesundheitssurvey haben Erwachsene im mittleren Lebensalter mit niedrigem Einkommen häufiger gesundheitliche Probleme. Zu den Krankheitsbildern, die

verstärkt auftreten, zählen unter anderem Herzinfarkt, Schlaganfall, krankhaftes Übergewicht, chronische Bronchitis und Depression (Armutbericht 2005, Telefonischer Gesundheitssurvey 2004, Gesundheitssurvey 1998). Den Einfluss sozialer Ungleichheit auf die Entstehung von psychischen Erkrankungen machen Ergebnisse des Zusatzmoduls „Psychische Störungen“ zum Bundes- Gesundheitssurveys 1998 deutlich, die sich auf affektive, somatoforme, Angst- und Substanzstörungen beziehen. Männer und Frauen mit niedrigem Sozialstatus sind demnach deutlich häufiger von psychischen Störungen betroffen, was sich auch im gleichzeitigen Auftreten mehrerer Störungsbilder festmachen lässt (Gesundheitssurveys 1998).

Therapie

Die Auswertung der Daten dieser Untersuchung zeigten, dass Patientinnen mit niedrigem Bildungsniveau seltener stationär aufgenommen wurden und häufiger eine ambulante Therapie und die Empfehlung sich beim Hausarzt vorzustellen erhielten. Männer mit niedrigem Bildungsniveau wurden hingegen häufiger stationär aufgenommen.

Beim Medikamentengabe zeigten sich nur wenige bildungsspezifische Unterschiede. Patienten und Patientinnen mit einem hohen Bildungsgrad erhielten signifikant häufiger Analgetika während Patienten/-innen mit einem niedrigen Bildungsniveau auffällig häufig Herz- und Kreislaufmedikamente erhielten, was sich in dieser Gruppe durch das häufigere Stellen der Diagnose der Herz-Kreislaufkrankungen erklären lässt.

Da Therapien diagnosegeleitet erfolgen, müsste ein Vergleich der Therapien bei Patienten/-innen mit den gleichen Diagnosen erfolgen. Dies ist allerdings in dieser Studie aufgrund der relativ kleinen Fallzahl nicht möglich.

Trotz ausführlicher Literatursuche ließen sich keine vergleichende Studien finden, die sich detailliert mit dem Zusammenhang zwischen dem Sozialstatus der Patienten/-innen und dem therapeutischen Prozedere auseinandersetzen.

4.3.9 Werden die Rettungsstellen von den Patienten/-innen angemessen genutzt?

Eine angemessene Inanspruchnahme kann aus zwei verschiedenen Perspektiven definiert werden: zum einen aus der Sicht der Versorgungsinstitution und zum anderen aus der Sicht der Patienten/-innen. In der vorliegenden Studie wird vornehmlich auf die Perspektive der Rettungsstelle eingegangen. Dennoch wird auch die Dringlichkeit aus der Sicht der Patienten mitberücksichtigt.

Um den Anteil der angemessenen Inanspruchnahme zu bestimmen, wurde ein Index gebildet, der zwischen mehr und weniger angemessener Inanspruchnahme unterscheidet. Zur Berechnung des Index wurden in Anlehnung an die Untersuchung von Braun und Schwartau sowie internationalen Untersuchungen in den USA, Großbritannien, Spanien und Portugal (Braun 2004, Schwartau 2005, Lowe et al. 1993; Escobedo et al. 1997; Oterino et al. 1999; Sempere-Selva et al. 2001, DeLia 2009) die folgenden vier Kriterien verwendet: „Transport in die Rettungsstellen mit dem Rettungs- und Transportdienst“, „im Krankenhaus vorgehaltene Diagnostik“, „stationäre Aufnahme“ und „ärztliche Einweisung“. Zudem wurden folgende zwei Kriterien seitens der Inanspruchnehmenden berücksichtigt, die die Beschwerdewahrnehmung und -interpretation in die Beurteilung einfließen lassen: „Vorliegen starker Schmerzen oder Beschwerden“ und „hohe selbsteingeschätzte Dringlichkeit der Behandlung“.

Bei der Berücksichtigung eines einzelnen Kriteriums kann eine Überschätzung der Anzahl der angemessenen Nutzer/-innen eintreten. Deshalb wurde eine Angemessenheit der Behandlung erst angenommen, wenn mindestens vier der genannten Kriterien erfüllt waren. Es wurde analysiert, ob bei Vorliegen bestimmter Merkmale der einzelnen Patienten/-innen gehäuft angemessene oder weniger angemessene Rettungsstelleninanspruchnahme festzustellen war. Im Folgenden wird zunächst die Auswahl dieser Kriterien begründet, anschließend werden die Ergebnisse der Analyse bezogen auf verschiedene Merkmale der Patientinnen und Patienten diskutiert.

Die Nutzung des Rettungs- und Transportdienstes impliziert, dass eine schwere, akute und/oder dringend behandlungsbedürftige Krankheit vorliegt und die Patienten/innen nicht mehr in der Lage sind, aus eigener Kraft oder mit Hilfe von Angehörigen die Rettungsstelle aufzusuchen. Bei diesem Grad der Beeinträchtigung erscheint eine Inanspruchnahme der Rettungsstelle angemessen (Stein 2002, Afilalo 2004). Einschränkend muss jedoch erwähnt werden, dass gerade in innerstädtischen Gebieten eine zunehmende Anzahl von Notarzt- oder Rettungsdiensteinsätzen bei psychosozialen Notfällen, psychiatrischen Erkrankungen und bei nicht lebensbedrohlichen Erkrankungen registriert wird. Studien in Kaiserslautern und Berlin zeigen, dass Einsätze, die nicht der Definition eines medizinischen Notfalls für den Rettungsdienst entsprechen, bis zu 12% aller Einsätze ausmachen (Luiz et al. 2000; Polozcek 2002). 50-80% aller Einsätze gelten Patienten/-innen mit stabilen Vitalfunktionen (Sefrin et al. 2001, Messelken 2001). In Ermangelung alternativer Versorgungsstrukturen wie niedrigschwelliger psychosozialer und psychiatrischer Anlaufstellen kann eine Nutzung jedoch auch hier als angemessen angesehen werden.

Weiterhin wurde davon ausgegangen, dass die Durchführung von im Krankenhaus vorgehaltener und sofort verfügbarer Diagnostik nur in medizinisch wirklich behandlungsbedürftigen Fällen

zur Bestätigung oder zum Ausschluss schwerwiegender Erkrankungen vorgenommen wird. Dabei wurde das von Dale et al. (1995) entwickelte Kriterium „Diagnostik“ abgewandelt, indem nur die Bereiche Röntgen und andere bildgebende Untersuchungen einbezogen wurden, da in Deutschland davon ausgegangen werden kann, dass die meisten ambulanten Praxen über EKG verfügen und meistens auch die Laborparameter bestimmen können. Einschränkend muss erwähnt werden, dass viele Ärzte die Behandlung insgesamt zwar als wenig dringlich und unangemessen einstufen, aber trotzdem umfassende Diagnostik im Krankenhaus durchführen lassen (Sempere-Selva et al. 2001).

Wird ein/e Patient/in stationär aufgenommen, stellt dies zumeist einen Indikator für eine schwere und/oder dringend behandlungsbedürftige Erkrankung dar. Die Inanspruchnahme der Rettungsstelle scheint daher eine angemessene Entscheidung gewesen zu sein. Weiterhin ist davon auszugehen, dass eine Inanspruchnahme der Rettungsstelle angemessen ist, wenn ambulant tätige Ärzte eine Empfehlung zum Besuch der Rettungsstelle aussprechen oder die Erkrankten in das Krankenhaus einweisen. Durch den behandelnden Arzt/ Ärztin werden sowohl der klinische Zustand, der Schweregrad der Erkrankung sowie Alter, Komorbiditäten und psychosoziale Faktoren in die Bewertung einbezogen. Dabei entsteht ein differenziertes Bild der individuellen Behandlungsbedürftigkeit. Die ärztliche Entscheidung wird dabei gleichzeitig bewusst oder unbewusst von einer Vielzahl anderer Faktoren beeinflusst (Pette 1997). Dazu zählen neben Tageszeit und Wochentag der Vorstellung der Patienten/innen auch Ausbildungsstand, Berufserfahrung und Arbeitsbelastung der Ärzte/innen sowie der Verlauf der Arzt-Patient-Interaktion. Als weiteres Kriterium einer angemessenen Inanspruchnahme wurde angesehen, wenn die Befragten starke Schmerzen oder Beschwerden angaben. Bis auf die Arbeit von Schwartz liegen soweit bekannt keine Untersuchungen vor, die die subjektive Stärke der Beschwerden in diesem Zusammenhang erheben (Schwartz 2005). Es liegen zwar Studien vor, die die Frage der Angemessenheit von Rettungsstellenbehandlung mithilfe von Patientenbefragungen untersuchten. Diese beziehen sich jedoch darauf, ob Hilfe bei den vorliegenden Beschwerden auch von alternativen Versorgungsangeboten zu erwarten gewesen wäre (Moreno Rodriguez et al. 2001, Pereira et al. 2001).

Die Einschätzung einer dringlichen Behandlungsbedürftigkeit durch die Patienten und Patienten selbst stellt in dieser Untersuchung ein weiteres Kriterium für eine angemessene Inanspruchnahme dar. Zwar ist die Einschätzung der Dringlichkeit eine hochgradig subjektive Entscheidung, jedoch spiegelt sich hierbei die individuelle Einschätzung der Behandlungsbedürftigkeit wider. Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Patienteneinschätzung der Dringlichkeit und der Rate an stationären Aufnahmen. So wurden in

der Untersuchung von Caterino et al. (2000) Patienten, die die Dringlichkeit selbst hoch einschätzten, deutlich häufiger stationär aufgenommen als diejenigen, die nur mittlere oder geringe Dringlichkeit sahen. Diese Angabe wird allerdings bewusst oder unbewusst gleichzeitig noch von einer Vielzahl anderer Faktoren beeinflusst. Dazu zählen der Zugang zu und das Wissen über andere Versorgungseinrichtungen, Tageszeit und Wochentag der Vorstellung und möglicherweise auch ein Rechtfertigungsdruck in Bezug auf die Entscheidung der Inanspruchnahme.

12% der Patienten und Patientinnen in der vorliegenden Studie erfüllten die Kriterien des Index und nutzten demnach die Rettungsstellen angemessen. Je nach Definition von Angemessenheit der Inanspruchnahmen von Rettungsstellen liegt der Anteil angemessener Inanspruchnahme in Metaanalysen von internationalen Studien zwischen 10% und 90% (Sempere-Selva et al. 1999; Lowe und Abbuhl 2001, Alison 2002, Michelen 2006, Braun 2004, Schwartau 2005, Carret 2007, Braitberg 2007, Anantharaman 2008, Khorram-Manesh 2009).

Neben lokalen Einflussfaktoren können diese Diskrepanzen durch unterschiedliche Definitionen der Angemessenheit, aber auch durch unterschiedliche Studienpopulationen und Gesundheitsversorgungssysteme erklärt werden. Braun erstellte eine Übersicht über vorhandene internationale Untersuchungen (Braun 2004). Auch aus dieser Übersicht geht hervor, dass Studien, die nur die Beschwerden und Beschwerdeinterpretation der Patienten/-innen, oder ausschließlich prospektive Einschätzungen seitens des (Pflege- oder Triage-) Personals berücksichtigen (Buesching et al. 1985, Shesser et al. 1991, Derlet et al. 1992, Lowe et al. 1994) grundsätzlich deutlich höhere Raten angemessener Inanspruchnahmen feststellen, als solche, die nach erfolgter Untersuchung eine Einschätzung seitens der Ärzte zur Beurteilung herangezogen haben (Dale 1995, Escobedo et al. 1997, Liu et al. 1999).

Die Durchführung der vorliegenden Studie in Bezirken einer deutschen Großstadt mit einem hohen Migrantenanteil und niedrigem Sozialindex lässt eine höhere Rate von nicht dringenden oder unangemessenen Fällen erwarten (Buesching et al. 1985, Lang et al. 1996, Liu et al. 1999). Bei Vergleichen mit anderen internationalen Studien muss berücksichtigt werden, dass in dieser Studie nur internistische und zu einem geringen Teil gynäkologische Patienten/innen eingeschlossen wurden, nicht aber, wie in vielen anderen Studien, chirurgische, traumatologische, neurologische oder psychiatrische Patienten/innen.

Bei dem hier entwickelten Index werden insofern strenge Kriterien für die angemessene Inanspruchnahme verwendet, da angemessene Inanspruchnahme erst dann angenommen wird, wenn mindestens vier der aufgeführten Kriterien, erfüllt sind. Bedenkt man, dass sich aufgrund der Methodik im Studienkollektiv nur befragbare Personen befanden, deren Gesundheitszustand

insgesamt betrachtet als stabiler anzusehen ist, als von nicht ansprechbaren oder in einem sehr schlechten Zustand befindlichen Patientinnen und Patienten, lässt sich schließen, dass der Anteil angemessener Inanspruchnahmen bezogen auf alle Nutzer und Nutzerinnen der Rettungsstellen höher liegt.

Als Prädiktoren für eine angemessene Inanspruchnahme zeigten sich in dieser Studie höheres Alter und das Vorliegen einer ärztlichen Einweisung. Zudem kann der Analyse entnommen werden, dass türkeistämmige Patienten/-innen im Gegensatz zu Patienten/-innen deutscher und anderer ethnischer Herkunft signifikant häufiger die Rettungsstelle unangemessen nutzten. Alle anderen Variablen (Geschlecht, Ethnizität, Bildungsgrad, Erwerbstätigkeit, Wohnortnähe zur Klinik, Vorhandensein eines Hausarztes, Nutzungsfrequenz der Rettungsstelle, Grad der psychischen Belastung, Zeitpunkt des Aufsuchens der Rettungsstelle, chronische Erkrankungen) hatten keinen entscheidenden Einfluss auf die Angemessenheit der Inanspruchnahme.

Diese Ergebnisse fügen sich teilweise in vorangegangene Studienergebnisse ein. Die aus dem Forschungsprojekt bereits hervorgegangene Untersuchung von Braun (2004) leistete erstmals in Deutschland eine Beurteilung von Angemessenheit der Inanspruchnahme von Rettungsstellen und bediente sich dabei einer umfassenden Auswertung der Angaben von 4930 internistischen Erste-Hilfe-Scheinen. Auch bei Braun, in deren Stichprobe das Altersspektrum von 15-101 Jahre reichte, war das Alter der Patienten/-innen ein signifikanter Prädiktor für eine angemessene Inanspruchnahme. In ihrer Studie, in der ausschließlich Kriterien seitens der Institution berücksichtigt wurden (Transport, Diagnostik, stationäre Aufnahme, Dringlichkeitseinschätzung durch die Ärzte und Ärztinnen), zeigten sich weitere Merkmale als signifikante Prädiktoren für angemessene Inanspruchnahme: männliches Geschlecht, deutsche Ethnizität, Krankenversicherung über das Sozialamt und Vorstellung innerhalb der sog. Praxisprechzeiten. Schwartau (2005) zeigte als Prädiktoren für eine angemessene Inanspruchnahme ebenfalls höheres Alter und zusätzlich noch das Vorliegen einer chronischen Erkrankung und die Vorstellung innerhalb der Praxisöffnungszeiten.

In Anlehnung an die Arbeit von Schwartau (2005) wurde in der vorliegenden Untersuchung die Patientenperspektive systematisch in die Untersuchung zur Angemessenheit einbezogen. Unter Berücksichtigung dieser patientenseitigen Angaben haben die Merkmale Geschlecht, Vorstellungszeitpunkt und sozioökonomischer Status keinen unabhängigen Vorhersagewert für eine angemessene Inanspruchnahme der Rettungsstelle.

Zunehmendes Alter wurde in vielen internationalen Studien als ein Prädiktor für eine angemessene Inanspruchnahme gesehen (Shah et al. 1996; Escobedo et al. 1997; Petersen 1998

Oterino et al. 1999; Pereira et al. 2001; Sempere-Selva et al. 2001, Bianco et al. 2003, Afilalo et al. 2004, Carret et al. 2007).

Der Zusammenhang zwischen dem Vorliegen einer ärztlichen Einweisung und einer angemesseneren Inanspruchnahme wurde bisher nicht beschrieben. In der Studie von Schwartz (2005) zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang.

Ethnizität stellte lediglich in einer kuwaitischen Studie einen Einfluss dar, dort wurden allerdings Migranten/innen als die angemesseneren Nutzer/innen bezeichnet (Shah et al. 1996). In der vorliegenden Studie wurden jedoch die Rettungsstellen von Patienten/-innen türkischer Herkunft häufiger unangemessen genutzt. Eine im Jahre 2006/2007 durchgeführte Repräsentativbefragung zur Situation der größten in Deutschland lebenden Ausländergruppen zeigte wesentliche Unterschiede zwischen Migranten/-innen türkischer Herkunft und Migranten/-innen anderer ethnischer Herkunft. So weisen in der RAM-Studie die verschiedenen Migrantengruppen große Unterschiede bei der Bildung auf. Fast zwei Drittel der hier lebenden Polen und 44 Prozent der Italiener und Migranten/-innen aus dem früheren Jugoslawien besitzen eine mittlere oder gar hohe Schulbildung. Unter den türkeistämmigen Migranten/-innen verfügen jedoch lediglich 41 Prozent über eine solche Ausbildung. Gleichzeitig sind vor allem die türkeistämmigen Frauen unter den Analphabeten mit gut sieben Prozent stark überrepräsentiert. Zudem leben mehr als 15 Prozent der Türken, aber nur 7,6 Prozent der Griechen von Hartz IV. Vergleichsweise viele Migranten/-innen türkischer Herkunft arbeiten nur als angelernte Arbeiter. Die Studie zeigt überdies deutliche kulturelle Unterschiede: So weisen türkeistämmige Frauen den mit Abstand höchsten Anteil an Hausfrauen aus. Das traditionelle Rollenbild drückt sich auch darin aus, dass 70 Prozent von ihnen keinen Beruf erlernt haben. Üblicherweise heiraten sie jung, im Schnitt mit 23 Jahren (Wert für Deutschland insgesamt: 33 Jahre), und bekommen in der Regel mindestens zwei Kinder. In den anderen Migrantengruppen liegt das Heiratsalter der Frauen höher und die Kinderzahl niedriger und entspricht damit eher der deutschen Lebensweise. Hinzu kommt, dass jeder fünfte Migrant türkischer Herkunft mangelhafte Deutschkenntnisse beklagt, aber nur jeder 17 Italiener oder jeder zehnte Pole. Die Hälfte der Türken pflegt keine häufigen Kontakte zur einheimischen Bevölkerung (RAM 2006/2007). Diese genannten Ergebnisse geben Hinweise für eine mögliche Erklärung für das häufigere unangemessene Nutzen von Rettungsstellen durch türkeistämmige Migranten/-innen im Gegensatz zu Migranten/-innen anderer Herkunft.

Sozioökonomische Merkmale haben in der vorliegenden Untersuchung, wie auch in einigen internationalen Studien (Petersen 1998, Stein 2002, Afilalo 2004) keinen unabhängigen Vorhersagewert für eine angemessene Inanspruchnahme der Notfallambulanzen. Im Gegensatz dazu zeigen andere Untersuchungen einen signifikanten Zusammenhang zwischen Bildung

(Shah et al. 1996, Pereira 2001) bzw. dem Einkommen der Patienten/-innen (Oktay et al. 2003) und der Inanspruchnahme der Rettungsstellen. Diesen Untersuchungen nach nutzen Patienten/-innen mit niedriger Bildung und einem niedrigen Einkommen die Rettungsstellen häufiger unangemessen.

5. Zusammenfassung

Anliegen der vorliegenden Studie war die Erhebung des Nutzerprofils von zwei klinischen Notfallambulanzen in der Berliner Innenstadt sowie die Beurteilung der Dringlichkeit und Angemessenheit der Inanspruchnahme. Dabei wurden das Geschlecht, das Alter, die Ethnizität und der Bildungsgrad der Befragten besonders berücksichtigt. Weiterhin sollten die aufgeführten Diagnosen und die Behandlung und Therapie innerhalb der Rettungsstelle genauer untersucht werden.

Die Studie wurde in der Zeit von November 2006 bis Februar 2007 an den internistischen und gynäkologischen Rettungsstellen in Kliniken der Berliner Bezirke Neukölln und Wedding, die einen hohen Migrantenanteil und einen niedrigen sozialen Status der Wohnbevölkerung aufweisen, als retrospektive Querschnittsstudie durchgeführt. Durch die fallbezogene Verbindung von Angaben auf den Erste-Hilfe-Scheinen und einer persönlichen, standardisierten Patientenbefragung konnten vielfältige Informationen sowohl aus Perspektive der Patientinnen und Patienten als auch aus Perspektive der Institution in die Analyse einfließen. Personen mit Migrationshintergrund suchten, wie auch schon in den vorangegangenen Untersuchungen, verglichen mit der Wohnbevölkerung in den umliegenden Berliner Stadtbezirken die Rettungsstellen überproportional häufig auf (Braun 2004, Schwartau 2005). Durch den gewählten Forschungszugang war es möglich, Migrantinnen und Migranten gut zu erreichen und in die Untersuchung einzubeziehen. Einflüsse der Ethnizität werden in anderen Studien meist nur unzureichend erfasst, da zum einen Migrantinnen und Migranten aufgrund von Sprachbarrieren und einer höheren Rate an gering Alphabetisierten oft schwer zugänglich sind (Borde 2002) und zum anderen werden Einflüsse der Ethnizität in Studien und Gesundheitsberichten wenn überhaupt dann meist unvollständig untersucht, da häufig lediglich nach Staatsangehörigkeit unterschieden wird. In dieser Studie erfolgte die Einteilung der Ethnizität der Befragten nach selbstangegebener Muttersprache.

Zur Untersuchung von Besonderheiten im Nutzerprofil und in Bezug auf die Angemessenheit und Dringlichkeit der Behandlung wurden eingangs acht Hypothesen formuliert, die sich zumeist bestätigten:

1. Im Nutzerprofil der Rettungsstellen zeigten sich geschlechtsspezifische Besonderheiten. Frauen suchten die Rettungsstellen häufiger als Männer auf. Die Analyse zeigte bezüglich des Inanspruchnahmeverhaltens, dass Männer im Vergleich zu Frauen häufiger den Rettungs- und Transportdienst nutzten. Frauen nutzten die Notfallambulanzen eher außerhalb der "Praxiszeiten" und somit eher abends und nachts. Die eingangs formulierte Hypothese, dass Frauen häufiger eine unangemessenere Inanspruchnahme von Notfallambulanzen aufweisen als Männer konnte nicht bestätigt werden.

2. In der Anamnese wurden von Frauen häufiger gastrointestinale Symptome genannt, während bei Männern Thoraxschmerzen und kardiale Beschwerden im Vordergrund standen. Hinsichtlich der Diagnosen standen die kardiovaskulären Diagnosen bei beiden Geschlechtern an erster Stelle. Männer wurden signifikant häufiger stationär aufgenommen und Frauen häufiger medikamentös ambulant behandelt.

3. Wie angenommen, suchten mit zunehmendem Alter Patienten/-innen die Rettungsstellen häufiger auf. Eine altersbezogene Analyse des Inanspruchnahmeverhaltens der Patienten/-innen zeigte wesentliche Unterschiede auf. Ältere Patienten/innen suchten zumeist tagsüber die Rettungsstellen auf, nahmen signifikant häufiger das Rettungs- und Transportwesen in Anspruch und kamen vorwiegend mit einer ärztlichen Einweisung in die Notfallambulanzen.

4. Das Alter der Patienten/innen war erwartungsgemäß ein maßgeblicher Einflussfaktor für die Feststellung von Diagnosen und die Behandlung in der Rettungsstelle.

Mit zunehmendem Alter wurden in der Anamnese häufiger Thoraxschmerzen und Atembeschwerden dokumentiert. Demzufolge waren Kreislaufdiagnosen und Atemwegserkrankungen mit zunehmendem Alter häufiger, während Krankheiten des Verdauungssystems weniger festgestellt wurden. Je älter die Patienten/innen waren, umso mehr Diagnostik und stationäre Aufnahmen wurden veranlasst. Somit ließ sich die anfang gestellte Hypothese bestätigen.

5. In der Studienpopulation waren, auch nach Berücksichtigung der Bevölkerungsstruktur an den Studienstandorten, überproportional viele Migranten/innen vertreten. Die größte Migrantengruppe stellten die türkeistämmigen Migranten/innen dar, die in der weiteren Auswertung besonders berücksichtigt wurden. Bei der multivariaten Analyse konnte bestätigt

werden, dass türkeistämmige Migranten häufiger eine unangemessenere Inanspruchnahme der Rettungsstellen aufweisen.

Eine ethnizitätsspezifische Betrachtung der Patienten/-innen zeigte, dass Migranten/innen signifikant jünger waren, was mit der deutlich jüngeren Altersstruktur der Migranten/innen in der Bevölkerung übereinstimmt. Beim Vergleich von deutschen Patienten/innen und Migranten/innen fiel ein unterschiedliches Inanspruchnahmeverhalten auf. Migranten/innen kamen signifikant häufiger in den Abend- und Nachtsstunden sowie am Wochenende in die Klinik und nahmen das Rettungs- und Transportwesen seltener in Anspruch.

6. Wie in der Hypothese angenommen wurden bei Migranten/innen der Anamnese mehr gastrointestinale Symptome dokumentiert. Zudem fiel die häufige Nennung von Kopfschmerzen auf. An erster Stelle der Diagnosen standen bei deutschen Patienten/innen und Migranten kardiovaskuläre Erkrankungen und bei Migrantinnen Krankheiten des Verdauungssystems. Der zweite Teil der Hypothese ließ sich nicht bestätigen. Während Migranten/-innen meist medikamentös ambulant behandelt wurden, veranlasste man bei deutschen Patienten/innen häufiger eine stationäre Aufnahme.

7. Bei der schichtspezifischen Analyse zeigte sich, dass 70% der Patientinnen und Patienten, die die Rettungsstellen aufsuchten, einen niedrigen oder mittleren Schulabschluss hatten. Betrachtet man die Studienkollektive nach Ethnizität und Bildungsgrad, ist der Anteil der Patienten/-innen mit geringer schulischer Bildung in den einzelnen Gruppen unterschiedlich hoch. 40% der türkeistämmige Patienten/-innen haben keinen oder nur einen Grundschulabschluss. In den Vergleichsgruppen betrifft dies nur 18% der Patienten/-innen anderer Ethnizitäten und 5% der deutschen Patienten/-innen.

Die Annahmen zu schichtspezifischen Besonderheiten in dieser Untersuchung wurden insbesondere bei Angaben zu der Lebenszufriedenheit und dem aktuellen psychischen Stress bestätigt. Je niedriger der Erwerbsstatus und der Bildungsgrad der Patientinnen und Patienten, desto häufiger lag eine hohe Ausprägung bei den genannten Belastungsfaktoren vor. Patienten/-innen mit einem hohem Bildungsstand und Befragte, die einer unteren Erwerbsgruppe zugeordnet wurden, gaben signifikant häufiger starke Schmerzen und Beschwerden an. Es fand sich jedoch kein schichtspezifischer Unterschied hinsichtlich den Einschätzungen der Dringlichkeit der erforderlichen Behandlung.

8. Die vorliegende Untersuchung bestätigte die Annahme, dass Patienten/-innen mit einem niedrigen Sozialstatus häufiger mit Herz-Kreislaufkrankungen und Psychiatrische bzw. Psychosomatische Beschwerden in der Rettungsstelle vorstellig werden. Ebenso ließ sich bestätigen, dass diese Gruppe von Patienten/-innen seltener stationär behandelt werden und dafür häufiger eine symptomatische ambulante Therapie erhalten.

9. Die Hypothese, dass die derzeit bestehenden klinischen Rettungsstellen für viele Patientinnen und Patienten nicht die angemessene Versorgungseinrichtung darstellen, wurde durch die vorliegende Untersuchung unterstützt. Um die Angemessenheit der Inanspruchnahme beurteilen zu können, wurde ein Index erstellt, der sowohl medizinische Faktoren aus den Erste-Hilfe-Scheinen als auch subjektive Indikatoren seitens der Patientinnen und Patienten berücksichtigte. Der Index bestand aus folgenden Kriterien:

a.) Inanspruchnahme des Rettungs- und Transportwesens, b.) Durchführung von im Krankenhaus vorgehaltener Diagnostik, c.) stationäre Aufnahme, d.) Vorliegen einer ärztlichen Einweisung, e.) starke Schmerzen und Beschwerden und f.) patientenseitige Einschätzung einer hohen Dringlichkeit der Behandlung.

Als angemessene Inanspruchnahme galt, wenn vier der sechs Kriterien erfüllt waren. Die Berechnung des Index mittels einer logistischen Regression ergab, dass 12% der Patienten/innen den Kriterien einer angemessenen Inanspruchnahme entsprachen. Die multivariate Analyse zeigte, dass höheres Alter und das Vorliegen einer ärztlichen Einweisung signifikante Prädiktoren für eine angemessene Inanspruchnahme der Rettungsstelle waren. Türkische Ethnizität war hingegen ein Prädiktor für eine unangemessene Inanspruchnahme.

Bei der Analyse der Angemessenheit der Inanspruchnahme zeigte sich nur wenig Übereinstimmung zwischen der Häufigkeit und Präferenz der Inanspruchnahme durch die untersuchten Gruppen und deren Angemessenheit der Inanspruchnahme. Bezogen auf die hier erfolgte Beurteilung der Angemessenheit der Inanspruchnahme der Rettungsstelle zeigte sich entgegen der formulierten Annahmen weder ein bildungs- noch geschlechtsspezifischer Unterschied. Die Annahme, dass Patientinnen und Patienten mit einem hohen Grad an psychischer Belastung im Alltag die Erste-Hilfe-Stellen häufiger unangemessen nutzen, konnte bei dem hier gewählten Vorgehen ebenfalls nicht bestätigt werden. Auch die anderen untersuchten Faktoren Erwerbsstatus, Vorhandensein eines Hausarztes, Nutzungsfrequenz der Rettungsstellen und Wohnortnähe zur Klinik hatten keinen Einfluss bei der Gesamtbeurteilung der Angemessenheit der Inanspruchnahme. Dies zeigt, dass Rettungsstellen für die meisten Patientengruppen nicht die adäquate, an ihren Bedürfnissen orientierte Versorgungseinrichtung

darstellen. Wissend um die Schwierigkeit, Patienten/innen in alternative Versorgungsinstanzen umzulenken, erscheint eine Veränderung der Selbstdefinition als Versorgungseinrichtung für medizinische Notfälle und Restrukturierung der Rettungsstelle im Sinne einer Patientenorientierung angezeigt.

6. Wertung und Ausblick

Die Analyse zur Dringlichkeit und Angemessenheit der Inanspruchnahme zeigte, dass nach den in dieser Studie aufgestellten Kriterien die klinischen Rettungsstellen in der Berliner Innenstadt für einen beachtlichen Teil der Patientinnen und Patienten nicht die adäquate, an Versorgungsbedürfnissen und dem optimalen Einsatz von Ressourcen orientierte Versorgungseinheit darstellen und hier von unterschiedlichen Ausprägungen einer Fehl-, Über- oder Unterversorgung ausgegangen werden muss. Offenbar stellen die Rettungsstellen für ältere Patienten und Patienten und Patienten/-innen mit einer ärztlichen Einweisung die adäquate Versorgungsinstitution dar, da beide Gruppen als Prädiktoren für eine angemessene Inanspruchnahme gelten können. Während Migranten/innen und Frauen überproportional häufig die Rettungsstellen aufsuchten, konnte in beiden Gruppen mehr unangemessene Inanspruchnahme festgestellt werden.

Zur Erfassung der derzeitigen Versorgungssituation und des regionalen Versorgungsbedarfs sollten in Zukunft systematisch Daten erhoben werden. Simultan mit anderen soziodemographischen Merkmalen sollte die Ethnizität der Patientinnen und Patienten als möglicher Einflussfaktor berücksichtigt werden, um die adäquate, bedarfsorientierte Versorgung des wachsenden Anteils an Bevölkerung mit Migrationshintergrund zu gewährleisten. Auf der Basis der oben genannten Schlussfolgerungen ergeben sich weitere Fragestellungen, die zukünftig wissenschaftlichen Analysen unterzogen werden sollten und deren Bearbeitung Impulse für die Planung und Umsetzung von gesundheitspolitischen Maßnahmen geben kann:

- Bevölkerungsbegleitende Analyse der Nutzung von Rettungsstellen im Vergleich zur Nutzung anderer medizinischer Einrichtungen
- Untersuchung der Auswirkungen der quartalsweisen Gebühr von 10 Euro in ambulanten Praxen und in Erste-Hilfe-Stellen seit 2004
- Detaillierte Untersuchung und Vergleich der Beschwerden und Diagnosen zwischen den als angemessen und den als nicht-angemessen eingeschätzten Patientengruppen

- Untersuchung des Inanspruchnahmeverhaltens ausgehend von den in der Anamnese genannten Beschwerden (beispielsweise bei Kopfschmerzen oder bei gastrointestinalen Symptomen)
- Eingehende Analyse von Einzeldiagnosen (beispielsweise Analyse der unspezifischen, symptomorientierten Diagnosen) und entsprechende Therapien.

Für die Versorgungsplanung gilt es, die vorhandenen Ressourcen klinischer Rettungsstellen sinnvoll zu nutzen und beispielsweise die Versorgung lebensbedrohlich Verletzter bzw. Erkrankter nicht zu gefährden. Andererseits sollten bedarfsgerechte, regional der Bevölkerungsstruktur angepasste, interdisziplinäre Angebote entwickelt werden, die sich effizient und angemessen an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten in Notfallsituationen orientieren. Wie die Studie zeigt, sind in Notfallsituationen nicht nur somatische, sondern auch psychische und soziale Komponenten bedeutsam und für Inanspruchnehmende der klinischen Notfallambulanzen können Zugangsbarrieren zu anderen Einrichtungen der Versorgungslandschaft bestehen. Es sollte beachtet werden, dass benachteiligte Bevölkerungsgruppen, die u.U. von ungünstigen Lebenslagen und/oder Armut betroffen sind, sich in bestimmten Regionen bzw. Stadtgebieten konzentrieren. Besonders dort könnte durch eine Vernetzung der Notfallmedizin mit allgemeinärztlichen und psychosozialen Angeboten die Situation beispielsweise in Klinikrettungsstellen entlastet werden. Da es schwierig ist, Hilfesuchende in alternative Versorgungsinstanzen umzulenken und dies bei Notfallsituationen ethisch bedenklich ist, erscheint eine Veränderung der Selbstdefinition und Restrukturierung der klinischen Rettungsstellen in jedem Falle angezeigt. Wünschenswert ist eine interdisziplinäre und mit anderen Hilfsangeboten vernetzte Versorgungseinrichtung, die auf somatische, psychische und soziale Notlagen im Sinne einer kommunalen Akutmedizin angemessen reagieren kann.

7. Literaturverzeichnis

Adams, R.J., Smith B.J. et al.: Factors associated with hospital admissions and repeat emergency department visits for adults with asthma, *Thorax* 2000; 55:566-573

Afilalo, J., Marinovich, A., Afilalo, M., Colacone, A., Leger, R., Unger, B. et al.: Nonurgent emergency department patient characteristics and barriers to primary care. *Acad Emerg Med* 2004; 11:1302-10.

Ahrens, W., Bellach, B., Jöckel, K.: Messung soziodemographischer Merkmale in der Epidemiologie. RKI Schriften 1/98, Berlin 1998

Akbal, S.: Nichtdeutschsprachige bzw. ArbeitsmigrantInnen als KundInnen des Wiener Gesundheitswesens, in David, M., Borde, T. et al (Hrsg.): Migration - Frauen - Gesundheit. Perspektiven im europäischen Kontext, Mabuse-Verlag, Frankfurt a.M. 2000; 209-216

Alfermann, D.: Femininität und Maskulinität oder: Haben wir ein maskulines Bias? In: Brähler, E.; Schumacher, J.; Felder, H. (Hg.): Weiblichkeit, Männlichkeit und Gesundheit. Medizinsoziologische und psychosomatische Untersuchungen. Opladen: Westdeutscher Verlag. 1999; 58-71

Alison, M.: Inappropriate attendance at an accident and emergency department by adults registered in local general practices: how is it related to their use of primary care? *J Health Serv Res Policy* 2002; 7:160-165

Altgeld, T.: Männergesundheit: Neue Herausforderung für Gesundheitsförderung und Prävention. 2004; S 25

Anantharaman, V.: Impact of health care system interventions on emergency department utilization and overcrowding in Singapore. *Int J Emerg Med*. 2008; (1):11-20

Andersen, R., Newmann, J.: Societal and individual determinants of medical care in the United States, *Milbank Quarterly* 1973; 51:95-124

Anson, O., Carmel, S. et al.: Gender differences in the utilization of emergency department services, *Women and Health* 1991; 17(2):91-104

Armuts- und Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung. Lebenslagen in Deutschland. Der 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. (Hrsg.), April 2005 <http://www.bmas.bund.de/BMAS/Redaktion/Pdf/Lebenslagen-in-Deutschland-De-821,property=pdf,bereich=bmas,sprache=de,rwb=true.pdf>

Baker, W., Stevens, C. et al.: Determinants of emergency department use: Are race and ethnicity important? *Annals of Emergency Medicine* 1996; 28(6):677-682

Batty, GD., Deary, IJ., Benzeval, M.; Der, G.: Does IQ predict cardiovascular disease mortality as strongly as established risk factors? Comparison of effect estimates using the West of Scotland Twenty-07 cohort study, *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, 2010; 17:1:24-27

Beauftragte der Bundesregierung für Migration Flüchtlinge und Integration 2007: Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland. Berlin

Bellach, B.: Die Gesundheit der Deutschen. Zusammenhänge zwischen Gesundheit, Lebensstil, Umwelt und soziodemographischen Faktoren. RKI Hefte 15/1996. Berlin 1996

Bergmann, E. und Kamtsiuris, P.: Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, Gesundheitswesen 1999; 61(Sonderheft 2):138-144

Bergström, A., Pisani, P., Tenet, V., Wolk, A., Adami, H.: Overweight as an avoidable cause of cancer in Europe. *Int J Cancer* 2001; 91: 421-430

Berliner-Krankenhausgesellschaft: Erste-Hilfe-Behandlungen in den Krankenhäusern und Erste-Hilfe-Stellen der Kassenärztlichen Vereinigung im Jahr 1999, Berlin 2000

Bertakis, K., Azari, R. et al.: Gender differences in the utilization of health care services, *The Journal of Family Practice* 2002; 49(2):147-152

Bey, T.: Emergency Departments in den USA. Der Notfallversorgung droht der Kollaps, *Deutsches Ärzteblatt* 2002; 99(30):1612-1614

Bianco A, Pileggi C, Angelillo IF. Non-urgent visits to a hospital emergency department in Italy. *Public Health* 2003; 117:250-5.

Bildungsberichterstattung 2006; <http://www.bildungsbericht.de/zeigen.html?seite=6129>

Bilgin, Y.: Notwendigkeit von migrantenspezifischen Angeboten am Beispiel der Türken, in Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Ausländer (Hrsg.): *Gesundheit und Migration. Handlungsbedarf und Handlungsempfehlungen*, Bonn 1999; 46-48

Bischoff, C., Zenz, H.: Einführung des Herausgebers. In: Bischoff C, Zenz H. *Patientenkonzepte von Körper und Krankheit*. 1. Aufl. Bern, Schweiz: Verlag Hans Huber, 1989; 11-16

Blöchliger, C., Osterwalder, J. et al.: Asylsuchende und Flüchtlinge in der Notfallstation, *SozialundPräventivmedizin* 1998; 43:39-48

Bollini, P., Siem, H.: NO real progress toward equity: health of migrants and ethnic minorities on the eve of the year 2000. *Soc Sci Med* 1995; 41: 819-828

Borde, T., David, M., Kentenich, H.: Analyse der Versorgungssituation gynäkologisch erkrankter deutscher und türkischer Frauen im Krankenhaus. Schlussbericht zum Public Health-Projekt 2000

Borde, T.: Patientinnenorientierung im Kontext der soziokulturellen Vielfalt im Krankenhaus. Dissertation in Gesundheitswissenschaften/Public Health, Fakultät für Wirtschaft und Management, Technische Universität Berlin. Berlin, 2002

Borde, T., Braun, T., David, M.: Unterschiede in der Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen durch deutsche Patienten/innen und Migranten/innen, Abschlussbericht, Universitätsklinikum Charité. Berlin 2003

Borde, T.: Repräsentation ethnischer Minderheiten in Studien und Gesundheitsberichten. Erfordernis, Chancen, Nebenwirkungen, in Borde, T. und David, M. (Hrsg.): Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund. Lebenswelten, Gesundheit, Krankheit. Mabuse-Verlag, Frankfurt a.M. 2005; 269-287

Boushy, D., Dubinsky, I.: Primary care physician and patient factors that result in patients seeking emergency care in a Hospital setting: the patient's perspective, The Journal of Emergency Medicine 1999; 17:3:405-412

Brähler, E., Goldschmidt, S., Kupfer, J.: Männer und Gesundheit. In: Brähler E und Kupfer J(Hrsb.): Mann und Medizin, Jahrbuch der medizinischen Psychologie 19:11-33. Göttingen: Hogrefe. 2001

Braitberg, G.: Emergency department overcrowding: dying to get in? The Medical journal of Australia 2007; 187:11:624-625

Braun, T.: Einfluss von Geschlecht, Ethnizität und Alter auf die Inanspruchnahme von Rettungsstellen und die dortige Behandlung. Dissertation an der medizinischen Fakultät der Charité- Universitätsmedizin Berlin. Berlin 2004

Brown, A., Mann, N. et al.: Demographic belief and situational factors influencing the decision to utilize emergency medical services, Circulation 2000; 102(2):173-179

Buchardi, C., Angstwurm, M. et al.: Diagnosespektrum in einer internistischen Notaufnahme, Der Internist 2001; 42(11):1462-1464

Buesching, D., Jablonowski, A. et al.: Inappropriate Emergency Department Visits, Annals of Emergency Medicine 1985; 14(7):672-676

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Grunddaten der Zuwandererbevolkerung in Deutschland 2009 http://www.bamf.de/cln_092/nn_442016/DE/DasBAMF/Statistik/statistik-node.html?nn=true

Bundesbeauftragte für Ausländerfragen: Migrationsbericht der Ausländerbeauftragten im Auftrag der Bundesregierung. www.bundesauslaenderbeauftragte.de/publikationen/migration.pdf. 2001

Bundes-Gesundheitssurvey 1998. In: Das Gesundheitswesen. Sonderheft. 61. Jahrgang. Dezember 1999. Verlag: Thieme.

Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), Versorgungsforschung: Ergebnisse der gemeinsamen Förderung durch das BMBF und die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen Referat Publikationen; Internetredaktion Bonn, Berlin 2005

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2005: Lebenslagen in Deutschland – Der 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung
<http://www.bmgs.bund.de/download/broschueren/A333>

Bundeszentrale für politische Bildung: Bevölkerung mit Migrationshintergrund 2008
http://www.bpb.de/wissen/NY3SWU,0,0,Bev%F6lkerung_mit_Migrationshintergrund_I.html

Buron, A., Cots, F., Garcia, O.: Hospital emergency department utilization rates among the immigrant population in Barcelona, Spain. *BMC Health Serv Res* 2008;8:51.

Butler, J., Albrecht, N.-J., Ellsäßer, G., Gavranidou, M., Habermann, M., Lindert, J., Weilandt, C.: Migrationssensible Datenerhebung für die Gesundheitsberichterstattung. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 2007; S. 1232-1239

Byrne, B., Murphy, A. et al.: Frequent attenders to an emergency department: a study of primary health care use, medical profile and psychosocial characteristics, *Annals of Emergency Medicine* 2003; 41(3):309-318

Cameron, A.C., Trivedi, P., Milne, F., Piggott, J.: A Microeconomic Model of the Demand for Health Care and Health Insurance in Australia. *Review of Economic Studies* 1988; 85–106.

Carret, ML., Fassa, AG., Kawachi, I.: Demand for emergency health service: factors associated with inappropriate use. *BMC Health Serv Res* 2007; 7:131.

Caterino, J. M., Holliman, C. J., Kunselmann, A. R.: Underestimation of Case Severity by Emergency Department Patients: Implications for Managed Care, *American Journal of Emergency Medicine* 2000; 18:254-256

Chan, T., Krishel, S. et al.: Survey of illegal immigrants seen in an emergency department, *Western Journal of Medicine* 1996; 164:212-216

Christeiner, S.: "Frauen im Spannungsfeld zwischen Gesundheit und Krankheit. " Subjektive Befindlichkeitseinschätzungen und Ursachen Attribuierungen von Laien. Kleine, Bielefeld 1999

Clark, M., Purdie, J. et al.: Predictors of demand for emergency prehospital care: an Australian study (Abstract), *Prehospital Disaster Medicine* 1999;14(3):167-173

Collatz, J.: Krankheit, Kranksein und häufige Erkrankungsverläufe, in Fischer, B. (Hrsg.): *Erkrankungen bei Immigranten. Diagnostik, Therapie, Begutachtung*, Fischer-Verlag, Stuttgart 1998; 33-58

Conen, D., Kuster, M.: Geschlechts- oder symptomspezifisches Verhalten männlicher Assistenzärzte, *Sozial- und Präventivmedizin* 1988; 33:167-172

Coughlan, M., Corry, M.: The experiences of patients and relatives/6. significant others of crowding in accident and emergency in Ireland: A qualitative descriptive study. *Accid Emerg Nurs.* 2007; 15:201-9.

Cunningham, P.: "What Accounts for Differences in the Use of Hospital Emergency Departments Across U.S. Communities?" *HEALTH AFFAIRS*, July 18, 2006

Dale, J., Green, C. et al.: Primary care in the accident and emergency department II: Comparison of general practitioners and hospital doctors, *British Medical Journal* 1995a; 311:427-430

Dale, J., Green, J. et al.: Primary care in the accident and emergency department. A prospective identification of patients, *British Medical Journal* 1995b:311:423-426

David, M., Pette, G. et al.: Unterschiedliche Inanspruchnahme einer gynäkologischen Notfallambulanz durch deutsche Patientinnen und Migrantinnen, *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 1998; 58:319-323

David, M., Borde, T.: *Kranksein in der Fremde? Türkische Migrantinnen im Krankenhaus.* Mabuse-Verlag. Frankfurt a.M. 2001

David, M., Braun, T., Borde, T.: Schmerz und Ethnizität- Ergebnisse einer Befragung an drei internistisch/gynäkologischen Rettungsstellen in Berlin, *Zentralblatt für Gynäkologie* 2004; 126:81-86

David, M., Chen, FCK., Borde, T.: Schweres Schwangerschaftserbrechen bei Migrantinnen - eine Folge psychischer Belastungen im Zuwanderungsprozess?, in Borde, T. und David M. (Hg.), *Migration und psychische Gesundheit. Belastungen und Potentiale.* Frankfurt a.M.: Mabuse-Verlag, 2007; 95-103

DeLia, D., Cantor, J.: *Emergency Department Utilization and Capacity, Research Synthesis Report No. 17, The Synthesis Project, Robert Wood Johnson Foundation, 2009*

Derlet, R., Nishio, D. et al.: Triage of patients out of the emergency department, *American Journal of Emergency Medicine* 1992; 10(3):195-199

Deutsche Gesellschaft für Ernährung: *Ernährungsbericht 2008* (http://www.dge.de/modules.php?name=St&file=w_bericht)

Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung www.DIW.de/SOEP

Dreher, E., Dreher, M.: *Konzepte von Krankheit und Gesundheit in Kindheit, Jugend und Alter.* In R. Oerter, C. von Hagen, G. Röper & G. Noam (Hrsg.), *Klinische Entwicklungspsychologie* (S. 623-653). Weinheim: Psychologie Verlags Union 1999

Dyhr, L., Andersen, J., Engholm, G.: The pattern of contrast with general practice and casualty departments of immigrants and non-immigrants in Copenhagen, Denmark. *Dan Med Bull* 2007;54:226-9.

Eagle, D., Rideout, E. et al.: Misuse of the emergency department by the elderly population - Myth or reality?, *Journal of Emergency Nursery* 1993:19(3):212-218

Edwards, CL. et al.: Race, ethnicity and pain, *Pain* 94 2001; 133-137

Eichler, M., Fuchs, J. et al.: Richtlinien zur Vermeidung von Gender Bias in der Gesundheitsforschung, *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften* 2000; 8(4):293-310

Elkeles, T., Kirschner, W.: Arbeitslosigkeit und Gesundheit – Intervention durch Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement – Befunde und Strategien. In: Bundesverband der Betriebskrankenkassen (Hrsg.) Gesundheitsförderung und Selbsthilfe Band Nr. 3, 1. Auflage Wirtschaftsverlag, Bremerhaven 2004

Ernst, G.: Mythos Mittelmeersyndrom: Über akuten und chronischen Schmerz, in Borde, T., David, M. et al (Hrsg.): Migration- Frauen- Gesundheit: Perspektiven im europäischen Kontext, Mabuse Verlag, Frankfurt am Main 2000; 57-66

Escobedo, F., Gonzalez-Gil, L. et al.: Evaluacion de las urgencias hospitalarias desde un area basica de salud, Atencion primaria 1997;19(4):169-175

Etschmaier, A.: Modelle der Gesundheit: Unter Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Aspekte, Karl-Franzes-Iniversität 2007
<http://www.grin.com/e-book/80717/modelle-der-gesundheit-unter-beruecksichtigung-geschlechtsspezifischer>

Feldman, R.: Primary health care for refugees and asylum seekers: A review of the literature and a framework for services. Public Health, 2006; 120(9): 809-816

Ferber, L.v., Köster, I. et al.: Türkischen und deutsche Hausarztpatienten - Erkrankungen, Arzneimittelerwartungen und Verordnungen, Gesundheitswesen 2003; 64:304-311

Ferber, L.v., Köster, I. et al.: Türkische und deutsche Hausarztpatienten - Erkrankungen, Arzneimittelerwartungen und Verordnungen, Gesundheitswesen 2003; 4:304-311

Finn, JC., Flicker, L., Mackenzie, E., Jacobs, IG., Fatovich, DM., Drummond, S. et al. Interface between residential aged care facilities and a teaching hospital emergency department in Western Australia. Med J Aust 2006; 184:432-5.

Franz, M. et al.: Subjektive Krankheitskonzepte türkischer Migranten, .Psychiat Prax 2007; 34:332-338

Free, C., White, P. et al.: Access to and use of out-of-hours services by members of Vietnamese community groups in South London: a focus group study, The Journal of Family Practice 1999; 16:369-374

Fuchs, J., Maschewsky-Schneider, U.: Geschlechtsangemessene Publikationspraxis in den Gesundheitswissenschaften im deutschsprachigen Raum?- Ergebnisse einer Literaturreview, Gesundheitswesen 2002; 64:284-291

Fuentes, E., Kohn, M., Neighbor, M.: Lack of Association between Patient Ethnicity or Race and Fracture Analgesia, Academic Emergency Medicine, 9:9: 910 – 915 Published Online: 28 Jun 2008

Garcia, T., Bernstein, A., Bush, M.: Emergency department visitors and visits: who used the emergency room in 2007? Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, USA 2010; 38:1–8

Geis, M.: Migration in Deutschland: Interregionale Migrationsmotivatoren, deutscher Universitäts-Verlag/GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden 2005

Gesundheitsberichterstattung Berlin 2002, Neueste Lebenserwartungsberechnungen für die Berliner Bezirke, Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz
<http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/gesundheit/kurzinfo.html>

Gentile, S., Vignally, P., Durand, AC., Gainotti, S., Sambuc, R., Gerbeaux, P.: Nonurgent patients in the emergency department? A French formula to prevent misuse. BMC Health Serv Res. 2010; 15;10:66

Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2003, Arbeitslosigkeit und Gesundheit – GBE-Heft 13, Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz
http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/reUzuR53Jx9JI/PDF/28OCHPB2fJAAs_60.pdf

Gesundheitsberichterstattung Berlin, Basisbericht 2003/2004, Daten des Gesundheits- und Sozialwesens, Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz Referat Gesundheitsberichterstattung
http://www.berlin.de/imperia/md/content/sen-statistikgessoz/basisberichte/bb20032004_netz.pdf

Gesundheitsberichterstattung Berlin – Statistische Kurzinformation 2006, Alters- und geschlechtsspezifische Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlungen in Berlin, Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz
<http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/gesundheit/kurzinfo.html>

Gesundheitsberichterstattung Berlin, Basisbericht 2006/2007, Daten des Gesundheits- und Sozialwesens, Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz Referat Gesundheitsberichterstattung
<http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/gesundheit/basis.html>

Gesundheitsberichterstattung Berlin, Basisbericht 2008, Daten des Gesundheits- und Sozialwesens, Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz Referat Gesundheitsberichterstattung
<http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/gesundheit/basis.html>

Geyer, S., Peter, R.: Occupational status and all-cause mortality. A study with health insurance data from North Rhine-Westphalia. European Journal of Public Health 1999; 9:114–118

Gill, J., Mainous, M., Nsereko, M.: The effect of continuity of care in emergency department use, Archives of Family Medicine:2000; 9:333-338

Gillam, S.: Ethnicity and use of health services, Postgraduate Journal of Medicine 1990; 66:989-993

Glaeske, G.: Auffälligkeiten der geschlechtsspezifischen Versorgung in der GKV. Wie groß ist der kleine Unterschied?, in Hurrelmann, K. und Kolip, P. (Hrsg.): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit, Hans Huber Verlag, Bern 2002; 520-532

Glier, B., Tietz, G. et al.: Stationäre psychosomatische Rehabilitation für Migranten aus der Türkei, in David, M., Borde, T. et al (Hrsg.): Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle, Mabuse-Verlag, Frankfurt a.M. 1999; 189-197

Glier, B., Tietz, G., Rodewig, K.: Stationäre psychosomatische Rehabilitation für Migranten aus der Türkei. In David M, Borde T, Kentenich H: Migration und Gesundheit, Frankfurt . Mabuse-Verlag, 2001; 189-198

Greening, A., Gnauck, K., Skipper, B.: The Effect of Ethnicity on Extremity Fracture Analgesia in Native American Patients at a Regional Children's Hospital 2008

Greifeld, K.: Was ist „krank“? Wohlbefinden und mißbefinden im interkulturellen Vergleich. Mabuse 1995; 96: 22-26

Grobe, Th., Schwartz, F.: Arbeitslosigkeit und Gesundheit. In: RKI (Hrsg.) Gesundheitsberichtserstattung des Bundes, Heft 13; Berlin 2003

Grottian, G.: Gesundheit und Kranksein in der Migration - Sozialisations- und Lebensbedingungen bei Frauen aus der Türkei. Verlag für interkulturelle Kommunikation. Frankfurt a.M. 1991

Haasen, C. et al.: Suchtstörungen bei Migrantinnen und Migranten - ein relevantes Problem?, in Borde, Theda und Matthias David (Hg.), Migration und psychische Gesundheit: Belastungen und Potentiale. Frankfurt a.M.: Mabuse-Verlag, 2007; 69-82

Hansagi, H., Olsson, M. et al.: Frequent use of the hospital emergency department is indicative of high use of other health care services, Annals of Emergency Medicine 2001; 37(6):561-567

Harris, L., Bombin, M., Chi, F., DeBortoli, T., Long, J.: Use of the emergency room in Elliot Lake, a rural Community of Northern Ontario, Canada. Rural and Remote Health 2004; 4 (1): 240

Härtel, U.: Geschlechtsspezifische Inanspruchnahme medizinischer Hilfe, Sozial- und Präventivmedizin 1988; 33:148-154

Heinzel-Gutenbrunner, M.: Einkommen, Einkommensarmut und Gesundheit. In Mielck, A., Bloomfield K. (Hrsg.): Sozial-Epidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten. Weinheim München 2001, Juventa Verlag: 39-49

Helmert, U.: Soziale Ungleichheit und Krankheitsrisiken, Maro Verlag, Augsburg 2003
Herzstiftung.de : Herzinfarkt: Jede Minute zählt!, Deutsche Herzstiftung e.V. www.deutscheherzstiftung.de. 2003

Hinojosa Cantero, J., Sanchez-Cantalejo, E. et al.: Inadecuacion de las visitas a un servicio de urgencias hospitalario y factores asociados, Atencion primaria 2001; 28(5):326-332

Hofmeister, C.: Psychiatrische Versorgung von Migranten in der Bundesrepublik Deutschland, Fachhochschule Braunschweig/Wolfenbüttel, Fachbereich Sozialwesen 2007

Hollederer, A., Brandt, H.: Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit – 1. Auflage. Hans Huber, Bern 2006

Hradil, S.: Soziale Ungleichheit in Deutschland, Vs Verlag für Sozialwissenschaften Wiesbaden 2001

Humpert, A.S.: Stichprobenziehung für telephonische Zuwanderungsfragen, ZUMANachrichten 2000; 24(47):36-64

Hurrelmann, K.: Gesundheitssoziologie, Juventa Verlag Weinheim und München, 2000; 44-83

Hurrelmann, K., Kolip, P., „Geschlecht, Gesundheit und Krankheit“ 2002; S.13

Ingarfield, S., Finn, J., Jacobs, I., Gibson, N., Holman, D., Jelinek, G., Flicker, L: Use of emergency departments by older people from residential care: a population based study, The Author 2009. Published by Oxford University Press on behalf of the British Geriatrics Society.

Ivanov, L., Buck, K.: Health care utilization patterns of russian-speaking immigrant women across age groups, Journal of Immigrant Health 2002; 4(1):17-27

Ivey, S., Kramer, E.: Immigrant women and the emergency department: the juncture with welfare and immigration reform, Journal of American Medical Womens Association 1998; 53(2):94-96

Ivey, S.: Profiling patients who use the emergency department for primary care in a multicultural urban setting. Calgary Regional Health Authority.
www.health.gov.ab.ca/key/phc/pro...rgencyDepartmentChoises/description.htn. 2002

Jimenez-Rubio, D., Hernandez-Quevedo, C.: Inequalities in the use of health services between immigrants and the native population in Spain: what is driving the differences? Springer-Verlag 2010

Joseph, C., Havstad, S. et al.: Racial differences in emergency department use persist despite allergist visits and prescriptions filled for antiinflammatory medications, Journal of Allergy and Clinical Immunology 1998; 101(4):484-490

Joshua, H., Tamayo-Sarver, PhD., Susan, W., Hinze, PhD., Rita, K., Cydulka, MD., David, W., Baker, MD.: Racial and Ethnic Disparities in Emergency Department. Analgesic Prescription. 2003; American Journal of Public Health 93:12:2067-2073

Junghass, T.: Asylsuchende und Flüchtlinge: Gesundheitsversorgung einer komplexen Minderheit. Soz Präventivmed 1998; 43: 11-17

Kavuk, I., Weimar, C., Kim, B., Gueneyli, G., Araz, M., Klieser, E., Limmroth, V., Diener, H. & Katsarava, Z.: One-year prevalence and socio-cultural aspects of chronic headache in Turkish immigrants and German natives. Cephalalgia 2006; 26, 1177 – 1181

Kelagher, M., Williams, G. et al.: Towards evidence-based health promotion and service provision for new migrants to Australia, Ethnicity and Health 1999; 4(4):305-313

Khorrman-Manesh, A., Hedelin, A., Ortenwall, P.: Hospital-related incidents; causes and its impact on disaster preparedness and prehospital organisations. Prehospital and Disaster

Medicine Centre, Gothenburg, Sweden. Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine 2009; 17:1: 26

Kirmayer, L., Young, A., Robbins, JM.: Symptom Attribution in cultural Perspective. Can J Psychiatry 1994; 39(10):584-595

Kirmayer, L.: Cultural variations in the clinical presentation of depression an anxiety: implication for diagnosis and treatment, journal of clinic psychiatry 62 , suppl 13 :22-28, 2001

Klemperer, D.: „Kritische Bewertung der gesundheitlichen Versorgung für Frauen“ vom Vortrag auf dem Forum Gesundheit des DGB Bayern, München 2002

Kohlmann, C.-W.: Persönlichkeit und Emotionsregulation. Huber, Bern 1997

Kolip, P.: Frauen und Männer. In F.W. Schwartz et al. (Hg.), Das Public Health-Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen, Urban & Schwarzenberg. München 1998; 506-516

Kolip, P.: Von der Frauen- zur gendersensiblen Gesundheitsforschung, Soz.- Präventivmed. 2001; 46:217-224

Koopmans, G., Foets, M.: Migrants use of mental health care: a population based study. European Journal of Public Health, 17, 2007; Suppl. 2: 111-111

Kopp, HG., Willi, J., Klipstein, A.: Im Graubereichzwischen Körper und Psyche und sozialen Schwierigkeiten. Teil I: Neue Entwicklungen in der Diagnose und Therapie von somatoformen Störungen (am Beispiel von chronischen Schmerzpatienten). Schweiz Med Wochenschr 1997;127:1380-90.

Krasnik, A., Norredam, M., et al.: Effect of ethnic background on Danish hospital utilization patterns, Social Science and Medicine 2002; 55:1207-1211

Kuhlmey, A., Winter, M. et al.: Alter Frauen und Männer mit starker Inanspruchnahme des Gesundheitswesens, Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2003; 36:233-240

Ladwig, K., Marten-Mittag, B. et al.: Gender differences of symptom reporting and medical health care utilization in the German population, European Journal of Epidemiology 2000; 16:511-518

Lahelma, E., Marikainen, P. et al.: Gender differences in illhealth in Finland: patterns, magnitude and change, Social Science and Medicine 1999; 48:7-19

Lampert, T., Schenk, L.: Gesundheitliche Konsequenzen des Aufwachsens in Armut – Konzeptionelle und analytische Zugänge des Kinder- und Jugendgesundheitsveys. In Jungbauer-Gans, M., Kriwy, P. (Hrsg) Soziale Benachteiligung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen VS Verlag Wiesbaden 2004; 57-84

Lampert, T.: Schichtspezifische Unterschiede im Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten, Blaue Reihe, Berliner Zentrum Public Health 2005

Lampert, T., Kroll, L.: Einfluss der Einkommensposition auf die Gesundheit und Lebenserwartung. DIW-Discussion Papers 527. Berlin 2005, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung

Lampert, T.: Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit – Ein Bericht, Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. 2006

<http://www.gesundheitberlin.de/index.php4?request=themen&topic=2087&type=inf>

Lampert, T., Kroll, L.E., Dunkelberg, A.: Soziale Ungleichheit der Lebenserwartung in Deutschland. APuZ 42, 2007; 11-18.

Lang, T., Davido, A. et al.: Non-urgent care in the hospital medical emergency department in France: how much and which health needs does it reflect, Journal of Epidemiology and Community Health 1996; 50:456-462

Lange, C., Lampert, T.: Die Gesundheit arbeitsloser Männer und Frauen. Erste Auswertungen des telefonischen Gesundheitssurveys 2003. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2005; 48: 1256-1264

Larbig, W.: Kultur und Schmerz. In: Hoefert HW, Kröner-Herwig B (Hrsg.) Schmerzbehandlung: psychologische und medikamentöse Interventionen. Reinhardt, München 1999; 44:-59.

Laubach, W., Brähler, E.: Körperliche Symptome und Inanspruchnahme ärztlicher Versorgung, Deutsche Medizinische Wochenschrift 2001; 126:T1-T7

Lazarus, R., Folkman, S.: Stress, Appraisal and Coping. Springer Verlag. New York 1984

Lechner, I., Mielck, A.: Decrease in the "healthy migrant effect": trends in the morbidity of foreign and German participants in the 1984-1994 Socioeconomic Panel, Gesundheitswesen 1998; 12:715-720

Lee, A., Lau, F.L., Hazlett, C.B., Kam, C.W., Wong, P., Wong, T.W. et al.: Factors associated with non-urgent utilization of Accident and Emergency services: a casecontrol study in Hong Kong. Soc Sci Med 2000; 51:1075-85.

Lee, A., Lau, F.L., et al.: Morbidity patterns of non-urgent patients attending accident and emergency departments in Hong Kong: cross-sectional study, Hong Kong Medical Journal 2001; 2:131-138

Leinmüller, R.: Entzündlich rheumatische Erkrankungen: Das Osteoporose-Risiko ist erhöht, Dtsch Arztebl 1999; 96(20): A-1329 / B-1113 / C-1041

Li, G., Lau, J.T., McCarthy, M.L., Schull, M.J., Vermeulen, M., Kelen, G.D.: Emergency Department Utilization in the United States and Ontario, Canada. Academic Emergency Medicine 2007

Liu, T., Sayre, M. et al.: Emergency Medical Care: Types, Trends, and Factors related to Nonurgent Visits, Academic Emergency Medicine 1999; 6(11):1147-1152

- Lowe, R., Bindman, A. et al.: Refusing care to emergency department patients: Evaluation of published triage guidelines, *Annals of Emergency Medicine* 1993; 23(2):286-293
- Lowe, R., Bindman, A. et al.: Refusing care to emergency department patients: Evaluation of published triage guidelines, *Annals of Emergency Medicine* 1994; 23(2):286-293
- Lowe, R., Abbuhl, S.: Appropriate standards for "appropriateness" research, *Annals of Emergency Medicine* 2001;37(6):629-632
- Lucas, R., Sanford, S.: An analysis of frequent users of emergency care at an urban university hospital, *Annals of Emergency Medicine* 1998; 32(5):563-568
- Luiz, T., Huber, T. et al.: Einsatzrealität eines städtischen Notarztdienstes: Medizinisches Spektrum und lokale Einsatzverteilung, *Anästhesiologie & Intensivmedizin* 2000; 41:765-773
- Madler, C.: Notarzt und Sozialnot, *Notfall & Rettungsmedizin* 2002; 5:491
- Martikainen, P., Valkonen, T.: „Excess mortality of unemployed men and women during a period of rapidly increasing unemployment.“ *The Lancet* 348(9032): 909-912, 1996
- Maschewsky-Schneider, U.: Frauen - das kranke Geschlecht? Mythos und Wirklichkeit. Leske und Budrich. Opladen 1996
- Maschewsky-Schneider, U.: Frauen sind anders krank. Zur gesundheitlichen Lage der Frauen in Deutschland. Juventa. Weinheim und München 1997
- Mashkoory, K., Weth, C., Gardemann, J.: Zur Gesundheitssituation der Flüchtlingskinder in Münster. *Gesundheitsberichte der Stadt Münster* 7, 1998
- Meinlschmidt, G., Brenner, M.: Sozialstrukturatlas Berlin, Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales und Technische Universität. Berlin 1999
- Merbach, M., Klaiberg, A., Brähler, E.: Männer und Gesundheit – neue epidemiologische Daten aus Deutschland im Überblick. *Soz-Präventivmed* 2001; 46: 240–7.
- Messelken, M., Dirks, B.: Zentrale Auswertung von Notarzteinsätzen im Rahmen externer Qualitätssicherung. Ein Pilotprojekt der agsw in Baden-Württemberg. *Notfall Rettungsmedizin* 2001; 4:408-415
- Michelen, W., Martinez, J., Lee, A., Wheeler, DP.: Reducing frequent flyer emergency department visits. *J Health Care Poor Underserved* 2006; 17(1 Suppl): 59-69.
- Mielck, A.: Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Verlag Hans Huber. Bern 2000
- Mielck, A.: Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Verlag Hans Huber, Bern/Göttingen/Toronto/Seattle 2001
- Mielck, A.: Arbeitslosigkeit und Armut: Soziale Bedingungen der notfallmedizinischen Versorgung, in Madler, C., Jauch, K.-W., et al.: *Akutmedizin- die ersten 24 Stunden, Urban und Fischer Verlag.* 2005a

Mielck, A.: Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion Bern 2005b

Milner, K., Funk, M. et al.: Gender differences in symptom presentation associated with coronary heart disease, *The American Journal of Cardiology* 1999; 84:396-399

Moreno Rodriguez, A., Munoz Guijosa, C. et al.: El uso de los servicios de urgencia hospitalarios y extrahospitalarios, *Jornadas de Medicina Preventiva y Salud Publica VII. Universidad Complutense de Madrid.*
www.ucm.es/info/Preventiva/jor_/J_7_5_1.htm. 2001

Morris, J., Cook, D., Shaper, A.: „Loss of employment and mortality.“ *British Journal Medical* 308(6937): 1135-1139, 1994

Murphy, A.: Inappropriate attenders at accident and emergency departments I: definition, incidence and reasons for attendance, *Family Practice* 1998a:15(1):23-32

Murphy, A.: Inappropriate attenders at accident and emergency departments II: health service responses, *Family Practice* 1998b:15(1):33-37

Münz, R.: Wanderungskontinent Europa. Ausmaß und Formen europäischer Migration zwischen 1750 heute, *Monatsschrift Kinderheilkunde* 2005; 153(1):16-21

Norredam, M., Mygind, A., Nielsen, A., Bagger, J., Krasnik, A.: Motivation and relevance of emergency room visits among immigrants and patients of Danish origin, *European Journal of Public Health*, Vol. 17, No. 5, 497–502. Published by Oxford University Press on behalf of the European Public Health Association. 2007

OECD: *Urban Renaissance: Berlin: Towards an Integrated Strategy for Social Cohesion and Economic Development*, Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), Paris 2003

Oktay, C., Cete, Y., Eray, O., Pekdemir, M., Gunerli, A.: Appropriateness of emergency department visits in a Turkish university hospital. *Croat Med J* 2003; 44:585-91.

Oterino, D., Perio, S. et al.: Utilización inadecuada de un servicio de urgencias hospitalario. Una evaluación con criterios explícitos., *Gaceta Sanitaria* 1999; 13(5):361-370

Padgett, D., Brodsky, B.: "Psychosocial factors influencing non-urgent use of the emergency room: a review of the literature and recommendations for research and improved service delivery" *Soc Sci Med*, 1992; 35(9)

Pajonk, F. und Madler, C.: Notfallmedizin - Veränderte Einsatzrealität, *Deutsches Ärzteblatt* 2001; 98(24):1605

Park, J., Buechner, J.: Race, ethnicity and access to health care, Rhode Island 1990, *Journal of Health & Social Policy* 1997; 9(1):1-14

Pereira, S., Oliveria e Silva, A. et al.: Appropriateness of emergency department visits in a Portuguese university hospital, *Annals of Emergency Medicine* 2001; 37(6):580-586

- Pesek, A.: Armut bedroht die Gesundheit, Deutsches Ärzteblatt, Jg. 99, Heft 47. 2002
- Peter, R.: Berufsstatus und Gesundheit. In Mielck, A., Bloomfield, K., eds. Sozialepidemiologie . Juventa 28-38, München 2001
- Petersen, LA., Burstin, HR., O'Neil, AC., Orav, EJ., Brennan, TA.: Nonurgent emergency department visits: the effect of having a regular doctor. Med Care 1998; 36:1249-55.
- Pette, G.: 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, Postgradualer Studiengang Gesundheitswissenschaften/ Public Health, Technische Universität. Berlin 1997
- Poloczek, S.: Zusammenhang zwischen Sozialstruktur und Inanspruchnahme der Notfallrettung in Berlin, Postgradualer Studiengang Gesundheitswissenschaften/Public Health, Technische Universität. Berlin, 2002
- Popay, J., Bartley, M. et al.: Gender inequalities in health: social position, affective disorders and minor physical morbidity, Social Science and Medicine 1993;36(1):21-32
- Porsch- Oezcuereomez, M., Bilgin, Y., Wollny, M. et al.: Prevalence of risk factors of coronary heart disease in Turks living in Germany: The Giessen Study. Atherosclerosis 1999; 144: 185 198
- Raspe, H.: Epidemiologische und sozialmedizinische Aspekte in der Rheumatologie. Deutsches Ärzteblatt 1995; 691-694
- Ravens-Sieberer, U., Thomas, C.: Gesundheitsverhalten von Schülern in Berlin. Ergebnisse der HBSC-Jugendgesundheitsstudie 2002 im Auftrag der WHO. Robert Koch-Institut, Berlin 2003
- Razum, O., Zeeb, H., Akgün, HS.: Low overall mortality of Turkish residents in Germany persists and extends into second generation. Merely a healthy migrant effect? Trop Med Int Health 1998; 3. 297-303
- Razum, O., Jahn, A., Blettner, M., Reitmaier P.: Trends in maternal mortalityratio among women og German and non-German nationality in West Germany, 1980 to 1996. Int J Epidemiol 1999; 28: 919-924.
- Razum, O., Zeeb, H. et al.: Combining a name algorithm with a capture-recapture method to retrieve cases of Turkish descent from a German population-based cancer registry, European Journal of Cancer 2000;36:2380-2384
- Razum, O., Zeeb, H. et al.: How useful is a name-based algorithm in health research among Turkish migrants in Germany, Tropical Medicine and International Health 2001;6(8):654-661
- Razum, O., Twardella, D.: Time travel with Oliver Twist- Toward an explanation for a paradoxically low mortality among recent immigrants. Trop Med Int Health 2002; 7 : 4-10

- Razum, O.: Migration, Mortalität und der Healthy-migrant-Effekt. In: Richter M, Hurrelmann K. ;Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2006; 255-270
- Razum, O.: Erklärungsmodelle für den Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit., Int J Public Health 2007; 52 : 75-77
- Reeder, T., Locascio, E. et al.: ED utilization: The effect of changing demographics from 1992 to 2000, American Journal of Emergency Medicine 2002; 20(7):583-587
- Richardson, L., Hwang, U.: Access to care: A review of the emergency medicine literature, Academic Emergency Medicine 2001; 8(11):1030-1036
- Richter, E.: Mangel an kulturellem Verständnis.Deutsches Ärzteblatt; 2001; Heft 51-52
- Riecken, A., Wiedl, K.H., Weig, W.: Die Bedeutung der "Deutschkenntnisse" für die Entwicklung und Behandlung von psychiatrischen Erkrankungen, Psychiatr. Prax. 2001; 28: 1-3
- Rittstieg, H.: Deutsches Ausländerrecht. München: Deutscher Taschenbuch- Verlag 1998.
- Robbins, J. M., Kirmayer, L. J.: Attributions of common somatic symptoms. Psychological Medicine, 1991; 21:1029-1045
- Robert-Koch-Institut 2010: Krebs in Deutschland 2005/2006, Häufigkeiten und Trends, Eine gemeinsame Veröffentlichung des Robert Koch-Instituts und der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V
http://www.rki.de/DE/Content/GBE/DachdokKrebs/krebs__node.html?__nnn=true
- Rodríguez, JP., Sánchez, ID., Rodríguez, RP.: Urgencia clínicas. Comportamiento según su gravedad. Rev Cuba Med Gen Integr 2001; 17:329-35.
- Rogner, J., Bökli, E. et al.: Emotionales und körperliches Befinden türkischer Einwohner der Stadt Osnabrück, in Marschalck, P. und Wiedl, K. (Hrsg.): Migration und Krankheit, Universitätsverlag Rasch, Osnabrück 2001
- Rue, M., Cabre, X., Soler-Gonzales, J.: Emergency hospital services utilization in Lleida (Spain): a cross-sectional study of immigrant and Spanish-born populations. BMC Health Serv Res 2008;8:81.
- Salentin, K.: Die Stichprobenziehung bei Zuwandererbefragungen, ZUMA-Nachrichten 1999; 23(11):115-135
- Salvi, F., Morichi, V., Vita, D., Fallani, M., Dessì-Fulgheri, P.: Older adults use the emergency department appropriately , Springer Milan, Volume 4:1: 93-94, 2009
- Sánchez-López, J., Luna-del-Castillo, JD., Jiménez-Moleón, JJ., Delgado-Martín, AE., López-de-la-Iglesia, B., Bueno-Cavanillas, A.: Propuesta y validación del protocolo de adecuación de urgencias hospitalarias modificado. Med Clin (Barc) 2004; 122:177-9.

Santos Eggimann, B.: Increasing use of the emergency department in a Swiss hospital: observational study based on measures of the severity of cases, *British Medical Journal* 2002; 324(5):1186- 1187

Sarver, JH., Cydulka, RK., Baker, DW.: Usual source of care and nonurgent emergency department use. *Acad Emerg Med* 2002; 9:916-23

Schach, S.: Die EVaS Studie. Deutscher Ärzte Verlag. Köln 1989

Schmeiser-Rieder, A. et al.: Viennas Men's Health Report, *The Aging Male* 2,3: 166-179, 1999

Schouler Ocak, M.: Sind Migrantinnen und Migranten anders depressiv?, in Borde, T. und M. David (Hg.), *Migration und psychische Gesundheit*. Frankfurt a.M.: Mabuse-Verlag, 2007; 83-94.

Schwab, PJ., Tercanli, S.: Körperliche und seelische Symptome bei Migranten in der Bundesrepublik Deutschland. Erstellung und Anwendung einer türkischen Fassung der Beschwerdeliste von D. von Zersen. *Psychother Med Psychol* 1987;37:419-423.

Schwartau, I.: Klinische Notfallambulanzen in der Berliner Innenstadt- Nutzerprofil, Dringlichkeit und Angemessenheit der Inanspruchnahme. Dissertation an der medizinischen Fakultät der Charité- Universitätsmedizin Berlin. Berlin 2005

Sefrin, P.: Der Notarztdienst in Bayern, *Bay* 2001, *Ärzteblatt* 56: 313 – 317

Sempere-Selva, T., Peiro, S. et al.: Validez del protocolo de adecuacion de urgencias hospitalarias, *Revista Espanola de Salud Publica* 1999; 73(4):465-479

Sempere-Selva, T., Peiro, S. et al.: Inappropriate use of an accident and emergency department: Magnitude, associated factors, and reasons - an approach with explicit criteria, *Annals of Emergency Medicine* 2001; 37(6):568-577

Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz: Bericht über die gesundheitliche Situation von Frauen in Berlin. Berlin 2003

Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz: Basisdaten zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Kindern in Berlin. Berlin 2007

Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz: Spezialbericht 2009-1: Sozialstrukturatlas Berlin 2008 - Ein Instrument der quantitativen, interregionalen und intertemporalen Sozialraumanalyse und -planung, Berlin 2009
<http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/gesundheit/spezial.html>

Settertobulte, W.: Gesundheit und Krankheit im Jungendalter, in Hurrelmann, K. und Kolip, P. (Hrsg.): *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit*, Verlag Hans Huber, Bern 2002

Shah, N., Shah, M. et al.: Predictors of non-urgent utilization of hospital emergency services in Kuwait, *Social Science and Medicine* 1996; 42(9):1313-1323

Shah, M., Glushak, C. et al.: Predictors of emergency medical services utilization by elders, *Academic Emergency Medicine* 2003; 10(1):52-58

Shesser, R., Kirsch, T. et al.: An analysis of emergency department use by patients with minor illness, *Annals of Emergency Medicine* 1991; 20(7):743-748

Siefen, R., Zagefka, H.: Wer ist eine Migrantin oder ein Migrant- wie ist Migrationshintergrund zu definieren. Deutsch- Türkischer Psychatriekongress, Deutschtürkische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosoziale Gesundheit e.V. Essen 2003

Sieverding, M.: Sind Frauen weniger gesund als Männer? Überprüfung einer verbreiteten Annahme anhand neuerer Befunde. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 1998; 50: 471–489.

Sieverding, M.: Geschlecht und Gesundheit, *Pädagogik & Psychologie*; 2007:22

Sleptsova, M., Wössmer, B., Langewitz, W.: Migranten empfinden Schmerzen anders Schweiz *Med Forum* 2009; 9(17):319-321

Smaje, C., Le Grand, J.: Ethnicity, Equity and the Use of Health Services in the British NHS, *Social Science and Medicine*, 1997; 45(3):485-496

Statistisches Bundesamt Deutschland 2006: Strukturdaten zur Migration in Deutschland 2004. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt Deutschland 2007: Bildung und Kultur. Allgemeinbildende Schulen. Fachserie 11, Reihe 1 Wiesbaden

Statistisches Bundesamt Deutschland 2008: Lebenserwartung der Menschen in Deutschland http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/2008/08/PD8304__12621,templateId=renderPrint.psml

Statistisches Bundesamt Deutschland 2008: Herz-/Kreislauf-Erkrankungen sind die häufigste Todesursache http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/2009/09/PD09__344__232,templateId=renderPrint.psml

Statistisches Bundesamt Deutschland 2009: Personen mit Migrationshintergrund, Ausländer, Einbürgerungen, Wanderungen http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/thematisch/125__GT,templateId=renderPrint.psml

Statistisches Bundesamt Deutschland 2009: Herz-/Kreislauf-Erkrankungen sind die häufigste Todesursache http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/2009/09/PD09__344__232,templateId=renderPrint.psml

Steffen, W., Tempka, A., Klute, G.: Falsche Patientenanreize in der Ersten Hilfe der Krankenhäuser, *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 104, Heft 16, 2007

Stein, A., Harzheim, E., Costa, M., Busnello, E., Rodrigues, L.: The relevance of continuity of care: a solution for the chaos in the emergency services. *Fam Pract* 2002; 19:207-10.

Stein-Hilbers, M.: Geschlechterverhältnisse und somatische Kulturen, (Hrsg): *Jahrbuch für kritische Medizin* 1995, 62-81

Stolpe, S.: Schulbildung/berufliche Ausbildung und Gesundheitszustand. Hrsg.: Mielck, A., Bloomfield, K., *Sozial-Epidemiologie*. München 2001, Juventa: 17-27

Strametz-Juranek, J.: *Gender-Medizin: Das Herz der Frau*, Klinische Abteilung für Kardiologie und Stabsstelle Gender Mainstreaming, Medizinische Universität Wien 2009

Sundquist, J., Bayard-Burfield, L., Johansson, L., Johansson, S.: Impact of Ethnicity, Violence and Acculturation on Displaced Migrants: Psychological Distress and Psychosomatic Complaints among Refugees in Sweden, *The Journal of Nervous and Mental Disease*: 2000; 188:6:357-365

Telefonischer Gesundheitssurvey des Robert Koch-Instituts zu chronischen Krankheiten und ihren Bedingungen. Deskriptiver Ergebnisbericht. Kohler, Martin Andreas/Ziese, Thomas. Dezember 2004. Robert Koch-Institut.

Todd, K., Samaroo, N. et al.: Ethnicity as a risk factor for inadequate emergency department analgesia, *Journal of the American Medical Association* 1993; 269(12):1537-1539

Todd, K., Deaton, C. et al.: Ethnicity and analgesic practice, *Annals of Emergency Medicine* 2000; 35(1):11-16

Toker, M., Schepker, R.: Inanspruchnahmeverhalten von Migrantenfamilien aus der Türkei und mögliche Versorgungsstrategien. *Verrhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* 1997; 29:3:343-3,53

Van Wijk, C., KOLK, A.: Sex differences in physical symptoms: the contribution of symptom perception theory. *Social Science and Medicine* 1997; 45(2): 231-46

Verbundprojekt zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland (2001). Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Band 209). Stuttgart: Kohlhammer 2001

Voges, W., Helmert, U., Timm, A., Müller, R.: *Soziale Einflussfaktoren von Morbidität und Mortalität. Sonderauswertung von Daten der Gmünder Ersatzkasse*. Bremen: Zentrum für Sozialpolitik 2004

Wagner, M., Marreel I.: Ergebniss der Untersuchung zur ambulanten gesundheitlichen Versorgung von MigrantInnen in Berlin-Kreuzberg aus Sicht der niedergelassenen ÄrztInnen 2000; Pp. 249-263 in *Migration, Frauen Gesundheit: Perspektiven im europäischer Kontext*, Matthias D., Theda B., Kentenich H. Frankfurt am Main: Mabuse

Waldron, I.: Gender and health-related behavior. In D.S. Gochman (Ed.), *Health behavior*: 193–208; New York: Plenum 1988

- Waxman, M., Levitt, M.: Are diagnostic testing and admission rates higher in non-englishspeaking versus english-speaking patients in the emergency department, *Annals of Emergency Medicine* 2000; 36(5):456-461
- Weber, A., Lehnert, G.: Unemployment and cardiovascular diseases: a causal relationship? *Int Arch Occup Environ Health* 1997; 70:153–60
- Weick, S.: Starke Einbußen des subjektiven Wohlbefindens bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit. *ISI (Informationsdienst Sozial Indikatoren – ZUMA)* 2006; 35: 12–5
- Weilandt, C., Huismann, A. et al.: Gesundheit von Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen, Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf 2000
- White-Means, S., Thornton, M.: Nonemergency visits to hospital emergency rooms: A comparison of blacks and whites, *Milbank Quarterly* 1989;67(1):35-57
- WHO Kinder- und Jugendgesundheitsstudie KiGGS, Robert Koch Institut, 2007 http://www.kiggs.de/experten/erste_ergebnisse/Basispublikation/index.html
- Wilson, K., Klein, J.: Adolescents who use the emergency department as their usual source of care, *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine* 2000; 154:361-365
- Wimmer-Puchinger, B., Baldaszi, E.: Migrantinnen im Gesundheitssystem: Inanspruchnahme, Zugangsbarrieren und Strategien zur Gesundheitsförderung, *Wiener Klinische Wochenschrift* 2001; 113(14/15):516-526
- Winkelhake, O., Mielck, A. et al.: Einkommen, Gesundheit und Inanspruchnahme des Gesundheitswesens in Deutschland 1992, *Sozial- und Präventivmedizin* 1997; 42:3-10
- Wittig, U., Merbach, M., Siefen, R.G., Brähler, E.: Beschwerden und Inanspruchnahme des Gesundheitswesens von Spätaussiedlern bei Einreise nach Deutschland, *gesundheitswesen Georg Thieme Verlag Stuttgart* 2004; 66: 85-92
- Woellert, F.: Ungenutzte Potenziale: Zur Lage der Integration in Deutschland, Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung 2009
- Wolcot, B.: What is an emergency? Depends on whom you ask. *Journal of the American College of Emergency Physicians* 1979; 8:233-241
- Wössmer, B., Sleptsova, M.: Kognitive Verhaltenstherapie bei türkischsprachigen Patienten mit chronischen Schmerzen des Bewegungsapparates, *Schweizer Med Forum*, 2005; 5:826-831
- Yildirim-Fahlbusch, Y.: Türkische Migranten: Kulturelle Missverständnisse, *Dtsch Arztebl* 2003; 100(18): A-1179 / B-993 / C-928
- Yilmaz, A.T.: Immigranten aus der Türkei in ambulanter psychiatrischer Behandlung, *Praxis*, Verlag Hans Huber, Bern 1997:86:895-898

Zemp, E., Ackermann-Liebrich, U.: Geschlechtsunterschiede in Gesundheit und Gesundheitsverhalten, Sozial- und Präventivmedizin 198; 33:186-192

Zok, K.: Wahrnehmung und Akzeptanz von Früherkennungsuntersuchungen: Ergebnisse einer Repräsentativ-Umfrage unter GKV-Versicherten, Die Versicherten-Umfrage des Wissenschaftlichen Instituts der AOK, 2007; 4(3):1-7

Zuniga, E., Wallace, S., Berumen, S., Xochitl Castaneda, and Associates, Mexico-United States Migration: Health Issues. Los Angeles, CA: UCLA Center for Health Policy Research, October 2005.

8.1. Erste-Hilfe-Schein



AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Kneppschaf					
Name, Vorname des Versicherten							Behandelnde Abteilung INN CHI TRA NEU GGY URO				
geb. am											
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.		Status							
Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis		Datum							
Haupt-versicherter	Familienname			Vorname			Geburtsort				
	PLZ			Straße			Telefon				
Angehörige im Warteraum <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein							Telefon: _____				
Unfallhergang bzw. Vorgeschichte:							Ort:		Tag		Uhr
Befund:											
Temp.: _____											
a: _____											
r: _____											
RR: _____											
Puls: _____											
<input type="checkbox"/> Röntgen-, <input type="checkbox"/> Ekg-, <input type="checkbox"/> Laborbefunde <input type="checkbox"/> Sonografie							DKG-NT-Position _____ _____ _____ _____ _____				
Anzahl der Aufnahmen: _____											
Körperteil/Organ: _____											
Diagnose:											
Therapie:											
<input type="checkbox"/> Tetanol											
<input type="checkbox"/> Tetagam											
<input type="checkbox"/> Angehörige/ <input type="checkbox"/> häusl. Krankenpflege benachrichtigt							Name: _____ Tel: _____				
Patient ist angewiesen worden, sich in <input type="checkbox"/> ärztliche <input type="checkbox"/> unfallärztliche							Weiterbehandlung zu begeben				
KV-Nr. 7274140							Berlin, den _____				
(Kostenstelle)							(Unterschrift des Arztes)				
Vermerk des Zahlungspflichtigen:											
Leistungsanspruch <input type="checkbox"/> besteht als: <input type="checkbox"/> M-Mitglied <input type="checkbox"/> F-Familienangeh.											
<input type="checkbox"/> besteht nicht, weil: <input type="checkbox"/> R-Rentner, einschl. Familienangeh.											
<input type="checkbox"/> besteht nicht, weil:											
<input type="checkbox"/> 1. Mitgliedschaft am _____ endete <input type="checkbox"/> 2. Mitgliedschaft hier nicht festgestellt werden kann <input type="checkbox"/> 3. Kein Anspruch im Rahmen der Familienhilfe gegeben ist <input type="checkbox"/> 4. Die zur Feststellung des Anspruchs geforderten Unterlagen nicht beigebracht wurden <input type="checkbox"/> 5. _____											
										(Stempel, Unterschrift und Datum)	

30005229
• Seite 3, 4 Blatt

Hier nicht durchschreiben

8.2. Fragebogen

Forschungsprojekt zur Inanspruchnahme von Notfallambulanzen/Rettungsstellen nach Einführung der Praxisgebühr (2006)

Priv. Doz. Dr. med. Matthias David (Charité), Prof. Dr. Theda Borde, MPH (ASFH Berlin)

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 Erste Hilfe-Stellen 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 Erste Hilfe-Stelle 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 hierher geschickt.... ()₅
- wann?
vor _____ Std. _____ Tg
sonstiges..... ()₆

2. Wer hat die Entscheidung getroffen, die Erste Hilfe-Stelle aufzusuchen?

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

3. Warum sind Sie in die Erste Hilfe-Stelle gekommen? Welche Beschwerden haben Sie?

(Sie können hier bis zu drei Beschwerden angeben.)

- a.) HAUPTBESCHWERDE _____
- b.) weitere Beschwerde _____
- c.) weitere Beschwerde _____
- d.) aus anderen Gründen, welche?.....

4. Seit wann haben Sie die HAUPTBESCHWERDE ungefähr?

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

5. Warum sind Sie gerade jetzt gekommen? _____

6. Hatten Sie diese Beschwerden schon öfter?

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

7. Wenn Sie Schmerzen haben, wie stark sind Ihre 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
-------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---

8. 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)

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.) _____

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

9. 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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--

10. Stehen Ihre aktuellen Beschwerden im Zusammenhang mit **Gewalterfahrungen**?

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

11. Warum sind Sie mit Ihren Beschwerden **gerade hierher** in diese Erste Hilfe-Stelle gekommen? Weil...

(Bitte kreuzen Sie hier **nur eine** Antwort an)

(M)ein Arzt/Ärztin mir diese Stelle empfohlen hat /geschickt hat..... ()₁

die Feuerwehr /Krankenwagen mich direkt hierher gebracht hat..... ()₂

Meine eigene Entscheidung, weil:

ich in der Nähe wohne ()₃

ich nicht weiß, wohin ich sonst gehen soll ()₄

die Arztpraxen zu dieser Zeit schon geschlossen sind ()₅

die Versorgung hier besser ist als in einer Arztpraxis ()₆

diese Erste Hilfe-Stelle einen guten Ruf hat ()₇

diese Erste Hilfe-Stelle für Notfälle zuständig ist ()₈

ich diese Erste Hilfe-Stelle schon kenne ()₉

Ich bin hier (vor _____ Tagen) stationär behandelt worden und habe jetzt wieder (dieselben) Probleme (Krankheit, Wunde bzw. Beschwerden) ()₁₀

andere Gründe und zwar: _____ ()₁₁

12. Woher kennen Sie diese Erste Hilfe-Stelle? (Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an)

- bisher konnte ich die Erste Hilfe-Stelle nicht..... ()₁
- ich war schon einmal Patientin dieser Erste Hilfe-Stelle..... ()₂
- ich war schon öfter Patientin dieser Erste Hilfe-Stelle..... ()₃
- Ich bin in dieser Klinik stationär behandelt worden ()₄
- ich habe schon Angehörige/Bekannte hierher begleitet..... ()₅
- ich komme immer hierher, wenn ich einen Arzt brauche..... ()₆
- anderes: _____ ()₇

13. Wie oft waren Sie im letzten Jahr Patientin einer Erste Hilfe-Stelle? _____ (Anzahl)

14. Kennen Sie außer dieser Erste Hilfe-Stelle noch andere Stellen, die in Notfällen ärztliche Hilfe anbieten?

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

SELBSHILFEMASSNAHMEN

15. Haben Sie selbst, bevor Sie hierher kamen, etwas unternommen, um Ihre Beschwerden bzw. Schmerzen zu lindern? ja..... ()₁
nein..... ()₂

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

17. Haben Sie wegen Ihrer Beschwerden auch Medikamente eingenommen?

- nein..... ()₁
ja..... ()₂

welche?

18. 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, von: _____ ()₅

19. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

- nein..... ()₁ ja ()₂

welche?

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

Wenn ja, welche? (Mehrfachnennung)

- Bluthochdruck..... ()₁
- Herzerkrankung..... ()₁
- Diabetes..... ()₁
- Asthma/Bronchitis..... ()₁
- Hepatitis (Gelbsucht)..... ()₁
- Gastritis/Magengeschwür..... ()₁
- Allergien..... ()₁
- Krebserkrankung..... ()₁
- HIV/AIDS ()₁
- Andere, welche? _____ ()₁

21. Haben Sie eine „Hausapotheke“ (Pflaster u. a. Mittel)?

nein.....()₁ ja()₂

22. Haben Sie einen Hausarzt?

nein.....()₁ ja()₂

23. Wie oft waren Sie selbst in den letzten 12 Monaten (1 Jahr) insgesamt bei Ärzten?

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

24. Haben Sie während der letzten 12 Monate Ärzte in ihrer Praxis aufgesucht?

Wenn „ja“, bitte ankreuzen (Mehrfachnennung)

- Hausarzt oder Hausärztin..... ()₁
- Frauenarzt/-in..... ()₁
- Urologe/-in..... ()₁
- Internist/-in..... ()₁
- Orthopäde/-in..... ()₁
- Zahnarzt/-in..... ()₁
- Psychiater/-in , Neurologe/-in.... ()₁
- Hautarzt..... ()₁
- andere Ärzte oder Ärztinnen? ()₁
- Welche? _____ ()₁

25. Wo / wie sind Sie krankenversichert?

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

26. Wo haben Sie in diesem Quartal die Praxisgebühr gezahlt? (nur eine Antwort möglich)

- keine Praxisgebühr gezahlt..... ()₁
- von der Praxisgebühr befreit..... ()₂
- beim Hausarzt ()₃
- bei einem Facharzt ()₄
- direkt hier in der Ersten Hilfe (Barzahlung) ()₅
- werde ich noch überweisen ()₆

27. Haben Sie in den letzten 5 Jahren folgende Angebote in Anspruch genommen?

	Nie	Selten	Regelmäßig
Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung			
Krebsfrüherkennungsuntersuchung			
Gesundheits-Check up			
Impfungen (z.B. Grippe-Schutzimpfung)			
Angebote der Krankenkasse zur Gesundheitsförderung/ Prävention			

28. Welche Folgen hat die Einführung der Praxisgebühr Ihrer Meinung nach?

<i>Stimmen Sie mit den folgenden Aussagen überein?</i>	ja, stimmt genau	stimmt ein wenig	stimmt eher nicht	stimmt gar nicht
Krankenkassen werden durch die Praxisgebühr finanziell entlastet				
Für arme Menschen ist der Zugang zur medizinischen Versorgung versperrt				
Schlimme Erkrankungen werden wegen der Praxisgebühr verschleppt				
Kosten der Gesundheitsversorgung werden gesenkt				
Bürokratischer Arbeitsaufwand für Ärzte erhöht sich durch die Praxisgebühr				
Man geht seltener zum Arzt, um Kosten zu sparen				
Information über die Praxisgebühr und Befreiungsmöglichkeiten ist schlecht				
Langfristig werden die Beiträge zur Krankenkasse durch d. Praxisgebühr gesenkt				

29. Nehmen Sie persönlich wegen der Praxisgebühr seltener ärztliche Hilfe in Anspruch?

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

30. Wie häufig kam es schon vor, dass Sie wegen der Praxisgebühr einen Arztbesuch aufgeschoben haben?

noch nie ()1 einmal ()2 zwei bis drei Mal ()3 vier Mal und öfters ()4

TEIL 2

FRAGEN ZU IHRER ALLGEMEINEN LEBENSLAGE

31a. Geschlecht w... ()¹ m... ()²

31b. In welchem Jahr sind Sie geboren?

_____ (Tragen Sie bitte Ihr Geburtsjahr ein)

32. Wie weit wohnen Sie von dieser Erste Hilfe-Stelle entfernt?

_____ Minuten zu Fuß..... ()¹

_____ Minuten mit dem Auto..... ()²

_____ mit öff. (Bus, Bahn, S-Bahn) außerhalb von Berlin ()³
wo? _____

(Stadt / Landkreis)

33. Postleitzahl Ihres Wohnortes _____

34. Wie ist Ihr Familienstand?

ledig..... ()¹

verheiratet..... ()²

geschieden/getrennt lebend..... ()³

verwitwet..... ()⁴

35. 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

36. Haben Sie Kinder?

nein ()¹

ja ()² Wie viele? _____

37. 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

38. 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)

39. 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

40. Haben Sie einen Beruf erlernt?

nein ()¹

ja ()²

_____ Welchen Beruf haben Sie erlernt?

41. Sind Sie zur Zeit berufstätig?

nein ()¹

ja ()²

_____ Welche Tätigkeit üben Sie jetzt aus?

42. Erwerbsstatus

a. Wenn Sie berufstätig sind, ...

- untere Erwerbsgruppe..... ()₁
(z.B. Arbeiter, Reinigungskraft)
- mittlere Erwerbsgruppe..... ()₂
(z.B. Mechaniker, Arzthelferin)
- höhere Erwerbsgruppe..... ()₃
- selbständig (z.B. eigene Firma)..... ()₄
- selbständige/r Akademiker/-in ()₅
- mithelfendes Familienmitglied..... ()₆

b. wenn Sie nicht berufstätig sind, sind Sie..

- Student/in, Ausbildung oder Schülerin ()₁
- Hausfrau oder Hausmann ()₂
- Arbeitslos (Arbeitslosengeld I) ()₃
- Arbeitslosengeld II /Sozialgeld /HartzIV ()₄
- Rentner/in ()₅
(Alters-, Erwerbsunfähigkeitsrente)
- sonstiges. ()₆

43. Wie ist Ihre Arbeit zeitlich strukturiert?

- entfällt, da ich nicht erwerbstätig bin..... ()₁
- ganztags ()₂
- Teilzeit, mindestens halbtags..... ()₃
- weniger als 20 h pro Woche..... ()₄

44. ... und bei Ihrem Partner/Partnerin?

- entfällt..... ()₁
- ganztags..... ()₂
- Teilzeit, mindestens halbtags..... ()₃
- weniger als 20 h pro Woche..... ()₄

45. Mit wem wohnen Sie in einem Haushalt?

- alleine..... ()₁
- mit den Eltern ()₂
- mit den Schwiegereltern..... ()₃
- mit (Ehe-)partner/in..... ()₄
- mit (Ehe-)partner/-in und Kind(ern)..... ()₅
- allein mit Kind(ern)..... ()₆
- im Haushalt eines Sohnes/Tochter.... ()₇
- mit anderen Familienangehörigen..... ()₈
- mit Freunden/ Bekannten..... ()₉
- sonstiges..... ()₁₀

46. Wie zufrieden sind Sie mit verschiedenen Bereichen Ihres Lebens?

0 = ganz und gar unzufrieden

10 = ganz und gar zufrieden

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Wohnsituation											
Einkommen											
beruflichen Situation											
familiären Situation											
Gesundheit											
mit Ihrem Leben insgesamt											

KOMMUNIKATION, SOZIALE NETZE, MIGRATION

47. Wo sind Sie geboren und aufgewachsen?

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

_____ *(Bitte tragen Sie hier das Land ein.)*

48. Welche Staatsangehörigkeit haben Sie?

- die deutsche..... ()₁
 eine andere..... ()₂
 Welche? _____
 staatenlos ()₃

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

- nein ()₁ ja ()₂

50. Haben Sie jemals einen Asylantrag gestellt?

- nein ()₁ ja ()₂

51. Wie sind Sie nach Deutschland gekommen?

- ich bin hier geboren..... ()₁
 als Kind mit den 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
 Wie? _____

52. Wenn Sie nicht in Deutschland geboren sind, wie lange leben oder sind Sie jetzt (schon) in Deutschland?

_____ Jahre _____ Monate

53. 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)

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

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

55. Wie informieren Sie sich in der Regel über gesundheitliche Fragen?

(Sie können hier bis zu 3 Antworten wählen)

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

56. Bevorzugen Sie dabei Medien in

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

57. Welche Sprache ist Ihre Muttersprache?

_____ (1)

58. 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:*

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

- _____ (2)
- _____ (3)
- _____ (4)

61. 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

60. 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

62. 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.

Bemerkungen der Interviewerin

(63) Datum (64) Uhrzeit : von bis _____ Minuten

(65) Sprache:

- deutsch
- türkisch
- andere Sprache

(66) Patient/in war während der Befragung

- allein mit Interviewerin
- in Begleitung von

wenn in Begleitung, wurde das Gespräch von der Begleitperson gedolmetscht? Nein Ja

(67) sonstige Bemerkungen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(Unterschrift der Interviewerin)

Danksagung

Mein Herzlichster Dank gebührt meinem Doktorvater, Herrn Prof. Dr. Matthias David und Frau Prof. Dr. Birgit Babitsch für die Überlassung des Themas und die Anregung zu dieser Arbeit, verbunden mit der stets sehr engagierten inhaltlichen und menschlichen Unterstützung und Betreuung bei der Datenauswertung und beim Verfassen dieser Arbeit.

Ebenso danke ich Frau Prof. Dr. Theda Borde für ihre freundliche Unterstützung und ihre umfangreichen Hilfestellungen bei der Korrektur dieser Arbeit.

Mein besonderer Dank gilt allen Mitarbeiter/innen in den Rettungsstellen der Kliniken Charité, Campus Virchow Klinikum und Vivantes Klinikum Neukölln, dank deren Kooperation die Daten für die Studie erhoben werden konnten.

Danken möchte ich speziell Herrn Prof. Dr. Möckel (Leiter der internistischen Notaufnahme Charite- Campus Virchow-Klinikum) sowie Frau Dr. Stein (Chefärztin und Leitung der Rettungsstelle Vivantes-Klinikum Neukölln) , die durch die Erlaubnis zur Durchführung der Patientenbefragungen und Nutzung der Daten aus den Erste-Hilfe-Scheinen diese Arbeit ermöglicht und unterstützt haben.

Schließlich möchte ich meinen Eltern für die vielfältige private Unterstützung während meines ganzen Studiums und ihr Interesse an meiner Arbeit danken.

Erklärung

„Ich, Elnaz Hajiloueian, erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: Inanspruchnahme von Notfallambulanzen in Berlin in den Jahren 2006/2007: Einfluss von Geschlecht, Alter, Bildungsgrad und ethnischer Herkunft selbst verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt, ohne die (unzulässige) Hilfe Dritter verfasst und auch in Teilen keine Kopien anderer Arbeiten dargestellt habe.“

Datum

Unterschrift