

Aus dem Institut für Allgemeinmedizin
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

Hausärztliche Sicht auf Entscheidungsprozesse im Kontext von
Notaufnahmekonsultationen
GPs' view on decision-making processes in the context of emergency
department consultations

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor rerum medicinalium (Dr. rer. medic.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Sarah Oslislo MPH

aus Lippstadt

Datum der Promotion: 18.09.2020

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|----|
| Abbildungsverzeichnis | |
| Tabellenverzeichnis | |
| Abstract Deutsch | |
| Abstract English | |
| Dissertationsschrift | |
| 1. Einleitung | 1 |
| 2. Methodik | 2 |
| 3. Ergebnisse | 10 |
| 4. Diskussion | 20 |
| 5. Schlussfolgerungen | 26 |
| Literaturverzeichnis | 27 |
| Eidesstattliche Versicherung | 30 |
| Anteilsklärung an der erfolgten Publikation | 31 |
| Druckexemplar der ausgewählten Publikation | 36 |
| Lebenslauf | 46 |
| Publikationen | 48 |
| Danksagung | 50 |

Abbildungsverzeichnis

| | |
|--|---|
| Abbildung 1 Grafische Darstellung des EMANet-Netzwerkes | 3 |
|--|---|

Tabellenverzeichnis

| | |
|--|----|
| Tabelle 1 Interviewleitfaden..... | 6 |
| Tabelle 2 Auszug aus dem Kategoriensystem..... | 9 |
| Tabelle 3 Charakteristika der Hausärztinnen und Hausärzte | 10 |

Abstract Deutsch

Hintergrund

Die Anzahl ambulanter Behandlungsfälle in Notaufnahmen steigt seit Jahren. Trotz der zentralen Stellung von Hausärztinnen und Hausärzten in der Versorgung ist bisher wenig untersucht worden, wie die Primärversorger die Inanspruchnahme von Notaufnahmen wahrnehmen und beurteilen. Die vorliegende qualitative Studie befasst sich daher mit der hausärztlichen Sicht auf Konsultationsmotive, Entscheidungsprozesse und Gesundheitskompetenzen von Notaufnahmepatientinnen und Notaufnahmepatienten sowie mit hausärztlich initiierten Notaufnahmevorstellungen.

Methodik

Durchführung qualitativer Experteninterviews mit 15 Hausärztinnen und Hausärzten mittels semi-strukturiertem Leitfaden. Die Auswertung erfolgte auf Grundlage der qualitativen Inhaltsanalyse. Die vorliegende qualitative Studie ist Teil des Mixed-Methods-Forschungsprojektes EMACROSS, eine Studie des Berliner Versorgungsforschungsnetzwerkes EMANet.

Ergebnisse

Hausärztlicherseits vermutete patientinnen- und patientenseitige Beweggründe und Entscheidungsprozesse entsprechen in weiten Teilen den Begründungen von Hausärztinnen und Hausärzten für ärztlich veranlasste Notaufnahmevorstellungen. So wird die zeitnahe Verfügbarkeit eines erweiterten Spektrums diagnostischer und therapeutischer Möglichkeiten von den Befragten für beide Seiten als relevant hervorgehoben, zudem wird die Abklärung von patientinnen- und patientenseitig subjektiv beunruhigenden Beschwerden betont. Ärztlicherseits befürchtete Versorgungslücken, z. B. an Wochenenden, und Zugangsbarrieren im ambulanten Bereich werden ebenfalls prominent thematisiert, zentral erscheinen Terminprobleme in der fachärztlichen Versorgung. Die Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten wird von den Hausärztinnen und Hausärzten als begrenzt wahrgenommen. Als bedeutsame Einflussfaktoren und Informationsquellen werden Medien (z. B. Internet) sowie die hausärztliche Beratung diskutiert.

Schlussfolgerungen

Hinsichtlich einer Verminderung nicht-dringlicher Notaufnahmekonsultationen weisen die Ergebnisse darauf hin, dass eine Reduzierung organisatorischer Engpässe in der ambulanten Versorgung (begrenzte Sprechstunden, Terminproblematik) einen wichtigen Ansatzpunkt auf Seiten des Angebots darstellt. Nachfrageseitig erscheint eine Stärkung der individuellen Gesundheitskompetenz bedeutsam. Bei letzterer kommt der hausärztlichen Beratung eine relevante Rolle zu.

Abstract English

Background

The number of outpatient consultations in emergency departments (EDs) has been rising for years. Despite the central role of general practitioners (GPs) in health care, it has not been extensively studied how primary care physicians perceive ED utilization. This qualitative study therefore examines the view of GPs on consultation motives, decision processes and health literacy of ED patients as well as ED visits initiated by GPs.

Methods

Qualitative expert interviews with 15 GPs based on a semi-structured interview guide were conducted. Qualitative content analysis was performed. This qualitative study is part of the mixed methods research project EMACROSS, a study of the Berlin health services research network EMANet.

Results

Patient motives and decision processes assumed by GPs correspond in wide parts to the GPs' reasoning in cases of physician-initiated ED consultations. The timely availability of an extended spectrum of diagnostic and therapeutic options is stressed by the interviewees as relevant for both patients and GPs, and diagnostic investigation in case of subjectively worrying symptoms on the patient side is also emphasized. Care gaps feared by the physicians, e.g. on weekends, and access barriers in the ambulatory sector are also prominently thematized, with a seemingly central role of appointment problems in specialist care. Patients' health competence is experienced by the GPs as limited. Media information sources (e.g. internet) and counseling by the GP are discussed as important influencing factors in this context.

Conclusion

In order to decrease non-urgent ED consultations, the results suggest that a reduction of organizational shortages in ambulatory care (limited consultation hours, appointment difficulties) could constitute a meaningful leverage point on the care provision side. On the demand side, strengthening individual health competence seems important. Counseling by the GP plays an important role in this regard.

Dissertationsschrift

Die Ergebnisse der Studie, auf der die folgende Dissertationsschrift basiert, wurden veröffentlicht in:
Oslislo S, Heintze C, Schmiedhofer M, Möckel M, Schenk L, Holzinger F. How to decide adequately? Qualitative study of GPs' view on decision-making in self-referred and physician-referred emergency department consultations in Berlin, Germany. *BMJ Open*. 2019;9:e026786 (1).

1. Einleitung

Die Gesamtzahl an Notaufnahmekonsultationen steigt weltweit (2). Auch in Deutschland nehmen insbesondere ambulante Behandlungsfälle in Notaufnahmen seit Jahren zu. So stieg nach einer Berechnung des SVR Gesundheit, auf je 1000 GKV-Versicherte gerechnet, die Anzahl an ambulant versorgten Notfällen von durchschnittlich 118 Fällen im Jahr 2010 auf 144 Fälle im Jahr 2015. Berlin verzeichnete mit etwa 210 ambulanten Notfällen je 1000 GKV-Versicherter mit Abstand die höchste durchschnittliche Inanspruchnahme im Vergleich aller Bundesländer (3).

Das durch die steigende Nachfrage ausgelöste so genannte „Crowding“ kann zu Beeinträchtigungen von Versorgungsprozessen in Notaufnahmen führen, welche mit nachteiligen Auswirkungen auf klinische Endpunkte sowie die Patientinnen- und Patientensicherheit assoziiert werden (4, 5). Die längere Wartezeit infolge des erhöhten Patientinnen- und Patientenaufkommens geht mit einem gesteigerten Risiko für Mortalität und stationäre Aufnahme einher (5). Patientinnen- und patientenseitige Beweggründe für Notaufnahmekonsultationen wurden bereits in zahlreichen internationalen Studien beforscht (6). Neben gesundheitsbezogenen Ängsten (7) und der subjektiv wahrgenommenen Schwere der Erkrankung (8) werden unter anderem Defizite bezüglich der Gesundheitskompetenz von Patientinnen und Patienten diskutiert (9). Zudem kann ein fehlender Zugang zur hausärztlichen Versorgung bedeutsam sein (10). Bequemlichkeitsgründe wie die unmittelbare Verfügbarkeit ärztlicher Versorgung und diagnostischer Möglichkeiten am selben Ort werden ebenfalls als potenzielle Motive thematisiert (11).

Zur Sicht von primärärztlichen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern und insbesondere Hausärztinnen und Hausärzten auf Beweggründe von Patientinnen und Patienten für selbst-initiierte Notaufnahmekonsultationen existiert bisher wenig Literatur, obwohl die Primärversorgung einen zentralen Pfeiler vieler Gesundheitssysteme darstellt und Hausärztinnen und Hausärzte eine wesentliche Rolle in der Versorgungssteuerung der Patientinnen und Patienten einnehmen (12). Ein weiterer wenig erforschter Auslösefaktor von Notaufnahmekonsultationen ist die Initiierung durch (haus)ärztliche Einweisungen. Zu hausärztlichen Abwägungs- und Entscheidungsprozessen bei der Entscheidung für oder gegen die Vorstellung von Patientinnen und Patienten in der Notaufnahme existieren nur vergleichsweise wenige Publikationen. Die begrenzt verfügbare Literatur weist darauf hin, dass neben diagnostischen Erwägungen auch das ärztliche Hintergrundwissen zu den jeweiligen Patientinnen und Patienten sowie der Wille nach Absicherung und Behandlungsbeschleunigung eine Rolle spielen, ebenso scheint das Bauchgefühl der Hausärztinnen und Hausärzte von Bedeutung zu sein (13, 14).

Vor dem Hintergrund bisher fehlender Daten wurde ein qualitativer Forschungsansatz gewählt, mit welchem insbesondere Motive, Meinungen und Bewertungen umfassender exploriert werden können. Folgende Forschungsfragen wurden gestellt:

- „*Welche Gründe bewegen Patientinnen und Patienten - aus Sicht der Hausärztinnen und Hausärzte - selbstständig die Notaufnahme aufzusuchen?*“ Diese Frage diente zur Erfassung der hausärztlichen Perspektive auf patientinnen- und patienteninitiierte Notaufnahmekonsultationen.
- Mit der Frage „*Welche Überlegungen stellen Hausärztinnen und Hausärzte an, wenn sie Patientinnen und Patienten in die Notaufnahme schicken?*“ wurden Abwägungs- und Entscheidungsprozesse erhoben, die bei hausärztlichen Einweisungen in die Notaufnahme von Bedeutung sind. Zum tieferen Verständnis der Hintergründe der hausärztlichen Beurteilung von Entscheidungsprozessen im Kontext von Notaufnahmeverstellungen erfolgte ein Vergleich der aus hausärztlicher Sicht relevanten Beweggründe beider Statusgruppen (Patientinnen/Patienten und Hausärztinnen/Hausärzte).
- Die dritte Frage „*Wie beurteilen Hausärztinnen und Hausärzte die Fähigkeit von Patientinnen und Patienten, in akuten Situationen eine angemessene Entscheidung bezüglich des Aufsuchens einer Notaufnahme zu treffen?*“ befasste sich mit der hausärztlichen Sicht auf die Patientinnen- und Patientenkompetenz hinsichtlich der Notaufnahmenutzung und der damit verbundenen Beurteilung des eigenen Gesundheitszustandes.

2. Methodik

2.1. Netzwerk und Studie

Die durchgeführten qualitativen Interviews sind ein Modul der Mixed-Method Studie EMACROSS¹. Diese Studie ist eines von drei Teilprojekten des Berliner Versorgungsforschungsnetzwerkes EMANet², an welchem neben der Allgemeinmedizin und der Notfallmedizin (Campi Nord) fünf weitere Institute der Charité – Universitätsmedizin Berlin sowie sämtliche Notaufnahmen des Berliner Bezirks Mitte beteiligt sind. Die teilnehmenden Krankenhäuser befinden sich in Trägerschaft verschiedener Konfessionsgemeinschaften, gemeinnütziger Organisationen und Gebietskörperschaften (Bund/Land). Zu den weiteren Partnern gehören u. a. das Gesundheitswissenschaftliche Institut der AOK Nordost (GeWINO), der Rettungsdienst der Berliner Feuerwehr, die Berliner Patientenbeauftragte sowie das Bezirksamt Mitte (siehe Abbildung 1) (15).

Die Teilstudien des Versorgungsforschungsnetzwerkes fokussieren sich auf unterschiedliche „Modellerkrankungen“, welche aus der Gruppe der so genannten „ambulant sensitiven Krankenhausfälle“ (ASK) ausgewählt wurden (16). Dem ASK-Konzept liegt die Annahme zugrunde, dass bei diesen Erkrankungen durch effektive ambulante Behandlung und effektives ambulantes Krankheitsmanagement Krankenhausfälle grundsätzlich vermeidbar sind. Eine erhöhte Anzahl von ASK weist daher

¹ EMergency and Acute Care for Respiratory diseases beyond Sectoral Separation

² EMergency and Acute Medicine NETWORK for Health Care Research

auf Defizite in der Versorgungsqualität oder im Zugang zum ambulanten Versorgungssystem hin (17, 18).

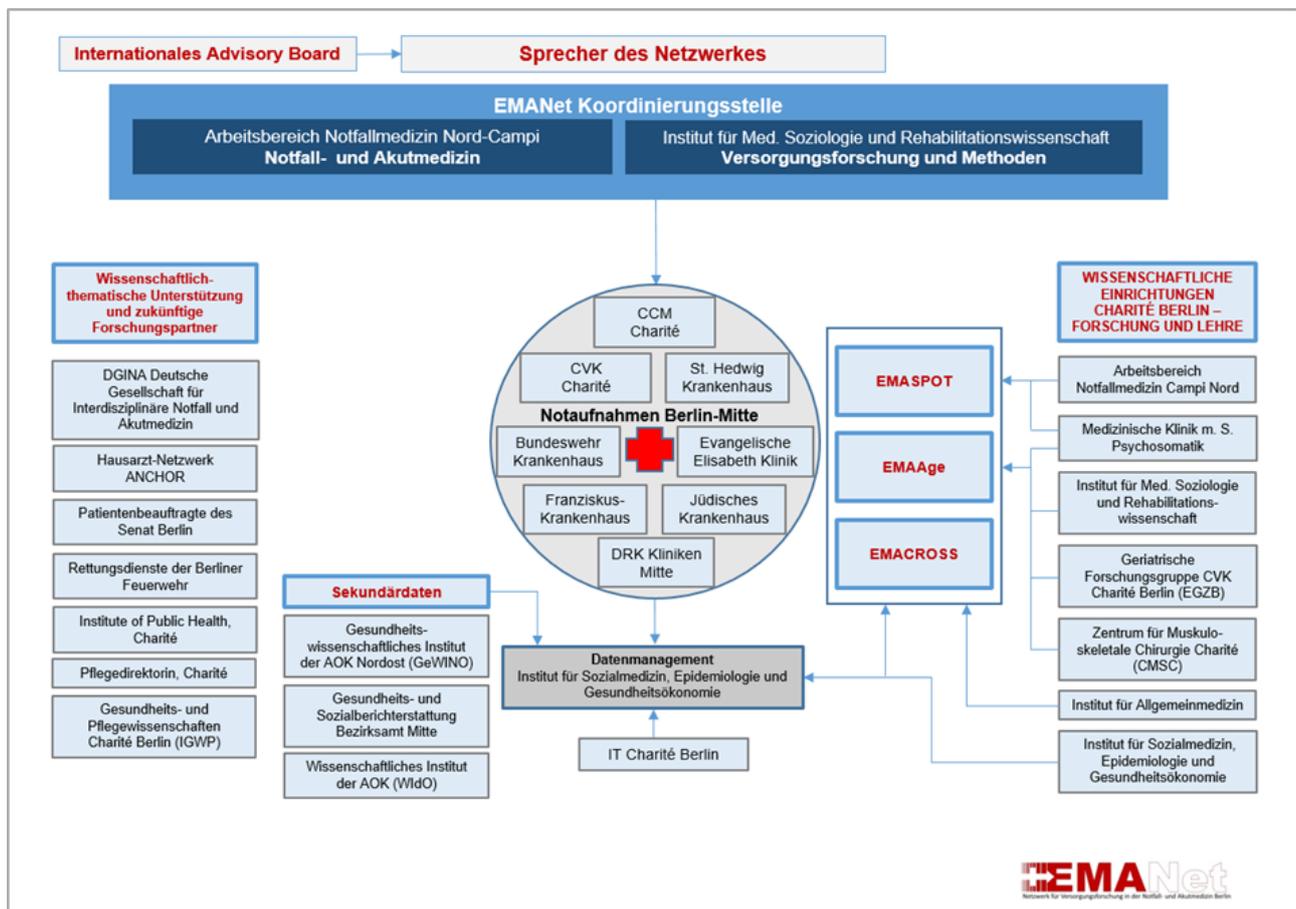


Abbildung 1 Grafische Darstellung des EMANet-Netzwerkes
 Quelle: (15); Grafische Überarbeitung, Name des Hausarzt-Netzwerkes korrigiert

Das Forschungsprojekt EMACROSS erhebt Charakteristika, Motive und Inanspruchnahmeverhalten von Patientinnen und Patienten mit akuten oder chronischen Atemwegserkrankungen, welche eine der acht beteiligten Notaufnahmen aufsuchen. Neben den in der vorliegenden Arbeit zugrundeliegenden Interviews mit Hausärztinnen und Hausärzten umfasst das qualitative Modul des Projekts Interviews mit Patientinnen und Patienten sowie interdisziplinäre Fokusgruppen, wohingegen das quantitative Studienmodul sich auf eine Fragebogenerhebung zum Indexbesuch (t0) sowie ein Follow-up nach drei Monaten (t1) erstreckt. Ergänzt werden diese Primärdaten durch die systematische Auswertung der medizinischen Behandlungsdokumentation aus den Krankenhausinformationssystemen (KIS) der beteiligten Notaufnahmen sowie soziodemografischer Routinedaten.

Die bei Notaufnahmepatientinnen und Notaufnahmepatienten erhobenen quantitativen Daten sowie die vertiefenden qualitativen Interviews mit Patientinnen und Patienten fokussieren sich übereinstimmend mit dem globalen Studiengegenstand von EMACROSS auf respiratorische Symptome und Erkrankungen. In den der vorliegenden Arbeit zugrundeliegenden qualitativen Interviews mit Hausärztinnen und Hausärzten wurde dagegen keine Einschränkung des Forschungsgegenstandes auf eine

bestimmte Gruppe von Erkrankungen vorgenommen (kein Diagnosefokus), da die hausärztliche Sichtweise auf Entscheidungsprozesse im Kontext von Notaufnahmekonsultationen in seiner Breite erfasst werden sollte. Die aus hausärztlicher Perspektive erfassten patientinnen- und patientenseitigen Beweggründe für Notaufnahmekonsultationen stellen somit auch eine Erweiterung der bei den Patientinnen- und Patienteninterviews erhobenen Motiven dar, die konzeptbedingt nur begrenzt Aussagen jenseits der speziellen Gegebenheiten bei respiratorischer Symptomatik erlauben.

2.2. Ethik, Registrierung, Förderung und Datenschutz der Studie

Für die EMACROSS-Studie liegt die Zustimmung der Ethikkommission der Charité – Universitätsmedizin Berlin (EA1/361/16) vor. Die Studie wurde vor Beginn der Erhebungsphase im Deutschen Register für klinische Studien registriert (DRKS00011930). Förderer ist das Bundesministerium für Bildung und Forschung (01GY1604). Die einzelnen Studienmodule wurden zudem durch den Datenschutz der Charité – Universitätsmedizin Berlin geprüft (0133/17/ST3; 0253-17-ST3). Aufgrund des Fokus der vorliegenden Publikation soll im Folgenden genauer auf den Datenschutz zu den hausärztlichen Interviews (0253-17-ST3) eingegangen werden.

Vor Beginn der Erhebung wurden alle beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mündlich und schriftlich im Datenschutz unterwiesen. Interviewteilnehmerinnen und Interviewteilnehmer unterschrieben vor Beginn der Interviews eine schriftliche Einverständniserklärung zur Aufzeichnung, Speicherung, Verarbeitung, Auswertung und Veröffentlichung der Daten. Die im Rahmen der Auswertung angefertigten Transkripte wurden pseudonymisiert. Die Verarbeitung der erhobenen Daten erfolgte in einem passwortgeschützten Netzwerkbereich am Institut für Allgemeinmedizin. Alle Dokumente, die für die Studie erhobene Daten enthielten, wurden ausschließlich mit einer entsprechenden ID-Nummer versehen. Personenbezogene Daten, Audiodateien und schriftliche Transkripte werden in einem verschlossenen Datenschutzeschrank am Institut für Allgemeinmedizin aufbewahrt. Zugriff auf diesen haben nur der Studienleiter (Prof. Dr. Christoph Heintze) sowie von diesem explizit berechnigte Projektbeteiligte. Die erhobenen qualitativen und personenbezogenen Daten werden zum Zweck der nachvollziehbaren Dokumentation 10 Jahre lang gespeichert bzw. nach Ende ihrer Zweckerfüllung vernichtet. Inhalte der Transkripte, aus denen die Person der Interviewteilnehmerinnen und Interviewteilnehmer nicht ersichtlich wird, werden in verschriftlichter Form im Rahmen von Vorträgen und Veröffentlichungen zitiert. Publikationen erfolgen ausschließlich in anonymisierter Form, welche keinerlei Rückschluss auf die Identität der Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer zulässt.

2.3. Qualitatives Studienmodul – Experteninterviews mit Hausärztinnen und Hausärzten

Zur Ermittlung individueller hausärztlicher Sichtweisen auf Beweggründe und Entscheidungsprozesse auf Seiten der Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzte sowie auf weitere Aspekte der

Notfallversorgung wurde ein qualitativer Forschungszugang gewählt, welcher neben einer Subjektorientierung, die Berücksichtigung und Integration verschiedener Sichtweisen auf ein Versorgungsproblem sowie den Einbezug wesentlicher Rahmenbedingungen eines Praxisfeldes ermöglicht (19).

Literaturrecherche und Interviewleitfaden

Im Rahmen der vorliegenden Publikation erfolgte zur Erstellung des theoriebasierten Interviewleitfadens eine Literaturrecherche in der Fachdatenbank *MEDLINE* (über *PubMed*). Zu Beginn wurden dafür wichtige Begriffe zu den entwickelten Fragestellungen in Form einer Mind-Map gesammelt. Synonyme sowie engere und weitere Begriffe wurden ergänzt und ins Englische übersetzt. Entsprechend der Fragestellungen wurden unterschiedliche Suchmatrizen entwickelt, im Rahmen welcher mit *MeSH terms* und einer zeitlichen Begrenzung (2000 bis 2017) gearbeitet wurde.

Basierend auf der vorhandenen Literatur sowie theoretischen Überlegungen der beteiligten wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Forschungsgebiet wurde ein semi-strukturierter Leitfaden entwickelt, welcher unter anderem die hausärztliche Sicht auf patientinnen- und patienteninitiierte Notaufnahmekonsultationen sowie ärztlich veranlasste Notaufnahmekonsultationen erfassen sollte. Der Leitfaden diente der thematischen Fokussierung und der inhaltlichen Vergleichbarkeit der Interviews und wurde an die individuelle Gesprächssituation angepasst. Die offene Formulierung der Fragestellungen ermöglichte die freie Äußerung von Meinungen und Erfahrungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmern und diente der Erzählaufforderung (20). Innerhalb einer interdisziplinären Forschungsgruppe für qualitative Methoden am Institut für Allgemeinmedizin wurde der Leitfaden ausführlich diskutiert und anschließend entsprechend der Rückmeldungen überarbeitet. Bis auf die Mitglieder des Studienteams von EMACROSS waren die daran teilnehmenden Forschenden nicht direkt an der Studie beteiligt. Nach einem Pretest und ersten Erkenntnissen der Feldphase erfolgte eine wiederholte Überarbeitung des Leitfadens. Nach dem dritten Interview wurden Inhalt und Aufbau abschließend festgelegt (siehe Tabelle 1), das Kontrollinterview wurde nicht mit in die Auswertung einbezogen. Im Rahmen der vorliegenden Publikation sind nur die Fragen zur ärztlichen Sicht auf Motivationen und Kompetenzen der Patientinnen und Patienten sowie zu Beweggründen für die hausärztliche Vorstellung von Patientinnen und Patienten in der Notaufnahme (siehe 1., 3. und 5.1. im Interviewleitfaden) von Bedeutung. Andere Themenkomplexe des Interviewleitfadens befassen sich darüber hinaus mit Patientinnen- und Patientengruppen in Notaufnahmen, der Entlassung aus der Notaufnahme, der hausärztlichen Einschätzung der Notfallversorgung sowie möglichen Alternativen (siehe 2., 4., 6. und 7. im Interviewleitfaden). Diese sind für weitere Forschungsfragen des Teilprojektes relevant, betreffen jedoch nicht die vorliegende Publikation. Dennoch wird aus Gründen der besseren Nachvollziehbarkeit und Transparenz hier, im Unterschied zur in der Journal-Veröffentlichung aus Platzgründen gewählten auszugsweisen Darstellung, der Interviewleitfaden vollständig wiedergegeben.

Tabelle 1 Interviewleitfaden

| |
|--|
| <p>Berichten Sie mir doch von einem Ihrer Patienten³, der in letzter Zeit in der Notaufnahme war und dort ambulant gesehen wurde! Vielleicht ist Ihnen ein Fall aus irgendeinem Grund besonders im Gedächtnis geblieben?</p> <p>Ich würde zunächst gerne mit Ihnen über Patienten sprechen, die aus eigenem Antrieb die Notaufnahme aufsuchen:</p> <p>1. Motivation</p> <p>Was denken Sie – welche Beweggründe sind für die Patienten ausschlaggebend, sich in einer Notaufnahme vorzustellen?</p> <ul style="list-style-type: none">- Was erhoffen sich Patienten von einer Vorstellung dort? |
| <p>2. Patiententypus</p> <p>Welche Patienten stellen sich aus Ihrer Sicht denn überhaupt ambulant in Notaufnahmen vor?</p> <ul style="list-style-type: none">- Gibt es hier Gruppen oder „typische“ Patienten, die aus Ihrer Erfahrung häufig in Notaufnahmen behandelt und nicht stationär aufgenommen werden? Wenn ja, warum?- Welche Rolle spielt der Migrationshintergrund? |
| <p>3. Patientenkompetenzen</p> <p>Wie schätzen Sie die Kompetenz der Patienten ein, im Notfall eine angemessene Entscheidung z. B. für oder gegen das Aufsuchen einer Notaufnahme zu treffen?</p> |
| <p>4. Entlassung aus der Notaufnahme</p> <p>4.1. Was machen Patienten im Anschluss an die Behandlung in der Notaufnahme?</p> <ul style="list-style-type: none">- Suchen diese ihren Hausarzt auf? Wenn ja, warum/warum nicht? <p>4.2. Was tun Sie, wenn Patienten mit Berichten aus der Notaufnahme zu Ihnen kommen?</p> <ul style="list-style-type: none">- Gibt es dabei typische Problemkonstellationen? Wenn ja, welche? |
| <p>Nun möchte ich mit Ihnen gerne über Patienten sprechen, die Sie an eine Notaufnahme überwiesen haben:</p> <p>5. Motive: Überweisung in die Notaufnahme</p> <p>5.1. Wie entscheiden Sie, wer überwiesen⁴ bzw. in die Notaufnahme geschickt wird?</p> <ul style="list-style-type: none">- Was ist Ihre Intention, wenn Sie unterschiedliche Patienten in die Notaufnahme schicken? (ambulante Abklärung, stationäre Aufnahme)- Gibt es Situationen, in denen Sie Patienten, die nicht schwer oder bedrohlich erkrankt sind, in die Notaufnahme schicken? Wenn ja/nein, warum? <p>5.2. Wie entscheiden Sie, wohin Sie Ihre Patienten schicken?</p> |

³ Aufgrund der besseren Lesbarkeit und Praktikabilität im Rahmen der Interviews, wurde die im Deutschen - gerade im mündlichen Sprachgebrauch – vielfach übliche und sich zugleich auf Frauen und Männer beziehende männlich Form verwendet (z. B. nur „Patienten“ an Stelle von „Patientinnen und Patienten“). Dies soll keinesfalls eine Geschlechterdiskriminierung oder eine Verletzung des Gleichstellungsgrundsatzes zum Ausdruck bringen.

⁴ Der Begriff der „Einweisung“ (vs. „Überweisung“) wäre hier eigentlich formal korrekter, denn es ist im kassenärztlichen Versorgungssystem im Regelfall zu Initiierung einer Notaufnahmeverstellung lediglich eine „Verordnung stationärer Krankenhausbehandlung“ vorgesehen bzw. auf entsprechendem Formular möglich. Tatsächlich werden aber nicht alle Patientinnen und Patienten mit einem solchen Formular im Krankenhaus tatsächlich stationär aufgenommen. Die Begriffsunterschiede haben letztlich keine wesentliche Relevanz in der Praxis. So wurde im Gesprächsverlauf der Interviews oft von „Überweisung“ gesprochen, was sich auch an den im Ergebnisteil dargestellten Zitationen zeigt. In der englischsprachigen Publikation spielt dies keine Rolle, da der Begriff „referral“ verwendet wurde und die formale Differenzierung ein Spezifikum des deutschen Versorgungskontextes ohne Relevanz für eine internationale Leserschaft ist.

| |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Welche Rolle spielen das Alter und die Multimorbidität? <p>5.3. Welche Informationen geben Sie Ihrem Patienten mit? (Befunde, Labor, Medikamentenplan etc.)</p> |
| <p>6. Professionelle Einschätzung der Notfallversorgung</p> <p>6.1. Wofür ist aus Ihrer Sicht eine Notaufnahme zuständig?</p> <p>6.2. Wie sind Ihre Erfahrungen mit verschiedenen Notaufnahmen?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wenn Sie Patienten in die Notaufnahme schicken, welche Dinge laufen dabei eher gut oder schlecht? Gibt es Unterschiede? Wenn ja, welche? - Was können Sie bezüglich der Zusammenarbeit / Kommunikation sagen? <p>6.3. Wie sollte der Zugang zur Notaufnahme geregelt werden?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gibt es speziell in Berlin Verbesserungsbedarf? Wenn ja, inwiefern? |
| <p>7. Alternativen der Notfallversorgung</p> <p>Welche Erfahrungen haben Sie mit anderen Anlaufstellen und Einrichtungen für medizinische Notfälle gemacht?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Würden Sie sich andere oder zusätzliche Anlaufstellen – gerade für nicht-dringliche Fälle – wünschen, und wie sollten diese aussehen? - Haben Sie selbst Erfahrungen mit dem KV-Notdienst gemacht? Wenn ja, was waren das für Erfahrungen? |
| <p>8. Ergänzungen / Anmerkungen</p> <p>Gibt es sonst noch etwas, was bisher nicht angesprochen wurde und was Sie uns mitteilen möchten?</p> |

Quelle: Eigene Darstellung

Sampling und Rekrutierung

Das Sampling der Hausärztinnen und Hausärzte erfolgte nach der Methode des *maximum variation samplings*, welches eine Umsetzungsform des *purposive samplings* darstellt. Bei dieser Stichprobenauswahl werden gezielt Personen eingeschlossen, die einerseits bestimmte Charakteristika der Zielgruppe repräsentieren und andererseits über unterschiedliches Erfahrungswissen verfügen. So wurden die Hausärztinnen und Hausärzte nach Altersgruppen, Jahren der beruflichen Erfahrung sowie Patientinnen- und Patientenzahl (pro Quartal) ausgewählt, um die Forschungsfragen aus möglichst unterschiedlichen Perspektiven beleuchten zu können (21). Die Rekrutierung der Hausärztinnen und Hausärzte erfolgte durch ein Informationsschreiben über das Allgemeinmedizinische Netz der Charité-Forschungspraxen (ANCHOR; siehe Abbildung 1).

Datenerhebung

Für die Studie wurden Experteninterviews geführt, welche eine Rekonstruktion detaillierten, umfassenden und exklusiven Wissens ermöglichen (22). Zwischen Juli und September 2017 wurden die teilnehmenden Hausärztinnen und Hausärzte in ihren Praxen in Berlin interviewt. Anwesend waren

die einzelnen Teilnehmerinnen und Teilnehmer sowie die Interviewerin (SO⁵). Bei einem Gespräch war die Schulpraktikantin der Praxis auf Wunsch der Interviewten als Zuhörerin anwesend, war jedoch nicht aktiv am Gespräch beteiligt. Die Aufklärung und schriftliche Einwilligung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer erfolgten vor dem Gespräch, ebenso die Erfassung demografischer Daten der Hausärztinnen und Hausärzte. Die Interviews wurden audiografisch aufgezeichnet und dauerten im Durchschnitt 29 Minuten. Für die Auswertung wurden die Gespräche vollständig und wörtlich nach vorab festgelegten Regeln transkribiert. Alle verschriftlichten Daten wurden pseudonymisiert. Zur detaillierteren Analyse der Daten wurden während der Gespräche Feldnotizen festgehalten und anschließend in Form von Postskripten strukturiert. Nach 15 Interviews erfolgte der Abschluss der Erhebung, nachdem sich eine inhaltliche Sättigung der Daten abgezeichnet hatte und unwahrscheinlich erschien, dass weitere Interviews zusätzliche wesentliche Erkenntnisse erbringen würden (23). Die teilnehmenden Hausärztinnen und Hausärzte erhielten für das Interview eine Aufwandsentschädigung von 70 Euro.

Datenauswertung

Die Auswertung der Daten erfolgte auf Grundlage der qualitativen Inhaltsanalyse, welche mittels systematischen Kodierens die Ergebniserstellung nachvollziehbar und transparent macht (24). Durch den Fokus auf die systematische Auswertung wesentlicher Aspekte der Ergebnisse war die qualitative Inhaltsanalyse zur Beantwortung der Forschungsfragen die am besten geeignete Auswertungsmethode.

Die Erstellung und Strukturierung des Kategoriensystems erfolgten zunächst deduktiv anhand der durch das Literaturstudium erworbenen Erkenntnisse und der darauf basierenden theoretischen Überlegungen. Die Entwicklung von Ober- und Unterkategorien diente der Erfassung von Kernmerkmalen sowie den entsprechenden Teilaspekten (z. B. Oberkategorie: Motive der Patientinnen/Patienten, Unterkategorie: Fehlendes Vertrauen zur Hausärztin/zum Hausarzt) in den Interviews. Auf Grundlage des Kategorienentwurfes konnte eine erste Kodierung einer Teilmenge der Transkripte durchgeführt werden, in deren Folge weitere Kategorien induktiv aus dem Material heraus entwickelt wurden. Mit dieser Integration eines induktiven Vorgehens wurde die Abbildung wesentlicher Informationen aus den Interviews ermöglicht (25). Für sämtliche Ober- und Unterkategorien wurden präzise Definitionen formuliert und Ankerbeispiele ausgewählt, sodass relevante Textstellen eindeutig zugeordnet werden konnten (siehe Tabelle 2). In einem weiteren Schritt wurden die entsprechenden Kodierungen paraphrasiert, was die konzentrierte Wiedergabe der ausgewählten Zitate ohne Verfälschung der Inhalte ermöglichte. Transkription, Kodierung, Paraphrasierung und Analyse der Experteninterviews erfolgten mit der Software MAXQDA (Version 12 und 2018).

⁵ Sarah Oslislo, wiss. Mitarbeiterin, Institut für Allgemeinmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin

Tabelle 2 Auszug aus dem Kategoriensystem⁶

| Patientenkompetenz⁷ | | |
|---------------------------------------|---|---|
| | Definition | Ankerbeispiel |
| Patientenkompetenz | Kompetenz der Patienten, z. B. eine angemessene Entscheidung hinsichtlich des Aufsuchens einer Notaufnahme zu treffen | „Kompetenz. Das hat was Bildung zu tun, auch mit gesundheitlicher Bildung zu tun. (HA ⁸ 11. Z. 70) |
| Hoch | Hohe Kompetenz der Patienten, im Notfall eine angemessene Entscheidung z. B. für oder gegen die Notaufnahme zu treffen | „Insofern [...] glaube ich, dass die Patienten es manchmal recht gut einschätzen können. Das haben die schon oft im Gefühl, wenn es wirklich Probleme gibt [...].“ (HA3, Z. 46-50) |
| Niedrig | Niedrige/fehlende Kompetenz der Patienten, im Notfall eine angemessene Entscheidung z. B. für oder gegen die Notaufnahme zu treffen | „Die Kompetenz wird immer schlechter, zu entscheiden.“ (HA11, Z.70) |
| Rolle des Hausarztes | Rolle des Hausarztes bzgl. der Patientenkompetenz z. B. hinsichtlich der Aufklärung | „Das hat damit zu tun, wie man Patienten aufklärt. Wenn man Patienten sozusagen in einer partnerschaftlichen Beziehung betreut, ich arbeite sehr transparent [...] und das klappt echt gut.“ (HA5, Z. 22) |
| Rolle des Internets | Rolle des Internets bzgl. der Patientenkompetenz wie z. B. Einfluss auf die Risikowahrnehmung | „Internet ist immer gefährlich, weil die googeln dann alle und sehen dann alles Mögliche.“ (HA1, Z.68) |

Quelle: Eigene Darstellung

Zur Steigerung der Validität wurde die Kodierung für einen Teil des Datenmaterials (4 Interviews) unabhängig voneinander durch zwei Forscherinnen und Forscher (SO und FH⁹) durchgeführt. Unterschiede bei der Kodierung und Interpretation von Daten wurden anschließend gemeinsam besprochen und sich daraus ergebende Änderungen ins Kategoriensystem eingearbeitet. Mit einer weiteren qualitativen Forscherin des EMANet Konsortiums erfolgte eine intensive Diskussion des Kategoriensystems. Die interdisziplinäre Forschungsgruppe für qualitative Methoden des Institutes für Allgemeinmedizin wurde zur Bewertung von Kategorien, Definitionen und Kodierungen in die Diskussion der

⁶ Aufgrund des Umfangs des Kategoriensystems werden hier beispielhaft die Kategorien zur Patientinnen- und Patientenkompetenz aufgezeigt. Das gesamte Kategoriensystem befindet sich auf dem beigefügten Datenträger.

⁷ Aufgrund der Praktikabilität, Übersichtlichkeit und besseren Lesbarkeit im Rahmen des Kodierungsprozesses wurde analog zum Interviewleitfaden für die Kategorien und Definitionen, die sich zugleich auf Frauen und Männer beziehende männlich Form verwendet z. B. „Patienten“ an Stelle von „Patientinnen und Patienten“. Dies soll keinesfalls eine Geschlechterdiskriminierung oder eine Verletzung des Gleichstellungsgrundsatzes zum Ausdruck bringen.

⁸ HA=Hausärztin/Hausarzt

⁹ Felix Holzinger, wiss. Mitarbeiter, Institut für Allgemeinmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin

Auswertung einbezogen. Bis auf SO und FH waren die an diesen regelmäßigen Workshops teilnehmenden Forscherinnen und Forscher nicht mit der Datenerhebung und -analyse befasst.

3. Ergebnisse

Insgesamt wurden 15 Interviews mit Hausärztinnen und Hausärzten in Berlin geführt. Im Durchschnitt waren die teilnehmenden Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner 54 Jahre alt und arbeiteten seit 14 Jahren als Hausärztin oder Hausarzt in der Niederlassung. Im Mittel versorgten die Befragten 1100 Patientinnen und Patienten pro Quartal, in der überwiegenden Zahl in Einzelpraxen (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3 Charakteristika der Hausärztinnen und Hausärzte

| Charakteristika | n (%) |
|---|--------------|
| Geschlecht | |
| Weiblich | 9 |
| Männlich | 6 |
| Altersgruppen (in Jahren) | |
| 40 - 44 | 1 |
| 45 - 49 | 3 |
| 50 - 54 | 5 |
| 55 - 59 | 3 |
| 60 - 64 | 3 |
| <i>Mittelwert</i> | 53,6 |
| <i>Median</i> | 53 |
| Berufserfahrung als Allgemeinmedizinerin/ Allgemeinmediziner (in Jahren) | |
| Unter 10 | 6 |
| 10 bis unter 20 | 4 |
| Über 20 | 5 |
| <i>Mittelwert</i> | 14,3 |
| <i>Median</i> | 14 |
| Charakteristika | n (%) |
| Patientinnen und Patienten pro Quartal | |
| Unter 1000 | 5 |
| 1000 bis unter 1500 | 7 |
| Über 1500 | 3 |
| <i>Mittelwert</i> | 1100 |
| <i>Median</i> | 1100 |
| Praxisform | |
| Einzelpraxis | 10 |
| Berufsausübungsgemeinschaft („Gemeinschaftspraxis“) | 4 |
| Praxisgemeinschaft | 1 |

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an (1)

Die Ergebnisse wurden nach aus hausärztlicher Perspektive bedeutsamen Motiven der Patientinnen und Patienten für Notaufnahmekonsultationen sowie den geschilderten hausärztlichen Beweggründen für die Vorstellung von Patientinnen und Patienten in diesem Setting strukturiert. Zusammengefasst wurden die Beweggründe jeweils unter den Themen *Attraktivität der Notaufnahmeversorgung*, *patientinnen- und patientenspezifische Faktoren* und *organisatorische Aspekte*, welche sich im Rahmen der Analyse herausgebildet hatten. Ein weiterer Teil der Ergebnisse befasst sich mit der Wahrnehmung und Einschätzung der Fähigkeit der Patientinnen und Patienten, angemessene Entscheidungen hinsichtlich der Inanspruchnahme von Notaufnahmen treffen zu können. Aufgrund der begrenzten Darstellungsmöglichkeit im Rahmen der Journal-Publikation werden die Ergebnisse nachfolgend mit weiteren Originalzitaten aufgezeigt.

3.1. Attraktivität der Notaufnahmeversorgung

Patientinnen- und Patientenmotive für selbst-initiierte Notaufnahmeverstellungen aus hausärztlicher Sicht:

Die Attraktivität der Notaufnahme mit ihren im Vergleich zum primärärztlichen Bereich umfassender und zeitnäher verfügbaren Möglichkeiten der Diagnostik und Behandlung wurde von den befragten Hausärztinnen und Hausärzten als ein entscheidender Faktor für die patientinnen- und patientenseitige Inanspruchnahme der Notaufnahme bewertet.

„[...] weil sie denken, in der Notaufnahme kriegen sie schnell alles, was man im ambulanten Bereich halt nicht sofort bekommt [...].“ (HA10, männlich, 44 Jahre)

„[...] der Glaube, in der Rettungsstelle viel intensiver behandelt zu werden [...]. Dass alles sofort geht.“ (HA4, weiblich, 58 Jahre)

Einzelne Befragte gingen davon aus, dass die technische Ausstattung des Krankenhauses hier einen Teil der Attraktivität ausmacht, was mutmaßlich dazu beitragen kann, dass sich Patientinnen und Patienten dort sicherer und insgesamt besser versorgt fühlen.

„Die Menschen glauben aber, dass sie [...] in einer Notaufnahme besser behandelt und versorgt und sicherer behandelt und versorgt und technischer behandelt und versorgt werden [...].“
(HA11, männlich, 44 Jahre)

Es wurde aber in den Interviews nicht nur die technische Überlegenheit der Klinikausstattung als potenziell attraktiv gesehen. Zusätzlich wurde vermutet, dass von Seiten der Nutzerinnen und Nutzer erwartet wird, dass im Krankenhaussetting spezialisiertes Personal mit besonderer Fachkompetenz tätig ist.

„Die glauben, dass im Krankenhaus die [...] echten Spezialisten sitzen.“
(HA12, weiblich, 51 Jahre)

Ausschließliche Bequemlichkeitsaspekte wie die Möglichkeit der Inanspruchnahme außerhalb der Öffnungszeiten niedergelassener Praxen und die Vermeidung von Wartezeiten und Terminen bei Hausärztinnen und Hausärzten sowie anderen Fachärztinnen und Fachärzten wurden eher selten thematisiert. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die solche Problematiken im Interview ansprachen, äußerten sich aber deutlich kritisch hinsichtlich entsprechender mutmaßlicher Motive für eine Inanspruchnahme.

„Da werde ich in der Nacht drangenommen [...] und sonst müsste ich meinen Tagesablauf ändern, um zum Arzt zu gehen.“ (HA15, weiblich, 45 Jahre)

„[...] Patienten [...], die keine Lust haben, auf einen Termin zu warten.“
(HA13, weiblich, 53 Jahre)

„[...] weil sie einfach keine Zeit und Lust haben, sich beim Niedergelassenen ins Wartezimmer zu setzen.“ (HA15, weiblich, 45 Jahre)

Eine Hausärztin mutmaßte in diesem Zusammenhang, dass bestimmte Patientinnen und Patienten im Falle einer Praxisschließung eher die Notaufnahme aufsuchen, als eine alternative Hausarztpraxis zu kontaktieren.

„Wenn ich keine Sprechstunde habe, dann gehen sie lieber in die Notaufnahme, als dass sie zu einem anderen Arzt gehen.“ (HA12, weiblich, 51 Jahre)

Einzelne Hausärztinnen und Hausärzte schilderten im Hinblick auf die Angemessenheit von Notaufnahmekonsultationen ein teilweise überzogenes Anspruchsdenken bei Patientinnen und Patienten mit eigentlich wenig dringlichen Erkrankungen. Dies wurde im Kontext der eigentlichen Aufgabe von Notaufnahmen kritisch gesehen.

„Er sucht [...] die Lösung des Problems [...]. Es ist ihm jetzt egal, ob das jetzt eine Notaufnahme ist, die schwere Verkehrsunfälle reinkriegt [...]. Die sind da. Die müssen da sein!“
(HA2, männlich, 59 Jahre)

Hausärztliche Beweggründe für die Veranlassung von Notaufnahmeverstellungen:

Als einen der wesentlichen Gründe für eigene ärztliche Einweisungen von Patientinnen und Patienten in die Notaufnahme beschrieben die befragten Hausärztinnen und Hausärzte die Verfügbarkeit von diagnostischen und therapeutischen Verfahren, die im primärmedizinischen Bereich nicht zeitnah realisierbar sind, um beispielsweise bestimmte potenziell bedrohliche Diagnosen ausschließen oder bestätigen zu können.

„Wenn ich auf meine Laborergebnisse [...] oder auf den Röntgenbefund 24 Stunden warten muss und meine Differenzialdiagnose da einen lebensgefährlichen Zustand erwarten lässt, dann schicke ich in die Notaufnahme.“ (HA14, weiblich, 54 Jahre)

„[...] Schnelltests oder klinische Parameter, die ich hier nicht erheben kann.“
(HA8, männlich, 56 Jahre)

Der Großteil der Hausärztinnen und Hausärzte berichtete in diesem Zusammenhang außerdem von einer Nutzung der Notaufnahme für die Initiierung einer stationären Aufnahme, insbesondere in Fällen fehlender Alternativen zur Einweisung bei nicht adäquat gesicherter Versorgung im ambulanten Bereich.

„Wenn dann wieder eine akute Exazerbation kommt, [...] der gehört in die Klinik, weil nach Leitlinien muss das eigentlich stationär [...] gemacht werden.“ (HA8, männlich, 56 Jahre)

„[...] wenn ich denke, das ist ambulant nicht machbar von terminlicher Seite, dass [...] die stationäre Einweisung in der Regel dann doch über die Rettungsstelle erfolgt. Weil stationäre Einweisung planmäßig, das läuft aus meiner Sicht nicht [...].“ (HA4, weiblich, 58 Jahre)

„Ich überweise wirklich nur in die Notaufnahme, wenn es ambulant nicht geht.“
(HA12, weiblich, 51 Jahre)

3.2. Patientinnen- und patientenspezifische Faktoren

Patientinnen- und Patientenmotive für selbst-initiierte Notaufnahmeverstellungen aus hausärztlicher Sicht:

In einem Großteil der Interviews wurde ein akutes Auftreten sowie eine subjektiv wahrgenommene oder plötzliche Verschlechterung eines Beschwerdebildes als aus hausärztlicher Sicht häufig ausschlaggebender Grund für das Aufsuchen der Notaufnahme durch die Patientinnen und Patienten genannt. Dies wurde aufgrund des potenziellen Vorliegens eines „echten Notfalls“ als legitim angesehen.

„Aber in der Regel sind die dann akut mit Beschwerden belastet [...]. [...] Dann gehen meine Patienten ins Krankenhaus [...].“ (HA5, weiblich, 64 Jahre)

„Meistens ist es eine schleichende Verschlechterung.“ (HA14, weiblich, 54 Jahre)

„[...] wenn ich wirklich Atemnot habe oder [...] es wird eher schlechter mit zunehmender Belastung [...]. Dass eben Patienten wirklich primär die Notaufnahme aufsuchen.“
(HA8, männlich, 56 Jahre)

Darüber hinaus wurden die subjektiv wahrgenommene Schwere der Erkrankung sowie eine symptomassoziierte Angst und Besorgnis der Patientinnen und Patienten als wichtige Determinanten für

Notaufnahmekonsultationen thematisiert und insbesondere mit chronisch erkrankten, sowie - im Falle des Themenfeldes „Gesundheitsängste“ - mit jüngeren Patientinnen und Patienten in Verbindung gebracht.

„[...] weil er sich wirklich subjektiv so schlecht gefühlt hat.“ (HA1, weiblich, 46 Jahre)

„Und diesmal war es so, dass er es nicht in die Praxis geschafft hat, einfach von der Luft her. [...] Das ist jetzt kein Husten-, Schnupfen-, Heiserkeit-Patient, sondern der ist wirklich von der COPD her schwer betroffen.“ (HA1, weiblich, 46 Jahre)

*„Dann auch natürlich, weil sie was Akutes haben, was ihnen Angst macht.“
(HA6, weiblich, 52 Jahre)*

„[...] wobei einerseits eben auch [...] das Alter des Patienten eine Rolle spielt. Junge Leute sind viel hektischer und viel ängstlicher [...].“ (HA8, männlich, 56 Jahre)

Als Einflussfaktoren auf das Ausmaß der entstehenden Angst bei akut auftretenden Gesundheitsproblemen wurden neben Persönlichkeitsmerkmalen der Patientinnen und Patienten - wie beispielsweise eine hohe Empfindsamkeit gegenüber körperlichen Symptomen - auch Medienberichte über schwere Erkrankungen und ernsthafte Komplikationen genannt.

„Da sind die sehr sensibilisiert. Kopfschmerz, könntest einen Schlaganfall haben oder irgendwie so was. Da sind sie sensibilisiert.“ (HA4, weiblich, 58 Jahre)

„Plötzlich kommen sie alle und haben irgendwas. Da lief im Fernseher wieder irgendwas [...]. Aus meiner Sicht erfolgt dort auch eine Verängstigung der Patienten.“ (HA4, weiblich, 58 Jahre)

Einzelne Befragte schilderten in diesem Kontext, dass in solchen Fällen patientinnen- und patienten-seitig insbesondere eine zeitnahe und eingehende Beruhigung durch die Notaufnahmekonsultation angestrebt wird.

*„Die Patienten brauchen eine Beruhigung und wollen gründlich beruhigt werden.“
(HA13, weiblich, 53 Jahre)*

„[...] weil das sind eben auch die Patienten, die kein Aufschub ertragen, sondern die haben die Beschwerden [...]. [...] Und wollen dann auch wirklich die Beruhigung haben, [...] dass sie nicht in der nächsten Stunde sterben müssen.“ (HA13, weiblich, 53 Jahre)

Einige Hausärztinnen und Hausärzte mutmaßten außerdem, dass Patientinnen und Patienten die Notaufnahme für eine Zweitmeinung hinsichtlich ihrer Symptomatik aufsuchen.

„Viele wollen einfach eine Zweitmeinung [...].“ (HA7, weiblich, 61 Jahre)

Weitere in den Interviews genannte Gründe, die aus Sicht der Ärztinnen und Ärzte potenziell zu Notaufnahmebesuchen beitragen können, waren eine generelle Skepsis in Bezug auf die Kompetenz von Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern sowie mögliches fehlendes Vertrauen in die Hausärztin oder den Hausarzt.

„Das andere ist auch so ein bisschen, dass sie glauben, der Hausarzt, der kann das nicht.“

(HA4, weiblich, 58 Jahre)

„Ich glaube schon, dass es eine Rolle spielt (...) für die Entscheidung: "Ich gehe nicht zu meinem Hausarzt, sondern gleich in die Rettungsstelle." Was natürlich auch dafür spricht, dass das Verhältnis und das Vertrauensverhältnis zum Hausarzt nicht so gut sein können.“

(HA11, männlich, 60 Jahre)

Hausärztliche Beweggründe für die Veranlassung von Notaufnahmeverstellungen:

Wie bereits im Abschnitt „Attraktivität der Notaufnahme“ thematisiert wurde, berichtete ein Großteil der Hausärztinnen und Hausärzte, Patientinnen und Patienten in der Regel bei akuter oder schwerwiegender Symptomatik bzw. Hinweisen auf ein bedrohliches Krankheitsbild oder einen gefährlichen Verlauf in die Notaufnahme einzuweisen.

„Und entscheiden, ob ich denjenigen in eine Notaufnahme schicke, tue ich immer dann, wenn mein Bauchgefühl sagt: "Achtung! Achtung! Bedrohlich!" und zwar akut bedrohlich. [...] Für mich heißt das akut bedrohlich für die betroffene Person.“ (HA11, männlich, 60 Jahre)

„Und der kam mit schwerster Luftnot [...]. [...] Ich habe den als [...] schwerstkrank erlebt.“

(HA14, weiblich, 54 Jahre)

Einige Interviewteilnehmerinnen und Interviewteilnehmer machten deutlich, dass zudem die häusliche Versorgungssituation der Patientinnen und Patienten ein wichtiger Einflussfaktor bei der Entscheidung für oder gegen eine Krankenhauseinweisung sein kann. Eine eingeschränkte Mobilität sowie Grunderkrankungen oder Behinderungen, die einer entsprechenden Versorgung im häuslichen Umfeld entgegenstehen, könnten zur Einweisung führen - auch in Fällen, die sonst aus rein medizinischer Indikation nicht obligat einer Notaufnahmeversorgung bzw. stationären Behandlung bedürften.

„Eine Entscheidung spielt schon da mit: wie ist der Patient nun versorgt? [...] Ist die Versorgung gewährleistet? Und, wenn die nicht gewährleistet ist, jetzt mit einem akuten Ereignis, dann muss er in die Klinik.“ (HA2, männlich, 59 Jahre)

„Es ist natürlich manchmal so eine Sache, dass wenn man sehr hilfällige Patienten hat, die sich selbst auch gar nicht mehr organisieren können, [...] weil man weiß, das wird ambulant nicht laufen.“ (HA7, weiblich, 61 Jahre)

3.3. Organisatorische Aspekte

Patientinnen- und Patientenmotive für selbst-initiierte Notaufnahmeverstellungen aus hausärztlicher Sicht:

Organisatorische Zugangsbarrieren für Patientinnen und Patienten zum ambulanten Bereich wurden in den Interviews häufig von den Befragten erwähnt, wobei insbesondere die begrenzten Sprechzeiten in der primär- und spezialärztlichen Versorgung problematisiert wurden. Nach Meinung der dieses Thema ansprechenden Hausärztinnen und Hausärzte führt in diesem Kontext unter Umständen ein Mangel an Alternativen dazu, dass Patientinnen und Patienten mit zunehmenden Sorgen oder akuten Beschwerden sich quasi gezwungen sehen, eine Notaufnahme zu konsultieren. In den Schilderungen der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner schienen solche Situationen – gerade außerhalb der üblichen Öffnungszeiten von Arztpraxen – insgesamt auf Verständnis zu stoßen: Hausärztinnen und Hausärzte werteten dieses Verhalten tendenziell nicht als Bequemlichkeit der Patientinnen und Patienten, sondern als Problem der Verfügbarkeit von adäquaten Anlaufstellen für akute Gesundheitsprobleme.

„Das sind dann immer die Zeiten, wo ich nicht da bin. [...] Dienstagnachmittag, wir haben um 14 Uhr geschlossen. Wo gehen die Patienten hin? Also gehen sie in die Rettungsstelle.“

(HA12, weiblich, 51 Jahre)

„[...] wenn es sich um einen starken Husten handelt, [...], muss ich auch an dem Tag zu meinem Arzt gehen können. Und wenn ich das nicht kann, weil mir der Zugang verwehrt wird, dann gehe ich eben [...] in eine Notaufnahme.“ (HA13, weiblich, 53 Jahre)

„Die fühlen sich dann auch schon sehr bedroht und wissen, sie können hier keinen erreichen, ich bin nicht da und dann gehen die eben am Wochenende doch ins Krankenhaus.“

(HA5, weiblich, 64 Jahre)

Auch Wartezeiten auf Termine in der ambulanten haus- und spezialärztlichen Versorgung wurden in den Interviews wiederholt problematisiert. Schwierigkeiten bei der Vereinbarung eines notwendigen bzw. gewünschten Termins im ambulanten Bereich sowie der Wunsch nach einem zeitnäheren Arzttermin könnten für Patientinnen und Patienten laut Aussagen der Hausärztinnen und Hausärzten in diesem Zusammenhang potenziell ausschlaggebend für die Entscheidung zum Notaufnahmebesuch sein. Hier klingt in einzelnen Aussagen auch das bereits weiter oben besprochene Themenfeld „Bequemlichkeit“ erneut an.

„[...] beim Pulmonologen nicht unterkommt, und dann zur Notaufnahme geht [...].“

(HA2, männlich, 59 Jahre)

„[...] dass Patienten in die Notaufnahme gehen, die keine Lust haben, auf einen Termin zu warten.“ (HA13, weiblich, 53 Jahre)

Insbesondere für Patientinnen und Patienten, die nicht kontinuierlich an eine Hausarztpraxis angebunden sind, bietet die Notaufnahme aus Sicht einzelner Interviewter einen niederschweligen alternativen Zugang zur Gesundheitsversorgung.

„Ich denke, dass es schon Menschen gibt, die vielleicht auch gar keinen Hausarzt haben [...]. Dann scheint es für sie vielleicht der einfachste Weg.“ (HA13, weiblich, 53 Jahre)

Hausärztliche Beweggründe für die Veranlassung von Notaufnahmeverstellungen:

Einzelne Hausärztinnen und Hausärzte erklärten im Hinblick auf organisatorische Aspekte, Patientinnen und Patienten vor Tagen einer Praxisschließung oder vor dem Wochenende häufiger in die Notaufnahme einweisen zu müssen. Hier wurden beispielsweise Konstellationen genannt, in denen abzusehen sei, dass im ambulanten Bereich die als notwendig angesehenen medizinischen Maßnahmen für die Zeit der Nichterreichbarkeit der Praxis nicht zu realisieren sein würden. Auch die im Zusammenhang mit mutmaßlichen Motiven der Patientinnen und Patienten bereits angesprochene Terminverfügbarkeit im ambulanten Bereich wurde bei der Frage der ärztlichen Entscheidungsfindung thematisiert: so machte beispielsweise eine Hausärztin deutlich, Patientinnen und Patienten gelegentlich in die Notaufnahme schicken zu müssen, da bei entsprechenden spezialisierten Ärztinnen und Ärzten keine zeitnahe Terminvereinbarung möglich ist.

*„[...] ambulant vor dem Wochenende keine andere Klärung herbeizuführen ist.“
(HA3, männlich, 48 Jahre)*

„[...] wenn es irgendwie schon nachmittags ist, und man kann den nirgendwo anders mehr hinschicken.“ (HA6, weiblich, 52 Jahre)

„Ich denke, wir haben im Moment [...] das Problem "Termine finden beim Facharzt". Da warten die Patienten sehr lang. [...] Das kann dann auch schon mal dazu führen, dass ich sie dann ins Krankenhaus schicken muss [...].“ (HA4, weiblich, 58 Jahre)

3.4. Fähigkeit der Patientinnen und Patienten zur angemessenen Entscheidung

Die Hausärztinnen und Hausärzte äußerten sich heterogen im Hinblick auf die Frage nach der Fähigkeit der Patientinnen und Patienten, in akuten Situationen die adäquate Anlaufstelle auswählen zu können. In Bezug auf ältere Menschen wurde von mehreren Hausärztinnen und Hausärzten die Ansicht vertreten, dass diese in ihren Entscheidungen zur Inanspruchnahme tendenziell zurückhaltend seien und eher überlegt und angemessen handeln würden.

„Ich glaube alte Patienten, die alte Oma, der Opa, der überlegt sich das dreimal, ob er einen Arzt besucht. Der wartet ab, bis es nicht mehr geht.“ (HA10, männlich, 44 Jahre)

„[...] die Älteren [...]. Da sehe ich es auch selten, dass die [...] ohne Notfall da hin fahren. [...]. Da gehen die häufig in Notaufnahmen, wo ich dann sage: "Gut, das sind auch Indikationen, die dann da hin gehören [...]."“ (HA15, weiblich, 45 Jahre)

In einem Großteil der Interviews wurde dagegen die Patientinnen- und Patientenkompetenz zur Symptombewertung insgesamt - teils in Form sehr expliziter Kritik - als limitiert geschildert, insbesondere bei jüngeren Altersgruppen. Einzelne Hausärztinnen und Hausärzte sahen hier eine generell negative Tendenz bei der Gesundheitskompetenz. Defizite im Hinblick auf eine angemessene Selbstbewertung des Gesundheitszustandes der Patientinnen und Patienten wurden wiederholt als Grund für Notaufnahmekonsultationen in nicht-dringlichen Fällen thematisiert.

„Nicht besonders gut, würde ich sagen. [...] Die Patienten können das halt nicht einschätzen [...]. Die Patienten haben Null Kompetenz.“ (HA9, männlich, 53 Jahre)

„[...] was die jüngeren Patienten angeht, [...] nur bei 25 Prozent eine richtige Entscheidung. In der Richtung, dass viel zu schnell oder viel hektischer irgendwo ein Notdienst aufgesucht wird, wo es eigentlich nicht unbedingt erforderlich ist.“ (HA8, männlich, 56 Jahre)

„Die Kompetenz wird immer schlechter, zu entscheiden.“ (HA11, männlich, 60 Jahre)

Als potenzieller Faktor mit negativem Einfluss auf die Gesundheitskompetenz wurde unter anderem in den Interviews wiederholt das Internet genannt, welches nach Ansicht einiger Befragter tendenziell eine Quelle von bei der Symptomeinordnung wenig hilfreicher Gesundheitsinformationen darstellt und damit nachteiligen Einfluss auf die Krankheitswahrnehmung haben kann. Beunruhigende Informationen könnten in diesem Kontext nach Meinung einzelner Interviewpartnerinnen und Interviewpartner insbesondere bei besorgten Patientinnen und Patienten eine eskalierende Wirkung haben. Dabei wurde die Fähigkeit zu einer angemessenen patientinnen- und patientenseitigen Verarbeitung und Bewertung von Informationen medialen Ursprungs als eingeschränkt geschildert. Kritisch thematisiert wurden zudem mangelhafte medizinische Grundkenntnisse sowie eine unzulängliche gesundheitliche Aufklärung trotz der Verfügbarkeit eines großen Informationsangebots, insbesondere bei jüngeren Patientinnen und Patienten.

„Wie gesagt, dann wird heutzutage gegoogelt und dann: "Das ist ganz schlimm. Kann ganz schlimm werden [...] und es muss unbedingt geklärt werden am Sonnabend oder Freitagabend [...]." (HA8, männlich, 56 Jahre)

„[...] Leute sind viel hektischer und viel ängstlicher, weil sie dann irgendwo googeln und dann sehen, so schlimm kann es enden.“ (HA8, männlich, 56 Jahre)

„Sie können das nicht einschätzen, ob sie jetzt gerade eine seriöse Leitlinie gerade konsultiert haben oder irgendeinen Blog oder irgendeine Beschreibung vom Pharmahersteller, der Medikamente verkaufen will.“ (HA9, männlich, 53 Jahre)

„Da ist kein Gespür mehr. Die haben keine Ahnung mehr [...]. [...] Wie gesagt, die gesundheitliche Bildung der Patienten, die geht wirklich gegen Null.“ (HA14, weiblich, 54 Jahre)

Neben der individuellen gesundheitlichen Kompetenz der Patientinnen und Patienten kann nach Ansicht eines Hausarztes auch das soziale Umfeld einen wesentlichen Einfluss auf die Wahrnehmung und Einschätzung der Symptomatik haben.

„[...] wo immer noch mehr Leute dabei sind und darauf drängen, dass es etwas ganz Schlimmes ist.“ (HA9, männlich, 53 Jahre)

Ein beträchtlicher Teil der befragten Hausärztinnen und Hausärzte betonte darüber hinaus die einflussreiche Bedeutung der Arzt-Patienten-Beziehung für die Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten sowie die Rolle der Hausärztin bzw. des Hausarztes bei der Gesundheitsbildung. Individuelle gesundheitliche Aufklärung und Beratung wurden als potenziell deeskalierend für die Bewertung von Symptomen und die Vermeidung von Überinterpretation eingestuft. Einzelne Interviewte empfanden es als sehr wichtig, im Nachgang einer nicht-dringlichen Notaufnahmeverstellung mit der betreffenden Patientin bzw. dem Patienten über die Funktion und Aufgabenstellung der Notaufnahme zu sprechen und hier im Sinne einer Vermeidung zukünftiger unnötiger Konsultationen aufklärend Einfluss zu nehmen.

„In diesem Kontext ist mir schon wichtig, die Rolle der Hausärzte nochmal anders einzuschätzen. Ich glaube, da sind wir diejenigen, die die langjährigen und auch zum Teil intensiven Beziehungen zu unseren Patienten haben [...], die da auch am meisten bewirken können, weil wir den Patienten [...] viel besser steuern können als jeder andere Facharzt.“ (HA5, weiblich, 64 Jahre)

„Je mehr ich aufkläre, desto mehr weiß der Patient. [...] Je mehr er weiß, desto kompetenter wird er. [...] Wenn ich gut aufkläre, dann sind die Leute kompetenter. Und Aufklärung ist wichtig [...].“ (HA1, weiblich, 46 Jahre)

„[...] das Wichtigste ist Deeskalationspolitik [...], Banalitäten herunter zu kochen. Dinge nicht zu überinterpretieren und nicht Ängste zu schüren. Weil das führt dazu, dass die Leute dann doch nochmal zum Arzt gehen [...].“ (HA1, weiblich, 46 Jahre)

„Ich glaube, Patienten müssten mehr aufgeklärt werden, was Rettungsstellen [...] heute leisten können oder wollen oder sollen oder müssen.“ (HA12, weiblich, 51 Jahre)

4. Diskussion

4.1. Zusammenfassung der Ergebnisse

Die vorliegende Studie untersucht die Perspektive von Hausärztinnen und Hausärzten auf patientinnen- und patientenseitig initiierte Notaufnahmebesuche einerseits und die Motivation und Entscheidungsfindung im Kontext hausärztlicher Einweisungen in Notaufnahmen andererseits. Es wurden Beweggründe, Entscheidungsprozesse und Einflussfaktoren in qualitativen Experteninterviews mit hausärztlichen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern evaluiert. Es ergab sich ein komplexes Muster an Faktoren, welche aus Sicht der Befragten die Entscheidungen beider Seiten beeinflussen können. Gemeinsame Gesichtspunkte waren neben der *Attraktivität der Notaufnahmeversorgung* bestimmte *patientinnen- und patientenspezifische Faktoren* und *organisatorische Aspekte*. Als aus hausärztlicher Sicht prominentester Faktor für die *Attraktivität der Notaufnahmeversorgung* – sowohl mutmaßlich für Patientinnen und Patienten, als auch für ärztliche Einweiserinnen und Einweiser – zeigte sich in den Interviews die zeitnahe und umfassende Verfügbarkeit von erweiterten diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten. Im Hinblick auf *patientinnen- und patientenspezifische Faktoren* schien die Schwere und Dringlichkeit der Symptomatik sowie das Bedürfnis nach Beruhigung bzw. Absicherung in unklaren Situationen aus Sicht der ärztlichen Behandlerinnen und Behandler im Vordergrund zu stehen. Die befragten Hausärztinnen und Hausärzte thematisierten in diesem Kontext gesundheitsbezogene Ängste als wesentlichen Faktor für patientinnen- und patientenseitig initiierte Konsultation von Notaufnahmen. Zu den als wichtig angesehenen *organisatorischen Aspekten* gehörte unter anderem die Terminproblematik in der ambulanten, insbesondere spezialisierten Versorgung, aus der nach Meinung von Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmern sowohl von Patientinnen und Patienten selbst als auch ärztlich initiierte Notaufnahmeverstellungen resultieren können. Die Kompetenz der Patientinnen und Patienten, im Hinblick auf gesundheitliche Belange, insbesondere hinsichtlich einer adäquaten Einordnung der eigenen Symptomatik als Basis von Entscheidungen über eine Inanspruchnahme in akuten Beschwerdekongstellationen – wurde hausärztlicherseits häufig als eingeschränkt erlebt, dies wurde insbesondere im Zusammenhang mit jüngeren Patientinnen und Patienten thematisiert. Die Beratung der Patientinnen und Patienten durch Hausärztinnen und Hausärzte wurde als für die Kompetenz förderlicher Faktor beschrieben, dagegen sahen Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer die verfügbaren Gesundheitsinformationen aus Medien, insbesondere dem Internet, teils sehr kritisch.

4.2. Einordnung in den Forschungskontext

Die Themenfelder *Schwere und Dringlichkeit der Symptomatik*, *wahrgenommener Mangel an alternativen Optionen*, *Wunsch nach Beruhigung bzw. Absicherung*, sowie die *Rolle der gesundheitlichen*

Kompetenz sollen an dieser Stelle vertieft und in den Forschungskontext eingeordnet werden. Die genannten Aspekte zeichnen sich dadurch aus, dass sich in dem gewonnenen qualitativen Material Überschneidungen bei den von Hausärztinnen und Hausärzten berichteten Beweggründen und Entscheidungsprozessen im Kontext patientinnen- und patienteninitiiert einerseits sowie hausärztlich veranlasster Notaufnahmekonsultationen andererseits zeigen, die häufig über die „medizinische“ Frage eines Notfalls deutlich hinausgehen.

Schwere und Dringlichkeit der Symptomatik

Eine für die betroffenen Patientinnen und Patienten als schwerwiegend und/oder dringlich imponierende Symptomatik als bedeutender Auslösefaktor für Notaufnahmekonsultationen wird ebenso in anderen Arbeiten beschrieben (7, 8, 26) und erscheint angesichts des Versorgungsauftrags von Notaufnahmen insgesamt wenig überraschend. In diesem Kontext verwundert auch nicht, dass derart ausgelöste patientinnen- und patientenseitige Notaufnahmeverstellungen von Hausärztinnen und Hausärzten in der vorliegenden Untersuchung als in der Regel legitim und angemessen betrachtet wurden, zumal klinischer Schweregrad und Dringlichkeit ärztlicherseits in den Interviews ebenfalls als zentrale Determinanten von Einweisungsentscheidungen beschrieben wurden.

Wahrgenommener Mangel an alternativen Optionen

Ein weiterer paralleler Faktor, der nach Ansicht der in der vorliegenden Studie Befragten dazu führen kann, dass Patientinnen und Patienten wie auch Hausärztinnen und Hausärzte auf das Versorgungsangebot von Notaufnahme zurückgreifen, ist ein tatsächlicher oder wahrgenommener Mangel alternativer Anlaufstellen. Dies umfasst unter anderem Zugangsbarrieren in der primärärztlichen Versorgung, die auch in anderen Arbeiten als wichtiger Faktor für die Konsultation von Notaufnahmen beschrieben wurden, wobei neben einem zeitnahen Terminangebot (10) auch weitere infrastrukturell und organisatorisch bedingte Hindernisse (z. B. Verfügbarkeit von Praxen, Öffnungszeiten) eine Rolle zu spielen scheinen (27). Die Hausärztinnen und Hausärzte der vorliegenden Studie benannten hier insbesondere die fehlende Verfügbarkeit haus- und spezialärztlicher Versorgung an den Wochenenden oder außerhalb der regulären Öffnungszeiten von Arztpraxen sowohl als Ursachen patientinnen- und patienteninitiiert als auch hausärztlich veranlasster Notaufnahmekonsultationen. Die aus internationalen Kontexten berichteten spezifischen Zugangsbarrieren scheinen hier allerdings von den Gegebenheiten des jeweiligen Gesundheitswesens abhängig, so spiegeln sich beispielsweise in den Ergebnissen des Surveys von Hefner et al. (27) die Spezifika des US-amerikanischen Settings wider, u. a. bezüglich Unterschieden im Versicherungsstatus.

Ein Aufsuchen von Notaufnahmen durch Patientinnen und Patienten ohne hausärztliche Anbindung wurde analog zu den Interviews im Rahmen der vorliegenden Studie auch in der Kohortenstudie von McCusker et al. (28) thematisiert. Darüber hinaus spiegeln sich Notaufnahmekonsultationen durch

Patientinnen und Patienten, die aus verschiedenen Gründen nicht in der Lage sind ihre Hausärztin oder ihren Hausarzt zu erreichen bzw. aufzusuchen sowohl in den hausärztlichen Interviews, als auch in einer qualitativen Studie von Schmiedhofer et al. (7) wider, welche darüber hinaus deutliche Unterschiede hinsichtlich der Bemühungen der befragten Patientinnen und Patienten, einen ärztlichen Kontakt im niedergelassenen Bereich herzustellen, beschreiben.

In Abgrenzung zu expliziten Bequemlichkeitsmotiven schienen die im Rahmen der vorliegenden Studie befragten Hausärztinnen und Hausärzte patientinnen- und patientenspezifische organisatorische Probleme beim Zugang zu Angeboten der ambulanten Gesundheitsversorgung (z. B. Termine bei niedergelassenen Fachärzten) als tendenziell legitim zu beurteilen. Als Grund für eine solche Bewertung können wiederum die wahrgenommenen Schnittstellen zu den eigenen Entscheidungsprozessen im Rahmen von Einweisungen vermutet werden, auch hier wurden Schwierigkeiten bei der Realisierung von Konsultationen bei niedergelassenen ärztlichen Spezialistinnen und Spezialisten erörtert. Die Ergebnisse weisen demnach darauf hin, dass Vorkehrungen zur verbesserten Sicherstellung eines niedrigschwelligen und zeitnahen Zugangs zur hausärztlichen wie auch spezialisierten Versorgung im ambulanten Bereich potenziell zur Verhinderung organisatorisch getriggelter Notaufnahmekonsultationen beitragen könnten. Die in diesem Kontext bestehenden Bedarfe von Patientinnen und Patienten sowie Versorgerinnen und Versorgern sollten dazu im Rahmen weiterer wissenschaftlicher Untersuchungen detailliert erhoben werden. Dies ist Voraussetzung für die Planung optimierter Versorgungsangebote und der Evaluation von Akzeptanz, Machbarkeit und Wirksamkeit neuer Ansätze in zukünftigen Studien.

Zur Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung von Patientinnen und Patienten mit weniger dringlichen Behandlungsbedarf wurden international unterschiedliche Konzepte evaluiert. So wurden in den Niederlanden beispielsweise in Kooperation von hausärztlichen Versorgungsstrukturen (u. a. hausärztliche Kooperativen) mit Notaufnahmen Notfallzugangspunkte (Emergency Care Access Points, ECAP) eingerichtet, in deren Abläufen eine direkte Notaufnahmekonsultation mittels allgemeinmedizinischer Triage und gezielter Vermittlung hausärztlicher oder notfallmedizinischer Behandlung unterbunden wurde (29). Die Anzahl an Notaufnahmekonsultationen wurde dadurch reduziert (30). In Deutschland wurde aktuell vom SVR Gesundheit ein in wichtigen Aspekten (z. B. gemeinsame Anlaufstelle, im Gutachten als zentraler „Tresen“ beschrieben) mit dem ECAP vergleichbares Konzept für die nationale Akutversorgung empfohlen (3). So werden derzeit bereits in einem Teil von Kliniken sogenannte „Portalpraxen“ vorgehalten, in denen in Angliederung an die Notaufnahme und in Kooperation mit der kassenärztlichen Versorgung eine Umsteuerung von weniger dringlichen Fällen in eine primärärztliche Behandlung realisiert wird. Aktuell ist von politischer Seite an bestimmten Krankenhäusern die Einrichtung von „integrierten Notfallzentren“ (INZ) geplant, in denen das Prinzip des zentralen Anlauffresens umgesetzt wird, bestehende Portalpraxen sollen in INZ

überführt werden.¹⁰ Hinsichtlich der Kosteneffektivität neuer Dienstleistungskonzepte für die ambulante Versorgung bleibt jedoch unsicher, ob neue Angebotsstrukturen nicht potenziell ihrerseits zu einer gesteigerten Nachfrage beitragen können. Eine alternative Schwerpunktsetzung auf den Ausbau der Sprechstundenzeiten von Hausärztinnen und Hausärzten wird hier als möglicherweise wirtschaftlich nachhaltige Option diskutiert (31). Auch an dieser Stellschraube wird aktuell politisch angesetzt, so beispielsweise mit dem am 11. Mai 2019 in Kraft getretenen Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)¹¹, das neben einem Ausbau von Sprechzeiten auch eine Verpflichtung zu offenen Sprechstunden bei bestimmten Gruppen fachärztlicher Versorger vorsieht.

Wunsch nach Beruhigung bzw. Absicherung

Es gibt Hinweise aus anderen Arbeiten, dass angstassoziierte Faktoren, die zur patientinnen- bzw. patientenseitigen Inanspruchnahme von Notaufnahmen führen, bei der hausärztlichen Seite tendenziell auf Verständnis stoßen (13). Die Tatsache, dass der Wunsch nach Absicherung auch im Rahmen des ärztlichen Abwägungsprozesses vor einer Einweisungsentscheidung zentral ist, könnte einen Grund für diese hausärztliche Haltung darstellen. So thematisierten die befragten Hausärztinnen und Hausärzte in der vorliegenden Studie einerseits gesundheitsbezogene Angst als entscheidendes Motiv der Patientinnen und Patienten für das Aufsuchen von Notaufnahmen, was ebenfalls in internationalen Studien beschrieben wurde (7, 32), andererseits spiegelt sich auch in den Einweisungsmotiven der befragten Hausärztinnen und Hausärzte ärztliche Besorgnis und der Wunsch nach Absicherung wider. Dies zeigte sich nicht nur bezogen auf unklare medizinische Situationen, sondern auch hinsichtlich des Wunsches nach einer gesicherten lückenlosen Versorgung gerade in schwierigen sozialen Kontexten. Hier gehen die geschilderten hausärztlichen Entscheidungsprozesse im Kontext von Einweisungen häufig über rein medizinische Erwägungen hinaus, was beispielsweise auch in den qualitativen Interviews im Rahmen der Studie von Dempsey et al. (33) deutlich zum Ausdruck kommt. Hinsichtlich der Patientinnen- und Patientenmotive thematisierten die Interviewten nicht nur das konkret angstbesetzte Erleben der akut wahrgenommenen Probleme – häufig vergleichbar zur ebenfalls im deutschen Setting durchgeführten Querschnittstudie von Scherer et al. (26) dargestellt als symptombedingte Verunsicherung mit Angst vor möglichen gefährlichen Erkrankungen und Komplikationen – sondern auch eine generelle Besorgnis bezogen auf den gesundheitlichen Zustand. Über letzteres Motiv wird ebenfalls in der qualitativen Interviewstudie von Schmiedhofer et al. (7) berichtet.

¹⁰ Vgl. Mitteilung des Bundesministeriums für Gesundheit vom 22. Juli 2019, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/notfall-versorgung.html>, Zugriff am 15.08.2019

¹¹ Vgl. Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz, TSVG) Bundesgesetzblatt Nr. 18 vom 10.05.2019

Rolle der gesundheitlichen Kompetenz

Deutliche Kritik formulierten die befragten Hausärztinnen und Hausärzte in Bezug auf die gesundheitliche Kompetenz der Patientinnen und Patienten. Die Befragten schilderten häufig Eindrücke von Defiziten bei der patientinnen- und patientenseitigen Beurteilung des eigenen Gesundheitszustandes, wobei Informationen aus dem Internet und sonstigen Medien als wenig hilfreicher – weil potenziell irreführender und verunsichernder – Einflussfaktor bewertet wurden. In diesem Kontext weisen andere Arbeiten auf eine höhere Inanspruchnahme bei bestehender geringer gesundheitlicher Kompetenz (34, 35) und einem höheren Anteil möglicher vermeidbarer Notaufnahmekonsultationen in dieser Gruppe hin (9). In den Aussagen der hier befragten Hausärztinnen und Hausärzte wurden eine geringe Gesundheitskompetenz sowie dadurch mitbedingte nicht-dringliche Notaufnahmebesuche vorrangig in Bezug auf jüngere Patientinnen und Patienten problematisiert. Einige quantitative Studien beschrieben kongruent hierzu höhere Raten nicht-dringlicher Konsultationen bei jüngeren Altersgruppen (36, 37), andere qualitative und quantitative Untersuchungen betonen jedoch chronisch erkrankte Patientinnen und Patienten als für die Inanspruchnahme von Notaufnahmen bedeutsamere Population (38, 39). Die in den Interviews der vorliegenden Studie erkennbare Tendenz der Hausärztinnen und Hausärzte, insbesondere die jüngere Altersgruppe mit der Problematik nicht angemessener Inanspruchnahme von Notaufnahmen zu verbinden, könnte möglicherweise mit der empfundenen vergleichweisen Legitimität der Notaufnahmekonsultationen von chronisch Kranken im Gegensatz zu gesunden, jüngeren Patientinnen und Patienten erklärt werden. Zudem kann – obwohl in jüngeren Altersgruppen das Internet nachweislich stärker genutzt wird (40) – die in manchen Interviews angeklungene vermutete Kausalität von Medienkonsum und Mängeln der gesundheitlichen Kompetenz ohne wissenschaftliche Absicherung nur als Annahme betrachtet werden.

4.3. Stärken und Limitationen

Die qualitativen Interviews geben einen detaillierten und umfassenden Einblick in Entscheidungsprozesse und zugrundeliegende Motive von Patientinnen und Patienten sowie Hausärztinnen und Hausärzten im Kontext von Notaufnahmekonsultationen aus Sicht der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer. Das Material erlaubt außerdem eine Kontrastierung von Aspekten, die mutmaßlich patientinnen- und patientenseitige und ärztliche Entscheidungen zur Inanspruchnahme beeinflussen.

Zusammensetzung der Stichprobe

Faktoren wie das Alter, die vorhandene Berufserfahrung und das Geschlecht der Ärztinnen und Ärzte können ebenfalls Auswirkungen auf die Ergebnisse haben. So kann eine längere berufliche Erfahrung und die damit verbundene Versorgung einer größeren Gruppe an Patientinnen und Patienten die Sicht der Hausärztinnen und Hausärzte auf Motive und Kompetenzen beeinflussen. Ebenso werden in der

Literatur geschlechtsspezifische Unterschiede im Einweisungsverhalten berichtet (41). Eine entsprechende Betrachtung dieser Gesichtspunkte im vorliegenden qualitativen Material wäre aufgrund der resultierenden kleinen Subgruppen jedoch nicht statthaft.

Leitfaden und Auswertung

Im Hinblick auf methodische Limitation der vorliegenden Studie sollte außerdem auf den tendenziell kognitiven Charakter der verwendeten Interviewfragen eingegangen werden (vergleiche Leitfaden Tabelle 1), welcher bei den Befragten gegebenenfalls eine tiefergehende Darstellung persönlicher Wahrnehmungen und Vorstellungen eingeschränkt haben könnte. Dies könnte vor allem bei der Betrachtung von Einweisungsentscheidungen relevant sein. Die Konzentration auf die vorwiegend rationalen Aspekte ermöglichte jedoch erst den Vergleich von ärztlichen und zugeschriebenen patientinnen- und patientenseitigen Motiven. Diesbezüglich hätte der verwendete ärztliche Blick „aus zweiter Hand“ auf die Patientinnen- und Patientenperspektive die Einbeziehung tieferer emotionaler Ebenen per se nicht erlaubt. Die Verwendung eines semi-strukturierten Leitfadens stellte im Rahmen der Auswertung eine gewisse Vergleichbarkeit der Interviews sicher. Durch den festgelegten Ablauf und die eindeutige Definition von Kategorien ermöglichte die qualitative Inhaltsanalyse ein strukturiertes und für Dritte nachvollziehbares Vorgehen. Verzerrungen durch Interviewer oder Researcher Bias wurden durch regelmäßige Reflexionen und Diskussionen des Teams sowie mit nicht an der Studie beteiligten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern im Auswertungsprozess entgegengewirkt. Zur Steigerung der Validität der Ergebnisse wurde – wie bereits bei der Darstellung der Methodik erwähnt – zusätzlich eine zweite Kodierung für einen Teil des Materials durchgeführt.

Patientinnen- und Patientenperspektive aus hausärztlicher Sicht

Eine Besonderheit der vorliegenden Studie ist die Untersuchung der Patientinnen- und Patientenmotive aus Sicht von Hausärztinnen und Hausärzten. Ein solcher Ansatz beinhaltet sowohl bestimmte Vor- als auch Nachteile. So könnte die Befragung von Hausärztinnen und Hausärzten zu den Motiven der Patientinnen und Patienten dazu führen, dass aus Vermutungen und Annahmen der Expertinnen und Experten ein unvollständiges oder in Teilen verzerrtes Bild entsteht, weshalb im Hinblick auf die Ergebnisse ein gewisses Maß an Vorsicht geboten ist. Darüber hinaus können die befragten Hausärztinnen und Hausärzte nur von persönlichen Erfahrungen mit Patientinnen und Patienten berichten, die in ihren Praxen vorstellig werden. Patientinnen und Patienten, die keine Anbindung an eine hausärztliche Praxis haben, werden nicht erfasst. Dennoch bietet der gewählte Forschungszugang auch nicht zu unterschätzende Vorteile. So fokussiert sich die Sichtweise der Hausärztinnen und Hausärzte auf eine große Anzahl an Fällen und Fallkonstellationen, die die befragten Expertinnen und Experten im Zuge ihrer meist langjährigen ärztlichen Tätigkeit erlebt haben. Damit verfügen die Befragten

über Erfahrungen, die auch Veränderungen im Verlauf der Praxisjahre beinhalten und eine weitergehende Perspektive ermöglichen, die in einer auf Patientinnen- und Patienteninterviews basierenden Studie nicht enthalten wäre. So wird im Gegensatz zu Patientinnen- und Patienteninterviews vermieden, nur die begrenzten Einzelfälle einfließen zu lassen, was eine Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse einschränken würde. Hausärztinnen und Hausärzte sind außerdem durch die häufig langjährige Betreuung und Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten mutmaßlich in der Lage, deren gesundheitliche Kompetenz mit einem gewissen Grad an Sicherheit einzuschätzen und die im Rahmen der Betreuung erlebten Denk- und Entscheidungsprozesse zu schildern und zu reflektieren. Als Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sind sie zudem mit Strukturen und Prozessen im Gesundheitssystem vertraut, was für das Verständnis von Abläufen der Inanspruchnahme von Bedeutung ist.

5. Schlussfolgerungen

Die vorliegende Arbeit möchte einen Beitrag zur Erforschung der möglichen Gründe steigender Notaufnahmekonsultationen aus Perspektive der Primärversorgung leisten. Sie konnte aufzeigen, dass ein komplexes Muster an Faktoren die Entscheidungsprozesse und zugrundeliegenden Motive von Patientinnen und Patienten sowie Hausärztinnen und Hausärzten im Kontext der Konsultation von Notaufnahmen beeinflussen kann. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass zur Verminderung nicht-dringlicher Notaufnahmekonsultationen angebotsseitig eine Reduzierung organisatorischer Engpässe in der ambulanten Versorgung (begrenzte Sprechstunden, Terminproblematik) einen wichtigen Ansatzpunkt darstellen könnte. Patientinnen- und patientenseitige sowie primär- und spezialärztliche Bedarfe sollten zur Sicherstellung eines niederschweligen und zeitnahen Zugangs zur hausärztlichen wie auch spezialisierten Versorgung im Rahmen weiterer wissenschaftlicher Studien detailliert erhoben werden. Ebenso erscheint eine Stärkung der individuellen Gesundheitskompetenz nachfrageseitig bedeutsam, wobei der hausärztlichen Beratung eine relevante Rolle zukommt.

Literaturverzeichnis

1. Oslislo S, Heintze C, Schmiedhofer M, Möckel M, Schenk L, Holzinger F. How to decide adequately? Qualitative study of GPs' view on decision-making in self-referred and physician-referred emergency department consultations in Berlin, Germany. *BMJ Open*. 2019;9:e026786.
2. Pines JM, Hilton JA, Weber EJ, Alkemade AJ, Al Shabanah H, Anderson PD, Bernhard M, Bertini A, Gries A, Ferrandiz S, Kumar VA, Harjola VP, Hogan B, Madsen B, Mason S, Ohlén G, Rainer T, Rathlev N, Revue E, Richardson D, Sattarian M, Schull MJ. International perspectives on emergency department crowding. *Acad Emerg Med*. 2011;18(12):1358-70.
3. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018 [Internet]. Bonn/Berlin: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen; 2018 [zitiert am 20.10.2019]. Verfügbar unter: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten_2018_WEBSEITE.pdf
4. Bernstein SL, Aronsky D, Duseja R, Epstein S, Handel D, Hwang U, McCarthy M, John McConnell K, Pines JM, Rathlev N, Schafermeyer R, Zwemer F, Schull MJ, Asplin BR; Society for Academic Emergency Medicine, Emergency Department Crowding Task Force. The effect of emergency department crowding on clinically oriented outcomes. *Acad Emerg Med*. 2009;16(1):1-10.
5. Guttman A, Schull MJ, Vermeulen MJ, Stukel TA. Association between waiting times and short term mortality and hospital admission after departure from emergency department: population based cohort study from Ontario, Canada. *BMJ*. 2011;342:d2983.
6. Kraaijvanger N, Van Leeuwen H, Rijpsma D, Edwards M. Motives for self-referral to the emergency department: a systematic review of the literature. *BMC Health Serv Res*. 2016;16(1):685.
7. Schmiedhofer M, Möckel M, Slagman A, Frick J, Ruhla S, Searle J. Patient motives behind low-acuity visits to the emergency department in Germany: a qualitative study comparing urban and rural sites. *BMJ Open*. 2016;6(11):e013323.
8. Kraaijvanger N, Rijpsma D, Van Leeuwen H, Edwards M. Self-referrals in the emergency department: reasons why patients attend the emergency department without consulting a general practitioner first-a questionnaire study. *Int J Emerg Med*. 2015;8(1):46.
9. Balakrishnan MP, Herndon JB, Zhang J, Payton T, Shuster J, Carden DL. The Association of Health Literacy With Preventable Emergency Department Visits: A Cross-sectional Study. *Acad Emerg Med*. 2017;24(9):1042-50.
10. Cowling TE, Cecil EV, Soljak MA, Lee JT, Millett C, Majeed A, Wachter RM, Harris MJ. Access to primary care and visits to emergency departments in England: a cross-sectional, population-based study. *PLoS One*. 2013;8(6):e66699.
11. Masso M, Bezzina AJ, Siminski P, Middleton R, Eagar K. Why patients attend emergency departments for conditions potentially appropriate for primary care: reasons given by patients and clinicians differ. *Emerg Med Australas*. 2007;19(4):333-40.
12. Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, Saltman RB. Building primary care in a changing Europe [Internet]. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2015. Observatory Studies Series; Nr. 38 [zitiert am 20.10.2019]. Verfügbar unter: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/271170/BuildingPrimaryCareChangingEurope.pdf

13. Schmiedhofer M, Searle J, Slagman A, Frick J, Ruhla S, Möckel M. Bedeutung der Notaufnahme für die ambulante medizinische Versorgung in einer ruralen Region in Sachsen-Anhalt: Qualitative Befragung von Patienten und Hausärzten. *Dtsch Med Wochenschr.* 2017;142(10):e61-e73.
14. Bruyninckx R, Van den Bruel A, Hannes K, Buntinx F, Aertgeerts B. GPs' reasons for referral of patients with chest pain: a qualitative study. *BMC Fam Pract.* 2009;10:55.
15. Schmiedhofer M, Inhoff T, Krobisch V, Schenk L, Rose M, Holzinger F, Keil T, Müller-Werdan U, Günster C, Möckel M; für die EMANet-Studygroup. EMANET - Regionales Netzwerk für Versorgungsforschung in der Notfall- und Akutmedizin. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes.* 2018;135-136:81-8.
16. Sundmacher L, Fischbach D, Schüttig W, Naumann C, Augustin U, Faisst C. Which hospitalisations are ambulatory care-sensitive, to what degree, and how could the rates be reduced? Results of a group consensus study in Germany. *Health Policy.* 2015;119(11):1415-23.
17. Weissman JS, Gatsonis C, Epstein AM. Rates of avoidable hospitalization by insurance status in Massachusetts and Maryland. *JAMA.* 1992;268(17):2388-94.
18. Sundmacher L, Schüttig W, Faisst C. Ein konsentierter deutscher Katalog ambulant-sensitiver Diagnosen [Internet]. Berlin: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi); 2015. Versorgungsatlas-Bericht; Nr. 15/18 [zitiert am 20.10.2019]. Verfügbar unter: https://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/69/VA-69-ASK-Diagnosekatalog-final.pdf
19. Meyer T, Karbach U, Holmberg C, Güthlin C, Patzelt C, Stamer M; für die Arbeitsgruppe Qualitative Methoden des DNVF. Qualitative Studien in der Versorgungsforschung – Diskussionspapier, Teil 1: Gegenstandsbestimmung. *Gesundheitswesen.* 2012;74(8/9):510-5.
20. Helfferich C. Leitfaden- und Experteninterviews. In: Baur N & Blasius J, Hrsg. *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung.* 2. Auflage. Wiesbaden: Springer Verlag; 2019. S. 669-686.
21. Patton MQ. *Qualitative Research and Evaluation Methods.* 3. Auflage. Thousand Oaks: Sage Publications; 2002.
22. Pfadenhauer M. Auf gleicher Augenhöhe reden. Das Expteninterview - ein Gespräch zwischen Experte und Quasi-Experte. In: Bogner A, Littig B & Menz W, Hrsg. *Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung.* 2. Auflage. Wiesbaden: Springer Verlag; 2005. S. 113-130.
23. Saunders B, Sim J, Kingstone T, Baker S, Waterfield J, Bartlam B, Burroughs H, Jinks C. Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. *Qual Quant.* 2018;52(4):1893-907.
24. Mayring P. *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken.* 12. Auflage. Weinheim/Basel: Beltz Verlag; 2015.
25. Schreier M. *Qualitative Content Analysis in Practice.* London: Sage Publications; 2012.
26. Scherer M, Lühmann D, Kazek A, Hansen H, Schäfer I. Patients Attending Emergency Departments. *Dtsch Arztebl Int.* 2017;114(39):645-52.
27. Hefner JL, Wexler R, McAlearney AS. Primary care access barriers as reported by nonurgent emergency department users: implications for the US primary care infrastructure. *Am J Med Qual.* 2015;30(2):135-40.

28. McCusker J, Tousignant P, Borgès Da Silva R, Ciampi A, Lévesque JF, Vadeboncoeur A, Sanche S. Factors predicting patient use of the emergency department: a retrospective cohort study. *CMAJ*. 2012;184(6):E307-16.
29. Thijssen WA, Van Mierlo E, Willekens M, Rebel J, Sandel MH, Giesen P, Wensing M. Complaints and Diagnoses of Emergency Department Patients in the Netherlands: A Comparative Study of Integrated Primary and Emergency Care. *PLoS One*. 2015;10(7):e0129739.
30. Thijssen WA, Wijnen-van Houts M, Koetsenruijter J, Giesen P, Wensing M. The impact on emergency department utilization and patient flows after integrating with a general practitioner cooperative: an observational study. *Emerg Med Int*. 2013;2013:364659.
31. Tan S, Mays N. Impact of initiatives to improve access to, and choice of, primary and urgent care in the England: a systematic review. *Health Policy*. 2014;118(3):304-15.
32. Agarwal S, Banerjee J, Baker R, Conroy S, Hsu R, Rashid A, Camosso-Stefinovic J, Sinfield P, Habiba M. Potentially avoidable emergency department attendance: interview study of patients' reasons for attendance. *Emerg Med J*. 2012;29(12):e3.
33. Dempsey OP, Bekker HL. 'Heads you win, tails I lose': a critical incident study of GPs' decisions about emergency admission referrals. *Fam Pract*. 2002;19(6):611-6.
34. Griffey RT, Kennedy SK, D'Agostino McGowan L, Goodman M, Kaphingst KA. Is low health literacy associated with increased emergency department utilization and recidivism? *Acad Emerg Med*. 2014;21(10):1109-15.
35. Baker DW, Gazmararian JA, Williams MV, Scott T, Parker RM, Green D, Ren J, Peel J. Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees. *Am J Public Health*. 2002;92(8):1278-83.
36. Bianco A, Pileggi C, Angelillo IF. Non-urgent visits to a hospital emergency department in Italy. *Public Health*. 2003;117(4):250-5.
37. Carret MLV, Fassa AG, Kawachi I. Demand for emergency health service: factors associated with inappropriate use. *BMC Health Serv Res*. 2007;7(1):131.
38. Swenson DJ, Zanetti C, Daly ER, Montero JT. Novel Emergency Department High Utilizer Surveillance In New Hampshire. *Online J Public Health Inform*. 2013;5(1):e191.
39. Hsia RY, Nath JB, Baker LC. California emergency department visit rates for medical conditions increased while visit rates for injuries fell, 2005-11. *Health Aff (Millwood)*. 2015;34(4):621-6.
40. Deutsches Bundesamt für Statistik. Durchschnittliche Nutzung des Internets durch Personen nach Altersgruppen [Internet]. Wiesbaden: Deutsches Bundesamt für Statistik; 2018 [zitiert am 20.10.2019]. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Einkommen-Konsum-Lebensbedingungen/IT-Nutzung/Tabellen/durchschnittl-nutzung-alter-ikt.html>
41. Ingram JC, Calnan MW, Greenwood RJ, Kemple T, Payne S, Rossdale M. Risk taking in general practice: GP out-of-hours referrals to hospital. *Br J Gen Pract*. 2009;59(558):e16-24.

Eidesstattliche Versicherung

„Ich, Sarah Oslislo, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: „Hausärztliche Sicht auf Entscheidungsprozesse im Kontext von Notaufnahmekonsultationen / GPs‘ view on decision-making processes in the context of emergency department consultations“ selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) werden von mir verantwortet.

Ich versichere ferner, dass ich die in Zusammenarbeit mit anderen Personen generierten Daten, Datenauswertungen und Schlussfolgerungen korrekt gekennzeichnet und meinen eigenen Beitrag sowie die Beiträge anderer Personen korrekt kenntlich gemacht habe (siehe Anteilserklärung). Texte oder Textteile, die gemeinsam mit anderen erstellt oder verwendet wurden, habe ich korrekt kenntlich gemacht.

Meine Anteile an etwaigen Publikationen zu dieser Dissertation entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit dem Erstbetreuer, angegeben sind. Für sämtliche im Rahmen der Dissertation entstandenen Publikationen wurden die Richtlinien des ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors; www.icmje.org) zur Autorenschaft eingehalten. Ich erkläre ferner, dass mir die Satzung der Charité – Universitätsmedizin Berlin zur Sicherung Guter Wissenschaftlicher Praxis bekannt ist und ich mich zur Einhaltung dieser Satzung verpflichte.

Weiterhin versichere ich, dass ich diese Dissertation weder in gleicher noch in ähnlicher Form bereits an einer anderen Fakultät eingereicht habe.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§§156, 161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.“

Datum

Unterschrift

Anteilserklärung an der erfolgten Publikation

Sarah Oslislo hatte als Corresponding Author folgenden Anteil an der folgenden Publikation:

Publikation: Sarah Oslislo, Christoph Heintze, Martina Schmiedhofer, Martin Möckel, Liane Schenk, Felix Holzinger. How to decide adequately? Qualitative study of GPs' view on decision-making in self-referred and physician-referred emergency department consultations in Berlin, Germany, *BMJ Open*, 2019 – **Impact Faktor: 2,413**

Beitrag im Einzelnen:

Sarah Oslislo (SO) entwickelte gemeinsam mit Felix Holzinger (FH), dem Koordinator der E-MACROSS Studie, das Studienprotokoll, welches unter anderem Methoden und Forschungsfragen zum qualitativen Forschungsmodul enthält. Sie war maßgeblich für die Erarbeitung des Datenschutzes des qualitativen Forschungsmoduls verantwortlich. Ebenso war sie durch umfassende Literaturrecherche und theoretische Überlegungen an der Erstellung des Interviewleitfadens beteiligt, welcher nach weiteren Evaluierungen im Team sowie Diskussionen in einer interdisziplinären Forschungsgruppe für qualitative Methoden am Institut für Allgemeinmedizin gemeinsam mit FH überarbeitet wurde.

Die Rekrutierung der Hausärztinnen und Hausärzte oblag ebenfalls ihrem Aufgabenbereich. Dies umfasste, neben der Erstellung und Versendung eines Informationsschreibens, auch die telefonische und schriftliche Vereinbarung von Interviewterminen mit den jeweiligen Teilnehmerinnen und Teilnehmern. Die Festlegung der Samplingstrategie sowie die Auswahl der entsprechenden Determinanten erfolgten in Absprache mit FH.

SO befragte alle 15 Teilnehmerinnen und Teilnehmer, zeichnete die Interviews audiografisch auf und transkribierte diese anschließend mit Hilfe der Software MAXQDA. Zu Beginn hielt sie demografische Parameter in Form von Eckdatenblättern fest und fertigte im Verlauf der Gespräche Feldnotizen an, die sie im Anschluss in Form von Postskripten verschriftlichte. Die weitere Überarbeitung des Leitfadens zu Beginn der Interviewphase oblag zudem SO.

Federführend übernahm diese auch die Auswertung der Interviews. Dies beinhaltete die Erstellung eines ausdifferenzierten Kategoriensystems mit Definitionen, Ankerbeispielen, Ober- und Unterkategorien sowie die Kodierung sämtlichen Datenmaterials. Nach einer weiteren, unabhängigen Kodierung einzelner Interviews durch FH sowie einer Diskussion des Kategoriensystems mit einer qualitativen Forscherin des EMANet Konsortiums und innerhalb der interdisziplinären Forschungsgruppe für qualitative Methoden am Institut für Allgemeinmedizin erfolgte eine gemeinsame Überarbeitung der Kategorien und deren Definitionen. Anschließend fand eine erneute Kodierung der Interviews auf Grundlage des überarbeiteten Kategoriensystems durch SO statt.

SO verfasste den ersten Entwurf der Publikation, welcher bereits die Tabelle zu den Charakteristika

der Teilnehmerinnen und Teilnehmer sowie die Box zum Leitfadenausschnitt beinhaltete. Die Auswahl der aufgeführten Zitate und deren Verschriftlichung in weiteren Tabellen bzw. Boxen fand ebenfalls durch SO statt. Die Strukturierung des Ergebnisteils durch Kategorisierung der Inhalte oblag ihr ebenso wie die Formulierung des Diskussionsteils mit Recherche und Auswahl der Vergleichsliteratur. Die weitere Überarbeitung der Publikation erfolgte gemeinsam mit FH. Nach Anmerkungen der Co-Autorinnen und Co-Autoren und im Zuge des Peer-Review-Prozesses durch das BMJ Open wurde in Zusammenarbeit die endgültige Version erstellt.

Unterschrift der Doktorandin

Auszug aus der Journal Summary List – Medicine, General and Internal (20.10.2019)

Journal Data Filtered By: **Selected JCR Year: 2017** Selected Editions: SCIE,SSCI
 Selected Categories: **“MEDICINE, GENERAL and INTERNAL”**
 Selected Category Scheme: WoS
Gesamtanzahl: 154 Journale

| Rank | Full Journal Title | Total Cites | Journal Impact Factor | Eigenfactor Score |
|------|--|-------------|-----------------------|-------------------|
| 1 | NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE | 332,830 | 79.258 | 0.702000 |
| 2 | LANCET | 233,269 | 53.254 | 0.435740 |
| 3 | JAMA-JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION | 148,774 | 47.661 | 0.299960 |
| 4 | BMJ-British Medical Journal | 109,303 | 23.259 | 0.150320 |
| 5 | JAMA Internal Medicine | 11,840 | 19.989 | 0.076280 |
| 6 | ANNALS OF INTERNAL MEDICINE | 53,689 | 19.384 | 0.099140 |
| 7 | Nature Reviews Disease Primers | 1,559 | 16.071 | 0.007250 |
| 8 | Journal of Cachexia Sarcopenia and Muscle | 2,207 | 12.511 | 0.005180 |
| 9 | PLOS MEDICINE | 24,232 | 11.675 | 0.058710 |
| 10 | BMC Medicine | 12,000 | 9.088 | 0.041600 |
| 11 | MAYO CLINIC PROCEEDINGS | 13,828 | 7.199 | 0.025970 |
| 12 | Cochrane Database of Systematic Reviews | 62,332 | 6.754 | 0.167260 |
| 12 | JOURNAL OF INTERNAL MEDICINE | 10,327 | 6.754 | 0.016070 |
| 14 | CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION JOURNAL | 14,191 | 6.210 | 0.016510 |
| 15 | Journal of Clinical Medicine | 1,673 | 5.583 | 0.005320 |
| 16 | AMERICAN JOURNAL OF MEDICINE | 25,399 | 5.117 | 0.026830 |
| 17 | Translational Research | 3,416 | 4.880 | 0.009000 |
| 18 | ANNALS OF FAMILY MEDICINE | 4,711 | 4.540 | 0.011480 |
| 19 | MEDICAL JOURNAL OF AUSTRALIA | 11,255 | 4.227 | 0.013820 |
| 20 | AMERICAN JOURNAL OF PREVENTIVE MEDICINE | 20,455 | 4.127 | 0.039330 |

| Rank | Full Journal Title | Total Cites | Journal Impact Factor | Eigenfactor Score |
|------|--|-------------|-----------------------|-------------------|
| 21 | AMYLOID-JOURNAL OF PROTEIN FOLDING DISORDERS | 1,262 | 4.048 | 0.002420 |
| 22 | JOURNAL OF GENERAL INTERNAL MEDICINE | 17,822 | 4.005 | 0.028500 |
| 23 | Deutsches Arzteblatt International | 3,673 | 3.890 | 0.006940 |
| 24 | PALLIATIVE MEDICINE | 4,636 | 3.780 | 0.008580 |
| 25 | PREVENTIVE MEDICINE | 14,479 | 3.483 | 0.027380 |
| 26 | BRITISH MEDICAL BULLETIN | 4,242 | 3.356 | 0.003660 |
| 27 | European Journal of Internal Medicine | 4,068 | 3.282 | 0.008880 |
| 28 | BRITISH JOURNAL OF GENERAL PRACTICE | 5,766 | 3.261 | 0.008830 |
| 29 | JOURNAL OF PAIN AND SYMPTOM MANAGEMENT | 9,734 | 3.249 | 0.013980 |
| 30 | QJM-AN INTERNATIONAL JOURNAL OF MEDICINE | 5,821 | 3.204 | 0.005040 |
| 31 | AMERICAN JOURNAL OF CHINESE MEDICINE | 2,983 | 3.120 | 0.002770 |
| 32 | EUROPEAN JOURNAL OF CLINICAL INVESTIGATION | 6,089 | 3.086 | 0.007910 |
| 33 | ANNALS OF MEDICINE | 4,276 | 3.007 | 0.005640 |
| 34 | MINERVA MEDICA | 726 | 2.863 | 0.000900 |
| 35 | PAIN MEDICINE | 6,123 | 2.782 | 0.012240 |
| 36 | CURRENT MEDICAL RESEARCH AND OPINION | 7,244 | 2.665 | 0.010960 |
| 37 | Polish Archives of Internal Medicine- Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej | 1,157 | 2.658 | 0.001960 |
| 38 | JOURNAL OF THE ROYAL SOCIETY OF MEDICINE | 3,927 | 2.654 | 0.003270 |
| 39 | MEDICAL CLINICS OF NORTH AMERICA | 2,779 | 2.577 | 0.003270 |
| 40 | Journal of the American Board of Family Medicine | 3,190 | 2.515 | 0.006480 |

| Rank | Full Journal Title | Total Cites | Journal Impact Factor | Eigenfactor Score |
|------|---|-------------|-----------------------|-------------------|
| 41 | Internal and Emergency Medicine | 1,701 | 2.453 | 0.004330 |
| 42 | JOURNAL OF THE FORMOSAN MEDICAL ASSOCIATION | 3,090 | 2.452 | 0.004170 |
| 43 | BMJ Open | 18,367 | 2.413 | 0.084700 |
| 44 | Archives of Medical Science | 2,229 | 2.344 | 0.004820 |
| 45 | Journal of Hospital Medicine | 2,687 | 2.331 | 0.009520 |
| 46 | International Journal of Medical Sciences | 2,815 | 2.284 | 0.006210 |
| 47 | JOURNAL OF MEDICAL ECONOMICS | 1,814 | 2.264 | 0.005720 |
| 48 | SAMJ SOUTH AFRICAN MEDICAL JOURNAL | 3,937 | 2.163 | 0.005030 |
| 49 | KOREAN JOURNAL OF INTERNAL MEDICINE | 1,536 | 2.131 | 0.002910 |
| 50 | PANMINERVA MEDICA | 585 | 2.102 | 0.000810 |
| 51 | JOURNAL OF WOMENS HEALTH | 4,719 | 2.097 | 0.009590 |
| 52 | POSTGRADUATE MEDICAL JOURNAL | 5,388 | 2.078 | 0.003970 |
| 53 | POSTGRADUATE MEDICINE | 2,195 | 2.057 | 0.003730 |
| 54 | BMC Family Practice | 3,512 | 2.032 | 0.008810 |
| 55 | JOURNAL OF INVESTIGATIVE MEDICINE | 1,549 | 2.029 | 0.002550 |
| 56 | MEDICINE | 18,707 | 2.028 | 0.045680 |
| 57 | INTERNATIONAL JOURNAL OF CLINICAL PRACTICE | 5,309 | 2.000 | 0.007460 |
| 58 | AMERICAN FAMILY PHYSICIAN | 6,229 | 1.974 | 0.005000 |
| 59 | UPSALA JOURNAL OF MEDICAL SCIENCES | 884 | 1.971 | 0.001930 |
| 60 | World Journal of Clinical Cases | 692 | 1.931 | 0.002130 |
| 61 | SWISS MEDICAL WEEKLY | 3,103 | 1.928 | 0.005830 |
| 62 | CANADIAN FAMILY PHYSICIAN | 3,047 | 1.833 | 0.004280 |

BMJ Open How to decide adequately? Qualitative study of GPs' view on decision-making in self-referred and physician-referred emergency department consultations in Berlin, Germany

Sarah Oslislo,¹ Christoph Heintze,¹ Martina Schmiedhofer,² Martin Möckel,^{2,3} Liane Schenk,⁴ Felix Holzinger¹

To cite: Oslislo S, Heintze C, Schmiedhofer M, et al. How to decide adequately? Qualitative study of GPs' view on decision-making in self-referred and physician-referred emergency department consultations in Berlin, Germany. *BMJ Open* 2019;9:e026786. doi:10.1136/bmjopen-2018-026786

► Prepublication history for this paper is available online. To view these files, please visit the journal online (<http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026786>).

Received 19 September 2018
Revised 19 February 2019
Accepted 21 February 2019



© Author(s) (or their employer(s)) 2019. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use. See rights and permissions. Published by BMJ.

For numbered affiliations see end of article.

Correspondence to
Sarah Oslislo;
sarah.oslislo@charite.de

ABSTRACT

Objectives Patients with acute symptoms present not only to general practitioners (GPs), but also frequently to emergency departments (EDs). Patients' decision processes leading up to an ED self-referral are complex and supposed to result from a multitude of determinants. While they are key providers in primary care, little is known about GPs' perception of such patients. This qualitative study explores the GPs' view regarding motives and competences of patients self-referring to EDs, and also GPs' rationale for or against physician-initiated ED referrals.

Design Qualitative study with semi-structured, face-to-face interviews; qualitative content analysis.

Setting GP practices in Berlin, Germany.

Participants 15 GPs (female/male: 9/6; mean age 53.6 years).

Results The interviewed GPs related a wide spectrum of factors potentially influencing their patients' decision to visit an ED, and also their own decision-making in potential referrals. Considerations go beyond medical urgency. Statements concerning patients' surmised rationale corresponded to GPs' reasoning in a variety of important areas. For one thing, the timely availability of an extended spectrum of diagnostic and therapeutic options may make ED services attractive to both. Access difficulties in the ambulatory setting were mentioned as additional triggers for an ED visit initiated by a patient or a GP. Key patient factors like severity of symptoms and anxiety also play a major role; a desire for reassurance may lead to both self-referred and physician-initiated ED visits. Patients' health competence was prevalently depicted as limited, with the internet as an important influencing factor. Counselling efforts by GP were described as crucial for improving health literacy.

Conclusions Health education could hold promise when aiming to reduce non-urgent ED consultations. Primary care providers are in a key position here. Amelioration of organisational shortages in ambulatory care, for example, limited consultation hours, might also make an important impact, as these trigger both self-referrals and GP-initiated ED referrals.

Trial registration number DRKS00011930.

Strengths and limitations of this study

- This qualitative study explores the perspective of primary care providers on self-referred and physician-initiated emergency department (ED) consultations.
- Interviews gave detailed and profound insights into decision-making processes and the underlying complex set of considerations.
- A particular feature of the study is the incorporation of the provider perspective on both patients' and physicians' motivations leading up to ED consultations.
- Deriving estimations of patients' motives from provider interviews is prone to conjecture, hence a measure of caution is warranted in regard to inferences.
- Although ED crowding is an international phenomenon, transferability of study results to other settings may be limited, as characteristics of the healthcare system and the specifics of the metropolitan location have influence on consultation patterns.

INTRODUCTION

Patterns of healthcare utilisation are in transition. Especially, in metropolitan settings like Berlin, patients often use more than one care sector and may present either to their general practitioner (GP) or to a hospital emergency department (ED) in case of acute symptoms.^{1,2} Out-of-hours care in Berlin is principally provided by statutory health insurance physicians. Services include a triage and counselling hotline, a home visit service and two hospital-based urgent care centres. More severe emergencies are handled by the Fire Brigade's ambulance rescue service. However, patients are at liberty to self-refer to a hospital ED any time, without having to call a hotline or consult a GP before. While part of these patients may in fact be severely ill and subsequently require inpatient treatment, a

large proportion of ED visits results in exclusively ambulatory treatment.³ ED utilisation by non-urgent patients represents a growing phenomenon, contributing to crowding and time shortage in ED workflow,^{4,5} as such patients tie up resources and may even endanger timely treatment of critically ill patients.^{6–9} Scientific data suggest a detrimental effect of ED crowding and subsequent longer ED waiting times on hard endpoints like short-term mortality of both patients admitted to hospital and ED outpatients. Thus, the potential impact of efforts to reduce ED utilisation by non-urgent cases is substantial, as such cases are considered to account for a high proportion (up to >60%) of ED patient load, depending on study and setting.^{10–12} In Germany, the current true total number of ED treatments is quite difficult to estimate, as there are no official comprehensive nationwide statistics.¹³ However, the data sources available suggest a steady rise in total ED consultations over a decade,¹⁴ and also a growing proportion of ED outpatient treatments.^{14,15}

Consultation reasons of self-referring patients have been evaluated in a number of recent studies,^{10,16–19} and utilisation is considered to result from a complex set of motivations, encompassing a lack of connection to continuous primary care, the convenience of low-threshold ED access or the surmised availability of advanced diagnostic options in the hospital setting.^{10–21} Nescience concerning alternative care facilities for acute illness—or the lack of such alternative offers in the ambulatory care sector—may also play a role for patients self-referring to ED,^{13,22} as well as patients' health literacy, which is an important prerequisite for appraising their own symptoms adequately.^{23,24}

There are comparatively few current publications on the views of primary healthcare providers^{18,21,25–27} regarding patient-initiated ED consultations, which is surprising considering the GP's key position in patient care and also her or his potentially substantial influence on decision-making.²⁸

However, there is an important additional trigger of ED visits that is less frequently focused: utilisation does not only depend on patients' self-referral behaviour, but may also be initiated by primary care physicians referring some of their patients to a hospital ED. Interestingly, there is very limited literature concerning GPs' decision-making processes when ruling for or against referrals. However, previous studies suggest that knowledge about a patient's personal background as well as the physician's gut feeling play a role, besides the mere assessment of signs and symptoms.²⁹ Personal characteristics of GPs, like cautiousness versus readiness to take risks, are as well discussed as influencing factors on referral decisions,^{30,31} as are social issues and other factors of contextual pressure.³² Considering the literature, it is also quite unclear to what extent GPs may potentially decide to refer non-urgent cases to EDs, and why they might do so.

In this study, we therefore wanted to investigate the twofold problem of self-referral and GP-initiated referral to EDs. The aim was to better understand the motivations

and decision-making processes of patients and GPs in regard to ED self-referrals and physician-initiated referrals by a qualitative evaluation of the provider perspective. Looking at the patients' and GPs' motives, we considered it highly interesting to further assess these in regard to conceivable parallelism, as such has not yet been scientifically addressed to our knowledge. The exploration of this aspect therefore constitutes a particular aim of this study. Furthermore, the situation of self-referrals being discussed as a contributor to ED crowding³³ leads up to the very interesting question of whether patients are actually in a capacity to adequately decide on the appropriateness of utilisation, for example, depending on individual health literacy.²⁴ This is why we decided to additionally focus on this aspect.

Consequently, the main research questions for this study were as follows: What do GPs think about their patients' motives for self-referring to an ED? How do GPs judge patients' capacity to make an adequate decision for or against visiting an ED in acute situations? What are GPs' considerations when initiating referrals to such facilities themselves? As we aimed to gather in-depth insights and thoroughly explore GPs' views, a qualitative study design was deemed appropriate.

METHODS

Study context

This qualitative interview study is a module of the mixed-methods research project 'EMACROSS', part of the Berlin-based health services research network EMANet. EMACROSS aims to evaluate the characteristics, motivations and utilisation patterns of patients consulting one of eight EDs in Berlin-Mitte, the district in the city centre of Berlin, Germany. For further details of rationale and design, please refer to the German Clinical Trials Register.³⁴ The quantitative study module consists of a repeat questionnaire survey of ED patients complemented by an analysis of hospital records. While this quantitative part of the project focuses on respiratory diseases as a model condition, we did not restrict our research questions to a single health problem for the qualitative study module presented here. Study design and results are reported in line with the Standards for Reporting Qualitative Research guidelines.³⁵

Sampling and participants

Participants were sampled purposively. We aimed to achieve a diverse sample in regard to age groups, length of professional experience and number of patients per practice. We aimed to diversify our sample according to a set of characteristics that were considered to have a possible influence on the interviewee's stance, in order to cover a wide spectrum of views. Physician gender has been described as an influencing factor on referral decisions, as well as personal risk tolerance.³⁰ From a theoretical point of view, risk tolerance might be conceivably associated with characteristics like length of professional experience

Table 1 Characteristics of interviewees (n=15)

| Study ID | Gender (f/m) | Age at time of interview (years) | Work experience as a GP (years) | Patients per quarter year |
|----------|--------------|----------------------------------|---------------------------------|---------------------------|
| GP1 | f | 46 | 3 | 1000 |
| GP2 | m | 59 | 28 | 1600 |
| GP3 | m | 48 | 1 | 1100 |
| GP4 | f | 58 | 26 | 1150 |
| GP5 | f | 64 | 24 | 650 |
| GP6 | f | 52 | 12 | 1100 |
| GP7 | f | 61 | 13 | 375 |
| GP8 | m | 56 | 24 | 1700 |
| GP9 | m | 53 | 9 | 750 |
| GP10 | m | 44 | 4 | 1250 |
| GP11 | m | 60 | 27 | 1200 |
| GP12 | f | 51 | 9 | 1850 |
| GP13 | f | 53 | 14 | 900 |
| GP14 | f | 54 | 8 | 750 |
| GP15 | f | 45 | 13 | 1150 |
| Mean | - | 53.6 | 14.3 | 1100 |
| Median | - | 53 | 13 | 1100 |

f, female; m, male; GP, general practitioner.

and physician's age, while there is no literature to prove or discard this. Professional experience might also have influence on the GP's insight into patients' motives, which is grounded on her or his personal experience with a larger—or smaller—number of patients treated in the course of her or his career. GPs were recruited (SO) from the GP research network of the Institute of General Practice which is also part of the EMANet consortium. Potential interviewees were sent an information sheet on the study; participants were selected from the pool of responders. The sample consisted of nine female and six male GPs, details of the sample are provided in table 1.

Data collection

A semistructured interview guide with open questions was developed to obtain in-depth, detailed accounts of GPs' perspectives.³⁶ The basic structure of the first draft was based on the literature^{16–19 21 22 24 31} and the researchers' knowledge of the subject (SO and FH; SO is a health scientist and FH is a GP). Questions were intended to generate interview content suitable to answer the study research questions. The guide was then discussed in an interdisciplinary working group for qualitative methods and subsequently adapted. After a first set of interviews, it was revised again according to the experiences gained. Final structure of the interview guide was determined after the third interview (see excerpts in box 1). Interviews were conducted in the interviewees' practices in Berlin between July and September 2017 (SO). Participants' written informed consent was obtained a priori.

Box 1 Examples of questions from the interview guide

What do you think are the motives of patients for seeking care in an ED?
 What do you think about your patients' capacity to make an adequate decision for or against visiting an ED in a case of potential emergency?
 Which patients do you refer to the ED and how do you decide?
 What are your intentions when referring there?
 Can you imagine situations in which you might send patients to the ED who are not severely or threateningly ill?

Questions could be individually adapted to the conversation flow of the respective interviews. Complete interview guideline is available from the authors on request.
 ED, emergency department.

Interviews were audio-recorded and transcribed verbatim (SO), all transcript data were pseudonymized. To document atmosphere, interaction, particularities and potential disturbances, field notes were taken throughout the interview process (SO). Data collection was concluded once no more new topics and viewpoints emerged and content therefore was deemed saturated.³⁷ This was achieved after 15 interviews.

Data analysis

We conducted qualitative content analysis.³⁸ This approach was favoured due to its suitability for describing and understanding social reality, while other conceivable methods (eg, grounded theory) might be more appropriate for purposes of theory generation.³⁹ A first basic structure of the coding tree was based on the topics of the interview guide, which itself had been the result of a deductive process. Additional categories were derived from the interview material inductively during coding. The combination of both approaches allows taking into account both theoretical considerations and aspects and perspectives voiced in the interviews.^{40 41} For all categories, clear definitions, coding rules and anchor examples were formulated. SO reviewed and coded all interviews. For transcribing, coding and analysis, the qualitative data management software MAXQDA (V. 12 and 2018) was used.

Strategies to enhance trustworthiness

The category system was repeatedly reviewed and discussed within the research team and additionally with an experienced qualitative researcher (MS) from EMANet not directly involved in data collection and analysis. Independent coding was performed by another researcher (FH), results and potential discrepancies in interpretation were discussed in the team. To further prevent involuntarily influencing interpretation of material by implicit expectations and presuppositions of the researchers involved,⁴² coding and interpretation were peer-reviewed within the interdisciplinary qualitative methods working group to enhance credibility.

Patient and public involvement

Patients were not involved in the design and conduct of the study. Participants were asked whether they would like to receive a report on the study's findings. Study results will be disseminated to interviewees who desired such.

RESULTS

In the following results section, we first present data on patients' motives for self-referral and GPs' referral motives, structured by common themes that emerged during analysis. A further subsection will demonstrate the results regarding GPs' assessment of patients' capacity to decide adequately about an ED consultation. The research aim of exploring possible congruities of motives on the patient and physician side will be addressed in the discussion section.

Patients' motives for self-referral and GPs' referral motives

Three principal themes emerged during analysis of interview data concerning GPs' views of patients' presumed self-referral motives and the passages on GPs' reasons for referrals to EDs: 'attractiveness of emergency department care', 'patient-specific factors' and 'organisational issues'. Corresponding quotes are presented in table 2.

Attractiveness of emergency department care

Patients' motives for self-referral

Interviewed GPs considered the attractiveness of the ED due to availability of timely and comprehensive diagnostic and treatment options—when compared with the services usually provided in GP practices—a major factor for self-referred ED utilisation. Some stressed that patients may believe in better, safer and more advanced procedures provided in the hospital. Further

Table 2 Quotes: patients' motives for self-referral and GPs' referral motives

| | Patient's motive | GP's motive |
|---|---|--|
| Attractiveness of emergency department care | '[...] because they think that they get everything quickly in the ED, which they do not have instant access to in the outpatient sector [...].' (GP 10) | 'I refer to the ED only in situations that are no longer manageable in the outpatient sector.' (GP 12) |
| | 'Meaning, that they can go there anytime [...].' (GP 9) | 'If there is another acute exacerbation [...] this patient belongs in the hospital, because the guidelines say so for such constellations [...].' (GP 8) |
| | 'They believe that the real specialists [...] are in the hospital.' (GP 12) | 'If I would have to wait 24 hours for my laboratory results [...] and my differential diagnosis is potentially life-threatening, then I send to the ED.' (GP 14) |
| | '[...] because they do not have the time or might just not feel like sitting down in the GP's waiting area.' (GP 15) | 'If I really need either rapid tests or clinical parameters that I can't ascertain here.' (GP 8) |
| | '[...] patients go to the ED because they don't want to wait for an appointment.' (GP 13) | |
| Patient-specific factors | 'Usually they are suffering from acute symptoms [...]. Such are situations that cannot be coped with at home [...]. Then my patients go to the hospital [...].' (GP 5) | 'And I always decide to refer to the ED when my gut tells me 'attention, attention, this is dangerous, acutely dangerous'. [...] – for me, the criterion is 'acutely dangerous for the person affected.' (GP 11) |
| | 'Then of course, because they experience something acute, which scares them.' (GP 6) | 'And this patient came to the practice with most severe dyspnea during the week, [...]. I experienced him as [...] severely ill.' (GP 14) |
| | '[...] the age of the patient plays a role. Young people are much more hectic and much more afraid [...].' (GP 8) | 'It plays a role in the decision, how is the patient's care situation at home? [...] Is care ensured? And if it is not ensured, in case of an acute event, he has to be admitted to hospital.' (GP 2) |
| | 'I do believe that it plays a role [...] in making the decision: 'I won't go to my GP, but straight to the ED'. Which of course signifies that the doctor-patient relationship and the bond of trust with the GP is not so good.' (GP 11) | 'Sometimes it is an issue, with very frail patients, who are not able to organize themselves, [...] you know this will not work in the outpatient situation.' (GP 7) |
| | 'Suddenly they all come and have something. There was something on TV again [...]. In my view, they scare patients there.' (GP 4) | |
| Organisational issues | 'There are always times when I'm not here. It is Tuesday afternoon now, my practice closed at 2 pm today. Where do the patients go? They go to the ED.' (GP 12) | '[...] when there is no other option to get this resolved in the outpatient sector prior to the weekend.' (GP 3) |
| | '[...] if it's a strong cough [...] I must be able to go to my doctor on the same day. And if I can't, because I'm denied access, I'll go to an ED.' (GP 13) | 'I think we have a massive problem at the moment, the problem of 'finding appointments with specialist'. Patients wait very long [...]. This can result in me having to send them to hospital [...].' (GP 4) |
| | 'There are people who may not even have a GP [...]. It may seem the easiest option for them.' (GP 13) | |

ED, emergency department; GP, general practitioner.

occasionally mentioned factors were the constant availability of the ED and the surmised presence of specialists there, when compared with generalist services provided in primary care. Convenience reasons, apart from the aforementioned comprehensiveness and ready availability of diagnostics, were also addressed, but altogether seemed not to be considered a pivotal trigger for self-referrals by most interviewees. A few mentioned surmised consultation reasons like patients' desire to avoid the hassle of making an appointment at a doctor's office. Some GPs also presumed that in case of practice closure at their own practice, certain patients might prefer the ED to spare themselves the trouble of arranging a consultation at an alternative GP practice. The phenomenon of patients seeking out-of-hours ED care specifically for convenience reasons (eg, after finishing work) was also addressed critically, but only by few participants. Concerning appropriateness of ED utilisation, a number of GPs criticised a questionable and excessive sense of entitlement in some patients, particularly regarding the availability and responsibility of the ED in non-emergency cases.

GPs' referral motives

Many GPs reported to send patients to the ED if they would consider them in need of diagnostic procedures or treatment not available in the primary care setting, for example, for confirmation or exclusion of a suspected—and potentially threatening—diagnosis. Some GPs especially stressed the fact that hospital infrastructure might allow for a more speedy workup. For a majority of GPs, EDs are the 'port of call' where to send patients if they would want them admitted to an inpatient care.

Patient-specific factors

Patients' motives for self-referral

In the GPs' experience, acute onset or perceived rapid deterioration of symptoms were important triggers for self-referral. This aspect was mentioned in a majority of interviews. Such ED consultations were judged by the interviewees as legitimate, as they may indicate 'real emergencies'. Many of the interviewed GPs stressed the important role of 'perceived severity of illness' and 'anxiety' as reasons for visiting the ED, especially in chronically ill patients. Anxiety in a subjectively threatening situation was frequently described as influenced by patients' personality traits, for example, a high sensitivity to physical symptoms. The issue of anxiety triggered or augmented by media reports about serious illness or dangerous complications was discussed in this context. A number of interviewees considered this especially a problem in younger patients. GPs surmised that such patients visit the ED for quick and thorough reassurance, a second opinion on their symptoms or other kinds of health information, while in fact not being in any dangerous situation health-wise. Other patient-specific self-referral reasons mentioned in the interviews encompassed a possible lack of trust of the patient in her

or his GP, or even doubt about the primary care provider's competency.

GPs' referral motives

A majority of GPs reported to refer in cases of acute and severe symptoms, a subject already broached in the 'attractiveness of emergency department care' section above. However, it was notable that domestic care situation was another major point of consideration for some of the interviewed GPs when deciding for or against hospital referral, as well as factors like frailty or limited mobility, which might impede adequate outpatient management, even in cases where the health situation would usually not require an ED referral.

Organisational issues

Patients' motives for self-referral

Access problems in the ambulatory care sector were quite frequently addressed in the interviews. GPs problematized the limitation of consultation hours in primary care and in specialist doctors' offices, driving patients to the ED off-hours in lack of an alternative. Notably, this seemed not to be perceived as a 'convenience issue', but as a problem of availability. In the GPs' experience, patients with acute symptoms or increasing worries feeling in need of urgent investigation or reassurance might see no other option than presenting to an ED off-hours. Length of appointment waiting times at specialist practices was also problematized: GPs criticised that some ambulatory medical specialists' schedules may be booked out for months in advance. Patients' hope of being seen by a physician of the desired specialty more quickly—or at all—might then drive them to an ED self-referral. It was also mentioned that the ED offers a low-threshold access to healthcare for patients not regularly attached to a GP practice.

GPs' referral motives

Some GPs reported to more frequently refer patients to hospital prior to the weekend or on days when practices might close, and no further outpatient diagnostic investigations might be possible on the day or the following days. One GP indicated that she sometimes felt forced to refer acutely ill patients to the ED if she would not succeed in arranging a necessary appointment at a specialist's practice.

Patients' capacity to make an adequate decision

Interviewees' views regarding the capacity of their patients to make a proper decision on where to go with a perceived health problem were quite heterogeneous. Corresponding quotes are presented in [box 2](#). In the majority of the interviews, GPs tended to judge patients' general ability to assess their own symptoms adequately as poor, and many were of the impression that such competences were currently in decline. The perceived deficiency in judgement of patients' own health status was frequently stressed as an important reason for non-urgent ED consultations. The internet as a source of health information was seen very critically in this context, as online

Box 2 Quotes: patients' capacity to make an adequate decision

'Not very good, I would say [...]. Patients cannot assess this [...]. The patients have zero competence there.' (GP 9)

'[...] as far as the younger patients are concerned, only 25 percent make the right decision. The general direction is: emergency services are visited much too quickly or hectically, although in fact it may not be really necessary.' (GP 8)

'Like I said, nowadays they 'google' and then: 'This is very bad, can get very bad [...] and this must be resolved on a Saturday or Friday evening.' (GP 8)

'[...] the older ones [...] I rarely see them going there without an emergency, I say. [...] They more often go to EDs in cases where I would say 'Well, these are indications that actually belong in an ED [...].' (GP 15)

'I think, old patients, the old grandma, the grandpa, who thinks three times before he decides to visit a doctor. He'll wait until it doesn't work anymore.' (GP 10)

'In this context it is important to me to evaluate the GP's role differently. I believe that we are the ones who have long-standing and in part intensive relationships with our patients. We are probably the ones who can achieve the most, because we can steer the patients strongly, much better than any other medical specialist can.' (GP 5)

'The more I explain, the more the patient knows. The more he knows, the more competent he becomes [...]. If I explain well, people are more competent. And health education is important [...].' (GP 1)

'[...] the most important thing is de-escalation policy [...], to put banalities into perspective. Not to over-interpret things and not to stir up anxieties. Because this eventually drives people to the doctor [...].' (GP 1)

ED, emergency department; GP, general practitioner.

information might have a negative impact on patients' disease perception. Patients' ability to adequately process and assess information consumed from media sources was frequently deemed limited. Some interviewees stressed the potential escalating effect of frightening information, especially on already anxious patients. The widely perceived lack in patients' competence in regard to health matters despite abounding information was frequently attributed to a deficiency in health education and even basic medical knowledge especially ascribed to younger patients. Some GPs remarked that in addition to individual health literacy, patients' respective social environment may also have great influence on how they perceive and appraise their symptoms. The crucial role of the doctor-patient relationship and the importance of the GP as a key health educator were also stressed. Counselling and health education by the individual patient's GP were mentioned as having a potentially de-escalating effect, as these may help patients not to overinterpret their symptoms. Some GPs also stressed the importance of educating their patients about the function of the

ED versus the GP after a non-urgent visit to avert similar events in the future.

DISCUSSION

In the interviews, GPs depicted a wide spectrum of factors potentially influencing their patients' decision to visit an ED, and also their own decision-making process in possible referrals. Common themes concerned the attractiveness of EDs due to constant and instant availability of an advanced diagnostic and therapeutic spectrum, and patient-specific factors like severity and acuity of symptoms as well as health-related anxiety and a need for reassurance. Organisational shortcomings of practice-based ambulatory care, for example, appointment problems, were also raised as potential triggers for ED utilisation. Patients' health competence and capacity to decide adequately were frequently depicted as limited, and the impact of health information derived from media sources was seen very critically.

Corresponding factors in patients' and GPs' decision-making**Severity and acuity of symptoms**

Justifiably, severity and acuity of symptoms were seen as major triggers of ED consultations, as depicted in the 'attractiveness of emergency department care' and 'patient-specific factors' themes. Much has been written about patients and GPs turning to the hospital sector in cases of severe or potentially dangerous symptoms,^{10 18 43 44} which is not surprising—and altogether adequate—considering the ED's purpose. However, in the GPs' view, both reasons for self-referral and physician-initiated referral go far beyond the medical question 'emergency or not', and it is very interesting that a number of additional considerations may actually also correspond to each other. As such, conceivable parallel factors have not been discussed before in-depth, they warrant special emphasis.

Perceived shortage of alternative options

Patients as well as GPs might turn to the hospital sector for—real or perceived—lack of alternative ports of call for timely diagnostic procedures or specialist consultations. Access problems in the primary care sector have been described as an important trigger for ED visits in a number of previous works.^{45–47} In our study, unavailability of practice services of both GPs and medical specialists during weekends and off-hours was problematized as leading to both self-referred and physician-initiated ED visits. Crowding of specialist practices may also make GPs feel forced to refer patients. The identification of lack of access in the outpatient sector as a key factor for patients' decision-making is in line with the results of Durand *et al.*²¹ who interviewed ED healthcare professionals and patients. The situation of patients visiting EDs because they do not have a regular GP—or may not be able to visit her or him for a variety of reasons—was also described by others.^{17 27}

Internationally, a variety of measures to improve out-of-hours care for less urgent acute patients have been evaluated.

In the Netherlands, for example, EDs and GP cooperatives have created Emergency Care Access Points (ECAP), where patients are triaged under GP supervision and steered to either GP or ED care, thus avoiding direct patient self-referral to EDs.⁴⁸ This concept has been shown to reduce ED consultations considerably,⁴⁹ and evidence for GP cooperatives as an effective concept is convincing.⁵⁰ A 'single-desk' access point model for acute care comparable to the ECAP has been proposed for Germany in a recent expertise by the government-appointed 'Advisory Council on the Assessment of Developments in the Health Care System'.⁵¹ Some authors have however raised concerns regarding the cost-effectiveness of entirely new service models for out-of-hours care, as such might ultimately increase demand, while simple extension of GP opening hours might be a resource-sparing alternative.⁵²

Desire for reassurance and the role of health literacy

A wish for reassurance emerged as another important factor that might prompt both a self-referred and a GP-initiated ED consultation. For one thing, GPs considered health-related anxiety a principal reason for ED self-referrals, as patients perceive themselves as emergencies urgently needing attention. Anxiety as a driving motive for ED consultations was described in a substantial number of international studies.^{17 21 22 53} A state of anxious concern regarding patients' general health—besides the worry caused by unclear acute symptoms—was described as an important factor. Correspondingly, the GPs in our sample stressed both the importance of the subjectively threatening acute symptoms and also the general trepidation in regard to potential serious disease or complications. This corresponds to a recent survey by Scherer *et al.*¹¹ Regarding physicians' decision-making, the motivations attested to anxious patients are reflected in the doctors' desire for having the patients' care ensured while not being available as a provider, for example, when considering whether to admit patients prior to the weekend. Interviewees described how they would consider factors like patients being elderly, frail or alone at home—situations in which physicians might feel anxious that ambulatory management may not suffice to ensure comprehensive care. As already mentioned, previous studies have also discussed the role of factors like GPs' personal experience and personality traits—like level of cautiousness and apprehensions about the consequences of the decision not to admit.³¹ Interestingly, such aspects were not overtly addressed by our sample, but may be veiled in descriptions of decisions to refer to EDs to assure care, for example, prior to weekends.

The few available published studies on GPs' reasoning when deciding about a potential referral suggest that decisions usually result from a complex process of consideration, taking into account many factors besides the medical necessity.^{31 44} Dempsey and Bekker³² described such processes as an attempt at integration of conflicting consequences for many stakeholders in time-pressured situations, which seems an apt conclusion when looking

at our results. Interestingly, GPs in our interview sample seemed to perceive the considerations of patients self-referring to EDs because of access issues or a desire for reassurance as essentially legitimate, when compared with reasons of mere convenience. Understanding for anxiety-driven self-referrals has been correspondingly expressed by GPs in other studies.¹⁸ The finding that both factors also feature prominently in the physicians' decision-making may explain such judgement. Interestingly, while there is a considerable amount of scientific literature on the issue of non-urgent self-referral, the role of GP referrals of patients with non-urgent complaints has not been much evaluated or discussed before, and there is no scientific data quantifying the extent of this phenomenon. Previous studies have suggested that hospital referral rates vary considerably between GPs,⁵⁴ which cannot be comprehensively explained with the body of evidence available.⁵⁵ Concerning the underlying reasoning actually leading up to a referral, our data provide a unique insight into potentially underestimated triggers of ED consultations.

While interviewed, physicians ascribed a comparably minor role to convenience issues; the main criticism was notably directed at health literacy and patients' competence to assess their own symptoms, and therefore at the cognitive and emotional process leading up to the decision to consult, rather than at the decision itself. In the interviews, patients were frequently attested deficiencies in adequately appraising their situation as dangerous or harmless. In this context, internet health information was seen as potentially deleterious to already scared patients. Concern in healthcare professionals about 'disinformation despite information overflow' has been reported by others.⁵⁶ Correspondingly, a higher utilisation of EDs and hospital services by people with low health competence could be shown in international studies,^{23 57} and also a larger proportion of potentially avoidable consultations in such patients.²⁴ In our interviewees' statements, the conceived preponderance of younger patients in regard to low health competency and subsequent non-adequate ED visits was quite notable. Other works seem to hint at the genuineness of this perceived phenomenon, finding a higher rate of non-urgent consultations in the young in their quantitative evaluations.^{58 59} While higher internet use and consumption of online information in younger age groups is an undeniable fact,⁶⁰ the causal role of media consumption on the path to low health competency voiced in some of our interviews must be considered conjecture, as there is no scientific corroboration. However, the statements relate a 'felt' connection between two modern-age phenomena. GPs stressed their own role as key health educators in this context. Interestingly, the presumed phenomenon of younger patients constituting a main group of non-urgent ED utilisers is not consistently supported throughout the literature, and other works have stressed the role of chronically ill patients as a high-utilising population.^{17 61} However, as qualitative studies are not suited to give any estimation regarding

prevalence or proportions, we can only relate the impression gained from our interviews here. A conceivable explanation for the comparable dominance of the aspect 'young people's consultations' may be that ED visits by the chronically ill could be perceived by the GPs as altogether legitimate, whereas non-urgent ED consultations by the young—and otherwise healthy—might be more 'memorable' when prompted to think about self-referrals, as they were judged critically.

Strengths and limitations

Our study paints a complex and comprehensive picture of patients' motives for self-referral and GP referral motives from the provider perspective. Interviews gave detailed and profound accounts of GPs' views of their patients' motives and their own thought processes leading to ED referrals. Our results allow relating and comparing both sets of motivations and corresponding decision-making processes.

We are aware that deriving patients' motives from provider interviews poses the problem of secondhand assumptions and conjecture. However, there also are some important benefits of this approach: first, GPs have experience with a very large number of patients and are not centred on a single case, allowing them a more global and analytical perspective. Second, providers intimately know the mechanisms and structures of the healthcare system, which is important to understand the process of utilisation. As GPs frequently care for their respective patients for many years, they know a lot about their thoughts and decision processes, and are also able to give insights into the role of health competencies. Naturally, this perspective is limited to patients who at least occasionally visit GP practices, and not all ED patients may do so.

Researcher and interviewer bias can never be completely excluded, but we strived to minimise any unwitting influence of our own hypotheses and opinions by constant reflection and peer-review of our research process. Additionally, independent coding was performed to enhance reliability and reveal alternative interpretations. Concerning limitations of our study, the rather cognitive nature of our interview questions should be addressed, as this could have potentially impeded interviewees from revealing deeper layers of personal thoughts and feelings. A member-check was not performed. The composition of the sample could also have influenced the results: only physicians in an age range of 44–64 years were interviewed, and we do not know whether younger GPs might have different reasons for referral. However, as the mean age of GPs in Germany is 55 years,⁶² our sample reflects the demographics of the target group.

Transferability to other settings is also an issue. The metropolitan setting of Berlin might have influenced the results, as healthcare structures are abundant and close-meshed. This is true for both EDs and physicians' practices—patients' choices might be much more limited in rural areas, which could have an impact on decision-making. However, earlier studies hint at

a fundamental concordance of considerations in less urbanised settings.¹³ It must also be noted that access to healthcare services depends markedly on the structures and organisation of the local and national health system, and our results may reflect the specifics of our setting. In Germany, access to GPs, specialist practices or EDs is not restricted in any way, patients can choose freely. Some practices may be based on appointment-only; others might accept walk-ins. Germany has neither a gatekeeping system nor rules for attachment of patients to specific practices, except within some disease management programmes. Therefore, in other settings, consultation patterns might differ.

CONCLUSIONS

In the providers' view, patients' decisions to self-refer to EDs result from a complex set of motives. Besides the overt central role of severity and acuteness of symptoms, a perceived lack of alternative care offers and a prevalent desire for reassurance emerged as important factors that are mirrored in the GPs' considerations when deciding about ED referrals. If a patient's decision is based on a rationale corresponding to the physician's own reasoning, an ED self-referral may be perceived as comparably legitimate by providers, even if the case may not qualify as a genuine emergency in a medical sense. In this regard, it must be stressed that 'emergency markers' like symptom severity and urgency can only partly explain ED consultations, as decision-making for both self-referrals and GP referrals is the result of an intricate set of considerations of medical, psychological, social and organisational nature.

Concerning the desire for reassurance, physicians ascribe a potentially escalating effect to information obtained from the media and the internet, especially in younger patients. A focus on appropriate health education could hold promise when aiming to reduce non-urgent ED consultations. In this regard, primary care providers are in a key position that may allow them a special opportunity to actually make a difference.

Organisational restrictions of the healthcare system—like appointment problems and practice closure times—also strongly influence both patients' and GPs' decision-making. Provisions to ensure easier and faster access to diagnostics in the ambulatory sector might make both patients and GPs more comfortable with a decision not to immediately turn to the hospital sector. Naturally, the feasibility, acceptance and impact of such measures need to be evaluated in future studies.

Author affiliations

¹Charité – Universitätsmedizin Berlin, corporate member of Freie Universität Berlin, Humboldt-Universität zu Berlin, and Berlin Institute of Health, Institute of General Practice, Berlin, Germany

²Charité – Universitätsmedizin Berlin, corporate member of Freie Universität Berlin, Humboldt-Universität zu Berlin, and Berlin Institute of Health, Division of Emergency Medicine, Berlin, Germany

³James Cook University, The College of Public Health, Medical and Veterinary Sciences, Townsville, Queensland, Australia

⁴Charité – Universitätsmedizin Berlin, corporate member of Freie Universität Berlin, Humboldt-Universität zu Berlin, and Berlin Institute of Health, Institute of Medical Sociology and Rehabilitation Science, Berlin, Germany

Acknowledgements The authors would like to express their thanks to the GPs taking part in our study. We acknowledge support from the German Research Foundation (DFG) and the Open Access Publication Fund of Charité – Universitätsmedizin Berlin.

Contributors MM initiated the research network 'EMANet'. He is also the principal investigator and speaker of the umbrella project. LS is the deputy co-speaker of EMANet. FH and CH designed the subproject 'EMACROSS', including quantitative and qualitative modules. SO and FH developed the study protocol including research questions and methods of evaluation of the qualitative study module. SO recruited participants, carried out the interviews and transcribed audio files. SO and FH analysed and interpreted the data. MS reviewed the category system. SO drafted the manuscript for this paper. FH and CH revised the manuscript. SO and FH drafted the final version. MS, MM and LS critically revised the manuscript. All authors read and approved the final manuscript.

Funding This study is part of the project 'EMANet' and funded by the Federal Ministry of Education and Research (BMBF), grant number 01GY1604. The funding body had no role in the design and conduct of the study, data collection, analysis and interpretation of the data, nor in the preparation, review and approval of the manuscript.

Competing interests None declared.

Patient consent for publication Not required.

Ethics approval The study was approved by the ethics committee of Charité – Universitätsmedizin Berlin (EA1/361/16).

Provenance and peer review Not commissioned; externally peer reviewed.

Data sharing statement No additional data are available.

Open access This is an open access article distributed in accordance with the Creative Commons Attribution Non Commercial (CC BY-NC 4.0) license, which permits others to distribute, remix, adapt, build upon this work non-commercially, and license their derivative works on different terms, provided the original work is properly cited, appropriate credit is given, any changes made indicated, and the use is non-commercial. See: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>.

REFERENCES

- Gutierrez C, Baron S. Why patients with primary care physicians use the emergency department for non-urgent care. *Yale J Biol Med* 2001;19:171–6.
- Morton S, Hames R, Kelso I, et al. Does attending general practice prior to the emergency department change patient outcomes? A descriptive, observational study of one central London general practice. *London J Prim Care* 2017;9:28–32.
- Haas C, Larbig M, Schöpke T, et al. Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus - Fallkostenkalkulation und Strukturanalyse. 2015 https://www.dkgev.de/media/file/19401_2015-02-17_Gutachten_zur_ambulanten_Notfallversorgung_im_Krankenhaus_2015.pdf
- Meier F, Bauer K, Schöffski O, et al. Zur Ökonomie ambulanter Notaufnahmepatienten. Untersuchung der Deckungsbeiträge in Abhängigkeit von Dringlichkeitskategorien, Leitsymptomen und Diagnosen. *Notfall + Rettungsmed* 2015;19:33–40.
- Pines J, Hilton JA, Weber EJ, et al. International perspectives on emergency department crowding. *Acad Emerg Med* 2011;18:1358–70.
- Bernstein SL, Aronsky D, Duseja R, et al. The effect of emergency department crowding on clinically oriented outcomes. *Acad Emerg Med* 2009;16:1–10.
- Guttmann A, Schull MJ, Vermeulen MJ, et al. Association between waiting times and short term mortality and hospital admission after departure from emergency department: population based cohort study from Ontario, Canada. *BMJ* 2011;342:d2983.
- Epstein SK, Huckins DS, Liu SW, et al. Emergency department crowding and risk of preventable medical errors. *Intern Emerg Med* 2012;7:173–80.
- Niehues C. *Notfallversorgung in Deutschland. Analyse des Status quo und Empfehlungen für ein patientenorientiertes und effizientes Notfallmanagement*. Stuttgart: Kohlhammer, 2012.
- Uscher-Pines L, Pines J, Kellermann A, et al. Emergency department visits for nonurgent conditions: systematic literature review. *Am J Manag Care* 2013;19:47–59.
- Scherer M, Lühmann D, Kazek A, et al. Patients attending emergency departments. *Dtsch Arztebl Int* 2017;114:645–52.
- O'Keeffe C, Mason S, Jacques R, et al. Characterising non-urgent users of the emergency department (ED): a retrospective analysis of routine ED data. *PLoS One* 2018;13:e0192855.
- Somasundaram R, Geissler A, Leidel BA, et al. Beweggründe für die Inanspruchnahme von Notaufnahmen – Ergebnisse einer Patientenbefragung. *Gesundheitswesen* 2018;80:621–7.
- Berchet C. Emergency care services: trends, drivers and interventions to manage the demand. OECD Health Working Papers 83. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/emergency-care-services_5jr3s344crms-en
- Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI). Analyse der Notfallbehandlungen. https://www.zi.de/fileadmin/pdf/Anlage_Analyse_der_Notfallbehandlungen.pdf (accessed 17 Dec 2018).
- Schmiedhofer MH, Searle J, Slagman A, et al. [Exploring Patient Motives to Use Emergency Departments for Non-urgent Conditions: A Qualitative Study]. *Gesundheitswesen* 2017;79:835–44.
- Schmiedhofer M, Möckel M, Slagman A, et al. Patient motives behind low-acuity visits to the emergency department in Germany: a qualitative study comparing urban and rural sites. *BMJ Open* 2016;6:e013323.
- Schmiedhofer M, Searle J, Slagman A, et al. [Perception of the Emergency Department for Outpatient Care in a Rural Region in Saxony-Anhalt: A Qualitative Survey of Patients and General Practitioners]. *Dtsch Med Wochenschr* 2017;142:e61–e73.
- Kraaijvanger N, van Leeuwen H, Rijpsma D, et al. Motives for self-referral to the emergency department: a systematic review of the literature. *BMC Health Serv Res* 2016;16:685.
- Ionescu-Iltu R, McCusker J, Ciampi A, et al. Continuity of primary care and emergency department utilization among elderly people. *CMAJ* 2007;177:1362–8.
- Durand AC, Palazzolo S, Tanti-Hardouin N, et al. Nonurgent patients in emergency departments: rational or irresponsible consumers? Perceptions of professionals and patients. *BMC Res Notes* 2012;5:525.
- Agarwal S, Banerjee J, Baker R, et al. Potentially avoidable emergency department attendance: interview study of patients' reasons for attendance. *Emerg Med J* 2012;29:e3.
- Baker DW, Gazmararian JA, Williams MV, et al. Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees. *Am J Public Health* 2002;92:1278–83.
- Balakrishnan MP, Herndon JB, Zhang J, et al. The Association of Health Literacy With Preventable Emergency Department Visits: A Cross-sectional Study. *Acad Emerg Med* 2017;24:1042–50.
- Şimşek P, Gürsoy A. Turkish health care providers' views on inappropriate use of emergency department: Who, when and why? *Int Emerg Nurs* 2016;27:31–6.
- Masso M, Bezzina AJ, Siminski P, et al. Why patients attend emergency departments for conditions potentially appropriate for primary care: reasons given by patients and clinicians differ. *Emerg Med Australas* 2007;19:333–40.
- Breen BM, McCann M. Healthcare providers attitudes and perceptions of 'inappropriate attendance' in the Emergency Department. *Int Emerg Nurs* 2013;21:180–5.
- Guttorm Bentzen B, Bridges-Webb C, Carmichael L, et al. The role of the general practitioner/family physician in health care systems: a statement from WONCA. 1991 <https://medfamcom.files.wordpress.com/2009/10/wonca-statement-1991.pdf> (accessed 17 Dec 2018).
- Bruyninckx R, Van den Bruel A, Hannes K, et al. GPs' reasons for referral of patients with chest pain: a qualitative study. *BMC Fam Pract* 2009;10:55.
- Ingram JC, Calnan MW, Greenwood RJ, et al. Risk taking in general practice: GP out-of-hours referrals to hospital. *Br J Gen Pract* 2009;59:e16–24.
- Calnan M, Payne S, Kemple T, et al. A qualitative study exploring variations in GPs' out-of-hours referrals to hospital. *Br J Gen Pract* 2007;57:706–13.
- Dempsey OP, Bekker HL. 'Heads you win, tails I lose': a critical incident study of GPs' decisions about emergency admission referrals. *Fam Pract* 2002;19:611–6.
- Hoot NR, Aronsky D. Systematic review of emergency department crowding: causes, effects, and solutions. *Ann Emerg Med* 2008;52:126–36.
- German Clinical Trials Register. Sektorübergreifende Notfall- und Akutversorgung bei respiratorischen Erkrankungen. EMACROSS. DRKS00011930. https://www.drks.de/drks_web/navigate.do?

- navigationId=trial.HTML&TRIAL_ID=DRKS00011930 (accessed 18 Jun 2018).
35. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, et al. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. *Acad Med* 2014;89:1245–51.
 36. Braun V, Clarke V. *Successful qualitative research: a practical guide for beginners*. London: Sage, 2013.
 37. Trotter RT. Qualitative research sample design and sample size: resolving and unresolved issues and inferential imperatives. *Prev Med* 2012;55:398–400.
 38. Mayring P. *Qualitative content analysis: theoretical foundation, basic procedures and software solution*. Klagenfurt: Beltz, 2014.
 39. Cho JY, Lee E. Reducing Confusion about Grounded Theory and Qualitative Content Analysis: Similarities and Differences. *The Qual Rep* 2014;19:1–20.
 40. Gläser J, Laudel G. *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse*. Wiesbaden: Springer VS, 2010.
 41. Schreier M. *Qualitative Content Analysis in Practice*. London: Sage, 2012.
 42. Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet* 2001;358:483–8.
 43. Redstone P, Vancura JL, Barry D, et al. Nonurgent use of the emergency department. *J Ambul Care Manage* 2008;31:370–6.
 44. Ringberg U, Fleten N, Førde OH. Examining the variation in GPs' referral practice: a cross-sectional study of GPs' reasons for referral. *Br J Gen Pract* 2014;64:e426–33.
 45. Harris MJ, Patel B, Bowen S. Primary care access and its relationship with emergency department utilisation: an observational, cross-sectional, ecological study. *Br J Gen Pract* 2011;61:e787–93.
 46. Oterino de la Fuente D, Baños Pino JF, Blanco VF, et al. Does better access to primary care reduce utilization of hospital accident and emergency departments? A time-series analysis. *Eur J Public Health* 2007;17:186–92.
 47. Hefner JL, Wexler R, McAlearney AS. Primary care access barriers as reported by nonurgent emergency department users: implications for the US primary care infrastructure. *Am J Med Qual* 2015;30:135–40.
 48. Thijssen WA, van Miero E, Willekens M, et al. Correction: Complaints and Diagnoses of Emergency Department Patients in the Netherlands: A Comparative Study of Integrated Primary and Emergency Care. *PLoS One* 2015;10:e0133947:e0129739.
 49. Thijssen WA, Wijnen-van Houts M, Koetsenruijter J, et al. The impact on emergency department utilization and patient flows after integrating with a general practitioner cooperative: an observational study. *Emerg Med Int* 2013;2013:1–8.
 50. Crawford J, Cooper S, Cant R, et al. The impact of walk-in centres and GP co-operatives on emergency department presentations: A systematic review of the literature. *Int Emerg Nurs* 2017;34:36–42.
 51. Advisory Council on the Assessment of Developments in the Health Care System. Report 2018: Needs-Based Regulation of the Health Care Provision. 2018 <https://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=606> (accessed 18 Dec 2018).
 52. Tan S, Mays N. Impact of initiatives to improve access to, and choice of, primary and urgent care in the England: a systematic review. *Health Policy* 2014;118:304–15.
 53. Rising KL, Hudgins A, Reigle M, et al. "I'm Just a Patient": Fear and Uncertainty as Drivers of Emergency Department Use in Patients With Chronic Disease. *Ann Emerg Med* 2016;68:536–43.
 54. Rossdale M, Kemple T, Payne S, et al. An observational study of variation in GPs' out-of-hours emergency referrals. *Br J Gen Pract* 2007;57:152–4.
 55. O'Donnell CA. Variation in GP referral rates: what can we learn from the literature? *Fam Pract* 2000;17:462–71.
 56. Ahmad F, Hudak PL, Bercovitz K, et al. Are physicians ready for patients with Internet-based health information? *J Med Internet Res* 2006;8:e22.
 57. Griffey RT, Kennedy SK, D'Agostino McGowan L, et al. Is low health literacy associated with increased emergency department utilization and recidivism? *Acad Emerg Med* 2014;21:1109–15.
 58. Bianco A, Pileggi C, Angelillo IF. Non-urgent visits to a hospital emergency department in Italy. *Public Health* 2003;117:250–5.
 59. Carret ML, Fassa AG, Kawachi I. Demand for emergency health service: factors associated with inappropriate use. *BMC Health Serv Res* 2007;7:131.
 60. Deutsches Bundesamt für Statistik. IT-Nutzung. Private Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien. 2018 https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/EinkommenKonsumLebensbedingungen/ITNutzung/Tabellen/Durchschnittl_Nutzung_Alter_IKT.html;jsessionid=DF2228A6055525E6404B3013A9D51E7.InternetLive2 (accessed 18 Jun 2018).
 61. Swenson DJ, Zanetti C, Daly ER, et al. Novel Emergency Department High Utilizer Surveillance In New Hampshire. *Online J Public Health Inform* 2013;5:e191.
 62. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Statistische Information aus dem Bundesarztregister. 2017 https://www.kbv.de/media/sp/2017_12_31_BAR_Statistik.pdf (accessed 17 Dec 2018).

Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

Publikationen

Veröffentlichungen, Vorträge und Poster

Veröffentlichungen

Oslislo S, Heintze C, Schmiedhofer M, Möckel M, Schenk L, Holzinger F. How to decide adequately? Qualitative study of GPs' view on decision-making in self-referred and physician-referred emergency department consultations in Berlin, Germany, *BMJ Open* 2019;9:e026786.

Oslislo S, Annuss R, Borrmann B. Regionale Cluster auf der Basis von Sozialstrukturdaten für die Kreise und kreisfreien Städte in NRW. LZG.NRW. Kurz und informativ 2013. https://www.lzg.nrw.de/_php/login/dl.php?u=/_media/pdf/ges_bericht/nrw-kurz-und-informativ/13-11_regionale_cluster.pdf (20.10.2019).

Vorträge

Schmiedhofer M, **Oslislo S**, Schneider A, Kuhlmann S, Figura A, Möckel M. Versorgung kardialer Notaufnahmepatient*innen bei psychischer Komorbidität: Die Ärzt*innenperspektive. Gemeinsame Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie (DGMS) und der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) 2019, Düsseldorf, Deutschland.

Oslislo S, Heintze C, Schmiedhofer M, Schneider A, Schenk L, Möckel M, Holzinger F. Notaufnahme-Besuche bei Atemwegsbeschwerden: Konsultationsmotive und Rolle der hausärztlichen Versorgung. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) 2019, Erlangen, Deutschland.

Heintze C, **Oslislo S**, Schenk L, Möckel M, Holzinger C. Beweggründe für die Inanspruchnahme ambulanter Behandlung in der Notaufnahme – Ergebnisse einer qualitativen Studie (EMACROSS). Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) 2018, Innsbruck, Österreich.

Holzinger F, **Oslislo S**, Schenk L, Möckel M, Heintze C. Characteristics and Motives of Patients consulting Emergency Departments with Respiratory Symptoms - Interim Results of a Cohort Study in Berlin. World Organization of Family Doctors (WONCA Europe) 2018, Krakau, Polen

Möckel M, Schmiedhofer M, Krobisch V, Schenk L, Deutschbein J, Figura A, Heintze C, Holzinger F, Inhoff T, Keil T, Müller-Werdan, **Oslislo S**, Reinhold T, Riedlinger D, Rose M, Slagman A, Kuhlmeier A. Regionales Netzwerk für Versorgungsforschung in der Notfall- und Akutmedizin. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung 2017, Berlin, Deutschland.

Poster

Schmiedhofer M, **Oslislo S**, Schneider A, Kuhlmann S, Figura A, Möckel M. Versorgung von Notaufnahmepatient*innen mit kardialen Beschwerden bei psychischer Komorbidität: Die Ärzt*innenperspektive. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung 2019, Berlin, Deutschland.

Heintze C, **Oslislo S**, Schmiedhofer M, Schneider A, Schenk L, Möckel M, Holzinger F. Emergency department consulting for respiratory symptoms: interactions with primary care. World Organization of Family Doctors (WONCA Europe) 2019, Bratislava, Slowakei.

Holzinger F, **Oslislo S**, Krüger K, Möckel M, Heintze C. Warum gehen Patienten in die Notaufnahme? Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) 2017, Düsseldorf, Deutschland.

Danksagung

Ich bedanke mich herzlichst bei Dr. med. Felix Holzinger für die vertrauensvolle Zusammenarbeit, das große Engagement und die Betreuung meiner Dissertation. Die konstruktiven Gespräche und wertvollen Anregungen waren mir eine unentbehrliche Unterstützung bei der Erstellung dieser Arbeit.

Mein besonderer Dank gilt ebenso Prof. Dr. med. Christoph Heintze und Dr. rer. medic. Martina Schmiedhofer, welche mich mit ihrem fachlichen Rat und der kritischen Auseinandersetzung meiner Arbeit maßgeblich unterstützt haben.

Vielen Dank auch an meine Koautorin Dr. phil. Liane Schenk und meinen Koautoren Prof. Dr. med. Martin Möckel für ihre konstruktiven Denkanstöße bei der Erstellung der Publikation.

Bedanken möchte ich mich auch bei den teilnehmenden Hausärztinnen und Hausärzten, ohne welche diese qualitative Studie nicht möglich gewesen wäre. Die offenen und anregenden Gespräche waren für diese Arbeit sehr wertvoll.

Bei meinem Freund Kai Vermeegen möchte ich mich ganz herzlich für die uneingeschränkte, liebevolle und vielseitige Unterstützung sowie das Verständnis während der Erstellung dieser Arbeit bedanken.

Mein ganz besonderer Dank gilt meiner Mutter, Birgit Oslislo, welche mich mit ihrer kontinuierlichen Unterstützung auf meinem Weg durch das Studium begleitet hat und ohne welche diese Arbeit nicht möglich gewesen wäre. Ihr ist diese Arbeit gewidmet.