

Aus der Klinik für Gynäkologie
Campus Virchow-Klinikum
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

Zusammenhang zwischen der Angemessenheit der
Inanspruchnahme von klinischen Notfallambulanzen und der
ärztlichen Zufriedenheit mit der Arzt-Patienten-Beziehung

Association between appropriateness of emergency department
utilization and physician's satisfaction with the doctor-patient
relationship

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

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Anna Rahel Pötter
aus Berlin

Datum der Promotion: 30.11.2023

VORWORT

Hinweis auf Veröffentlichungen von Teilergebnisse

Teilergebnisse der vorliegenden Arbeit wurden 2022 in der „Wiener Medizinischen Wochenschrift“ veröffentlicht.

Pötter A. R., Sauzet O., Borde T., Naghavi B., Rauzm O., Sehouli J., Somasundaram R., Stein H., David M. (2022) Influence of appropriate emergency department utilization and verbal communication on physicians' (dis)satisfaction with doctor-patient interactions with specific consideration of migrational backgrounds. Wiener Medizinische Wochenschrift. (DOI: 10.1007/s10354-022-00948-9)

Gender-Hinweis

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit und des textlichen Verständnisses wird bei Personenbezeichnungen in dieser Dissertation das generische Maskulinum verwendet. Dieses bezieht sich ausdrücklich auf weibliche, diverse sowie männliche Geschlechteridentitäten, soweit es für die Aussage erforderlich ist.

INHALTSVERZEICHNIS

ABBILDUNGSVERZEICHNIS	6
TABELLENVERZEICHNIS	6
ZUSAMMENFASSUNG	8
ABSTRACT	9
1. EINLEITUNG	11
1.1. Notfallambulanzen	11
1.1.1. Inanspruchnahme der Notfallambulanzen	11
1.1.2. Angemessenheit der Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen	14
1.2. Arzt-Patienten-Beziehung	15
1.2.1. Definition und Inhalte	16
1.2.2. Bedeutung der Qualität der APB	17
1.3. Migrantenspezifische Versorgungsforschung	19
1.3.1. Migration in Deutschland	20
1.3.2. Migration und Gesundheit	21
1.4. Fragestellung, Zielsetzung und Hypothesen	23
2. MATERIAL UND METHODIK	24
2.1. Studiendesign	24
2.2. Definition der Untersuchungszeiträume und der Studienstandorte	25
2.2.1. Untersuchungszeiträume	25
2.2.2. Studienstandorte	25
2.3. Definition der Studienpopulation	26
2.3.1. Ein- und Ausschlusskriterien	26
2.4. Studiendurchführung	28
2.4.1. Studienteam	28
2.4.2. Erhebungsinstrumente	29
2.4.3. Studienablauf	31
2.4.4. Datendokumentation	33
2.5. Definition der Variablen	33
2.5.1. Zufriedenheit der Arzt-Patienten-Beziehung	33
2.5.2. Angemessenheit der Inanspruchnahme der Notfallambulanz	34
2.5.3. Migrationshintergrund	36
2.5.4. Bildungsgrad: höchster Bildungsabschluss	37
2.6. Datenschutz	37

2.7. Statistische Auswertung	38
3. ERGEBNISSE	39
3.1. Allgemeine Beschreibung der Studienpopulation	39
3.1.1. Eingeschlossene Patientendaten und Rücklauf der Fragebögen	39
3.1.2. Soziodemografische Merkmale	41
3.2. Unterschiede in der Inanspruchnahme der Notfallambulanzen	45
3.2.1. Transportmittel in die Notfallambulanz	46
3.2.2. Uhrzeit der Inanspruchnahme	47
3.2.3. Wiederholungsbesucher (sog. Mehrfachnutzer)	48
3.2.4. Stationäre Aufnahme	49
3.2.5. Dringlichkeitseinschätzung aus Patientensicht	50
3.2.6. Dringlichkeitseinschätzung aus ärztlicher Sicht	50
3.2.7. Index der angemessenen Inanspruchnahme	52
3.3. Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung	53
3.3.1. Das Arzt-Patienten-Gespräch	53
3.3.2. Beschreibung der Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung	56
3.3.3. Einflussfaktoren der Arzt-Patienten-Beziehung	57
4. DISKUSSION und AUSBLICK	63
4.1. Diskussion der Ergebnisse	63
4.1.1. Unterschiede in der Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen	63
4.1.2. Angemessenheit der Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen	69
4.1.3. Arzt-Patienten-Beziehung	74
4.2. Limitationen und Stärken der Arbeit	84
4.3. Ausblick	87
4.3.1. Wissenschaftliche Fragestellungen	87
4.3.2. Perspektiven für die Gesundheitsversorgung	88
4.4. Schlussfolgerung	91
LITERATURVERZEICHNIS	93
ANHANG	105
EIDESSTATTLICHE VERSICHERUNG	117
ANTEILSERKLÄRUNG ETWAIGER PUBLIKATIONEN	118
LEBENS LAUF	119
DANKSAGUNG	121
BESCHEINIGUNG STATISTIK	122

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

Abb.	Abbildung
APB	Arzt-Patienten-Beziehung
bspw.	beispielsweise
bzw.	beziehungsweise
CBF	Campus Benjamin Franklin – Charité, Universitätsmedizin Berlin
CVK	Campus Virchow Klinikum – Charité, Universitätsmedizin Berlin
EHS	Erste-Hilfe-Schein
ID	Identifikationsnummer
IGES-Institut	Institut für Gesundheit und Sozialforschung der IGES-Gruppe
KI	Konfidenzintervall
KTW	Krankentransportwagen
KV	Kassenärztliche Vereinigung
MH	Migrationshintergrund
NAW	Notarztwagen
NFA	Notfallambulanz
NoMiG	Notfallversorgung von Migranten und Geflüchteten
OR	Odds ratio
resp.	respektive
RTW	Rettungstransportwagen
s.	siehe
sog.	sogenannt
Tab.	Tabelle
u. a.	unter anderem
VKN	Vivantes Klinikum Neukölln
z. B.	zum Beispiel

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1:	Darstellung der in die Analyse eingeschlossenen Patienten (n).....	40
Abbildung 2:	Verteilung der Patienten nach Studienstandort (Angaben in Prozent)	40
Abbildung 3:	Geschlechterzugehörigkeit im Gesamtpatientenkollektiv (Angaben in Prozent)	41
Abbildung 4:	Ermittelter Migrationsstatus im Gesamtpatientenkollektiv (Angaben in Prozent)	42
Abbildung 5:	Verteilung der Patienten des Gesamtkollektivs auf vier Alterskategorien (Alter in Jahren, Angaben in Prozent).....	43
Abbildung 6:	Durchschnittliches Alter der Patienten differenziert nach Migrationsstatus und Geschlecht	44
Abbildung 7:	Transportmittel in die Notfallambulanz (Angaben in Prozent)	46
Abbildung 8:	Nach Migrationsstatus differenzierte Häufigkeiten zur Inan- spruchnahme der NFA in den vorausgegangenen 12 Monaten (Angaben in Prozent)	49
Abbildung 9:	Dringlichkeitseinschätzungen einer ärztlichen Behandlung. Angaben der jeweils durchschnittlichen Werte für das jeweilige Patientenkollektiv	52
Abbildung 10:	Angabe zur Sprache des Arzt-Patienten-Gesprächs (absolute Häufigkeiten)	54
Abbildung 11:	Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung nach Migrationsstatus (Angaben in Prozent)	57

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1:	Ein- bzw. Ausschlusskriterien zur Studienteilnahme	28
Tabelle 2:	Kriterien einer angemessenen Inanspruchnahme der Notfallambulanz.....	36
Tabelle 3:	Darstellung des Geschlechterverhältnisses	42
Tabelle 4:	Bildungsabschlüsse der Patienten	44

Tabelle 5:	Wohnortnähe zur Notfallambulanz	45
Tabelle 6:	Transport in die Notfallambulanz differenziert nach Migrationsstatus	47
Tabelle 7:	Zeitpunkt der Inanspruchnahme der Notfallambulanz nach Migrationsstatus	47
Tabelle 8:	Häufigkeiten der Inanspruchnahme von Notfallambulanzen in den letzten 12 Monaten	48
Tabelle 9:	Häufigkeit der stationären Weiterbehandlung nach Vorstellung in der NFA	49
Tabelle 10:	Dringlichkeitseinschätzung aus Sicht der Patienten	50
Tabelle 11:	Ärztliche Dringlichkeitseinschätzung mit Aufschlüsselung nach Migrationshintergrund der Patienten	51
Tabelle 12:	Diskrepanz zwischen ärztlicher und patientenseitiger Dringlichkeitseinschätzung	51
Tabelle 13:	Angemessenheit der Inanspruchnahme der Notfallambulanz dargestellt in Abhängigkeit des Migrationsstatus.....	53
Tabelle 14:	Sprache des Arzt-Patienten-Gesprächs nach Migrationsstatus	54
Tabelle 15:	Anteil der Inanspruchnahmen von Übersetzungsunterstützung im Arzt-Patienten-Gespräch und Profession der Übersetzer	55
Tabelle 16:	Ärztliche Zufriedenheit mit der sprachlichen Verständigung im Arzt-Patienten-Gespräch	55
Tabelle 17:	Ärztliche Einschätzung zur Qualität der APB.....	56
Tabelle 18:	Zusammenhang zwischen der Angemessenheit der Inanspruchnahme der Notfallambulanz und der Qualität der APB	57
Tabelle 19:	Zusammenhang zwischen der APB und der Angemessenheit der Inanspruchnahme der Notfallambulanz im Kollektiv 3.....	58
Tabelle 20:	Prädiktoren einer positiv bewerteten APB (logistisches Regressionsmodell [1]).....	59
Tabelle 21:	Prädiktoren einer positiv bewerteten APB (logistisches Regressionsmodell [2]).....	61

ZUSAMMENFASSUNG

Zielsetzung: In den zurückliegenden Jahren stieg die Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen (NFA) sowohl deutschlandweit als auch international stetig an. Mitverantwortlich für diese Entwicklung sind auch Fehl- bzw. inadäquate Inanspruchnahmen.

Der Themenbereich rund um die Arzt-Patienten-Beziehung (APB) wurde in diesem Kontext in der Forschung bislang nur wenig untersucht. Dabei ist eine gelungene APB sowohl für Adhärenz, Compliance und Behandlungserfolg der Patienten als auch für die Zufriedenheit des medizinischen Personals entscheidend. Ziel dieser Studie war es, den Zusammenhang zwischen einer (un)angemessenen Nutzung der NFA und der ärztlichen Zufriedenheit mit der APB zu untersuchen und die APB auf potenzielle Einflussfaktoren zu prüfen.

Methoden: Diese Untersuchung fand im Rahmen der nicht-interventionellen Querschnittsstudie „Notfallversorgung von Migranten und Geflüchteten“ statt. Zwischen Juli 2017 und Juli 2018 erfolgte in drei Berliner NFAs eine dreiteilig angelegte Datenerhebung: (1) standardisierte, fragenbogenbasierte Interviews mit den Patienten; (2) Kurzfragebögen für die behandelnden Ärzte zur APB; (3) Auswertung der Erste-Hilfe-Scheine. Neben einer deskriptiven Analyse des Patientenkollektivs wurden im Rahmen eines explorativen Designs multivariable logistische Regressionsanalysen durchgeführt.

Ergebnisse: Die Daten von 1.356 Patienten wurden in dieser Untersuchung berücksichtigt. In Abhängigkeit des Migrationsstatus erfolgte die Einteilung in drei Patientenkollektive:

- Adäquate Inanspruchnahme der NFA: 39,8 % aller Patienten nahmen die NFA angemessen in Anspruch. Bei Patienten mit Migrationshintergrund (MH) war dieser Anteil geringer (MH in 1. Generation: 27,1 %; MH in 2. Generation: 16,9 %).
- Qualität der APB: Ärzte bewerteten den Behandlungsverlauf (87,2 %) und die sprachliche Verständigung (88,6 %) überwiegend als zufriedenstellend. Die geringste Zufriedenheit ließ sich bei Patienten mit MH in 1. Generation feststellen.
- Prädiktoren einer ärztlich positiv bewerteten APB: Gute Deutschkenntnisse der Patienten (OR: 1,77; 95 % KI [1,02; 3,06]) und ein hoher Bildungsabschluss (OR:

1,61; 95 % KI [1,04; 2,50]) waren mit einer signifikant höheren Chance einer zufriedenstellenden APB assoziiert. Ein MH in 1. Generation (Modell 1: OR: 0,44; 95 % KI [0,23; 0,83]) und eine hohe Dringlichkeitsdiskrepanz (Modell 2: OR: 0,54; 95% KI [0,35; 0,83]) waren negative Prädiktoren.

Schlussfolgerung: Migrationserfahrung, Kommunikations- und Sprachprobleme, Bildungsstand und eine hohe Dringlichkeitsdiskrepanz beeinflussen die ärztlich bewertete APB. Für ein besseres Verständnis einer effektiven APB und für die Etablierung evidenzbasierter Maßnahmen sind weitere Untersuchungen erforderlich. In einer von Vielfalt geprägten Gesellschaft sollten hierbei unterschiedliche Bedürfnisse, verschiedenartige Gesundheitsvorstellungen und -kompetenzen sowie Sprachkenntnisse Berücksichtigung finden, um so eine inklusivere Gesundheitsversorgung zu erreichen.

ABSTRACT

Objective: In recent years, the attendance of emergency departments (EDs) has steadily risen both nationwide and internationally. It is assumed that inadequate utilization of EDs partially contributes to this trend. To date, little attention has been paid to the issue of doctor-patient relationship (DPR) in this context. However, successful DPR is critical for compliance, adherence, and patient outcome, as well as for medical staff satisfaction. The aim of this study was to investigate the relationship between (in)appropriate use of EDs and physician satisfaction of DPR and to test it for potential influencing factors.

Methods: This study took place in the context of the non-interventional cross-sectional study "Notfallversorgung von Migranten und Geflüchteten". A tripartite data collection was conducted between July 2017 and July 2018 in three different EDs in Berlin: (1) standardized questionnaire-based interviews with patients; (2) short questionnaires for attending physicians regarding DPR; (3) analysis of the patient's ED medical report. Descriptive analysis of the patient population and multivariable logistic regression analyses were performed.

Results: Data from 1.356 patients were included. Depending on migration status, patients were classified into three populations:

- Adequate utilization of EDs: 39,8 % of all patients made adequate use of EDs. This percentage was lower for patients with a migration background (MB): 1st generation migrants: 27,1 %; 2nd generation migrants: 16,9 %.
- Quality of DPR: Treating physicians predominantly rated the course of treatment (87,2 %) and language communication (88.6 %) as satisfactory. In each case, the lowest satisfaction could be found in 1st generation migrant patients.
- Predictors for a positive physician perceived DPR: Patients' good German language skills (OR: 1.77; 95% CI [1.02; 3.06]) and a high level of education (OR: 1.61; 95% CI [1.04; 2.50]) were associated with a higher chance of positive perceived DPR. In contrast, a first-generation MB (model 1: OR: 0.44; 95% CI [0.23; 0.83]) and a large gap in perceived urgency (model 2: OR: 0.54; 95% CI [0.35; 0.83]) were negative predictors.

Conclusion: Migration experience, communication and language difficulties, level of education, and a high urgency discrepancy have an impact on physician perceived DPR. Further research is needed for a better understanding of effective DPR and for the establishment of evidence-based interventions to strengthen this relationship. Furthermore, in a diverse society, different needs and expectations, diverse health beliefs, competencies, and language skills should be taken into account in order to design more inclusive health care.

1. EINLEITUNG

1.1. Notfallambulanzen

Klinische Notfallambulanzen (NFA) stellen im deutschen Gesundheitssystem bei der Versorgung akut erkrankter und notfallmäßig behandlungsbedürftiger Patienten einen elementaren Bestandteil dar. Zum besseren Verständnis sollen im Folgenden sowohl die Struktur und die Funktionsweise von NFAs als auch hiermit verbundene Problematiken beleuchtet werden.

1.1.1. Inanspruchnahme der Notfallambulanzen

1.1.1.1. Struktur und Funktionsweise

Klinische Notfallambulanzen fungieren im deutschen Gesundheitssystem als wichtige Schnittstelle zwischen der ambulanten Primärversorgung und der stationären Versorgung [1]. Ihre elementare Aufgabe besteht dabei in der Akutversorgung schwer erkrankter oder als Notfall klassifizierter Patienten. Hierbei zeichnen sich die klinischen Notfallambulanzen durch ihre ständige Verfügbarkeit (medizinische Behandlung rund um die Uhr, sieben Tage die Woche) und eine besonders niederschwellige Zugangsmöglichkeit aus. Dabei werden in Deutschland die NFAs in Grund-, Fach- und Maximalversorgung eingeteilt. Kriterien wie die Qualifikationen des Personals, die Verfügbarkeit von Diagnostik und Geräten oder auch eine mögliche intensivmedizinische Betreuung sind bei dieser Unterteilung u. a. von Bedeutung [2].

Die Deckung der Behandlungskosten erfolgt in Deutschland über das Krankenversicherungssystem. Die Abrechnung der in den NFAs erfolgten Gesundheitsleistungen wird dementsprechend nur indirekt über die Versicherungsbeiträge der wahlweise gesetzlichen- oder privaten Krankenversicherung von den Patienten getragen. Das Vergütungssystem der Kliniken für die medizinische Behandlung basiert wiederum auf Grundlage sogenannter Fallpauschalen. Fallpauschalen werden in ihrer diagnosebezogenen Gruppe einheitlich vergütet, bei besonderer Komplexität oder

höherwertigeren Leistungen können Zusatzpauschalen aufgeführt und abgerechnet werden [2, 3].

Seit 2018 gelten zudem Mindestanforderungen für die Notfallversorgung. Hierunter fallen bspw. das Vorhandensein bestimmter Fachabteilungen oder auch die Verfügbarkeit eines Facharztes. Bei Erfüllung dieser Anforderungen können finanzielle Zuschläge in gestaffelter Form gewährt werden. Dies soll zur Stärkung der defizitären Notfallversorgung beitragen [4].

1.1.1.2. Überfüllung der Notfallambulanzen

Ein stetig wachsendes Patientenaufkommen in klinischen Notfallambulanzen ließ sich in den vergangenen Jahren einheitlich sowohl deutschlandweit als auch international feststellen. Diese Zunahme der Inanspruchnahme führt nicht selten zu einer Überfüllung der NFAs; ein Phänomen, das in der Fachliteratur auch als „Overcrowding“ bezeichnet und vielfach diskutiert wird [5, 6]. In Deutschland verdoppelte sich von 2005 bis 2015 das Patientenaufkommen auf rund 25 Millionen Patienten jährlich [7]; die annuelle Steigerungsrate der Notfallambulanznutzungen lag in den letzten Jahren dabei zwischen 4 % und 8 % [5, 8].

Besondere Bedeutung erlangt diese Überfüllung durch die negativen Auswirkungen auf die Versorgung und die Gesundheit der Patienten. So wies ein US-amerikanisches Literaturreview darauf hin, dass die erhöhte Nutzung klinischer NFAs u. a. mit einer Verzögerung der medizinischen Behandlung, einer geringeren Zufriedenheit und einer erhöhten Sterblichkeit der Patienten verbunden ist [9]. Auch in weiteren Arbeiten ließen sich Behandlungsverzögerungen, eine schlechtere allgemeine Versorgungsqualität sowie bei zunehmender Überfüllung eine Zunahme der Häufigkeit von Medikationsfehlern feststellen [10, 11]. Eine Überfüllung der Notaufnahmen stellt daher eine besondere Herausforderung hinsichtlich adäquater und qualitativ hochwertiger medizinischer Versorgung dar.

Weiterhin wies eine australische Querschnittsstudie darauf hin, dass NFAs durch die hohe Belastung der akutmedizinischen Versorgung als besonders stressige Arbeitsplätze gelten [12]. Die steigende Inanspruchnahme, oftmals im Rahmen bereits maximal ausgeschöpfter Kapazitäten und ungünstiger Organisationsstrukturen, scheint zudem zu einer erhöhten Arbeitsbelastung sowie einem steigenden Stress- und Frustrationslevel des medizinischen Notfallambulanzpersonals zu führen. Erklärend hierfür ist

mitunter die Tatsache, dass es vielen klinischen Notaufnahmen gleichermaßen an finanziellen wie auch an personellen Ressourcen für das stetig steigende Patientenaufkommen fehlt [13]. Ein Overcrowding der NFAs hat somit auch Auswirkungen auf das ärztliche Wohlbefinden und die ärztliche Zufriedenheit. Hierbei wird angenommen, dass dies wiederum die Qualität der ärztlichen Behandlung (u. a. Konzentrationsfähigkeit, Empathie, Professionalität des Arztes) und die Interaktion zwischen Arzt und Patient negativ belastet [14, 15].

Wenngleich das stetig wachsende Patientenaufkommen in NFAs ein seit Jahren wohlbeschriebenes Phänomen ist, sind Untersuchungen zu den Beweggründen für eine Inanspruchnahme von NFAs erst seit Kurzem vorhanden [16-19]. Die Hinter- und Beweggründe für die steigende Inanspruchnahme sind vielseitig. Eine Berliner Studie deutete in ihrer Untersuchung insbesondere auf eine hohe subjektive Dringlichkeitseinschätzung der Patienten sowie eine klaffende Lücke in der Nutzung bzw. dem Wissen um die ambulante Versorgung bzw. die Notfallstrukturen der Kassenärztlichen Vereinigung hin, die für eine Inanspruchnahme der NFA ursächlich waren [19]. Zu übereinstimmenden Ergebnissen kamen auch Coster et al., die neben der Dringlichkeitseinschätzung der Patienten sowie dem limitierten Zugang oder Vertrauen in die ambulante Primärversorgung zusätzlich noch Bequemlichkeit, subjektiver Notwendigkeit, Ressourcen eines Krankenhauses zu Hilfe zu nehmen und Empfehlung eines Angehörigen oder eines Gesundheitsdienstleisters, die NFA aufzusuchen als Hauptbeweggründe hervorhoben [16].

Weitere Studien brachten auch soziodemografische Charakteristiken mit einer vermehrten Inanspruchnahme der NFA in Verbindung. Bei Betrachtung des Patientenalters ließ sich in der Literatur ein erhöhtes Inanspruchnahmeverhalten in Abhängigkeit der Altersgruppe feststellen. So wiesen Wahlster et al. bzgl. der Überlastung von klinischen Notaufnahmen insbesondere auf die überproportionale NFA-Nutzung junger Erwachsener hin, Gruneir et al. und Ukkonen et al. wiesen hingegen auf ein erhöhtes Inanspruchnahmeverhalten von älteren Patienten hin [20-22]. Weitere Untersuchungen unterstrichen den Zusammenhang zwischen einer NFA-Nutzung und einem Migrationsstatus, der auch in Kapitel 1.3. dieser Arbeit stärker thematisiert wird [23-25].

1.1.2. Angemessenheit der Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen

Das stetig steigende Patientenaufkommen in klinischen Notfallambulanzen wurde in der jüngeren Literatur verstärkt den unangemessenen, nicht dringlichen Inanspruchnahmen zugeschrieben [17, 26, 27]. Hierbei stellen unangemessene Nutzungen von NFAs national wie international ein weitverbreitetes Problem dar.

Bei Sichtung der Literatur ergab sich hierbei jedoch eine entscheidende Problematik: Da eine einheitliche, wissenschaftliche und international übereinstimmende Definition einer (un)angemessenen Notfallambulanznutzung bislang nicht vorhanden ist, war eine enorme Varianz bezüglich des Verständnisses und der Auslegung des Begriffes „(un)angemessen“ feststellbar. So reichte in drei großen Literaturübersichtsarbeiten die Wahl der festgelegten Kriterien bzgl. der Einschätzung (un)angemessener Nutzungen u. a. von der Beurteilung mithilfe eines Triage-Systems, über die subjektive Dringlichkeitsbewertung durch Patienten oder durch medizinisches Personal, bis hin zu Angemessenheitseinschätzungen auf Grundlage bestimmter Kriterien bzw. Scoring-Systeme (bspw. Transport in die NFA, anschließende stationäre Aufnahme, Notwendigkeit diagnostischer Verfahren, Uhrzeit der Inanspruchnahme, Wartezeit) [28-30]. Auch bei Sichtung weiterer Literatur wurde die Anwendung ähnlich diverser Kriterien festgestellt [17, 26, 31-34]. Die Frage nach der Definition adäquater bzw. inadäquater Nutzungen von klinischen Notfallambulanzen unterliegt dementsprechend einer großen Heterogenität. Dies erschwert eine Gegenüberstellung und einen aussagekräftigen Vergleich der verschiedenen Untersuchungen deutlich.

Auch wenn hinsichtlich der Definition einer (un)angemessenen Inanspruchnahme erhebliche Unterschiede zu beobachten sind, so besteht Einigkeit in der Bedeutung der inadäquaten Nutzung von NFAs [6, 11, 17, 26-30]. Erklärend hierfür ist der facettenreiche Einfluss der inadäquaten Notaufnahmenutzungen auf die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. So steht auf der einen Seite die Gefährdung einer hinreichenden und qualitativ hochwertigen Notfallversorgung. Nicht dringliches Aufsuchen der klinischen Notaufnahmen begünstigt die Überfüllung von NFAs, sodass dringend behandlungsbedürftige Patienten einen erschwerten Zugang in die Notaufnahme sowie eine Verzögerung ihrer Behandlung erfahren könnten

(s. Unterabschnitt 1.1.1.). Beides kann wiederum in einer schlechteren allgemeinen Qualität der Notfallversorgung resultieren [11, 27, 35-37].

Auf der anderen Seite scheinen nicht adäquate Nutzungen von NFAs die Vorteile der etablierten hausarztzentrierten Versorgung zu schmälern [29]. Die hausärztliche Versorgung nimmt im deutschen Gesundheitssystem einen wichtigen Stellenwert in der medizinischen Grundversorgung ein. Hierbei liegt die Bedeutung der Allgemeinmediziner in ihrer Funktion des ersten Ansprechpartners und des Koordinators bei sämtlichen medizinischen Anliegen. Ein niederschwelliger Zugangsweg und eine kontinuierliche, langfristige Betreuung sind von besonderer Wichtigkeit, da somit u. a. medizinische Fehl-, Über- und Unterversorgung vermieden und eine konstante und adäquate Versorgung gewährleistet werden können [38, 39]. Der Zugang zur medizinischen Grundversorgung und die Inanspruchnahme scheinen hierbei eine entscheidende Rolle bei der Verringerung unangemessener Inanspruchnahmen einzunehmen [28].

Weiterhin und hiermit einhergehend lässt sich das Interesse und die Bedeutung der unangemessenen Nutzungen der NFAs durch ihren erheblichen finanziellen Aufwand erklären [29, 40-42]. Gesundheitliche Anliegen, bei denen eine ambulante Versorgung hinreichend bzw. angemessener gewesen wäre, sind im Falle der Nutzung einer NFA mit einer deutlich höheren finanziellen Belastung des Gesundheitssystems verbunden [29, 42]. Laut eines Berichtes des IGES-Institutes aus dem Jahr 2016 beliefen sich die Kosten vermeidbarer Krankenhausnotfälle auf über 4 Milliarden Euro jährlich [43].

Die Gefährdung der Notfallversorgung, der Einfluss auf die ambulante Grundversorgung sowie die finanzielle Mehrbelastung begründen somit die besondere Bedeutung und das stete Interesse an Interventionen in Bezug auf nicht-dringliche bzw. inadäquate Besuche klinischer Notfallambulanzen.

1.2. Arzt-Patienten-Beziehung

Wenngleich die Beziehung zwischen Arzt und Patient erst seit kurzem Gegenstand intensiver aktueller Forschung ist, so steht sie seit jeher im Mittelpunkt jeder medizinischen Versorgung. Dabei kann die Arzt-Patienten-Beziehung weitestgehend als soziale Interaktion verstanden werden, die auf medizinischen-, psychosozialen- und sprachlich-kommunikativen Kompetenzen fußt und dabei als Grundlage einer jeden

Interaktion zwischen Arzt und Patient sowie als essenzielles Fundament der allgemeinen Gesundheitsversorgung gelten kann [44, 45]. Hierbei gewann die APB zuletzt an Bedeutung, da der Arzt-Patienten-Beziehung und -Interaktion positive Einflüsse auf patientenbezogenes Gesundheitsverhalten und -ergebnisse zugeschrieben werden: Mehrere Studien deuteten darauf hin, dass eine effektive APB mit positiven Auswirkungen auf die Adhärenz, die Compliance und das Behandlungsergebnis der Patienten verbunden ist [46-51].

Die APB lässt sich aus verschiedenen Blickwinkeln betrachten. So beschreibt Truong die Entwicklung und Definition der APB entlang dreier verschiedener, aber miteinander verbundenen Achsen, worunter die klinische Versorgung, die Forschung und die Gesellschaft zählen [52]. Bezüglich des Verständnisses der APB in der Klinik, die auch in der vorliegenden Arbeit im Fokus stand, fand im Laufe der Zeit eine Wandlung von einem eher paternalistischen Modell (Entscheidungen in Bezug auf die Gesundheit des Patienten liegen in ärztlicher Hand) über das informative Konsumentenmodell (Arzt als Dienstleister) hin zu einem patientenzentrierteren Konzept (partnerschaftliches Modell) statt [52-54]. Im Sinne dessen wird heute in der klinischen Praxis vor allem das Modell der gemeinsamen Entscheidungsfindung (sog. shared decision making) angestrebt.

In der Dynamik des Klinikalltages gewinnt die APB jedoch zusätzlich an Komplexität. So lassen sich systemische (u. a. Gesundheitsökonomie mit Optimierung der Gesundheitskosten), zwischenmenschliche, gesellschaftliche (u. a. kulturelle Vielfalt und damit verbundene Unterschiede in Bezug auf das Verständnis von Gesundheit und Krankheit, kulturelle Überzeugungen und evtl. sprachlichen Hürden und Barrieren), informationstechnologische (Internettechnologien, Digitalisierung) und ärztliche Herausforderungen (bspw. Stressoren am Arbeitsplatz) feststellen. [55]. Diese und weitere Parameter können als mögliche Einflussgrößen auf die APB wirken und sollten daher auch in wissenschaftlichen Arbeiten Berücksichtigung finden.

1.2.1. Definition und Inhalte

Bei Betrachtung der APB und ihrer Qualität schien es unerlässlich, auch die verschiedenen Inhalte einer Arzt-Patienten-Beziehung zu beschreiben. In der vorliegenden

Arbeit standen bei Erhebung der APB bzw. der -Interaktion die zwei Hauptmerkmale einer medizinischen Behandlung im Vordergrund: einerseits das Gespräch (und somit die Kommunikation zwischen Arzt und Patienten) und andererseits der Verlauf der Untersuchung selbst.

Bei Sichtung der internationalen Literatur fiel auf, dass durch das Fehlen einer klaren, einheitlichen und ubiquitär gültigen Definition der APB auch ihre Inhalte unterschiedlich ausgelegt werden können. So ließ sich im Vergleich mit weiteren Untersuchungen bezüglich der Inhalte der APB ein durchaus heterogenes Verständnis sowie eine große Varianz in der Herangehensweise der Beschreibung feststellen. Di Blasi et al. und Kelley et al. schlüsselten in ihren Literaturübersichtsarbeiten die Inhalte in das Vorhandensein emotionaler sowie kognitiv-informativer Merkmale auf [56, 57]. Ähnlich taten dies Fuertes et al., die das Vorhandensein kognitiver und affektiver Dimensionen beschrieben [51]. Kerse et al. nannten hingegen vier konkrete Attribute, welche die APB ausmachten: Kontinuität, Übereinstimmung zwischen Arzt und Patient, Vertrauen sowie die Befähigung zur Selbstversorgung [58]. Eine italienische Arbeit beschrieb die APB hingegen mithilfe eines physiologischen und eines neurowissenschaftlichen Ansatzes und zog hierbei Parallelen zwischen der APB und dem Placebo-Effekt [59].

Auffallend war jedoch, dass in der überwiegenden Zahl der international publizierten Arbeiten die konkreten Inhalte der APB nicht näher beschrieben wurden. Es entsteht so der Eindruck, dass das Verständnis sowie die Beziehung bzw. die Interaktion von Arzt und Patient als intuitiv angesehen wird und der Begriff „Arzt-Patienten-Beziehung“ damit für sich steht.

1.2.2. Bedeutung der Qualität der APB

Die Arzt-Patienten-Beziehung gilt als elementarer Bestandteil einer medizinischen Behandlung. Trotz einer fehlenden, einheitlichen Definition sind laut aktueller Studienlage medizinische, psychosoziale- und sprachlich-kommunikative Kompetenzen für eine qualitativ hochwertige und effektive APB von besonderer Bedeutung [44, 45, 51]. Die Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung ist dabei für den weiteren Verlauf der Versorgung entscheidend. Eine Vielzahl internationaler Studien wies zuletzt auf den Zusammenhang und den Einfluss zwischen einer positiv erlebten APB sowie der hierfür notwendi-

gen Kompetenzen und patientenbezogenen Gesundheitsdaten hin: So scheinen der Erkrankungsverlauf, die Adhärenz und Compliance der Patienten sowie der Behandlungserfolg positiv von einer effektiven und qualitativ hochwertigen APB beeinflusst zu werden [45, 47-49, 51, 56, 60]. Der sich hieraus ergebende entscheidende Vorteil in Bezug auf das Behandlungsergebnis und die allgemeine Patientengesundheit unterstreicht somit die Bedeutung der Qualität der APB und erklärt den zuletzt wachsenden Bedarf an Untersuchungen hinsichtlich eines besseren Verständnisses einer effektiven APB.

Der nur schwer durch Evidenz belegbare Einfluss der APB kann jedoch als Hindernis in der aktuellen Forschung verstanden werden. Und auch beim Etablieren von evidenzbasierten Methoden besteht eine nicht zu vernachlässigende Hürde: So könnten Empfehlungen bzgl. der Stärkung der APB die Tatsache zu sehr vereinfachen, dass Erwartungen, Anforderungen und Präferenzen jedes Menschen und damit auch die der Ärzte und Patienten interindividuell stark variieren [61].

1.2.2.1. Perspektiven auf die Qualität der APB – patientenseitige und ärztliche Zufriedenheit mit der APB

Die Beziehung zwischen Arzt und Patient kann als eine Einflussgröße angesehen werden, die ein erhebliches Potenzial bzgl. der Beeinflussung von patientenbezogenen Gesundheitsergebnissen aufweist. Bei detaillierterer Betrachtung ist es von entscheidender Bedeutung, die zwei verschiedenen Perspektiven, aus der die APB beleuchtet werden kann, zu differenzieren: So existiert einerseits die patientenbezogene Zufriedenheit sowie andererseits die ärztliche Zufriedenheit.

In aktuellen Untersuchungen wurde zuletzt vorrangig die Perspektive der Patienten auf die APB berücksichtigt [47-49, 51, 56, 60, 62-64]. Je nach Untersuchung ließ sich die APB bzw. ausgewählte Komponenten der APB (u. a. Kommunikationsverhalten, Vertrauen, zwischenmenschliche Fähigkeiten) mit dem Behandlungsverlauf und -erfolg der Patienten assoziieren (s. Unterabschnitt 1.2.2). Das größere Interesse der Forschung an der patientenbezogenen Zufriedenheit könnte mitunter durch die Tatsache erklärt werden, dass in der aktuellen klinischen Praxis patientenzentriertere Behandlungs- und Interaktionskonzepte (wie bspw. das Modell der partizipativen Entscheidungsfindung) bevorzugt genutzt werden und somit einen höheren Stellenwert

einnehmen (s. Abschnitt 1.2.). Mitbegründend könnte weiterhin die Tatsache sein, dass aufgrund des Machtgefälles in der APB und der meist den behandelnden Ärzten zugeschriebene Aufgabe, das Verhältnis zu etablieren und zu lenken, der größere Einfluss auf die APB beim Arzt gesehen wird.

Da jedoch bereits die Definition des Begriffes ‚Beziehung‘ ein wechselseitiges Verhältnis zwischen Einzelnen voraussetzt, sollte die ärztliche Sichtweise auf die Qualität der APB ebenfalls Berücksichtigung finden. Sie dient dabei als Gegenstück zur patientenbezogenen Sichtweise und sorgt somit für die Komplettierung des Bildes und des Verständnisses der APB. Dennoch ließ sich bei Sichtung internationaler Literatur feststellen, dass der ärztlichen Perspektive auf die APB in den letzten Jahren nur in wenigen Untersuchungen Beachtung geschenkt wurde [65-68]. Infolgedessen sind auch damit zusammenhängende Einflussfaktoren oder Assoziationen bzw. Auswirkungen der ärztlichen Zufriedenheit auf gesundheitsbezogene Parameter spärlicher erforscht. Die Berücksichtigung der Zufriedenheit der Ärzte mit der APB (Zufriedenheit mit der Behandlung und dem Arzt-Patienten-Gespräch) scheint notwendig, um eben diese Einflussgrößen zu beleuchten. Da das ärztliche Personal, insbesondere das der klinischen NFAs, zudem einer hohen Arbeitsbelastung und anspruchsvollen Arbeitsbedingungen ausgesetzt ist, ist ihre Zufriedenheit mit der APB noch einmal von besonderer Bedeutung.

1.3. Migrantenspezifische Versorgungsforschung

In den letzten Jahren gewann das Themenfeld „Migration und Gesundheit“ durch die kontinuierliche Entwicklung der einheimischen, deutschen Bevölkerung zu einer stetig kulturell diverseren Gesellschaft zunehmend an Bedeutung. Das Interesse öffentlicher Institutionen und Forschungseinrichtungen an migrantenspezifischer Versorgungsforschung leistet dabei einen entscheidenden Beitrag zur Verbesserung der allgemeinen medizinischen Versorgung und der Bedarfsgerechtigkeit im Gesundheitswesen und ermöglicht dabei die vollständigere Berücksichtigung aller in Deutschland lebenden Menschen. Um die Diversität der Bevölkerung genauer abzubilden, wurde auch in der vorliegenden Arbeit der Migrationshintergrund (MH) der Patienten differenziert. Die folgenden Punkte sollen nun einen Einblick in aktuelle Kenngrößen bzgl. des

Migrationsgeschehens in Deutschland geben sowie das Thema „Migration und Gesundheit“ einführen.

1.3.1. Migration in Deutschland

Migration, von der Bundeszentrale für politische Bildung definiert als die „räumliche(n) Bewegungen von Menschen, die mit einer längerfristigen Verlagerung des Lebensmittelpunktes über eine administrative Grenze hinweg einhergehen“ [69], kann als ein zentrales Thema der Gesellschaft angesehen werden. Im Laufe seiner Geschichte ließen sich in Deutschland zahlreiche Zu- und Auswanderungsströmungen beobachten. Diese Migrationsbewegungen haben das Land und seine Bevölkerung geprägt, wobei die Strömungen des 20. und 21. Jahrhunderts auch heute noch für die aktuelle Zusammensetzung der in Deutschland lebenden Bevölkerung bestimmend sind [70-72].

Die Zahl der in Deutschland und Europa lebenden Menschen mit Migrationshintergrund stieg in den letzten Jahren kontinuierlich an [73]. So lebten in Deutschland im Erhebungsjahr 2018 rund 20,8 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund und stellten somit einen Anteil von 25,5 % an der Gesamtbevölkerung [74]. In der Bundeshauptstadt Berlin, Ort der Datenerhebung der vorliegenden Untersuchung, war der Anteil mit 29,3 % noch einmal etwas höher [75]. Die Bezeichnung „Menschen mit Migrationshintergrund“ etablierte sich dabei zuletzt sowohl in der Fachliteratur als auch im umgangssprachlichen Gebrauch als Sammelbegriff für die äußerst heterogene Gruppe der Immigranten und ihrer Nachkommen. Die Notwendigkeit einer einheitlichen Definition des Begriffes Migrationshintergrund, insbesondere hinsichtlich statistischer Erhebungen und einer akkuraten Vergleichbarkeit, liegt auf der Hand. Aktuell vorrangig gebräuchlich ist dabei die Definition des Statistischen Bundesamtes, welche die Bevölkerung mit Migrationshintergrund als jene Personen beschreibt, die selbst oder mindestens eines der Elternteile die deutsche Staatsangehörigkeit nicht durch Geburt besitzen [73].

Die Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund zeichnet sich durch ihre Heterogenität aus. Auch wenn die Herkunftsländer der Zuwanderer insgesamt betrachtet sehr vielfältig sind, so ist das Migrationsgeschehen in Deutschland mehrheitlich durch zu-

und abwandernde Bürger aus europäischen Ländern geprägt. So kamen 2018 66,9 % der Immigrierten aus Europa, gefolgt von 13,8 % aus asiatischen Ländern, 4,2 % aus afrikanischen Staaten und 5,3 % aus Amerika, Australien und Ozeanien [74].

1.3.2. Migration und Gesundheit

Die Thematik rund um die Migration beschäftigt neben Politik, Wirtschaft und sozialen Bereichen auch das Gesundheitssystem. Das weite Themenfeld „Migration und Gesundheit“ stand dabei zuletzt vermehrt im Fokus aktueller Untersuchungen [23, 76-80].

Ergebnisse verschiedener Analysen zeichneten zuletzt in Bezug auf die Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund ein nicht immer übereinstimmendes Bild. So wird in der Literatur einerseits das Phänomen des „healthy immigrant“ beschrieben [78, 81-83]. Demnach sind Zugewanderte im Durchschnitt gesünder als vergleichbare Einheimische. Dieser Effekt, der unter anderem auf die positive Selbstselektion gesunder Migranten zurückzuführen ist, verliert mit den Jahren, den die Immigrierten im Land leben, jedoch an Bedeutung [76, 77, 83, 84]. Bei Betrachtung weiterer Gesundheitsprobleme, wie etwa psychischen Erkrankungen oder Infektionskrankheiten, ließen sich andererseits teilweise auch höhere Prävalenzen bei zugewanderten Menschen feststellen [76, 85, 86].

Prinzipiell sollte daraufhin gewiesen werden, dass die Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund und die damit verbundenen Einflussfaktoren noch einmal komplexer imponieren als die der nicht migrierten Mehrheitsbevölkerung. Genetische Unterschiede, die Situation im Herkunftsland, aber auch der Migrationsprozess selbst und schlussendlich die Situation im Zielland (u. a. sozioökonomischer Status, Akkulturation, Umwelt, Zugangsbarrieren) wirken hier zusätzlich auf das ohnehin multifaktorielle Gefüge der „Gesundheit“ [78].

Zudem sollten allgemeine Aussagen zum Gesundheitszustand von Menschen mit Migrationshintergrund derzeit nur mit Vorsicht getroffen werden. Menschen mit Migrationshintergrund stellen eine äußerst heterogene Bevölkerungsgruppe dar (u. a. in Bezug auf Diversität bzgl. der Migrationsgeneration, des Herkunftslandes, des Geschlechts, des Alters). Verallgemeinerungen könnten somit zu einer Verzerrung der

reellen gesundheitlichen Lage dieser Gruppe führen und folglich den tatsächlichen Gesundheitszustand nicht umfassend genug bzw. nur unpräzise abbilden. Eine differenzierte Betrachtung ihrer sozialen und gesundheitlichen Chancen scheint daher notwendig. Dennoch ließ sich zuletzt feststellen, dass Menschen mit Migrationshintergrund, trotz ihres erheblichen Anteils an der Allgemeinbevölkerung, in Untersuchungen nur unzureichend berücksichtigt wurden. In Anbetracht der dürftigen Datenlage scheinen daher allgemeingültige, repräsentative Aussagen lediglich eingeschränkt möglich zu sein [79, 80].

Bei detaillierter Beleuchtung der strukturellen Gegebenheiten und Betrachtung des Gesundheitsverhaltens (u. a. Zugang und Inanspruchnahmeverhalten von Gesundheitseinrichtungen und Präventionsangeboten) ließen sich deutlich migrantenspezifische Unterschiede ermitteln. So wiesen mehrere Untersuchungen auf die erhöhte Inanspruchnahme von Notfalldiensten bei zugewanderten Menschen hin [23, 24, 87-90]. Vorsorgeangebote, Präventionsprogramme sowie die ambulante fachärztliche Versorgung nutzten Patienten mit Migrationshintergrund hingegen seltener [23, 25, 77, 90, 91]. Gründe und Erklärungsansätze in Bezug auf den Zugang und das Inanspruchnahmeverhalten scheinen vielfältig. So stellt das Migrationsgeschehen sowohl das Gesundheitssystem wie auch die zugewanderte Bevölkerung vor nicht zu vernachlässigende Herausforderungen. Patienten mit Migrationshintergrund können dabei auf Hürden hinsichtlich des sprachlichen Verständnisses sowie kultureller Ansichten und Überzeugungen stoßen. Ein niedriger sozio-ökonomischer Status und ein mangelndes Wissen bzgl. der verschiedenen Organe, der Funktionsweise und Abläufe des Gesundheitssystems können zudem als erhebliche Zugangsbarrieren fungieren [78, 91-93]. Dies verleiht einer adäquaten medizinischen Versorgung zusätzlich an Komplexität. Es scheint daher notwendig, die Diversität unserer Gesellschaft auch im Gesundheitswesen nachhaltig zu berücksichtigen, um so migrantenspezifische Gesundheitschancen und -risiken, Hürden und Herausforderungen besser zu begreifen, zu berücksichtigen und problemorientierte Lösungsansätze zu eruieren und zu etablieren.

1.4. Fragestellung, Zielsetzung und Hypothesen

Die Beziehung zwischen Arzt und Patient steht ganz zentral in jeder Begegnung und Interaktion zwischen dem behandelnden Arzt und dem Patienten. Besonderer Bedeutung wird einer qualitativ hochwertigen APB beigemessen, da sie als wichtige Einflussgröße in Bezug auf das Gesundheitsverhalten, den Behandlungserfolg und die allgemeine Gesundheit der Patienten gilt.

Klinische Notfallambulanzen sehen sich seit Jahren mit stetig steigenden Behandlungszahlen konfrontiert. Inadäquate, nicht-dringliche Inanspruchnahmen machen hiervon einen nicht unerheblichen Teil aus. Die ausgelastete Versorgungssituation der NFAs kann eine adäquate Notfallversorgung gefährden und neben einem erheblichen Zeitdruck, ausgeschöpfter struktureller und personeller Kapazitäten, einem hohen Behandlungsbedarf von Notfällen und ungünstigen strukturellen Rahmenbedingungen als zusätzliche erhebliche Stressoren auf das NFA-Personal wirken.

Bislang untersuchten nur wenige internationale Studien die Zufriedenheit der Ärzte mit der Qualität der APB und auch in der deutschen Versorgungsforschung sind Untersuchungen zu diesem Themenkomplex rar. Auch eine konsequente Berücksichtigung des Migrationshintergrundes, als Beitrag zu einer migrantenspezifischen Versorgungsforschung, erfolgte selten.

Die vorliegende Untersuchung hatte nun zum Ziel, einen möglichen Zusammenhang zwischen der Angemessenheit der Inanspruchnahme der Notfallambulanz und der Qualität der APB zu eruieren. Als führende Hypothese fungierte die Annahme, dass sich eine unangemessene Inanspruchnahme der NFA negativ auf die ärztliche Zufriedenheit mit der Arzt-Patienten-Beziehung auswirkt. Im weiteren Fokus der vorliegenden Arbeit galt es, die APB auf weitere potenzielle Einflussfaktoren zu prüfen. Im Rahmen der migrantenspezifischen Versorgungsforschung sollte hierbei insbesondere auch der Migrationshintergrund intensiver beleuchtet werden.

2. MATERIAL UND METHODIK

2.1. Studiendesign

Die im Rahmen dieser Dissertation untersuchte Fragestellung zur ärztlichen Zufriedenheit der Arzt-Patienten-Beziehung erfolgte im Zuge der NoMiG-Studie (Notfallversorgung von Migranten und Geflüchteten), welche finanziell durch den „Gemeinsamen Bundesausschuss – Innovationsausschuss“ (G-BA) gefördert wurde. Die Konsortialführung übernahm die bbw-Hochschule in Trägerschaft der bbw-Akademie für betriebswirtschaftliche Weiterbildung GmbH.

Diese prospektive Querschnittsstudie thematisiert und analysiert in erster Linie die Beweggründe und die Angemessenheit der Inanspruchnahme klinischer NFAs durch Patienten unter besonderer Berücksichtigung des Migrationshintergrundes. Primäres Ziel der NoMiG-Studie war es, potenzielle Einflussfaktoren auf das Inanspruchnahmeverhalten zu identifizieren sowie Nutzungsstrukturen und erforderliche Informationsbedürfnisse in Bezug auf die Gesundheitsversorgung zu ermitteln und näher zu beleuchten.

Die quantitative nicht-interventionelle NoMiG-Studie war hierbei dreiteilig angelegt: Es erfolgten (1) Leitfadeninterviews mit den Patienten, die eine klinische Notfallambulanz in Anspruch genommen hatten, (2) eine Auswertung der korrespondierenden Erste-Hilfe-Scheine sowie (3) eine Befragung der behandelnden Ärzte mithilfe von Kurzfragebögen.

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, die Ergebnisse der NoMiG-Studie um die ärztliche Zufriedenheit mit der APB zu erweitern sowie mögliche Einflussfaktoren auf diese Beziehung zu identifizieren. Dabei wurde insbesondere die Angemessenheit der Inanspruchnahme einer NFA sowie der Migrationshintergrund der Patienten näher untersucht. Grundlage der Dissertation bilden zum einen die oben genannten Erhebungsinstrumente (Leitfadeninterviews, Erste-Hilfe-Scheine, Mitarbeiterkurzfragebögen) der NoMiG-Studie sowie eine detaillierte Analyse der internationalen Literatur. Diese Arbeit gliedert sich dabei thematisch in das Feld der migrantenspezifischen Versorgungsforschung ein und soll einen Beitrag zu einer verbesserten, allgemeinen medizinischen Versorgung leisten.

2.2. Definition der Untersuchungszeiträume und der Studienstandorte

2.2.1. Untersuchungszeiträume

Im Rahmen eines multizentrischen Studiendesigns erfolgte die Datenerhebung in den klinischen Notfallambulanzen dreier Berliner Kliniken im Zeitraum von Juli 2017 bis Juli 2018. Hierunter waren zwei NFAs internistischer und eine NFA gynäkologischer Disziplin. Teil nahmen hierbei zwei Klinikstandorte der Charité, Universitätsmedizin Berlin, sowie eine Klinik der Vivantes-Gruppe: In der gynäkologischen Notfallambulanz des Campus Virchow Klinikums (CVK) fand die Erhebung der Daten vom 17.7.2017 bis zum 29.6.2018 statt, die der internistischen Notaufnahme des Campus Benjamin Franklins (CBF) schloss sich vom 23.8.2017 bis zum 12.7.2018 an. Zuletzt folgte die internistische Notfallambulanz des Vivantes Klinikum Neuköllns (VKN) vom 4.10.2017 bis zum 10.7.2018.

Die Festlegung des Befragungszeitraums erfolgte in Absprache mit der Belegschaft der NFAs im Vorfeld an die Datenerhebung. Nach detaillierter Erörterung und unter Berücksichtigung organisatorischer Aspekte und der Personalkapazitäten wurde ein täglicher Befragungszeitraum (Montag bis Sonntag) von jeweils 9 Uhr bis 23 Uhr festgelegt.

2.2.2. Studienstandorte

Die als Studienstandorte gewählten Notfallambulanzen befanden sich in unterschiedlichen Berliner Bezirken, deren Wohnbevölkerung sich hinsichtlich ihrer demographischen, strukturellen und sozioökonomischen Gegebenheiten zum Teil deutlich unterschied. Die Bezirke Mitte/Wedding (Standort des Campus Virchow-Klinikums der Charité) und Neukölln (Standort des Vivantes Klinikum Neukölln) gehörten im Erhebungsjahr 2017 mit zu den einwohnerreichsten Berlins und wiesen zudem die höchsten relativen Anteile an Bevölkerung mit Migrationshintergrund auf (Mitte: 48,5 %, Neukölln: 42,5 %) [75]. Gekennzeichnet durch eine hohe soziale und gesundheitliche

Belastung nahmen die Bezirke Mitte und Neukölln die beiden letzten Plätze des Sozialindex I des Landes Berlin ein [94]. Der dem Strukturatlas 2013 entnommene Sozialindex I beruht dabei primär auf Kenngrößen zur Arbeitslosigkeit, zum Einkommen, zum Bezug staatlicher Leistungen sowie auf verschiedenen Gesundheitsindikatoren und lässt somit eine Beschreibung und einen Vergleich aller Berliner Bezirke untereinander zu. In allen oben genannten Kategorien schnitten die Bezirke Mitte und Neukölln berlinweit am schlechtesten ab. So bestand eine hohe Arbeitslosigkeit, ein überdurchschnittliches Armutsrisiko, ein als niedrig eingeschätzter Sozialstatus von Familien mit schulpflichtigen Kindern, eine unterdurchschnittliche, mittlere Lebenserwartung sowie eine erhöhte vorzeitige Sterblichkeit. Der Bezirk Steglitz-Zehlendorf unterschied sich klar von den beiden Vorgegangenen. Als der Bezirk mit der berlinweiten günstigsten Sozialstruktur, der niedrigsten Arbeitslosenquote, dem höchsten Pro-Kopf-Einkommen, der höchsten mittleren Lebenserwartung sowie der geringsten vorzeitigen Sterblichkeit führt Steglitz-Zehlendorf den Sozialindex I an erster Stelle an [94]. In Kontrast zu den Bezirken Mitte und Neukölln fällt Steglitz-Zehlendorf zudem durch einen vergleichsweise geringen Anteil an Bevölkerung mit MH auf: Der durchschnittliche Anteil lag 2017 bei etwa 23,3 % und damit unterhalb des berlinweiten Anteils von 29,3 % [75].

Die hier aufgeführten Unterschiede bzgl. struktureller, sozioökonomischer und demographischer Charakteristiken lassen darauf schließen, dass auch die Bevölkerung der Einzugsgebiete aller drei Kliniken differierte. Diese Heterogenität wird in der späteren analytischen Untersuchung Berücksichtigung finden.

2.3. Definition der Studienpopulation

2.3.1. Ein- und Ausschlusskriterien

Die Studienpopulation der vorgelegten Arbeit setzte sich aus allen Patienten zusammen, die im definierten Zeitintervall (s. Unterabschnitt 2.2.1) zwischen 9 Uhr und 23 Uhr eine der drei teilnehmenden Notfallambulanzen aufsuchten. In die Querschnittsstudie eingeschlossen wurden alle volljährigen, einwilligungsfähigen Patienten, die ihre Zu-

stimmung zur Studienteilnahme mithilfe einer schriftlichen Einverständniserklärung bestätigen.

Patienten, die in den Räumlichkeiten der drei NFAs nicht auffindbar oder aus verschiedenen Gründen (u. a. akut lebensgefährdet, stark alkoholisiert, delirant) nicht ansprechbar waren, fanden keine Berücksichtigung. Ein weiteres Ausschlusskriterium ergab sich aus dem Projekt- und Fragebogendesign. Patienten, welche zum Zeitpunkt des Interviews bereits durch einen Arzt der NFA gesehen bzw. behandelt wurden, kamen für eine Studienteilnahme nicht mehr in Betracht. Auch wurden die Patienten ausgeschlossen, die bereits durch eine vorangegangene Inanspruchnahme der Notfallambulanz an der Studie teilgenommen hatten.

Da sich die Untersuchung der Arzt-Patienten-Beziehung maßgeblich auf die Analyse der Frage 7 „Waren Sie als Arzt/Ärztin insgesamt mit dem Verlauf der Untersuchung/des Gesprächs zufrieden?“ des Arztfragebogens stützte, wurden weiter alle Patienten ausgeschlossen, bei denen Frage 7 des korrespondierenden Mitarbeiterfragebogens unausgefüllt blieb. Dementsprechend wurden auch die Patienten nicht in die Auswertung einbezogen, bei denen die korrespondierenden Mitarbeiterfragebögen aus verschiedenen Gründen fehlten.

Ferner wurden auch Patienten, auf deren Fragebogen die Angabe zum Migrationsstatus fehlte, aus der Datenauswertung ausgeschlossen [Tab. 1].

Tabelle 1: Ein- bzw. Ausschlusskriterien zur Studienteilnahme

Primäre Einschlusskriterien	Primäre Ausschlusskriterien
Vorstellung zwischen 9h und 23h in den NFAs des CVK, CBF und VKN	Nicht auffindbare oder nicht ansprechbare Patienten
Volljährigkeit der Studienteilnehmenden	Patienten, die sich bereits in ärztlicher Behandlung befinden
Schriftliches Einverständnis zur Studienteilnahme	Studienteilnahme ist bereits im Vorfeld (während des Erhebungszeitraumes) erfolgt
	Nachträgliche Ausschlusskriterien:
	Fehlender Rücklauf des Arztfragebogens
	Unausgefüllte Frage 7 des Arztfragebogens
	Fehlende Angaben zum Migrationsstatus der Patienten

CBF Campus Benjamin Franklin, *CVK* Campus Virchow Klinikum, *NFA* Notfallambulanz, *VKN* Vivantes Klinikum Neukölln

2.4. Studiendurchführung

2.4.1. Studienteam

Neben der Studienleitung setzte sich das Studienteam aus insgesamt 14 geschulten Mitarbeiterinnen zusammen. Es umfasste drei Study Nurses, die an jeweils einem der Studienstandorte für die Datenerhebung und Datendokumentation verantwortlich waren, zehn studentische Hilfskräfte, die je nach Bedarf an allen drei Standorten die Befragungen und die Dokumentation übernahmen, sowie eine wissenschaftliche Mitarbeiterin, die als Studienkoordinatorin fungierte.

Zur Sicherstellung eines reproduzierbaren Ablaufes und einer standardisierten, normierten Befragung wurde allen Mitarbeiterinnen in einer ausführlichen Schulung das

Projekt detailliert erläutert und konkrete Fertigkeiten zum Durchführen einer standardisierten Befragung vermittelt.

2.4.2. Erhebungsinstrumente

Alle unten aufgeführten Frage-, Informations- und Einverständnisbögen mit Erklärung zum Datenschutz wurden der Ethikkommission der Charité, Universitätsmedizin Berlin, zur Prüfung vorgelegt (Antragsnummer: EA2/102/17). Nach dem Ethikvotum folgte am 15.7.2017 ein positiver Bescheid der Ethikkommission zur Durchführung der Studie.

Während aller Abläufe wurde die Satzung der Charité zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis befolgt und die Bestimmungen des Berliner Datenschutzgesetzes eingehalten.

2.4.2.1. Patientenfragebogen

Zur Unterstützung eines standardisierten Ablaufes wurden fragebogengestützte Leitfadeninterviews (s. Anhang) mit den sich in den NFAs vorstellenden Patienten geführt. Der Patientenfragebogen wurde auf Grundlage einer Vorgängerstudie [95] entwickelt und gliedert sich in zwei Hauptteile: Der erste Teil enthält Fragen zu den gesundheitlichen Beschwerden der Patienten, den Erwartungen an die Notaufnahme und den bereits erfolgten Eigenhilfemaßnahmen, wohingegen der zweite Teil Themenfelder rund um die allgemeine Lebenslage, Sozialdaten sowie Daten zur Migration und Akkulturation erfasst. Die 51 im Fragebogen formulierten Fragen ließen sich entweder als Freitext- oder aber mithilfe bereits vorgegebener Antwortmöglichkeiten beantworten. Größtenteils war jedoch eine Kombination beider beschriebenen Optionen möglich, sodass auch bei unzutreffenden Antwortkategorien die Angaben angemessen vermerkt werden konnten.

Bevor es zur Implementierung der Fragebögen in den drei teilnehmenden Notfallambulanzen kam, durchliefen die Fragebögen im Vorfeld eine dreimonatige Pilotphase. Von Juli 2017 bis September/Okttober 2017 fand hierfür eine Befragung von etwa 100 Patientinnen in der gynäkologischen NFA des Virchow-Klinikums, Charité (CVK) statt. In der Pilotphase wurden mögliche Unklarheiten hinsichtlich der Fragestellungen oder

der vorgegebenen Antworten geklärt. Alle diesbezüglichen Hinweise und Anregungen wurden für eine überarbeitete Finalversion des Fragebogens berücksichtigt, welche ab Oktober 2017 dann standortübergreifend an allen drei NFAs von den Interviewerinnen eingesetzt wurde.

Um einem möglichst breiten und ungefilterten Patientenspektrum den Zugang zu der Studie zu ermöglichen, wurden die entwickelten Fragebögen in vier weitere Sprachen übersetzt. Die Übersetzungsarbeit übernahmen hierbei professionelle Dolmetscher oder Muttersprachler, sodass die Fragebögen auch in englischer, türkischer, arabischer sowie russischer Sprache zum Einsatz kommen konnten. So konnten auch Patienten mit unzureichenden Deutschkenntnissen in die Studien miteinbezogen werden, was im Rahmen der migrantenspezifischen Versorgungsforschung zu einem migrationssensiblen Studiendesign beitrug.

2.4.2.2. Befragung der behandelnden Ärzte: Mitarbeiterkurzfragebogen

Die schriftliche Befragung der Ärzte (s. Anhang: Mitarbeiterkurzfragebogen) konzentrierte sich auf Einschätzungen der Behandlungsdringlichkeit, der Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung sowie der sprachlichen Verständigung mit dem Patienten. Der Kurzfragebogen umfasste sechs Fragen. Alle Fragen waren mit vorgegebenen Antwortmöglichkeiten versehen. Drei dieser Fragen (2, 3 und 7) konnten noch um eine kurze schriftliche Erläuterung ergänzt werden.

Insgesamt sollte die simple Gestaltung des Fragebogens ein einfaches und schnelles Ausfüllen von ärztlicher Seite sicherstellen und so eine hohe Akzeptanz und Rücklaufquote der Mitarbeiterkurzfragebögen inmitten eines stressigen Notfallambulanzalltages erwirken.

2.4.2.3. Erste-Hilfe-Schein

Erste-Hilfe-Scheine (EHS) werden in den Notfallambulanzen routinemäßig erstellt und zur Dokumentation von Anamnese, Befund, Diagnostik und Therapiemaßnahmen eingesetzt. Für diese Dokumentation ist der behandelnde Arzt verantwortlich. Sie erfolgte mithilfe der jeweiligen Unternehmenssoftware SAP (CVK, CBF) bzw. Orbis (VKN) an allen Standorten digital. Neben medizinischen und persönlichen Auskünften zum Patienten erfassen Erste-Hilfe-Scheine auch administrative Angaben.

Die Datenauswertung der hier vorgelegten Arbeit konzentrierte sich dabei insbesondere auf die Auswertung administrativer Angaben (bspw. Uhrzeit der Inanspruchnahme oder Transport).

Da im Rahmen einer ärztlichen Behandlung innerhalb der Notfallambulanz die Erste-Hilfe-Scheine standardmäßig erstellt werden, wies dieser Arbeitsschritt als einziger keinen zusätzlichen Aufwand hinsichtlich der Erhebung auf. Prinzipiell fiel bei der Auswertung der EHS eine deutliche Heterogenität hinsichtlich des Umfanges der Dokumentation der einzelnen Themenbereiche seitens der behandelnden Ärzte auf. Der Umfang der einzelnen Erste-Hilfe-Scheine unterlag demnach einer starken Varianz.

2.4.3. Studienablauf

Die Durchführung der Befragungen der Patienten sowie der Mitarbeiter erfolgte anhand der in Unterabschnitt 2.4.2. erläuterten Fragebögen. Beide Untersuchungsmethoden fanden außerhalb der üblichen Klinikabläufe statt und mussten demnach vom Studienteam gesondert erhoben werden.

2.4.3.1. Patientenbefragung

Die Befragung der Patienten mittels wissenschaftlicher Interviews wurde innerhalb der in Abschnitt 2.2. beschriebenen Zeiträume durch die Study Nurses und die studentischen Mitarbeiterinnen gewährleistet. Hierbei nahm jedes Interview im Mittel eine Zeit von etwa 20 Minuten in Anspruch.

Durch das konzipierte Studiendesign war es entscheidend, die Interviews in den NFAs stets vor dem eigentlichen ärztlichen Kontakt durchzuführen. So war es möglich, Antworten auf die in Teil 1 des Patientenfragebogens gestellten Fragen (bspw. in Bezug auf die Dringlichkeitseinschätzung einer medizinischen Behandlung), unbeeinflusst von externen Meinungen zu erhalten.

Als Befragungsort diente meist der Wartebereich der Notfallambulanz, wobei hier auf eine ausreichend ruhige und die Privatsphäre sowie den Datenschutz wahrende Umgebung geachtet wurde. Im Vorfeld an ein Leitfadeninterview wurde jeder Patient

sowohl mündlich als auch schriftlich über das Vorhaben, den Ablauf und die Dauer der Studie informiert sowie über Datenschutz und Freiwilligkeit zur Studienteilnahme aufgeklärt. Hierfür war dem Fragebogen stets eine Patienteninformation und bei Teilnahme eine Einwilligungserklärung angegliedert. Die Ablehnung einer Teilnahme wurde mithilfe eines eigens entwickelten Drop-out-Bogens (s. Anhang) dokumentiert und analysiert. Neben den Ablehnungsgründen und dem Erhebungsstandort erfasste der Drop-out-Bogen ebenfalls einen möglichen Migrationshintergrund, die Patientenidentifikationsnummer, den Namen der Interviewerin, sowie das Datum und die Uhrzeit.

2.4.3.2. Mitarbeiterbefragung

Die schriftliche Befragung des ärztlichen Personals fand über den gesamten Erhebungszeitraum parallel zu den Interviews statt. Hierbei wurde der Fragebogen immer erst nach Durchführung eines Patienteninterviews an die Ärzte ausgehändigt. Das Ausfüllen des Kurzfragebogens erfolgte gewöhnlich im Anschluss an die ärztliche Behandlung. Nachfolgend wurden die Bögen in der Notfallambulanz gesammelt und gingen am Ende des Befragungstages an das Studienteam zurück.

Die Rücklaufquote der Arzt-Fragebögen variierte im zeitlichen Verlauf und abhängig vom Studienstandort stark. Durch Informationsveranstaltungen für neue NFA-Mitarbeiter und Gespräche mit den Führungskräften konnte im Studienverlauf die Akzeptanz und die Kooperationsbereitschaft des Notfallambulanzpersonals verbessert werden, sodass es im Verlauf zu einem erhöhten Rücklauf der Fragebögen kam. Im gesamten Erhebungszeitraum belief sich diese Quote dabei auf rund 63 %.

Da im Mitarbeiterkurzfragebogen keinerlei sensiblen Daten der behandelnden Ärzte erhoben wurden, konnte auf eine ausdrückliche und schriftliche abgeforderte Einwilligung zur Teilnahme der behandelnden Ärzte verzichtet werden. Im Vorfeld wurde das Projekt u. a. bei den jeweiligen Klinikpersonalräten zwecks Zustimmung vorgestellt. Die Art der Rückgabe und der Ablage der beantworteten Arztfragebögen gewährleistete die notwendige Anonymität. Alle teilnehmenden Ärzte waren über die Studie informiert. Ablehnungen hinsichtlich der Fragebogenausfüllung gab es nicht.

2.4.4. Datendokumentation

Die Datendokumentation der Patienten- und Mitarbeiterkurzfragebögen sowie die der Erste-Hilfe-Scheine fand während des gesamten Erhebungszeitraumes parallel zu den Befragungen statt. Das Programm „Microsoft Excel“ diente hierbei als Datenbankmedium, in welchem die angegebenen Antworten mittels numerischer Codierung dokumentiert wurden. Die Dokumentation der Daten übernahm dabei das gesamte Studienteam, welches im Vorfeld in dieser Tätigkeit geschult und umfangreich eingewiesen wurde.

Ein eigener Arbeitsplatz innerhalb der Notfallambulanz war an jedem Standort für die Study Nurses und studentischen Mitarbeiterinnen zur Datendokumentation vorgesehen und bereitgestellt.

Um eine einwandfreie Dokumentation der erhobenen Daten zu gewährleisten, wurde in regelmäßigen Intervallen eine statistische Überprüfung durchgeführt. Mithilfe der Statistik Software „Stata“ konnte so eine eventuelle Fehlerhaftigkeit, die Vollständigkeit sowie die Plausibilität der Daten überprüft werden. Anhand der durch das Programm erstellten Fehlerlisten war es dem Studienteam möglich, etwaige Unstimmigkeiten händisch und unter Überprüfung und Einsicht der Rohdaten zu revidieren. Weiterhin fanden im Verlauf der Dokumentation stichprobenartige Abgleiche ganzer Fragebögen zwischen der Datenbank und den Originalfragebögen statt.

2.5. Definition der Variablen

2.5.1. Zufriedenheit der Arzt-Patienten-Beziehung

Kern der vorliegenden Arbeit war die Untersuchung der ärztlichen Zufriedenheit mit der Arzt-Patienten-Beziehung. Diese wurde im Mitarbeiterkurzfragebogen unter der Frage 7 („Waren Sie als Arzt/Ärztin insgesamt mit dem Verlauf der Untersuchung/des Gesprächs zufrieden?“) erfasst und enthielt fünf vorgegebene, gestaffelte Antwortmöglichkeiten. Sie reichten von „1) sehr zufrieden“, „2) zufrieden“, bis hin zu „3) einigermaßen zufrieden“, „4) unzufrieden“ und „5) sehr unzufrieden“. Ab einer lediglich „eini-

germaßen zufrieden“ bewerteten Arzt-Patienten-Beziehung wurden die Ärzte um eine stichpunktartige Begründung dieser Einschätzung gebeten.

Zur statistischen Auswertung wurden die fünf vorgegebenen Antwortmöglichkeiten zusammengefasst, sodass anschließend eine Einteilung in zwei Gruppen erfolgte. Die Antwortmöglichkeiten „sehr zufrieden“ und „zufrieden“ wurden als insgesamt positiv bewertete (zufriedene) Arzt-Patienten-Beziehung klassifiziert, wohingegen „einigermaßen zufrieden“, „unzufrieden“ und „sehr unzufrieden“ als negativ empfundene (unzufriedene) Arzt-Patienten-Beziehung gewertet wurde. Die Wahl dieser Einteilung erfolgte auf Grundlage der Annahme, dass auch eine nur als einigermaßen zufriedenstellende APB zu erhebendes Verbesserungspotenzial birgt. Eine ärztliche Zufriedenheit bestand somit bei Auswahl der ersten beiden Antwortkategorien. Bei Wahl der letzten drei Antwortmöglichkeiten, die als überwiegend unzufriedenstellende APB eingestuft wurden, bestand für die Ärzte die Möglichkeit, Gründe für die Unzufriedenheit auf dem Fragebogen mitanzugeben.

2.5.2. Angemessenheit der Inanspruchnahme der Notfallambulanz

Die Definition der (Un-)Angemessenheit einer NFA-Inanspruchnahme sollte im ursprünglichen Untersuchungsdesign der NoMiG-Studie anhand der ärztlichen Einschätzung zur Dringlichkeit einer medizinischen Behandlung erfolgen. Dabei war von einer angemessenen Nutzung bei einer ärztlichen Dringlichkeitseinschätzung von $\geq 7/10$ Punkten auszugehen. Aufgrund des begrenzten Rücklaufes des Mitarbeiterkurzfragebogens musste jedoch ein Modell zur Vorhersage der ärztlichen Dringlichkeitseinschätzung entworfen werden, welches auf dem patientenseitigen Interview beruhte [95]. Dabei wurden zur Beurteilung der Angemessenheit der Inanspruchnahme einer NFA mehrere Merkmale kombiniert: ‚stationäre Aufnahme des Patienten‘, ‚patienteneigene Einschätzung zur Dringlichkeit einer ärztlichen Behandlung‘, ‚patienteneigene Angabe zur Stärke von Schmerzen‘ und ‚Empfehlung / Entscheidung niedergelassener Ärzte zum Aufsuchen einer Notfallambulanz‘.

Die Dringlichkeitseinschätzung sowie die Angabe zur Schmerzintensität wurden hierbei mithilfe einer elfstufigen Litertskala („0= kein dringender Behandlungsbedarf“ bis „10= sehr dringend! Akute Lebensgefahr“ beziehungsweise „0= gar keine Schmerzen“ bis

„10= völlig unerträgliche Schmerzen“) auf dem Patientenfragebogen unter Frage 6 und Frage 8 erfasst.

Auch eine potenzielle Empfehlung zu einer Vorstellung in der Notfallambulanz durch Ärzte in der ambulanten Versorgung wurde durch das Leitfadeninterview ermittelt und war durch die Frage 2 („Wer hat die Entscheidung getroffen, die Notfallambulanz aufzusuchen bzw. die Feuerwehr/Krankswagen anzurufen?“) des Patientenfragebogens dargestellt.

Eine mögliche stationäre Aufnahme des Patienten ließ sich durch die Analyse des Erste-Hilfe-Scheines prüfen.

Zur Differenzierung zwischen angemessener und unangemessener Inanspruchnahme der Notfallambulanz ergaben sich zwei verschiedene Verfahrensweisen: Einerseits wurde festgelegt, dass eine angemessene Inanspruchnahme der Notfallambulanz dann vorlag, wenn der Patient im klinischen Verlauf stationär aufgenommen wurde [Kriterium A]. Hierbei war bereits ein ärztliches Angebot bzw. die ärztliche Empfehlung einer stationären Aufnahme ausreichend. Bei Fällen, in denen eine stationäre Aufnahme zwar angeboten dann aber von Patienten abgelehnt worden war, wurde die Inanspruchnahme der Notfallambulanz ebenfalls als angemessen angesehen und folglich auch so gewertet.

Traf diese Voraussetzung nicht zu, so musste stattdessen eine Kombination dreier bestimmter Kriterien erfüllt sein, die im Folgenden auch als Kriterium B bezeichnet werden. Der Patient selbst musste im wissenschaftlichen Interview die Dringlichkeit einer ärztlichen Behandlung mit mindestens 7 eingeschätzt und eine Schmerzintensität von 7 oder höher angegeben haben. Zusätzlich musste die Entscheidung, eine Notfallambulanz aufzusuchen, von ärztlicher Seite aus empfohlen bzw. getroffen worden sein [Tab. 2].

Tabelle 2: Kriterien einer angemessenen Inanspruchnahme der Notfallambulanz

Angemessenheitskriterien	
Kriterium A	Kriterium B
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stationäre Aufnahme des Patienten bzw. erfolgtes Angebot einer stationären Aufnahme 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ patientenseitige Dringlichkeitseinschätzung einer ärztlichen Behandlung von ≥ 7 <li style="text-align: center;">und ▪ Angegebene Schmerzintensität von ≥ 7 <li style="text-align: center;">und ▪ Ärztliche Empfehlung oder Entscheidung zum Aufsuchen einer NFA
<p><i>NFA</i> Notfallambulanz</p>	

2.5.3. Migrationshintergrund

Die in dieser Untersuchung festgelegte Definition des Migrationshintergrundes war an die Begriffserklärung des Statistischen Bundesamtes (aktuell im Jahr 2017) angelehnt. Demzufolge hatten alle Patienten einen Migrationshintergrund, die selbst nicht mit der deutschen Staatsangehörigkeit geboren wurden oder dies auf mindestens eines der Elternteile zutraf [73].

Zur genaueren Differenzierung eines Migrationshintergrundes in erster Generation (eigene Migrationserfahrung) von einem Migrationshintergrund in zweiter Generation (Nachkommen der ersten Generation) erfolgte sowohl die Analyse des im Leitfadeninterview angegebenen Geburtsortes der Patienten als auch der Eltern. Keinen Migrationshintergrund besaßen all die Patienten, die in Deutschland geboren wurden und bei denen dies auch auf beide Elternteile zutraf.

2.5.4. Bildungsgrad: höchster Bildungsabschluss

Der Bildungsgrad der Studienteilnehmenden wurde anhand von Angaben aus dem fragebogengestützten Interview erfasst. Je nach Angaben zum höchsten Bildungsabschluss erfolgte demnach eine Einteilung in „niedriger“ (kein Schulabschluss, Grundschulabschluss), „mittlerer“ (Haupt-, Real-, Mittel- oder Berufsschulabschluss) sowie „hoher“ (Abitur, Hochschulabschluss [Fachhochschul-/Universitätsabschluss]) Bildungsgrad.

2.6. Datenschutz

Wie in Unterabschnitt 2.4.3. beschrieben, wurden alle Patienten im Vorfeld einer Studienteilnahme ausnahmslos über Ablauf und Vorhaben der Studie unterrichtet und bezüglich verschiedener Datenschutzaspekte informiert. Gemäß des Berliner Datenschutzgesetzes (BlnDSG) wurde die elektronische Datenverarbeitung und -speicherung thematisiert und über eine zehnjährige Datenspeicherung sowie eine Veröffentlichung der Gruppendaten in anonymisierter Form aufgeklärt.

Um eine Anonymisierung zu ermöglichen und zeitgleich die Daten sämtlicher Erhebungsinstrumente eindeutig einem teilnehmenden Patienten zuordnen zu können, erhielt jeder Patient eine persönliche, vierstellige Identifikationsnummer (ID). Die ID, welche das Recht auf Datenschutz wahrte, war je nach Standort fortlaufend mit folgenden Ziffern versehen:

Charité - Campus Virchow Klinikum: ab 0001 – 1999

Charité - Campus Benjamin Franklin: ab 2000 – 3999

Vivantes Klinikum Neukölln: ab 4000 – 5999

Auch Patienten, die eine Teilnahme an der Studie ablehnten, wurden mithilfe eines Drop-out-Bogens und der dort vermerkten Patientenidentifikationsnummer erfasst.

2.7. Statistische Auswertung

Die analytische Untersuchung und die statistische Auswertung der erhobenen Daten erfolgte mit Hilfe der Datenverarbeitungsprogramme „Microsoft Excel“ sowie „Stata – Statistics Data Analysis“. Hierbei wurden zunächst alle erhobenen Daten in Microsoft Excel codiert, dokumentiert und nachfolgend mithilfe des Programms „Stata“ statistisch ausgewertet. Die statistische Analyse erfolgte nach Beratung durch Frau PD Dr. Odile Sauzet, Public Health Institut der Universität Bielefeld.

Für die Identifizierung statistischer Unterschiede fand der Pearson χ^2 -Test Anwendung, wobei für die statistische Signifikanz eine Irrtumswahrscheinlichkeit von $p < 0,05$ festgelegt wurde. Es erfolgte eine deskriptive Analyse des Patientenkollektivs mit Darstellung von u. a. geschlechts- und altersspezifischen Unterschieden sowie ausführlicher Darstellung des Migrationsstatus. Hierbei, und auch im Folgenden, wurde das Patientenkollektiv in drei Subtypen differenziert, sodass sich folgende Einteilung ergab: „Kollektiv 1“: Patienten mit Migrationshintergrund in erster Generation, „Kollektiv 2“: Patienten mit Migrationshintergrund in zweiter Generation und „Kollektiv 3“: Patienten ohne Migrationshintergrund.

Im Weiteren erfolgte die Beschreibung und Darstellung der Qualität der APB sowie die Untersuchung eines Zusammenhanges zwischen der ärztlichen Zufriedenheit der APB und der Angemessenheit der Inanspruchnahme der Notfallambulanz mithilfe von Kontingenztafeln.

Im weiteren Verlauf dienten statistische Modelle zur logistischen Regression als multivariate Analyseverfahren. Die Qualität der APB konnte somit, nach Adjustierung möglicher Confounder, auf weitere Einflussfaktoren untersucht werden.

3. ERGEBNISSE

3.1. Allgemeine Beschreibung der Studienpopulation

3.1.1. Eingeschlossene Patientendaten und Rücklauf der Fragebögen

Innerhalb des definierten Untersuchungszeitraumes wurden an allen drei Studienstandorten insgesamt 4.176 Patienten angesprochen und ihnen eine Teilnahme an der NoMiG-Studie vorgeschlagen. 2.339 Patienten willigten zur Studienteilnahme ein und wurden mithilfe von standardisierten Leitfadeninterviews befragt. Die Responserate lag somit bei rund 56 %. Aufgrund fehlender Angaben zum Migrationsstatus erfolgte nachträglich der Studienausschluss von 12 Patienten, sodass schlussendlich die Daten von 2327 Patienten verwendet werden konnten.

Zu jedem teilnehmenden Patienten wurden parallel korrespondierende Mitarbeiterkurzfragebögen an die behandelnden Ärzte ausgehändigt. In 1.515 Fällen wurden diese ausgefüllt, wobei insgesamt 1.473 Arzt-Fragebögen eindeutig einem teilnehmenden Patienten zugeordnet werden konnten. Folglich belief sich die Rücklaufquote der Mitarbeiterkurzfragebögen auf 63,3 % [Abb. 1].

In die dieser Arbeit zugrunde liegende Analyse gingen schließlich die Daten von 1.356 Patienten ein. Berücksichtigt wurden hierbei nur die Patienten, denen neben einer erfolgreichen Befragung mittels standardisierter Leitfadeninterviews ebenfalls ein korrespondierender Arztfragebogen mit ausgefüllter Frage zur Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung zugeordnet werden konnte [Abb. 1].

Im Rahmen einer Multicenterstudie erfolgte die Datenerhebung an drei verschiedenen Studienstandorten. Die in dieser Analyse untersuchten Daten der 1.356 Patienten ließen sich hierbei mehrheitlich dem VKN (53,6 %) zuordnen. Ein Drittel der Daten wurde zudem im CVK und der kleinste Anteil von 12,4 % im CBF erhoben [Abb. 2].

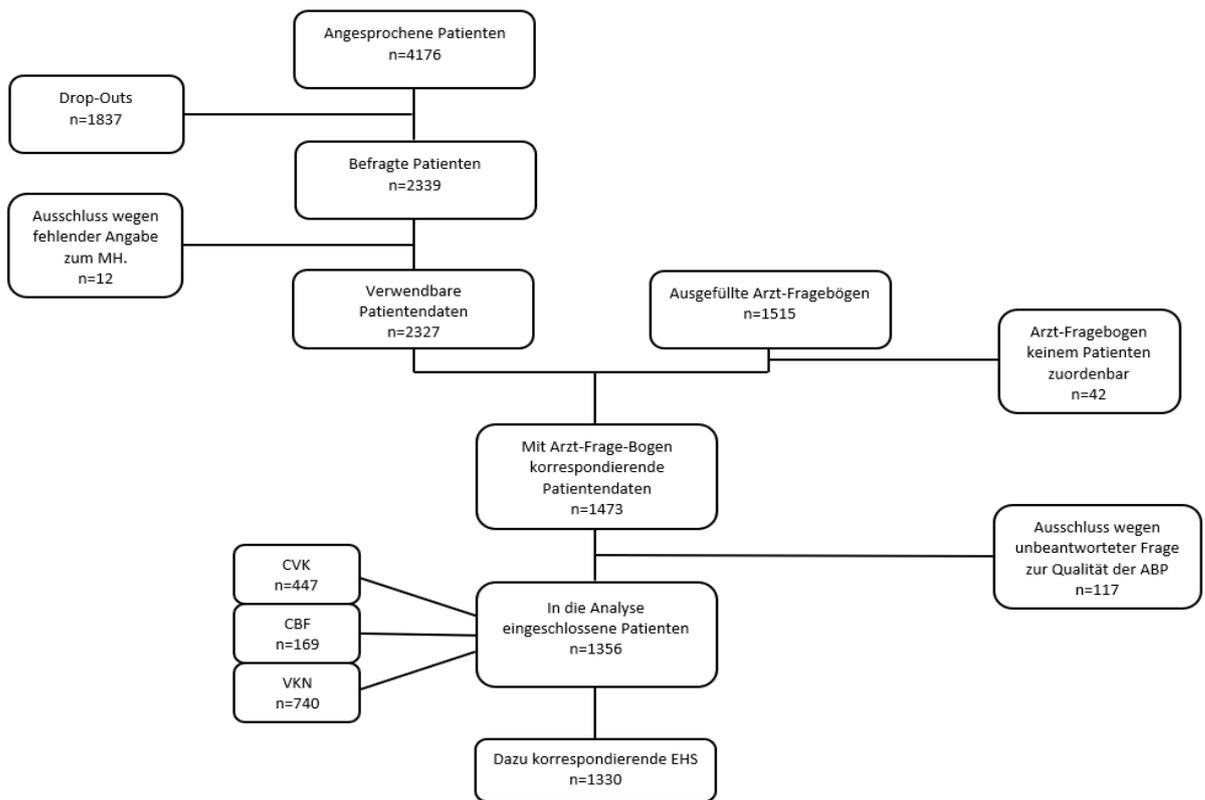


Abbildung 1: Darstellung der in die Analyse eingeschlossenen Patienten (n)

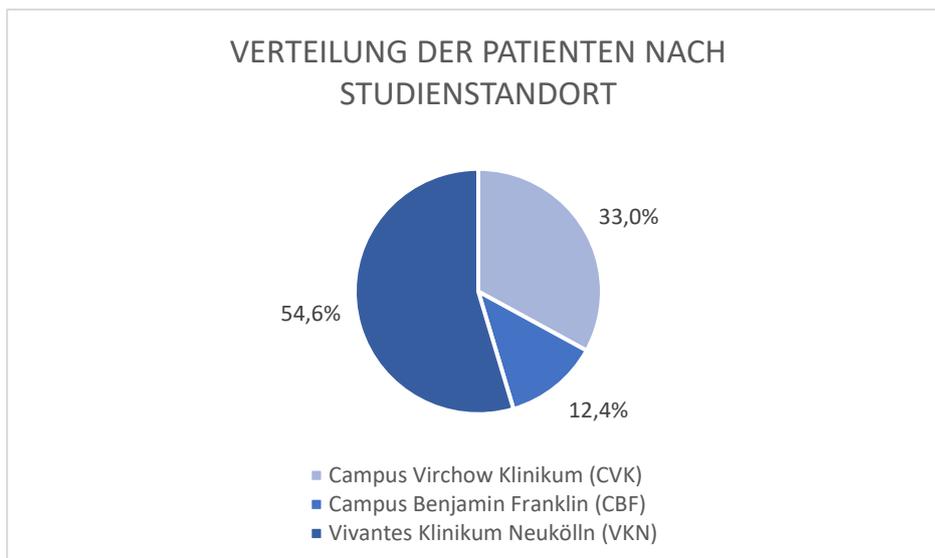


Abbildung 2: Verteilung der Patienten nach Studienstandort (Angaben in Prozent)

3.1.2. Soziodemografische Merkmale

Die nachfolgend dargestellten Ergebnisse beziehen sich auf die Gesamtheit des Patientenkollektivs. Eine Unterscheidung zwischen den Studienstandorten findet nicht statt, es wird jedoch zwischen den in Unterabschnitt 2.5.3. definierten Subkollektiven unterschieden.

3.1.2.1. Geschlecht

Bei der Untersuchung der Geschlechterzugehörigkeit zeigt sich im Gesamtkollektiv ein deutlich höherer Anteil an weiblichen Patienten: Etwas mehr als zwei Drittel der eingeschlossenen Patienten sind Frauen [Abb. 3].

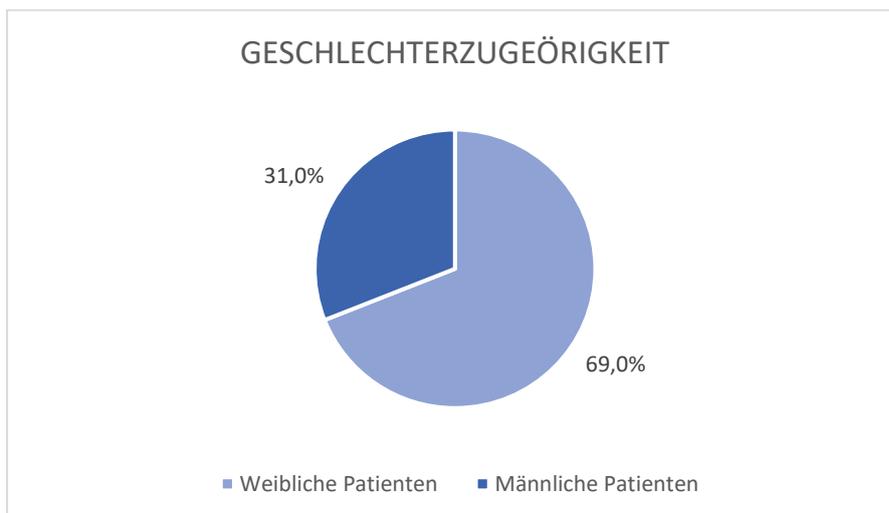


Abbildung 3: Geschlechterzugehörigkeit im Gesamtpatientenkollektiv (Angaben in Prozent)

Differenziert man weiter zwischen den Subkollektiven, so ist der Frauenanteil bei Patienten mit Migrationshintergrund in erster oder in zweiter Generation (Kollektiv 1 und Kollektiv 2) noch einmal höher [Tab. 3]. Das Kollektiv 2 weist hierbei den größten Anteil an weiblichen Patienten auf.

Tabelle 3: Darstellung des Geschlechterverhältnisses

Geschlecht	Kollektiv 1 n=380	Kollektiv 2 n=154	Kollektiv 3 n=821	Gesamt n=1355
	%	%	%	%
Weiblich	77,4	86,4	61,9	69,0
Männlich	22,6	13,6	38,1	31,0
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0

Angaben in Prozent, $p < 0,001$

Kollektiv 1: Patienten mit Migrationshintergrund in 1. Generation, *Kollektiv 2:* Patienten mit Migrationshintergrund in 2. Generation, *Kollektiv 3:* Patienten ohne Migrationshintergrund

3.1.2.2. Migrationsstatus

Bei der Analyse des Migrationsstatus zeigt sich ein hoher Anteil an Patienten mit Migrationshintergrund: Insgesamt haben 39,4 % einen Migrationshintergrund in erster oder in zweiter Generation. Der Anteil an Migranten in erster Generation ist hierbei mehr als doppelt so hoch wie der Anteil an Migranten in zweiter Generation [Abb. 4].

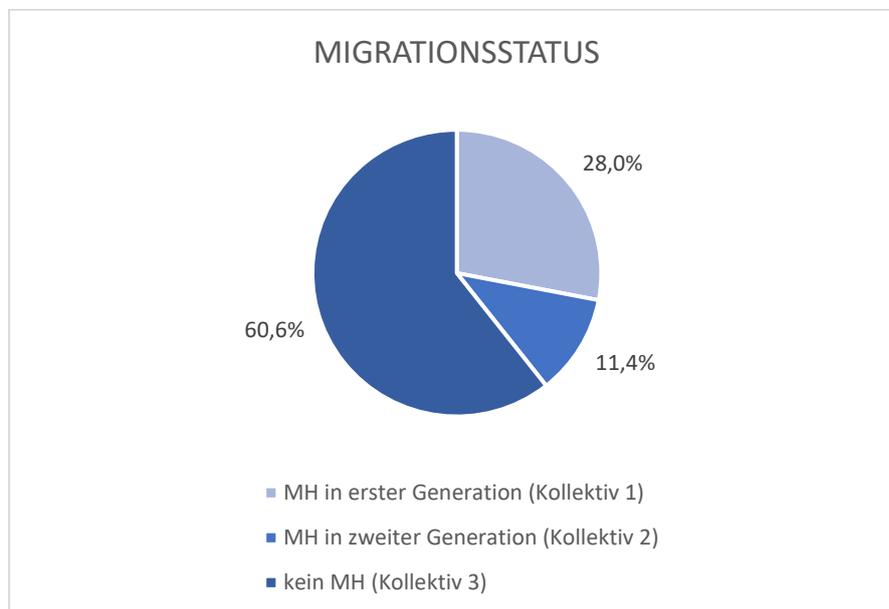


Abbildung 4: Ermittelter Migrationsstatus im Gesamtpatientenkollektiv (Angaben in Prozent)

Zudem werden geschlechtsspezifische Unterschiede deutlich: Frauen weisen zu 45,6 % einen Migrationshintergrund auf, bei Männern liegt der Anteil hingegen nur bei 25,5 %.

3.1.2.3. Alter

Das Alter der berücksichtigten Patienten liegt zwischen 18 und 98 Jahren. Nach Einteilung der Patienten in vier vom Studienteam definierte Alterskategorien findet man die häufigste Inanspruchnahme der NFA bei Frauen und Männer über 64 Jahre [Abb. 5].

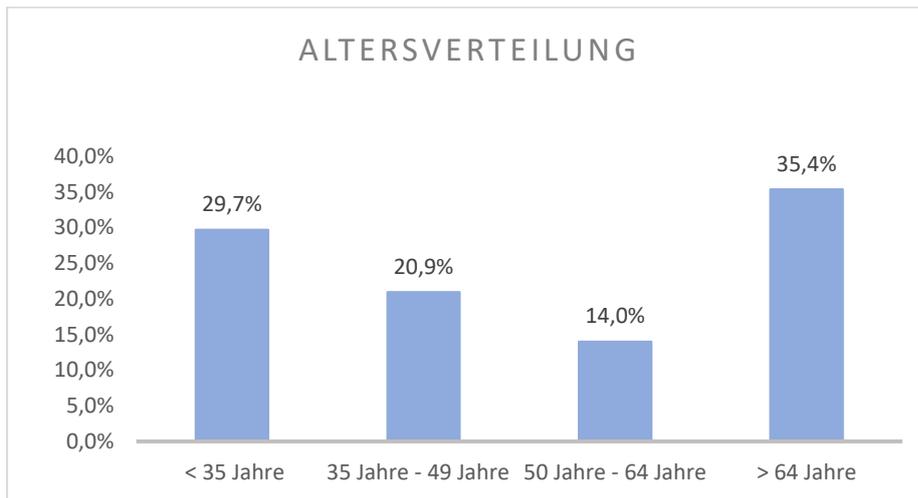


Abbildung 5: Verteilung der Patienten des Gesamtkollektivs auf vier Alterskategorien (Alter in Jahren, Angaben in Prozent)

Bei detaillierter Betrachtung der Altersverteilung werden sowohl migranten-, als auch geschlechtsspezifische Unterschiede deutlich.

Stratifiziert man das Alter der Patienten nach Migrationsstatus, so weisen Patienten ohne Migrationshintergrund bei der Vorstellung in einer Notfallambulanz ein deutlich höheres mittleres Alter auf als Patienten mit Migrationshintergrund in erster oder zweiter Generation. Durchschnittlich sind die Patienten des Kollektivs 3 zu diesem Zeitpunkt um mehr als zwanzig Jahre älter (Mittleres Alter: 61,3 Jahre, Standardabweichung 21,0) als die Patienten des Kollektivs 1 (Mittleres Alter: 41,0 Jahre, Standardabweichung 15,8) und um etwa dreißig Jahre älter als die Patienten des Kollektivs 2 (Mittleres Alter: 31,5 Jahre, Standardabweichung 11,1).

Zusätzlich lassen sich Unterschiede zwischen den Geschlechtern ausmachen: Das durchschnittliche Alter der weiblichen Patienten ist in allen drei Unterkollektiven um etwa 4 bis 9 Jahre geringer als das der sich vorstellenden männlichen Patienten [Abb. 6].

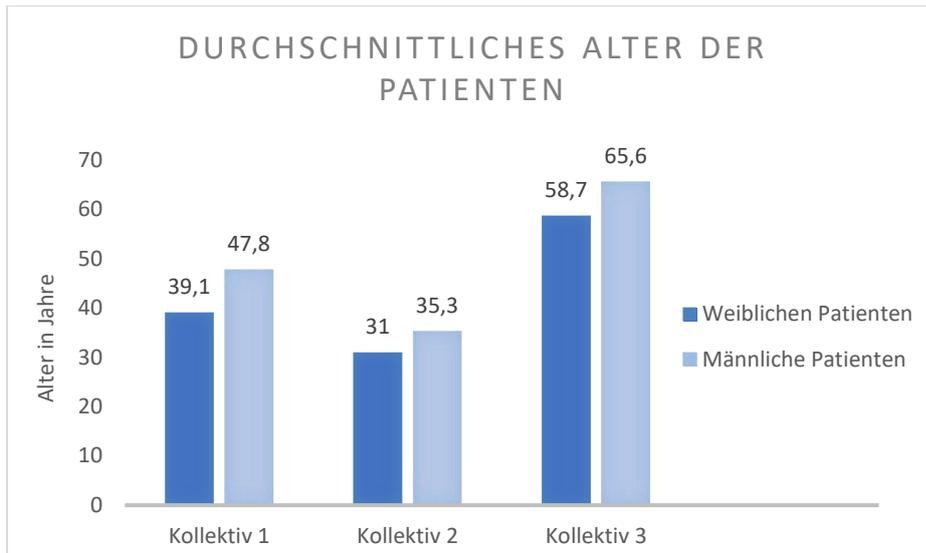


Abbildung 6: Durchschnittliches Alter der Patienten differenziert nach Migrationsstatus und Geschlecht

3.1.2.4. Bildungsgrad:

Bei der Untersuchung des Bildungsgrades der Patienten lassen sich je nach Angaben (s. Unterabschnitt 2.5.4.) eine Zuordnung zu den Gruppen „niedriger“, „mittlerer“, sowie „hoher“ Bildungsgrad vornehmen.

Tabelle 4: Bildungsabschlüsse der Patienten

Höchster Bildungsabschluss	Kollektiv 1 n=375	Kollektiv 2 n=154	Kollektiv 3 n=818	Gesamt n=1347
	%	%	%	%
Niedrig	23,2	16,2	16,9	18,6
Mittel	32,0	53,9	60,6	51,9
Hoch	44,8	29,9	22,5	29,6
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0

Angaben in Prozent, $p < 0,001$

Kollektiv 1: Patienten mit Migrationshintergrund in 1. Generation, *Kollektiv 2:* Patienten mit Migrationshintergrund in 2. Generation, *Kollektiv 3:* Patienten ohne Migrationshintergrund

Bei der Auswertung sind signifikante Unterschiede ($p < 0,001$) zwischen den Subkollektiven festzustellen. Patienten ohne MH (Kollektiv 3) und Patienten mit MH in zweiter Generation (Kollektiv 2) geben mehrheitlich einen mittleren Bildungsabschluss an. Bei Patienten mit MH in erster Generation (Kollektiv 1) ist hingegen der Anteil an

hohen Bildungsabschlüssen am höchsten [Tab. 4]. Verglichen mit Kollektiv 3 und 2 fällt jedoch zeitgleich auf, dass das Kollektiv 1 auch den größten Anteil an niedrigen Bildungsabschlüssen aufweist (Kollektiv 3: 16,9 % und Kollektiv 2: 16,2 % vs. Kollektiv 1: 23,2 %).

3.1.2.5. Wohnortnähe des Patienten zur Notfallambulanz

Bei der Auswertung der Wohnortnähe der Patienten zur Notfallambulanz zeigt sich eine recht ausgewogene Verteilung. Insgesamt wohnt jeweils rund ein Drittel des Gesamtpatientenkollektivs in der unmittelbaren (< 1 km), der näheren (1 - 5 km) oder der weiteren (> 5 km) Umgebung der Klinik.

Auch zwischen den Subkollektiven ist die Verteilung recht ausgeglichen. Patienten mit MH in zweiter Generation wohnen etwas häufiger in der unmittelbaren Umgebung der Notfallambulanz, Patienten mit MH in erster Generation kommen etwas häufiger aus der weiteren Umgebung [Tab. 5].

Tabelle 5: Wohnortnähe zur Notfallambulanz

Wohnortnähe	Kollektiv 1 n=365	Kollektiv 2 n=148	Kollektiv 3 n=793	Gesamt n=1306
	%	%	%	%
Radius < 1 km	28,2	35,8	30,4	30,4
Radius 1 – 5 km	39,7	37,8	38,8	39,0
Radius > 5 km	32,1	26,4	30,8	30,6
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0

Angaben in Prozent

Kollektiv 1: Patienten mit Migrationshintergrund in 1. Generation, *Kollektiv 2:* Patienten mit Migrationshintergrund in 2. Generation, *Kollektiv 3:* Patienten ohne Migrationshintergrund

3.2. Unterschiede in der Inanspruchnahme der Notfallambulanzen

Für die Beschreibung des Inanspruchnahmeverhaltens der Patienten wurden aus den Angaben der Leitfadeninterviews und der Erste-Hilfe-Scheine folgende Merkmale ausgewählt: Transport in die Notfallambulanz, Uhrzeit der Inanspruchnahme, Häufigkeit der

Inanspruchnahme in den letzten 12 Monaten (sog. Mehrfachnutzer), stationäre Aufnahme der Patienten zur weiteren Diagnostik und Therapie, Dringlichkeit einer ärztlichen Behandlung sowohl aus Sicht des Patienten als auch des Arztes und die Angemessenheit der Inanspruchnahme der Notfallambulanz anhand eines selbstentwickelten Index-Scores. Diese werden im Folgenden näher dargestellt.

3.2.1. Transportmittel in die Notfallambulanz

Patienten kommen auf unterschiedlichste Weise und mit verschiedenen Transportmitteln in die Notfallambulanzen. Die Auswertung der Erste-Hilfe-Scheine lässt eine Einteilung in folgende genutzte Transportmittel zu: Krankentransportwagen (KTW), Rettungstransportwagen (RTW), Notarztwagen (NAW) sowie ein privat organisierter Transport mit verschiedenen, nicht weiter benannten Transportmitteln.

Insgesamt fällt auf, dass die Patienten sich mehrheitlich selbst um den Transport in die Notfallambulanz kümmern. Hierbei werden sie entweder von Angehörigen gebracht oder sind selbst direkt in die NFA gekommen. Etwa jeder vierte Patient ist von einem Rettungs- oder Notarztwagen in die Notaufnahme gebracht worden. Ein Krankentransport wurde in 7,7 % der Fälle genutzt [Abb. 7].

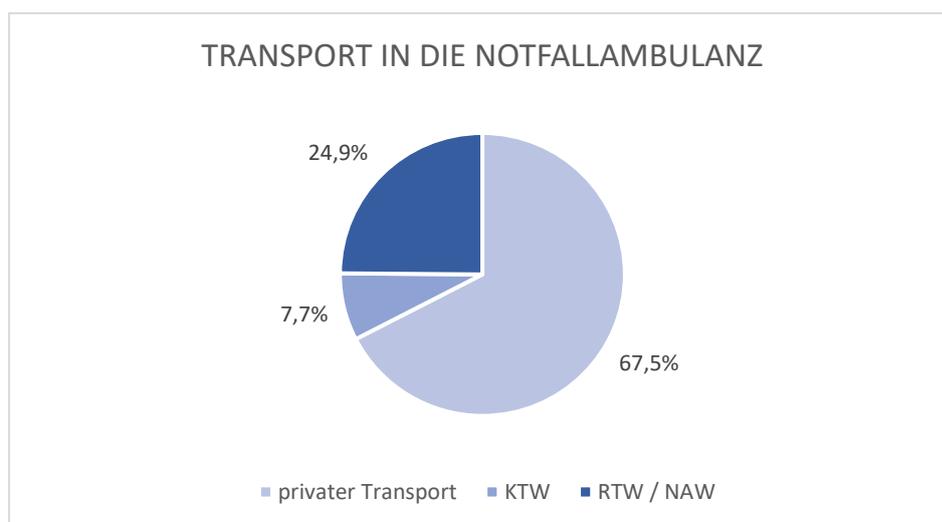


Abbildung 7: Transportmittel in die Notfallambulanz (Angaben in Prozent)

Vergleicht man die drei Subkollektive untereinander, so lässt sich erkennen, dass Patienten ohne Migrationshintergrund deutlich häufiger einen Krankenwagen oder ähnliche Transportmittel (KTW, RTW, NAW) in Anspruch nehmen als Patienten mit Migrationshintergrund in erster oder zweiter Generation [Tab. 6].

Tabelle 6: Transport in die Notfallambulanz differenziert nach Migrationsstatus

Transport in die NFA	Kollektiv 1 n= 249	Kollektiv 2 n=103	Kollektiv 3 n=702	Gesamt n=1054
	%	%	%	%
Privat	82,7	84,5	59,5	67,5
KTW	1,2	1,0	11,0	7,7
RTW / NAW	16,1	14,6	29,5	24,9
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0

Angaben in Prozent

Kollektiv 1: Patienten mit Migrationshintergrund in 1. Generation, *Kollektiv 2:* Patienten mit Migrationshintergrund in 2. Generation, *Kollektiv 3:* Patienten ohne Migrationshintergrund

3.2.2. Uhrzeit der Inanspruchnahme

Bei der Auswertung der Tageszeit der Inanspruchnahmen zeigt sich ein beinahe ausgewogenes Bild: Die Notfallambulanz wird von den teilnehmenden Patienten mit großer Mehrheit tagsüber, zwischen 8 Uhr und 18 Uhr, aufgesucht (Gesamtkollektiv: 92,4 %).

Tabelle 7: Zeitpunkt der Inanspruchnahme der Notfallambulanz nach Migrationsstatus

Uhrzeit der Inanspruchnahme	Kollektiv 1 n= 365	Kollektiv 2 n=149	Kollektiv 3 n=796	Gesamt n=1310
	%	%	%	%
Tagsüber (8h-18h)	91,0	89,9	93,5	92,4
Abends (18h-23h)	9,0	10,1	6,5	7,6
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0

Angaben in Prozent

Kollektiv 1: Patienten mit Migrationshintergrund in 1. Generation, *Kollektiv 2:* Patienten mit Migrationshintergrund in 2. Generation, *Kollektiv 3:* Patienten ohne Migrationshintergrund

Patienten, die dem Kollektiv 1 oder 2 angehören, nehmen dabei die Notaufnahme etwas häufiger in den Abend- und Nachtstunden (18 Uhr bis 23 Uhr) in Anspruch [Tab.7].

3.2.3. Wiederholungsbesucher (sog. Mehrfachnutzer)

Die Auswertung zur Häufigkeit der Inanspruchnahme der Notfallambulanz zeigt auf, dass einige Patienten die NFA mindestens zweimal innerhalb der 12 Monate vor der Befragung in Anspruch genommen haben [Tab. 8]. Insgesamt trifft dies auf fast jeden zweiten Patienten zu: 46,5 % haben sich im Jahr vor der Befragung mindestens einmal in einer Notaufnahme vorgestellt. Von diesen Patienten erfüllt knapp jeder Vierte (oder 11,1% des Gesamtkollektivs) das Kriterium des Wiederholungsbesuchers (Mehrfachnutzer). Dieses Kriterium ist laut Definition des Studienteams erfüllt, sobald ein Patient nach eigenen Angaben in den vorausgegangenen 12 Monaten, drei Mal oder häufiger eine NFA in Anspruch genommen hat.

Tabelle 8: Häufigkeiten der Inanspruchnahme von Notfallambulanzen in den letzten 12 Monaten

Anzahl der Inanspruchnahmen in den letzten 12 Monaten	Kollektiv 1 n= 378	Kollektiv 2 n=152	Kollektiv 3 n=815	Gesamt n=1345
	%	%	%	%
Nie	55,8	40,8	55,0	53,6
1 mal	24,3	30,3	23,4	24,5
2 mal	11,1	15,1	9,9	10,9
≥ 3 mal	8,7	13,8	11,7	11,1
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0

Angaben in Prozent

Kollektiv 1: Patienten mit Migrationshintergrund in 1. Generation, *Kollektiv 2:* Patienten mit Migrationshintergrund in 2. Generation, *Kollektiv 3:* Patienten ohne Migrationshintergrund

Bei der nach Migrationsstatus differenzierten Auswertung zeigen sich signifikante Unterschiede ($p=0,029$): Sowohl im Kollektiv 1 als auch im Kollektiv 3 hat die Mehrheit der Patienten im Vorjahr nach eigenen Angaben keine NFA aufgesucht. Bei den Patienten mit Migrationshintergrund in zweiter Generation sind es hingegen nur 40,8 %.

Zudem wird deutlich, dass dieses Kollektiv den größten Anteil an Mehrfachnutzern stellt. Den kleinsten Anteil weisen hingegen die Patienten mit Migrationshintergrund in erster Generation auf [Abb. 8].

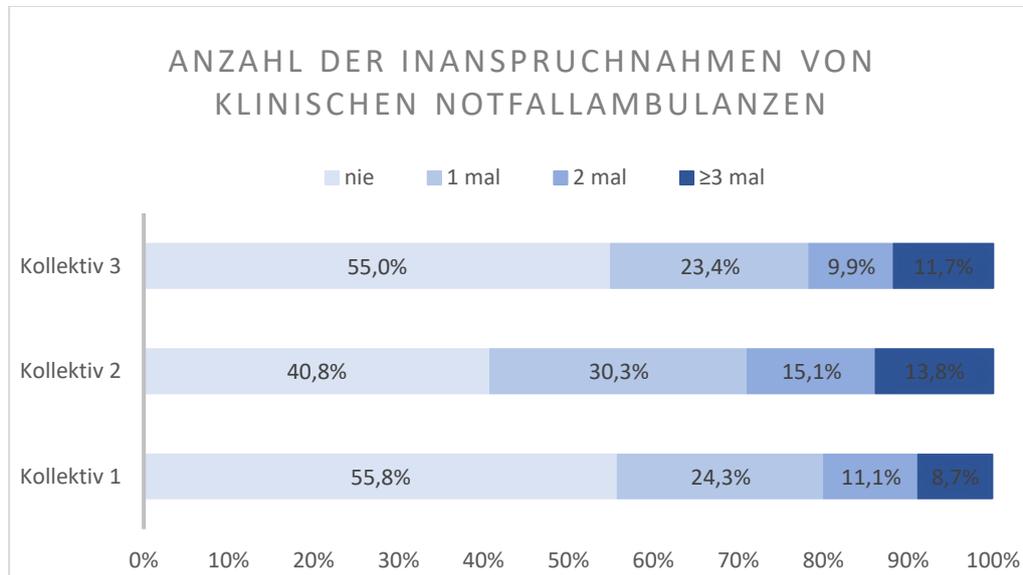


Abbildung 8: Nach Migrationsstatus differenzierte Häufigkeiten zur Inanspruchnahme der NFA in den vorausgegangenen 12 Monaten (Angaben in Prozent)

3.2.4. Stationäre Aufnahme

Im Anschluss an die Vorstellung in der Notfallambulanz werden deutlich mehr als die Hälfte aller Patienten wieder entlassen. Eine stationäre Weiterbehandlung erfolgt in 42,3 % der Fälle. Je nach Migrationsstatus variiert dieser Anteil jedoch stark. Beim

Tabelle 9: Häufigkeit der stationären Weiterbehandlung nach Vorstellung in der NFA

Stationäre Aufnahme	Kollektiv 1 n= 336	Kollektiv 2 n=139	Kollektiv 3 n=756	Gesamt n=1231
	%	%	%	%
Erfolgt	29,2	17,3	52,8	42,3
Nicht erfolgt	70,8	82,7	47,2	57,7
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0

Angaben in Prozent

Kollektiv 1: Patienten mit Migrationshintergrund in 1. Generation, *Kollektiv 2:* Patienten mit Migrationshintergrund in 2. Generation, *Kollektiv 3:* Patienten ohne Migrationshintergrund

Vergleich der Subkollektive fällt die erheblich häufigere stationäre Aufnahme und Weiterbehandlung von Patienten ohne Migrationshintergrund auf [Tab. 9].

3.2.5. Dringlichkeitseinschätzung aus Patientensicht

Die Einschätzung der Patienten in Bezug auf die Dringlichkeit einer medizinischen Behandlung variiert teilweise stark. Die Angaben reichen dabei von 0 bis 10 Punkten und decken damit die vorgegebene Skala (Likert-Skala von 0 bis 10 Punkten) komplett ab.

Bei Differenzierung zwischen den Subkollektiven zeigt sich, dass Patienten mit Migrationshintergrund in erster Generation mit durchschnittlich 7,32 Punkten ihre Beschwerden am dringlichsten einschätzen [Tab. 10].

Tabelle 10: Dringlichkeitseinschätzung aus Sicht der Patienten

Dringlichkeitseinschätzung aus Patientensicht	Kollektiv 1 n=364	Kollektiv 2 n=152	Kollektiv 3 n=812
Mittelwert	7,32	6,88	6,53
Standardabweichung	2,47	2,51	2,68
Minimum	0	0	0
Maximum	10	10	10

Messung der Dringlichkeitseinschätzung anhand einer elfstufigen Likert-Skala (0-10), Angaben in Prozent, $p < 0,001$, $n_{\text{Gesamt}}=1328$

Kollektiv 1: Patienten mit Migrationshintergrund in 1. Generation, *Kollektiv 2*: Patienten mit Migrationshintergrund in 2. Generation, *Kollektiv 3*: Patienten ohne Migrationshintergrund

3.2.6. Dringlichkeitseinschätzung aus ärztlicher Sicht

Die Einschätzungen der Ärzte zur Dringlichkeit einer medizinischen Behandlung variiert stark. Die Beurteilungen reichen in allen Subkollektiven von 0 Punkten („kein dringender Behandlungsbedarf“) bis hin zu 10 Punkten („akute Lebensgefahr“) [Tab. 11]. Es fällt auf, dass bei Patienten ohne Migrationshintergrund die Notfallambulanzinanspruchnahme respektiv die dazu führenden Beschwerden insgesamt dringender eingeschätzt werden. Ärzte stufen sie durchschnittlich um etwa einen Punkt höher ein als die der Vergleichskollektive 1 und 2 [Tab. 11].

Tabelle 11: Ärztliche Dringlichkeitseinschätzung mit Aufschlüsselung nach Migrationshintergrund der Patienten

Ärztliche Dringlichkeits-einschätzung	Kollektiv 1 n=366	Kollektiv 2 n=148	Kollektiv 3 n=782
Mittelwert	3,31	3,37	4,33
Standardabweichung	2,41	2,32	2,66
Minimum	0	0	0
Maximum	10	10	10

Messung der Dringlichkeitseinschätzung anhand einer elfstufigen Likert-Skala (0-10), $n_{\text{Gesamt}}=1296$

Kollektiv 1: Patienten mit Migrationshintergrund in 1. Generation, *Kollektiv 2:* Patienten mit Migrationshintergrund in 2. Generation, *Kollektiv 3:* Patienten ohne Migrationshintergrund

Die Auswertung der Diskrepanz zwischen patientenseitiger und ärztlicher Dringlichkeitseinschätzung zeigt deutliche Unterschiede.

Zur Ermittlung dieser Diskrepanz wird die Differenz aus der ärztlichen und der patienteneigenen Dringlichkeitsbeurteilungen gebildet. Bei Erreichen eines Wertes von 0 stimmen die Einschätzungen beider Seiten überein. Negative Werte weisen darauf hin, dass Patienten die Beschwerden dringlicher einschätzen als die behandelnden Ärzte. Bei positiven Werten wiederum schätzen die Ärzte die Dringlichkeit einer medizinischen Behandlung höher ein als die Patienten selbst.

Tabelle 12: Diskrepanz zwischen ärztlicher und patientenseitiger Dringlichkeitseinschätzung

Dringlichkeits-diskrepanz	Kollektiv 1 n= 351	Kollektiv 2 n=146	Kollektiv 3 n=772
Mittelwert	-4,03	-3,52	-2,19
Standardabweichung	3,33	3,11	3,64
Minimum	-10	-10	-10
Maximum	6	8	8

Dringlichkeitsdiskrepanz: Differenz aus ärztlicher und patientenseitiger Einschätzung, $n_{\text{Gesamt}}=1269$

Kollektiv 1: Patienten mit Migrationshintergrund in 1. Generation, *Kollektiv 2:* Patienten mit Migrationshintergrund in 2. Generation, *Kollektiv 3:* Patienten ohne Migrationshintergrund

Im Durchschnitt schätzen die Patienten ihre Beschwerden dringlicher ein als ihre behandelnden Ärzte. Die höchste Übereinstimmung zwischen patientenseitiger und ärztlicher Beurteilung lässt sich dem Kollektiv 3 zuordnen (-2,2 Punkte). Die höchste

Diskrepanz besteht im Kollektiv 1: Durchschnittlich schätzen sich die Patienten mit Migrationshintergrund in erster Generation um 4,0 Punkte dringlicher ein als ihre behandelnden Ärzte. Auch im Kollektiv 2 ist die Diskrepanz um 1,33 Punkte höher (-3,5 Punkte) als im Kollektiv 3 [Tab. 12, Abb. 9].

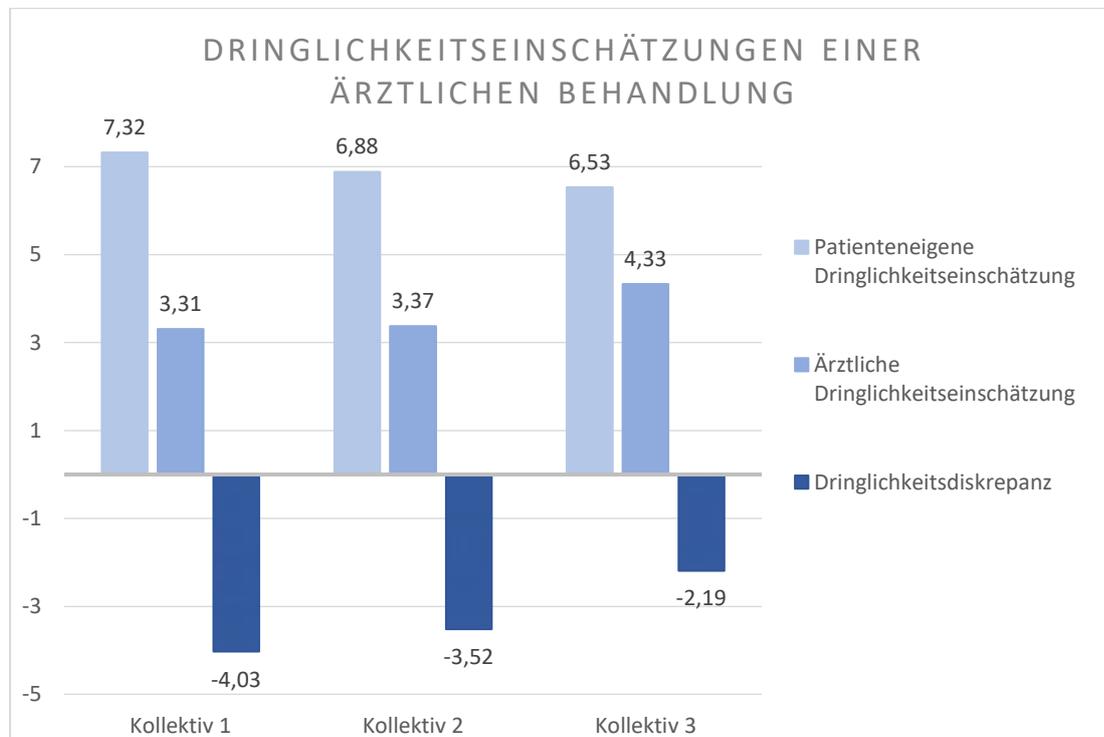


Abbildung 9: Dringlichkeitseinschätzungen einer ärztlichen Behandlung. (Angaben der jeweils durchschnittlichen Werte für das jeweilige Patientenkollektiv)

3.2.7. Index der angemessenen Inanspruchnahme

Die Beurteilung einer angemessenen Inanspruchnahme der klinischen Notfallambulanzen erfolgt wie in Unterabschnitt 2.5.2 beschrieben mithilfe verschiedener im Rahmen der NoMiG-Studie definierter Kriterien. Teil dieser Beurteilung sind die vier Merkmale ‚stationäre Aufnahme des Patienten‘, ‚patienteneigene Einschätzung zur Dringlichkeit einer ärztlichen Behandlung‘, ‚patienteneigene Angabe zur Stärke von Schmerzen‘ und ‚Empfehlung/Entscheidung niedergelassener Ärzte zum Aufsuchen einer Notfallambulanz‘.

Nach diesen Kriterien nimmt jeder zweite Patient ohne Migrationshintergrund die Notfallambulanz angemessen in Anspruch.

Bei den Patienten mit Migrationshintergrund in erster Generation sucht nur jeder vierte Patient (27,1 %) die NFA angemessen auf und bei den Patienten mit Migrationshintergrund in zweiter Generation ist es jeder sechste Patient (16,9 %) [Tab. 13].

Tabelle 13: Angemessenheit der Inanspruchnahme der Notfallambulanz dargestellt in Abhängigkeit des Migrationsstatus

Inanspruchnahme der Notfallambulanz	Kollektiv 1 n= 380	Kollektiv 2 n=154	Kollektiv 3 n=822	Gesamt n=1356
	%	%	%	%
Unangemessen	72,9	83,1	50,0	60,2
Angemessen	27,1	16,9	50,0	39,8
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0

Angaben in Prozent

Kollektiv 1: Patienten mit Migrationshintergrund in 1. Generation, *Kollektiv 2:* Patienten mit Migrationshintergrund in 2. Generation, *Kollektiv 3:* Patienten ohne Migrationshintergrund

3.3. Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung

3.3.1. Das Arzt-Patienten-Gespräch

3.3.1.1. Sprachliche Verständigung

Das Arzt-Patienten-Gespräch wird zum größten Teil auf Deutsch geführt [Tab. 14]. In lediglich 51 Fällen nutzen die behandelnden Ärzte andere Sprachen. Hierunter fallen, in absteigender Reihenfolge, Englisch, Türkisch, Französisch, Arabisch sowie die polnische Sprache [Abb. 10].

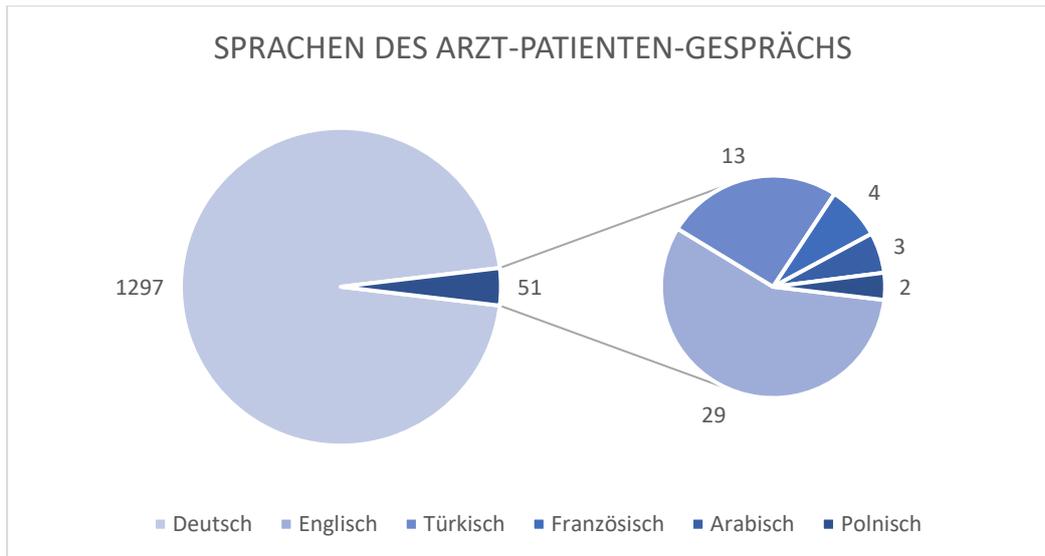


Abbildung 10: Angabe zur Sprache des Arzt-Patienten-Gesprächs (absolute Häufigkeiten)

Tabelle 14: Sprache des Arzt-Patienten-Gesprächs nach Migrationsstatus

Sprache des Arzt-Patienten-Gesprächs	Kollektiv 1 n= 375	Kollektiv 2 n=154	Kollektiv 3 n=819	Gesamt n=1348
	%	%	%	%
Deutsch	86,9	98,7	100,0	96,2
andere	13,1	1,3	0	3,8
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0

Angaben in Prozent

Kollektiv 1: Patienten mit Migrationshintergrund in 1. Generation, *Kollektiv 2:* Patienten mit Migrationshintergrund in 2. Generation, *Kollektiv 3:* Patienten ohne Migrationshintergrund

3.3.1.2. Übersetzung des Arzt-Patienten-Gesprächs

Eine Übersetzung des Arzt-Patienten-Gesprächs erfolgt selten (4,7 %). Auffällig ist jedoch, dass fast ausschließlich die Gespräche der Patienten mit Migrationshintergrund in erster Generation gedolmetscht werden. Diese Übersetzung erfolgt vorwiegend durch die Begleitpersonen der Patienten. Professionelle Dolmetscher kommen kaum zum Einsatz [Tab. 15].

Tabelle 15: Anteil der Inanspruchnahmen von Übersetzungsunterstützung im Arzt-Patienten-Gespräch und Profession der Übersetzer

Übersetzung des Arzt-Patienten-Gesprächs	Kollektiv 1 n= 377	Kollektiv 2 n=154	Kollektiv 3 n=818	Gesamt n=1349
Durch:	%	%	%	%
Keine Übersetzung	83,6	100,0	99,9	95,3
Begleitperson	14,6	0	0,1	4,2
Professionelle Dolmetscher	1,1	0	0	0,3
Zweisprachige Mitarbeiter	0,8	0	0	0,1
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0

Angaben in Prozent

Kollektiv 1: Patienten mit Migrationshintergrund in 1. Generation, *Kollektiv 2:* Patienten mit Migrationshintergrund in 2. Generation, *Kollektiv 3:* Patienten ohne Migrationshintergrund

3.3.1.3. Zufriedenheit mit der sprachlichen Verständigung

Die behandelnden Ärzte sind mit der sprachlichen Verständigung im Arzt-Patienten-Gespräch mehrheitlich zufrieden. In 88,5 % schätzen sie diese als zufriedenstellend oder sehr zufriedenstellend ein. Deutlich unterscheiden sich hiervon die Angaben zu

Tabelle 16: Ärztliche Zufriedenheit mit der sprachlichen Verständigung im Arzt-Patienten-Gespräch

Sprachliche Verständigung	Kollektiv 1 n= 375	Kollektiv 2 n=152	Kollektiv 3 n=809	Gesamt n=1336
	%	%	%	%
Sehr zufrieden	37,6	67,1	62,1	55,8
Zufrieden	38,1	29,0	31,0	32,8
Einigermaßen zufrieden	16,5	2,6	5,6	8,3
Unbefriedigend	5,6	0	1,2	2,3
Sehr unbefriedigend	2,1	1,3	0,1	0,8
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0

Angaben in Prozent

Kollektiv 1: Patienten mit Migrationshintergrund in 1. Generation, *Kollektiv 2:* Patienten mit Migrationshintergrund in 2. Generation, *Kollektiv 3:* Patienten ohne Migrationshintergrund

Patienten mit Migrationshintergrund in erster Generation. Bei etwa jedem sechsten Patienten (16,5 %) sind die Ärzte mit der sprachlichen Verständigung nur einigermaßen zufrieden. Als unbefriedigend oder sogar sehr unbefriedigend schätzen Ärzte die sprachliche Verständigung in 7,7 % aller Fälle ein [Tab. 16].

3.3.2. Beschreibung der Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung

Die ärztliche Zufriedenheit der Arzt-Patienten-Beziehung wird, wie in Unterabschnitt 2.5.1 beschrieben, mithilfe der Frage 7 des Mitarbeiterkurzfragebogens erfasst.

Bei der Auswertung der Qualität der ABP wird insgesamt deutlich, dass die behandelnden Ärzte überwiegend zufrieden sind. In 87,3 % der Fälle bewerten sie die ABP entweder mit „zufrieden“ oder sogar mit „sehr zufrieden“. Eine negativ erlebte ABP (Vergabe der Kategorien „einigermaßen zufrieden“, „unzufrieden“ oder „sehr unzufrieden“) macht mit 12,7 % den deutlich geringen Anteil aus [Tab. 17].

Tabelle 17: Ärztliche Einschätzung zur Qualität der APB

Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung		Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit	Kumulative Häufigkeit
		Anzahl	%	%
Sehr zufrieden	Insgesamt zufrieden	635	46,8	46,8
Zufrieden		549	40,5	87,3
Einigermaßen zufrieden	Insgesamt unzufrieden	124	9,1	96,4
Unzufrieden		36	2,7	99,9
Sehr unzufrieden		12	0,9	100,0
Gesamt		1356	100,0	100,0

Absolute und relative Häufigkeiten, $n_{\text{Gesamt}}=1356$

APB Arzt-Patienten-Beziehung

Bei weiterer Differenzierung zwischen den Subkollektiven fallen signifikante ($p < 0,001$) Unterschiede auf. Ärzte sind zwar insgesamt zufrieden mit der Arzt-Patienten-Beziehung, weniger jedoch in Beziehung mit Patienten mit MH in erster Generation [Tab. 17].

Die höchste Zufriedenheit ist für Patienten mit MH in zweiter Generation zu verzeichnen, wobei das Kollektiv 3 eine ähnlich hohe Zufriedenheit aufweist [Abb. 11].

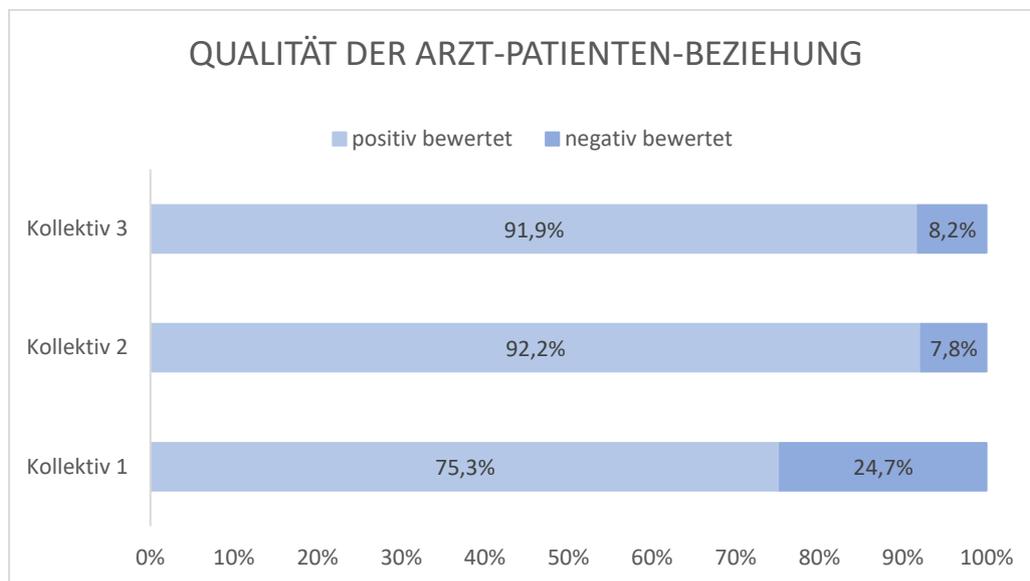


Abbildung 11: Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung nach Migrationsstatus (Angaben in Prozent)

3.3.3. Einflussfaktoren der Arzt-Patienten-Beziehung

3.3.3.1. Zusammenhang zwischen der Arzt-Patienten-Beziehung und der Angemessenheit der Inanspruchnahme der Notfallambulanz

Bei der Überprüfung eines Zusammenhanges zwischen der Angemessenheit der Inanspruchnahme der Notfallambulanz und der ärztlichen Zufriedenheit der Arzt-Patienten-

Tabelle 18: Zusammenhang zwischen der Angemessenheit der Inanspruchnahme der Notfallambulanz und der Qualität der APB

Ärztliche Zufriedenheit mit der APB	Unangemessene Inanspruchnahme	Angemessene Inanspruchnahme	Gesamt n=1356
	n=816	n=540	
	%	%	%
Zufrieden	87,3	87,2	87,2
Unzufrieden	12,7	12,8	12,8
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Angaben in Prozent, $p = 0,979$

APB Arzt-Patienten-Beziehung

Beziehung ist für das Gesamtkollektiv kein signifikanter Zusammenhang feststellbar ($p=0,979$, Chi²-Test nach Pearson) [Tabelle 18].

Bei Betrachtung der verschiedenen Subkollektive fällt für die Patientengruppe ohne Migrationshintergrund ein signifikanter Zusammenhang auf. Entgegen der aufgestellten Hypothese wird hier deutlich, dass eine positiv bewertete APB häufiger mit Patienten in Zusammenhang steht, welche die NFA unangemessen in Anspruch genommen haben ($p=0,015$) [Tab. 19].

Für Patienten mit Migrationshintergrund in erster oder zweiter Generation lassen sich keine signifikanten Zusammenhänge feststellen (Kollektiv 1: $p=0,898$; Kollektiv 2: $p=0,410$).

Tabelle 19: Zusammenhang zwischen der APB und der Angemessenheit der Inanspruchnahme der Notfallambulanz im Kollektiv 3

Ärztliche Zufriedenheit mit der APB	Unangemessene Inanspruchnahme n=411	Angemessene Inanspruchnahme n=411	Gesamt n=822
	%	%	%
Zufrieden	94,2	89,5	91,9
Unzufrieden	5,8	10,5	8,2
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Angaben in Prozent, $p=0,015$
 APB Arzt-Patienten-Beziehung, *Kollektiv 3*: Patienten ohne Migrationshintergrund

3.3.3.2. Prädiktoren einer positiv erlebten APB – Modell 1

Im weiteren Verlauf der statistischen Analyse wurde die Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung ebenfalls auf weitere Einflussfaktoren untersucht. Mithilfe logistischer Regressionsmodelle sollte so der gemeinsame Einfluss mehrerer unabhängiger Variablen auf die Qualität der APB analysiert werden.

Im ersten Modell zeigt sich nach Adjustierung der Variablen Alter, Geschlecht, Bildungsabschluss, Muttersprache des Patienten sowie der patienteneigenen Angaben zu vorhandenen Deutschkenntnissen ein signifikanter Unterschied: Patienten, die dem Kollektiv 1 (MH in erster Generation) angehören, haben im Vergleich zu Patienten ohne

MH eine um den Faktor 0,44 signifikant geringere Chance, dass ihre APB positiv eingeschätzt wird (OR: 0,44 ; 95 % Konfidenzintervall [0,23 ; 0,83]).

Außerdem scheinen Kommunikationsschwierigkeiten aufgrund schlechterer sprachlicher Kompetenzen mit einer höheren Unzufriedenheit in der Arzt-Patienten-Beziehung

Tabelle 20: Prädiktoren einer positiv bewerteten APB (logistisches Regressionsmodell [1])

Sprachliche Verständigung	Odds Ratio	Standardfehler	Z	p-Wert	95% Konfidenzintervall	
Migrationsstatus (Patientenkollektiv)						
Kein MH (3)	1	-	-	-	-	-
MH in 1. Gen. (1)	0,44	0,14	-2,52	0,012	0,23	0,83
MH in 2. Gen. (2)	0,83	0,33	-0,46	0,644	0,38	1,82
Muttersprache						
Deutsch	1	-	-	-	-	-
Andere/nicht erfragt	0,45	0,12	-2,99	0,003	0,27	0,76
Alter	0,98	0,01	-3,10	0,002	0,97	0,99
Geschlecht						
Weiblich	1	-	-	-	-	-
Männlich	0,71	0,13	-1,83	0,068	0,48	1,03
Sprachkenntnisse (deutsch)						
Einigermaßen – wenig – gar nicht	1	-	-	-	-	-
Gut – sehr gut	1,70	0,50	2,03	0,042	1,02	3,06
Höchster Bildungsabschluss						
Mittel	1	-	-	-	-	-
Niedrig	0,90	0,20	-0,49	0,626	0,58	1,39
Hoch	1,61	0,36	2,13	0,033	1,04	2,50
Konstante	19,71	9,01	6,52	0,000	8,05	48,27

APB Arzt-Patienten-Beziehung, *MH* Migrationshintergrund

assoziiert zu sein: Patienten, die nach eigenen Angaben gut oder sehr gut die deutsche Sprache beherrschen, weisen im Vergleich zu Patienten, die schlechter (einigermaßen, wenig oder gar kein) Deutsch verstanden, eine signifikant höhere Chance auf, dass die APB ärztlicherseits als zufrieden eingeschätzt wird (OR: 1,77 ; 95 % Konfidenzintervall

[1,02 ; 3,06]). Zeitgleich fiel bei Betrachtung der Muttersprache der Patienten auf, dass die Patienten, deren Muttersprache nicht die deutsche war, eine signifikant geringere Chance einer zufriedenstellenden Arzt-Patienten-Beziehung aufweisen [Tab. 20].

Auch bei Betrachtung des Alters und des höchsten Bildungsabschlusses sind in diesem Modell signifikante Unterschiede feststellbar. Die Chance einer ärztlicherseits positiv bewerteten Arzt-Patienten-Beziehung sinkt mit jedem Jahr, welches die Patienten älter als 18 Jahre alt sind, um den Faktor 0,98 (OR: 0,98 ; 95 % Konfidenzintervall [0,97 ; 0,99]).

Ein hoher Bildungsabschluss stellt sich als positiver Prädiktor einer positiv eingeschätzten APB heraus. Im Vergleich zu Patienten, die den Kriterien eines mittleren Bildungsabschlusses entsprechen, ist die Chance hier um den Faktor 1,61 höher (OR: 1,61; 95 % Konfidenzintervall [1,04 ; 2,50]). Ein Unterschied zwischen einem mittleren und einem niedrigen Bildungsabschluss besteht nicht ($p=0,626$). Bei Betrachtung des Geschlechtes zeigt sich in diesem Modell, dass Männer im Vergleich zu Frauen eine um den Faktor 0,71 geringere Chance für eine seitens der Ärzte als positiv eingeschätzte Arzt-Patienten-Beziehung haben (OR: 0,71 ; 95 % Konfidenzintervall [0,48 ; 1,03]. Dieser Unterschied weist jedoch keine Signifikanz auf ($p=0,068$).

3.3.3.3. Prädiktoren einer positiv erlebten APB – Modell 2

Für ein zweites logistisches Regressionsmodell wird die Variable „Bildungsabschluss“ durch die entworfene Variable zur „Dringlichkeitsdiskrepanz“ ersetzt. Letztere beschreibt die Abweichung zwischen ärztlicher und patientenseitiger Einschätzung zur Dringlichkeit einer ärztlichen Behandlung (s. Unterabschnitt 3.2.7.).

Nach Adjustierung für die Variablen Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund, Muttersprache des Patienten sowie patienteneigenen Angaben zu vorhandenen Deutschkenntnissen zeigt sich ein signifikanter Unterschied: Patienten, die mit ihrer Dringlichkeitseinschätzung stark von der Dringlichkeitseinschätzung der Ärzte abweichen (Patientenbewertung um ≥ 3 Punkte dringlicher bzw. Dringlichkeitsdiskrepanz : ≤ -3), haben eine geringere Chance für eine als zufriedenstellend bewertete APB (OR: 0,54 ; 95% Konfidenzintervall [0,35 ; 0,83]). Patienten, deren Beschwerdebild hingegen von dem jeweils behandelnden Arzt deutlich dringlicher eingeschätzt wird ($\geq +3$ Punkte), weisen

verglichen mit Patienten, deren Dringlichkeitseinschätzung in etwa mit der der Ärzte übereinstimmte, keinen signifikanten Unterschied auf [Tab. 21].

Tabelle 21: Prädiktoren einer positiv bewerteten APB (logistisches Regressionsmodell [2])

Sprachliche Ver- ständigung	Odds Ratio	Standard -fehler	Z	p-Wert	95% Konfidenz- intervall	
Migrationsstatus (Patientenkollektiv)						
Kein MH (3)	1	-	-	-	-	-
MH in 1. Gen. (1)	0,52	0,19	-1,84	0,065	0,26	1,04
MH in 2. Gen. (2)	0,96	0,43	-0,08	0,934	0,40	2,33
Muttersprache						
Deutsch	1	-	-	-	-	-
Andere/nicht er- fragt	0,47	0,13	-2,64	0,008	0,27	0,82
Alter	0,98	0,01	-4,00	0,000	0,97	0,99
Geschlecht						
Weiblich	1	-	-	-	-	-
Männlich	0,72	0,15	-1,61	0,107	0,48	1,08
Sprachkennt- nisse (deutsch)						
Einigermaßen – wenig – gar nicht	1	-	-	-	-	-
Gut – sehr gut	1,88	0,58	2,04	0,042	1,02	3,44
Dringlichkeits- diskrepanz						
Gering: -3 <x< +3	1	-	-	-	-	-
Hoch: ≤ -3 ^a	0,54	0,12	-2,81	0,005	0,35	0,83
Hoch: ≥ +3 ^b	1,34	0,62	0,62	0,532	0,54	3,33
Konstante	44,20	22,85	7,33	0,000	16,05	121,7

^a Patienten schätzen ihre Behandlungsbedürftigkeit dringlicher ein als ihre behandelnden Ärzte.

^b Ärzte schätzen die Behandlungsbedürftigkeit der Patienten dringlicher ein als die Patienten selbst

APB Arzt-Patienten-Beziehung, MH Migrationshintergrund

Bei der Analyse der weiteren unabhängigen Variablen lassen sich, ähnlich wie im ersten Modell, für die Variablen Alter und Muttersprache des Patienten sowie patienteneigene Angaben zu vorhandenen Deutschkenntnissen signifikante Unterschiede beobachten [Tab. 20]. Auffallend ist jedoch, dass durch die Aufnahme der

Variable „Dringlichkeitsdiskrepanz“ in das Modell die Variable „Migrationshintergrund in erster Generation“ keine Signifikanz mehr aufweist (OR: 0,52; 95 % Konfidenzintervall [0,26 ; 1,04]). Ein Migrationshintergrund hat in diesem Modell dementsprechend keinen signifikanten Einfluss auf die Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung.

4. DISKUSSION und AUSBLICK

Der stetig steigende Anstieg der Inanspruchnahmen von klinischen Notfallambulanzen stellt in vielen Ländern eine Herausforderung für die Gesundheitssysteme dar. Neben einer strukturellen Überlastung, den negativen gesundheitlichen Auswirkungen auf die Patienten und den finanziellen Mehrkosten steht auch die Interaktion zwischen Arzt und Patient sowie die Gesundheit des ärztlichen Personals hiermit in Zusammenhang. Die Interaktion zwischen Arzt und Patient gewann in den vergangenen Jahren als wichtiges Element für die Qualität der medizinischen Versorgung zunehmend an Bedeutung und stand daher zuletzt mehr im Fokus aktueller Forschung. Das Ziel dieser Arbeit ist es daher, einen möglichen Zusammenhang zwischen der Angemessenheit der Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen und der Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung darzulegen. Außerdem werden weitere Einflussfaktoren auf die ärztliche Zufriedenheit mit der APB beschrieben.

4.1. Diskussion der Ergebnisse

Das die Notfallambulanz aufsuchende Patientenspektrum zeichnete sich in der vorgelegten Arbeit durch seine Diversität aus. Im Folgenden wird das verschiedenartige Nutzungsverhalten diskutiert und mit der international publizierten Literatur verglichen. Abschließend werden die gewonnenen Erkenntnisse in den internationalen Stand der Forschung eingeordnet.

4.1.1. Unterschiede in der Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen

Im Folgenden wird der Einfluss soziodemographischer Merkmale und des Migrationsstatus auf die Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen diskutiert.

4.1.1.1.1. Geschlecht

Das abgebildete Untersuchungskollektiv umfasst mehr Frauen als Männer. Bei Betrachtung und Vergleich mit der gesamten Berliner Bevölkerung fiel auf, dass der Anteil an Frauen in der Studienpopulation mit 69,0 % deutlich über dem berlinweiten Anteil im Jahr 2017 von 50,8 % lag [75]. Durch das multizentrische Studienkonzept und die Durchführung der Studie an zwei internistischen- sowie einer rein gynäkologisch geführten NFA war der erhöhte Anteil an weiblichen Patientinnen jedoch zu erwarten. Durch diese Verzerrung lassen sich keine bzw. nur eingeschränkt Rückschlüsse auf geschlechtsspezifische Unterschiede in der Inanspruchnahme von Notfallambulanzen ziehen.

Ergebnisse von nationalen sowie internationalen Studien zur Geschlechterverteilung liefern ohnehin ein uneinheitliches Bild: So ließen sich sowohl eine erhöhte Nutzung durch Patientinnen [96, 97] als auch durch Patienten in der Literatur feststellen [17, 31, 98]. Die Tatsache, dass Frauen vermehrt Gesundheits- und Präventionsleistungen in Anspruch nehmen als Männer, ist in der aktuellen Literatur einheitlicher beschrieben [99, 100].

4.1.1.1.2. Alter

In der vorliegenden Arbeit fiel eine im Vergleich häufigere Inanspruchnahme der Notfallambulanzen durch ältere Patienten auf (Alter von ≥ 65 Jahre), wobei sie mit 35,4 % die stärkste Untergruppe bildeten. Mithilfe des Berichtes des Mikrozensus aus dem Land Berlin gelang die genauere Einordnung der Ergebnisse: Zum Zeitpunkt der Datenerhebung stellte die Alterskategorie ‚ ≥ 65 Jahre‘ in der gesamten Berliner Bevölkerung lediglich einen Anteil von 18,7 % dar [75]. Es kann daher von einer überproportionalen Nutzung der Notaufnahme ausgegangen werden. Auch in der internationalen Literatur gewann die Inanspruchnahme von NFAs durch zunehmend ältere Patienten zuletzt vermehrt an Bedeutung [21, 22, 98, 101, 102]. Ukkonen et al. lieferten als Erklärungsansätze u. a. die höhere Notfallinzidenz bei älteren Einwohnern und thematisierten zudem die durch den demographischen Wandel bedingte weltweite Zunahme der älteren Bevölkerung. Beide Themenbereiche können die erhöhte Nutzung mitbedingen und stellen die notfallmedizinische Versorgung weltweit vor nicht zu vernachlässigende Herausforderungen [22].

Eine ebenso im Verhältnis zum Bevölkerungsanteil überproportionale Inanspruchnahme der NFAs ließ sich bei der relativ jüngsten Patientengruppe feststellen (definierte Altersgruppe < 35 Jahre). Eine umfassende Untersuchung von Wahlster et al. lieferte mit dieser Arbeit übereinstimmende Ergebnisse. Bei der Analyse ambulanter sowie stationärer Notfälle im Zeitraum von 2009 bis 2015 wiesen Wahlster et al. auf eine steigende Anzahl der Notfälle in Notaufnahmen hin, wobei die jungen Patienten (20-34 Jahre) mit den höchsten Inzidenzratios auffielen und daher besonders im Fokus standen [20].

Es ist davon auszugehen, dass die (Beweg-) Gründe für das Aufsuchen einer klinischen Notfallambulanz in beiden Alterskategorien durchaus unterschiedlich sind. Bei Betrachtung jüngerer Patienten (< 65 Jahre) schien der Status der Betreuung durch ambulante Versorgungsstrukturen für das Inanspruchnahmeverhalten entscheidend zu sein. So fiel auf, dass Patienten ohne Anbindung an haus- oder fachärztliche Versorgungsstrukturen häufiger Notfallambulanzen in Anspruch nahmen [103]. Gruneir et al. unterstrichen in ihrem Literaturreview, dass das überproportionale Aufsuchen der Notaufnahme durch ältere Patienten nicht zwangsläufig unangemessenen Inanspruchnahmen zugeschrieben werden kann. Viel eher stehe hier durch akute Erkrankungen und die Notwendigkeit intensiver, medizinischer Betreuung ein generell größerer Bedarf an NFAs im Vordergrund [21]. Weiter stellten Downing und Wilson fest, dass ältere Patienten (≥ 65 Jahren) die NFA signifikant häufiger aufgrund von nicht-verletzungsbedingten Erkrankungen in Anspruch nahmen. Stattdessen ließen sich hier insbesondere kardiale Erkrankungen, aber auch andere internistische Beschwerden als Ursache für die Nutzung ausmachen [102]. Diesbezüglich sollte auch der soziodemographische Wandel, respektive die zunehmende Alterung der Gesellschaft, als Grund für die Zunahme der Multimorbidität und Komplexität der vorwiegend älteren Notfallpatienten mitbedacht werden [104]. Coe et al. stützen in ihrer Untersuchung diese These. Sie wiesen darauf hin, dass bei älteren Patienten eine höhere Anzahl an Vorerkrankungen als signifikanter Prädiktor für die Inanspruchnahme der Notfallambulanz fungierte [105]. Auch weitere Gründe, wie bspw. die soziale Einbindung, sollten in zukünftige Analysen mitberücksichtigt werden, um so der stetig wachsenden Zahl der Inanspruchnahmen klinischer NFAs entgegenzuwirken. Patienten beider Alterskategorien weisen somit durchaus heterogene Patientencharakteristiken auf, im Besonderen bzgl. Vorerkrankungen und Multimorbidität.

4.1.1.1.3. Bildungsstand

Durch den ausgeprägten Zusammenhang zwischen Bildung und Arbeitslosigkeit fungierte der erfasste Bildungsstand in dieser Analyse als Indikator für die individuelle soziale Lage der Patienten [106]. In der untersuchten Studienpopulation fiel hierbei ein mehrheitlich (51,9 %) mittlerer Bildungsstand auf, wobei 2017 nach Abzug aller noch nicht schulpflichtigen bzw. sich noch in schulischer Ausbildung befindender Einwohner auch in der Berliner Bevölkerung ein überwiegend mittlerer Bildungsstand (52,2 %) zu verzeichnen war [75]. Weiterhin ließ sich feststellen, dass im Vergleich zur Berliner Bevölkerung überproportional viele Patienten mit niedrigem Bildungsstand die NFA in Anspruch nahmen (5,4 % vs. 18,6 %), jedoch relativ weniger Patienten mit einem hohen Bildungsstand (42,4 % vs. 29,6 %). Die Gründe hierfür können einerseits in einem Zusammenhang zwischen dem individuellen sozioökonomischen Status und der Gesundheit bestehen, welcher in der Literatur bereits vielfach untersucht und beschrieben worden ist [76, 107-109]. Hierbei lassen sich sowohl strukturelle Diskrepanzen ausmachen (bspw. Zugang und Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen) als auch Unterschiede bzgl. des tatsächlichen Erkrankungsrisikos bzw. der Gesundheitschance [76, 107]. Auch Lampert et al. zeigten in ihrer Analyse, dass ein höheres Risiko für Beeinträchtigungen der Gesundheit bei Einwohnern mit niedrigerem, sozioökonomischem Status bestand, wobei eine graduelle Verstärkung des Zusammenhanges beschrieben wurde [110]. Auch eine Untersuchung von Notarzteinsätzen in Münster legte den Einfluss soziodemographischer Faktoren auf die Inzidenz von Einsätzen dar: Es war ein erhöhtes Einsatzaufkommen in Stadtteilen mit niedrigem sozioökonomischen Status zu verzeichnen, wobei zeitgleich auffiel, dass der Einsatzschweregrad in allen Stadtgebieten annähernd gleich verteilt war [111]. Hieraus lässt sich schließen, dass die erhöhte Einsatzinzidenz in den Stadtteilen mit niedrigem sozioökonomischem Status einem erhöhten Bedarf zugrunde lag. Dieser erhöhte Bedarf könnte auch eine erhöhte Inanspruchnahme der Notfallambulanzen durch bildungsschwächere Patienten mitbegründen.

Ein Schwerpunkt der vorgelegten Analyse ist der Einfluss des Migrationshintergrundes. Bei Differenzierung und gleichzeitiger Berücksichtigung des Bildungsstandes schienen die Kollektive ‚Patienten ohne MH‘ sowie ‚mit MH in zweiter Generation‘ bezüglich ihrer Verteilung recht homogen. Das Kollektiv ‚Patienten mit MH in erster Generation‘ wies hingegen häufiger sowohl keinen Schulabschluss/einen Grundschulabschluss als auch

einen als ‚hoch‘ klassifizierten Bildungsabschluss auf. Zu übereinstimmenden Ergebnissen kam es auch bei Vergleichen mit dem Mikrozensus aus dem Jahre 2017. Dieser beschrieb, dass Ausländer sowohl überproportional häufig ohne allgemeinen Schulabschluss waren als auch überproportional häufig ein Abitur als allgemeinen Schulabschluss aufwiesen [75]. Es sollte jedoch beachtet werden, dass hierbei die Angabe zur Staatsangehörigkeit (resp. nicht-deutsche Staatsangehörigkeit) verwendet und somit nicht die konkrete Migrationssituation berücksichtigt wurde. Dennoch könnten diese Untersuchungsergebnisse darauf schließen lassen, dass sich das klassische Bild der Migranten mit nachteiligem sozioökonomisch Status im Wandel befindet und immer mehr (sehr) gut ausgebildete Migranten in Deutschland leben. Dabei sind jedoch auch Sondereinflüsse zu beachten, wie etwa die Vielzahl der diplomatischen Vertretungen oder die Anzahl ausländischer Studierender.

4.1.1.2. Einfluss des Migrationsstatus

Die Anzahl der in Deutschland und Europa lebenden Menschen mit Migrationshintergrund stieg in den letzten Jahren stetig an [74]. In Deutschland besaßen 2018 über ein Viertel der Bevölkerung (25,5 %) einen Migrationshintergrund, hiervon waren 16,5 % Migranten erster und 9,0 % Migranten zweiter Generation [74]. In der vorgelegten Arbeit fiel ein besonders hoher Anteil an Patienten mit Migrationshintergrund auf (39,4 %). Damit lag er im direkten Vergleich mit der Bevölkerung im Untersuchungszeitraum deutlich über dem berlinweiten Anteil von rund 29,3 % [75]. Es ließ sich daher annehmen, dass eine überproportionale Inanspruchnahme der NFAs durch Patienten mit Migrationshintergrund bestand. Bei Vergleich internationaler Literatur zeigten die untersuchten Studien ein uneinheitliches Bild bzgl. des Inanspruchnahmeverhaltens von Migranten. So wiesen aktuelle Untersuchungen aus der Schweiz, Norwegen und Dänemark auf eine häufigere Nutzung der Notfallambulanz durch Patienten mit Migrationshintergrund hin [87-90]. Auch in Deutschland beobachteten David et al. in ihrer Analyse ein überproportionales Aufsuchen der NFAs [112]. In einem Literaturreview aus den Niederlanden zeigte sich ebenfalls in den meisten europäischen Ländern eine häufigere Nutzung der NFA von Patienten mit Migrationshintergrund, wohingegen Vorsorgescreenings und Versorgungen im niedergelassenen Bereich weniger in Anspruch genommen wurden [23]. In anderen Arbeiten fehlte jedoch ein Einfluss des Migrationsstatus auf das Inanspruchnahmeverhalten. So zeigten eine Arbeit aus

Spanien sowie eine norwegische Untersuchung von Sandvik et al., dass Zuwanderer NFAs seltener in Anspruch nahmen [113, 114]. In Letzterer waren jedoch große Unterschiede zwischen den Ethnizitäten zu verzeichnen. Eine ähnliche Diskrepanz stellte Keizer et al. fest: Hier ließ sich keine erhöhte Inanspruchnahme von sog. westlichen Migranten (Geburtsort mind. eines Elternteiles in Europa (außer Türkei), Nordamerika, Ozeanien, Indonesien oder Japan) feststellen, von nicht-westlichen Migranten (Geburtsort mind. eines Elternteils in einem anderen der oben aufgeführten Ländern) jedoch schon [87]. Es ist daher davon auszugehen, dass die verschiedenen Einwanderergruppen heterogen bzgl. ihrer Bedürfnisse und Kenntnisse hinsichtlich der Gesundheitsversorgung sowie ihrer Gesundheit im Allgemeinen sind. Angesichts dieser Heterogenität sollten gesundheitliche Chancen und Risiken von Patienten mit Migrationshintergrund sehr differenziert betrachtet werden.

Auch ein britisches, allerdings schon zehn Jahre altes Literaturreview beleuchtete das uneinheitliche Bild hinsichtlich der Nutzung und des Nutzungsverhaltens von Notfallambulanz durch Migranten und Nicht-Migranten [25]. Dabei wiesen Norredam et al. bei besonderer Berücksichtigung des Migrationsstatus aber zeitgleich auf übereinstimmende Diskrepanzen bzgl. verschiedener anderer Gesundheitsleistungen hin [25]. Weitere Untersuchungen hoben diesen Punkt ebenfalls hervor und zeigten, dass insgesamt von einer geringeren Inanspruchnahme verschiedener Sektoren der Gesundheitsversorgung (u. a. fachärztliche Versorgung, Rehabilitation, Früherkennung/Screening) durch Migranten auszugehen ist [23, 90, 91].

Das in dieser Arbeit vorliegende Verhältnis von Patienten mit Migrationshintergrund in erster zu denen in zweiter Generation (28,0 % vs. 11,4 %) korreliert mit den berlinweiten, demographischen Daten zum Migrationsstatus: Im Erhebungsjahr 2017 hatten mehr Menschen einen Migrationshintergrund in erster Generation als in zweiter Generation (16,1 % vs. 7,4 %) [73]. Beide Kollektive mit Migrationshintergrund wiesen jedoch im Verhältnis überproportional hohe Inanspruchnahmen von NFAs auf, wobei Patienten mit Migrationshintergrund in erster Generation die höhere relative Rate besaßen.

4.1.2. Angemessenheit der Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen

4.1.2.1. Definition der Angemessenheit

Ziel dieser Arbeit war es, neben der Erfassung quantitativer Parameter der Inanspruchnahme von NFAs, insbesondere die Angemessenheit der Notfallambulanznutzung sowie ihre Prävalenz zu untersuchen, zu bewerten und einzuordnen.

Eine erste Hürde bei dieser Beurteilung stellte bereits die Definition der Angemessenheit dar (s. Unterabschnitt 1.1.2), da bislang eine einheitliche Bestimmung zur adäquaten Inanspruchnahme fehlt. Auch eine Vielzahl aktueller Literaturreviews wies auf diese Problematik hin, da durch die erhebliche Variation der Angemessenheitsdefinition ein aussagekräftiger Vergleich zwischen den einzelnen Untersuchungen im nationalen sowie internationalen Rahmen deutlich erschwert ist [28-30].

Die immense Spannweite der Prävalenz der als ‚nicht-dringlich‘ eingeordneten Nutzungen aller drei Untersuchungen (Durand et al. 4,8 % - 90 %; Carret et al. 10% - 90 %; Uscher-Pines et al. 8 % - 62 %) veranschaulicht und unterstreicht die Heterogenität der Ergebnisse und die Problematik des Fehlens einer einzig gültigen Beurteilungsmethode.

Weiterhin existieren mindestens zwei verschiedene Sichtweisen in Bezug auf die Dringlichkeitsperspektive: einerseits die Dringlichkeitsperspektive der behandlungsbedürftigen Patienten und andererseits die Perspektive der Gesundheitsinstitutionen, welche sich in der Regel durch die Mitarbeiter der NFAs artikuliert [115]. Es steht außer Frage, dass Symptome, Schmerz- bzw. Beschwerdeintensitäten sowie Sorgen und Ängste einer subjektiven Wahrnehmung unterliegen. Gesundheitliche Probleme und Beweggründe, die zum Aufsuchen der NFA führen, können daher durch den Patienten deutlich dringlicher wahrgenommen werden als von den Mitarbeitern der NFAs. Diese Dringlichkeitsdiskrepanz konnte auch in unserer Arbeit festgestellt werden (s. Unterabschnitt 3.2.6.). Zudem wiesen auch Carret et al. in ihrem Literaturreview auf diese Einschränkungen in der Definition hin. Sie zeigten, dass eine unangemessene Inanspruchnahme bei Nutzung des Kriteriums „selbst empfundene Dringlichkeit“ vielfach unterschätzt wird, inadäquate Nutzungen somit durchaus häufiger vorlagen und

sich Patienten offensichtlich vielfach dringlicher einschätzten [28]. Dennoch sollte berücksichtigt werden, dass die Definition eines medizinischen Notfalles maßgeblich von der Wahrnehmung des erkrankten Patienten abhängt. Laut Behringer et al. zählen hierzu „alle Patienten, die körperliche oder psychische Veränderungen im Gesundheitszustand aufweisen, für welche der Patient selbst oder eine Drittperson unverzüglich medizinische Betreuung als notwendig erachtet“ [104].

Gleichwohl scheint die professionelle, ärztliche Einschätzung zur Adäquatheit der Inanspruchnahme objektiver. Sie beruht auf Multimodalität und beinhaltet daher ein differenziertes Bild bzgl. der klinischen Situation des Patienten. So fließen u. a. Einschätzungen zur Ausprägung und Schwere einer Erkrankung, zu weiteren Vor- bzw. Begleiterkrankungen und zu psychosozialen Aspekten in die Beurteilung mit ein und schaffen auf diese Weise ein umfassenderes Bild zur Beschwerdesituation des Patienten und der Dringlichkeit der Situation. Doch auch die ärztliche Beurteilung weist subjektive Komponenten auf: So können verschiedene Faktoren, wie bspw. die Uhrzeit und der Wochentag der NFA-Nutzung, aber auch der Ausbildungsstand, die Berufserfahrung und die Arbeitsbelastung der Ärzte sowie der Verlauf der Arzt-Patienten-Interaktion einen Einfluss auf die ärztliche Beurteilung der Angemessenheit haben [116].

In dieser Arbeit wurde die (Un-)Angemessenheit wie in Unterabschnitt 2.5.2. beschrieben definiert. Der hier verwendete Angemessenheitsindex war dementsprechend eine Kombination aus ärztlicher Beurteilung und patientenseitiger Einschätzung und ließ somit eine Verknüpfung beider Perspektiven zu.

Weiterhin sollte bedacht werden, dass die angemessene Nutzung der NFA zwischen der Adäquatheit und der Dringlichkeit unterschiedlich interpretiert und ausgelegt werden kann. So scheint die Dringlichkeit eher mit der Schwere und Behandlungsdringlichkeit (z. B. Lebensbedrohlichkeit) eines medizinischen Problems in Verbindung gebracht zu werden, die Angemessenheit bzw. Adäquatheit scheint hingegen oftmals mit weiteren Faktoren, wie etwa psychosozialen Aspekten, der Uhrzeit der Inanspruchnahme oder der Verfügbarkeit medizinischer Versorgung assoziiert zu sein [32]. Auch wenn dieser Unterschied in der Interpretation nicht zwangsläufig einen Widerspruch darstellt, so wird der Fokus dennoch auf unterschiedliche Aspekte gelegt. Diese gilt es in Anbetracht der Angemessenheitsdefinition, dem Ausmaß der Beurteilung und im Vergleich mit anderen Studien zu berücksichtigen.

4.1.2.2. Angemessenheitsindex und Migrationsstatus

Durch die zunehmende Problematik des Overcrowdings klinischer Notfallambulanzen wurde der Untersuchung (un)angemessener Inanspruchnahmen in den letzten Jahren mehr Bedeutung beigemessen. Ein erster Vergleich unserer Analyse mit den Ergebnissen internationaler Literatur in 4.1.2.1 wies bereits auf die Heterogenität bzgl. der Definition und Interpretation hin, welche die Vergleichbarkeit der unterschiedlichen Angemessenheitsergebnisse deutlich erschwert. Trotz unterschiedlich hoher Anteile lässt sich zusammenfassend feststellen, dass inadäquate Inanspruchnahmen der NFA eine zunehmend wichtige Rolle in der notfallmedizinischen Gesundheitsversorgung einnehmen.

Durch die besondere Berücksichtigung des Migrationshintergrundes in dieser Untersuchung ließ sich neben einem insgesamt hohen Anteil unangemessener Inanspruchnahmen (60,2 %) ein gesonderter, nochmals deutlich höherer Anteil bei Patienten mit MH ermitteln (kein Migrationshintergrund: 50,0 %, Migrationshintergrund 75,8 %). Diese Ergebnisse bestätigen die Erkenntnisse einer ebenfalls in Berliner NFAs durchgeführten Untersuchung von David et al., in der gezeigt werden konnte, dass Patienten nichtdeutscher Ethnizität sowohl quantitativ häufiger als auch in Anbetracht der Qualität häufiger unangemessen eine Notfallambulanz aufsuchten [112]. Auch im internationalen Vergleich wies eine US-amerikanische Arbeit darauf hin, dass das höchste Risiko einer inadäquaten, nicht-dringlichen Inanspruchnahme bei der Bevölkerung lag, die einer ethnischen Minderheit angehörte (hier: nicht-weiße und nicht afroamerikanische Bürger) [33]. Unter Nutzung von Daten der NoMiG-Studie, auf denen auch die Ergebnisse der hier vorgestellten Arbeit basieren, beschrieben Schwachenwalde et al. zudem den Einfluss des Akkulturationsgrades bei Patienten mit Migrationshintergrund auf die Inanspruchnahme der NFA. Hierbei nutzten niedrig akkulturierte Patienten die klinischen Notaufnahme eher unangemessen [117]. Interessanterweise war in der vorliegenden Untersuchung der Anteil an inadäquaten Inanspruchnahmen bei Patienten mit Migrationshintergrund in zweiter Generation noch einmal höher als bei Vorliegen eines Migrationshintergrundes in erster Generation (83,1 % vs. 72,9 %), wobei hier über mögliche Erklärungsansätze diskutiert werden sollte. Die These, dass Patienten mit Migrationshintergrund weniger Kenntnisse in Bezug auf die Versorgungsstrukturen des deutschen Gesundheitssystems besitzen, scheint diesen Unterschied nicht hinreichend erklären zu können. Patienten mit Migra-

tionshintergrund in zweiter Generation sind per definitionem in der Bundesrepublik aufgewachsen und sozialisiert worden, sodass anzunehmen sein sollte, dass sie bessere Kenntnisse bzgl. der Strukturen und der Versorgungsoptionen des Gesundheitssystems besitzen als Patienten des Kollektivs 1. Als Erklärung sollte hingegen das Vorhandensein des mit zunehmender Aufenthaltsdauer in Deutschland abnehmendem sog. healthy immigrant effect mitbedacht werden. Mit dem healthy immigrant effect Effekt wird in der Literatur das Phänomen beschrieben, dass Migranten im Durchschnitt eine höhere Gesundheit aufweisen als Einheimische [81]. Ng ermittelte in seiner Untersuchung, dass der Effekt auf die Gesundheit der Einwanderer mit den Jahren seit der Einwanderung abnahm [83]. Dies sollte als möglicher Erklärungsansatz für die vorliegenden Ergebnisse mitbedacht werden.

Weiterhin zeigten Sauzet et al. im Rahmen der NoMiG-Studie, dass ein steigendes Patientenalter als wichtiger Prädiktor für eine angemessene Inanspruchnahme galt, das Aufsuchen einer gynäkologischen NFA als bedeutsamer Prädiktor für eine unangemessene Nutzung [118]. Das durchschnittlich jüngere Patientenalter im Kollektiv 2 sowie das im Vergleich häufigere Aufsuchen einer gynäkologischen Notfallambulanz könnte in der vorliegenden Arbeit daher die seltenere angemessenen Inanspruchnahme von Patienten mit Migrationshintergrund in zweiter Generation mitbegründen.

Neben dem vorhandenen Bezug zwischen Angemessenheit und Migrationsstatus in der vorliegenden Arbeit werden in der Literatur auch fehlende Zusammenhänge zwischen der Ethnizität und der Adäquatheit einer NFA-Nutzung dargelegt. So waren diese Ergebnisse konträr zu denen einer weiteren Untersuchung von David et al., die zwar eine höhere Frequenz von Notfallambulanznutzungen bei Migranten beschrieben, aber keinen Einfluss auf die Angemessenheit feststellen konnte [119]. Und auch in einer kanadischen Arbeit wiesen nicht in Kanada geborene Patienten keine vermehrte, unangemessene Notfallambulanznutzung auf [120].

Die nicht übereinstimmende Definition der Angemessenheit und die Erfassung unterschiedlicher Aspekte der Migrationsforschung wie Ethnizität, Geburtsort, Migrationsstatus in den verschiedenen Untersuchungen bedingen, dass sich die oben aufgeführten Ergebnisse nicht gänzlich auf unsere Arbeit übertragen lassen. Trotz der potenziellen Verzerrung scheint in der internationalen Literatur noch kein einheitliches Fazit in Bezug auf diese Thematik möglich. Diese Überlegung unterstreichen auch Uscher-Pines et al. in einer umfangreichen Literaturübersichtsarbeit. Bei Analyse der Ange-

messenheit und anschließend weiterer Differenzierung der Patientenpopulation nach ‚Race‘ zeigte sich eine erhebliche Disparität: In vier Studien fielen afroamerikanische Bürger im Vergleich zu weißen durch eine häufigere unangemessene Inanspruchnahme der NFA auf. In den restlichen fünf Untersuchungen ließ sich ein solcher Zusammenhang nicht feststellen [29].

4.1.3.Arzt-Patienten-Beziehung

Obwohl die APB im Zentrum der medizinischen Behandlung und der ärztlichen Tätigkeit steht, ist diese in der Literatur als Einflussgröße nur unzureichend beschrieben. Eine einheitliche und allgemein gültige Definition oder Beschreibung der Inhalte der APB existiert bislang nicht, sodass bezüglich des Verständnisses der APB eine große Heterogenität auszumachen ist (s. Abschnitt 1.2). Auch wenn in der Literatur uneinheitlich betitelt, so scheinen doch mindestens zwei Merkmale hinsichtlich der APB charakterisierend zu sein: Einerseits kognitive (fachliche) Dimensionen und andererseits affektive (zwischenmenschliche) Kompetenzen [51, 56, 57, 59, 65].

Bei Untersuchung der APB stand in den letzten Jahren oftmals die patientenbezogene Sichtweise auf die APB im Mittelpunkt der Forschung. Teilweise könnte dies durch den Wandel hin zur patientenzentrierten Medizin erklärt werden. Untersuchungen zur ärztlichen Sichtweise auf die Arzt-Patienten-Beziehung hingegen sind rar. Die Wichtigkeit beider Perspektiven wurde in Unterkapitel 1.2.2. besprochen. Ein Ziel der vorliegenden Untersuchung war es nun, die behandelnden Ärzte um ihre Einschätzung zur APB zu bitten und diese zu analysieren.

4.1.3.1. Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung

Die Thematik der APB gewann zuletzt immer mehr an Bedeutung (s. Abschnitt 1.2). Eine effektive und zufriedenstellende APB kann dabei Einfluss auf die Gesundheit selbst wie auch auf das Gesundheitsverhalten der Patienten haben. Während die APB aus zwei verschiedenen Perspektiven beleuchtet werden kann, konzentrierten sich viele Studien in den letzten Jahren auf die Sichtweise und die Zufriedenheit der Patienten [48, 49, 64, 121-124]. In der vorliegenden Untersuchung wird hingegen die ärztliche Perspektive auf die Arzt-Patienten-Beziehung bzw. -Interaktion berücksichtigt.

4.1.3.1.1. Zufriedenheit mit der APB

Die in dieser Arbeit dargestellte grundsätzliche hohe Zufriedenheit der Ärzte (87,3 %) deckte sich weitestgehend mit wenig vorhandener, weiterer Literatur. So ermittelten Babitsch et al. in ihrer Analyse ebenfalls eine hohe, ärztliche Zufriedenheit in Bezug auf

die APB, mit Werten zwischen 81 % und 91 % [66]. Auch eine italienische Querschnittsstudie, welche die Zufriedenheit von Hausärzten beleuchtete, wies lediglich einen geringen Anteil an aus ärztlicher Sicht nicht zufriedenstellenden APBs auf (Anteil zwischen 13,3 % und 17,8 %) [65]. Als Limitation sollte hier jedoch der hohe Anteil an „ich weiß nicht“-Antwortkategorien in Bezug auf die selbsteingeschätzte Zufriedenheit (26,6 % und 32,4 %) berücksichtigt werden, die nur einen eingeschränkten Vergleich zuließ. Von Besonderheit war in der Untersuchung, dass Daghigho et al. die APB weiter in ihre zwischenmenschliche und ihre professionelle Komponente unterteilten und dass somit eine gesonderte Auswertung beider APB-Aspekte möglich war. Hierbei fiel auf, dass Hausärzte zufriedener mit der (zwischen-)menschlichen als mit der professionellen (respektiv fachlichen) Interaktion waren (60,1 % vs. 49,7 %). Im weiteren Sinne könnte die erfragte Zufriedenheit bzgl. des Behandlungsverlaufs unserer Untersuchung mit der Zufriedenheit zur professionellen Interaktion bei Daghigho et al. übereinstimmen und die erfragte Zufriedenheit mit dem Verlauf des Gespräches könnte der Zufriedenheit bzgl. der (zwischen)menschlichen Interaktion entsprechen. Da in der vorliegenden Arbeit jedoch keine getrennte Erfassung beider APB-Komponenten stattfand, war eine Gegenüberstellung und anschließender Vergleich nicht möglich.

Eine große asiatische Literaturübersichtsarbeit und Metaanalyse, die ausschließlich chinesische Untersuchungen in ihre Arbeit einbezog, zeichnete ein deutlich negativeres Arzt-Patienten-Verhältnis [67]. Hier war der Anteil an pessimistischen Einschätzungen bzgl. der APB zwar großer Varianz ausgesetzt (zwischen 8,16 % und 82,5 %), lag im Mittel aber deutlich über den Negativergebnissen europäischer Untersuchungen. Kulturelle Faktoren bzgl. des Verständnisses von Gesundheit und Krankheit aber auch Unterschiede in Bezug auf gesellschaftliche Strukturen sowie die Bedeutung und das Ansehen des Arztberufes in einer Gesellschaft sollten an dieser Stelle berücksichtigt werden.

Der in der vorliegenden Untersuchung besonders berücksichtigte Migrationshintergrund der Patienten brachte bei Betrachtung der ärztlichen Zufriedenheit mit diesem Parameter verbundene Unterschiede zum Vorschein. So hatte ein Migrationshintergrund in erster Generation einen signifikanten, negativen Einfluss auf die Zufriedenheit der behandelnden Ärzte. Ein Migrationshintergrund in zweiter Generation hatte hingegen keine statistisch relevante Bedeutung. Es ist anzunehmen, dass hier vor allem vorhandene bzw. nicht vorhandene Sprachkompetenzen eine Rolle spielen. Erklärungs-

ansätze hierzu sollten gemeinsam mit möglichen Einflussfaktoren eruiert und diskutiert werden (s. Unterabschnitt 4.1.3.2.). Auch wenn Babitsch et al. in einer Analyse den Migrationsstatus nicht berücksichtigten, so lassen sich die erfassten ethnische Unterschiede für einen Vergleich heranziehen. Die ärztliche Zufriedenheit der APB mit türkeistämmigen Patienten war hier signifikant geringer als in der Vergleichsgruppe deutscher Patienten [66]. Weitere gleichartige Ergebnisse zeigten US-amerikanische Untersuchungen, die ebenso feststellten, dass Ethnizität, ‚Race‘ oder die Zugehörigkeit zu einer ethnischen Minderheit die Qualität der APB erheblich beeinflussen können [125-127]. Street et al. unterstreicht die Wichtigkeit der „Übereinstimmung“ zwischen Arzt und Patienten, sowohl in Bezug auf persönliche Überzeugungen als auch in Bezug auf Werte und Kommunikation, wobei eben diese Konkordanz maßgeblich auch von einer übereinstimmenden Ethnizität abhängt [126].

Auch die Akkulturation, definiert als kultureller Anpassungsprozess, scheint mit der Qualität der APB zusammenzuhängen. So ließ sich feststellen, dass die Akkulturationsorientierung zur Stärkung der APB beitragen und damit die Gesundheitsversorgung von zugewanderten Menschen indirekt stärken kann [128, 129].

Aus Gründen des zugesicherten Datenschutzes und eines in die klinische Arbeitsweise der NFA möglichst unproblematisch zu integrierenden Ablaufes sollte der verwendete Fragebogen kurzgehalten werden. In der vorliegenden Arbeit wurden daher keine soziodemographischen, den Migrationsstatus und den Ausbildungsstand der behandelnden Ärzte betreffenden Angaben erhoben, sodass sich Ergebnisse anderer Untersuchungen, die u. a. erhebliche Unterschiede in Bezug auf das Geschlecht oder die Berufserfahrung ermittelten, nicht verifizieren ließen [66, 67, 130]. Auch wurden weitere Belastungen und Anforderungen der Ärzte nicht erfasst. Der von Zulman et al. beschriebene Eindruck, dass die für die klinische Versorgung unabdingbare (zwischen-)menschliche Beziehung durch die zeitlichen, technischen und administrativen Erfordernisse der modernen Medizin teilweise in den Hintergrund gerät, ließ sich in unserer Arbeit somit nicht überprüfen [131].

4.1.3.1.2. Kommunikation in der Arzt-Patienten-Beziehung: Das Arzt-Patienten-Gespräch

Das Arzt-Patienten-Gespräch, und somit die Kommunikation zwischen Arzt und Patient insgesamt, ist ein maßgeblicher Bestandteil der APB. Es gilt als relevantes Element der medizinischen Versorgung, durch die die Interaktion und die Beziehung zwischen Arzt und Patient gestützt und therapeutische Ziele erreicht werden können [132]. Die Kommunikation kann hierbei noch weiter in ihre verbalen und ihre non-verbalen Anteile unterschieden werden [44]. Während die non-verbale Komponente eine wichtige Rolle hinsichtlich des zwischenmenschlichen Urteilsvermögens spielt und konkrete Zusammenhänge, wie die Patientenzufriedenheit, Diagnose- und Behandlungsentscheidungen mitbeeinflussen kann, steht bei der verbalen Kommunikation vorwiegend die sprachliche Verständigung und die Vermittlung fachlicher Inhalte im Vordergrund [133]. Die vorliegende Arbeit berücksichtigte ausschließlich die verbale Kommunikation.

Das Gespräch zwischen Arzt und Patient wurde in dieser Untersuchung in den überwiegenden Fällen in Deutsch geführt (96,2 %) und nur in seltenen Fällen aus einer anderen Sprache ins Deutsche übersetzt (4,7 %). Bei Unterscheidung nach Migrationsstatus fiel auf, dass die jeweils niedrigsten bzw. höchsten Anteile (Sprache des AP-Gesprächs Deutsch: 86,9 %; Übersetzung des AP-Gesprächs: 16,5 %) dem Subkollektiv 1 zufielen. Da bei Patienten mit MH1 definitionsgemäß eine eigene Migrationserfahrung vorliegt und die Muttersprache zumeist nicht die deutsche Sprache ist, schienen diese signifikanten Unterschiede im Vergleich zu Patienten ohne Migrationshintergrund nur wenig überraschend. Jedoch ist es in diesem Zusammenhang essenziell zwischen Sprache und Sprachverständnis zu differenzieren. Eine Interpretation der Ergebnisse sollte daher nur in Zusammenschau mit der subjektiven Einschätzung der Patienten bzgl. ihrer Deutschkenntnisse erfolgen. In diesem Kontext waren die Ergebnisse erstaunlich: 42,5 % der Patienten mit MH1 wiesen schlechte Sprachkompetenzen in der deutschen Sprache auf (einigermaßen, kaum oder gar kein Deutschverständnis). Angesichts dieses hohen Anteils an Patienten mit schlechter Sprachkompetenz wurde im Kollektiv 1 das Arzt-Patienten-Gespräch auffallend häufig auf Deutsch geführt und selten übersetzt.

Die Sprache des Arzt-Patienten-Gesprächs weist dementsprechend eine Diskrepanz zum Sprachverständnis der Patienten auf. Diese Problematik könnte auch die signifi-

kant häufiger als unzufriedenstellend bewertete Verständigung im Arzt-Patienten-Gespräch mitbegründen, die bei Patienten mit Migrationshintergrund auffiel.

Die hier aufgezeigten Barrieren in der Kommunikation können als Hürde für beide Seiten, sowohl den Arzt als auch den Patienten, verstanden werden. Es ist davon auszugehen, dass durch eine nicht ausreichende Sprachkompetenz Informationen aus der Anamnese, aber auch die Übermittlung wichtiger Informationen zum therapeutischen Prozedere nicht ausreichend übermittelt werden können und vermehrt Missverständnisse auftreten [93, 134]. Folglich scheint es nicht verwunderlich, dass sowohl die Gesundheit als auch das Gesundheitsverhalten beeinflusst werden und schlussendlich gesundheitsbezogene Nachteile für die Patienten entstehen können.

Weiterhin stellten Ahmed et al. fest, dass sich auch die Qualität des Arzt-Patienten-Gesprächs verändert und ein Wandel des Kommunikationsstils der Ärzte geschieht. Sie werden im Gespräch direkter, was sich wiederum negativ auf die gemeinsame Entscheidungsfindung auswirkt [93]. Das Eruiieren von Lösungsansätzen und wirksamen Strategien, die diesen Nachteilen entgegenwirken, ist daher von wesentlicher Bedeutung. Teil dieser Diskussion sollte daher zweifelsohne auch die Sprachmittlung sein. In einer US-amerikanischen Literaturübersichtsarbeit unterstrichen Karliner et al. den Nutzen von professionellen Dolmetschern auf die klinische Versorgung von Patienten mit eingeschränkten Englischkenntnissen. Diese schienen die Qualität der klinischen Versorgung (positive Auswirkungen auf die Kommunikation, die Inanspruchnahme, das klinische Outcome und die Zufriedenheit mit der Versorgung der Patienten) von Patienten mit eingeschränkten Englischkenntnissen an die Qualität von Patienten ohne Sprachbarriere anzunähern oder gar anzugleichen [134].

In einer umfangreichen Literaturübersichtsarbeit beschrieben Paternotte et al. zudem, dass Herausforderungen in der interkulturellen Kommunikation nicht ausschließlich aufgrund der Sprache, sondern auch aufgrund kultureller und sozialer Unterschiede sowie Annahmen der Ärzte bestehen [92]. Die aktive Stärkung interkultureller Kompetenzen scheint im Hinblick auf die stetig steigende Bevölkerung mit Migrationshintergrund daher erforderlich.

4.1.3.2. Einflussfaktoren auf die APB

Die Wichtigkeit der APB wurde in Unterabschnitt 1.2.2 beschrieben. Bisher existieren nur wenige Untersuchungen, die sich mit der Arzt-Patienten-Beziehung und deren Einflussfaktoren befassen. Die wenigen vorhandenen Studien richteten zudem ihre Aufmerksamkeit auf die patientenseitige Zufriedenheit mit der APB und analysierten diese auf mögliche Einflussgrößen. So ließen sich teilweise Zusammenhänge zwischen der Zufriedenheit und patientenbezogenen, soziodemographischen Daten wie Alter, Geschlecht und Wohnort, aber auch mit dem Vertrauen der Patienten in die Ärzte feststellen; außerdem hatten zwischenmenschlichen Fähigkeiten und das Kommunikationsverhalten der Ärzte einen Einfluss auf die patientenseitige Zufriedenheit mit der APB [64, 135-138].

Deutlich rarer sind hingegen Untersuchungen, die diese Fragestellung aus der Perspektive der Ärzte beleuchteten. Und obwohl Kenntnisse über eine gelungene APB und ihre positiven Einflüsse auf die Gesundheit der Patienten ausreichend vorhanden sind, ist zudem nur wenig über Einflussgrößen bekannt, die eine effektive Beziehung zwischen Arzt und Patienten erzielen [61]. Die vorliegende Arbeit sollte eben diese Frage beleuchten.

Die hier dargestellten Ergebnisse (s. Unterabschnitt 3.3.3) veranschaulichten mithilfe zweier logistischer Regressionsmodelle, dass die Zufriedenheit der Ärzte mit der Arzt-Patienten-Beziehung in Zusammenhang mit dem Alter, der Muttersprache und den Sprachkompetenzen der Patienten steht, sowie teilweise mit dem Migrationsstatus, der Diskrepanz hinsichtlich der Einschätzung zur Dringlichkeit einer ärztlichen Behandlung sowie mit dem Bildungsstand der Patienten korreliert.

4.1.3.2.1. Muttersprache

Die Kommunikation stellte sich hierbei als ein wesentlicher, konstanter Einflussfaktor dar: In beiden Modellen war eine andere Muttersprache als die deutsche negativ und ein hoher Kenntnisstand in Bezug auf die deutsche Sprache positiv mit der ärztlichen Zufriedenheit in Verbindung zu bringen. Beide Einflussfaktoren unterstreichen somit die besondere Wichtigkeit der Sprachkompetenz auf die Qualität der APB. Ähnliche Ergebnisse brachte auch eine australische Notfallambulanzstudie hervor, wengleich hier die patientenseitige Zufriedenheit mit dem Notfallambulanzdienst beleuchtet wurde [124].

Unter besonderer Berücksichtigung sprachlicher Unterschiede stellten Mahmoud et al. englischsprachige und nicht englischsprachige Patienten gegenüber und wiesen so auf eine merkliche Diskrepanz zwischen beiden Kollektiven hin. Nichtenglischsprachige Patienten waren signifikant weniger zufrieden mit der Behandlung in der NFA als ihre englischsprachige Vergleichsgruppe. Die höhere Unzufriedenheit ließ sich hier bei „zwischenmenschlichen Faktoren“ feststellen, insbesondere fiel sie aber auch bei Kommunikation und Gespräch assoziierten Parametern wie ‚Erklärungen bzgl. der Diagnostik und des weiteren Prozederes‘, der ‚Kommunikation‘ im Allgemeinen und der ‚Ermutigung zum Gespräch‘ auf und deutet somit auf einen maßgeblichen Einfluss der Kommunikation hin. Wie bereits detaillierter in Unterabschnitt 4.1.3.1.2. dargestellt, unterstrichen auch Karliner et al. mit ihrer Literaturübersichtsarbeit die Wichtigkeit des Gespräches, indem sie u. a. die positiven Auswirkungen professioneller Dolmetscher auf die Kommunikation, insbesondere hinsichtlich Fehler und Verständnis, hervorhoben [134].

Um eine effektive APB zu erzielen ist es folglich von besonderer Bedeutung, die Kommunikation zu stärken, sprachliche und interkulturelle Diskrepanzen bestmöglich zu beheben und gegebenenfalls den Einsatz von Sprachmittlern weiter zu fördern.

4.1.3.2.2. Patientenalter

Als weitere konstante Einflussgröße konnte ebenfalls das Patientenalter beschrieben werden. Anders als in Untersuchungen mit Fokus auf die patientenseitige Zufriedenheit, korrelierte in unserer Arbeit ein steigendes Alter mit einer geringeren Chance einer zufriedenstellenden APB. Dieses Ergebnis ist von besonderer Bedeutung, da insbesondere ältere Patienten einen großen Anteil an der Inanspruchnahme von Notfallambulanzen oder ambulanten Notfallpraxen ausmachen [102, 139]. Über mögliche Gründe lassen sich diesbezüglich nur Vermutungen anstellen. Ein möglicher Erklärungsansatz könnte darin liegen, dass die Komplexität der potenziell multimorbiden, älteren Patienten zu einer eingeschränkteren Zufriedenheit der Ärzte mit dem Verlauf der Behandlung beiträgt. Auch das Gespräch zwischen Arzt und Patient könnte durch demenzielle Begleiterkrankungen und der hiermit verbundenen langsameren Auffassungsgabe der Patienten erschwert sein. Beides lässt dabei einen deutlich erhöhten Zeitaufwand vermuten, der durch psychosoziale Problematiken

(bspw. Vereinsamung im Alter) ergänzt wird. In den strukturellen Gegebenheiten einer NFA können Ärzte diesem erhöhten Zeitaufwand kaum gerecht werden, was wiederum die höhere Unzufriedenheit in Bezug auf die APB miterklären könnte.

4.1.3.3. Bildungsgrad

Mithilfe der Erfassung des Bildungsstandes sollte in dieser Untersuchung annähernd die sozioökonomische Lage der Patienten beschrieben werden. Bei Berücksichtigung der potenziellen Einflussgröße im Regressionsmodell 1 fiel auf, dass ein hoher Bildungsgrad als Prädiktor für eine positiv erlebte APB fungierte. In diesem Kontext sollte auch eine mögliche Arzt-Patienten-Übereinstimmung als Einflussfaktor diskutiert werden. Diese (fehlende) Übereinstimmung zwischen Arzt und Patient und ihre potenziellen Auswirkungen gewann in den letzten Jahren in der internationalen Literatur immer mehr Aufmerksamkeit [140-143]. Wenngleich in der vorliegenden Arbeit eine Erhebung soziodemographischer Daten der behandelnden Ärzte nicht stattgefunden hat, so ist durch die Dauer der medizinischen Ausbildung unweigerlich von einem hohen Bildungsgrad der Ärzte auszugehen. Der Bildungsstand ist somit die einzige soziodemographische Variable, die für beide Seiten (Arzt und Patient) vorhanden ist und bietet daher Anlass zur Diskussion bzgl. des Einflusses der Arzt-Patienten-Übereinstimmung auf die APB. Mehrere Studien belegen, dass eine Konkordanz zwischen Arzt und Patient mit einer Stärkung der APB und einer verbesserten Kommunikation assoziiert ist [126, 141, 142]. Im Vordergrund dieser Untersuchung standen jedoch insbesondere die ethnische sowie teilweise auch die individuelle Ähnlichkeit. Übereinstimmungen hinsichtlich der Bildung wurden hingegen nicht analysiert. Thornton et al. nahmen diese Variable in ihre Untersuchung zur ‚sozialen Übereinstimmung‘ mit auf und berücksichtigten neben dieser noch vier weitere Merkmale: Ethnizität, Geschlecht, Alter und Bildung.

Thornton et al. beschrieben die Schwierigkeit einer getrennten Betrachtung der einzelnen Faktoren infolge der Komplexität der sozialen Arzt-Patienten-Konkordanz. Sie wiesen aber darauf hin, dass der Zusammenschluss der Merkmale (hier ‚soziale Konkordanz‘) kumulative Auswirkungen auf die Kommunikation und die Wahrnehmung der medizinischen Versorgung haben kann [143]. Die in dieser Arbeit beschriebene Tatsache, dass ein hoher Bildungsabschluss und damit die beschriebene Übereinstimmung bzgl. des Bildungsgrades als Prädiktor für eine positiv erlebte APB

fungiert, könnte auf einen Einfluss der Arzt-Patienten-Übereinstimmung auf die APB hinweisen. Eine detailliertere Untersuchung sowie die Erhebung weiterer soziodemographischer Daten beider Seiten (Arzt und Patient) wären jedoch notwendig, um umfassenden Aufschluss (u. a. bzgl. der Auswirkungen ethnischer Zugehörigkeiten oder des Geschlechtes) auf die Zufriedenheit der APB gewinnen und aussagekräftige Rückschlüsse ziehen zu können.

4.1.3.3.1. Diskrepanz der Dringlichkeitseinschätzung

Wenngleich die vorliegende Arbeit keine Verbindung zwischen der Qualität der APB und der Angemessenheit der Inanspruchnahme von NFAs feststellen konnte, so wurde deutlich, dass die Wahrnehmung bzw. die Abweichung in der Wahrnehmung bzgl. der Dringlichkeit einer medizinischen Behandlung sehr wohl einen Einfluss auf die Qualität der APB hatte. Mit Verweis auf 2.5.2. sollte an dieser Stelle noch einmal darauf hingewiesen werden, dass eine hohe patientenseitige Dringlichkeitseinschätzung Teil des Angemessenheitsindex bzgl. der Inanspruchnahme von Notfallambulanzen war. In der vorliegenden Arbeit korrelierte eine stark abweichende Dringlichkeitseinschätzung seitens der Patienten (Diskrepanz von ≥ 3 Punkten) mit einer geringeren Chance einer zufriedenstellenden APB. Eine hohe Fehleinschätzung der Patienten in Bezug auf die Dringlichkeit einer medizinischen Behandlung geht dementsprechend mit unzufriedenen Ärzten hinsichtlich des Verlaufes der Behandlung und des Gespräches einher. Da bislang keine Literatur zu diesem Thema vorhanden ist, lässt sich über mögliche Gründe nur mutmaßen. So sind Ärzte in den aktuellen Strukturen und Abläufen des Klinikalltages hohen Belastungen ausgesetzt. Die Arbeit in einer NFA stellt sich durch ein unplanbares Patientenaufkommen und der Notwendigkeit bzw. der Erwartung einer schnellstmöglichen Behandlung einerseits, sowie andererseits durch eine stetige Zunahme der Behandlungszahlen in klinischen Notaufnahmen (sog. Overcrowding) als besonders herausfordernd dar [26, 32, 96]. Vielen NFAs fehlt es für das stetig wachsende Patientenaufkommen gleichermaßen an finanziellen wie auch an personellen Ressourcen [13]. Die hohe Arbeitsbelastung und der enorme Zeitdruck können zu arbeitsbedingten Mehr- bzw. Überbelastungen sowie zur Frustration der Ärzte führen, die sich wiederum auf die APB projizieren könnten. Insbesondere scheint eine solche Projektion möglich, da eine hohe Abweichung in der Dringlichkeitseinschätzung auch die Tatsache wahrscheinlicher macht, dass die Patienten ebenso in ambulanten

Versorgungsorganen, möglicherweise gar adäquater, versorgt hätten werden können. Ein möglicher Erklärungsansatz könnte zudem die Diskrepanz zwischen den Erwartungen der Patienten und dem Wissen um die Grenzen medizinischer Behandlungen und Interventionen der Ärzte sein. Diese Diskrepanz kann ebenfalls Ursache für Bedenken und Frustration im Arzt-Patienten-Kontakt sein [65]. Ergebnisse einer Arbeit von Casalino and Crosson deuten zudem darauf hin, dass gestresste, deprimierte Ärzte häufiger mit ihrer beruflichen Situation unzufrieden sind und sich das wiederum negativ auf die Patienten und ihre Gesundheit auswirken kann [14]. Dass folglich auch die APB mitbetroffen sein könnte, scheint naheliegend.

4.1.3.3.2. Migrationsstatus

Der besondere Stellenwert des Migrationsstatus machte sich auch bei Untersuchung möglicher Einflussfaktoren auf die APB bemerkbar. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigten, dass die ärztliche Zufriedenheit der APB mit dem Migrationsstatus korrelierte. So fungierte in Modell 1 ein Migrationshintergrund in erster Generation als Prädiktor einer negativ bewerteten APB. Eine geringere Chance einer positiv bewerteten APB ließ sich bei Patienten mit Migrationshintergrund in zweiter Generation hingegen nicht feststellen. Da in diesem Modell u. a. die Adjustierung für die sprachlichen Kompetenzen der Patienten erfolgte, ist der negative Einfluss eines Migrationshintergrundes in erster Generation nicht allein durch sprachliche Hürden und daraus entstehende Barrieren in der Kommunikation erklärbar. Die vorliegenden Ergebnisse differierten damit von den Ergebnissen von Babitsch et al.: Bei Mitberücksichtigung der Einflussgröße ‚Kommunikationsprobleme‘ stellten sie mithilfe der Regressionsmodelle eine schwindende Bedeutung der Ethnizität als Einflussfaktor auf die APB dar [66]. Es gilt hier jedoch mitzuberücksichtigen, dass Babitsch et al. die ethnische Herkunft der Patienten anhand von Angaben zur Muttersprache bzw. bei fehlender Angabe hierzu anhand des Nachnamens der Patienten erfassten. Dennoch sollten zweifelsohne auch soziokulturelle Unterschiede als Erklärungsansatz mit in Betracht gezogen werden. So sind in der Literatur diese sowie ethnische Einflüsse hinsichtlich des Krankheitsverständnisses, der -wahrnehmung und der -äußerung vielfach beschrieben [144-147]. Demnach können auch Krankheitskonzepte erheblich von der naturwissenschaftlichen Sichtweise abweichen und legen die Vermutung nahe, dass so die Interaktion zwischen Arzt und Patienten mitbeeinflusst werden kann.

Bei weiterer Betrachtung und Vergleich beider Regressionsmodelle fiel zudem auf, dass durch Ersetzen des Einflussfaktors „Bildungsstand“ aus Modell 1 mit „Dringlichkeitsdiskrepanz“ in Modell 2 der Migrationsstatus seinen Einfluss auf die APB verlor. Der signifikant negative Einfluss eines Migrationshintergrundes in erster Generation war somit in Modell 2 nicht mehr nachweisbar. Diese Tatsache lässt der Variable ‚Dringlichkeitsdiskrepanz‘ zusätzlich Bedeutung zukommen. Ein Teil des Migrationseffektes kann demnach durch die Dringlichkeitsdiskrepanz erklärt werden: Migranten in erster Generation scheinen durchschnittlich mehr von der ärztlichen Einschätzung hochabweichende Dringlichkeitseinschätzungen aufzuweisen, was wiederum negative Auswirkungen auf die APB hat. Dieses Ergebnis lässt auch den Themenkomplex rund um die Gesundheitskompetenz an Bedeutung gewinnen und soll im Folgenden (s. Unterabschnitt 4.3.2.2.) noch einmal näher beleuchtet werden.

4.2. Limitationen und Stärken der Arbeit

Die vorliegende prospektive, nicht-interventionelle Querschnittsstudie beleuchtete mithilfe von Daten aus einem umfangreichen Studienkollektiv die bisher wenig untersuchte ärztliche Zufriedenheit der APB sowie die Inanspruchnahme von NFAs unter besonderer Berücksichtigung des Migrationsstatus. Diese Arbeit liefert somit eine aktuelle Analyse zur ärztlich eingeschätzten Arzt-Patienten-Beziehung und leistet einen entscheidenden Beitrag in der Thematik der migrantenspezifischen Versorgungsforschung. Die Struktur und der Umfang der Studie ermöglichten es, über den Zeitraum eines Jahres 14 Stunden am Tag das Patientenspektrum von internistischen bzw. gynäkologischen Notfallambulanzen an drei verschiedenen Standorten abzubilden und gehört somit zu den größeren Studien zu diesem Thema.

Dennoch müssen einige Limitationen der Arbeit diskutiert werden.

Bei Interpretation der Ergebnisse muss eine mögliche Stichprobenverzerrung (selection bias) mitbedacht werden. Es ließ sich nicht beurteilen, ob der hohe Anteil an verwehrteten Studienteilnahmen (initiale Drop-Out Rate bei rund 44,0 %) und die angegebenen Gründe mit einem Migrationsstatus in Zusammenhang standen. Die häufigsten Gründe für eine verweigerte Teilnahme waren hierbei in absteigender Reihenfolge das Unwohlsein der Patienten (24,6 %), das mangelnde Interesse an einer

Studienteilnahme (19,1 %) sowie die Sprache bzw. Verständigung 13,6 %) [95]. Es wäre demnach möglich, dass die verschiedenartige Bereitschaft zur Studienteilnahme nicht zufällig war. Trotz des Angebotes fremdsprachige Fragebögen zur Interviewführung zu verwenden, könnten die als Grund zur Teilnahmeverweigerung angegebenen sprachlichen Schwierigkeiten hierauf hinweisend sein.

Auch bei Auswertung der Mitarbeiterkurzfragebögen gilt es, einen möglichen „selection bias“ zu bedenken. Es ist nicht auszuschließen, dass ein erhebliches Stresslevel, hoher Zeitdruck oder auch Frustration u. a. in Bezug auf die APB zu einem selteneren Ausfüllen des Arzt-Fragebogens führte. Respektiv könnte der Fragebogenrücklauf in weniger stressigen Arbeitsphasen in der NFA höher gewesen sein.

Weiterhin bestehen Bedenken hinsichtlich von Antworttendenzen bzw. Ergebnisverzerrungen durch die befragenden Mitarbeiterinnen. Auch wenn eine Standardisierung der Interviews sowie eine umfangreiche Schulung der Interviewerinnen dem bestmöglich entgegenwirken und die oben genannten Effekte schmälern sollten, so lassen sich die aufgeführten Verzerrungen nicht gänzlich ausschließen. Sie sollten demnach bei Interpretation ebenfalls mitbedacht werden.

Die vorliegenden Ergebnisse müssen außerdem kritisch bzgl. ihrer Repräsentativität betrachtet werden. Auch wenn das multizentrische Studienkonzept drei verschiedene Kliniken einbezog, wiesen diese sehr ähnliche Merkmale auf: Alle gelten als Kliniken der Maximalversorgung mit Standort in einer Großstadt, sodass davon auszugehen ist, dass durch regionale sowie strukturelle Unterschiede die vorliegenden Ergebnisse nicht auf ganz Deutschland übertragen werden können.

Außerdem kann die Studienpopulation nicht als repräsentativ für eine allgemeine NFA-Population gelten. Gleichwohl in der vorliegenden Untersuchung Patienten jeglicher Dringlichkeitsgrade berücksichtigt werden sollten, so mussten die Leitfadeninterviews aufgrund des Studiendesigns stets vor der ärztlichen Behandlung erfolgen. Der Studieneinschluss hochakuter bzw. akuter Patienten konnte dementsprechend wegen des sofortig bzw. sehr dringend (nach dem Manchester-Triage-System maximale Wartezeit von 10 Minuten) benötigten Behandlungsbedarfes nicht immer erfolgen. Außerdem konnte aufgrund von organisatorischen Gegebenheiten die tägliche Befragung nur von 9 Uhr bis 23 Uhr stattfinden. Diese Studie spiegelt damit nicht das ganztägige Patientenspektrum der Notfallambulanz wider, sodass weiterhin etwaige Verzerrungen bzgl.

der Angemessenheit bei nicht erfasstem Patientenspektrum in den Abendstunden möglich sind.

Das Fehlen eines Konsenses in der Literatur in Bezug auf einheitliche Kriterien, die eine Inanspruchnahme als angemessen definieren, kann als weitere Einschränkung dieser Arbeit betrachtet werden. Auch wenn die hier gewählten Kriterien nach Sichtung internationaler Literatur und statistischer Überprüfung sorgfältig gewählt wurden, sollten diese, aufgrund der sehr variablen Auslegung der (Un-)Angemessenheit, dennoch kritisch bewertet werden [95].

Die Berücksichtigung des Migrationsstatus in der hier vorliegenden Arbeit, insbesondere die genauere Aufschlüsselung in Migrationsgenerationen, sollte hingegen hervorgehoben werden. Die Aufgliederung ermöglichte eine differenziertere Begutachtung und Analyse der Subkollektive bei Patienten mit Migrationshintergrund, was bislang in internationalen Untersuchungen weniger Betrachtung fand.

Limitationen ergaben sich jedoch hinsichtlich der ausgesprochenen Heterogenität der Herkunftsregionen der Patienten aus Kollektiv 1 und 2. Die begrenzte Stichprobengröße ließ keine Unterteilung des Studienkollektivs nach Ethnizität und resp. keine weitere statische Untersuchung zu, sodass sich rückwirkend keine Ethnie-spezifischen Aussagen zur Angemessenheit der Inanspruchnahme oder der Qualität der Arzt-Patienten Beziehung treffen ließen.

Es ist anzunehmen, dass die Gruppe der Patienten mit Migrationshintergrund nicht als eine homogene Gruppe zu betrachten ist (s. Unterabschnitt 1.3.1.), sodass die als ‚Patienten mit Migrationshintergrund‘ zusammengefasste Gruppe als Limitation angesehen werden muss.

Aufgrund der verwendeten Erhebungsinstrumente lagen nur begrenzte Informationen über die von den Ärzten wahrgenommene Arzt-Patienten-Beziehung und über potenzielle Einflussvariablen wie Geschlecht, Alter, Migrationsstatus oder Berufserfahrung der Ärzte vor, sodass ärztliche Einflussfaktoren auf die APB in dieser Untersuchung nicht mitberücksichtigt wurden.

4.3. Ausblick

4.3.1. Wissenschaftliche Fragestellungen

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie deuten darauf hin, dass kein Zusammenhang zwischen einer adäquaten Inanspruchnahme der Notfallambulanz und der Qualität der APB besteht. Auch strukturelle notfallambulanzspezifische Kriterien, wie etwa die Uhrzeit der Inanspruchnahme, das Mehrfachnutzen klinischer NFAs oder die Transportart in die NFA, waren nicht mit einer schlechter bewerteten APB verbunden. Dagegen haben soziodemographische Patientencharakteristika wie Alter, Migrationshintergrund, Bildungsgrad und patientenseitige Sprachkompetenz Einfluss auf die Qualität der APB. Auch die Diskrepanz der Behandlungsdringlichkeitseinschätzung zwischen Patient und ärztlichem Personal stellte sich als eine wichtige Einflussgröße heraus.

Auch wenn die APB in den letzten Jahren an Interesse in der aktuellen Forschung gewann, so ist die Thematik der ärztlichen Zufriedenheit mit der APB bislang nur wenig erforscht. Weitere Untersuchungen sind erforderlich, um die hier dargestellten Ergebnisse zu verifizieren. In zukünftigen Untersuchungen sollten mehr Informationen (etwa soziodemographische Daten, Angaben zum Ausbildungsstand und Auskünfte zu etwaigen beruflichen Belastungssituationen) zu den behandelnden Ärzten erfasst werden.

Trotz der besonderen Bedeutung der Qualität der APB sind Studien mit evidenzbasierten Maßnahmen, Abläufen oder Instrumenten, die eine effektive und zufriedenstellende Interaktion zwischen Arzt und Patienten fördern, bislang nur wenig vorhanden. Auch fehlen Studien, welche die APB klar definieren und strukturiert erfassen. Auch eine besondere Berücksichtigung des Migrationshintergrundes bzw. der Ethnie ist wünschenswert, um die Vielfalt des Patientenspektrums bestmöglich abzubilden und sich ergebende migrantenspezifische Unterschiede zu beleuchten.

4.3.2. Perspektiven für die Gesundheitsversorgung

Die hier aufgezeigten Ergebnisse bieten Anlass, über aktuelle Versorgungsstrukturen und mögliche Perspektiven zu diskutieren. Weiterhin sollen lösungsorientierte Ansätze eruiert und vorgestellt werden.

4.3.2.1. Versorgungsstrukturen

Aufgrund der weiter zunehmenden Inanspruchnahmen von NFAs, der hierbei zugeschriebenen gehäuften, unangemessenen Inanspruchnahmen und den schwerwiegenden Folgen des Overcrowdings auf die Gesundheit der Patienten in klinischen NFAs sowie entstehende Mehrkosten für das Gesundheitssystem wurden sowohl deutschlandweit als auch international bereits einige Lösungsansätze diskutiert [9, 11, 148-150]. Da eine adäquate Behandlung von Patienten mit unangemessener Inanspruchnahme in aller Regel besser durch die ambulante Primärversorgung abgedeckt werden könnte, wurden zuletzt vermehrt ärztliche Bereitschaftsdienste, (oftmals) an Krankenhäuser angegliederte Bereitschaftspraxen (KV-Notdienstpraxen), sowie eine bundeseinheitliche Rufnummer für den ärztlichen Bereitschaftsdienst (116117) eingeführt. Weiterhin wurden strukturelle Lösungsansätze, wie bspw. ein verbessertes Entlass- und Bettenmanagement, eine Optimierung der Triage und der Dauer diagnostischer Prozesse sowie finanzielle Anpassungen im Krankenhauswesen, vielfach diskutiert [27, 35, 151].

Trotz der bereits unternommenen Anstrengungen scheinen Untersuchungen zu den genauen Ursachen der steigenden Inanspruchnahme von NFAs weiterhin notwendig zu sein, um effektive Präventionsstrategien zu identifizieren und wirksame Vorgehensweisen zu etablieren. Zudem sollten weitere Anstrengungen unternommen werden, um eine angemessene Förderung des ambulanten Gesundheitssystems sowie eine suffiziente Wissensvermittlung über die Struktur, Funktionsweise und Abläufe der Primärversorgung zu erreichen. Hierbei sollten künftige Untersuchungen zur Gesundheitsversorgung die Diversität des Patientenspektrums, insbesondere auch einen möglichen Migrationshintergrund, stets mitberücksichtigen.

Da die steigende Inanspruchnahme auch mit einer erhöhten Arbeitsbelastung des Notfallambulanzpersonals und einem damit einhergehenden hohen Maß an Stress verbunden ist, scheint es naheliegend, dass auch die Interaktion zwischen Arzt und Patient hiervon beeinträchtigt werden kann [12, 15]. Bei Untersuchung des Zusammenhanges von Stress und Burnout auf Veränderungen der Empathie während Bereitschaftsdiensten zeigten Passalacqua und Segrin, dass deutlich wahrgenommener Stress negativ die Gesundheit der Ärzte beeinflusst und zu einem verminderten Einfühlungsvermögen führt. Beides wiederum kann die Qualität der Interaktion zwischen Arzt und Patienten beeinflussen [152]. Die Gesundheit und das Wohlbefinden der Ärzte sollten daher in künftigen Untersuchungen mehr Aufmerksamkeit finden, da Einschränkungen im ärztlichen Wohlbefinden und in der Zufriedenheit wichtige Eigenschaften der ärztlichen Tätigkeit negativ beeinflussen können: So waren etwa die Konzentration, die Empathie und die Professionalität betroffen, die wiederum zu Fehldiagnosen und medizinischen Fehlern führen können [14].

Im Hinblick auf die Arzt-Patienten-Beziehung und das Wissen um ihren Einfluss auf die Gesundheit der Patienten ist weitere Forschung zur Ermittlung evidenzbasierter Verfahren, die zur Stärkung der APB beitragen, wünschenswert. Da u. a. auch beziehungsorientiertes Kommunikationstraining erheblichen Einfluss auf Arzt und Patienten zu nehmen schienen (Verbesserung der Zufriedenheit der Patienten, aber auch der Empathie, der emotionalen Erschöpfung und der persönlichen Bewältigung der Ärzte sowie Verringerung an einem Burnout zu erkranken), sollten zukünftigen Schulungen im Bereich der Gesprächsführung und der Kommunikation ebenfalls mitberücksichtigt werden [136]. Auch die Stärkung interkultureller Kompetenzen sollte in künftigen Studien im Rahmen der interkulturellen Kommunikation entschieden mitbedacht werden [92].

4.3.2.2. Gesundheitskompetenz

Die Thematik der Gesundheitskompetenz der Patienten fand in der internationalen Literatur zuletzt zunehmend Aufmerksamkeit. Auch in dieser Arbeit sollte sie daher mitberücksichtigt werden. Das komplexe Konzept beschreiben Jordan und Töppich als die Fähigkeit „Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu bewerten und für gesundheitsbezogene Entscheidungen anzuwenden“ [153]. Je ausgebildeter diese

auch als „health literacy“ bezeichnete Fertigkeit, desto höher wird die Kompetenz eingeschätzt, sich über das Gesundheitssystem, die Institutionen und Angebote zu informieren und diesbezüglich Einschätzungen und Entschlüsse zu treffen. Es scheint offensichtlich, dass die Gesundheitskompetenz daher ebenfalls einen Einfluss auf das (in)adäquate Inanspruchnahmeverhalten klinischer Notfallambulanzen haben kann. Zudem deuten Wehler et al. in ihrer Analyse darauf hin, dass bei geringer Gesundheitskompetenz auch die subjektive, patientenseitige Einschätzung zur Dringlichkeit einer medizinischen Behandlung erheblich von der ärztlichen Auffassung differieren kann [154]. Letzteres nahm in der vorliegenden Untersuchung wiederum Einfluss auf die Qualität der APB. Neben den Einflüssen auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten deuten Untersuchungen drauf hin, dass eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz mit einer, teils erheblichen, finanziellen Mehrbelastung des Gesundheitssystems verbunden ist [155]. Die Förderung der sog. health literacy scheint daher gleich auf mehreren Ebenen essenziell.

So ließe sich ein möglicher Einfluss der Gesundheitskompetenz auf die APB und die Inanspruchnahme der NFA untersuchen und schlussendlich ein besseres Verständnis zu dieser Thematik ermöglichen. Entschieden sollte hierbei ein Migrationshintergrund mitberücksichtigt werden.

4.3.2.3. Einfluss sprachlicher Kompetenzen auf die Gesundheitsversorgung

Die Sprachkompetenz stellte sich in der vorliegenden Arbeit als bedeutendes Element der APB heraus. Sprachkenntnisse stellen dabei eine veränderbare Einflussgröße dar. Der vermehrte Einsatz von (professionellen) Sprachmittlern trägt dazu bei, sowohl Sprachbarrieren als auch kulturellen Vermittlungsproblemen entgegenzuwirken [134, 156, 157]. Bereits vorhandene Sprachmittlermodelle sind vielfältig und reichen von bilinguaem Personal über Video- bzw. Telefondolmetscher bis hin zum Einsatz von privaten (oftmals Familienangehörige) oder professionellen Dolmetschern. Trotz der Kenntnisse über die oben genannten Modelle war in der vorliegenden Untersuchung der Anteil an eingesetzten Dolmetschern gering. Der Einsatz qualifizierter Sprachmittler sollte in Anbetracht der bereits beschriebenen Vorteile zur Stärkung der Kommunikation und respektive auch der APB und der Gesundheit weiterhin ausgebaut werden und praktisch im klinischen Alltag Anwendung finden.

4.4. Schlussfolgerung

Die vorgelegte Arbeit liefert Ergebnisse bezüglich der ärztlichen Zufriedenheit mit der APB im Kontext einer Behandlung in klinischen Notfallambulanzen.

Trotz der aktuell vorherrschenden Diskrepanz zwischen der eigentlichen Funktion klinischer NFAs und ihrer Nutzung waren inadäquate Inanspruchnahmen von NFAs nicht mit einer schlechter bewerteten APB verbunden. Bei überwiegender Zufriedenheit der Ärzte mit ihrer Behandlung und der Kommunikation in der Arzt-Patienten-Interaktion konnten Einflussgrößen auf das soziale Konstrukt der APB ermittelt werden. Durch die Berücksichtigung der ärztlichen Perspektive auf die APB ergänzen die hier dargestellten Ergebnisse die Resultate früherer Studien, welche vorwiegend die Sicht der Patienten und die Auswirkungen der APB auf die patientenbezogene Gesundheit und das Gesundheitsverhalten untersuchten.

Die vorliegende Untersuchung gliedert sich thematisch in die migrantenspezifische Versorgungsforschung ein. Der nachgewiesene Einfluss eines Migrationshintergrundes in erster Generation auf die APB ist daher von besonderer Bedeutung. Hiermit in Zusammenhang stehen auch sprachliche Kompetenzen und Kommunikation. Beide Einflussfaktoren heben sich besonders durch ihre Modifizierbarkeit hervor. Das Umsetzen von Lösungsansätzen, wie bspw. konsequente Sprachmittlung und Förderung der (interkulturellen) Kommunikationskompetenz, könnten somit zu einer Verbesserung der APB beitragen.

Im Gegensatz zur Angemessenheit der Inanspruchnahme von klinischen NFAs fiel auf, dass die Diskrepanz zwischen ärztlicher und patientenseitiger Behandlungsdringlichkeitseinschätzung als wichtiger Einflussfaktor fungierte. Der Einfluss dieser Größe vermindert hierbei den dargestellten Migrationseffekt auf die ärztlich empfundene Qualität der APB. Unabhängig des Migrationsstatus ist daher davon auszugehen, dass auch Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der Patientin zu einer Stärkung der APB beitragen könnten.

Im Rahmen einer von Vielfalt geprägten Gesellschaft scheint es notwendig, die Gesundheitsversorgung inklusiver zu gestalten. Die Diversität von Bedürfnissen und Erwartungen sowie Unterschiede in Gesundheitsvorstellungen, -kompetenzen und Sprachkenntnissen der verschiedenen Bevölkerungsgruppen sollten auch in künftigen Untersuchungen Berücksichtigung finden.

Bei Berücksichtigung der oben aufgeführten Punkte können die Ergebnisse der vorgelegten Studie zu einer Stärkung der APB beitragen. Künftige (Langzeit-) Untersuchungen sollten auch potenzielle Auswirkungen der ärztlichen Zufriedenheit mit der APB einbeziehen, um so sowohl Vorteile für die Gesundheit der Patienten als auch Vorteile auf ärztlicher Ebene zu identifizieren.

LITERATURVERZEICHNIS

1. Fleischmann T. Schnittstelle Zentrale Notaufnahme. Dtsch Med Wochenschr. 2016;141(01):19-23.
2. Baier N, Geissler A, Bech M, Bernstein D, Cowling TE, Jackson T, van Manen J, Rudkjøbing A, Quentin W. Emergency and urgent care systems in Australia, Denmark, England, France, Germany and the Netherlands - Analyzing organization, payment and reforms. Health Policy. 2019;123(1):1-10.
3. Schreyögg J, Milstein R. Bedarfsgerechte Gestaltung der Krankenhausvergütung - Reformvorschläge unter der Berücksichtigung von Ansätzen anderer Staaten. 2020.
4. Neue G-BA-Regelung zur stationären Notfallversorgung: Sichere Erreichbarkeit, verbesserte Qualität und zielgenaue Finanzierung [press release]. <https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/744/>: Gemeinsamer Bundesausschuss2018.
5. 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):1358-1370.
6. Di Somma S, Paladino L, Vaughan L, Lalle I, Magrini L, Magnanti M. Overcrowding in emergency department: an international issue. Intern Emerg Med. 2015;10(2):171-175.
7. Maibach-Nagel E. Notfallversorgung: Mediation für gemeinsame Lösung. Dtsch Arztebl International. 2017;114(19):932-.
8. Schöpke T, Plappert T. Kennzahlen von Notaufnahmen in Deutschland. Notfall + Rettungsmedizin. 2011;14(5):371.
9. Johnson KD, Winkelman C. The effect of emergency department crowding on patient outcomes: a literature review. Adv Emerg Nurs J. 2011;33(1):39-54.
10. Pines JM, Hollander JE. Emergency department crowding is associated with poor care for patients with severe pain. Ann Emerg Med. 2008;51(1):1-5.
11. Kulstad EB, Sikka R, Sweis RT, Kelley KM, Rzechula KH. ED overcrowding is associated with an increased frequency of medication errors. Am J Emerg Med. 2010;28(3):304-309.
12. Xu HG, Johnston ANB, Greenslade JH, Wallis M, Elder E, Abraham L, Thom O, Carlström E, Crilly J. Stressors and coping strategies of emergency department nurses and doctors: A cross-sectional study. Australas Emerg Care. 2019;22(3):180-186.
13. Ludwig O. Notaufnahmen als Hausarztersatz. Pflegezeitschrift. 2018;71(3):60-60.
14. Casalino LP, Crosson F.J. Physician Satisfaction an Physician Well-Being: Should Anyone Care? Professions an Professionalism. 2015;5:1-12.

15. Berchet C. Emergency Care Services: Trends, Drivers and Interventions to Manage the Demand. OECD Health Working Papers 2015;83.
16. Coster JE, Turner JK, Bradbury D, Cantrell A. Why Do People Choose Emergency and Urgent Care Services? A Rapid Review Utilizing a Systematic Literature Search and Narrative Synthesis. *Acad Emerg Med.* 2017;24(9):1137-1149.
17. Naouri D, Ranchon G, Vuagnat A, Schmidt J, El Khoury C, Yordanov Y, French Society of Emergency M. Factors associated with inappropriate use of emergency departments: findings from a cross-sectional national study in France. *BMJ Qual Saf.* 2020;29(6):449-464.
18. 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.
19. Somasundaram R, Geissler A, Leidel BA, Wrede CE. Beweggründe für die Inanspruchnahme von Notaufnahmen – Ergebnisse einer Patientenbefragung. *Gesundheitswesen.* 2018;80(07):621-627.
20. Wahlster P, Czihal T, Gibis B, Henschke C. Sektorenübergreifende Entwicklungen in der Notfallversorgung – Eine umfassende Analyse ambulanter und stationärer Notfälle von 2009 bis 2015. *Gesundheitswesen.* 2020;82(06):548-558.
21. Gruneir A, Silver MJ, Rochon PA. Emergency department use by older adults: a literature review on trends, appropriateness, and consequences of unmet health care needs. *Med Care Res Rev.* 2011;68(2):131-155.
22. Ukkonen M, Jämsen E, Zeitlin R, Pauniahho SL. Emergency department visits in older patients: a population-based survey. *BMC Emerg Med.* 2019;19(1):20.
23. Graetz V, Rechel B, Groot W, Norredam M, Pavlova M. Utilization of health care services by migrants in Europe—a systematic literature review. *British Medical Bulletin.* 2017;121(1):5-18.
24. Credé SH, Such E, Mason S. International migrants' use of emergency departments in Europe compared with non-migrants' use: a systematic review. *Eur J Public Health.* 2018;28(1):61-73.
25. Norredam M, Nielsen SS, Krasnik A. Migrants' utilization of somatic healthcare services in Europe--a systematic review. *Eur J Public Health.* 2010;20(5):555-563.
26. Schmiedhofer MH, Searle J, Slagman A, Möckel M. [Exploring Patient Motives to Use Emergency Departments for Non-urgent Conditions: A Qualitative Study]. *Gesundheitswesen.* 2017;79(10):835-844.
27. Lindner G, Woitok BK. Emergency department overcrowding : Analysis and strategies to manage an international phenomenon. *Wien Klin Wochenschr.* 2021;133(5-6):229-233.
28. Carret ML, Fassa AC, Domingues MR. Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. *Cad Saude Publica.* 2009;25(1):7-28.

29. Uscher-Pines L, Pines J, Kellermann A, Gillen E, Mehrotra A. Emergency department visits for nonurgent conditions: systematic literature review. *Am J Manag Care*. 2013;19(1):47-59.
30. Durand A-C, Gentile S, Devictor B, Palazzolo S, Vignally P, Gerbeaux P, Sambuc R. ED patients: how nonurgent are they? Systematic review of the emergency medicine literature. *The American Journal of Emergency Medicine*. 2011;29(3):333-345.
31. Scherer M, Lühmann D, Kazek A, Hansen H, Schäfer I. Patients Attending Emergency Departments. *Dtsch Arztebl International*. 2017;114(39):645-652.
32. Durand A-C, Palazzolo S, Tanti-Hardouin N, Gerbeaux P, Sambuc R, Gentile S. Nonurgent patients in emergency departments: rational or irresponsible consumers? Perceptions of professionals and patients. *BMC Res Notes*. 2012;5:525-525.
33. Liu T, Sayre MR, Carleton SC. Emergency medical care: types, trends, and factors related to nonurgent visits. *Acad Emerg Med*. 1999;6(11):1147-1152.
34. Sanders J. A review of health professional attitudes and patient perceptions on 'inappropriate' accident and emergency attendances. The implications for current minor injury service provision in England and Wales. *J Adv Nurs*. 2000;31(5):1097-1105.
35. McKenna P, Heslin SM, Viccellio P, Mallon WK, Hernandez C, Morley EJ. Emergency department and hospital crowding: causes, consequences, and cures. *Clin Exp Emerg Med*. 2019;6(3):189-195.
36. Polevoi SK, Quinn JV, Kramer NR. Factors associated with patients who leave without being seen. *Acad Emerg Med*. 2005;12(3):232-236.
37. Jones S, Moulton C, Swift S, Molyneux P, Black S, Mason N, Oakley R, Mann C. Association between delays to patient admission from the emergency department and all-cause 30-day mortality. *Emergency Medicine Journal*. 2021:emermed-2021-211572.
38. Merriel SW, Salisbury C, Metcalfe C, Ridd M. Depth of the patient-doctor relationship and content of general practice consultations: cross-sectional study. *Br J Gen Pract*. 2015;65(637):e545-551.
39. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Fachdefinition: Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin; 2002 [Available from: <https://www.degam.de/fachdefinition>].
40. Weinick RM, Burns RM, Mehrotra A. Many emergency department visits could be managed at urgent care centers and retail clinics. *Health Aff (Millwood)*. 2010;29(9):1630-1636.
41. Tsai JC, Liang YW, Pearson WS. Utilization of emergency department in patients with non-urgent medical problems: patient preference and emergency department convenience. *J Formos Med Assoc*. 2010;109(7):533-542.
42. Korzilius H. Vertragsärzte wollen Regie führen. *Deutsches Ärzteblatt*. 2016;31-32.

43. Aerzteblatt. Vermeidbare Notfallbehandlungen im Krankenhaus kosten fünf Milliarden Euro: Aezteblatt; 2016 [Available from: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/69704/Vermeidbare-Notfallbehandlungen-im-Krankenhaus-kosten-fuenf-Milliarden-Euro>].
44. Johns Hopkins AH. Defining the Patient-Physician Relationship for the 21st Century. 2004. Contract No.: 3.
45. Koch-Gromus U, Kreß H. Arzt-Patienten-Verhältnis. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. 2012;55(9):1081-1084.
46. Birkhäuser J, Gaab J, Kossowsky J, Hasler S, Krummenacher P, Werner C, Gerger H. Trust in the health care professional and health outcome: A meta-analysis. PLoS One. 2017;12(2):e0170988.
47. Lee YY, Lin JL. The effects of trust in physician on self-efficacy, adherence and diabetes outcomes. Soc Sci Med. 2009;68(6):1060-1068.
48. Orom H, Underwood W, 3rd, Cheng Z, Homish DL, Scott IY. Relationships as Medicine: Quality of the Physician-Patient Relationship Determines Physician Influence on Treatment Recommendation Adherence. Health Serv Res. 2018;53(1):580-596.
49. Koudriavtseva T, Onesti E, Pestalozza IF, Sperduti I, Jandolo B. The importance of physician-patient relationship for improvement of adherence to long-term therapy: data of survey in a cohort of multiple sclerosis patients with mild and moderate disability. Neurol Sci. 2012;33(3):575-584.
50. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. Cmaj. 1995;152(9):1423-1433.
51. Fuertes JN, Toporovsky A, Reyes M, Osborne JB. The physician-patient working alliance: Theory, research, and future possibilities. Patient Education and Counseling. 2017;100(4):610-615.
52. Truog RD. Patients and Doctors — The Evolution of a Relationship. New England Journal of Medicine. 2012;366(7):581-585.
53. Kaba R, Sooriakumaran P. The evolution of the doctor-patient relationship. Int J Surg. 2007;5(1):57-65.
54. Shutzberg M. The Doctor as Parent, Partner, Provider... or Comrade? Distribution of Power in Past and Present Models of the Doctor-Patient Relationship. Health Care Anal. 2021;29(3):231-248.
55. Kalliainen LK, Lichtman DM. Current Issues in the Physician–Patient Relationship. The Journal of Hand Surgery. 2010;35(12):2126-2129.
56. Kelley JM, Kraft-Todd G, Schapira L, Kossowsky J, Riess H. The influence of the patient-clinician relationship on healthcare outcomes: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. PLoS One. 2014;9(4):e94207.
57. Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J. Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. Lancet. 2001;357(9258):757-762.

58. Kerse N, Buetow S, Mainous AG, 3rd, Young G, Coster G, Arroll B. Physician-patient relationship and medication compliance: a primary care investigation. *Annals of family medicine*. 2004;2(5):455-461.
59. Benedetti F. Placebo and the new physiology of the doctor-patient relationship. *Physiol Rev*. 2013;93(3):1207-1246.
60. Haskard Zolnieriek KB, DiMatteo MR. Physician Communication and Patient Adherence to Treatment: A Meta-Analysis. *Medical Care*. 2009;47(8):826-834.
61. Cifu AS, Lembo A, Davis AM. Can an Evidence-Based Approach Improve the Patient-Physician Relationship? *JAMA*. 2020;323(1):31-32.
62. Hillen MA, de Haes HC, Smets EM. Cancer patients' trust in their physician-a review. *Psychooncology*. 2011;20(3):227-241.
63. Neri L, Peris K, Longo C, Calvieri S, Frascione P, Parodi A, Eibenschuz L, Bottoni U, Pellacani G. Physician-patient communication and patient-reported outcomes in the actinic keratosis treatment adherence initiative (AK-TRAIN): a multicenter, prospective, real-life study of treatment satisfaction, quality of life and adherence to topical field-directed therapy for the treatment of actinic keratosis in Italy. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2019;33(1):93-107.
64. Chandra S, Ward P, Mohammadnezhad M. Factors Associated With Patient Satisfaction in Outpatient Department of Suva Sub-divisional Health Center, Fiji, 2018: A Mixed Method Study. *Front Public Health*. 2019;7:183-183.
65. Daghighi M, Ciardullo A, Cadioli T, Delvecchio C, Menna A, Voci C, Guidetti P, Magrini N, Liberati A. GPs' satisfaction with the doctor-patient encounter: findings from a community-based survey. *Family Practice*. 2003;20(3):283-288.
66. Babitsch B, Braun T, Borde T, David M. Doctor's perception of doctor-patient relationships in emergency departments: What roles do gender and ethnicity play? *BMC Health Serv Res*. 2008;8:82.
67. Mao Y, Ning W, Zhang N, Xie T, Liu J, Lu Y, Zhu B. The Therapeutic Relationship in China: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(7).
68. Berger R, Bulmash B, Drori N, Ben-Assuli O, Herstein R. The patient-physician relationship: an account of the physician's perspective. *Israel Journal of Health Policy Research*. 2020;9(1):33.
69. Bundeszentrale für politische Bildung. Migration <https://www.bpb.de/nachschlagen/lexika/270614/migration>: Bundeszentrale für politische Bildung; 2022 [Available from: <https://www.bpb.de/nachschlagen/lexika/270614/migration>].
70. Hanewinkel V, Oltmer J. Länderprofil Deutschland : Institut für Migrationsforschung und Interkulturelle Studien (IMIS) der Universität Osnabrück; 2017.
71. Berlinghoff M. Geschichte der Migration in Deutschland : Bundeszentrale für politische Bildung; 2018 [Available from: <https://www.bpb.de/gesellschaft/migration/dossier-migration/252241/deutsche-migrationsgeschichte>].

72. Oltmer J. Globale Migration: Geschichte, Gegenwart, Zukunft: Bundezentrale für politische Bildung; 2018 [Available from: <http://www.bpb.de/gesellschaft/migration/dossier-migration/252254/globale-migration>].
73. Statistisches Bundesamt Destatis. Bevölkerung und Erwerbstätigkeit - Bevölkerung mit Migrationshintergrund - Ergebnisse des Mikrozensus 2017 Statistisches Bundesamt (Destatis); 2018.
74. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Migrationsbericht der Bundesregierung 2018. In: (BAMF) BfMuF, editor. www.bamf.de/publikationen: Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat; 2020.
75. Amt für Statistik Berlin Brandenburg. Statistischer Bericht - Ergebnisse des Mikrozensus im Land Berlin 2017. Amt für Statistik Berlin Brandenburg; 2018. p. 52.
76. Robert Koch-Institut (Hrsg.). Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin: RKI; 2015.
77. Rommel A, Saß AC, Born S, Ellert U. Die gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund und die Bedeutung des sozioökonomischen Status. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. 2015;58(6):543-552.
78. Razum O, Spallek J. Wie gesund sind Migranten? Erkenntnisse und Zusammenhänge am Beispiel der Zuwanderer. 2009.
79. Schumann M, Kajikhina K, Polizzi A, Sarma N, Hoebel J, Bug M, Bartig S, Lampert T, Santos-Hövenner C. Concepts for migration-sensitive health monitoring. Journal of Health Monitoring. 2019;4(3):49--65.
80. Santos-Hövenner C, Schumann M, Schmich P, Gößwald A, Rommel A, Ziese T, Lampert T. Verbesserung der Informationsgrundlagen zur Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund. Projektbeschreibung und erste Erkenntnisse von IMIRA. Journal of Health Monitoring. 2019;4(1):49--61.
81. Kennedy S, Kidd MP, McDonald JT, Biddle N. The Healthy Immigrant Effect: Patterns and Evidence from Four Countries. Journal of International Migration and Integration. 2015;16(2):317-332.
82. Constant AF, García-Muñoz T, Neuman S, Neuman T. A "healthy immigrant effect" or a "sick immigrant effect"? Selection and policies matter. Eur J Health Econ. 2018;19(1):103-121.
83. Ng E. The healthy immigrant effect and mortality rates. Health Rep. 2011;22(4):25-29.
84. Vang ZM, Sigouin J, Flenon A, Gagnon A. Are immigrants healthier than native-born Canadians? A systematic review of the healthy immigrant effect in Canada. Ethn Health. 2017;22(3):209-241.
85. Nesterko Y, Friedrich M, Brähler E, Hinz A, Glaesmer H. Mental health among immigrants in Germany – the impact of self-attribution and attribution by others as an immigrant. BMC Public Health. 2019;19(1):1697.

86. Aichberger MC, Neuner B, Hapke U, Rapp MA, Schouler-Ocak M, Busch MA. [Association between migrant status and depressive symptoms in the older population in Germany]. *Psychiatr Prax.* 2012;39(3):116-121.
87. Keizer E, Senn O, Christensen MB, Huibers L. Use of acute care services by adults with a migrant background: a secondary analysis of a EurOOHnet survey. *BMC Fam Pract.* 2021;22(1):119.
88. Nielsen SS, Hempler NF, Waldorff FB, Kreiner S, Krasnik A. Is there equity in use of healthcare services among immigrants, their descendents, and ethnic Danes? *Scand J Public Health.* 2012;40(3):260-270.
89. Ruud SE, Aga R, Natvig B, Hjortdahl P. Use of emergency care services by immigrants—a survey of walk-in patients who attended the Oslo Accident and Emergency Outpatient Clinic. *BMC Emergency Medicine.* 2015;15(1):25.
90. Tzogiou C, Boes S, Brunner B. What explains the inequalities in health care utilization between immigrants and non-migrants in Switzerland? *BMC Public Health.* 2021;21(1):530.
91. Klein J, von dem Knesebeck O. Inequalities in health care utilization among migrants and non-migrants in Germany: a systematic review. *Int J Equity Health.* 2018;17(1):160.
92. Paternotte E, van Dulmen S, van der Lee N, Scherpbier AJ, Scheele F. Factors influencing intercultural doctor-patient communication: a realist review. *Patient Educ Couns.* 2015;98(4):420-445.
93. Ahmed S, Lee S, Shommu NS, Rumana N, Turin TC. Experiences of communication barriers between physicians and immigrant patients: A systematic review and thematic synthesis. *Patient Experience Journal.* 2017;4:122-140.
94. Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales. Handlungsorientierter Sozialstrukturatlas Berlin 2013. In: Referat für Gesundheitsberichterstattung E, Gemeinsames Krebsregister, Sozialstatistisches Berichtswesen, Gesundheits- und Sozialinformationssysteme, editor.: Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales; 2013. p. 284.
95. Sauzet O, David M, Naghavi B, Borde T, Sehouli J, Razum O. Adequate Utilization of Emergency Services in Germany: Is There a Differential by Migration Background? *Front Public Health.* 2021;8:613250-613250.
96. Searle J, Muller R, Slagman A, Schäfer C, Lindner T, Somasundaram R, Frei U, Möckel M. Überfüllung der Notaufnahmen. *Notfall + Rettungsmedizin.* 2015;18(4):306-315.
97. Lin MP, Baker O, Richardson LD, Schuur JD. Trends in Emergency Department Visits and Admission Rates Among US Acute Care Hospitals. *JAMA Intern Med.* 2018;178(12):1708-1710.
98. Søvsvø MB, Bech BH, Christensen HC, Huibers L, Christensen EF, Christensen MB. Sociodemographic Characteristics Associated with Contacts to Emergency Medical Services and Out-of-Hours Primary Care: An Observational Study of 2.3 Million Citizens. *Clin Epidemiol.* 2020;12:393-401.

99. Robert Koch-Institut (Hrsg.). Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland. . Berlin: Robert Koch-Institut; 2020.
100. Keil J, Brendler V, Sachse C, Zülke A, Zeynalova S, Engel C, Loeffler M, Riedel-Heller SG, König HH, Stengler K. [Gender-Specific Differences in the Utilization of Health Care Services in an Urban Population Sample]. Gesundheitswesen. 2020;82(3):e17-e23.
101. Borde E, Borde T, David M, Babitsch B. Alte und hochaltrige Patienten/-innen in innerstädtischen Notfallambulanzen. Das Gesundheitswesen. 2010.
102. Downing A, Wilson R. Older people's use of Accident and Emergency services. Age Ageing. 2005;34(1):24-30.
103. 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):E307-316.
104. Behringer W, Buergi U, Christ M, Dodt C, Hogan B. Fünf Thesen zur Weiterentwicklung der Notfallmedizin in Deutschland, Österreich und der Schweiz. Notfall + Rettungsmedizin. 2013;16(8):625-626.
105. Coe AB, Moczygemba LR, Ogbonna KC, Parsons PL, Slattum PW, Mazmanian PE. Predictors of Emergent Emergency Department Visits and Costs in Community-Dwelling Older Adults. Health Serv Insights. 2018;11:1178632918790256.
106. Bundeszentrale für politische Bildung. Soziale Situation in Deutschland - Bildungsstand der Bevölkerung
https://www.bpb.de/system/files/dokument_pdf/05%20Bildung%2C%20Forschung%20und%20Entwicklung_0.pdf: Bundeszentrale für politische Bildung; 2014 [
107. Klein J, von dem Knesebeck O. Soziale Unterschiede in der ambulanten und stationären Versorgung. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. 2016;59(2):238-244.
108. Cardel MI, Guo Y, Sims M, Dulin A, Miller D, Chi X, Pavela G, DeBoer MD, Gurka MJ. Objective and subjective socioeconomic status associated with metabolic syndrome severity among African American adults in Jackson Heart Study. Psychoneuroendocrinology. 2020;117:104686.
109. Poulain T, Vogel M, Kiess W. Review on the role of socioeconomic status in child health and development. Curr Opin Pediatr. 2020;32(2):308-314.
110. Lampert T, Kroll LE, Lippe E, Müters S, Stolzenberg H. Sozioökonomischer Status und Gesundheit. Robert Koch-Institut, Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung; 2013.
111. Engel P, Wilp T, Lukas RP, Harding U, Weber TP, Van Aken H, Bohn A. Beeinflussen soziodemografische Faktoren Notarzteinsätze? Der Anaesthesist. 2011;60(10):929.
112. David M, Braun T, Borde T. (Fehl-) Inanspruchnahme von klinischen Rettungsstellen. Notfall + Rettungsmedizin. 2006;9(8):673-678.

113. Sandvik H, Hunskaar S, Diaz E. Immigrants' use of emergency primary health care in Norway: a registry-based observational study. *BMC Health Serv Res.* 2012;12:308.
114. Buron A, Cots F, Garcia O, Vall O, Castells X. Hospital emergency department utilisation rates among the immigrant population in Barcelona, Spain. *BMC Health Serv Res.* 2008;8:51.
115. Haji Loueian E, Lange DR, Borde T, David M, Babitsch B. Werden klinische Notfallambulanzen angemessen genutzt? *Notfall + Rettungsmedizin.* 2012;15(8):683-689.
116. Pette G. Untersuchung des Zusammenhangs zwischen ärztlichem Handeln und ethnischer Zugehörigkeit von Patientinnen in der gynäkologischen Notfallversorgung eines Berliner Krankenhauses: Technische Universität Berlin; 1997.
117. Schwachenwalde S, Sauzet O, Razum O, Sehouli J, David M. The role of acculturation in migrants' use of gynecologic emergency departments. *Int J Gynaecol Obstet.* 2020;149(1):24-30.
118. Sauzet O, David M, Naghavi B, Borde T, Sehouli J, Razum O. Adequate Utilization of Emergency Services in Germany: Is There a Differential by Migration Background? *Front Public Health.* 2020;8:613250.
119. David M, Schwartau I, Anand Pant H, Borde T. Emergency outpatient services in the city of Berlin: Factors for appropriate use and predictors for hospital admission. *Eur J Emerg Med.* 2006;13(6):352-357.
120. Afilalo J, Marinovich A, Afilalo M, Colacone A, Léger R, Unger B, Giguère C. Nonurgent emergency department patient characteristics and barriers to primary care. *Acad Emerg Med.* 2004;11(12):1302-1310.
121. Anhang Price R, Elliott MN, Zaslavsky AM, Hays RD, Lehrman WG, Rybowski L, Edgman-Levitan S, Cleary PD. Examining the role of patient experience surveys in measuring health care quality. *Med Care Res Rev.* 2014;71(5):522-554.
122. Fuertes JN, Mislouack A, Bennett J, Paul L, Gilbert TC, Fontan G, Boylan LS. The physician-patient working alliance. *Patient Educ Couns.* 2007;66(1):29-36.
123. Manary MP, Boulding W, Staelin R, Glickman SW. The patient experience and health outcomes. *N Engl J Med.* 2013;368(3):201-203.
124. Mahmoud I, Hou XY, Chu K, Clark M, Eley R. Satisfaction with emergency department service among non-English-speaking background patients. *Emerg Med Australas.* 2014;26(3):256-261.
125. Ferguson WJ, Candib LM. Culture, language, and the doctor-patient relationship. *Fam Med.* 2002;34(5):353-361.
126. Street RL, Jr., O'Malley KJ, Cooper LA, Haidet P. Understanding concordance in patient-physician relationships: personal and ethnic dimensions of shared identity. *Ann Fam Med.* 2008;6(3):198-205.

127. Cooper LA, Beach MC, Johnson RL, Inui TS. Delving below the surface. Understanding how race and ethnicity influence relationships in health care. *J Gen Intern Med.* 2006;21 Suppl 1(Suppl 1):S21-27.
128. Whittal A, Rosenberg E. Effects of individual immigrant attitudes and host culture attitudes on doctor-immigrant patient relationships and communication in Canada. *Int J Equity Health.* 2015;14:108.
129. Whittal A, Lippke S. Investigating patients with an immigration background in Canada: relationships between individual immigrant attitudes, the doctor-patient relationship, and health outcomes. *BMC Public Health.* 2016;16:23.
130. Sanchez-Piedra CA, Jaruseviciene L, Prado-Galbarro FJ, Liseckiene I, Sánchez-Alonso F, García-Pérez S, Sarria Santamera A. Factors associated with professional satisfaction in primary care: Results from EUprimecare project. *Eur J Gen Pract.* 2017;23(1):114-120.
131. Zulman DM, Haverfield MC, Shaw JG, Brown-Johnson CG, Schwartz R, Tierney AA, Zionts DL, Safaeinili N, Fischer M, Thadaney Israni S, Asch SM, Verghese A. Practices to Foster Physician Presence and Connection With Patients in the Clinical Encounter. *JAMA.* 2020;323(1):70-81.
132. Hall J, Roter D, Junghans B. Doctors Talking with Patients—Patients Talking with Doctors: Improving Communication in Medical Visits. *Clinical and Experimental Optometry.* 1995;78(2):79-80.
133. Mast MS. On the importance of nonverbal communication in the physician-patient interaction. *Patient Educ Couns.* 2007;67(3):315-318.
134. Karliner LS, Jacobs EA, Chen AH, Mutha S. Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature. *Health Serv Res.* 2007;42(2):727-754.
135. Sánchez-Piedra CA, Prado-Galbarro FJ, García-Pérez S, Santamera AS. Factors associated with patient satisfaction with primary care in Europe: results from the EUprimecare project. *Qual Prim Care.* 2014;22(3):147-155.
136. Boissy A, Windover AK, Bokar D, Karafa M, Neuendorf K, Frankel RM, Merlino J, Rothberg MB. Communication Skills Training for Physicians Improves Patient Satisfaction. *J Gen Intern Med.* 2016;31(7):755-761.
137. de Waard CS, Poot AJ, den Elzen WPJ, Wind AW, Caljouw MAA, Gussekloo J. Perceived doctor-patient relationship and satisfaction with general practitioner care in older persons in residential homes. *Scandinavian Journal of Primary Health Care.* 2018;36(2):189-197.
138. Wang H, Kline JA, Jackson BE, Laureano-Phillips J, Robinson RD, Cowden CD, d'Etienne JP, Arze SE, Zenarosa NR. Association between emergency physician self-reported empathy and patient satisfaction. *PLoS One.* 2018;13(9):e0204113.
139. Haraldseide LM, Sortland LS, Hunskaar S, Morken T. Contact characteristics and factors associated with the degree of urgency among older people in emergency primary health care: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res.* 2020;20(1):345.

140. Cooper LA, Roter DL, Johnson RL, Ford DE, Steinwachs DM, Powe NR. Patient-centered communication, ratings of care, and concordance of patient and physician race. *Ann Intern Med.* 2003;139(11):907-915.
141. Shen MJ, Peterson EB, Costas-Muñiz R, Hernandez MH, Jewell ST, Matsoukas K, Bylund CL. The Effects of Race and Racial Concordance on Patient-Physician Communication: A Systematic Review of the Literature. *J Racial Ethn Health Disparities.* 2018;5(1):117-140.
142. Takeshita J, Wang S, Loren AW, Mitra N, Shults J, Shin DB, Sawinski DL. Association of Racial/Ethnic and Gender Concordance Between Patients and Physicians With Patient Experience Ratings. *JAMA Netw Open.* 2020;3(11):e2024583.
143. Thornton RL, Powe NR, Roter D, Cooper LA. Patient-physician social concordance, medical visit communication and patients' perceptions of health care quality. *Patient Educ Couns.* 2011;85(3):e201-208.
144. Krupić F, Čustović S, Jašarević M, Šadić S, Fazlić M, Grbic K, Samuelsson K. Ethnic differences in the perception of pain: a systematic review of qualitative and quantitative research. *Med Glas (Zenica).* 2019;16(1):108-114.
145. Thein K, Erim Y, Morawa E. Comparison of Illness Concepts and Coping Strategies among Cancer Patients of Turkish and German Origin. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(15).
146. David M, Braun T, Borde T. [Pain and ethnicity - results of a survey at three internal/gynecological first-aid stations in Berlin]. *Zentralbl Gynakol.* 2004;126(2):81-86.
147. Zühlke C, Jeitner J. Alt und fremd? – Zur gesundheitlichen Situation von MigrantInnen in Niedersachsen. *Gesundheitswesen.* 2011;73(03):V11.
148. Seeger I, Kreienmeyer L, Hoffmann F, Freitag MH. Cross-sectional study in an out-of-hours primary care centre in northwestern Germany - patient characteristics and the urgency of their treatment. *BMC Fam Pract.* 2019;20(1):41.
149. Gonçalves-Bradley D, Khangura JK, Flodgren G, Perera R, Rowe BH, Shepperd S. Primary care professionals providing non-urgent care in hospital emergency departments. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;2(2):Cd002097.
150. Gentile S, Vignally P, Durand AC, Gainotti S, Sambuc R, Gerbeaux P. Nonurgent patients in the emergency department? A French formula to prevent misuse. *BMC Health Serv Res.* 2010;10:66.
151. Riessen R, Gries A, Seekamp A, Dodt C, Kumle B, Busch HJ. Positionspapier für eine Reform der medizinischen Notfallversorgung in deutschen Notaufnahmen. *Notfall + Rettungsmedizin.* 2015;18(3):174-185.
152. Passalacqua SA, Segrin C. The effect of resident physician stress, burnout, and empathy on patient-centered communication during the long-call shift. *Health Commun.* 2012;27(5):449-456.
153. Jordan S, Töppich J. Die Förderung von Gesundheitskompetenz (Health Literacy) – Eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz.* 2015;58(9):921-922.

154. Wehler M, Kalch A, Bilandzic H, Händl T. [Health literacy and nonurgent emergency department visits]. *Notf Rett Med.* 2021:1-7.
155. Eichler K, Wieser S, Brügger U. The costs of limited health literacy: a systematic review. *Int J Public Health.* 2009;54(5):313.
156. Jaeger FN, Pellaud N, Laville B, Klausner P. The migration-related language barrier and professional interpreter use in primary health care in Switzerland. *BMC Health Serv Res.* 2019;19(1):429.
157. Gutman CK, Cousins L, Gritton J, Klein EJ, Brown JC, Scannell J, Lion KC. Professional Interpreter Use and Discharge Communication in the Pediatric Emergency Department. *Acad Pediatr.* 2018;18(8):935-943.

ANHANG

Patientenfragebogen



Forschungsprojekt zur Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen durch Patientinnen und Patienten

Patientennummer: |_|_|_|_|_|_|_|_|

TEIL 1

GESUNDHEITLICHE BESCHWERDEN UND ERWARTUNGEN AN DIE ERSTE HILFE

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

1. Wie sind Sie in diese Notfallambulanz gekommen?

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

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

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

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

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

4. Seit wann haben Sie die HAUPTBESCHWERDE ungefähr?

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

5. Warum sind Sie gerade **JETZT** gekommen?

6. Wenn Sie Schmerzen haben, wie stark sind diese Schmerzen? (Bitte kreuzen Sie ein Feld auf der Skala von 0 bis 10 an.)

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

7. Wenn Sie jetzt auch **ANDERE BESCHWERDEN** haben, wie stark sind diese?
(z.B. Schwindel, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Atemnot, Fieber, Blutungen...)

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

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

a.) _____

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

b.) _____

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

c.) _____

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

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

9. Warum sind Sie mit Ihren Beschwerden **gerade HIERHER** in diese Notfallambulanz gekommen? weil.... (Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an)

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

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

- bisher kannte ich die Notfallambulanz nicht..... ()1
- ich war schon einmal Patientin dieser Notfallambulanz..... ()2
- ich war schon öfter Patientin dieser Notfallambulanz..... ()3
- ich wurde vor kurzem in diesem Krankenhaus stationär behandelt..... ()4
- ich habe schon Angehörige/Bekannte hierher begleitet..... ()5
- ich komme immer hierher, wenn ich einen Arzt brauche..... ()6
- anderes: _____ ()7

11. Wie oft waren Sie **in den letzten 12 Monaten** Patientin einer klinischen Notfallambulanz?
____ (Anzahl)

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

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

SELBSHILFEMASSNAHMEN

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

ja.....()₁ nein.....()₂

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

15. Haben Sie bestimmte Werte gemessen?

nein..()₁ ja.....()₂

Fieber.....()

Blutdruck.....()

Blutzuckerwerte..()

16. Haben Sie wegen der Beschwerden Medikamente eingenommen?

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

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

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

17. Woher hatten Sie dieses Medikament?

entfällt ()₀

habe ich immer zu Hause..... ()₁

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

„ohne Verschreibung“ aus der Apotheke ()₃

Angehörige/Freunde haben es mir gegeben ()₄

woanders her ()₅

von: _____

18. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

nein.....()₁

ja()₂ Wenn ja, welche ?

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

ja

Bluthochdruck..... ()₂

Herzkrankung..... ()₃

Diabetes..... ()₄

Asthma/Bronchitis..... ()₅

Hepatitis (Gelbsucht)..... ()₆

Gastritis/Magengeschwür..... ()₇

Allergien..... ()₈

Krebserkrankung..... ()₉

HIV/AIDS ()₁₀

andere..... ()₁₁

Welche? _____

20. Haben Sie eine „Hausapotheke“ (Pflaster u.a Mittel)

nein..()₁ ja.....()₂

21. Haben Sie einen Hausarzt oder eine Hausärztin?

nein..()₁ ja.....()₂

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

keine..... ()₁

Eltern..... ()₂

Schwiegereltern..... ()₃

Geschwister..... ()₄

Kinder..... ()₅

sonstige..... ()₆
(Cousins/en, Nichten/Neffen, Tanten/Onkel)

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

Familienangehörige..... ()₁

Freunde..... ()₂

Nachbarn..... ()₃

niemand..... ()₄

ambulanter Pflegedienst..... ()₅

+

TEIL 2

FRAGEN ZU IHRER ALLGEMEINEN LEBENS-LAGE

24. Geschlecht (Frage: Welchem Geschlecht ordnen Sie sich zu, wenn nicht eindeutig)

weiblich ()1 männlich ()2 anderes ()3

25. In welchem Jahr sind Sie geboren?

_____ (Tragen Sie bitte Ihr Geburtsjahr ein)

26. Wie weit wohnen Sie von diesem Krankenhaus entfernt?

- _____ Minuten zu Fuß..... ()1
- _____ Minuten mit dem Auto..... ()2
- _____ Minuten mit öff. Bus / Bahn ()3
- außerhalb von Berlin ()4

27. Postleitzahl Ihres Wohnortes _____

28. Wie ist Ihr Familienstand?

- ledig..... ()1
- verheiratet..... ()2
- geschieden..... ()3
- verwitwet..... ()4

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

- entfällt, keine Partnerschaft..... ()1
- in Deutschland..... ()2
- im Ausland (gleiches Land wie ich)..... ()3
- in einem anderen Land..... ()4

30. Haben Sie Kinder?

- nein ()1
- ja ()2 Wie viele? _____

31. Wo sind Sie zur Schule gegangen?

- gar nicht..... ()1
- nur in Deutschland..... ()2
- nur im Ausland..... ()3
- in Deutschland und im Ausland..... ()4
- in welchem Land? ()5

32. Wie lange haben Sie die Schule besucht?

- Ich bin nicht zur Schule gegangen..... ()1
 - _____ Jahre in Deutschland..... ()2
 - _____ Jahre im Ausland..... ()3
- (Tragen Sie bitte die Anzahl der Schuljahre hier ein)

33. Welchen Schulabschluss haben Sie?

(Kreuzen Sie bitte Ihren höchsten Schulabschluss an)

a. deutsche Schulabschlüsse

- kein Schulabschluss ()1
- Hauptschulabschluss/POS ()2
- Realschulabschluss ()3
- Fachschul- Berufsschulabschluss ()4
- Fachabitur/ Abitur ()5
- Fachhochschul-/ Universitätsabschluss ()6

b. ausländische Schulabschlüsse

- kein Schulabschluss ()1
- Grundschulabschluss ()2
- Mittelschulabschluss ()3
- Berufsschulabschluss ()4
- vergleichbar Abitur/Hochschulreife ()5
- Fachhochschul-/Universitätsabschluss ()6

34. Haben Sie einen Beruf erlernt?

nein ()₁

ja ()₂

Welchen Beruf haben Sie erlernt?

35. Sind Sie zurzeit berufstätig?

nein ()₁

ja ()₂

Welche Tätigkeit üben Sie jetzt aus?

36. Erwerbsstatus

a. Wenn **berufstätig**, sind Sie in einer

unteren Erwerbsgruppe..... ()₁

(z.B. Arbeiter, Reinigungskraft)

mittleren Erwerbsgruppe..... ()₂

(z.B. Mechaniker, Arzthelferin)

höheren Erwerbsgruppe..... ()₃

selbständig (z.B. eigene Firma)..... ()₄

selbständige/r Akademiker/-in ()₅

mithelfendes Familienmitglied..... ()₆

Student/in oder Schülerin..... ()₇

Hausfrau oder Hausmann..... ()₈

sonstiges..... ()₉

b. Wenn **nicht** berufstätig, erhalten Sie

Sozialhilfe..... ()₁

Arbeitslosengeld, -hilfe..... ()₂

Rente (Alter- oder Erwerbsunfähigkeit) ()₃

Unterstützung vom (Ehe-)partner..... ()₄

(selbst Hausfrau, Hausmann)

Unterstützung von den El- ()₅

tern.....

(oder andere Familienangehörige)

Bafög o.ä. Ausbildungsförderung..... ()₆

Sonstiges..... ()₇

37. ... Wie ist Ihre Arbeit zeitlich strukturiert?

entfällt, da ich nicht erwerbstätig bin..... ()₁

ganztags..... ()₂

Teilzeit, mindestens halbtags..... ()₃

Weniger als 20h pro Woche..... ()₄

38.und bei Ihrem Partner/Partnerin?

entfällt ()₁

ganztags ()₂

Teilzeit, mindestens halbtags..... ()₃

weniger als 20 h pro Woche..... ()₄

39. Wohnen Sie in einer

Wohnung/Haus..... ()₁

Wohnheim / Gemeinschaftsunterkunft ()₂

kein fester Wohnsitz in Berlin ()₃

(Hotel, Pension, bei Bekannten, Freunden etc.)

40. Mit wem wohnen Sie in einem Haushalt?

alleine..... ()₁

mit den Eltern ()₂

mit den Schwiegereltern..... ()₃

mit (Ehe-)partner/in..... ()₄

mit (Ehe-)partner/-in und Kind(ern).... ()₅

allein mit Kind(ern)..... ()₆

im Haushalt des Sohnes/der Tochter.... ()₇

mit anderen Familienangehörigen..... ()₈

mit Freunden/ Bekannten..... ()₉

sonstiges..... ()₁₀

41. Wie zufrieden sind Sie mit verschiedenen Bereichen Ihres Lebens?

0 = ganz und gar unzufrieden

10 = ganz und gar zufrieden

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Wohnsituation											
Einkommen											
beruflichen Situation											
familiären Situation											
allgemeinen Gesundheit											
mit Ihrem Leben insgesamt											

MIGRATION, KOMMUNIKATION, SOZIALE NETZE

42. Wo sind Sie geboren?

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

(Bitte tragen Sie hier das Land ein.)

43. Wo sind Ihre Eltern geboren?

Ihre Mutter:

- in Deutschland ()₁
 in einem anderen Land..... ()₂

(Bitte tragen Sie hier das Land ein.)

Ihr Vater:

- in Deutschland ()₁
 in einem anderen Land..... ()₂

(Bitte tragen Sie hier das Land ein.)

44. Welche Staatsangehörigkeit haben Sie?

- die deutsche..... ()₁
 eine andere..... ()₂
 Welche? _____
 staatenlos ()₃

45. Wie sind Sie nach Deutschland gekommen?

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

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

_____ Jahre _____ Monate

47. Welche Sprache ist Ihre Muttersprache?

(die Sprache, in der Sie sich am besten ausdrücken können)

1. _____

48. Wie gut lesen und schreiben Sie Ihre Muttersprache?

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

49. Welche Sprache sprechen Sie in Ihrer Familie?

- überwiegend deutsch..... ()₁
 überwiegend Muttersprache..... ()₂
 überwiegend eine andere Sprache..... ()₃
 deutsch und andere Sprache..... ()₄
 welche? _____

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

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

Wir danken für Ihre Mitarbeit.

51. Fragen zur Akkulturation
 Frankfurter Akkulturationskala FRAKK
 (© Bongard, J. W. Goethe-Universität Frankfurt am Main)

		trifft über- haupt nicht zu	trifft im Wesent- lichen nicht zu	trifft eher nicht zu	teils- teils	trifft etwas zu	trifft im Wesent- lichen zu	trifft vollstän- dig zu
1.	Ich benutze die deutschen Massenmedien (TV, Tageszeitung, Zeitschriften etc.).	0	1	2	3	4	5	6
2.	In meiner Freizeit spreche ich die Sprache meines Herkunftslandes.	0	1	2	3	4	5	6
3.	Ich lebe stark nach den Traditionen meines Herkunftslandes.	0	1	2	3	4	5	6
4.	Ich fühle mich von meinen deutschen Mitmenschen angenommen.	0	1	2	3	4	5	6
5.	Meine Freunde kommen zum größten Teil aus meinem Herkunftsland.	0	1	2	3	4	5	6
6.	Ich fühle mich fremd in Deutschland.	0	1	2	3	4	5	6
7.	Wenn ich Probleme habe, spreche ich darüber anderen Menschen meines Herkunftslandes.	0	1	2	3	4	5	6
8.	Ich fühle mich von der deutschen Gesellschaft akzeptiert.	0	1	2	3	4	5	6
9.	Mit den Traditionen und Sitten meines Herkunftslandes kann ich nichts anfangen.	0	1	2	3	4	5	6
10.	Ich fühle mich von Deutschen in vielen Dingen nicht verstanden.	0	1	2	3	4	5	6
11.	Es belastet mich, in der deutschen Gesellschaft zu leben.	0	1	2	3	4	5	6
12.	Deutsche Traditionen/Sitten gehören nun auch zu meinem Leben.	0	1	2	3	4	5	6

		trifft über- haupt nicht zu	trifft im Wesentli- chen nicht zu	trifft eher nicht zu	teils- teils	trifft etwas zu	trifft im Wesent- lichen zu	trifft voll- ständig zu
13.	Ich möchte mein Leben in Deutschland verbringen.	0	1	2	3	4	5	6
14.	Privat unternehme ich lieber etwas mit Menschen aus meinem Herkunftsland.	0	1	2	3	4	5	6
15.	Ich spreche lieber Deutsch als die Sprache meines Herkunftslandes.	0	1	2	3	4	5	6
16.	Ich verfolge das Ziel, die deutsche Sprache so gut wie möglich zu beherrschen.	0	1	2	3	4	5	6
17.	Ich kann mir ein zukünftiges Leben in meinem Herkunftsland gut vorstellen.	0	1	2	3	4	5	6
18.	Ich fühle mich eher deutsch.	0	1	2	3	4	5	6
19.	Ich betrachte mich als Gast in Deutschland.	0	1	2	3	4	5	6
20.	Ich mache Gebrauch von Massenmedien meines Herkunftslandes. (TV, Tageszeitung, Zeitschriften etc.)	0	1	2	3	4	5	6

Bemerkungen der Interviewerin

52. Name Interviewerin: _____

53. Datum: _____

54. Uhrzeit: von _____ bis _____ =
_____ Minuten

55. Sprache des Interviews

deutsch.....()1

Unterstützt durch _____ sprachigen Fragebogen ()2 ()2

Andere Sprache _____ () 3

56. Patient/-in war während der Befragung

allein mit Interviewerin()1

in Begleitung von _____ ()2

Wenn in Begleitung, wurde das Gespräch von der Begleitperson gedolmetscht?

1 () nein

2 () ja

57. Sonstige Bemerkungen:

Mitarbeiterfragebogen



Kurzfragebogen der Mitarbeiter/innenbefragung

Forschungsprojekt zur Inanspruchnahme von klinischen Notfallambulanzen durch Patient/-innen mit und ohne Migrationshintergrund

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

Patientennummer: |_|_|_|_|_|_|

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

0 = Kein dringender Behandlungsbedarf	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	10 = Sehr dringend! Akute Lebensgefahr
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--

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

deutsch () 1 andere.....() 2 Welche? _____ Habe nicht gefragt () 3
(Bitte erfragen und eintragen)

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

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

5. Wurde das Arzt-Patient-Gespräch gedolmetscht?

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

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

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

7. Waren Sie als Arzt/Ärztin insgesamt mit dem Verlauf der Untersuchung / des Gesprächs zufrieden?

() 1 sehr zufrieden
 () 2 zufrieden.

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

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

VIELEN DANK!

Version vom 22.05.2017

Drop-Out-Analysebogen



Forschungsprojekt zur Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen
durch Patientinnen und Patienten

Interviewerbogen: Drop-out-Analyse

Teilnehmercode |__|__|__|__|__|

Datum: _____

Uhrzeit: _____

1. Erhebungsstandort

1[] CVK – Gyn.Poli. 2[] CVK-NFA-Gyn. 3[] CBF-Gyn. 4[] CBF-NFA 5[] Neukölln-NFA

2. Interviewerin: _____

3. Ablehnungsgrund/ -gründe

- 1[] mangelnde Motivation für die Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie
- 2[] Begleitperson lehnt Studienteilnahme ab
- 3[] zu langer Fragebogen
- 4[] Patient/-in möchte keine Auskunft zu diesem Thema geben
- 5[] Patient/-in hat keine Zeit
- 6[] Patient/-in fühlt sich nicht wohl
- 7[] Patient/-in ist durch eigenes Kind abgelenkt
- 8[] plötzlich eingetretener Notfall
- 9[] sprachliche Schwierigkeiten
- 10[] Sonstige/r Grund/ Gründe

4. Zuordnung aufgrund des Vor- und/oder Familiennamens der Patientin / des Patienten

- 1[] Patient/-in mit Migrationshintergrund
- 2[] Patient/-in ohne Migrationshintergrund
- 3[] nicht sicher zuordenbar

5. Sonstige Bemerkungen

(Unterschrift der Interviewerin)

EIDESSTATTLICHE VERSICHERUNG

„Ich, Anna Rahel Pötter, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema „Zusammenhang zwischen der Angemessenheit der Inanspruchnahme von klinischen Notfallambulanzen und der ärztlichen Zufriedenheit mit der Arzt-Patienten-Beziehung“, „Association between appropriateness of emergency department utilization and physician’s satisfaction with the doctor-patient relationship“ 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/innen 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 wurde die Richtlinien des ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors; www.icmje.org) zur Autorenschaft eingehalten. Ich erkläre ferner, dass ich mich zur Einhaltung der Satzung der Charité – Universitätsmedizin Berlin zur Sicherung Guter Wissenschaftlicher Praxis 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 ETWAIGER PUBLIKATIONEN

Anna Rahel Pötter hatte Anteil an der folgenden Publikation:

Publikation 1:

Pötter A. R., Sauzet O., Borde T., Naghavi B., Rauzm O., Sehouli J., Somasundaram R., Stein H., David M. (2022) Influence of appropriate emergency department utilization and verbal communication on physicians' (dis)satisfaction with doctor-patient interactions with specific consideration of migrational backgrounds. Wiener Medizinische Wochenschrift. (DOI: 10.1007/s10354-022-00948-9)

Beitrag im Einzelnen: Studienplanung, Sammlung, Analyse und Interpretation der Daten. Verfassung und Überarbeitung des Manuskriptes mit tabellarischer und graphischer Darstellung der Ergebnissen.

Ort, Datum und Unterschrift und Stempel Prof. Dr. Matthias David

Ort, Datum und Unterschrift Anna Rahel Pötter

LEBENS LAUF

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

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

DANKSAGUNG

Diese Arbeit wäre nicht ohne die Unterstützung vieler Menschen entstanden, bei denen ich mich herzlich bedanke.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. med. Matthias David für die Überlassung des Themas und das mir damit entgegengebrachte Vertrauen. Seine sachkundige und richtungsweisende Unterstützung sowie seine Geduld in allen Phasen der Arbeit haben wesentlich zu deren Gelingen beigetragen.

Weiterhin danke ich dem gesamten Studienteam der Charité – Universitätsmedizin Berlin und der Universität Bielefeld rund um das Projekt Notfallversorgung von Migranten und Geflüchteten (NoMiG) für die Beiträge bezüglich der Studienplanung und das Mitwirken bei der Datenerhebung.

Frau Dr. Sauzet von der Universität Bielefeld danke ich für die stete Erreichbarkeit und die hervorragende Hilfestellung bei statistischen Fragen.

Außerdem danke ich meinen Freunden und meiner Familie für den Austausch und die konstante Unterstützung in allen Phasen meiner Arbeit.

BESCHEINIGUNG STATISTIK



CharitéCentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften

Charité | Campus Charité Mitte | 10117 Berlin

Institut für Biometrie und klinische Epidemiologie (iBiKE)

Direktor: Prof. Dr. Frank Konietzke

Name, Vorname: Pötter, Anna

E-mailadresse: anna-rahel.poetter@charite.de

Matrikelnummer: 220661

PromotionsbetreuerIn: Prof. Dr. med. Matthias David

Promotionsinstitution / Klinik: Klinik für Gynäkologie

Postanschrift:
Charitéplatz 1 | 10117 Berlin
Besucheranschrift:
Reinhardtstr. 58 | 10117 Berlin

Tel. +49 (0)30 450 562171
frank.konietzke@charite.de
<https://biometrie.charite.de/>



Bescheinigung

Hiermit bescheinige ich, dass Frau Anna Pötter innerhalb der Service Unit Biometrie des Instituts für Biometrie und klinische Epidemiologie (iBiKE) bei mir eine statistische Beratung zu einem Promotionsvorhaben wahrgenommen hat. Folgende Beratungstermine wurden wahrgenommen:

- Termin 1: 20.09.2022

Folgende wesentliche Ratschläge hinsichtlich einer sinnvollen Auswertung und Interpretation der Daten wurden während der Beratung erteilt:

- Logistische Regression zur Untersuchung von Einflussfaktoren auf Arzt-Patienten-Beziehung

Diese Bescheinigung garantiert nicht die richtige Umsetzung der in der Beratung gemachten Vorschläge, die korrekte Durchführung der empfohlenen statistischen Verfahren und die richtige Darstellung und Interpretation der Ergebnisse. Die Verantwortung hierfür obliegt allein dem Promovierenden. Das Institut für Biometrie und klinische Epidemiologie übernimmt hierfür keine Haftung.

Datum:

Name des Beraters\ der Beraterin:

Unterschrift BeraterIn, Institutsstempel