

3 Methodik der Untersuchung

3.1 Beschreibung der Studie „Unterschiede in der Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen durch deutsche Patienten/innen und Migranten/innen“

Die vorliegende Arbeit über subjektive Krankheitskonzepte basiert auf der Auswertung von Daten, die in der Studie „Unterschiede in der Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen durch deutsche Patient/innen und Migrant/innen“ erhoben wurden sind. Mit dieser Studie, die unter der Leitung von Theda Borde und Matthias David stattfand, sollte untersucht werden, inwieweit Alter, Geschlecht und Ethnizität das Inanspruchnahmeverhalten und die Behandlung in Notfallambulanzen beeinflussen. Im Zeitraum zwischen Oktober 2001 und April 2002 wurden in den internistischen und gynäkologischen Rettungsstellen der drei Berliner Kliniken Charité/Campus Virchow-Klinikum im Bezirk Wedding, Vivantes Klinikum am Urban in Berlin Kreuzberg und Vivantes Klinikum Neukölln im Stadtteil Neukölln Patientenbefragungen durchgeführt. Des Weiteren wurden die Erste-Hilfe-Scheine analysiert und die behandelnden Ärzte/innen befragt. Die drei Berliner Bezirke haben einen Migrantenanteil von 22% bis 32% und liegen, verglichen mit anderen Berliner Stadtteilen, vom sozioökonomischen Status her im unteren Bereich (Borde et al. 2003). Die drei Kliniken dürfen als repräsentativ für Rettungsstellen in (west)deutschen Innenstadtbezirken gelten (Braun 2004).

Die Patientenbefragung fand über einen 73 Items enthaltenden Patientenfragebogen statt mit Fragen zu den Themenbereichen Zugangswege in die Notfallambulanz, Schmerz- und Beschwerdewahrnehmung und -interpretation, Erwartungen an die Erste Hilfe, sonstige ärztliche Versorgung, chronische Erkrankungen, Eigenhilfemaßnahmen, Sozialdaten und Migrationsaspekte. Es lagen mehrsprachige Fragebögen vor und die Befragungen wurden von Interviewerinnen mit Fremdsprachenkompetenzen durchgeführt. Jedem/r interviewten Migranten/in wurde ein/eine durch Zufall zeitlich folgende/r deutsche/r Proband/in zugeordnet. Einschlusskriterien waren die Ansprechbarkeit des/der Patienten/in und die Zugehörigkeit zur Altersgruppe 15 bis 65 Jahre.

Insgesamt wurden 815 Interviews durchgeführt, davon 255 am Standort Charité/Campus Virchow-Klinikum, ebenfalls 255 am Standort Vivantes Klinikum am Urban und 305 am Standort Vivantes Klinikum Neukölln (Borde et al. 2003). Von den insgesamt 815 Patienten/innen war bei 766 Patienten/innen eine unmittelbare Zuordnung zu den Erste-Hilfe-Scheinen möglich. Die vorliegende Arbeit basiert auf der Auswertung dieses Patientenpools von

766 Probanden/innen. Die Datenverarbeitung erfolgte mit dem statistischen Datenbearbeitungsprogramm SPSS 11.

In der vorliegenden Arbeit wird das Antwortverhalten zu den in dem Patientenfragebogen enthaltenen Fragen „Was denken Sie, woher Ihre jetzigen Beschwerden und/oder Schmerzen kommen könnten? Was könnte Ihrer Ansicht nach die Ursache sein?“ untersucht. Da die Interviews vor der jeweiligen medizinischen Untersuchung und Behandlung durchgeführt wurden, bezogen sich die Fragen somit auf die subjektiven Ursachenvorstellungen der Patienten/innen bezüglich ihrer aktuellen Beschwerden, deretwegen sie zur Notfallambulanz gekommen waren, unabhängig von der medizinischen Diagnose, also der Ursachenvorstellung der behandelnden Ärzte/innen.

Die Fragen waren als offene Fragen konzipiert und die Patienten/innen wurden von den Interviewerinnen motiviert, ihre Vorstellungen über die möglichen Ursachen ihrer Beschwerden zu nennen. Im Fragebogen waren entsprechend mehrere Antwortspalten für Mehrfachantworten enthalten.

3.2 Daten, Patientenmerkmale und Kategorienbildung

Die Angaben der Patienten/innen über ihre beschwerdebezogenen Ursachenvorstellungen wurden auf unterschiedliche Neigungen bezüglich der fünf Variablen Ethnizität, Migrationsgeneration, Geschlecht, Alter und Beschwerdeart hin analysiert.

Die Ethnizität wurde auf der Basis der Angabe der Muttersprache bestimmt und zunächst in die neun Gruppen deutsch, türkisch/kurdisch, arabisch/persisch, südosteuropäisch, osteuropäisch, anders europäisch, asiatisch, afrikanisch und andere, unter die Migranten/innen mit nicht näher bestimmbarer Ethnizität fielen, eingeteilt. Anschließend wurden die türkisch/kurdischen und arabisch/persischen Patienten/innen sowie der albanische Anteil der südosteuropäischen Patienten/innen zu der Gruppe der Migranten/innen mit Herkunft aus überwiegend muslimisch geprägten Ländern zusammengefasst, während der kroatisch/serbische Anteil der südosteuropäischen Patienten/innen, sowie die osteuropäischen, anders europäischen, asiatischen, afrikanischen und anderen Patienten/innen der Gruppe der anderen Migranten/innen zugeordnet wurden. In der weiteren Auswertung wurde nur die Gruppe der Migranten/innen mit Herkunft aus überwiegend muslimisch geprägten Ländern mit der Gruppe der deutschen Patienten/innen verglichen. Eine solche Entscheidung erschien insofern sinnvoll, als zum einen die Länder mit überwiegend muslimischer Prägung aufgrund von Religion und Geschichte durchaus einen gemeinsamen Kulturraum darstellen (Küng 2004) und zum anderen diese

Migrantengruppe die mit Abstand größte in Deutschland darstellt und eine längere, sich z.T. über zwei oder drei Generationen erstreckende und mit der deutschen Gesellschaftsentwicklung stark verflochtene Migrationsgeschichte aufweist (David et al. 2001; Zuwanderungsrecht und Zuwanderungspolitik 2005). Dem Verfasser ist allerdings die Problematik der Verwendung des Begriffs Ethnizität an dieser Stelle bewusst. Weder bilden die genannten Volksgruppen eine einheitliche Ethnie noch kann der islamisch geprägte Kulturraum als eine Größe gesehen werden (Küng 2004). Dennoch lassen sich auf Geographie (vorderer Orient), Religion (Islam) und Geschichte (osmanisches Reich) beruhende soziale und kulturelle Gemeinsamkeit nicht leugnen, so dass eine Zusammenfassung der Patienten/innen aus diesen islamisch geprägten Ländern zu einer Gruppe berechtigt erscheint.

Als sogenannte erste Migrantengeneration werden rückblickend die Migranten/innen bezeichnet, die als Gastarbeiter/innen seit den 1960er Jahren bis zum Anwerbestop 1973 oder als nachziehende Ehefrauen bzw. Ehemänner in den 1970er und 1980er Jahren nach Deutschland kamen. Mit der zweiten Generation sind im allgemeinen die Kinder dieser ersten Generation gemeint, die entweder in Deutschland geboren wurden oder bei ihrem Zuzug weniger als 15 Jahre alt waren. Die dritte Generation besteht wiederum aus den Kindern der zweiten Generation. Eine eigene Migrantengruppe stellen nachgezogene Ehefrauen (seltener Ehemänner) der zweiten Generation dar, die vor weniger als 20 Jahren nach Deutschland kamen. Andere Migranten/innen mit zum Teil nur vorübergehendem Aufenthalt in Deutschland sind politische Flüchtlinge, Studenten/innen oder Besucher (Borde 2002). In dieser Arbeit wurde nur nach erster und zweiter Generation differenziert, definiert nach dem Alter beim Zuzug nach Deutschland und somit dem Ort der kindlichen Sozialisation. Als erste Generation wurden alle Migranten/innen aufgefasst, die bei ihrer Einreise nach Deutschland mindestens 15 Jahre alt waren und somit ihre primäre Sozialisation in einem anderem Land erfahren haben. Als zweite Generation wurden alle Migranten/innen aufgefasst, die bei ihrem Zuzug weniger als 15 Jahre alt waren oder in Deutschland geboren wurden. Sie haben dadurch eine Sozialisation erlebt, die sowohl vom immigrierten Elternhaus als auch von der deutschen Gesellschaft geprägt wurde.

Das Alter zum Datum der Studie wurde über das angegebene Geburtsdatum errechnet. Dementsprechend wurden die Patienten/innen in die drei Altersgruppen unter 30 Jahre, 30 bis 50 Jahre und über 50 Jahre eingeteilt. Die Altersgruppen entsprechen somit in etwa den unterschiedlichen Lebensphasen der Jugend und Ausbildungszeit, der Zeit des Berufs und der Familie und der späten Erwerbszeit oder Berentung (Braun 2004).

Der Bildungsgrad als ein Maß für den Sozialstatus wurde über den Bildungsabschluss bestimmt und in die Kategorien kein Schulabschluss/Grundschule als erster Bildungsgrad, Hauptschul-

/Realschul-/Mittelschul-/Berufsschulabschluss als zweiter Bildungsgrad und Abitur/Hochschulabschluss als dritter Bildungsgrad eingeteilt. Dieser Parameter wurde zwar in der Beschreibung der Studienpopulation noch berücksichtigt, um die zum Teil sehr großen Unterschiede im Bildungsniveau zwischen den Gruppen zu verdeutlichen. Bei der Analyse der verschiedenen Ursachenvorstellungen wurde aber eine Differenzierung nach dem Bildungsgrad nicht weiter verfolgt, da das Bildungsniveau aufgrund völlig verschiedener Verteilungen zwischen den Ethnien letztlich keinen Vergleich ermöglichte. Eine solche Entscheidung erschien andererseits vertretbar, da die Bildung ein durchaus spezifisches Ergebnis der jeweiligen Kultur ist und als solche einen Aspekt der ethnischen Identitätsbildung darstellt.

Die angegebenen Beschwerden wurden, der Kategorisierung der ICD 10 folgend, in verschiedene Beschwerdearten eingeteilt und dann in den sieben Gruppen Kopfschmerzen, abdominale Beschwerden, thorakale Beschwerden, neurologische/muskuläre Beschwerden, Beschwerde des Kreislaufes/Synkopen, Beschwerden des Allgemeinzustand/Fieber und andersartige Beschwerden gebündelt. Ein Vergleich nach Beschwerdearten machte allerdings nur zwischen den Patientengruppe mit abdominalen und denen mit thorakalen Beschwerden Sinn, da lediglich diese beiden Beschwerdegruppen eine ausreichend große Probandenanzahl aufwiesen.

Die verschiedenen Ursachenvorstellungen der 766 Patienten wurden nach ähnlichen Inhalten zu insgesamt 70 Kategorien zusammengefasst, die unmittelbar aus den Patientenantworten abgeleitet wurden.

In einem weiteren Schritt wurden die 70 Kategorien den beiden Oberkategorien naturalistisch und psychosozial zugeordnet (siehe Tab. 3.1.). Die naturalistische Kategorie stand hierbei für physiologische und durch die materielle Umwelt bedingte Ursachen, die primär durch körperliche Prozesse vermittelt werden, während die psychosoziale Kategorie für psychische und durch die soziale Umwelt bedingte Ursachen stand, die primär durch seelische Prozesse vermittelt werden.

Diese letztlich auf ein kartesisches Weltbild mit einem dualistischen Seele-Leib-Konzept zurückgehende Kategorisierung machte zum einem aus Aspekten der klinischen Relevanz Sinn (Kirmayer et al. 1994), zum anderen steht sie in der Tradition der Attributionsforschung, zu deren Beginn schon Heider (Heider 1977) Attributionen nach physiologischen und psychologischen Aspekten klassifizierte. Gängige Fragebögen zu krankheitsbezogenen Ursachenvorstellungen wie der „Patientenfragebogen“ von Bischoff und Zenz (Zenz et al. 1996) oder der „Symptom Interpretation Questionnaire“ von Robbins und Kirmayer (Robbins et al. 1991) bedienen sich neben anderer Kategorien ebenfalls einer entsprechenden Klassifizierung.

Anhand der frei geäußerten Ursachenvorstellungen der Patienten dieser Studie, die zum Teil nur aus einzelnen Stichworten bestanden, war allerdings eine sinnvolle Unterteilung nach anderen gängigen Kategorien wie externen, internen oder eigenverantwortlichen Aspekten der Beschwerdeursachen nicht möglich, weshalb wir uns dazu entschieden, lediglich eine Differenzierung nach naturalistisch und psychosozial vorzunehmen.

Die Antworten jedes/r Patienten/in wurden dahingehend untersucht, welcher der beiden Kategorien von Ursachenvorstellungen sie sich zuordnen ließen, um anschließend die Patienten/innen dann drei Gruppen zuzuteilen: die der Patienten/innen, die nur Ursachen der naturalistischen Kategorie nannten, die, die nur Ursachen der psychosozialen Kategorie angaben, und die, die sowohl Ursachen der naturalistischen Kategorie als auch psychosozialen äußerten.

Des Weiteren wurde bestimmt, ob die Patienten/innen überhaupt eine Ursachenvorstellung genannt hatten und wie groß die Anzahl der verschiedenen Ursachenvorstellungen pro Patient/in war. Die Patienten/innen wurden daraufhin in wiederum drei Gruppen unterteilt: Patienten/innen ohne Ursachenvorstellung, die entweder keine spontane Ursachenvorstellung hatten oder diese aus anderen Gründen nicht angaben, Patienten/innen, die sich mit einer Äußerung auf eine für sie wesentliche Ursachenvorstellung festlegten, und Patienten/innen mit mehreren verschiedenen Ursachenvorstellungen. Bei den Patienten/innen mit mehreren Ursachenvorstellungen wurde noch differenziert, ob diese alle einer Kategorie entstammten oder Aussagen aus beiden Kategorien enthielten.

Tab. 3.1: Zuordnung genannter Ursachenvorstellungen zu den Kategorien

<i>Naturalistisch</i>	<i>Psychosozial</i>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Ansteckung (Infektion, Bakterien, Viren, Pilze) 2. Körperbezogene Arbeitsbedingungen (Arbeitsstoffe, Arbeitssituation) 3. Folgen medizinischer Behandlungen (Operationen, Abtreibung, Verhütungsmittel, Herzschrittmacher, Blutspende) 4. Insektenstiche, Haustiere 5. Körperliche Folgen von Gewalt 6. Unfall, Verletzungen 7. Biowaffen 8. Körperliche Folgen von Witterung, Temperatur, Ort (Schwimmbad, Toiletten, Innland, Ausland), Umweltverschmutzung, schlechter Luft, Sauerstoffmangel etc. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Psychische Folgen eines Terroranschlages 2. Schicksal 3. Seelische Folgen einer Misshandlung 4. Allgemeiner Stress 5. Aufregung (aufgrund äußerer Umstände), Ärger 6. Seelische Folgen von Krieg 7. Äußere Sorgen, Probleme, Belastungen (allgemein, durch Migration, Ortswechsel, Umstände, Verhältnisse, Situation etc.), Schock 8. Sorgen um andere, Probleme mit anderen 9. Verlust von nahestehenden Personen 10. Überbelastung (Arbeit, Haushalt, Kinder etc.) 11. Depression 12. Traurigkeit

<i>Naturalistisch</i>	<i>Psychosozial</i>
<ol style="list-style-type: none"> 9. Vergiftung (Lebensmittel, verdorbenes, schlechtes Essen), Chemikalien, verschluckte Fremdkörper etc. 10. Körperliche Folgen aufgrund einer ungewollten Schwangerschaft 11. Erkältung (Grippe, Lungenentzündung, Bronchitis) 12. Muskulär (Heben, Bewegung, Haltung, eingeklemmter Nerv, Überdehnung etc.) 13. Körperliche Belastung 14. Folgen von Medikamenten 15. Suchterkrankung 16. Allgemeine Beschwerden innerer Organe (Bauch, Unterleib, Brust, Kopf-Hals, Nieren-Blase etc.) 17. Allergie, Lebensmittelunverträglichkeiten, Überempfindlichkeiten 18. Schwangerschaft, Geburt, Stillen 19. Folgen von Fehlgeburten 20. Menstruation, Wechseljahre 21. Disposition (Genetik, Vererbung, angeborene oder frühkindliche Erkrankungen) 22. Folgen einer Krankheit (chronisch, multipel, maligne, Asthma, Diabetes, Colitis Ulcerosa etc.), Gesundheitszustand 23. Neurologische Beschwerden (Schlaganfall, Epilepsie, Migräne etc.) 24. Krankheitsanfälligkeit 25. Schwäche, Müdigkeit 26. Körperfunktionen (Husten, Blähungen, Inkontinenz, Sodbrennen etc.) 27. Körperliche Veränderungen (Hämorrhoiden, Krampfadern, Gefäße etc.) 28. Herzbeschwerden 29. Wirbelsäule, Rückenbeschwerden 30. Blutdruck (hoch, niedrig), Kreislauf, Blutzucker, Blutarmut 31. Immunsystem, Blutbild, Hormone 32. Körperlich, von innen 33. Spontane innere Verletzungen 34. Alter, Geschlecht 35. Entzündung 36. Kalte Füße 37. Genussmittel (Rauchen, Alkohol, Kaffee, Tee, illegale Drogen) 38. Folgen von Selbstbehandlungen (falsche, vernachlässigte) 39. Sport 40. Körpergewicht (Über-, Untergewicht) 41. Eigenverantwortliche Handlungen (Bekleidung, offenes Fenster, Radfahren im Regen etc.) 42. Geschlechtsverkehr 43. Selber erzwungenes Urinhalten 44. Ernährung (Essen, zu viel, zu wenig), Trinken (zu viel, zu wenig) 45. Bewegung (Mangel, zuviel) 	<ol style="list-style-type: none"> 13. Psychisch, nervlich, psychosomatisch 14. Ängste 15. Innere Aufregung 16. Seelische Probleme 17. Nervosität, Unruhe 18. Innere Unzufriedenheit 19. Belastungen aus der Kindheit, unverarbeitete Probleme 20. Anspannung 21. Grübeln 22. Krankheitsgewinn 23. Schlaf (Mangel, zu viel) 24. Lebenswandel, Lebensstil (Feiern, Unsauberkeit) 25. Überanstrengung (eigenverantwortlich)

3.3 Statistische Auswertung

Die statistische Auswertung fand mittels des statistischen Datenbearbeitungsprogramm SPSS 11 statt.

Zunächst bestimmten wir die allgemeinen Häufigkeiten der jeweiligen Patientenneigungen zu den jeweiligen Kategorien der Ursachenvorstellungen, also der Neigung zu rein naturalistisch, rein psychosozial oder gemischt naturalistisch und psychosozial kategorisierbaren Vorstellungen und die Häufigkeiten, mit denen keine, eine oder mehrere Ursachenvorstellungen geäußert wurden.

Über Kreuztabellen und die Berechnung der korrigierten Residuen nahmen wir einen ersten Vergleich der Neigungen in den Ursachenvorstellungen innerhalb der einzelnen Variablen Ethnizität, Migrantengeneration, Geschlecht, Alter und Beschwerdeart vor.

Eine multivariate Auswertung mittels der binären logistischen Regression zur Bestimmung der Assoziation der jeweiligen Bezugsvariablen mit den Ursachenvorstellungen unter Hinzunahme der übrigen Variablen als Kovariable wurde für alle dichotomen Variablen durchgeführt, bei denen sich größere Unterschiede in den Kreuztabellen abzeichneten. Der Trennwert wurde entsprechend der prozentualen Verteilung der Bezugsvariablen festgelegt (Bühl et al. 2002).

In einem weiteren Schritt verglichen wir dort, wo sich innerhalb der Kreuztabellen größere Werte von korrigierten Residuen ergaben, die beiden Pole der Gruppe mit rein naturalistisch und der Gruppe mit rein psychosozial kategorisierbaren Ursachenangaben in Form einer Vier-Felder-Tabelle miteinander und bestimmten die Signifikanz mittels des Chi-Quadrat-Tests nach Pearson. Diesen Vergleich der Ursachenvorstellungen führten wir für die fünf Variablen Ethnizität, Migrationsgeneration, Geschlecht, Alter und Beschwerdeart durch und schichteten die einzelnen Variablen schrittweise nach Gruppen der anderen Variablen, um deren Einfluss auf die sich ergebenden Unterschiede kontrollieren zu können.

Ein entsprechendes Verfahren wandten wir zur Bestimmung von Unterschieden in der Anzahl der geäußerten Ursachenvorstellungen an.