

Inanspruchnahme klinischer Rettungsstellen in Berlin durch Migranten



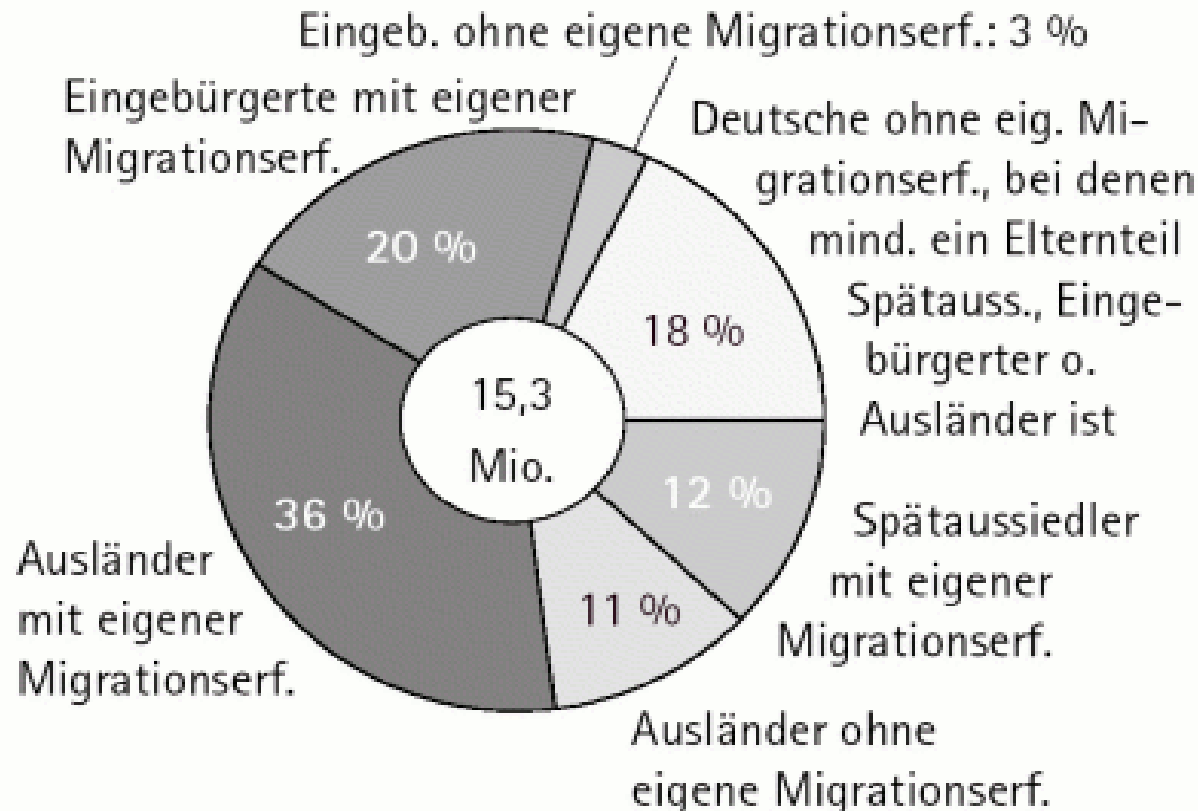
Priv.Doz. Dr. med. Matthias David,
Charité Berlin, Campus Virchow-Klinikum,
Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Prof. Dr. Theda Borde, MPH
Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin

Ergebnisse des Mikrozensus 2005*:

Jeder fünfte Bürger der Bundesrepublik hat einen Migrationshintergrund

Migrationserfahrung der Bevölkerung 2005 in %



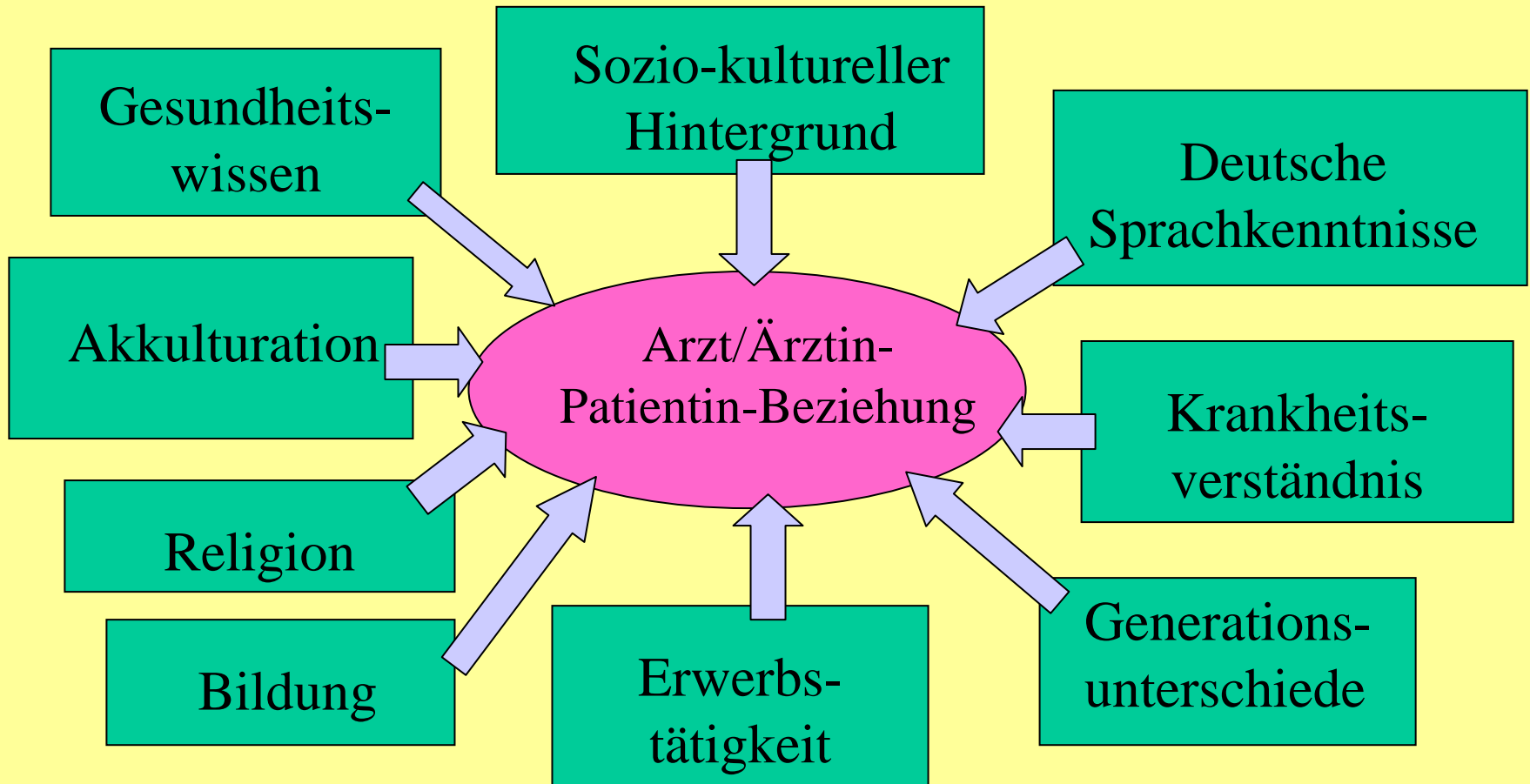
Quelle: Statistisches Bundesamt 2006 *

Migration - Situation in Berlin

(Ergebnisse des Mikrozensus 2005)

- 790.000 Berliner stammen aus Migrantenfamilien
= ca. 25% aller Einwohner und gut 40% aller Jugendlichen < 40 Jahren
- als Ausländer geführt werden 13,3%
- bis zu 250.000 Berliner Einwohner haben türkische Vorfahren, offiziell nur 120.000

Einflußfaktoren bei der Betreuung u. Behandlung seitens *ausländischer Patientinnen / Migrantinnen*



Migration als Ressource oder gesundheitliches Risiko ?

- *Ressource*: healthy-migrant-effect, Akkulturations-/ Anpassungsleistung, Typus des Auswanderers (?)
- *Risiko*: Belastung durch den Migrationsprozeß/ die Aufnahmegesellschaft, Sprach-/ Informations-/ Kommunikationsdefizite, soziale Probleme
- *Rolle kulturell-ethnischer Unterschiede*: + / -

Migrantinnen als Patientinnen - Einflußfaktoren seitens der behandelnden *Ärztinnen und Ärzte*

- Stereotype / Vorurteile
- kulturelle Prägung / Sozialisation
- Akzeptanz / Zulassen des „Anderen“
- Bereitschaft zum „interkulturellen Dialog“
- interkulturelle Empathie
- interkulturelle Kompetenz



„Alltägliche Besonderheiten“ bei der Versorgung von Migranten: Wissen & Wollen (?)

- Informationspflicht über Inhaltsstoffe von Medikamenten (Tierserum, Alkohol)
- Überprüfung Deutschkenntnisse/Wissen bei Patient(in) / „Dolmetscher“
- Zugeständnisse an ethnische / religiöse Besonderheiten
- Pflichten der Krankenhäuser (z.B. Essen, Zusammensetzung der Dienstgruppen)

Warum eine Studie zur Inanspruchnahme von Rettungsstellen ?

„objektive Gründe“

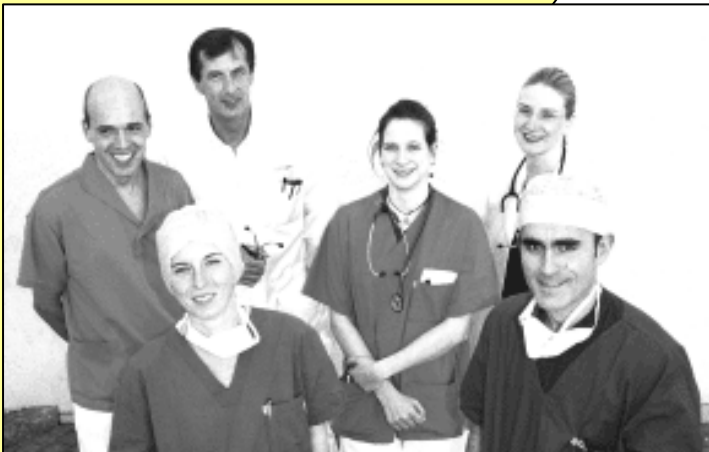
- wichtige **niedrigschwellige** Versorgungsinstanz zwischen ambulanter und stationärer Versorgung
- Angaben zu **angemessenrer Nutzung**, je nach Definition zw. 11 und 82% (Lowe/Abbuhl 2001)
Kosten und Qualität der Versorgung ?
- überproportional häufige Nutzung durch **sozial benachteiligte** Gruppen und **ethnische Minderheiten** (White-Means et al. 1998, Lucas et al. 1998, Sempere-Selva et al. 2001, Luiz et al. 2000, Poloczek 2003)
- **Ethnizität** als Einflussfaktor bleibt in Studien meist unberücksichtigt



„Subjektive Gründe“

Meinungen des
Klinikpersonals*
über Patientinnen
ausländischer
Herkunft:

... eine andere Mentalität
... mehr soziale Unterstützung
... mehr Respekt gegenüber Ärzten
... ein anderes Krankheitsverständnis
... ein stärkeres Schmerzempfinden
... immer Angst vor Diskriminierung
... kommen öfter in die Notaufnahme

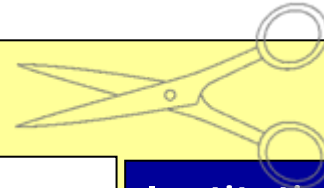


*Interviews mit Ärzt/inn/en und Pflegekräften (Borde 2002)

Klinische Notfallambulanzen - Schnittstelle zwischen Patientenbedürfnissen und medizinisch definiertem Versorgungsbedarf

**Laie
Patient/in**

- subjektive Beschwerdenwahrnehmung
- Symptominterpretation
- Vorerfahrungen und Erwartungen
- Versorgungsbedürfnisse
- Hilfesuch- u. Inanspruchnahmeverhalten



- medizinische Konzepte
- akutmedizinische „Rettungsstelle“
- Triage nach Dringlichkeit
- Rahmenbedingungen i. d. Ersten Hilfe

**Institution Rettungsstelle
medizinisches Personal**

Standorte der in die Studie einbezogenen Notfallambulanzen



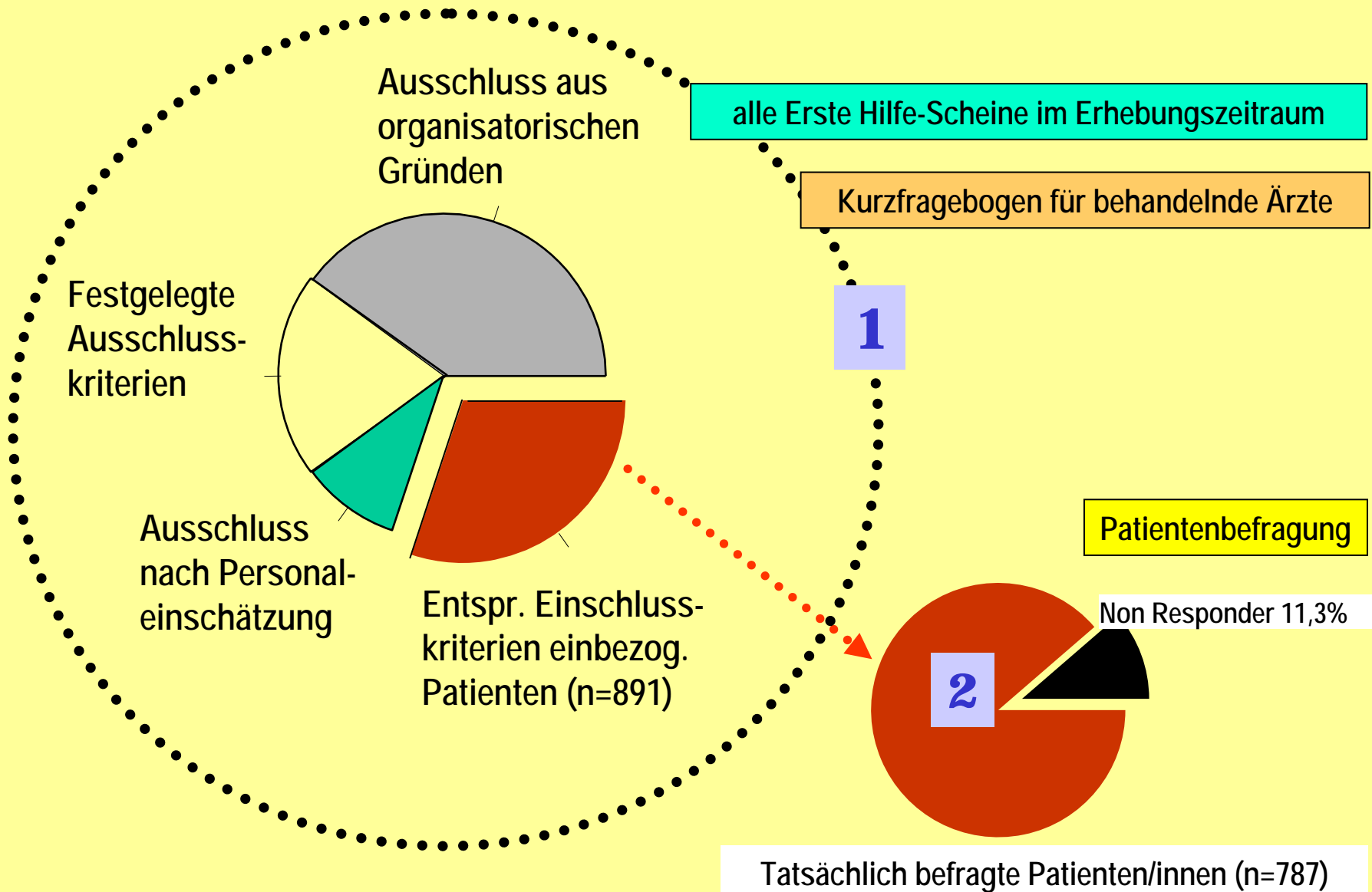
Projektförderung:
BMBF u. Spitzenverbände
der GKV 2001-2003

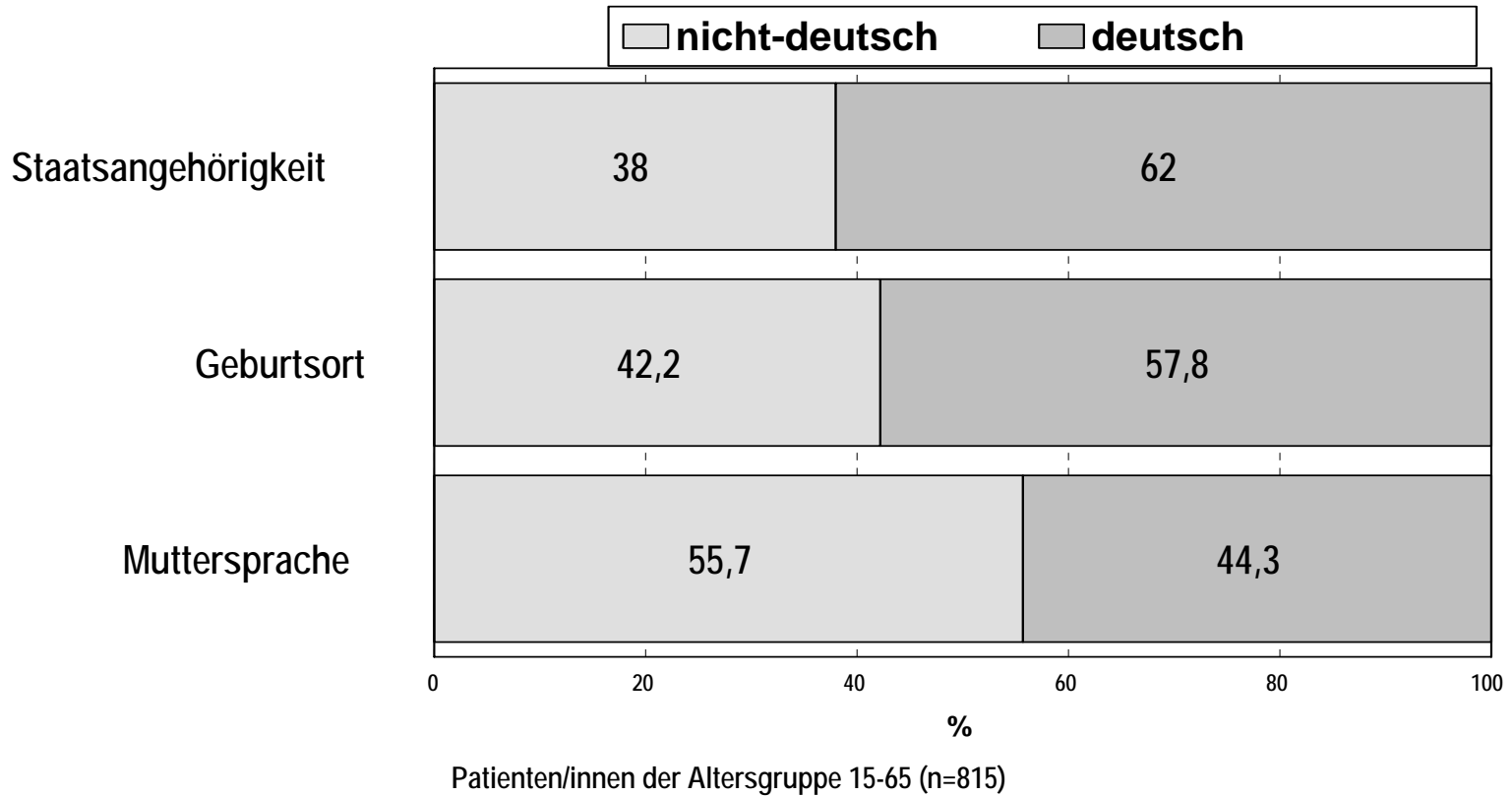
Zeitraum der
Datenerhebung:
Oktober 2001- März 2002

815 standardisierte Interviews mit Patienten/innen (= Stichprobe 2)

5500 Erste Hilfe-Schein Auswertungen
4930 davon internistisch (= Stichprobe 1)

Zusammensetzung Studienkollektive 1 und 2





... was heißt „Migrationshintergrund“ ?

von Patient/inn/en angegebene Muttersprachen (zusammengefasst in Sprachgruppen)

Stichprobe 2:
Patientenbefragung

Frauen Männer

türk. 25,2 %

kurd. 4,3 %

Gesamtkollektiv

türkisch u. kurdisch

deutsch

arabisch, persisch. u.a. Nahost

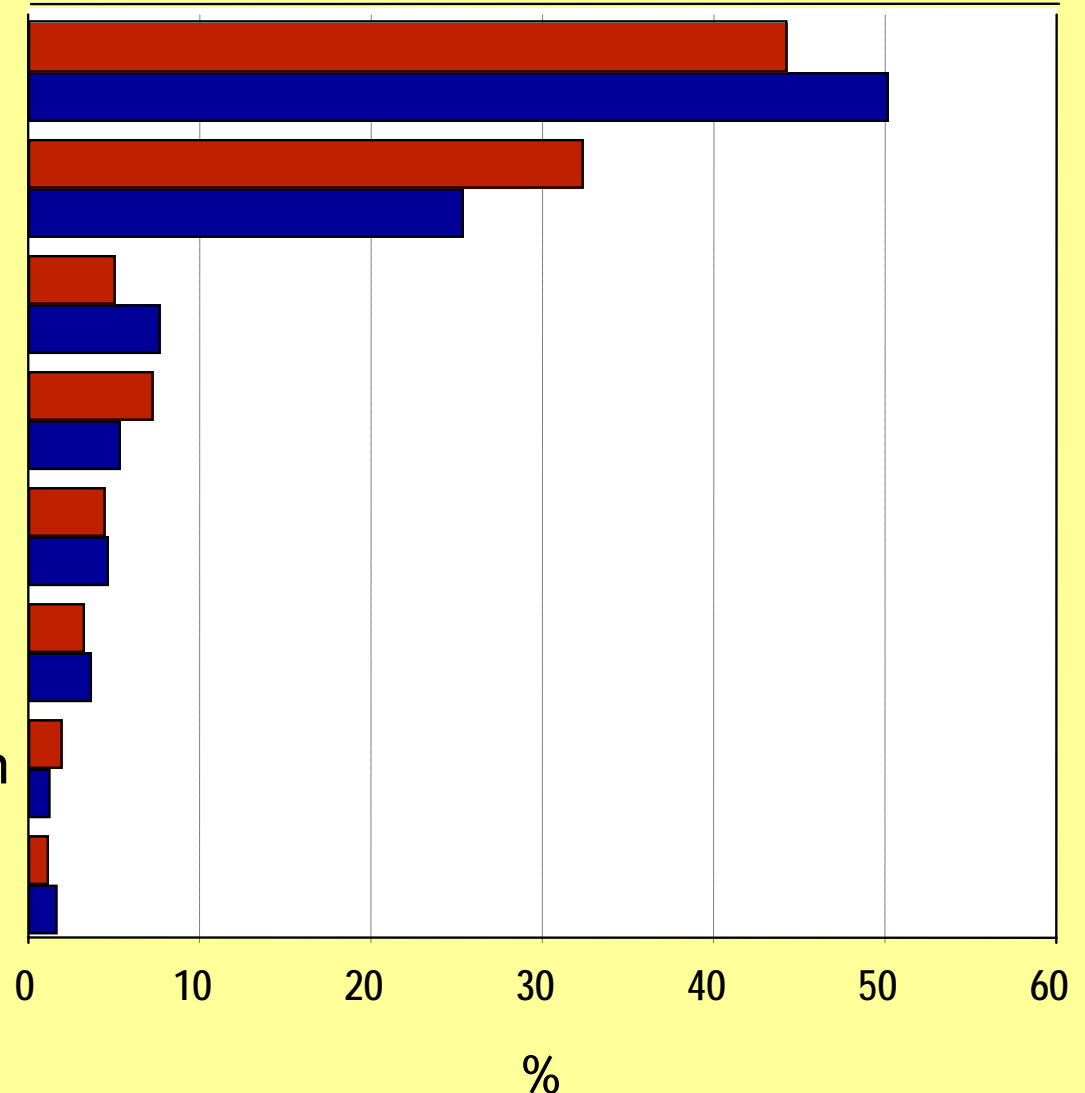
südosteurop. Sprachen (Balkan)

osteuropäische Sprachen

übrige europäische Sprachen

ostasiatische Sprachen

afrikanische Sprachen



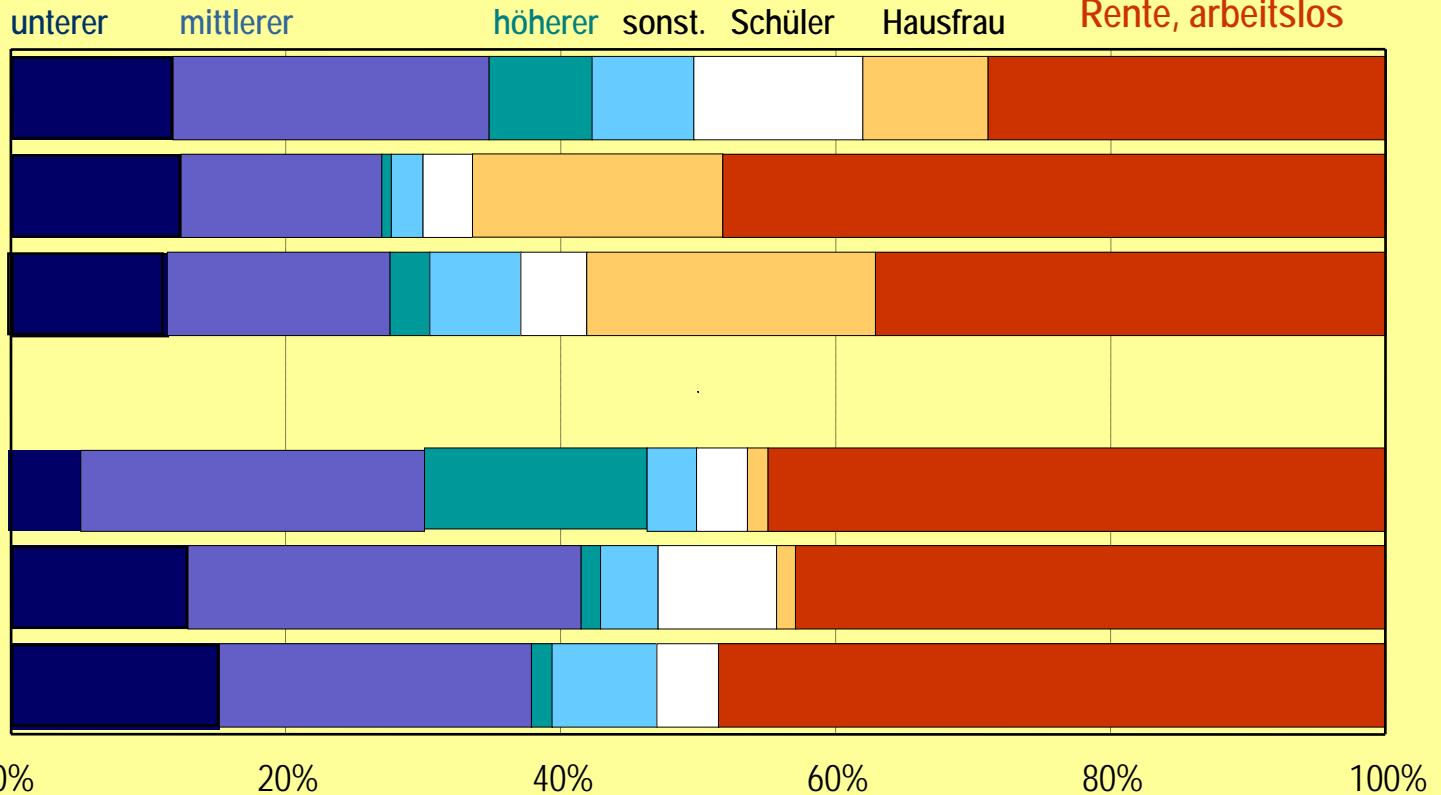
Stichprobe 2 = 815 interviewte Patient/inn/en

Erwerbsstatus

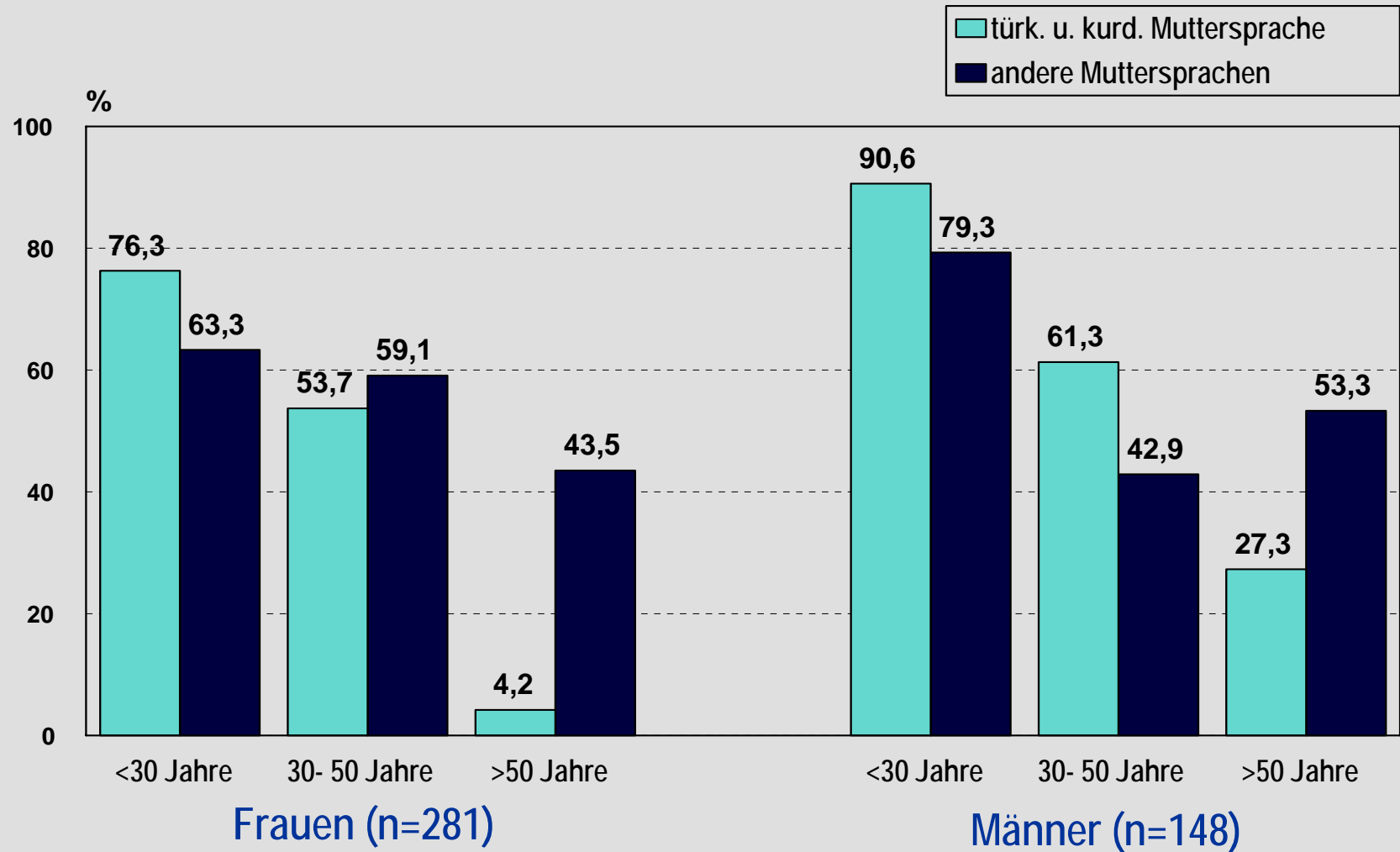
F
R
A
U
E

M
Ä
N
N
E
R

Sozialhilfe,
Rente, arbeitslos



Anteil der befragten Migrant/inn/en mit *guten* Deutschkenntnissen nach Selbsteinschätzung

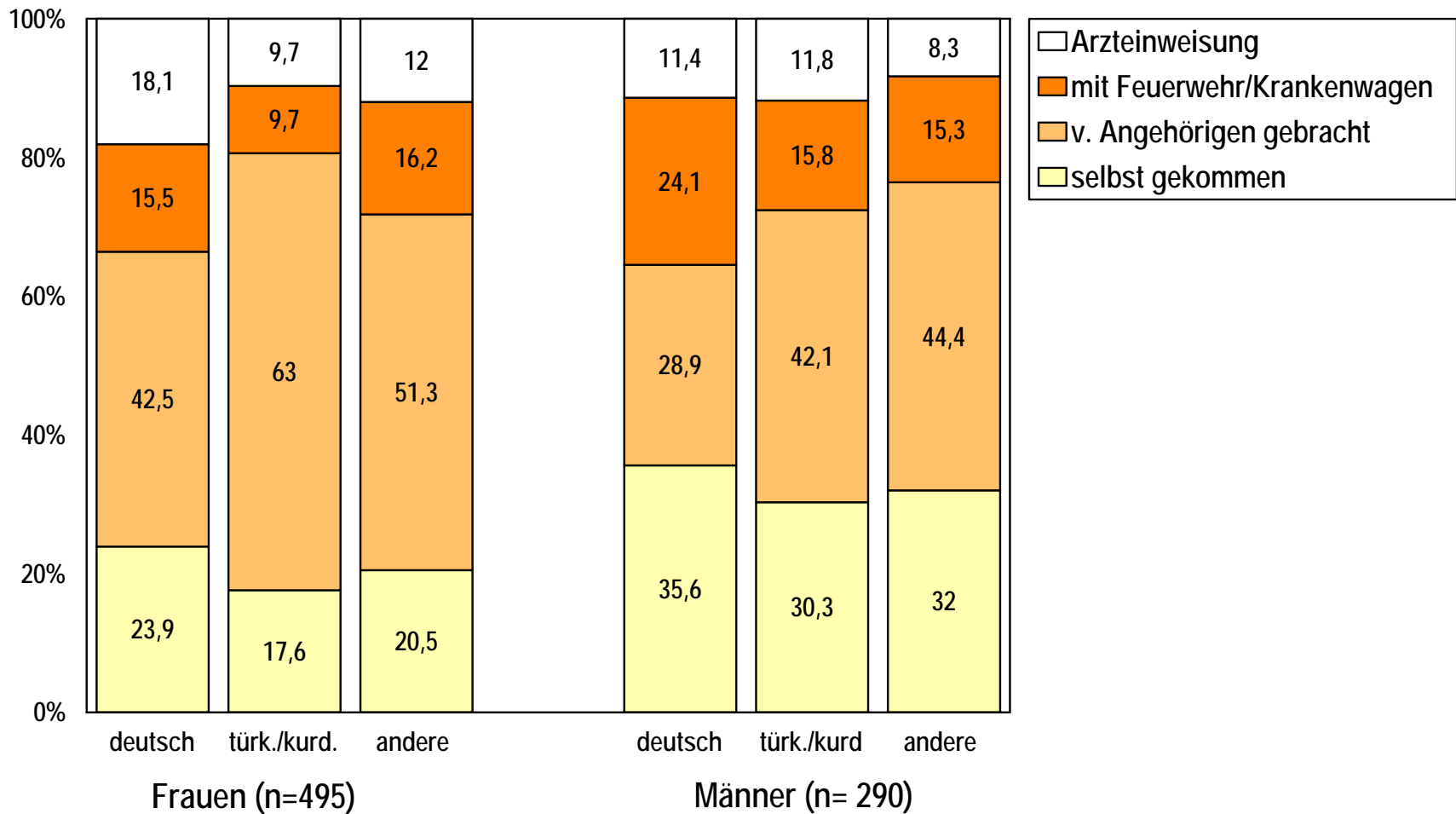


Bevorzugte Sprache bei Medien nach Geschlecht und Ethnizität und Altersgruppen

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

Sprachkenntnisse und -präferenz als
Basis der Informationsvermittlung

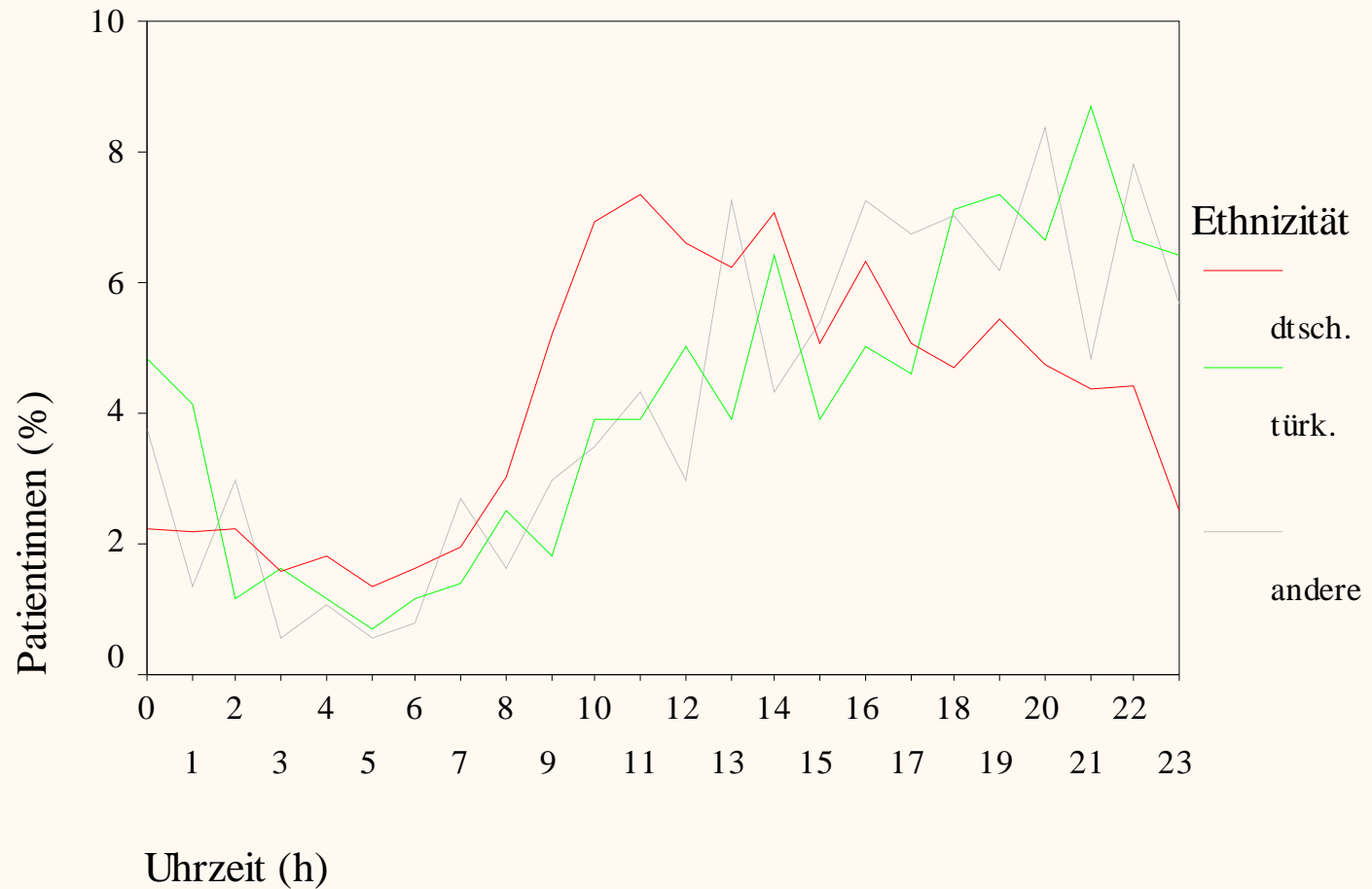
Wege in die klinische Notfallambulanz



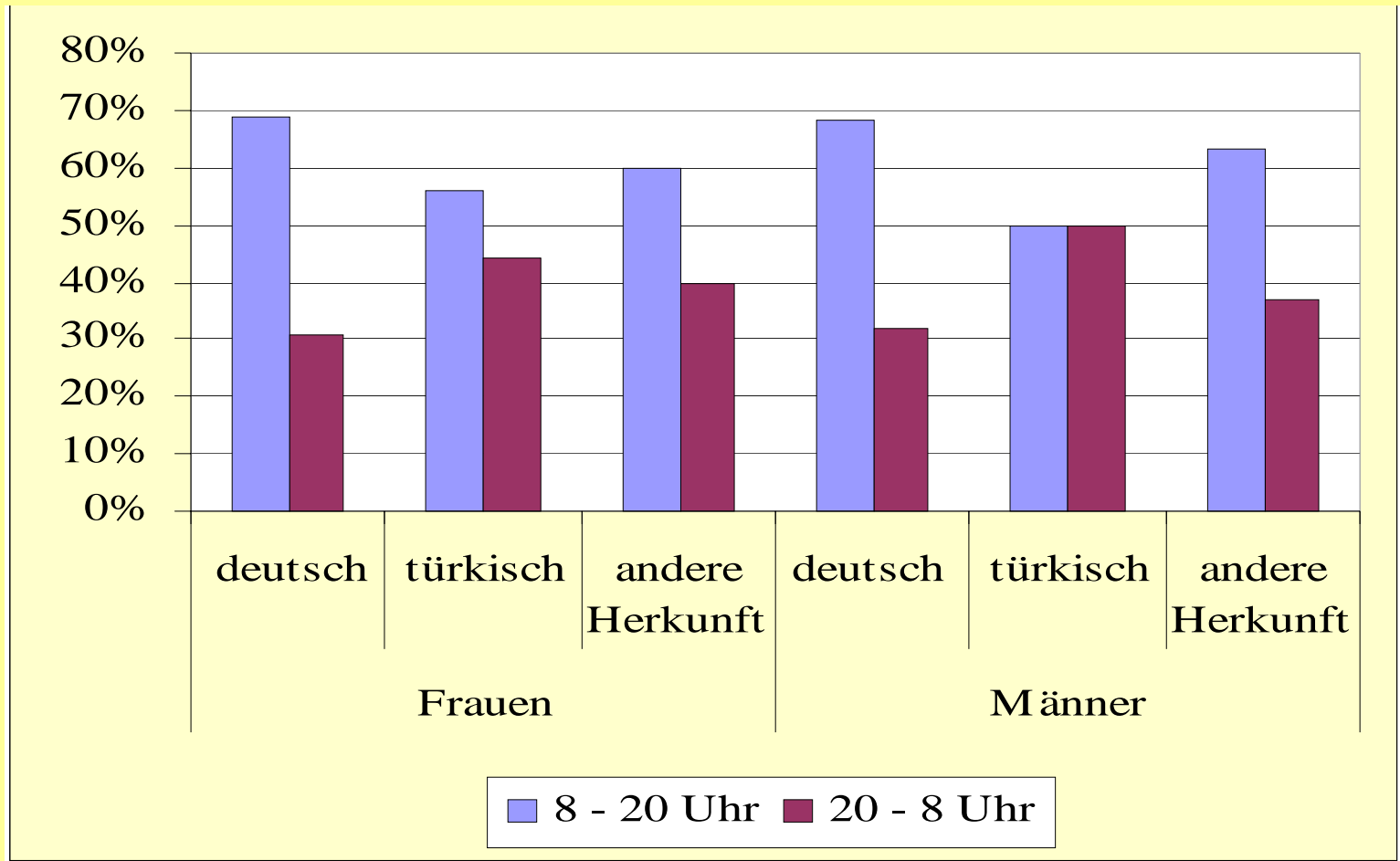
Wie sind Sie in die Notfallambulanz gekommen ?

Frauen

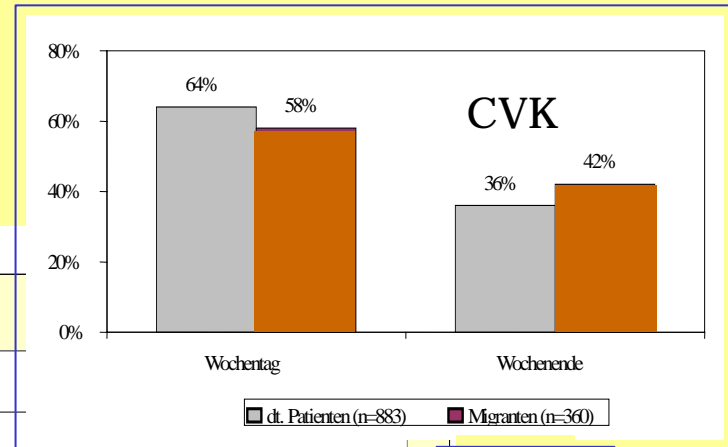
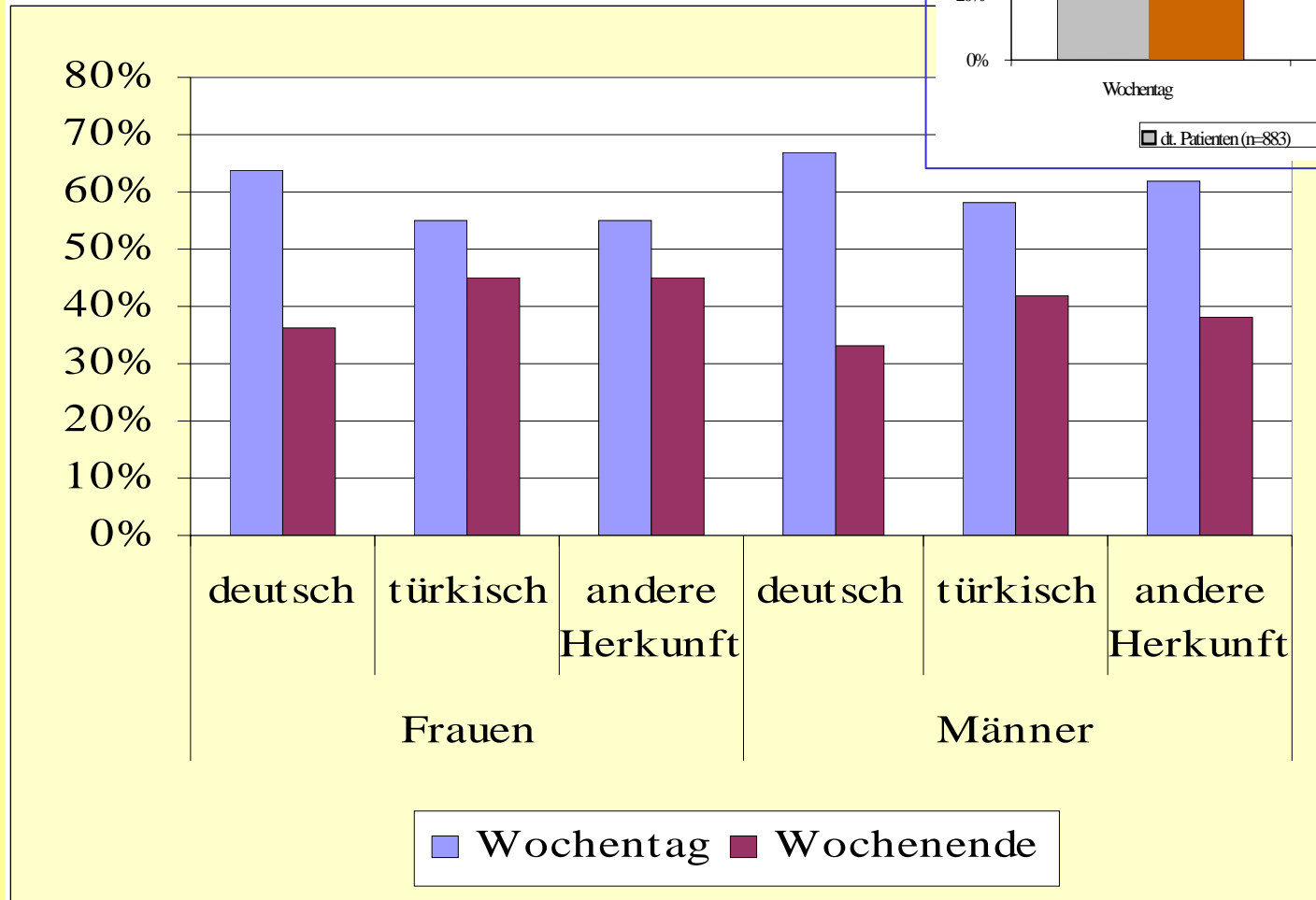
Inanspruchnahme der Notfallambulanz nach Ethnizität



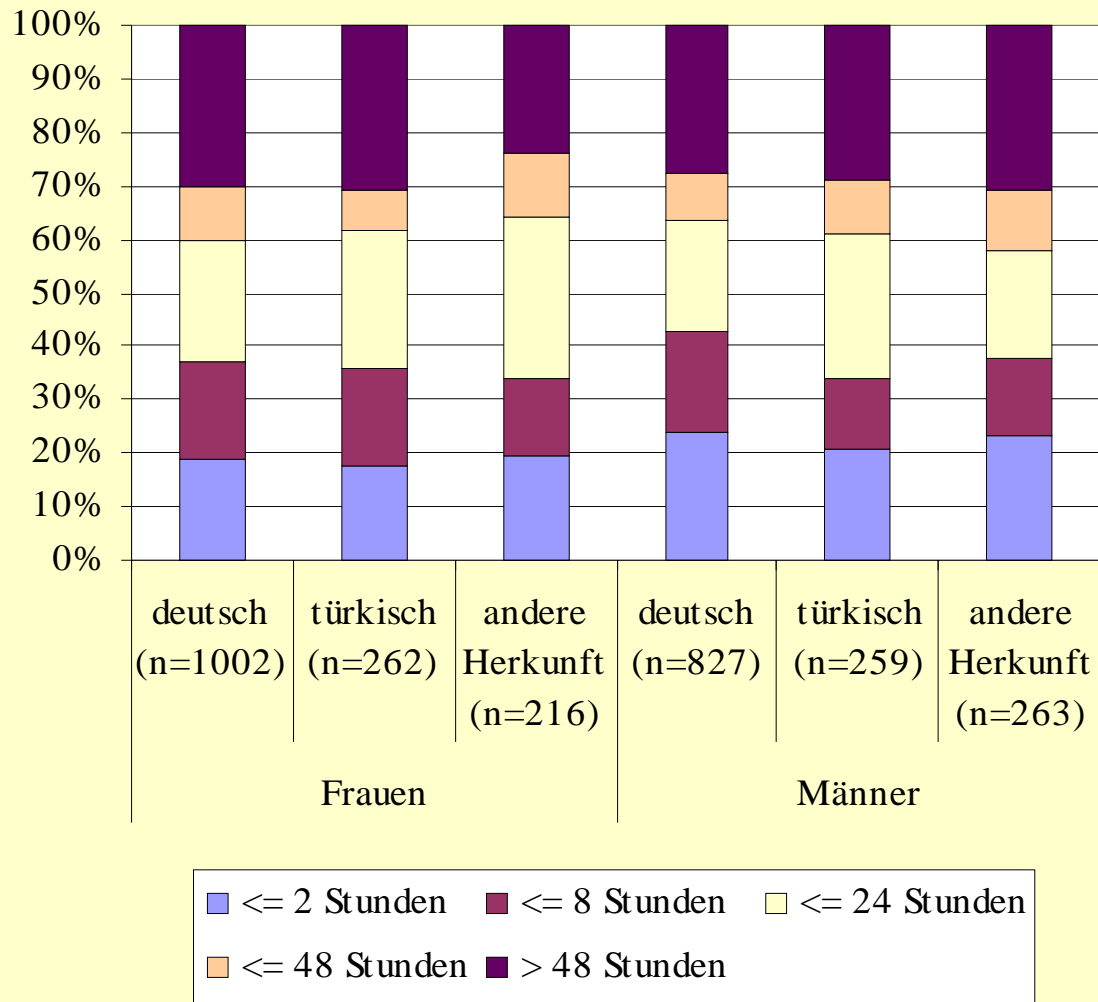
Zusammenfassung der circadianen Nutzung in zwei Zeitfenster



Inanspruchnahme der internistisch-gynäkologischen 1.Hilfe-Stelle durch deutsche und nicht-deutsche Patient/innen *nach Uhrzeit*

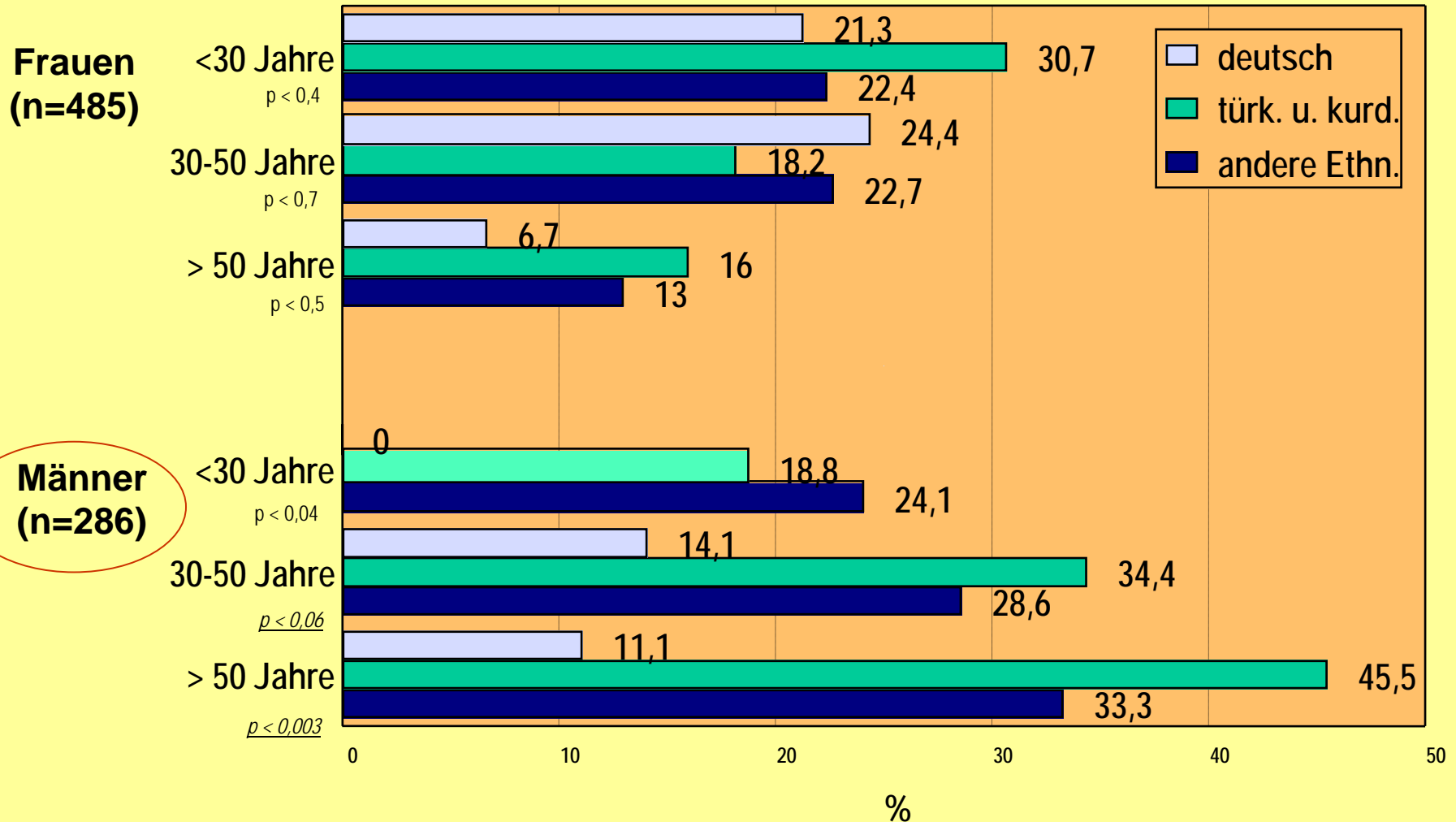


Inanspruchnahme der internistisch-gynäkologischen 1.Hilfe-Stelle des *nach Wochentagen* durch deutsche und nicht-deutsche Patient/inn/en



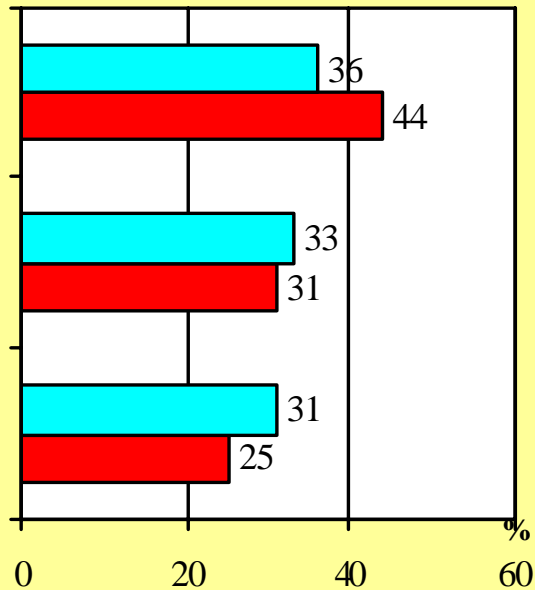
Dauer der Beschwerden bis zum Aufsuchen der Rettungsstelle

Anteil von Patient/inn/en *ohne* Eigenhilfemaßnahme gegen die Beschwerden vor Inanspruchnahme der Notfallambulanz



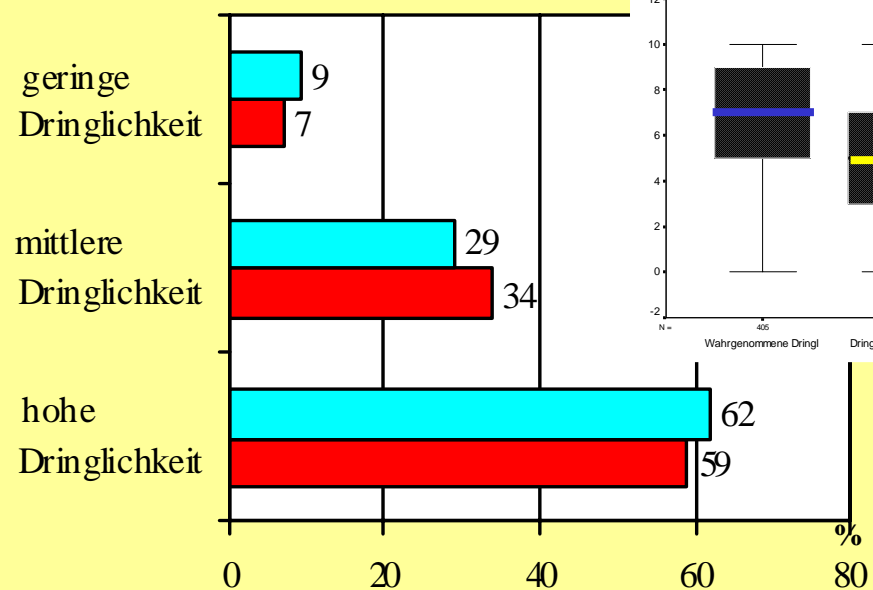
Einschätzung der Behandlungsdringlichkeit

aus Sicht der Ärzte/-innen (n=439)

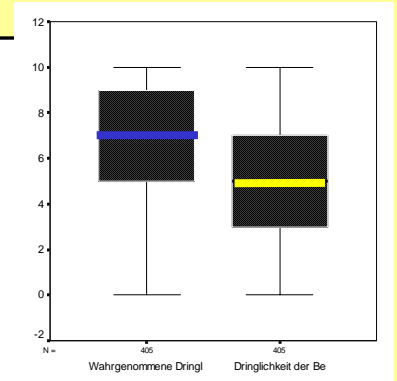


■ Frauen ■ Männer

und der Patienten/-innen (n=743)



■ Frauen ■ Männer



Skalenzusammenfassung: Geringe 0 bis 3, mittlere 4 bis 6 und hohe Dringlichkeit 7 bis 10

Dringlichkeit einer ärztlichen Behandlung aus der Sicht der befragten Patientinnen und Patienten

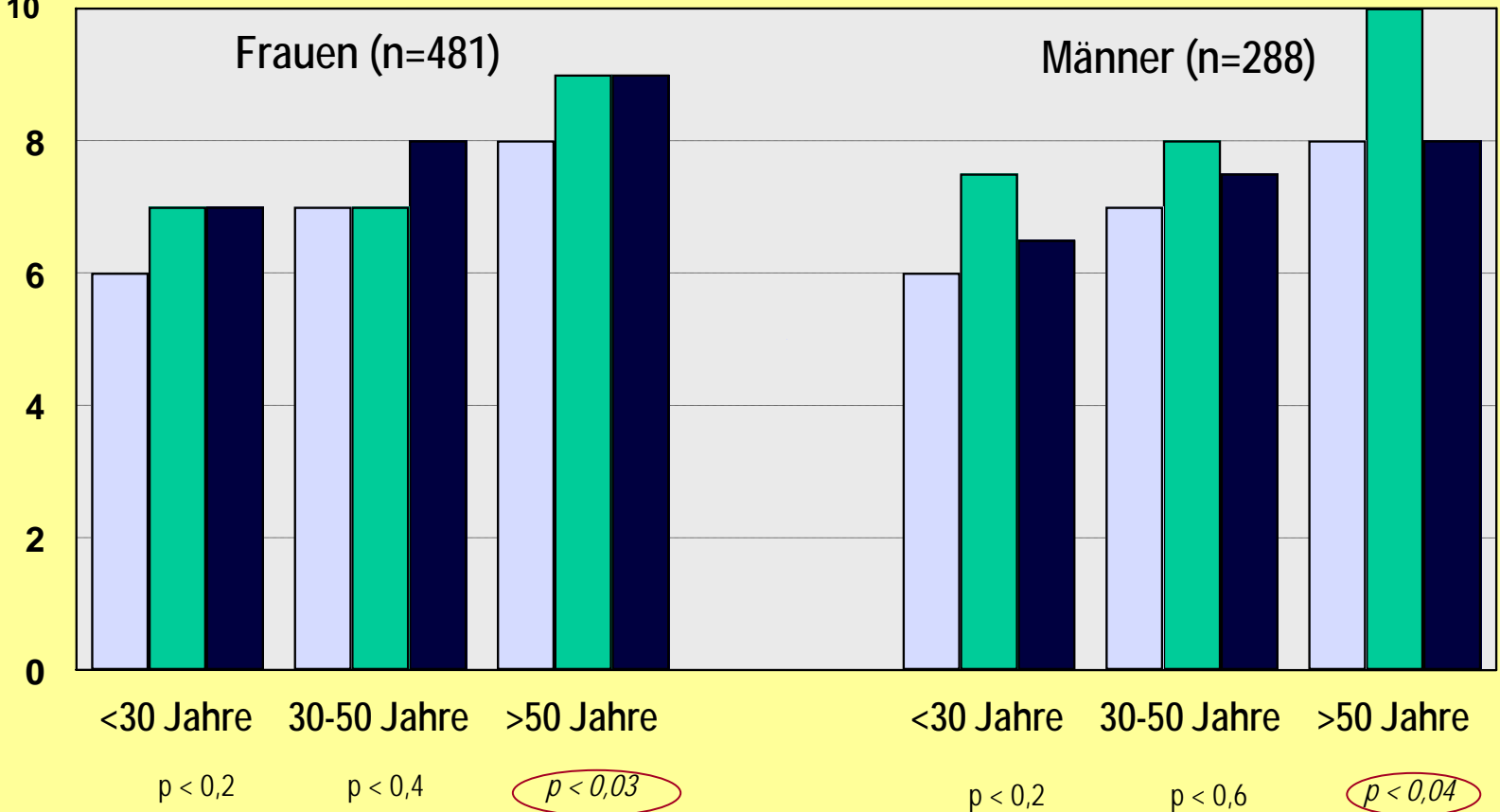
akute
Lebensgefahr



keine
Dringlichkeit

Medianwerte

deutsch türk. u. kurd. andere



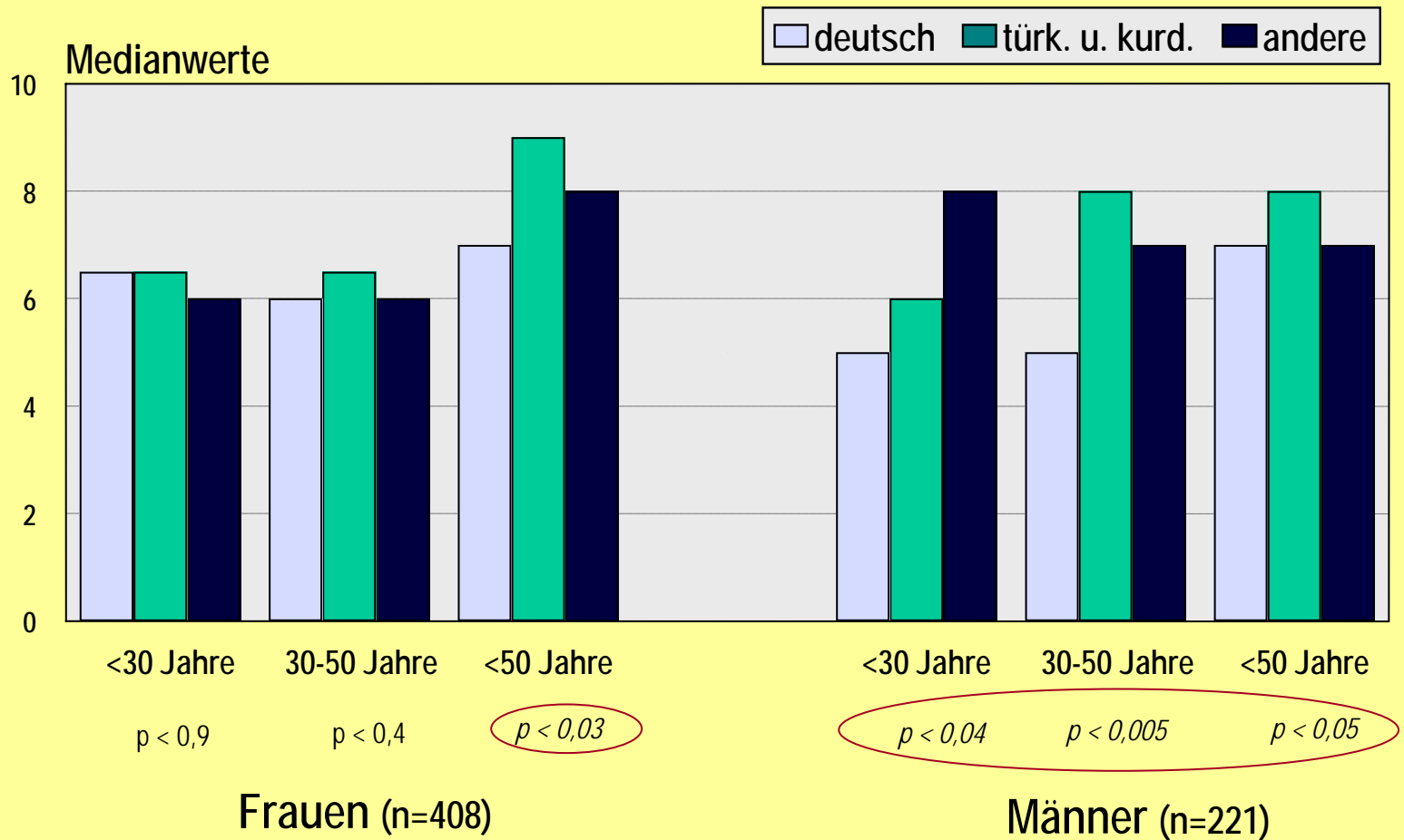
Wahrgenommene Stärke der Schmerzen

nach Geschlecht, Alter und Ethnizität

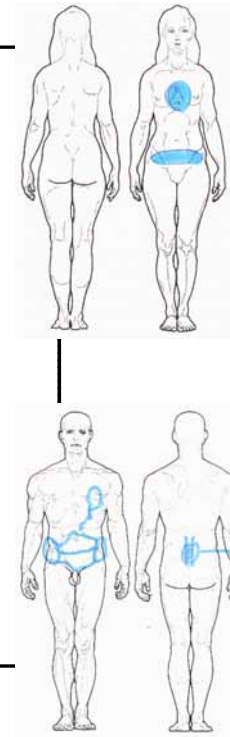
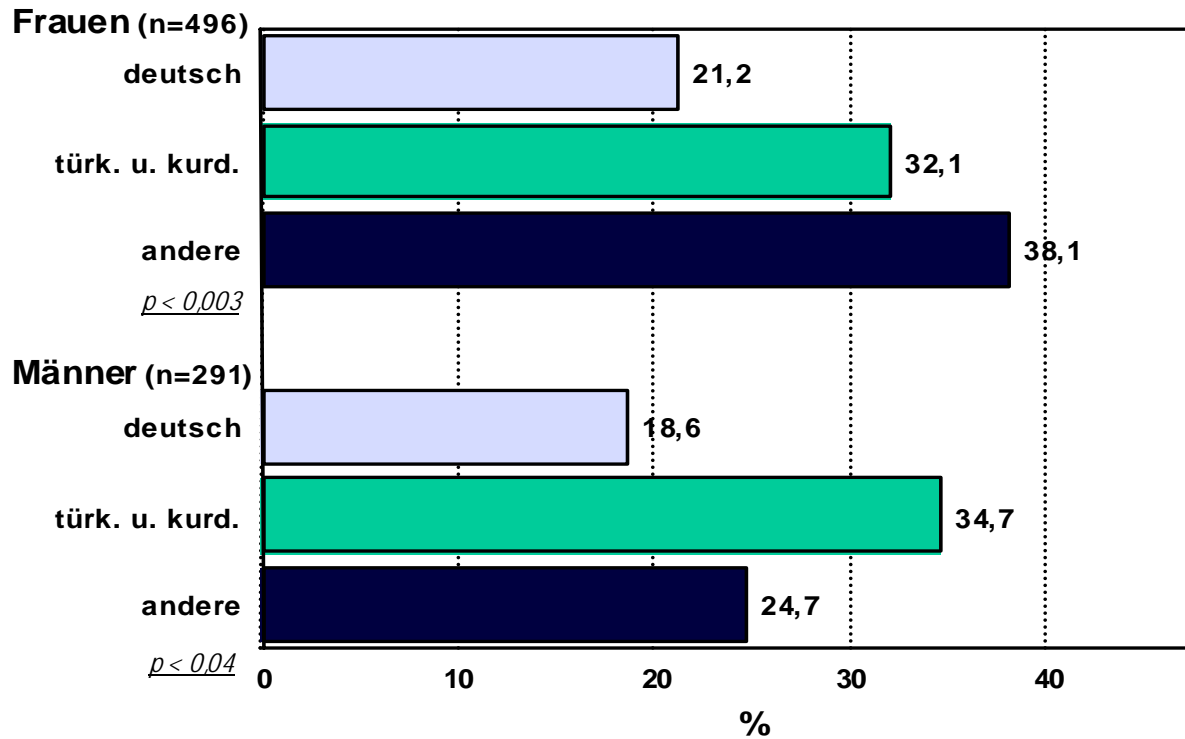
extreme
Schmerzen



keine
Schmerzen



Gibt es das „Mittelmeersyndrom“ ?



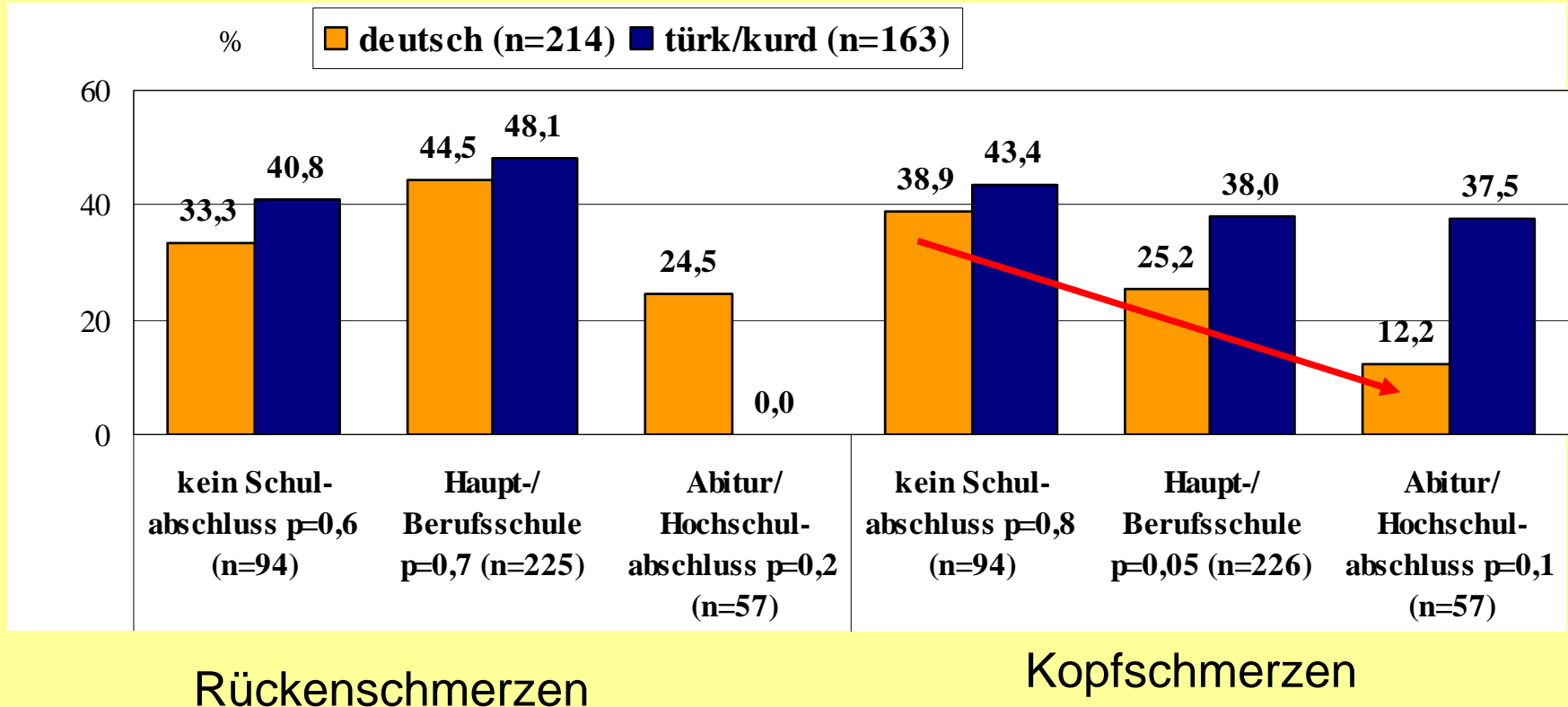
Anteil d. Patienten mit mehr als 5 Schmerzregionen

Einflußfaktor Alter: vor allem ältere Migrantinnen und Migranten gaben deutlich mehr Schmerzregionen an.

Häufige Schmerzen im Alltag

nach Geschlecht, Ethnizität und Bildungsgrad

Frauen

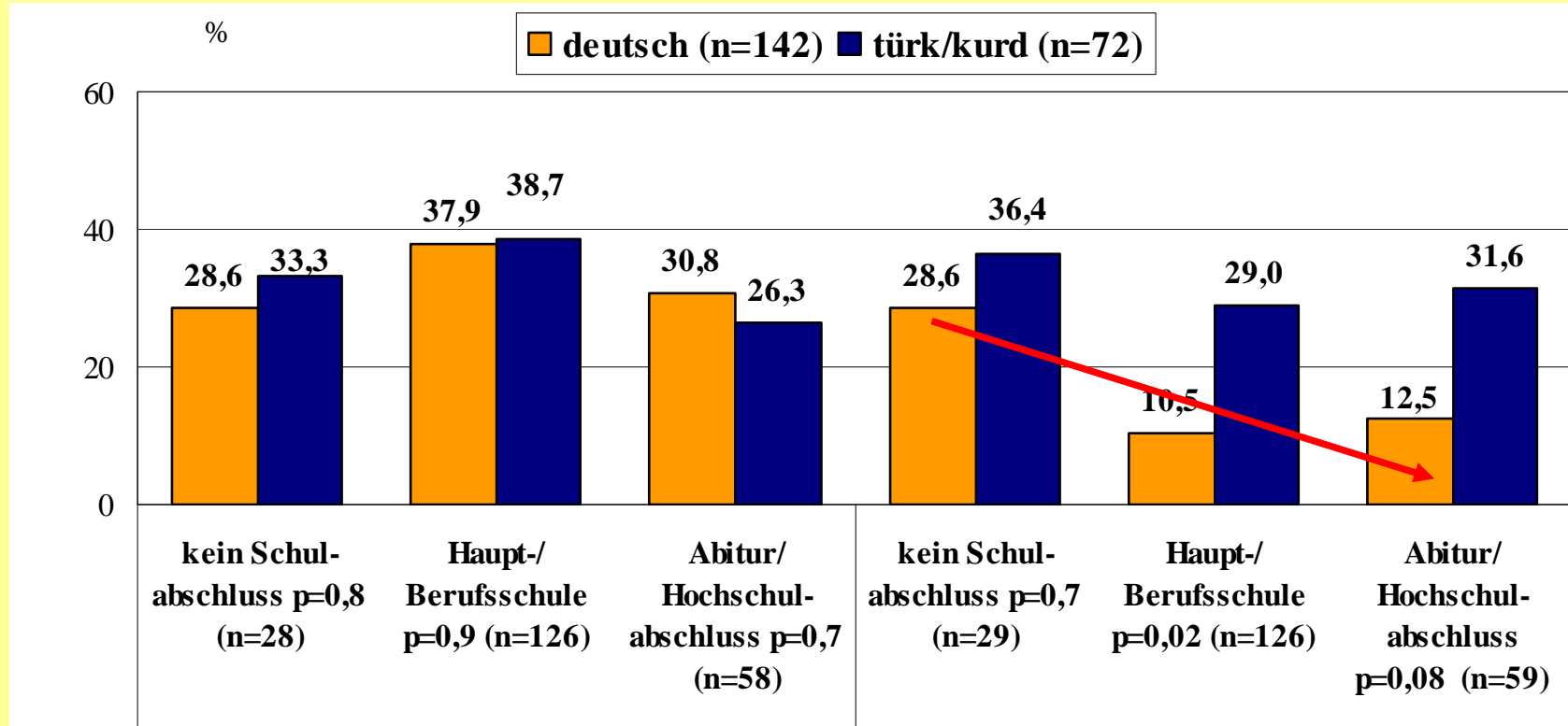


Unterschiede bzgl. Art der Schmerzen
und zwischen deutschen Frauen und Migrantinnen

Häufige Schmerzen im Alltag

nach Geschlecht, Ethnizität und Bildungsgrad

Männer



Rückenschmerzen

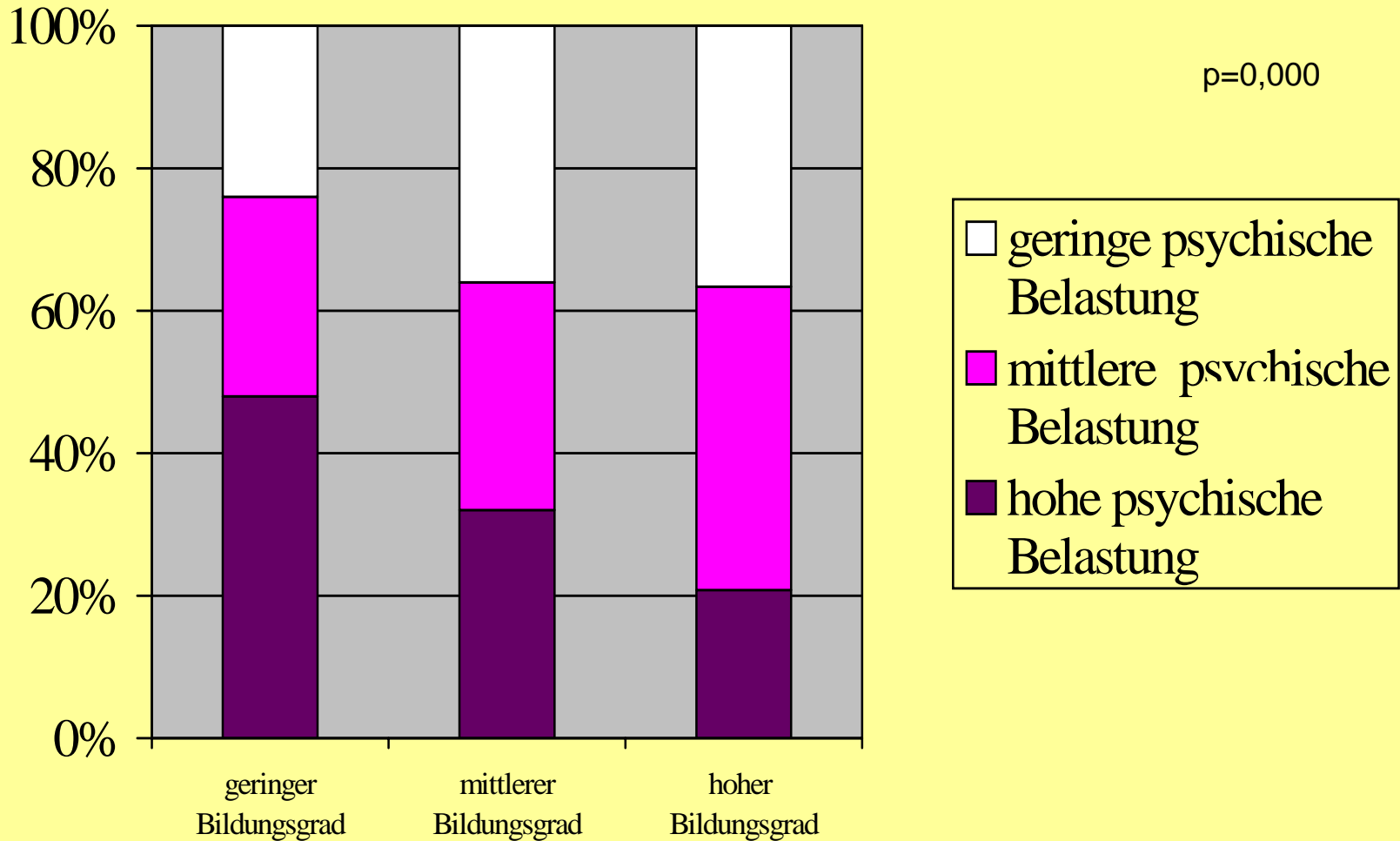
Kopfschmerzen

Allgemeine psychische Belastung der Rettungsstellenpatienten

- Bildung eines Hauptfaktors aus den drei Variablen *Schmerz im Alltag, aktueller Stress/Belastung und Lebenszufriedenheit*
- Einflußfaktoren:
Alter / Geschlecht - *keine* Unterschiede
Ethnizität / Bildungsgrad - *signifikante* Unterschiede

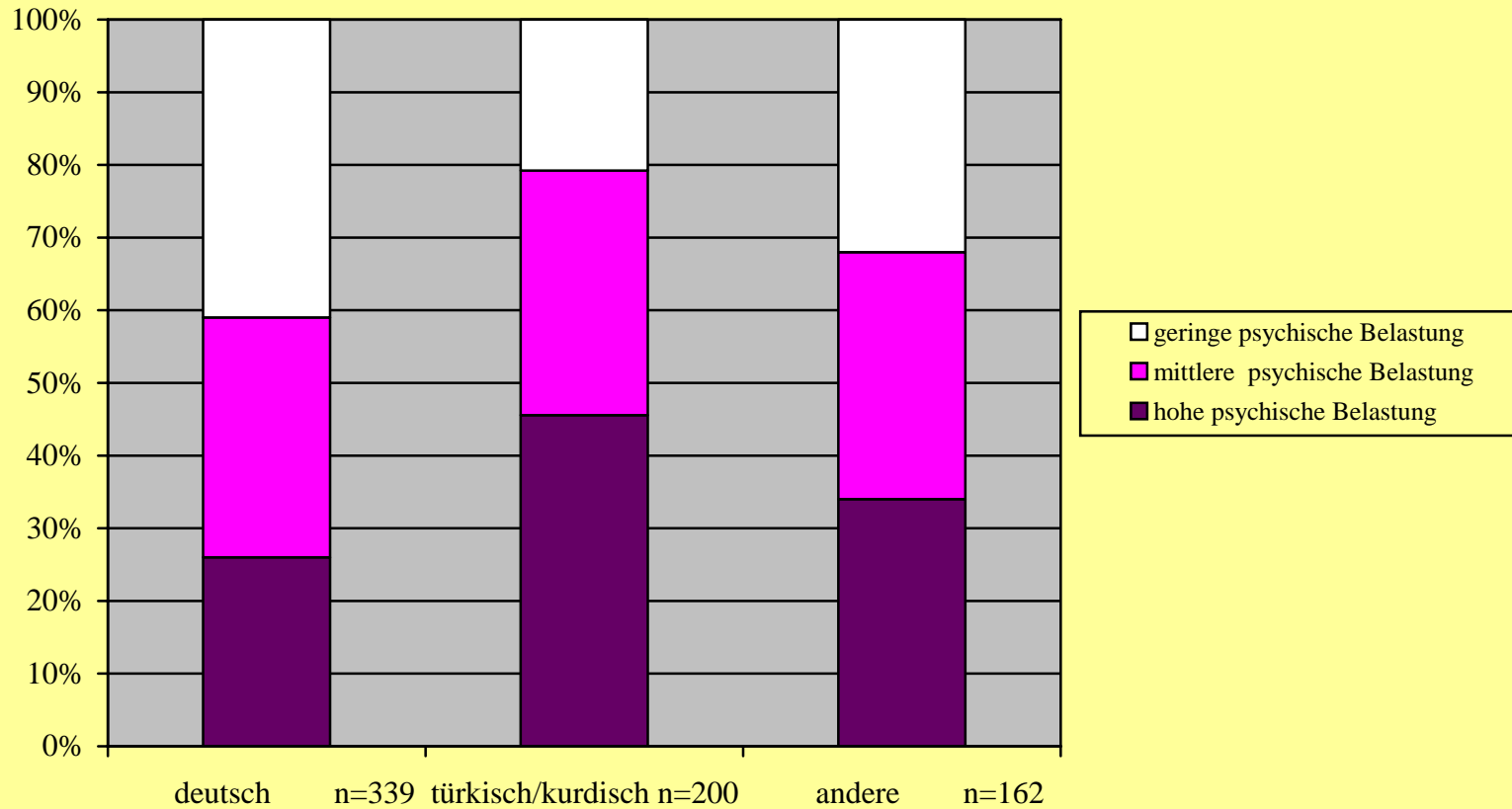


Psychische Belastung (Basis: Faktorwerte) nach Bildungsgrad (in %, n=686)



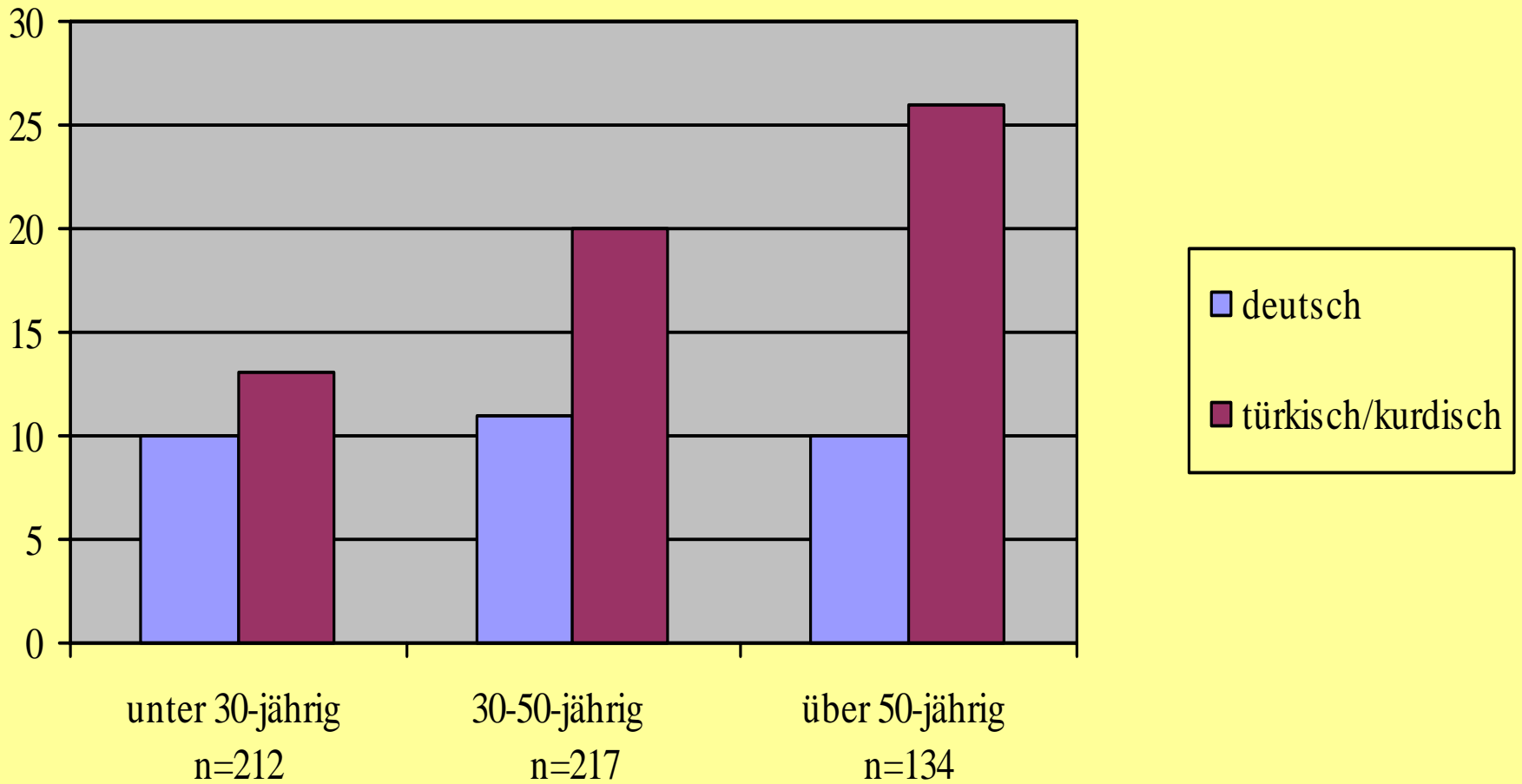
Psychische Belastung (Basis: Faktorwerte) nach Ethnizität, n=701 (%)

p= 0.000



auch bei den türkischstämmigen Befragten mit hohem Bildungsgrad Anteil mit hoher psych. Belastung relativ hoch

Anteil sog. Vielnutzer (> 3 Rettungsstelleninanspruchnahmen in den letzten 12 Monaten) nach Ethnizität (in %)



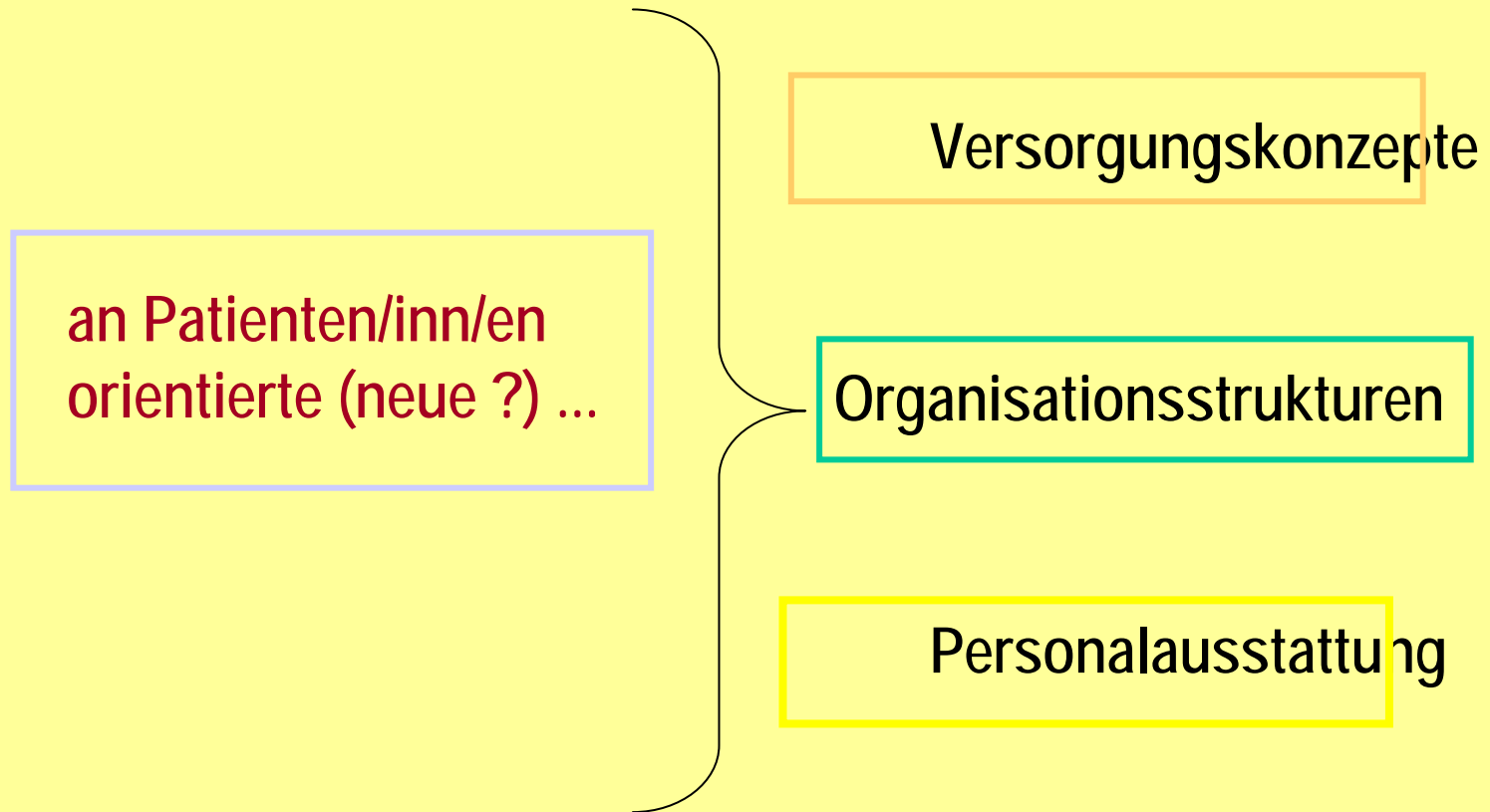
Index für angemessene Inanspruchnahme und Prädiktoren für eine stationäre Aufnahme

- unter sog. **Vielnutzern** signifikant mehr türkischstämmige Patienten, insbesondere Frauen
- insgesamt hoher Anteil **nichterwerbstätiger** Patienten (59%)
- Alter > 30 Jahre, chronische Erkrankung und Vorstellung innerhalb der Öffnungszeiten der Arztpraxen (Mo-Fr. 8-18 Uhr) (**Ethnizität ?**) = **Faktoren für eine adäquate Inanspruchnahme**
- ca. **50%** haben gemäß Index **keine** angemessene Inanspruchnahme
- > 50 Jahre und hohe Dringlichkeitseinschätzung durch Arzt sind signifikante **Prädiktoren für eine stationäre Aufnahme**
- bei stationärer Aufnahme **Ethnizität ohne signifikanten Einfluß**

Schlussfolgerungen aus der Berliner Notfallambulanzstudie

- wichtige **Versorgungsinstanz für untere soziale Schichten und Migranten/innen** bei medizinischen und wohl auch bei psychosozialen Problemen (*überproportionale Nutzung*)
- **Angemessenheit der Inanspruchnahme** im Zusammenhang mit (vorhandenen?) Versorgungskonzepte für ansonsten eher „schwer erreichbare Bevölkerungsgruppen“

mögliche Konsequenzen für die Notfallambulanzen



Strukturelle Problemlösung für unangemessene Inanspruchnahmen von Notfallambulanzen ?

1. Patientenanzahl beschränken

durch Information über alternative ambulante medizinische und psychosoziale Versorgungsmöglichkeiten, Einrichtung von besonderen Notrufsystemen, wo Patienten zunächst telefonisch um Rat fragen können

2. Abweisen & Weiterleiten an andere Versorgungseinrichtung

3. Veränderungen innerhalb der Notfallambulanzen

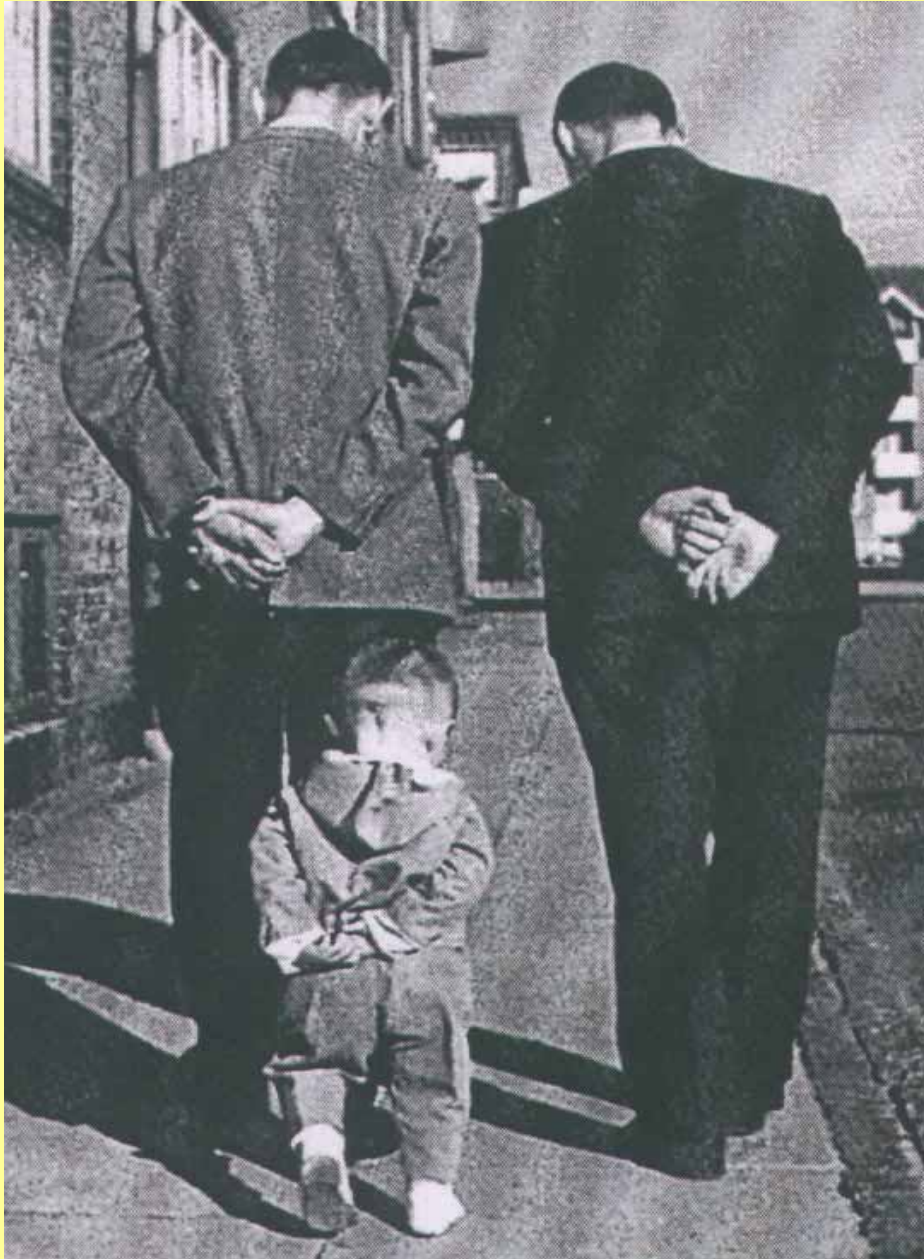
neue Selbstdefinition, Umstrukturierung, Anpassung an tatsächliche Bedürfnisse der Patienten klientel

4. Einführung verbindliche Maßnahmen des "*ethnic monitoring*" in den Klinischen Notfallambulanzen

Vorteile einer guten Notfallambulanz(struktur) für die Krankenhäuser

- Patientenzufriedenheit ↑
- Festigung Kooperation mit niedergelassenen Ärzten
(bei Ein-/ Überweisung)
- Anteil stationärer Aufnahmen ↑
- Patientenbindung (Angehörige !)
- Eingehen auf den perspektivisch
zunehmenden Migranten-Anteil ...





Vielen Dank !

M I G R A T I O N UND SEELISCHE GESUNDHEIT

Psychische Potentiale und Belastungen

5. Migrations-Symposium der Charité-Frauenklinik
im Rahmen des 12. Kongress „Armut und Gesundheit“



in Kooperation mit der Medizinischen Klinik m. S. Psychosomatik der
Charité Universitätsmedizin Berlin und der Deutschen Gesellschaft
für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe (DGPF e.V.)

Herzliche Einladung nach
Berlin
in´s Rathaus Schöneberg
zum Wiss. Symposium am
1. 12. 2006
und zwei Workshops am
1. und 2. 12. 2006