

Aus dem Institut für Allgemeinmedizin der Medizinischen Fakultät
der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. Stefan Wilm

Die Rolle der Begleitperson in der hausärztlichen Sprechstunde aus
Sicht von Patientinnen und Patienten mit einem türkischen
Migrationshintergrund und ohne einen solchen im Vergleich.

Eine explorative Studie.

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin der
Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

vorgelegt von
Franziska Randerath
2022

Als Inauguraldissertation gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

gez.:

Dekan: Prof. Dr. med. Nikolaj Klöcker

Erstgutachter: Prof. Dr. med Stefan Wilm

Zweitgutachter: Prof. Dr. Heiner Fangerau

Diese Arbeit widme ich den
wichtigsten Menschen meines
Lebens: Simon Randerath und
Katharina Groß, sowie meiner
Familie.

Teile dieser Arbeit wurden veröffentlicht:

Groß, Franziska/Vera Kalitzkus/Stefan Wilm (2018): Die Rolle der Begleitperson in der hausärztlichen Sprechstunde – Begleitete Patienten/ Patientinnen mit und ohne türkischen Migrationshintergrund im Vergleich. Eine explorativ-qualitative Befragung, *Vortrag auf dem 52. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) in Innsbruck (AU)*, [online] doi:10.3205/18degam022.

<https://www.egms.de/static/en/meetings/degam2018/18degam022.shtml>

Zusammenfassung

Zur Begleitung von Patientinnen und Patienten in deutschen, hausärztlichen Praxen existieren bisher keine Studien. Dabei zeigten Beobachtungen in einem hausärztlichen Praktikum, dass ein hoher Anteil der Patientinnen und Patienten begleitet zur hausärztlichen Sprechstunde erscheint; Patientinnen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund wurden dabei häufiger begleitet als zu behandelnde Personen ohne Migrationshintergrund. Ziel dieses Forschungsprojekts ist es, die Rollen und Motive für die Mitnahme einer Begleitperson sowie soziodemografische Daten der Patientinnen und Patienten und ihrer Begleitpersonen zu untersuchen, sowie die Häufigkeit einer Begleitung zu erfassen. Dabei werden Unterschiede zwischen Patientinnen und Patienten mit einem türkischen Migrationshintergrund und ohne einen solchen untersucht.

Nach einwöchiger Pilotierung erfolgte in einer sechswöchigen Erhebungsphase in sechs Praxen von Hausärztinnen und Hausärzten mit einem türkischen Migrationshintergrund und ohne einen solchen eine Befragung begleiteter Patientinnen und Patienten per leitfadengestütztes Kurzinterview. Einer Auswertung der Ergebnisse in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring folgte eine deskriptive Darstellung der Häufigkeiten.

Von allen im Erhebungszeitraum ($n = 1155$) erfassten Patientinnen und Patienten wurden 27 % ($n = 309$) begleitet. Patientinnen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund ($n = 313$) integrierten mit 47 % ($n = 148$) häufiger eine Begleitperson als Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund ($n = 797$) mit einer Begleitung in 19 % ($n = 153$) der Fälle. Von 309 begleiteten Patientinnen und Patienten wurden 124 interviewt, und 107 dieser Interviews fanden Eingang in die Auswertung. Die Analyse der soziodemografischen Daten der befragten Patientinnen und Patienten zeigte, dass diese überwiegend 18 bis 29 Jahre (vermehrt in der Gruppe mit türkischem Migrationshintergrund) oder 70 bis 79 Jahre alt (verstärkt in der Gruppe ohne Migrationshintergrund), weiblich und verheiratet waren. Die häufigsten Motive für die Mitnahme einer Begleitung waren der Wunsch nach einem Einbeziehen der Familie in das Krankheitsgeschehen, emotionale Unterstützung und Gewohnheit. Die Begleitpersonen stammten zu 95 % aus dem familiären Umfeld der Patientinnen und Patienten und wurden mehrheitlich als positiv (88 %) beschrieben.

Begleitete Patientinnen und Patienten mit einem türkischen Migrationshintergrund und ohne einen solchen unterscheiden sich zwar hinsichtlich ihres Alters, ihres Bildungsstands und der Beziehung zu ihrer Begleitperson, jedoch kaum in Bezug auf die genannten Motive und die positive Bewertung der Begleitung. Da die Begleitpersonen in beiden Gruppen überwiegend aus dem familiären Umfeld stammten, ergibt sich durch die Begleitung eine Chance für den familienmedizinischen Ansatz in der hausärztlichen Praxis. Die Begleitung von Patientinnen und Patienten in die Sprechstunde stellt ein in diesem Kontext relevantes Thema dar, das seitens der Hausärztinnen und Hausärzte als ein solches wahrgenommen werden sollte. Weiterer Forschungsbedarf besteht zu der Frage, wie sehr die Begleitung von Patientinnen und Patienten die ärztliche Konsultation beeinflusst und welche Potenziale oder Konflikte durch sie entstehen. Hierzu sollte auch die ärztliche Sichtweise erfasst werden. Eine weitere Differenzierung zwischen Patientinnen und Patienten mit einem türkischen Migrationshintergrund und ohne einen solchen erscheint hier als sinnvoll, da sich durch eine vertiefende Betrachtung der Gruppen Unterschiede prüfen lassen und die resultierenden Handlungsempfehlungen eine kultursensible Behandlung in der hausärztlichen Praxis fördern können.

Abstract

There are currently no studies examining the accompaniment of patients in German general practitioner practices. Observations made during a GP internship have shown that a high proportion of patients attend the GP consultation accompanied. In particular, patients with a Turkish migration background are accompanied more frequently than those without a migration background. The aim of this research project is to investigate the roles and motives for bringing an accompanying person, collect sociodemographic data of the patients and their accompanying persons, and record the frequency of accompaniment. Differences between patients with and without a Turkish migration background will be investigated.

After a one-week pilot phase, a survey of accompanied patients with and without a Turkish migration background was conducted in six practices of general practitioners over six weeks using a guideline-based short interview. The results were evaluated according to Mayring's qualitative content analysis and presented by means of descriptive presentation of the frequencies.

Of all the patients recorded in the survey period ($n = 1155$), 27 % ($n = 309$) were accompanied. Patients with a Turkish migration background ($n = 313$) were accompanied by another person more frequently (47 %, $n = 148$) than patients without a migration background ($n = 797$), who were accompanied in 19 % ($n = 153$) of cases. Of 309 accompanied patients, 124 were interviewed, and 107 of these interviews were included in the analysis. The analysis of the sociodemographic data of the interviewed patients showed that they were predominantly 18 to 29 years old (more frequent in the group with Turkish migration background) or 70 to 79 years old (more frequent in the group without migration background), female, and married. The most common motives for bringing a companion were family involvement in the disease process, emotional support, and companionship out of habit. Overall, 95 % of accompanying persons came from the patient's family environment, and their presence was mostly described as positive (88 %).

Accompanied patients with and without a Turkish migration background differed in terms of age, level of education, and relationship to their companion but hardly in terms of the motives mentioned and the positive evaluation of the accompaniment. Because the companions in both groups were predominantly from the family environment, this circumstance provides an opportunity for the family medicine approach to be implemented in family practices. Accompanying patients to consultations is a relevant topic in family practices, which should be taken into account by family physicians. Further research is needed to examine how much the accompaniment of patients influences the medical consultation as well as the potential benefits or conflicts that may arise as a result. For this purpose, the physician's perspective on accompaniment should also be considered. Further differentiation between patients with and without a Turkish migration background is also relevant in this context, as differences can be examined by further observation of the groups. Recommendations for actions derived from such research could improve culturally sensitive treatment in family practices.

Abkürzungsverzeichnis

DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
ICD	<i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i>
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MFA	Medizinische Fachangestellte
PubMed	<i>Public Medicine (Datenbank des National Institutes of Health)</i>
ULB	Universitäts- und Landesbibliothek

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Patientinnen und Patienten und ihre Begleitpersonen	1
1.2	Patientinnen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund in Deutschland ..	3
1.3	Ziele der Arbeit	4
2	Material und Methoden	5
2.1	Literaturrecherche	6
2.2	Methodisches Vorgehen	7
2.2.1	Auswahl der Praxen von Hausärztinnen und Hausärzten	8
2.2.2	Auswahl der Patientinnen und Patienten	8
2.3	Datenerhebung	9
2.3.1	Beobachtungswoche	10
2.3.2	Pilottest	11
2.3.3	Entwicklung des Erhebungsinstruments	11
2.3.4	Informationen für die Patientinnen und Patienten, Teilnahmeerklärung, Datenschutz und Ethikantrag	12
2.3.5	Ablauf der Datenerhebung	13
2.4	Auswertungsphase	16
2.4.1	Vorgehen bei der Auswertung der Interviews	16
2.4.2	Vorgehen bei der Auswertung der soziodemografischen Daten	16
2.4.3	Entwicklung des Kategoriensystems zur Auswertung der Interviews	17
2.4.4	Vorgehen bei der Auswertung der Zählung von Patientinnen und Patienten	33
3	Ergebnisse	33
3.1	Soziodemografische Daten der begleiteten Patientinnen und Patienten	33
3.1.1	Daten von Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund	34
3.1.2	Daten von Patientinnen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund	35
3.1.3	Daten von Patientinnen und Patienten mit anderem Migrationshintergrund	35
3.2	Behandlungsanlässe und chronische Erkrankungen begleiteter Patientinnen und Patienten	37
3.2.1	Behandlungsanlässe und chronische Erkrankungen von Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund	38
3.2.2	Behandlungsanlässe und chronische Erkrankungen von Patientinnen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund	39
3.2.3	Behandlungsanlässe und chronische Erkrankungen von Patientinnen und Patienten anderer Herkunft	39
3.3	Soziodemografische Daten der Begleitpersonen	42
3.3.1	Daten der Begleitpersonen ohne Migrationshintergrund	42
3.3.2	Daten der Begleitpersonen mit türkischem Migrationshintergrund	43
3.3.3	Daten der Begleitpersonen anderer Herkunft	44

3.4	Behandlungsanlässe der Begleitpersonen im Falle gegenseitiger Begleitung.....	46
3.4.1	Behandlungsanlässe der Begleitpersonen ohne Migrationshintergrund im Falle gegenseitiger Begleitung	46
3.4.2	Behandlungsanlässe der Begleitpersonen mit türkischem Migrationshintergrund im Falle gegenseitiger Begleitung	47
3.4.3	Behandlungsanlässe der Begleitpersonen anderer Herkunft im Falle gegenseitiger Begleitung	47
3.5	Verhältnis der Patientinnen und Patienten zu den Begleitpersonen	48
3.5.1	Verhältnis der Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund zu den Begleitpersonen	49
3.5.2	Verhältnis der Patientinnen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund zu den Begleitpersonen	50
3.5.3	Verhältnis der Patientinnen und Patienten anderer Herkunft zu den Begleitpersonen.	50
3.6	Aufgaben der Begleitpersonen und Einschätzung aus Sicht der befragten Patientinnen und Patienten	52
3.6.1	Organisation	52
3.6.2	Kommunikation.....	54
3.6.3	Soziale Unterstützung	56
3.6.4	Einschätzung der Auswirkung der Begleitung auf die Konsultation durch die Patientinnen und Patienten	58
3.7	Ergebnisse der Zählung begleiteter und unbegleiteter Patientinnen und Patienten..	62
4	Diskussion	69
4.1	Rolle der Begleitperson in der hausärztlichen Sprechstunde	69
4.2	Rolle der Begleitpersonen in der hausärztlichen Sprechstunde bei Patientinnen und Patienten mit einem türkischen Migrationshintergrund und ohne einen solchen im Vergleich	76
4.3	Soziodemografische Daten der begleiteten Patientinnen und Patienten sowie ihrer Begleitpersonen	80
4.4	Soziodemografische Daten begleiteter Patientinnen und Patienten mit einem türkischen Migrationshintergrund und ohne einen solchen sowie ihrer Begleitpersonen im Vergleich.....	85
4.5	Häufigkeit der Begleitung von Patientinnen und Patienten	90
4.6	Limitationen und Stärken	93
4.7	Schlussfolgerungen und Ausblick	94
	Literaturverzeichnis	99
	Anhang	105

1 Einleitung

Während meines hausärztlichen Praktikums machte ich die Beobachtung, dass Patientinnen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund häufig Familienmitglieder in die hausärztliche Sprechstunde mitbrachten. Eine Sichtung bestehender Literatur zeigte, dass die hausärztliche Konsultation üblicherweise als Interaktion zwischen zwei Parteien, den Hausärztinnen und Hausärzten sowie ihren Patientinnen und Patienten, verstanden wird. Zugleich weisen Studien aus den USA, Europa und anderen Ländern nach, dass Patientinnen und Patienten nicht selten in Begleitung zur hausärztlichen Konsultation erscheinen. Literatur, aus der die Situation in deutschen Praxen von Hausärztinnen und Hausärzten bezüglich der Motive einer Begleitung, der Rolle der Begleitpersonen und der möglichen Unterschiede nach der Herkunft der Patientinnen und Patienten hervorgeht, existiert bisher nicht. Allerdings gibt es Hinweise auf Abweichungen in der Nutzung medizinischer Angebote durch Patientinnen und Patienten unterschiedlicher kultureller Herkunft. Die vorliegende Arbeit ist daher der Erforschung von Patientinnen und Patienten gewidmet, die in Begleitung in deutschen Praxen von Hausärztinnen und Hausärzten erscheinen, darüber hinaus den Motiven zur Begleitpersonenmitnahme. Im Fokus steht dabei auch die Herkunft der Patientinnen und Patienten.

1.1 Patientinnen und Patienten und ihre Begleitpersonen

Nach aktueller Studienlage liegen verschiedene Definitionen von begleiteten Patientinnen und Patienten vor. So beobachteten Schilling et al. (2002) sowohl Patientinnen und Patienten, die in Begleitung im Untersuchungsraum erschienen, als auch Patientinnen und Patienten, deren Begleitpersonen während der hausärztlichen Konsultation im Warteraum warteten. Eine andere Studie schloss begleitete Patientinnen und Patienten ein, deren Begleitung in die Konsultation integriert war und Möglichkeiten hatte, Einfluss auf die Kommunikation und die Entscheidungsfindung zu nehmen (Laidsaar-Powell et al., 2013). Begleitete Patientinnen und Patienten wurden mehrheitlich als ältere Patientinnen und Patienten beschrieben (Laidsaar-Powell et al., 2013; Wolff und Roter, 2011), die überwiegend weiblich waren (Turabian et al., 2016; Wolff und Roter, 2011) und einen niedrigen Bildungsabschluss aufwiesen (Laidsaar-Powell et al., 2013; Wolff und Roter, 2011). Begleitete Patientinnen und Patienten berichteten in mehreren Studien über einen schlechteren gesundheitlichen Zustand als unbegleitete Patientinnen und Patienten (Laidsaar-Powell et al., 2013; Wolff und Roter, 2011). Brown et al. (1998) beschrieben Begleitpersonen als an der Interaktion zwischen Ärztin oder Arzt und Patientin oder Patient

Teilnehmende und damit als in die hausärztliche Konsultation integriert, und Wolff et al. (2017) definierten Begleitpersonen als unbezahlte Familienmitglieder oder Freundinnen beziehungsweise Freunde, die Patientinnen und Patienten zu ihrem Hausarzt- oder Hausärztinnenbesuch begleiteten. Turabian et al. (2016) erachteten Begleitpersonen sowohl als Personen, die an der hausärztlichen Konsultation teilnahmen, als auch als Personen, die anstelle der Patientin oder des Patienten die hausärztliche Konsultation antraten.

Begleitpersonen werden in der bestehenden Literatur als im Vergleich mit den zu begleitenden Patientinnen und Patienten jünger und als weiblich beschrieben (Turabian et al., 2016; Wolff und Roter, 2011). Turabian et al. (2016) zufolge sind Begleitpersonen überwiegend ungelernete Arbeitende, somit eher einem niedrigeren Bildungsniveau zuzuordnen, und sie litten unter durchschnittlich zwei chronischen Erkrankungen. Häufig hatten Begleitpersonen die Rolle der Ehepartnerin oder des Ehepartners der Patientinnen und Patienten (Turabian et al., 2016; Sharp und Hobson, 2016; Wolff und Roter, 2011).

Die Rolle der Begleitpersonen wurde in einer Studie von Schilling et al. (2002) aus Sicht der Patientinnen und Patienten beschrieben: Hier waren Begleitpersonen insbesondere für die Hilfe beim Transport zuständig, für ein besseres Verständnis der Hausärztin oder des Hausarztes, aber auch der Patientin oder des Patienten selbst. Ebenso bestand ihre Funktion darin, Gesellschaft zu leisten, Unterstützung im Äußern von Bedenken gegenüber der Hausärztin oder dem Hausarzt zu leisten und ein besseres Erinnern der medizinischen Anweisungen zu ermöglichen (Schilling et al., 2002). Ein Review fasste die Rollen der in fünf Studien untersuchten Begleitpersonen zusammen und beschrieb insbesondere Beruhigung, emotionale Unterstützung und das Leisten von Gesellschaft, aber auch eine erleichterte Patientenkommunikation oder Patientinnenkommunikation mit der Hausärztin oder dem Hausarzt und die Weitergabe respektive Klärung von Informationen der Historie der Patientinnen und Patienten als Motive von Patientinnen und Patienten, eine Begleitperson zu integrieren (Wolff und Roter, 2011). Gemäß Laidsaar-Powell et al. (2013) sind die am häufigsten eruierten Rollen einer Begleitperson: Unterstützung bei der Logistik, etwa Hilfe beim Transport und körperliche Assistenz, Unterstützung beim Informationsaustausch, emotionale Unterstützung und Integration eigener Bedürfnisse in die Konsultation. Hier wurde zwischen chronisch erkrankten Patientinnen und Patienten, die viel Wert auf emotionale Unterstützung und Hilfe beim Informationsaustausch legten, und Patientinnen und Patienten aus dem primärmedizinisch-hausärztlichen Setting unterschieden, die insbesondere logistische Unterstützung und Hilfe beim Informationsaustausch schätzten (Laidsaar-Powell et al., 2013). Ellingson (2002) wies nach,

dass Begleitpersonen unter anderem bei der Erinnerung von Informationen halfen, emotionale Unterstützung boten, Notizen anfertigten, bei der Entscheidungsfindung halfen, Gesellschaft leisteten und befürwortend und dolmetschend fungierten. Kausar et al. (2013) beschrieben in einer Studie zur Begleitung von Patientinnen und Patienten in ein pakistanisches Krankenhaus, die Rollen der Begleitpersonen seien: emotionale Unterstützung, Hilfe beim Transport, Äußern von Bedenken, Erinnern von Anweisungen der behandelnden Personen und Erleichtern von Entscheidungen der Patientinnen und Patienten.

Begleitfrequenzen von 16 % (Schilling et al., 2002), 24 % (Turabian et al., 2016) und 30 % (Brown et al., 1998), wurden festgehalten. Eine Studie, die den Fokus besonders auf die Primärversorgung chronisch kranker Patientinnen und Patienten richtete, brachte eine Begleitungsrate von 48 % in der hausärztlichen Sprechstunde hervor (Rosland et al., 2011). Auch wenn das Phänomen der Begleitung bereits in den Fokus wissenschaftlicher Studien gerückt wurde, ist es insgesamt und insbesondere für Deutschland zu wenig erforscht.

1.2 Patientinnen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund in Deutschland

Einen Migrationshintergrund hat eine Patientin oder ein Patient, „*wenn sie selbst oder mindestens ein Elternteil die deutsche Staatsangehörigkeit nicht durch Geburt besitzt*“ (Statistisches Bundesamt, 2020). Die vorstehende Definition wurde auch in der im Kontext dieser Arbeit präsentierten Studie zugrunde gelegt. Ein türkischer Migrationshintergrund ist in Deutschland am häufigsten vertreten. 2018 hatten 20,7 Millionen Menschen hierzulande einen Migrationshintergrund, hiervon stammten 2,7 Millionen und somit 13 % aus der Türkei (Statistisches Bundesamt, 2020). Dabei zeigen Studien, dass Patientinnen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund ein ähnliches Verhalten in Bezug auf die Inanspruchnahme von hausärztlicher Versorgung aufweisen wie Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund: Die Hausärztin oder der Hausarzt wird bei einer Erkrankung als primäre Ansprechpartnerin oder primärer Ansprechpartner gesehen (Bungartz et al., 2011). Patientinnen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund klagten in einer qualitativen Studie über eine Ungleichbehandlung gegenüber anderen Patientinnen und Patienten und kritisierten mangelnde Empathie im ärztlichen Gespräch, was ein vermindertes Vertrauen in der Beziehung zur medizinischen Fachkraft zur Folge hatte (Gerlach et al., 2012). Neben diesen durch Patientinnen und Patienten erlebten Barrieren gibt

es Hinweise, dass Patientinnen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund ein höheres Risiko für Berufserkrankungen und Arbeitsunfähigkeit aufweisen (Kohls, 2011). Sie erfahren generell Schwierigkeiten im Zugang zum öffentlichen Gesundheitssystem. So werden im Vergleich zu Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund Rettungstellen häufiger aufgesucht als Hausärztinnen oder Hausärzte, Vorsorgeuntersuchungen seltener genutzt und ambulante Pflegedienste unterdurchschnittlich selten in Anspruch genommen (Kohls, 2011). Dies wird mit Kommunikations- und Informationsdefiziten sowie unterschiedlichen Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen begründet (Kohls, 2011). In der Wahrnehmung ärztlicher Leistungen und hausärztlicher Versorgung scheinen Patientinnen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund demnach mit strukturellen Barrieren konfrontiert zu sein.

1.3 Ziele der Arbeit

Da die Hintergründe der Begleitung von Patientinnen und Patienten mit einem türkischen Migrationshintergrund und ohne einen solchen in die hausärztliche Sprechstunde sowie die möglichen Auswirkungen der Mitnahme eines Familienmitglieds auf begleitete Patientinnen und Patienten für den deutschsprachigen Raum kaum untersucht sind, ist eine Erhebung dieser Daten aus der Sicht der Patientinnen und Patienten wünschenswert.

Das Ziel der vorliegenden Dissertation besteht darin, die Rolle der Begleitperson begleiteter Patientinnen und Patienten in Praxen von Hausärztinnen und Hausärzten zu betrachten und diese zu den Motiven der Begleitung zu befragen. Gleichzeitig werden soziodemografische Daten begleiteter Patientinnen und Patienten sowie ihrer Begleitpersonen erfasst, um zu eruieren, wer von wem in die Praxen von Hausärztinnen und Hausärzten begleitet wird. Des Weiteren gilt es die Häufigkeit der Begleitung zu erheben. Ein weiteres Ziel ist die Betrachtung von Unterschieden zwischen Patientinnen und Patienten mit einem türkischen Migrationshintergrund und ohne einen solchen bezüglich der zuvor genannten Aspekte.

Die Einblicke in etwaige kulturell geprägte, unterschiedliche Auffassungen des Einbezugs der Familie in den Arztbesuch sollen zu einer Verbesserung der hausärztlichen Sprechstunde genutzt und insbesondere um die Perspektive der Betroffenen erweitert werden. Aus den erhobenen Daten können Hinweise für die hausärztliche Praxis abgeleitet werden. Die Erfassung der Anzahl begleiteter Patientinnen und Patienten soll einen ersten Eindruck davon schaffen, wie häufig das Phänomen in den Praxen von Hausärztinnen und Hausärzten auftritt und wie relevant es hier zu sein scheint. Die Unterschiede zwischen

Patientinnen und Patienten mit einem türkischen Migrationshintergrund und ohne einen solchen kann einen kultursensibleren Umgang mit den Patientinnen und Patienten dieser Herkunft ermöglichen.

Um diese Ziele zu erreichen, wurde in einer leitfadengestützten Befragung, ergänzt durch einen Fragebogen für soziodemografische Daten, die Sicht von Patientinnen und Patienten erfragt, die begleitet in der hausärztlichen Sprechstunde erschienen. Die erhobenen soziodemografischen Daten ermöglichen es, zu erschließen, welche Patientinnen und Patienten sich begleiten ließen, und die Befragung bietet einen Einblick in die Motive der Begleitung sowie in die Rolle der die Patientinnen und Patienten begleitenden Personen. Begleitete Patientinnen und Patienten sind in dieser Studie als Personen definiert, die eine oder mehrere Begleitpersonen in die hausärztlichen Konsultationen integrierten, sodass die Sprechstunde zwischen drei oder mehr Parteien, der Hausärztin oder dem Hausarzt, der Patientin oder dem Patienten und der Begleitperson beziehungsweise den Begleitpersonen, stattfand. Begleitpersonen wurden als Personen definiert, die eine Patientin oder einen Patienten in die hausärztliche Sprechstunde begleiteten. Dabei durften sie ebenfalls einen Behandlungsanlass aufweisen. Zudem wurden die Patientinnen und Patienten gezählt und entsprechend ihrer Begleitung und ihres Migrationshintergrunds erfasst. Auch die Herkunft der Hausärztinnen und Hausärzte wurde entsprechend der Anzahl begleiteter Patientinnen und Patienten betrachtet. Die hieraus abgeleiteten Zahlen ermöglichen es, Unterschiede in Bezug auf das Mitnehmen von Begleitpersonen generell, aber auch in Bezug auf einen Migrationshintergrund der Patientinnen und Patienten herauszustellen.

2 Material und Methoden

Im Folgenden wird zunächst die Literaturrecherche dargestellt, anschließend das methodische Vorgehen mit Blick auf die Auswahl der Praxen von Hausärztinnen und Hausärzten sowie der Patientinnen und Patienten betrachtet und der Ablauf der Datenerhebung dargestellt. Diese gliedert sich in ein mehrphasiges Vorgehen mit einer Beobachtungswoche, einem Pilottest und der Entwicklung des Erhebungsinstruments in Form von Erhebungsbögen. Es erfolgt eine Erläuterung bezüglich der Informationen für die Patientinnen und Patienten, der Teilnahmeerklärung sowie des Datenschutzes und des Ethikantrags. Anschließend werden der Ablauf der Datenerhebung und deren Auswertung beschrieben. Zur Auswertung der Interviews wurde basierend auf den Grundsätzen der

qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) ein Kategoriensystem entwickelt. Dies gilt es im Anschluss zu erläutern.

2.1 Literaturrecherche

Eine ausführliche Literaturrecherche erfolgte in den Datenbanken des *National Institutes of Health (PubMed)*, dem *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE)*, der *Abstract-* und Zitationsdatenbank *Scopus* und dem Onlinekatalog der Universitäts- und Landesbibliothek (ULB), dem Suchportal für Lebenswissenschaften *LIVIVO* und der online Suchmaschine *Google Scholar*, zunächst nach Stichworten *Companion, accompanying person, accompanied consultation, triadic consultation, consultation, patient's perspective, physician, migration*. Nach einer ersten Sichtung hinsichtlich verwendeter Schlagworte wurde der folgende Suchstring entwickelt:

Companion OR accompanying person OR accompanied consultation OR triadic consultation AND physician OR patient NOT pediatric NOT Pediatrician NOT dementia

Die erste Literaturrecherche fand im September 2017 statt und wurde seitdem in regelmäßigen Abständen wiederholt. Sie war auf ab dem Jahr 1998 publizierte Literatur beschränkt. Es wurden 3896 Treffer gefunden. 22 Quellen erwiesen sich nach Durchsicht der Überschriften und Abstracts als für die vorliegende Fragestellung relevant. Davon wurden diejenigen als nützliche Quellen gewertet, die sich mit der Situation begleiteter Patientinnen und Patienten bei Hausärztin- oder Hausarztbesuchen beschäftigten. Pädiatrische Konsultationen waren ausgeschlossen. Arbeiten, deren Fokus auf die Situation Krebs-, Diabetes- und Herzkranker oder einem klinischen beziehungsweise arbeitsmedizinischen Setting gerichtet war, wurden als sekundär relevante Quellen gewertet. Die Suche in dem Onlinekatalog der ULB generierte 1910 Quellen. Nach Durchsicht der Überschriften und Abstracts erschienen 13 von ihnen als relevant. Die Suche in *Scopus* erbrachte 2075 Treffer, darunter 19 als von Bedeutung eingestufte. Der zweite Suchdurchgang wurde zur Sichtung deutschsprachiger Quellen in den Datenbanken der ULB, in *Scopus*, *LIVIVO* und *Google Scholar* berücksichtigt. Neben einer Schlagwortsuche fand der folgende Suchstring Verwendung:

Hausarzt/Hausärztin UND Familie ODER Begleitperson ODER triadische Kommunikation
ODER Migration NICHT Krebs NICHT Onkologie NICHT Psychiatrie NICHT Kinder
NICHT Demenz

Berücksichtigung fand Literatur, die sich mit Patientinnen und Patienten in Begleitung, Familienangehörigen und deren Einbezug in die ärztliche Konsultation beschäftigte, Quellen zur Situation der gesundheitlichen Versorgung von Patientinnen und Patienten mit (türkischem) Migrationshintergrund in Deutschland sowie Quellen, denen sich Hinweise zur hausärztlichen Perspektive auf den Familieneinbezug in die Konsultation entnehmen ließen. Die Suche in den Katalogen der ULB brachte 216 Treffer, von denen fünf als relevant erschienen. Die Suche in Scopus sicherte 1195 Ergebnisse. Drei neue Quellen wurden als bedeutend erachtet. Eine Suche in LIVIVO lieferte 2038 Treffer und 16 relevante Ergebnisse. Die Sichtung in *Google Scholar* erbrachte 1340 Treffer und 13 relevante deutschsprachige Quellen. Nach Sortierung der relevanten Treffer mit Blick auf Dopplungen erfolgte eine Suche in den Literaturlisten bereits gesichteter Quellen. Eine regelmäßige Aktualisierung der Literaturrecherche zur etwaigen Ergänzung der Quellen begleitet das Forschungsprojekt.

2.2 Methodisches Vorgehen

Nach einer ausführlichen Literaturrecherche und der Auswertung bestehender Studien und Informationen zum Thema Begleitpersonen wurden erste Rahmenbedingungen der Datenerhebung festgelegt. Da die Sichtweise der Patientinnen und Patienten zur Begleitung und die Häufigkeit des Phänomens in der hausärztlichen Praxis noch nicht erforscht zu sein schienen, wurde ein qualitatives Studiendesign gewählt, in dessen Kontext die Patientinnen und Patienten vor Ort, demnach in der Praxis, und im Anschluss an eine begleitete Konsultation befragt werden sollten. Um die Perspektive auf die Mitnahme einer Begleitperson in die hausärztliche Konsultation aus Sicht der Patientinnen und Patienten zu erheben, wurde das Verfahren leitfadengestützter qualitativer Interviews gewählt (Baur und Blasius, 2014; Hopf, 2016). Im Folgenden wird beschrieben, wie die Auswahl der involvierten Hausärztinnen und Hausärzte sowie Patientinnen und Patienten vorgenommen wurde.

2.2.1 Auswahl der Praxen von Hausärztinnen und Hausärzten

Die Datenerhebung sollte in den Praxen von Hausärztinnen und Hausärzten stattfinden und nach Möglichkeit ein ausgeglichenes Verhältnis von Hausärztinnen und Hausärzten mit einem türkischen Migrationshintergrund und ohne einen solchen implizieren. Eine erste Kontaktaufnahme erfolgte telefonisch oder per Mail. In acht Fällen kam es auf Wunsch der Hausärztinnen und Hausärzte zu einer persönlichen Vorstellung in der Praxis. Von 17 angefragten Praxen lehnten zehn eine Beteiligung an der Studie ab, da sie entweder eine Einschränkung der Abläufe des Praxisalltags befürchteten, ihren Patientinnen und Patienten eine Anfrage zur Teilnahme an einer Studie nicht zumuten wollten oder bereits andere Studentinnen und/oder Studenten im angedachten Erhebungszeitraum in der Praxis tätig waren. Eine Duisburger Praxis zeigte Bereitschaft zur Teilnahme, musste diese aber aufgrund von fehlenden Räumlichkeiten zurückziehen. Sechs Praxen von Hausärztinnen und Hausärzten entschlossen sich zur Teilnahme. Die Praxen waren allesamt im städtischen Bereich angesiedelt, nämlich in Wuppertal, Duisburg und Düsseldorf. Insgesamt wurden zwei weibliche Hausärztinnen und vier männliche Hausärzte, drei ohne einen türkischen Migrationshintergrund, drei mit einem solchen für die Studie gewonnen. Die Hausärztinnen und Hausärzte mit türkischem Migrationshintergrund waren allesamt der türkischen Sprache mächtig und versicherten, im Bedarfsfall Gespräche in ihren Praxen auf Türkisch zu führen. So sollte ausgeschlossen werden, dass Patientinnen und Patienten ihre Begleitpersonen primär zur Übersetzung in die Konsultation integrieren mussten. Drei der Praxen wurden allein durch eine Hausärztin oder einen Hausarzt, drei durch jeweils zwei Hausärztinnen und Hausärzte geführt. Um eine Vergleichbarkeit zu gewährleisten, waren in den doppelt geführten Praxen jeweils nur Patientinnen und Patienten einer Hausärztin oder eines Hausarztes in die Studie einzuschließen.

2.2.2 Auswahl der Patientinnen und Patienten

Die vorliegende Arbeit dient dem Ziel, Motive für die Mitnahme einer Begleitperson in die hausärztliche Sprechstunde und die Bewertung der Begleitung aus Sicht der Patientinnen und Patienten zu explorieren. Befragt wurden daher Patientinnen und Patienten, die in Begleitung ihre hausärztliche Praxis aufsuchten und bei denen die Begleitperson auch in der ärztlichen Konsultation anwesend war. Interviews erfolgten mit der Indexpatientin oder dem Indexpatienten, demnach mit der Person, die einen Behandlungsanlass aufwies. Für den Fall,

dass sowohl bei der Patientin oder dem Patienten als auch bei der Begleitperson ein Behandlungsanlass vorlag, galten beide Patientinnen und Patienten als begleitete Indexpatientinnen und/oder -patienten und fanden gleichermaßen Berücksichtigung in der Studie. Eingeschlossen waren alle Patientinnen und Patienten, die im Beobachtungszeitraum mit mindestens einer Begleitperson in der Sprechstunde erschienen und ein Alter von mindestens 16 Jahren vorweisen konnten. Bei minderjährigen Patientinnen und Patienten war die Einwilligung einer erziehungsberechtigten Person einzuholen. Ein Ausschlusskriterium bildete eine demenzielle oder andere kognitive Erkrankung, da eine solche die Befragung und die Schilderungen der Patientinnen und Patienten stark hätte beeinflussen können. Zudem waren nur Patientinnen und Patienten mit ausreichenden deutschen Sprachkenntnissen zu befragen. Um hier etwaige Missverständnisse zu verhindern, lagen alle in den Interviews verwendeten Dokumente in türkischer Übersetzung vor.

2.3 Datenerhebung

Zur Vorbereitung der Datenerhebung wurde ein mehrphasiges Vorgehen gewählt – zum einen, um erste Erkenntnisse über die Häufigkeit des Phänomens der Begleitung zu gewinnen, zum anderen, um in die Entwicklung der Erhebungsinstrumente nicht nur Erkenntnisse der bestehenden Literatur, sondern durch eine der Erhebung vorgeschaltete Beobachtungswoche auch eigene Einblicke in das Phänomen der Begleitung einfließen zu lassen. Des Weiteren diente dies der Überprüfung der Erhebungssituation, der räumlichen Begebenheiten und der personellen Situation in der Praxis, die unter anderem für die Zählung der Patientinnen und Patienten relevant war. Das Ziel der mehrphasigen Entwicklung und Reflexion der Erhebungsinstrumente bestand darin, in der Datenerhebung möglichst viele relevante Informationen über begleitete Patientinnen und Patienten zu erfassen und einen Interviewleitfaden zu konzipieren, der dem qualitativen Ansatz dieser Studie gerecht werden kann. Im Folgenden gilt es die Schritte der Vorbereitung auf die Datenerhebung zu beschreiben.

2.3.1 Beobachtungswoche

In der Beobachtungswoche begleitete ich die für die Datenerhebung ausgewählten Praxen je einen Tag. Ziel war eine unmittelbare Beobachtung des Praxisalltags und der Konsultationen, um Einblick in die Häufigkeit des Phänomens zu erhalten, Einschätzungen zu Ablauf und Inhalt der Konsultationen vorzunehmen sowie Möglichkeiten der Durchführung der Studie in den Praxen zu eruieren. Hierzu wurde im Vorfeld ein Beobachtungsbogen entwickelt, in dem zum einen soziodemografische Daten, das heißt Alter, Geschlecht, Herkunft und Behandlungsanlass, der Patientinnen und Patienten sowie ihrer Begleitpersonen und das Verhältnis zueinander festgehalten wurden (Beckmann et al., 2016). Zum anderen ergaben sich Beobachtungsnotizen zu möglichen Gründen für die Mitnahme einer Begleitperson seitens der Patientin oder des Patienten, dem Gesprächsablauf (Wer spricht mit wem, und wer antwortet?), dem Eindruck von der Patientin oder dem Patienten und der Begleitperson (Stimmung/Interesse/Motivation) sowie zu weiteren Aspekten und Besonderheiten. Um die genannten Daten zu erheben, begleitete ich als stille Beobachterin alle hausärztlichen Konsultationen des jeweiligen Tags. Zusätzlich zählte ich per Strichliste, wie viele Patientinnen und Patienten mit einem türkischen Migrationshintergrund und ohne einen solchen in Begleitung in die hausärztliche Sprechstunde kamen, um einen ersten Einblick in die Häufigkeit des Phänomens zu erhalten. Ein Austausch über den Migrationshintergrund der Patientinnen und Patienten erfolgte im Anschluss an die Konsultation mit der Hausärztin oder dem Hausarzt. Hier wurden zwei Patientinnen und Patienten, die sich gegenseitig begleiteten und jeweils einen eigenen Behandlungsanlass aufwiesen, als Patientinnen und Patienten in Begleitung kategorisiert. In der Auswertung der Beobachtungswoche zeigte sich, dass ca. 30 % der in dieser Zeitspanne beobachteten Konsultationen in Begleitung stattfanden, was belegte, dass das Phänomen der Begleitung relevant genug für die Durchführung einer Studie ist. Nach einer ersten Besprechung der Ergebnisse mit der Projektleitung wurde unter Berücksichtigung der vorhandenen Literatur und der Resultate der Beobachtungen eine erste Version der Erhebungsbögen entworfen. Der Leitfaden der Befragung, Erhebungsbogen Nr. 1, beinhaltete in der ersten Version die folgenden Fragen:

- Sie sind heute in Begleitung zu Ihrer Hausärztin beziehungsweise Ihrem Hausarzt gekommen. Können Sie mir Gründe dafür nennen?,
- Gibt es noch weitere Gründe? und
- Wie war es, Ihre Begleitperson im Gespräch dabei zu haben?

Unterhalb fanden sich Auswertungskategorien, die in Unterkapitel 2.4.3 unter Auswertungsrunde eins und zwei erläutert werden. Der Erhebungsbogen Nr. 2, der die soziodemografischen Daten der Patientinnen und Patienten erfasste, erfragte Alter, Geschlecht, Herkunft beziehungsweise Migrationshintergrund, Familienstand und das Vorhandensein von eigenen Kindern. Des Weiteren wurden der höchste erreichte Schulabschluss und das Verhältnis zur Begleitperson erfragt. Hier standen auf dem Erhebungsbogen die Antwortmöglichkeiten Ehefrau, Ehepartner, Tochter, Sohn, Schwester, Bruder, Mutter, Vater, Großmutter, Großvater, Enkel, Enkelin, Freund, Freundin und sonstige mit anschließendem Freitextfeld zur Verfügung. Auch die Frage nach dem Behandlungsanlass und einer chronischen Erkrankung wurde aufgenommen. Da die begleiteten Patientinnen und Patienten Angaben zu ihren Begleitpersonen machen sollten, enthielt der Erhebungsbogen zusätzlich Fragen nach Alter, Geschlecht, höchstem erreichten Bildungsabschluss, Herkunft beziehungsweise Migrationshintergrund sowie die Frage, ob die Begleitung selbst Patientin oder Patient in der Praxis war und ob ein Behandlungsanlass bestand, den es gegebenenfalls zu benennen galt.

2.3.2 Pilottest

In einem Pilottest wurden die erstellten Erhebungsbögen getestet, die Interviewführung geübt und die Auswertung validiert. Hierzu besuchte ich eine hausärztliche Praxis in Wuppertal einen Tag während der Öffnungszeiten – insgesamt acht Stunden – und führte Interviews mit Patientinnen und Patienten beider Hausärzte durch. Die Notizen von insgesamt zehn dieser Interviews wurden durch die Projektleitung Dr. Vera Kalitzkus zur Sicherung der Gesprächsführungsqualität und zur Validierung der Erhebung geprüft. Ebenfalls erfolgte eine ausführliche Besprechung der Interviewführung sowie der sprachlichen Gestaltung im Gespräch mit den Patientinnen und Patienten. Nach der Validierung und Prüfung wurden die Erhebungsbögen ergänzt und optimiert, um eine endgültige Fassung zu entwerfen, deren Entwicklung im nächsten Unterkapitel ausführlich vorgestellt wird.

2.3.3 Entwicklung des Erhebungsinstruments

Nach der Beobachtungswoche und dem Pilottest wurde der Erhebungsbogen um eine vorformulierte Einführung ergänzt, die den Patientinnen und Patienten vor jedem Interview die wesentlichen Rahmenbedingungen zu verstehen half. Enthalten war auch der Leitfaden

des Interviews. Er wies drei offene Fragen auf, von denen zwei die Gründe für die Mitnahme der Begleitperson betrafen. Sie teilweise im Vergleich zur Vorversion umformuliert:

- Sie sind heute in Begleitung zu Ihrer Hausärztin oder Ihrem Hausarzt gekommen. Können Sie mir Gründe dafür nennen, dass Sie heute in Begleitung sind? und
- Gibt es noch weitere Gründe?

Eine Frage eruierte, wie die Patientin oder der Patient die Anwesenheit der Begleitperson in der Konsultation empfunden hatte: Und im Gespräch mit dem Doktor selbst? Wie war es da, dass Ihre/Ihr ____ (Begleitperson) dabei war? Geschlossen erfragt wurde, ob die Begleitperson immer die am Tag der Befragung mitgebrachte darstellte oder dies wechselte: Begleitet Sie immer Ihre/Ihr ____ oder auch mal jemand anderes? Darunter befanden sich Auswertungskategorien, die in Unterkapitel 2.4.3 unter Auswertungsrunde eins und zwei erläutert werden. In den Bogen zur Erhebung der soziodemografischen Daten, die nach dem Interview abgefragt wurde, wurde der folgende Überleitungssatz eingefügt: Vielen Dank! Zum Abschluss habe ich noch ein paar Fragen Ihre Person betreffend. Die Angaben brauchen wir, um die Daten vergleichen zu können.

In der Intention, die Herkunft/den Migrationshintergrund der Patientin oder des Patienten gemäß der oben beschriebenen Definition zu erfragen, wurde die folgende Nachfrage hinzugefügt: Wo wurden Ihre Eltern geboren? Des Weiteren fand sich bei der Frage nach dem Verhältnis zur Begleitperson eine Ergänzung: Patientin oder Patient ist für die Begleitperson ____? Die übrigen Fragen bezüglich soziodemografischer Daten entsprachen der Vorversion des Pilottests.

2.3.4 Informationen für die Patientinnen und Patienten, Teilnahmeerklärung, Datenschutz und Ethikantrag

Die Vorbereitung der Datenerhebung umfasste das Erstellen der Informationen für die Patientinnen und Patienten, der Teilnahmebestätigung und der Datenschutzerklärung für Erwachsene, für Erziehungsberechtigte von Minderjährigen und für die 16 bis 18-Jährigen selbst. Um sprachliche Missverständnisse zu umgehen, wurden die Informationen den Patientinnen und Patienten übersetzt vorgelegt, wenn sie sich diese auf Türkisch durchzulesen wünschten. Durch die Informationen für die Patientinnen und Patienten wurden die Teilnehmenden ausführlich über die Freiwilligkeit der Teilnahme, die Ziele der Arbeit, den Ablauf der Datenerhebung, die Auswertung sowie die Speicherung der Daten und die Veröffentlichung der Ergebnisse aufgeklärt. Mit dem Unterschreiben der

Teilnahmeerklärung bestätigten sie, diese Informationen erhalten zu haben, und willigten in die Teilnahme ein. Im Rahmen der Datenschutzerklärung stimmten sie einer Erhebung, Speicherung und Auswertung personenbezogener Daten in anonymisierter Form zu. Auch in eine Weitergabe dieser Daten an Mitarbeitende des Forschungsprojektes sowie der Publikation und Verwendung der Daten zu sekundären Datenanalysen, das heißt zusätzlichen Auswertungen unter einer neuen, zurzeit noch nicht näher bekannten Fragestellung, willigten sie durch ihre Unterschrift ein. Die Patientinnen und Patienten unterschrieben mit der Datenschutzerklärung, dass die Teilnahme an der Studie freiwillig erfolgte und die in der Befragung erhobenen Daten ausgewertet und anonymisiert auf einem lokalen Datenträger am Institut für Allgemeinmedizin zehn Jahre elektronisch gespeichert werden konnten, ebenso, dass ein Rücktritt von der Studie und eine damit verbundene Löschung der Daten jederzeit möglich waren. Minderjährige, somit die involvierten 16- bis 18-Jährigen, unterschrieben ihre eigens dafür vorgesehene Teilnahme- und Datenschutzerklärung mit gleichwertigen Informationen. Zugleich musste durch eine anwesende erziehungsberechtigte Person die für die Erziehungsberechtigten vorgesehene Teilnahme- und Datenschutzerklärung unterschrieben werden, um eine Teilnahme der 16- bis 18-jährigen Patientinnen und Patienten zu ermöglichen.

Die Eintragung des Forschungsprojekts ist im Studienregister der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität unter der Registrierungs-Identifikationsnummer 2018014556 einzusehen. Seitens der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf erfolgte ein positives Ethikvotum (Studennummer: 2018-6-Prospektive Datenerhebung und -analyse, Die Rolle der Begleitperson in der hausärztlichen Sprechstunde - ein Vergleich zwischen begleiteten Patienten/ Patientinnen mit und ohne türkischen Migrationshintergrund)

2.3.5 Ablauf der Datenerhebung

Umsetzung fand die Datenerhebung im Frühjahr 2018 in den sechs ausgewählten Praxen für jeweils eine Woche während der gesamten Sprechstundenzeit. Die erste Praxis befand sich in Wuppertal und wurde durch einen Hausarzt geführt, der einen türkischen Migrationshintergrund aufwies. Sie öffnete montags bis freitags zwischen 07:30 und 12:00 Uhr, zudem montags, dienstags und donnerstags zwischen 14:00 und 17:00 Uhr. In der zweiten Woche fand die Datenerhebung in Düsseldorf statt. Die hausärztliche Praxis, die von einem Hausarzt und einer Hausärztin ohne Migrationshintergrund geführt wurde, öffnete montags bis freitags zwischen 08:30 und 12:30 Uhr, zusätzlich montags, dienstags und

donnerstags zwischen 15:00 und 18:00 Uhr. Alle Patientinnen und Patienten der Hausärztin waren inkludiert. In der dritten Woche nahm eine Duisburger Praxis, geführt durch eine Hausärztin mit türkischem Migrationshintergrund, teil, die montags bis freitags zwischen 07:30 und 11:30 Uhr geöffnet hatte, darüber hinaus montags, dienstags und donnerstags zwischen 14:30 und 16:00 Uhr. Während der darauffolgenden Woche befragte ich in einer weiteren Duisburger Praxis, die durch einen Hausarzt und eine Hausärztin ohne Migrationshintergrund geführt wurde. Diese war montags, dienstags und donnerstags zwischen 08:00 und 12:00 Uhr sowie zwischen 15:30 und 18:00 Uhr, mittwochs und freitags zwischen 08:00 und 13:00 Uhr geöffnet. Erfasst wurden die Daten der Patientinnen und Patienten des Hausarztes, da sich die Hausärztin im Urlaub befand. Danach erfolgte eine Datenerhebung in einer Wuppertaler Hausärztliche Praxis, die durch zwei Hausärzte, einen mit türkischem Migrationshintergrund und einen ohne einen solchen unter Einbezug der Patientinnen und Patienten des Hausarztes ohne Migrationshintergrund, um ein ausgewogenes Verhältnis zwischen teilnehmenden Hausärztinnen und Hausärzten mit türkischen Migrationshintergrund und ohne einen solchen zu erzielen. Die Praxis öffnete montags bis freitags zwischen 08:00 und 12:00 Uhr und montags, dienstags und donnerstags zwischen 14:00 und 17:00 Uhr. Die letzte Datenerhebungswoche fand in einer Praxis in Wuppertal statt, die durch einen Hausarzt mit türkischem Migrationshintergrund geführt wurde. Sie öffnete dienstags bis freitags zwischen 08:30 und 12:00 Uhr, des Weiteren dienstags und donnerstags zwischen 15:00 und 18:00 Uhr.

Damit die Interviews in einem ungestörten Rahmen stattfinden konnten, wurde in jeder Praxis ein separater Raum zur Verfügung gestellt. Dieser war in allen Fällen mit einem Tisch und zwei Stühlen ausgestattet. Die Befragung sollte jeweils nach der hausärztlichen Konsultation in Abwesenheit der Begleitperson durchgeführt werden, um eine offene Einschätzung der Mitnahme einer Begleitperson aus Sicht der Patientinnen und Patienten zu ermöglichen. Die Auswahl der Letzteren erfolgte nach den unter Punkt 2.2.2 dargelegten Ein- und Ausschlusskriterien. Die Patientinnen und Patienten in Begleitung wurden im Wartebereich über die laufende Datenerhebung informiert, und es wurde deren Bereitschaft erfragt. Involviert waren lediglich Patientinnen und Patienten, die bestätigt hatten, dass eine Begleitperson in die hausärztliche Sprechstunde integriert worden war. Bei Interesse wurden die Informationen für die Patientinnen und Patienten und die Datenschutzerklärung ausgehändigt, begleitet durch einen Verweis auf das Interview im Anschluss an die ärztliche Konsultation. Befand ich mich zu diesem Zeitpunkt bereits in einem Interview, wurde die Erstinformation durch die medizinischen Fachangestellten am Empfang übernommen. Die

Informationen für die Patientinnen und Patienten, die Erhebungsbögen sowie die Datenschutz- und die Teilnahmeerklärung standen in deutscher und türkischer Sprache zur Verfügung. War eine Patientin oder ein Patient nach der Konsultation zum Interview bereit, wurde zunächst noch einmal über die Studie informiert, und die Informationen für die Patientinnen und Patienten sowie die Datenschutz- und die Teilnahmeerklärung besprochen. 16- bis 18-jährige Patientinnen und Patienten waren im Beisein ihrer Erziehungsberechtigten aufzuklären. Beide Parteien mussten alle vorliegenden Einwilligungserklärungen unterschreiben. Auch die Interviews mit minderjährigen Patientinnen und Patienten fanden in Abwesenheit der Begleitpersonen, die Erziehungsberechtigten eingeschlossen, statt. Hatte die Patientin oder der Patient die Teilnahme und die Datenschutzbedingungen schriftlich bestätigt und waren alle Fragen geklärt worden, so wurde zunächst das Interview geführt, um daraufhin die soziodemografischen Daten zu erfassen. Die Patientinnen und Patienten konnten auf Wunsch während des Interviews die Fragen der Erhebungsbögen selbst durchlesen. Auch hier standen Exemplare in deutscher und türkischer Sprache zur Verfügung. Die Ergebnisse wurden handschriftlich durch mich festgehalten. Es erfolgte keine Audioaufzeichnung, die Datenerhebung wurde händisch durch Mitschrift und Vermerk direkt auf dem Erhebungsbogen festgehalten – mit der Begründung, dass mehrere Hausärztinnen und Hausärzte im Vorfeld geäußert hatten, einige Patientinnen und Patienten würden durch einen Audiomitschnitt verunsichert.

Ebenfalls in die Datenerhebung integriert war die Zählung der Patientinnen und Patienten. Am Empfang der jeweiligen Praxis lag hierzu eine Liste aus, die durch mich oder die jeweils dort tätige Medizinische Fachangestellte (MFA) geführt wurde. Hier wurden jeweils Patientinnen und Patienten mit einem türkischen Migrationshintergrund und ohne einen solchen sowie Patientinnen und Patienten anderer Herkunft gezählt, und es fand Berücksichtigung, ob sie in Begleitung erschienen. Herrschte Unsicherheit über die Kategorisierung des Migrationshintergrunds, wurden alle an der Zählung beteiligten Mitarbeiterinnen dazu aufgefordert, die Patientinnen und Patienten freundlich nach einem solchen zu fragen. Des Weiteren wurde erfragt, ob sich zwei Personen gegenseitig begleiteten – ein Umstand, der eine Kategorisierung beider als begleitete Patientinnen und Patienten zur Folge hatte – oder ob eine Patientin oder ein Patient durch eine Begleitperson ohne eigenen Behandlungsanlass begleitet wurde, sodass nur die begleiteten Patientinnen und Patienten erfasst wurden. In Praxen, in denen lediglich die Patientinnen und Patienten einer Hausärztin oder eines Hausarztes in die Erhebung inkludiert waren, erfragten die MFA unabhängig von der Zählung, bei welcher Ärztin beziehungsweise welchem Arzt die

Patientin oder der Patient vorstellig zu werden wünschte, sodass sich eine Zuordnung vornehmen ließ.

2.4 Auswertungsphase

Zur Auswertung der erhobenen Daten erfolgte nicht nur die Vorbereitung der Datensätze, sondern auch ein mehrphasiger Analyseprozess, der im Folgenden detailliert vorgestellt wird.

2.4.1 Vorgehen bei der Auswertung der Interviews

Nach der sechswöchigen Datenerhebung erfolgte zunächst eine Sichtung des gesammelten Datenmaterials. Unter anderem wurden die Fragebogeninhalte wie der Interviewleitfaden mit inhaltlichen Gesprächsnotizen und Formulierungen sowie angekreuzten Kategorien gesichtet. Alle Interviews galt es in den Datensatz der Erhebung aufzunehmen und mit einer laufenden Nummer zu versehen. In einigen Fällen ($n = 17$) zeigten sich während des Gesprächs Aspekte, die zu einem Ausschließen des betreffenden Interviews führten. Gründe hierfür waren unter anderem ein ungeeigneter Erhebungszeitpunkt, infolgedessen, dass einige Patientinnen und Patienten vor dem Arztgespräch zum Interview erschienen, und die Offenbarung einer demenziellen Erkrankung der Patientin oder des Patienten während des Gesprächs. Ebenfalls einen Ausschluss bedingte das Erscheinen der Begleitperson im Interviewraum während der Gesprächszeit oder eine fehlerhaft ausgefüllte Teilnahme- und/oder Datenschutzerklärung. Insgesamt wurden 107 Erhebungsbögen als gültig bewertet, neu nummeriert und zu einem auszuwertenden Datensatz zusammengefügt. Für die elektronische Speicherung waren alle Bögen zu digitalisieren.

2.4.2 Vorgehen bei der Auswertung der soziodemografischen Daten

Als Vorbereitung der Eingabe zu den soziodemografischen Daten wurde eine Variablenklassifikation vorgenommen. Dabei erhielten alle nominalskalierten Variablen, das heißt Geschlecht, Herkunft, Familienstand, Kinder, Verhältnis zur Begleitperson, Behandlungsanlass, Vorhandensein einer chronischen Erkrankung, chronische Erkrankung, Geschlecht Begleitperson, Schulabschluss Begleitperson, Herkunft Begleitperson, Begleitperson Patientin oder Patient in Praxis und Behandlungsanlass Begleitperson, eine Kodierung. Nachträglich wurde der Schulabschluss kodiert, der auch als nominalskaliert zu

betrachten ist, da eine natürliche Rangordnung der folgenden Variablen als nicht logisch erscheint:

- ohne Schulabschluss von der Schule abgegangen und
- Grundschulabschluss in der Türkei.

Die zweite Nennung war vor Beginn der Datenerhebung in der Übersicht möglicher anzugebender Schulabschlüsse nicht vorgesehen, war aber während der Datenerhebung so oft präsent, dass sie einen eigenen Platz in der Kodierungsliste erhielt. Anschließend wurde das Alter der Patientinnen und Patienten intervallskaliert und kodiert. Die Kategorisierung und die Kodierung der Behandlungsanlässe und chronischen Erkrankungen erfolgten in Orientierung an den Unterkapiteln der Klassifikation gemäß der *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD 10)* (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2017; Graubner, 2007), mussten aber an einigen Stellen durch Kategorien ergänzt werden. Anschließend erfolgte das Einpflegen der soziodemografischen Daten des gesamten Kollektivs der Patientinnen und Patienten in Excel.

2.4.3 Entwicklung des Kategoriensystems zur Auswertung der Interviews

Die Auswertung der in die Studie eingeschlossenen Interviews orientierte sich an der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015). Dabei wird die Analyse gesammelter Daten unter anderem mittels sogenannter Kategorien durchgeführt (Mayring, 2015). Zum Einsatz kamen sowohl deduktive als auch induktive Kategorien. Die deduktiven Kategorien wurden vor der Datenerhebung entsprechend vorbestehender Literatur entwickelt (Mayring, 2015). Induktive Kategorien entstanden in Ableitung aus den Daten selbst, stammen demnach aus den ausgewerteten Daten der Pilotstudie und der Datenerhebung und entsprechen in dieser Arbeit Aspekten, die sich neu in der wiederholten Analyse der Interviews ergaben (Mayring, 2015).

Das Kategoriensystem stellte mögliche Gründe für die Mitnahme einer Begleitperson sowie die Einschätzung der Begleitung durch die Patientin oder den Patienten dar. Die vor der Datenerhebung deduktiv erstellten Kategorien wurden durch die neuen Erkenntnisse während der Auswertung der Interviews um induktive ergänzt. Um hier keine Willkür in der Erstellung neuer Kategorien walten zu lassen, wurden in einem engen Austausch mit der Projektleitung Kategorien und zugeordnete Textpassagen besprochen und definiert. Im Folgenden sei daher ein Überblick über die Entwicklung der einzelnen Kategorien und über

den damit einhergehenden Prozess der Interviewanalyse gegeben. Um den zeitlichen Ablauf nachvollziehbarer zu machen, wurden die Auswertungsrunden in einzelnen Tabellen dargestellt. Deduktiv entstanden die Kategorien Hilfe beim Transport (Schilling et al., 2002), Koordination der Medikamente (Wolff et al., 2014), Koordination des Arztbesuches (Wolff und Roter, 2008), Übersetzung im Gespräch (Schilling et al., 2002; Wolff und Roter, 2011), Hilfe bei der Äußerung von Anliegen (Wolff und Roter, 2011), Verstehen von Informationen (Schilling et al., 2002), Bewertung von Informationen (Hubbard et al., 2010; Petronio et al., 2004), Erinnerung von Informationen (Schilling et al., 2002), Hilfe bei der Entscheidungsfindung (Schilling et al., 2002), emotionale Unterstützung (Wolff und Roter, 2011), Sicherheitsgefühl beim Arztbesuch (Sharp und Hobson, 2016), Einbezug der Familie in die eigene Krankheitsbewältigung (Ernst et al., 2009; Turabian et al., 2016; Wolff und Roter, 2011), Begleitung durch Begleitperson initiiert oder Begleitung durch Patientin beziehungsweise Patient initiiert (Ellingson, 2002) und Begleitung aus Gewohnheit (Wolff et al., 2012). Der Pilottest kurz vor der Datenerhebung erbrachte die Ergänzung der folgenden induktiv entwickelten Kategorien:

- gemeinsame Entscheidung und
- einfachere terminliche Koordination im Falle gemeinsamer Konsultation.

Die im Interviewleitfaden aufgeführte Frage, ob immer die gleiche Begleitperson integriert war, ist ebenfalls als induktiv entwickelt zu werten, wurde aber erst in der dritten Auswertungsrunde berücksichtigt. Tabelle 1 zeigt die exemplarische Zuordnung der Fragebogeninhalte zu den vor der Datenerhebung entwickelten Kategorien. Mit ihnen wurde eine erste Auswertung der Interviews vorgenommen. Zunächst wurden die bestehende Kategorie, deren Definition und ein Beispiel aufgeführt, dem sich entnehmen ließ, wie diese in einem Interview beschrieben war. Es erfolgten eine farbige Kodierung sowie ein Verweis in den Kommentaren am Rand der Interviews, um sichtbar zu machen, wann und welcher Kategorie die Textstellen der Interviews zugeordnet wurden. Die Kodierungen aus Runde 1 sind in den Kommentaren durch einen Rundenverweis zu erkennen. So galt zum Beispiel: SU1 = soziale Unterstützung Runde 1. Eine zweite Durchsicht der Interviews in Runde 2 sicherte die vollständige Zuordnung aller Textpassagen zu den Kategorien sowie ihre Überprüfung auf Relevanz und Sinnhaftigkeit.

Tabelle 1: **Kategorien der Auswertungsrunden 1 und 2**

Kategorie	Verweis	Definition/Beschreibung	Beispiel
Organisation	O-		
Hilfe beim Transport	O1	An- und/oder Abfahrt der Patientinnen und Patienten/Unterstützung der Mobilität in der Praxis durch die Begleitperson	„Die Patientin habe einen Bandscheibenvorfall, danach einen Schlaganfall erlitten. Sie brauche Unterstützung in puncto Transport und Mobilisation.“
Koordination der Medikamente	O2	Begleitperson kümmert sich um die Bestellung/Einreichung von Rezepten/Koordination der Medikamenteneinnahme	„Er (Begleitperson) koordiniere auch die Medikamente der Patientin. Er weiß, was ich wann nehmen muss, kümmert sich auch um neue Rezepte. Ich glaube, hätte ich mich darum kümmern müssen, ich hätte mich schon lange vergiftet.“
Koordination des Arztbesuchs	O3	Begleitperson macht den Arzttermin aus/koordiniert Folge- und Untersuchungstermine	„Sie macht auch den Arzttermin.“
einfachere terminliche Koordination im Falle gemeinsamer Konsultation	O4	Zeitersparnis durch gemeinsamen Arztbesuch/Patientinnen und Patienten empfinden gemeinsamen Besuch als einfacher zu handhaben/praktische Gründe wie Zeitersparnis stehen im Vordergrund	„Ja, ist halt einfacher, dann hat man´s schneller erledigt, man spricht sich halt ab und vereinbart den Termin.“

Tabelle 1: Tabelle 1 stellt die Kategorien, die dazugehörigen Motive, ihre Definitionen und die Bezeichnung des Verweises in den analysierten Interviews vor, die vor der Erhebung festgelegt wurden. Zudem werden den Kategorien zugeordnete Beispiele aus den Interviews dargestellt. Die Fortsetzung I dieser Tabelle erfolgt auf der nächsten Seite.

Tabelle 1 (Fortsetzung I): **Kategorien der Auswertungsrunden 1 und 2**

Kommunikation	K-		
Übersetzung im Gespräch	K1	Übersetzung der Inhalte ärztlicher Konsultation/ Unterstützung, wenn Kommunikation nicht ausreichend möglich ist	„Ich nehme jemanden mit, damit er übersetzen kann. Sie spräche schon ganz gut Deutsch. Ich fühle mich aber sicherer, wenn jemand dabei ist.“
Hilfe bei der Äußerung von Anliegen	K2	Hilfe bei Formulierung und Darstellung von Gesprächsinhalten	„Er wisse oft genau, was sie sagen wolle, und könne ihr das Sprechen erleichtern.“
Verstehen von Informationen	K3	Patientinnen und Patienten äußern, ihre Begleitung helfe ihnen, (mehr) Informationen zu verstehen	„[...] mit meiner Freundin bekomme ich halt mehr mit und checke, was gesagt wird.“
Bewertung von Informationen	K4	Hilfe bei der Bewertung von Informationen/ Meinungsaustausch in der Konsultation	„In diesem Fall und generell vor großen operativen Eingriffen sei seine Meinung wichtig.“
Erinnerung von Informationen	K5	Patientinnen und Patienten äußern, sie würden durch ihre Begleitungen im Gespräch an Informationen erinnert/Begleitpersonen merkten sich Informationen aus der Konsultation für sie	„Außerdem kann man immer einschreiten, wenn der eine rüdelig war und was vergessen hat.“
Hilfe bei der Entscheidungsfindung	K6	Begleitung hilft bei der Entscheidung/wird in den Entscheidungsprozess eingebunden	„Es ist auch eine Form der Einbindung. Man gibt seinem Partner das Recht, ein Teil des Gesprächs, aber auch der Entscheidungen zu sein.“

Tabelle 1 (Fortsetzung I): Tabelle 1 stellt die Kategorien, die dazugehörigen Motive, ihre Definitionen und die Bezeichnung des Verweises in den analysierten Interviews vor, die vor der Erhebung festgelegt wurden. Zudem werden den Kategorien zugeordnete Beispiele aus den Interviews dargestellt. Die Fortsetzung II dieser Tabelle folgt auf der nächsten Seite.

Tabelle 1 (Fortsetzung II): **Kategorien der Auswertungsrunden 1 und 2**

Soziale Unterstützung	S-		
emotionale Unterstützung	S1	Patientinnen und Patienten fühlen sich durch ihre Begleitung bestärkt/mutiger/haben weniger Angst/fühlen sich wohler etc.	„Er unterstützt mich, wenn ich Angst habe und wenn ich Schmerzen habe, ist er immer für mich da.“
Sicherheitsgefühl beim Arztbesuch	S2	Gefühl der Sicherheit/körperliche Sicherheit durch Begleitung	„Er gibt mir auch Sicherheit, gerade, wenn es mir so schlecht geht.“
Einbezug der Familie in die eigene Krankheitsbewältigung	S3	Wille, eigene Familie in das Krankheitsgeschehen und dessen Bewältigung einzubeziehen/Gefühl der Unterstützung durch die Familie	„(Einbezug der eigenen Familie?) Ja absolut, [...] man erzählt sich untereinander, wenn man krank ist, alle fragen mich auch. Es ist ja auch wichtig, dass es die Familie weiß.“
Begleitung durch Begleitperson initiiert	S4	Begleitung wird durch Begleitperson gewünscht/organisiert/initiiert	„Ich bin hier wegen psychischer Probleme und meine Freundin ist auf mich zugekommen und begleitet mich.“
Begleitung durch Patientinnen und Patienten initiiert	S5	Patientinnen und Patienten bitten ihre Begleitperson direkt um Begleitung/äußern den Wunsch, begleitet zu werden	„(Wer hat die Begleitung initiiert?) Ich habe meine Mutter gebeten, mitzukommen.“
gemeinsame Entscheidung	S6	Patientinnen und Patienten und Begleitung entscheiden gemeinschaftlich, zum Arzt zu gehen	„Weil wir beide krank sind und wir dann gesagt haben, gehen wir doch zusammen.“
Gewohnheit, den Arztbesuch gemeinsam zu gestalten	S7	Patientinnen und Patienten beschreiben, sie gingen aus Gewohnheit gemeinsam zum Arzt	„Ich bin krebskrank, und seitdem der Krebs diagnostiziert wurde, gehen wir gemeinsam zum Arzt, seit ca. vier Jahren.“

Tabelle 1 (Fortsetzung II): Tabelle 1 stellt die Kategorien, die dazugehörigen Motive, ihre Definitionen und die Bezeichnung des Verweises in den analysierten Interviews vor, die vor der Erhebung festgelegt wurden. Zudem werden den Kategorien zugeordnete Beispiele aus den Interviews dargestellt.

In Runde drei wurden aus dem Interviewmaterial zwei weitere, als induktiv zu wertende Kategorien abgeleitet und der Oberkategorie Kommunikation zugeordnet. Die Kategorie des retrospektiven Austauschs zwischen Patientin beziehungsweise Patient und Begleitperson beschrieb, es gebe im Anschluss einen Austausch über die ärztliche Konsultation. Der Kategorie bessere Informationsaufnahme wurden Interviews zugeordnet, in denen Patientinnen und Patienten angegeben hatten, ihre Begleitperson ermöglichten ihnen eine effektivere oder verbesserte Informationsaufnahme. Des Weiteren erbrachte die Durchsicht des Materials Kategorien, die der Oberkategorie soziale Unterstützung zugeordnet wurden. Auf Basis der Angaben von Patientinnen und Patienten zu ihrem Empfinden einer Begleitung wurden die folgenden Kategorien ergänzt: Begleitung wird als positiv empfunden, Begleitung wird als negativ empfunden und Begleitung wird als unverzichtbar empfunden. In dieser Runde wurde auch die in den Interviewleitfaden integrierte Frage Begleitet Sie immer Ihre/Ihr ____ oder auch mal jemand anderes? berücksichtigt, und in der Kategorie Begleitperson ist immer die Begleitung der Patientin oder des Patienten erfolgte eine Zuordnung der Patientinnen und Patienten entsprechend ihrer Antwort auf die Frage. Weiterhin war eine Ergänzung um die Kategorie der gemeinsamen Krankheitsbewältigung vorzunehmen, wenn Patientinnen und Patienten angaben, sie bewältigten eine Erkrankung bewusst gemeinsam, nähmen beispielsweise damit verbundene Arztbesuche gemeinsam vor und forcierten mit ihrer Begleitperson die Krankheitsbewältigung. Ein weiterer Aspekt, der zu einer Kategorisierung führte, war die Beschreibung der Patientinnen und Patienten, sie sähen sich auch als Begleitpersonen. Hier wurden insbesondere Interviews zugeordnet, in denen Patientinnen und Patienten zum Ausdruck brachten, sie hätten eine Funktion für die sie begleitende Begleitperson. Ein entsprechender Verweis findet sich in den Interviews in Form der Kennzeichnung (R3-). Tabelle 2 stellt die Kategorien der Auswertungsrunde 3 dar:

Tabelle 2: **Kategorien der Auswertungsrunde 3**

Beispiel	Verweis	Neue Kategorie	Definition/Beschreibung
		Kommunikation	
„Sie sprächen danach darüber, was der Doktor ihnen geraten hat.“	R3-K7	retrospektiver Austausch zwischen Patientinnen und Patienten und Begleitperson	Patientinnen und Patienten äußern, es gebe im Anschluss einen Austausch über die ärztliche Konsultation
„Man sagt ja, vier Ohren hören besser als zwei! In meinem Fall umso mehr!“	R3-K8	bessere Informationsaufnahme	Patientinnen und Patienten geben an, sie versprechen sich eine bessere/effektivere Informationsaufnahme durch die Begleitperson
		Soziale Unterstützung	
„Es ist immer schöner, zu zweit zu kommen, man ist nicht so alleine.“	R3-SU8	Begleitung wird als positiv empfunden	Begleitung wird als gut/angenehm/positiv beschrieben
„Ja, leider war er dabei [...]. (Warum leider?) Mein Mann ist ja ein Mann, deshalb ist es keine schöne Rolle. Er ignoriert einfach, was gesagt wurde. Wir reden nicht so gerne über unsere Erkrankungen, wir einigen uns da eh nicht.“	R3-SU9	Begleitung wird als negativ empfunden	Begleitung wird als schlecht/hinderlich/nervig beschrieben
„(Wie wichtig ist Ihre Begleitung für Sie?) Unglaublich wichtig. Ohne ihn würde ich nicht gehen. Er ist Teil meines Lebens, aber eben auch dieser furchtbaren Krankheit.“	R3-SU10	Begleitung ist unverzichtbar	Patientinnen und Patienten äußern, ohne ihre Begleitung würden sie den Arztbesuch nicht antreten/direkte Beschreibung als unverzichtbar/direkte Kausalität zwischen der Wahrnehmung des Arzttermins und der gewünschten Begleitung (deckt sich später mit R4-E4)

Tabelle 2: Tabelle 2 stellt Beispiele aus den Interviews dar, durch die in der dritten Runde des Analyseprozesses neue Kategorien und dazugehörige Motive abgeleitet wurden. Zudem werden die Definition und die Bezeichnung des Verweises in den analysierten Interviews dargestellt. Die Fortsetzung I dieser Tabelle folgt auf der nächsten Seite.

Tabelle 2 (Fortsetzung I): **Kategorien der Auswertungsrunde 3**

<p>Ja: „(Begleitet Sie immer Ihre Ehefrau oder auch mal jemand anderes?) Ja, immer die Ehefrau.“ Nein: „(Begleitet Sie immer Ihre Mutter oder auch mal jemand anderes?) Nein, manchmal auch meine Frau [...].“</p>	<p>R3-SU11 Ja = 1 Nein = 2</p>	<p>Begleitperson wechselt/ bleibt gleich</p>	<p>Begleitperson wechselt oder bleibt immer die im Interview erwähnte Begleitung</p>
<p>„Bei dieser Untersuchung kommen wir immer zusammen, alle Vierteljahre gehen wir zum Asthma-Check.“</p>	<p>R3-SU12</p>	<p>gemeinsame Krankheitsbewältigung</p>	<p>Krankheit wird gemeinsam erlebt und durchlebt/chronisch erkrankte Patientinnen und Patienten</p>
<p>„Ja keine Ahnung, man macht das ja so, Mütter begleiten ihre Kinder, machen sich ja auch Sorgen. (Ist die Begleitung denn auch eine Hilfe für Sie als Patientin heute?) Klar, man fühlt sich einfach besser, wenn man nicht alleine ist.“</p>	<p>R3-SU13</p>	<p>Patientin oder Patient sieht sich als eigentliche Begleitperson/betont Funktion als Begleitung</p>	<p>Patientinnen und Patienten äußern, sie hätten ebenfalls eine begleitende Funktion für ihre Begleitpersonen (deckt sich später mit der Kategorie gegenseitige Begleitung)</p>

Tabelle 2 (Fortsetzung I): Tabelle 2 stellt Beispiele aus den Interviews dar, durch die in der dritten Runde des Analyseprozesses neue Kategorien und dazugehörige Motive abgeleitet wurden. Zudem werden die Definition und die Bezeichnung des Verweises in den analysierten Interviews dargestellt.

Da die Patientinnen und Patienten direkt gefragt wurden, wie sie die Begleitpersonenmitnahme empfunden hatten, nahm die Analyse ihrer Bewertung dieses Aspekts einen großen Stellenwert ein und führte zu einer vierten Auswertungsrunde (Tabelle 3), in der eine eigene Oberkategorie entwickelt wurde: Einschätzung der Auswirkungen der Begleitung auf die Konsultation durch die Patientinnen und Patienten. In dieser Runde wurden besonders die Kodierungen R3-SU8 bis SU10 überarbeitet, die zunächst nur einen direkt geäußerten positiven oder negativen Einfluss der Begleitpersonen berücksichtigten. Es erfolgten daher eine erneute Durchsicht aller Interviews und eine Zuordnung zu den folgenden Unterkategorien: Positive Auswirkungen auf die Konsultation wurden erfasst, wenn der Begleitpersonenmitnahme ein positiver Effekt zugeschrieben worden war, negative, sofern Patientinnen und Patienten angaben, eine Begleitung wirke sich negativ auf die Konsultation aus, beispielsweise, weil sie das Arztgespräch unerwünscht beeinflusse. Die Kategorie einer neutralen oder nicht bestehenden Auswirkung auf die Konsultation beinhaltete Interviewpassagen, in denen die Patientinnen und Patienten beschrieben, die Anwesenheit der Begleitperson habe keinen direkten Einfluss auf die Konsultation. Dies wurde unter anderem durch Patientinnen und Patienten vermerkt, die sich aus Gewohnheit begleiten ließen, dies aber nicht als direkte Hilfestellung in der Konsultation erachteten.

Einige Patientinnen und Patienten beschrieben, eine Begleitung sei unverzichtbar und der Arztbesuch ohne eine solche nicht möglich. Entsprechende Interviewinhalte wurden der folgenden Kategorie zugeordnet: Begleitung ist unverzichtbar.

Tabelle 3: **Kategorien der Auswertungsrunde 4**

Beispiel	Verweis	Neue Kategorie	Definition/Beschreibung
		Einschätzung der Auswirkungen der Begleitung auf die Konsultation durch die Patientinnen und Patienten	
„Es sei angenehm für den Patienten, weil die Mutter den Überblick über die eigene Krankheit habe.“	R4-E1	positive Auswirkungen auf Konsultation	Patienten und Patientinnen äußern, ihre Begleitungen hätten positive Auswirkungen auf die Konsultation/wirkten unterstützend/seien hilfreich/Begleitung wird als positiv empfunden
„Ja leider war er dabei [...]. (Warum leider?) Mein Mann ist ja ein Mann, deshalb ist es keine schöne Rolle. Er ignoriert einfach, was gesagt wurde. Wir reden nicht so gerne über unsere Erkrankung, wir einigen uns da eh nicht.“	R4-E2	negative Auswirkungen auf Konsultation	Patienten und Patientinnen äußern ihre Begleitpersonen hätten negative Auswirkungen auf die Konsultation/einen negativen Effekt/stellen eine Belastung statt einer Unterstützung für die eigene Person dar
„Ich weiß nicht, das hat keinen wirklichen Grund, es ist schon immer so. Meine Mutter will halt einfach immer mitkommen. (Wie empfinden Sie das?) Das sei der Patientin eigentlich egal.“	R4-E3	neutrale Auswirkungen auf Konsultation	Patienten und Patientinnen äußern, die Anwesenheit einer Begleitperson habe keinen direkten/neutralen Effekt auf die Konsultation
„(Wie wichtig ist Ihre Begleitung für Sie?) Unglaublich wichtig. Ohne ihn würde ich nicht gehen. Er ist Teil meines Lebens, aber eben auch dieser furchtbaren Krankheit.“	R4-E4	Begleitung ist unverzichtbar	Patienten und Patientinnen äußern, ohne ihre Begleitung würde sie den Arztbesuch nicht antreten/direkte Beschreibung als unverzichtbar/direkte Kausalität zwischen der Wahrnehmung des Arzttermins und der gewünschten Begleitung

Tabelle 3: Tabelle 3 stellt Beispiele aus den Interviews dar, durch die in der vierten Runde des Analyseprozesses neue Kategorien und dazugehörige Motive abgeleitet wurden. Zudem werden die Definition und die Bezeichnung des Verweises in den analysierten Interviews dargestellt.

Nach ausführlicher Besprechung der bisherigen Analyseergebnisse erfolgte eine erneute Überarbeitung des Kategoriensystems (Tabelle 4), indem die vorherige Unterteilung um Unterkategorien der Oberkategorien ergänzt wurde. In der Oberkategorie Organisation ergab sich eine um die Organisation des Sprechstundenbesuchs, und es wurden die Kategorien Hilfe beim Transport und Koordination des Arztbesuchs zugeordnet. Die Koordination der Medikamente und die einfachere Koordination durch gemeinsame Konsultation fanden eine Zuordnung als Teil der Kategorie Organisation des Krankheitsgeschehens. Aus den Kategorien Begleitung durch Begleitperson initiiert, Begleitung durch Patientinnen und Patienten initiiert und gemeinsame Entscheidung resultierte die folgende Unterkategorie: Wer entscheidet über eine Begleitung? Der Unterkategorie Hilfe im Gespräch wurden die Kategorien Übersetzung im Gespräch und Hilfe bei der Äußerung von Anliegen zugeordnet. Eine Hilfe beim Umgang von Informationen drückten die Kategorien Verstehen von Informationen, Bewertung von Informationen, und Erinnerung von Informationen aus. Auch die bessere Aufnahme von Informationen, die eine Umbenennung der Kategorie der besseren Informationsaufnahme darstellt, wurde dieser Unterkategorie zugeordnet. Eine weitere neue Unterkategorie umfasste den gemeinsamen Umgang mit Erkrankung. Ihr wurde die Hilfe bei der Entscheidungsfindung sowie die Kategorie des retrospektiven Austauschs zwischen Patientinnen und Patienten und Begleitpersonen zugewiesen. Die Oberkategorie der sozialen Unterstützung wurde um die Unterkategorie psychosoziale Unterstützung erweitert, die die emotionale Unterstützung und das Sicherheitsgefühl (ursprünglich: Sicherheit beim Arztbesuch) beinhaltet. Unter die neue Unterkategorie Krankheitsbewältigung fielen Familieneinbezug (Umbenennung des Einbezugs der Familie in die eigene Krankheitsbewältigung) und gemeinsame Krankheitsbewältigung. Zu den Formen des Einbezugs sozialer Ressourcen gehörten die Begleitung aus Gewohnheit (ursprünglich: Gewohnheit, den Arztbesuch gemeinsam zu gestalten) und Begleitperson wechselt oder bleibt gleich (ursprünglich: Begleitperson ist immer die Begleitung der Patientin oder des Patienten). Auch die gegenseitige Begleitung gehört dieser Unterkategorie an. Zuvor war die folgende Formulierung verwendet worden: Begleitperson sieht sich auch als Begleitperson. Die Umbenennung wurde vorgenommen, da nach wiederholter Durchsicht des Materials zutage trat: In keinem Interview wurde die Kategorie Patientin oder Patient sieht sich als eigentliche Begleitperson als einzige kodiert. Vielmehr wurden auch Funktionen und Einflüsse der eigenen Begleitperson beschrieben. Da die vorherige Formulierung vermuten ließ, die Patientinnen und Patienten sähen sich (nur) als eigentliche Begleitung, erfolgte die Umbenennung, um dem Inhalt der Kategorie in höherem Maße gerecht zu werden. Der

Kategorie Einschätzung der Auswirkung der Begleitung auf die Konsultation durch die Patientinnen und Patienten wurden keine neuen Unterkategorien zugeordnet

Tabelle 4: **Endgültiges Kategoriensystem**

Kategorie	Definition/Beschreibung	Beispiel
Organisation		
Organisation des Sprechstundenbesuchs		
Hilfe beim Transport	An- und/oder Abfahrt der Patientinnen und Patienten/Unterstützung der Mobilität in der Praxis durch die Begleitperson	„Die Patientin habe einen Bandscheibenvorfall, danach einen Schlaganfall erlitten. Sie brauche Unterstützung in puncto Transport und Mobilisation.“
Koordination Arztbesuch	Begleitperson macht den Arzttermin aus/koordiniert Folge-/Untersuchungstermine	„Sie macht auch den Arzttermin.“
Organisation des Krankheitsgeschehens		
Koordination Medikamente	Begleitperson kümmert sich um Bestellung/Einreichung von Rezepten/Koordination der Medikamenteneinnahme	„Er (Begleitperson) koordiniere auch die Medikamente der Patientin. Er weiß, was ich wann nehmen muss, kümmert sich auch um neue Rezepte. Ich glaube, hätte ich mich darum kümmern müssen, ich hätte mich schon lange vergiftet.“
einfachere Koordination durch gemeinsame Konsultation	Zeitersparnis durch gemeinsamen Arztbesuch/Patientinnen und Patienten empfinden gemeinsamen Besuch als einfacher zu handhaben/praktische Gründe wie Zeitersparnis stehen im Vordergrund	„Ja ist halt einfacher, dann hat man´s schneller erledigt, man spricht sich halt ab und vereinbart der Termin.“
Wer entscheidet über eine Begleitung?		
Begleitung durch Begleitperson initiiert	Begleitung wird durch Begleitperson gewünscht/organisiert/initiiert	„Ich bin hier wegen psychischer Probleme, und meine Freundin ist auf mich zugekommen und begleitet mich.“
Begleitung durch Patientinnen und Patienten initiiert	Patientinnen und Patienten bitten ihre Begleitperson direkt um Begleitung/äußern den Wunsch begleitet zu werden	„(Wer hat die Begleitung initiiert?) Ich habe meine Mutter gebeten mitzukommen.“
gemeinsame Entscheidung	Patientinnen und Patienten und Begleitung entscheiden gemeinschaftlich, zum Arzt zu gehen	„Weil wir beide krank sind und wir dann gesagt haben, gehen wir doch zusammen.“

Tabelle 4: Tabelle 4 stellt die Kategorien, die dazugehörigen Motive, ihre Definitionen und die Bezeichnung des Verweises in den analysierten Interviews vor, die als endgültiges Kategoriensystem festgelegt wurden. Zudem werden den Kategorien zugeordnete Beispiele aus den Interviews dargestellt. Die Fortsetzung I dieser Tabelle folgt auf der nächsten Seite.

Tabelle 4 (Fortsetzung I): **Endgültiges Kategoriensystem**

Kommunikation		
Hilfe im Gespräch		
Übersetzung im Gespräch	Übersetzung der Inhalte ärztlicher Konsultation/ Unterstützung, wenn Kommunikation nicht ausreichend möglich ist	„Ich nehme jemanden mit, damit er übersetzen kann. Sie spräche schon ganz gut Deutsch. Ich fühle mich aber sicherer, wenn jemand dabei ist.“
Hilfe bei der Äußerung von Anliegen	Hilfe bei Formulierung und Darstellung von Gesprächsinhalten	„Er wisse oft genau, was sie sagen wolle, und könne ihr das Sprechen erleichtern.“
Hilfe beim Umgang mit Informationen		
Verstehen von Informationen	Patientinnen und Patienten äußern, ihre Begleitung helfe ihnen, (mehr) Informationen zu verstehen	„[...] mit meiner Freundin bekomme ich halt mehr mit und checke, was gesagt wird.“
Bewertung von Informationen	Hilfe bei der Bewertung von Informationen/ Meinungsaustausch in der Konsultation	„In diesem Fall und generell vor großen operativen Eingriffen sei seine Meinung wichtig.“
Erinnerung von Informationen	Patientinnen und Patienten äußern, sie würden durch ihre Begleitungen im Gespräch an Informationen erinnert/Begleitpersonen merken sich Informationen aus der Konsultation für sie	„Außerdem kann man immer einschreiten, wenn der eine rüdelig war und was vergessen hat.“
bessere Aufnahme von Informationen	Patientinnen und Patienten gaben an, sie versprächen sich eine bessere/effektivere Informationsaufnahme durch die Begleitperson	„Man sagt ja, vier Ohren hören besser als zwei! In meinem Fall umso mehr!“
Gemeinsamer Umgang mit Erkrankung		
Hilfe bei der Entscheidungsfindung	Begleitung hilft bei der Entscheidung/wird in Entscheidungsprozess eingebunden	„Es ist auch eine Form der Einbindung. Man gibt seinem Partner das Recht, ein Teil des Gesprächs, aber auch der Entscheidungen zu sein.“
retrospektiver Austausch zwischen Patientinnen und Patienten und Begleitperson	Patientinnen und Patienten äußern, es gebe im Anschluss einen Austausch über die ärztliche Konsultation	„Sie sprächen danach darüber, was der Doktor ihnen geraten hat.“

Tabelle 4 (Fortsetzung I): Tabelle 4 stellt die Kategorien, die dazugehörigen Motive, ihre Definitionen und die Bezeichnung des Verweises in den analysierten Interviews vor, die als endgültiges Kategoriensystem festgelegt wurden. Zudem werden den Kategorien zugeordnete Beispiele aus den Interviews dargestellt. Die Fortsetzung II dieser Tabelle folgt auf der nächsten Seite.

Tabelle 4 (Fortsetzung II): **Endgültiges Kategoriensystem**

Soziale Unterstützung		
Psychosoziale Unterstützung		
emotionale Unterstützung	Patientinnen und Patienten fühlen sich durch ihre Begleitung bestärkt/mutiger/haben weniger Angst/fühlen sich wohler etc.	„Er unterstützt mich, wenn ich Angst habe, und wenn ich Schmerzen habe, ist er immer für mich da!“
Sicherheitsgefühl	Gefühl der Sicherheit/körperliche Sicherheit durch Begleitung	„Er gibt mir auch Sicherheit, gerade, wenn es mir so schlecht geht.“
Krankheitsbewältigung		
Familieneinbezug	Wille, eigene Familie in das Krankheitsgeschehen und deren Bewältigung einzubeziehen/Gefühl der Unterstützung durch die Familie	„(Einbezug der eigenen Familie?) Ja absolut, [...] man erzählt sich untereinander, wenn man krank ist, alle fragen mich auch. Es ist ja auch wichtig, dass es die Familie weiß.“
gemeinsame Krankheitsbewältigung	Krankheit wird gemeinsam erlebt und durchlebt/chronisch erkrankte Patientinnen und Patienten	„Bei dieser Untersuchung kommen wir immer zusammen, alle Vierteljahre gehen wir zum Asthma-Check.“
Formen des Einbezugs sozialer Ressourcen		
Begleitung aus Gewohnheit	Patientinnen und Patienten beschreiben, sie gingen aus Gewohnheit gemeinsam zum Arzt	„Ich bin krebskrank, und seitdem der Krebs diagnostiziert wurde, gehen wir gemeinsam zum Arzt, seit ca. vier Jahren.“
Begleitperson wechselt/bleibt gleich	Begleitperson wechselt oder bleibt immer die im Interview erwähnte Begleitung	Ja: „(Begleitet Sie immer Ihre Ehefrau oder auch mal jemand anderes?) Ja, immer die Ehefrau.“ Nein: „(Begleitet Sie immer Ihre Mutter oder auch mal jemand anderes?) Nein, manchmal auch meine Frau [...]“
gegenseitige Begleitung	Patientinnen und Patienten sind ebenfalls Begleitung für ihre Begleitperson. Zugleich werden Begleitpersonen Funktionen/Rollen für die eigene Person zugeschrieben	„Ja, keine Ahnung, man macht das ja so, Mütter begleiten ihre Kinder, machen sich ja auch Sorgen. (Ist die Begleitung denn auch eine Hilfe für Sie als Patientin heute?) Klar, man fühlt sich einfach besser, wenn man nicht alleine ist.“

Tabelle 4 (Fortsetzung II): Tabelle 4 stellt die Kategorien, die dazugehörigen Motive, ihre Definitionen und die Bezeichnung des Verweises in den analysierten Interviews vor, die als endgültiges Kategoriensystem festgelegt wurden. Zudem werden den Kategorien zugeordnete Beispiele aus den Interviews dargestellt. Die Fortsetzung III dieser Tabelle folgt auf der nächsten Seite.

Tabelle 4 (Fortsetzung III): **Endgültiges Kategoriensystem**

Einschätzung der Auswirkungen der Begleitung auf die Konsultation durch die Patientinnen und Patienten		
positive Auswirkungen	Patienten und Patientinnen äußern, ihre Begleitungen hätten positive Auswirkungen auf die Konsultation/wirkten unterstützend/seien hilfreich/Begleitung wird als positiv empfunden	„Es sei angenehm für den Patienten, weil die Mutter den Überblick über die eigene Krankheit habe.“
negative Auswirkungen	Patienten und Patientinnen äußern, ihre Begleitpersonen hätten negative Auswirkungen auf die Konsultation/einen negativen Effekt/stellen eine Belastung statt einer Unterstützung für die eigene Person dar	„Ja, leider war er dabei. [...] (Warum leider?) Mein Mann ist ja ein Mann, deshalb ist es keine schöne Rolle. Er ignoriert einfach, was gesagt wurde. Wir reden nicht so gerne über unsere Erkrankung, wir einigen uns da eh nicht.“
neutrale Auswirkungen	Patienten und Patientinnen äußern, die Anwesenheit einer Begleitperson habe keinen direkten/neutralen Effekt auf die Konsultation	„Ich weiß nicht, das hat keinen wirklichen Grund, es ist schon immer so. Meine Mutter will halt einfach immer mitkommen. (Wie empfinden Sie das?) Das sei der Patientin eigentlich egal.“
Begleitung ist unverzichtbar	Patienten und Patientinnen äußern, ohne ihre Begleitung würde sie den Arztbesuch nicht antreten/direkte Beschreibung als unverzichtbar/direkte Kausalität zwischen der Wahrnehmung des Arzttermins und der gewünschten Begleitung	„(Wie wichtig ist Ihre Begleitung für Sie?) Unglaublich wichtig. Ohne Ihn würde ich nicht gehen. Er ist Teil meines Lebens, aber eben auch dieser furchtbaren Krankheit!“

Tabelle 4 (Fortsetzung III): Tabelle 4 stellt die Kategorien, die dazugehörigen Motive, ihre Definitionen und die Bezeichnung des Verweises in den analysierten Interviews vor, die als endgültiges Kategoriensystem festgelegt wurden. Zudem werden den Kategorien zugeordnete Beispiele aus den Interviews aufgezeigt.

Die Darstellung der Ergebnisse und die Diskussion dieser Studie basieren auf der Auswertung anhand dieses Kategoriensystems.

2.4.4 Vorgehen bei der Auswertung der Zählung von Patientinnen und Patienten

Ebenfalls wurde jeweils am Tag der Erhebung in den Praxen die Patientenzählung elektronisch erfasst und nummeriert. Zur Eingabe in Excel wurden die Zahlen der Vor- und Nachmittagszählung zusammengerechnet und nach Tagen nummeriert. Danach erfolgten die Datenerfassung in Excel und die Zählung der Patientinnen und Patienten sowie eine Darstellung derselben in Prozentzahlen, die im Folgenden gerundet angegeben werden. Hier wurde zwischen Patientinnen und Patienten mit einem türkischen Migrationshintergrund und ohne einen solchen sowie Patientinnen und Patienten anderer Herkunft unterschieden.

3 Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Datenerhebung dargestellt. Von allen erfassten begleiteten Patientinnen und Patienten beteiligten sich 124 an der Befragung. Davon mussten 17 ausgeschlossen werden. Die Gründe hierfür wurden zuvor erläutert. Die folgenden Daten beziehen sich auf die Gesamtzahl der in die Studie eingeschlossenen Patientinnen und Patienten und deren Begleitpersonen. Dies sind Daten von 107 Patientinnen und Patienten in Begleitung und 113 Begleitpersonen.

3.1 Soziodemografische Daten der begleiteten Patientinnen und Patienten

Wie der Tabelle 5 zu entnehmen ist, lag das durchschnittliche Alter aller in die Studie aufgenommenen Patientinnen und Patienten ($n = 107$) bei 50,1 Jahren (Median: 53). Die älteste Patientin beziehungsweise der älteste Patient war 91 Jahre, die oder der jüngste 16 Jahre alt. Unter 18 Jahren waren zwei (2 %), zwischen 18 und 29 Jahren 30 (28 %) aller Befragten. Die Altersklasse der 30- bis 39-Jährigen wurde zehnmal (9 %), die der 40- bis 49-Jährigen ebenfalls zehnmal (9 %) genannt. Zwölf (11 %) 50- bis 59-Jährige waren vertreten, ebenfalls zwölf (11 %) 60- bis 69-Jährige. 17 (16 %) waren zwischen 70 und 79 Jahre alt, und die Gruppe der 80- bis 89-Jährigen war durch 13 (12 %) Befragte vertreten. Eine Patientin oder ein Patient (1 %) war der Altersgruppe der 90- bis 99-Jährigen zuzuordnen.

Von den Patientinnen und Patienten waren 35 (33 %) männlichen und 72 (67 %) weiblichen Geschlechts. Insgesamt gaben 57 (53 %) an, verheiratet zu sein, 33 (31 %) waren ledig, acht (7 %) verwitwet und neun (8 %) geschieden. Kinder hatten 65 (61 %) aller

Befragten, 42 (39 %) waren kinderlos. Eine Interviewteilnehmerin oder ein Interviewteilnehmer (1 %) war Schülerin oder Schüler, drei (3 %) hatten keinen Schulabschluss, zwei (2 %) einen Grundschulabschluss in der Türkei erworben. Einen Haupt- oder Volksschulabschluss vorweisen zu können, gaben 37 (35 %) der Befragten an. Den Realschulabschluss als höchsten Schulabschluss hatten 28 (26 %) der Befragten erreicht. Eine Fachhochschulreife wurde sechsmal (6 %) genannt. Das Abitur hatten 30 (28 %) aller Befragten absolviert.

3.1.1 Daten von Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund

Im Falle der Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund (n = 62) lag das durchschnittliche Alter bei 58,8 Jahren (Median: 66). Die älteste Patientin oder der älteste Patient war 91 Jahre, die oder der jüngste 16 Jahre alt. In dieser Patientengruppe war eine Patientin oder ein Patient (2 %) jünger als 18 Jahre alt. Zwischen 18 und 29 Jahre alt waren zwölf (19 %) Patientinnen und Patienten, und ein Alter zwischen 30 und 39 Jahren gaben drei (5 %) der Befragten an. Die Altersklasse der 40- bis 49-Jährigen war viermal (6 %) vertreten, die der 50- bis 59-Jährigen und die der 60- bis 69-Jährigen je siebenmal (11 %). Älter waren 14 (23 %) Patientinnen und Patienten zwischen 70 und 79 Jahren und 13 (21 %) zwischen 80 und 89 Jahren. Eine Patientin oder ein Patient (2 %) hatte ein Alter zwischen 90 und 99 Jahren erreicht. Achtunddreißig (61 %) der Befragten ohne Migrationshintergrund waren weiblich, 24 (39 %) männlich. Vierunddreißig (55 %) der Interviewteilnehmerinnen und Interviewteilnehmer gaben an, verheiratet zu sein, und 15 (24 %) verwiesen auf den Status ledig. Der Familienstand verwitwet wurde sechsmal (10 %) und geschieden von sieben (11 %) der Befragten angegeben. Dreiundvierzig (69 %) der Patientinnen und Patienten hatten Kinder, 19 (31 %) waren kinderlos. Unter der Kategorie höchster erreichter Schulabschluss fanden Schülerin oder Schüler, kein Schulabschluss und ein Grundschulabschluss in der Türkei keine Erwähnung. Einen Haupt- oder Volksschulabschluss hatten 34 (55 %) aller Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund, einen Realschulabschluss 15 (24 %). Die Fachhochschulreife gaben zwei (3 %) Teilnehmerinnen und Teilnehmer an. Elf (18 %) der Patientinnen und Patienten hatten das Abitur erreicht.

3.1.2 Daten von Patientinnen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund

Im Falle der Patientinnen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund (n = 36) lag das durchschnittliche Alter bei 31,1 Jahren (Median: 31,5). Die älteste Patientin oder der älteste Patient war 67 Jahre, die oder der jüngste 16 Jahre alt. Jünger als 18 Jahre zu sein, gab nur eine Patientin oder ein Patient an (3 %). In der Altersklasse der 18- bis 29-Jährigen waren 16 (44 %) der Befragten vertreten. Fünf (14 %) Interviewteilnehmerinnen und Interviewteilnehmer waren zwischen 30 und 39 Jahre alt. Sechs (17 %) Patientinnen und Patienten ließen sich den 40- bis 49-Jährigen zuordnen. Vier (11 %) Patientinnen und Patienten waren zwischen 50 und 59 Jahre beziehungsweise zwischen 60 und 69 Jahre alt. Weitere Altersklassen ließen sich nicht festhalten. 27 (75 %) weibliche und neun (25 %) männliche Teilnehmer wurden dieser Gruppe zugeordnet. Achtzehn (50 %) aller Patientinnen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund waren verheiratet und 16 (44 %) ledig. Eine Patientin oder ein Patient (3 %) gab an, verwitwet oder geschieden zu sein. Achtzehn Befragte (je 50 %) vermerkten, Kinder zu haben, beziehungsweise kinderlos zu sein.

Schülerinnen und Schüler waren in dieser Gruppe einmal (3 %) vertreten. Je zweimal (6 %) wurden kein Schulabschluss und Grundschulabschluss in der Türkei angegeben. Einen Haupt- oder Volksschulabschluss führten drei (8 %) Patientinnen und Patienten an, zwölf (33 %) einen Realschulabschluss. Die Fachhochschulreife wurde von zwei (6 %) der Patientinnen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund genannt. Das Abitur hatten 14 (39 %) der Befragten dieser Gruppe absolviert.

3.1.3 Daten von Patientinnen und Patienten mit anderem Migrationshintergrund

Im Falle der Patientinnen und Patienten anderer Herkunft (n = 9) lag das durchschnittliche Alter bei 50,3 Jahren (Median: 58). Die älteste Patientin oder der älteste Patient war 78 Jahre, die oder der jüngste 18 Jahre alt. Die Altersklasse der 18- bis 29-Jährigen und jene der 30- bis 39-Jährigen waren je zweimal (22 %) vertreten. Keine Patientin und kein Patient anderer Herkunft waren zwischen 40 und 49 Jahre alt. Je eine Befragte und ein Befragter (11 %) gaben an, zwischen 50 und 59 Jahre beziehungsweise zwischen 60 und 69 Jahre alt zu sein. Die ältesten drei (33 %) Patientinnen und Patienten dieser Kategorie waren zwischen 70 und 79 Jahre alt. Sieben (78 %) Patientinnen vermerkten das weibliche Geschlecht und zwei (22 %) das männliche. Fünfmal (56 %) wurde der Familienstand verheiratet, zweimal (22 %) der Status ledig angegeben, und jeweils einmal (11 %) wurden verwitwet und geschieden dokumentiert. Kinder hatten vier (44 %) der Befragten dieser Gruppe, fünf

(56 %) gaben an, keine Kinder zu haben. Bei der Frage nach dem höchsten erreichten Schulabschluss wurden je einmal (11 %) die Angabe kein Schulabschluss und die Angabe Realschulabschluss gemacht. Zwei (22 %) Patientinnen und Patienten hatten eine Fachhochschulreife, fünf (56 %) das Abitur. Tabelle 5 stellt die soziodemografischen Daten der befragten Patientinnen und Patienten dar:

Tabelle 5: Soziodemografische Daten der begleiteten Patientinnen und Patienten

	Patientinnen und Patienten ohne MH	Patientinnen und Patienten mit türkischem MH	Patientinnen und Patienten anderer Herkunft	Gesamt
Gesamt	62	36	9	107
Alter				
Mittelwert/Median	58,8/66	31,1/31,5	50,3/58	50,1/53
unter 18 Jahre	1 (2 %)	1 (3 %)		2 (2 %)
18–29 Jahre	12 (19 %)	16 (44 %)	2 (22 %)	30 (28 %)
30–39 Jahre	3 (5 %)	5 (14 %)	2 (22 %)	10 (9 %)
40–49 Jahre	4 (6 %)	6 (17 %)		10 (9 %)
50–59 Jahre	7 (11 %)	4 (11 %)	1 (11 %)	12 (11 %)
60–69 Jahre	7 (11 %)	4 (11 %)	1 (11 %)	12 (11 %)
70–79 Jahre	14 (23 %)		3 (33 %)	17 (16 %)
80–89 Jahre	13 (21 %)			13 (12 %)
90–99 Jahre	1 (2 %)			1 (1 %)
Geschlecht				
männlich	24 (39 %)	9 (25 %)	2 (22 %)	35 (33 %)
weiblich	38 (61 %)	27 (75 %)	7 (78 %)	72 (67 %)
Familienstand				
verheiratet	34 (55 %)	18 (50 %)	5 (56 %)	57 (53 %)
ledig	15 (24 %)	16 (44 %)	2 (22 %)	33 (31 %)
verwitwet	6 (10 %)	1 (3 %)	1 (11 %)	8 (7 %)
geschieden	7 (11 %)	1 (3 %)	1 (11 %)	9 (8 %)
Kinder				
Ja	43 (69 %)	18 (50 %)	4 (44 %)	65 (61 %)
Nein	19 (31 %)	18 (50 %)	5 (56 %)	42 (39 %)
Höchster Schulabschluss				
Schüler/Schülerin		1 (3 %)		1 (1 %)
kein Schulabschluss		2 (6 %)	1 (11 %)	3 (3 %)
Grundschulabschluss		2 (6 %)		2 (2 %)
Türkei				
Haupt-/ Volksschulabschluss	34 (55 %)	3 (8 %)		37 (35 %)
Realschulabschluss	15 (24 %)	12 (33 %)	1 (11 %)	28 (26 %)
Fachhochschulreife	2 (3 %)	2 (6 %)	2 (22 %)	6 (6 %)
Abitur	11 (18 %)	14 (39 %)	5 (56 %)	30 (28 %)

Tabelle 5: Alle Angaben beziehen sich auf die Daten der 107 ausgewerteten Interviews. Mehrfachnennungen waren möglich, wenn Patientinnen und Patienten mit mehr als einer Begleitperson kamen. MH gibt einen Migrationshintergrund an. Die Gesamtzahl in % ist aufgrund von Rundungsdifferenzen nicht gleich 100 %.

3.2 Behandlungsanlässe und chronische Erkrankungen begleiteter

Patientinnen und Patienten

Die teilnehmenden Patientinnen und Patienten wurden nach dem Behandlungsanlass und dem Vorliegen einer chronischen Erkrankung gefragt (Tabelle 6). Insgesamt wurde einmal (1 %) keine Angabe über den vorliegenden Behandlungsanlass gemacht. Endokrine Erkrankungen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten wurden neunmal (8 %) angegeben, psychische Störungen und Verhaltensstörungen zweimal (2 %), Krankheiten des Kreislaufsystems fünfmal (4 %), und 49 (43 %) Patientinnen und Patienten nannten Krankheiten des Atmungssystems. Krankheiten des Verdauungssystems gaben sieben (6 %) Befragte an. Krankheiten der Haut und der Unterhaut wurden einmal (1 %) angegeben. Fünf (4 %) aller Patientinnen und Patienten führten Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes an. Krankheiten des Urogenitalsystems wurden einmal (1 %) erfasst. Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zu einer Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen, wurden zweimal (2 %) genannt. Elf (10 %) Patientinnen und Patienten gaben die Besprechung von Laborwerten als Behandlungsanlass an. Die Vorbereitung, die Einweisung und die Nachsorge im Kontext einer Operation fanden dreimal (3 %) Erwähnung. Acht (7 %) aller Befragten gaben die Besprechung von Untersuchungsbefunden als Behandlungsanlass an, zwei (2 %) Verletzungen. Allgemeinsymptome waren zweimal (2 %) Anlass einer Behandlung. Alle übrigen und somit fünf (4 %) Angaben wurden unter Sonstiges zusammengefasst.

54 (50 %) der Patientinnen und Patienten gaben an, unter einer Krankheit oder mehreren chronischen Krankheiten zu leiden. Dreiundfünfzig (50 %) wiesen keine chronische Erkrankung auf. Unter den genannten chronischen Krankheiten waren zweimal (3 %) die Nennung Neubildungen, einmal (2 %) die Angabe Krankheiten des Bluts und der blutbildenden Organe vertreten, und 19 (32 %) aller Patientinnen und Patienten führten endokrine Erkrankungen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten an. Einmal (2 %) wurden psychische Störungen und Verhaltensstörungen genannt. Krankheiten des Nervensystems fanden viermal (7 %) Erwähnung, Krankheiten des Kreislaufsystems zehnmal (17 %), und zwölf (20 %) der Patientinnen und Patienten gaben Krankheiten des Atmungssystems an. Krankheiten des Verdauungssystems wurden dreimal (5 %) angegeben, einmal (2 %) Krankheiten der Haut und der Unterhaut. Beschwerden des Muskel-Skelett-Systems begleiten vier (7 %) aller Befragten als chronische Erkrankung, Krankheiten des Urogenitalsystems wurden einmal (2 %) genannt. Chronische Erkrankungen, die unter

Allgemeinsymptome zu fassen sind, waren einmal (2 %) präsent.

3.2.1 Behandlungsanlässe und chronische Erkrankungen von Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund

In der Gruppe der Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund wurden endokrine Erkrankungen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten sechsmal (9 %) angegeben, psychische Störungen und Verhaltensstörungen zweimal (3 %). Krankheiten des Kreislaufsystems fanden fünfmal (7 %) Erwähnung, 25 (37 %) Patientinnen und Patienten gaben Krankheiten des Atmungssystems an. Krankheiten des Verdauungssystems vermerkten fünf (7 %) aller Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund, Krankheiten der Haut und der Unterhaut wurden einmal (1 %) angegeben. Viermal (6 %) fanden sich Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes. Krankheiten des Urogenitalsystems wurden einmal (1 %) genannt. Eine Besprechung von Laborwerten war sechsmal (9 %) Behandlungsanlass, die Vorbereitung auf eine Operation, eine Einweisung und die Nachsorge im Anschluss an eine Operation zweimal (3 %). Sieben (10 %) aller Befragten gaben eine Besprechung von Untersuchungsbefunden als Behandlungsanlass an, eine oder einer (1 %) verwies auf Verletzungen. Allgemeinsymptome fanden zweimal (3 %) Erwähnung. Alle übrigen und somit eine (1 %) andere Angabe wurden unter Sonstiges zusammengefasst. 31 (50 %) aller Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund bekundeten, an einer chronischen Krankheit zu leiden. Somit hatten 31 (50 %) keine chronische Erkrankung. Unter den genannten chronischen Krankheiten waren mit je einer (3 %) Nennung Neubildungen und Krankheiten des Bluts und der blutbildenden Organe vertreten. Dreizehn (37 %) Patientinnen und Patienten nannten endokrine Erkrankungen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, einmal (3 %) wurden psychische Störungen und Verhaltensstörungen angeführt. Krankheiten des Kreislaufsystems fanden bei Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund sechsmal (17 %) Erwähnung, Krankheiten des Atmungssystems siebenmal (20 %). Probleme mit Krankheiten des Verdauungssystems hatten zwei (6 %) der Patientinnen und Patienten, einmal (3 %) nannten Befragte Krankheiten der Haut und der Unterhaut. Beschwerden des Muskel-Skelett-Systems begleiteten zwei (6 %) aller Befragten als chronische Erkrankung, und einmal (3 %) betraf dies Krankheiten des Urogenitalsystems.

3.2.2 Behandlungsanlässe und chronische Erkrankungen von Patientinnen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund

Bei den Patientinnen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund wurde einmal (3 %) keine Angabe zum vorliegenden Behandlungsanlass gemacht. Auch endokrine Erkrankungen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten wurden einmal (3 %) angegeben. Krankheiten des Atmungssystems waren mit 21 (58 %) Nennungen der häufigste Behandlungsanlass, und Krankheiten des Verdauungssystems gab eine Patientin oder ein Patient (3 %) an. Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zu einer Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen, wurden zweimal (6 %) genannt. Die Besprechung von Laborwerten war viermal (11 %) Behandlungsanlass, die Vorbereitung, Einweisung und Nachsorge einer Operation waren einmal (3 %) präsent. Eine Befragte oder ein Befragter (3 %) gab Verletzungen an. Alle übrigen und somit vier (11 %) Angaben wurden unter Sonstiges zusammengefasst. Unter einer chronischen Erkrankung litten in dieser Gruppe 17 (47 %) aller Interviewpartnerinnen und Interviewpartner, 19 (53 %) gaben keine chronische Krankheit an. Einmal (6 %) wurde Neubildungen vermerkt, viermal (22 %) waren es endokrine Erkrankungen, Ernährungs- und Stoffwechselstörungen. Je dreimal (17 %) litten die befragten Patientinnen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund an Krankheiten des Nerven- oder Kreislaufsystems. Viermal (22 %) fanden Krankheiten des Atmungssystems Erwähnung. Je einmal (je 6 %) wurden Krankheiten des Verdauungssystems, des Muskel-Skelett-Systems oder Allgemeinsymptome genannt.

3.2.3 Behandlungsanlässe und chronische Erkrankungen von Patientinnen und Patienten anderer Herkunft

Patientinnen und Patienten anderer Herkunft gaben zweimal (22 %) endokrine Erkrankungen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten als Behandlungsanlass an. Krankheiten des Atmungssystems wurden dreimal (33 %) erwähnt, Krankheiten des Verdauungssystems gab eine Befragte oder ein Befragter (11 %) an. Eine Patientin oder ein Patient anderer Herkunft (11 %) gab Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes als Behandlungsanlass an. Das Besprechen von Laborwerten und von Untersuchungsbefunden wurden je einmal (11 %) als Behandlungsanlass genannt. Eine chronische Krankheit beklagten sechs (67 %) der teilnehmenden Befragten dieser Gruppe. Drei (33 %) gaben keine chronische Erkrankung an. Zweimal (33 %) wurden endokrine Erkrankungen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten als chronische Erkrankung genannt. Je einmal (je 17 %) beklagten Patientinnen und Patienten anderer Herkunft

Krankheiten des Nervensystems, des Kreislaufsystems, des Atmungssystems und des Muskel-Skelett-Systems.

Tabelle 6: Behandlungsanlass und chronische Erkrankung der Patientinnen und Patienten

	Pat. ohne MH	Pat. mit türkischem MH	Pat. anderer Herkunft	Gesamt
Anzahl Patientinnen und Patienten	62	36	9	107
Gesamtergebnis Behandlungsanlässe	68	36	9	113
Behandlungsanlass				
keine Angabe		1 (3 %)		1 (1 %)
endokrine Erkrankungen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	6 (9 %)	1 (3 %)	2 (22 %)	9 (8 %)
psychische Störungen und Verhaltensstörungen	2 (3 %)			2 (2 %)
Krankheiten des Kreislaufsystems	5 (7 %)			5 (4 %)
Krankheiten des Atmungssystems	25 (37 %)	21 (58 %)	3 (33 %)	49 (43 %)
Krankheiten des Verdauungssystems	5 (7 %)	1 (3 %)	1 (11 %)	7 (6 %)
Krankheiten der Haut und Unterhaut	1 (1 %)			1 (1 %)
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	4 (6 %)		1 (11 %)	5 (4 %)
Krankheiten des Urogenitalsystems	1 (1 %)			1 (1 %)
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen		2 (6 %)		2 (2 %)
Besprechung von Laborwerten	6 (9 %)	4 (11 %)	1 (11 %)	11 (10 %)
OP-Vorbereitung/Einweisung/OP-Nachsorge	2 (3 %)	1 (3 %)		3 (3 %)
Besprechung von Untersuchungsbefunden	7 (10 %)		1 (11 %)	8 (7 %)
Verletzungen	1 (1 %)	1 (3 %)		2 (2 %)
Allgemeinsymptome	2 (3 %)			2 (2 %)
Sonstiges	1 (1 %)	4 (11 %)		5 (4 %)
chronische Erkrankung/Erkrankungen vorhanden?				
Ja	31 (50 %)	17 (47 %)	6 (67 %)	54 (50 %)
Nein	31 (50 %)	19 (53 %)	3 (33 %)	53 (50 %)
chronische Erkrankung	35	18	6	59
Neubildungen	1 (3 %)	1 (6 %)		2 (3 %)
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	1 (3 %)			1 (2 %)
endokrine Erkrankungen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	13 (37 %)	4 (22 %)	2 (33 %)	19 (32 %)
psychische Störungen und Verhaltensstörungen	1 (3 %)			1 (2 %)
Krankheiten des Nervensystems		3 (17 %)	1 (17 %)	4 (7 %)
Krankheiten des Kreislaufsystems	6 (17 %)	3 (17 %)	1 (17 %)	10 (17 %)
Krankheiten des Atmungssystems	7 (20 %)	4 (22 %)	1 (17 %)	12 (20 %)
Krankheiten des Verdauungssystems	2 (6 %)	1 (6 %)		3 (5 %)
Krankheiten der Haut und Unterhaut	1 (3 %)			1 (2 %)
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	2 (6 %)	1 (6 %)	1 (17 %)	4 (7 %)
Krankheiten des Urogenitalsystems	1 (3 %)			1 (2 %)
Symptome/Allgemeinsymptome		1 (6 %)		1 (2 %)

Tabelle 6: Hier waren Mehrfachnennungen möglich. Die Prozentangaben beziehen sich auf die Gesamtanzahl aller genannten Behandlungsanlässe und chronischen Erkrankungen, weitere Angaben auf die Gesamtanzahl der 107 Patientinnen und Patienten. Die Gesamtzahl in % ist aufgrund von Rundungsdifferenzen nicht gleich 100 %. MH steht für einen Migrationshintergrund, Pat. für Patientinnen oder Patienten.

3.3 Soziodemografische Daten der Begleitpersonen

Insgesamt wurden in den Interviews seitens der Patientinnen und Patienten Angaben über 113 Begleitpersonen gemacht (Tabelle 7). Sechs brachten mehr als eine Begleitperson mit in die ärztliche Sprechstunde. Das Alter aller Begleitpersonen lag im Durchschnitt bei 50,07 Jahren (Median: 52). Die älteste Begleitperson war 90 Jahre alt, die jüngste 14. Keine Angabe zum Alter der Begleitperson wurde einmal (1 %) gemacht. Unter 18 Jahre waren zwei (2 %) Begleitpersonen alt, zwischen 18 und 29 Jahren 26 (23 %) aller Begleitungen, und neun (8 %) wiesen laut den Patientinnen und Patienten ein Alter von 30 bis 39 Jahren auf. Zwischen 40 und 49 Jahre waren 14 (12 %) aller Begleitpersonen, 20 (18 %) 50- bis 59-jährig. Ein Alter zwischen 60 und 69 Jahren hatten 13 (12 %) aller Begleitungen, 70 bis 79 Jahre waren 14 (12 %) und 80 bis 89 Jahre 13 (12 %) aller Begleitpersonen. Ein Alter über 90 Jahre hatte laut den Befragten nur eine (1 %) Begleitperson erreicht.

Von den Begleitpersonen waren 70 (62 %) weiblichen und 43 (38 %) männlichen Geschlechts. Zu dem höchsten erreichten Bildungsabschluss ihrer Begleitung konnten 13 (12 %) Patientinnen und Patienten keine Angabe machen. Zwei (2 %) aller Begleitpersonen, über die Befragte Auskunft gaben, waren Schülerin oder Schüler, fünf (4 %) hatten keinen Schulabschluss, vier (4 %) einen Grundschulabschluss in der Türkei erworben. Einen Haupt- oder Volksschulabschluss gaben 39 (35 %) der Befragten an. Den Realschulabschluss als höchsten Schulabschluss vermerkten 15 (13 %) der Befragten. Eine Fachhochschulreife wurde dreimal (3 %) genannt. Das Abitur hatten 32 (28 %) der Begleitungen erreicht. Siebenundneunzig (86 %) aller Begleitpersonen waren ebenfalls Patientinnen und Patienten in der Praxis, dementsprechend 16 (14 %) nicht. Einen Behandlungsanlass hatten 68 (60 %) aller Begleitpersonen, ohne eigenen Behandlungswunsch kamen laut den Befragten Patientinnen und Patienten 45 (40 %).

3.3.1 Daten der Begleitpersonen ohne Migrationshintergrund

Insgesamt wurden 66 Begleitpersonen ohne Migrationshintergrund beschrieben, die durchschnittlich 55,9 Jahre (Median: 60,5) Jahre alt waren. Die älteste Begleitperson ohne Migrationshintergrund war 90 Jahre alt, die jüngste 17 Jahre. Keine Angabe zum Alter der Begleitperson wurde einmal (2 %) gemacht. Unter 18 Jahre war eine Begleitperson (2 %) alt. Zwischen 18 und 29 Jahren waren zwölf (18 %) aller Begleitpersonen, sechs (9 %) den Patientinnen und Patienten zufolge zwischen 30 und 39 Jahre alt. Ein Alter zwischen 40 und 49 Jahren wiesen vier (6 %) aller Begleitpersonen auf, und sieben (11 %) waren 50- bis 59-

jährig. Der Altersspanne 60 bis 69 Jahre ließen sich zehn (15 %) aller Begleitungen zuordnen, 70 bis 79 Jahre waren zwölf (18 %) und 80 bis 89 Jahre ebenfalls zwölf (18 %) der Begleitungen. Ein Alter über 90 Jahre hatte laut den Befragten eine (2 %) Begleitperson erreicht.

Von den Begleitpersonen waren 39 (59 %) weiblichen und 27 (41 %) männlichen Geschlechts. Zu dem höchsten erreichten Bildungsabschluss konnte fünfmal (8 %) keine Angabe gemacht werden. Eine (2 %) Begleitperson, über die Befragte Auskunft gaben, war Schülerin oder Schüler, eine (2 %) hatte keinen Schulabschluss. Ein Haupt- oder Volksschulabschluss wurde 29 (44 %) Begleitungen attestiert. Den Realschulabschluss als höchsten Schulabschluss gaben zehn (15 %) der Befragten an. Eine Fachhochschulreife wurde zweimal (3 %) genannt. Das Abitur hatten 18 (27 %) aller Begleitpersonen. 59 (89 %) aller Begleitpersonen ohne Migrationshintergrund waren ebenfalls Patientinnen und Patienten in der Praxis der Befragten, sieben (11 %) suchten eine andere Hausärztin oder einen anderen Hausarzt auf. Ein Behandlungsanlass war bei 38 (58 %) aller Begleitpersonen ohne Migrationshintergrund vorhanden, 28 (42 %) kamen ohne eigenen Behandlungsanlass.

3.3.2 Daten der Begleitpersonen mit türkischem Migrationshintergrund

Begleitpersonen mit türkischem Migrationshintergrund wurden insgesamt 39 gezählt, sie waren durchschnittlich 42,5 (Median: 48) Jahre alt. Die älteste Begleitperson mit türkischem Migrationshintergrund war 80 Jahre alt, die jüngste 18 Jahre. Ein Alter zwischen 18 und 29 Jahren wiesen elf (28 %) aller Begleitpersonen auf, zwei (5 %) waren laut den Patientinnen und Patienten 30 bis 39 Jahre alt. Zwischen 40 und 49 Jahre alt waren zehn (26 %) aller Begleitpersonen, zwölf (31 %) 50- bis 59-jährig. Ein Alter zwischen 60 und 69 Jahren hatten zwei (5 %) aller Begleitungen erreicht, 70 bis 79 Jahre alt war eine (3 %) Begleitperson, eine weitere 80 bis 89 Jahre (3 %). Von den Begleitpersonen waren 27 (69 %) weiblichen und zwölf (31 %) männlichen Geschlechts. Zu dem höchsten erreichten Bildungsabschluss konnte bei acht (21 %) der Begleitpersonen mit türkischem Migrationshintergrund keine Angaben gemacht werden. Vier (10 %) aller Begleitpersonen, über die Befragte Auskunft gaben, hatten keinen Schulabschluss, ebenfalls vier (10 %) einen Grundschulabschluss in der Türkei erworben. Einen Haupt- oder Volksschulabschluss gaben neun (23 %) der Befragten an. Den Realschulabschluss als höchsten Schulabschluss vermerkten vier (10 %). Eine Fachhochschulreife wurde einmal (3 %) genannt. Das Abitur hatten neun (23 %) aller Begleitpersonen mit türkischem Migrationshintergrund. Ebenfalls Patientinnen und Patienten in der Praxis waren 34 (87 %) der begleitenden Personen mit türkischem

Migrationshintergrund, fünf (13 %) befanden sich laut den Befragten bei einer anderen Hausärztin oder einem anderen Hausarzt in Behandlung. Einen eigenen Behandlungsanlass hatten 27 (69 %) aller Begleitungen, zwölf (31 %) kamen ohne Behandlungsanlass.

3.3.3 Daten der Begleitpersonen anderer Herkunft

Es wurden acht Begleitpersonen anderer Herkunft durch Interviews erfasst, die durchschnittlich 38,2 (Median: 30) Jahre alt waren. Die älteste Begleitperson anderer Herkunft war 73 Jahre alt, die jüngste 14 Jahre. Unter 18 Jahre alt war eine Begleitperson (13 %). Ein Alter zwischen 18 und 29 Jahren hatten drei (38 %) aller Begleitpersonen, eine (13 %) Begleitperson anderer Herkunft war laut den Patientinnen und Patienten 30 bis 39 Jahre alt, eine (13 %) 50- bis 59-jährig, und ein Alter zwischen 60 und 69 Jahren hatte eine (13 %) aller Begleitungen erreicht. Zwischen 70 und 79 Jahren alt war eine (13 %) Begleitperson anderer Herkunft. Von den Begleitpersonen waren vier (50 %) weiblichen und vier (50 %) männlichen Geschlechts. Eine (13 %) aller Begleitpersonen anderer Herkunft, über die Befragte Auskunft gaben, war Schülerin oder Schüler. Einen Haupt- oder Volksschulabschluss der Begleitperson anderer Herkunft gab eine (13 %) der Befragten an. Den Realschulabschluss als höchsten Schulabschluss der Begleitung vermerkte eine (13 %) Befragte oder ein Befragter. Das Abitur hatten fünf (63 %) aller beschriebenen Begleitpersonen anderer Herkunft. Patientin oder Patient in der gleichen Praxis wie die oder der Befragte waren vier (50 %) der Begleitpersonen anderer Herkunft, dementsprechend ergab sich für vier (50 %) eine Anbindung an eine andere Hausärztin oder einen anderen Hausarzt. Einen Behandlungsanlass hatten drei (38 %) der Begleitpersonen, fünf (63 %) waren ohne eigenen Behandlungswunsch anwesend.

Tabelle 7: Soziodemografische Daten der Begleitpersonen

Herkunft	Begleitpersonen ohne Migrationshintergrund	Begleitpersonen mit türkischem Migrationshintergrund	Begleitpersonen anderer Herkunft	Gesamt
Gesamt	66	39	8	113
Alter der Begleitpersonen				
Mittelwert/Median	55,9/60,5	42,5/48	38,2/30	50,07/52
keine Angabe	1 (2 %)			1 (1 %)
unter 18 Jahre	1 (2 %)		1 (13 %)	2 (2 %)
18–29 Jahre	12 (18 %)	11 (28 %)	3 (38 %)	26 (23 %)
30–39 Jahre	6 (9 %)	2 (5 %)	1 (13 %)	9 (8 %)
40–49 Jahre	4 (6 %)	10 (26 %)		14 (12 %)
50–59 Jahre	7 (11 %)	12 (31 %)	1 (13 %)	20 (18 %)
60–69 Jahre	10 (15 %)	2 (5 %)	1 (13 %)	13 (12 %)
70–79 Jahre	12 (18 %)	1 (3 %)	1 (13 %)	14 (12 %)
80–89 Jahre	12 (18 %)	1 (3 %)		13 (12 %)
90–99 Jahre	1 (2 %)			1 (1 %)
Geschlecht der Begleitperson				
männlich	27 (41 %)	12 (31 %)	4 (50 %)	43 (38 %)
weiblich	39 (59 %)	27 (69 %)	4 (50 %)	70 (62 %)
Schulabschluss der Begleitperson				
keine Angaben	5 (8 %)	8 (21 %)		13 (12 %)
Schülerin	1 (2 %)		1 (13 %)	2 (2 %)
kein Schulabschluss	1 (2 %)	4 (10 %)		5 (4 %)
Grundschulabschluss Türkei		4 (10 %)		4 (4 %)
Haupt-/Volksschulabschluss	29 (44 %)	9 (23 %)	1 (13 %)	39 (35 %)
Realschulabschluss	10 (15 %)	4 (10 %)	1 (13 %)	15 (13 %)
Fachhochschulreife	2 (3 %)	1 (3 %)		3 (3 %)
Abitur	18 (27 %)	9 (23 %)	5 (63 %)	32 (28 %)
Begleitperson Patientin oder Patient in Praxis?				
Ja	59 (89 %)	34 (87 %)	4 (50 %)	97 (86 %)
Nein	7 (11 %)	5 (13 %)	4 (50 %)	16 (14 %)
Vorhandensein eines Behandlungsanlasses?				
Ja	38 (58 %)	27 (69 %)	3 (38 %)	68 (60 %)
Nein	28 (42 %)	12 (31 %)	5 (63 %)	45 (40 %)

Tabelle 7: Alle Angaben beziehen sich auf die Daten der 107 ausgewerteten Interviews, die Prozentangaben auf die Gesamtanzahl der Begleitpersonen. Mehrfachnennungen waren möglich, wenn die Patientin oder der Patient mit mehr als einer Begleitperson in der hausärztlichen Konsultation erschien. Die Gesamtzahl in % ist aufgrund von Rundungsdifferenzen nicht gleich 100 %.

3.4 Behandlungsanlässe der Begleitpersonen im Falle gegenseitiger Begleitung

Patientinnen und Patienten begleiteten sich auch gegenseitig, was dazu führte, dass sie im Interview Auskunft über eine Begleitperson gaben, die ebenfalls Patientin oder Patient war und somit einen Behandlungsanlass aufwies (Tabelle 8). Achtundsechzig (60 %) Begleitpersonen hatten laut den befragten Patientinnen und Patienten einen Behandlungsanlass. Es ist davon auszugehen, dass diese sich gegenseitig begleiteten. Da auch mehr als ein Behandlungsanlass vorliegen konnte, wurden bei 113 Begleitpersonen 72 Behandlungsanlässe durch Interviewteilnehmerinnen und Interviewteilnehmer beschrieben. Einmal (1 %) konnte seitens der Patientin oder des Patienten keine Angabe zum Behandlungsanlass der jeweiligen Begleitperson gemacht werden, einmal (1 %) wurden Krankheiten des Bluts oder der blutbildenden Organe erfasst. Endokrine Erkrankungen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten wurden zehnmal (14 %) seitens der Befragten beschrieben, Krankheiten des Kreislaufsystems einmal (1 %). Einunddreißig (43 %) Patientinnen und Patienten nannten Krankheiten des Atmungssystems. Jeweils einmal (1 %) wurden Krankheiten des Kreislaufsystems, des Verdauungssystems, beziehungsweise der Haut und der Unterhaut verzeichnet. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems hatten drei (4 %) aller Begleitpersonen. Zur Besprechung von Laborwerten nutzten zehn (14 %) aller Begleitungen die ärztliche Sprechstunde. Eine Vorbereitung, Einweisung und Nachsorge im Kontext einer Operation waren zweimal (3 %) Behandlungsanlass, sechsmal (8 %) wurden Untersuchungsbefunde besprochen. Allgemeinsymptome fanden viermal (6 %) als Behandlungsanlass einer Begleitung Erwähnung, einmal (1 %) fiel eine Angabe, die unter Sonstiges zu verzeichnen ist.

3.4.1 Behandlungsanlässe der Begleitpersonen ohne Migrationshintergrund im Falle gegenseitiger Begleitung

Die 66 Begleitpersonen ohne Migrationshintergrund wiesen insgesamt 41 Behandlungsanlässe auf. Endokrine Erkrankungen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten wurden hier fünfmal (12 %) genannt, 18 (44 %) Patientinnen und Patienten gaben Krankheiten des Atmungssystems an. Jeweils einmal (je 2 %) fiel die Angabe Krankheiten des Kreislaufsystems, des Verdauungssystems, der Haut und der Unterhaut sowie des Muskel-Skelett-Systems. Eine Besprechung von Laborwerten war sechsmal (15 %) Behandlungsanlass, ebenfalls sechsmal (15 %) wurde die Angabe

Besprechung von Untersuchungsbefunden gemacht. Allgemeinsymptome waren bei Begleitpersonen ohne Migrationshintergrund zweimal (5 %) Behandlungsanlass.

3.4.2 Behandlungsanlässe der Begleitpersonen mit türkischem Migrationshintergrund im Falle gegenseitiger Begleitung

Bei den 39 Begleitpersonen mit türkischem Migrationshintergrund wurden insgesamt 28 Behandlungsanlässe seitens der Befragten angegeben. Jeweils einmal (4 %) konnte keine Angabe zum Behandlungsanlass der Begleitung gemacht werden, oder es waren Krankheiten des Bluts oder der blutbildenden Organen Anlass der Behandlung. Endokrine Erkrankungen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten wurden dreimal (11 %) erfasst, 13 (47 %) Patientinnen und Patienten gaben Krankheiten des Atmungssystems als Behandlungsanlass ihrer Begleitung an. Zweimal (7 %) nannten Befragte Krankheiten des Muskel-Skelettsystems als Behandlungsanlass ihrer Begleitung, viermal (14 %) wurde die Angabe Besprechung der Laborwerte gemacht. Eine Vorbereitung, Einweisung und Nachsorge im Kontext einer Operation waren zweimal (7 %) Anlass der Behandlung, jeweils einmal (4 %) wurden Allgemeinsymptome oder sonstige Gründe als Behandlungsanlass genannt.

3.4.3 Behandlungsanlässe der Begleitpersonen anderer Herkunft im Falle gegenseitiger Begleitung

Begleitpersonen anderer Herkunft waren insgesamt achtmal vertreten und hatten drei Behandlungsanlässe. Zweimal (67 %) waren es endokrine Erkrankungen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, einmal (33 %) Allgemeinsymptome. Eine entsprechende Übersicht ist der Tabelle 8 zu entnehmen:

Tabelle 8: **Behandlungsanlässe der Begleitpersonen im Falle gegenseitiger Begleitung**

Herkunft der Begleitperson	ohne Migrationshintergrund	mit türkischem Migrationshintergrund	anderer Herkunft	Gesamt
Anzahl Begleitpersonen	66	39	8	113
Behandlungsanlässe	41	28	3	72
keine Angabe		1 (4 %)		1 (1 %)
Krankheiten des Bluts und der blutbildenden Organe		1 (4 %)		1 (1 %)
endokrine Erkrankungen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	5 (12 %)	3 (11 %)	2 (67 %)	10 (14 %)
Krankheiten des Kreislaufsystems	1 (2 %)			1 (1 %)
Krankheiten des Atmungssystems	18 (44 %)	13 (47 %)		31 (43 %)
Krankheiten des Verdauungssystems	1 (2 %)			1 (1 %)
Krankheiten der Haut und Unterhaut	1 (2 %)			1 (1 %)
Krankheiten des Muskel-Skelettsystems	1 (2 %)	2 (7 %)		3 (4 %)
Besprechung von Laborwerten	6 (15 %)	4 (14 %)		10 (14 %)
OP-Vorbereitung/Einweisung/OP-Nachsorge		2 (7 %)		2 (3 %)
Besprechung von Untersuchungsbefunden	6 (15 %)			6 (8 %)
Allgemeinsymptome	2 (5 %)	1 (4 %)	1 (33 %)	4 (6 %)
Sonstiges		1 (4 %)		1 (1 %)

Tabelle 8: Alle Angaben beziehen sich auf die Daten der 107 ausgewerteten Interviews, die Prozentangaben auf die Gesamtanzahl der Behandlungsanlässe. Mehrfachnennungen waren möglich. Die Gesamtzahl in % ist aufgrund von Rundungsdifferenzen nicht gleich 100 %.

3.5 Verhältnis der Patientinnen und Patienten zu den Begleitpersonen

Insgesamt wurden im Erhebungszeitraum Daten zu 107 begleiteten Patientinnen und Patienten ausgewertet. Diese waren von insgesamt 113 Begleitpersonen begleitet worden, von denen 66 (58 %) keinen, 39 (35 %) einen türkischen Migrationshintergrund und acht (7 %) einen anderen Migrationshintergrund als einen türkischen aufwiesen (Tabelle 9). Bei den Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund wurden 62 Interviewteilnehmerinnen und Interviewteilnehmer von insgesamt 62 Begleitpersonen begleitet. Hiervon hatten 60 (97 %) keinen Migrationshintergrund, zwei (3 %) Begleitpersonen wiesen eine andere Herkunft auf. Sechszwanzig Patientinnen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund wurden von insgesamt 41 Begleitpersonen begleitet. Hiervon hatten zwei (5 %) keinen und 39 (95 %) einen türkischen Migrationshintergrund. Keine Begleitperson anderer Herkunft wurde hier verzeichnet. Neun Patientinnen und Patienten anderer Herkunft befanden sich in Begleitung von zehn Begleitpersonen, von denen vier (40 %) keinen Migrationshintergrund hatten. Sechs (60 %)

waren Begleitpersonen anderer Herkunft. Das Verhältnis von Patientinnen und Patienten zu ihrer Begleitperson wurde ausgehend von den Angaben, die Teilnehmende in den Interviews gemacht hatten, analysiert. Dabei kam es in sechs Fällen (fünfmal bei Patientinnen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund und einmal bei Patientinnen und Patienten anderer Herkunft) zu mehr als einer Angabe das Verhältnis zur Begleitperson betreffend, wenn zwei Begleitungen in der ärztlichen Konsultation anwesend gewesen waren.

Insgesamt wurden 107 Patientinnen und Patienten von 113 Begleitpersonen in die hausärztliche Sprechstunde begleitet, dementsprechend 113 Angaben zum Verhältnis einer Patientin oder eines Patienten zur Begleitperson gemacht. Sechzehn (14 %) befragte Patienten waren Ehemann ihrer Begleitung, 28 (25 %) aller befragten Patientinnen wiesen sich als Ehefrau aus. Achtzehn (16 %) Patientinnen waren die Töchter der Begleitperson, und sechsmal (5 %) gaben Patienten an, sie seien Sohn der Begleitung. Zwei (2 %) Patientinnen waren Schwester ihrer Begleitung, 15 (13 %) befragte Patientinnen die Mütter ihrer Begleitperson, und drei (3 %) Patienten Väter ihrer Begleitung. Jeweils eine (1 %) Patientin war Großmutter beziehungsweise Enkelin der Begleitung. Den Freund der Begleitung stellten zwei (2 %) der Befragten dar, drei (3 %) Patientinnen waren Freundin der Begleitperson, acht (7 %) die Lebensgefährtin. Sieben (6 %) Patienten stellten sich als Lebensgefährte ihrer Begleiterin heraus, einer (1 %) war der Schwiegervater. Jeweils einmal (1 %) gab die Patientin an, Nachbarin oder Nichte der Begleitung zu sein. Insgesamt stammten 107 (95 %) Begleitpersonen aus dem familiären Umfeld, sechs (5 %) aus dem sozialen Umfeld der Patientinnen und Patienten.

3.5.1 Verhältnis der Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund zu den Begleitpersonen

Bei den Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund war in keinem Fall mehr als eine Begleitperson (n = 62) involviert. In dieser Gruppe wurden 60 (97 %) Patientinnen und Patienten von einer Begleitperson ohne Migrationshintergrund und zwei (3 %) durch eine Begleitperson anderer Herkunft begleitet. Insgesamt liegen bei den Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund daher 62 Angaben das jeweilige Verhältnis zur Begleitung betreffend vor. Elf (18 %) Patienten ohne Migrationshintergrund gaben an, sie seien der Ehemann ihrer Begleitung, 18 (29 %) Patientinnen brachten ihre Ehemänner als Begleitung mit in die Sprechstunde. Jeweils dreimal (5 %) gaben die Befragten an, Tochter oder Sohn ihrer Begleitungen zu sein. Eine (2 %) Patientin war Schwester ihrer Begleitung, sieben (11 %) Patientinnen waren die Mütter der Begleitperson. Drei (5 %) Väter wurden

durch ihre Kinder begleitet, eine (2 %) Patient war die Großmutter und eine andere die Enkelin ihrer Begleitung. Zwei (3 %) Patientinnen stellten sich als eine Freundin ihrer Begleitung heraus, sieben (11 %) Patienten als Lebensgefährten, vier (6 %) als Lebensgefährtin. Einmal (2 %) wurde die Angabe Nachbarin als Verhältnis zur Begleitung verzeichnet. In der Gruppe der Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund waren 59 (95 %) aller Befragten durch ein Familienmitglied, drei (5 %) durch Personen aus dem sozialen Umfeld begleitet worden.

3.5.2 Verhältnis der Patientinnen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund zu den Begleitpersonen

Patientinnen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund (n = 36) wurden fünfmal (14 %) durch zwei Angehörige unterstützt. Neununddreißig (95 %) Begleitpersonen hatten ebenfalls einen türkischen Migrationshintergrund, zwei (5 %) Begleitungen waren Personen ohne Migrationshintergrund. In dieser Gruppe wurden dementsprechend 41 Angaben das Verhältnis zu den Begleitpersonen betreffend gemacht. Vier (10 %) Patienten waren der Ehemann ihrer Begleitung, sechs (15 %) Patientinnen die Ehefrauen. Fünfzehn (37 %) befragte Patientinnen erwiesen sich als die Tochter ihrer Begleitung, dreimal (7 %) gaben Patienten an, der Sohn der Begleitperson zu sein. Einmal (2 %) war die Begleitung Schwester der Patientin oder des Patienten. Achtmal (20 %) wurden Mütter in die Sprechstunde begleitet, zweimal (5 %) waren Patienten Freunde der Begleitperson. Jeweils einmal (2 %) gaben Patientinnen und Patienten an, sie seien eine Freundin der Begleitungen beziehungsweise der Lebensgefährte. Insgesamt stammten 38 (93 %) aller Begleitpersonen von Patientinnen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund aus dem familiären Umfeld. Drei (7 %) Begleitungen waren dem sozialen Umfeld der Patientinnen und Patienten zuzuordnen.

3.5.3 Verhältnis der Patientinnen und Patienten anderer Herkunft zu den Begleitpersonen

Patientinnen und Patienten anderer Herkunft (n = 9) wurden sechsmal (60 %) durch Begleitpersonen anderer Herkunft und viermal (40 %) durch Begleitungen ohne Migrationshintergrund unterstützt. Einmal brachte eine Patientin oder ein Patient anderer Herkunft zwei Begleitpersonen mit in die Sprechstunde. Demzufolge wurden zehn Angaben das Verhältnis der Patientinnen und Patienten zu ihren Begleitpersonen betreffend gemacht. Ein Patient (10 %) war Ehemann der Begleiterin, vier (40 %) Patientinnen gaben an, sie

seien die Ehefrau der Begleitperson. Dreimal (30 %) war die Patientin Lebensgefährtin der Begleitung, ein (10 %) Patient war Schwiegervater der Begleiterin. Eine (10 %) Patientin gab an, sie sei die Nichte ihrer Begleitperson. Insgesamt stammten alle Begleitungen in dieser Gruppe, demnach zehn (100 %), aus dem familiären Umfeld. Dies wird in der Tabelle 9 dargestellt:

Tabelle 9: Verhältnis der Patientinnen und Patienten zu ihren Begleitpersonen

Anzahl der Patientinnen und Patienten und deren Begleitpersonen				
Herkunft der Patientinnen und Patienten	ohne Migrations-Hintergrund	türkischer Migrations-hintergrund	andere Herkunft	Gesamt
Anzahl Patientinnen und Patienten	62	36	9	107
Anzahl Begleitpersonen	62	41	10	113
BP ohne MH	60 (97 %)	2 (5 %)	4 (40 %)	66 (58 %)
BP mit türkischem MH		39 (95 %)		39 (35 %)
BP anderer Herkunft	2 (3 %)		6 (60 %)	8 (7 %)
Verhältnis von Patientinnen und Patienten zu ihren Begleitpersonen				
Ehemann	11 (18 %)	4 (10 %)	1 (10 %)	16 (14 %)
Ehefrau	18 (29 %)	6 (15 %)	4 (40 %)	28 (25 %)
Tochter	3 (5 %)	15 (37 %)		18 (16 %)
Sohn	3 (5 %)	3 (7 %)		6 (5 %)
Schwester	1 (2 %)	1 (2 %)		2 (2 %)
Mutter	7 (11 %)	8 (20 %)		15 (13 %)
Vater	3 (5 %)			3 (3 %)
Großmutter	1 (2 %)			1 (1 %)
Enkelin	1 (2 %)			1 (1 %)
Freund		2 (5 %)		2 (2 %)
Freundin	2 (3 %)	1 (2 %)		3 (3 %)
Lebensgefährte	7 (11 %)	1 (2 %)		8 (7 %)
Lebensgefährtin	4 (6 %)		3 (30 %)	7 (6 %)
Schwiegervater			1 (10 %)	1 (1 %)
Nachbarin	1 (2 %)			1 (1 %)
Nichte			1 (10 %)	1 (1 %)
Begleitpersonen stammen aus dem familiären Umfeld	59 (95 %)	38 (93 %)	10 (100 %)	107 (95 %)
Begleitpersonen stammen aus dem sozialen Umfeld	3 (5 %)	3 (7 %)		6 (5 %)

Tabelle 9: Alle Angaben beziehen sich auf die Daten der 107 ausgewerteten Interviews. Mehrfachnennungen waren möglich, wenn die Patientin oder der Patient mit mehr als einer Begleitperson kam. Die Prozentangaben beziehen sich auf die Gesamtanzahl der Begleitpersonen. Das Kürzel BP steht für Begleitperson, MH für Migrationshintergrund. Die Gesamtzahl in % ist aufgrund von Rundungsdifferenzen nicht gleich 100 %.

3.6 Aufgaben der Begleitpersonen und Einschätzung aus Sicht der befragten Patientinnen und Patienten

Die Auswertung der Interviews (n = 107) erfolgt entsprechend dem im Methodenteil dargelegten Kategoriensystem. Im Folgenden werden zunächst die Ergebnisse aller Kategorien und Unterkategorien dargestellt. Hier wird stets zwischen dem Ergebnis insgesamt, den Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund, jenen mit türkischem Migrationshintergrund und denen anderer Herkunft verglichen (Tabelle 10).

3.6.1 Organisation

Zu dieser Kategorie gehören die Unterkategorien Organisation des Sprechstundenbesuchs, Organisation des Krankheitsgeschehens und jene zu der Frage, wer über eine Begleitung entscheidet, mit den jeweiligen Unterkategorien. Abbildung 1 veranschaulicht die Ergebnisse aller 107 ausgewerteten Interviews in der Kategorie Organisation. In der Analyse der Kategorie zur Entscheidung über eine Begleitung beschrieben insgesamt 56 (52 %) der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner eine gemeinsame Entscheidung zur Begleitung. Acht (7 %) Befragte gaben an, die Begleitung sei durch die Begleitperson oder durch sie selbst als Patientin oder Patient initiiert worden. Im Bereich der Motive für die Begleitpersonenmitnahme fanden sich in der Kategorie Organisation des Sprechstundenbesuchs die Kategorie Hilfe beim Transport, die 44 (41 %) aller Befragten angaben, sowie die Kategorie Koordination des Arztbesuchs, die für 14 (13 %) Patientinnen und Patienten einen Grund der Begleitung darstellte. In der Kategorie Organisation des Krankheitsgeschehens wurde in 33 (31 %) aller Interviews die einfachere Koordination durch gemeinsame Konsultation beschrieben. Sechs (6 %) aller Befragten beschrieben eine Organisation des Krankheitsgeschehens durch die Koordination der Medikamente seitens der Begleitung.

Abbildung 1: **Organisation**

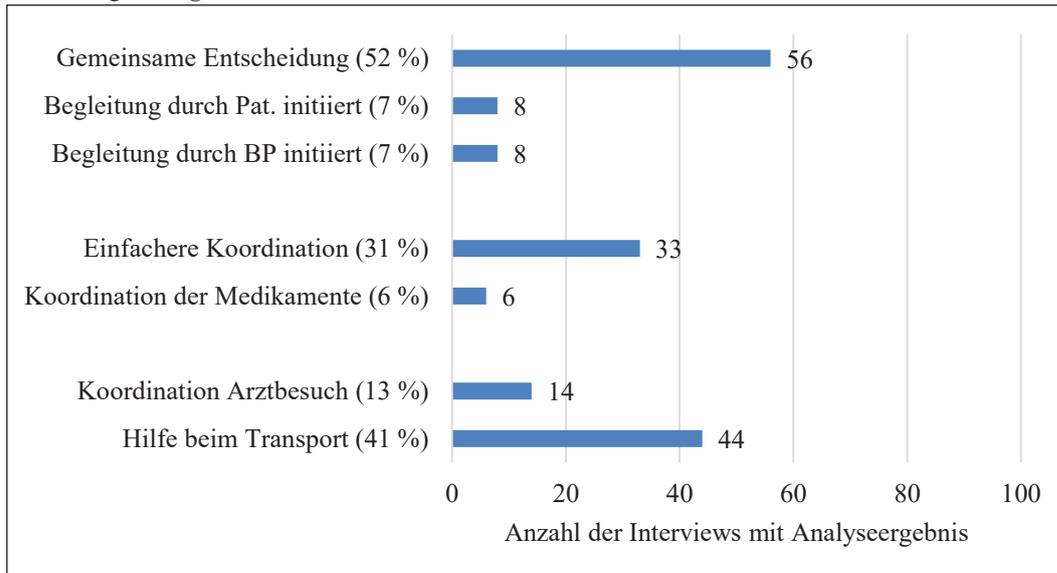


Abb. 1: **Organisation**

Die Ergebnisse beziehen sich auf die Auswertung aller 107 Interviews. Dargestellt ist die Anzahl der Interviews, in denen die entsprechenden Kategorien analysiert wurden. Das Kürzel Pat. steht für Patientin oder Patient, BP für Begleitperson.

Organisation bei Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund

Bei den Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund war in der Kategorie der Entscheidung über eine Begleitung die gemeinsame Entscheidung mit Erwähnung in 33 (53 %) aller Interviews das häufigste Ergebnis. In fünf (8 %) Fällen fiel die Angabe, eine Begleitung sei durch die Befragten selbst initiiert worden, und vier (6 %) Befragte gaben an, ihre Begleitperson habe die Begleitung initiiert. In der Kategorie Organisation des Sprechstundenbesuchs wurde in 25 (40 %) der Interviews Hilfe beim Transport und in zehn (16 %) Befragungen Koordination des Arztbesuchs als Motiv der Begleitung genannt. Bei der Organisation des Krankheitsgeschehens fand sich die Beschreibung einer einfacheren Koordination durch gemeinsame Konsultation in 16 (26 %) Fällen, eine Hilfe in Form von Koordination der Medikamente erhielten sechs (10 %) der Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund.

Organisation bei Patientinnen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund

In der Gruppe der Patientinnen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund gaben 16 (44 %) der Befragten an, ihre Entscheidung zur Begleitung sei eine gemeinsame Entscheidung mit ihrer jeweiligen Begleitperson gewesen. Vier (11 %) Interviewteilnehmerinnen und Interviewteilnehmer empfanden ihre Begleitungen als Initiatoren der heutigen Begleitung. Drei (8 %) Befragte hatten die Begleitung selbst initiiert.

Im Bereich der Koordination des Krankheitsgeschehens nannten 15 (42 %) aller Teilnehmerinnen und Teilnehmer eine einfachere Koordination durch gemeinsame Konsultation als Motiv für eine Begleitung. 14 (39 %) Patientinnen und Patienten erhielten in Form von Transporthilfe Unterstützung im Rahmen der Organisation des Sprechstundenbesuchs. Die Koordination des Arztbesuchs wurde zweimal (6 %) genannt.

Organisation bei Patientinnen und Patienten anderer Herkunft

Bei den Patientinnen und Patienten anderer Herkunft wurde siebenmal (78 %) angegeben, die Entscheidung zur Begleitung sei gemeinsam gefallen. Im Zuge der Organisation des Sprechstundenbesuchs wurden fünf (56 %) durch Hilfe beim Transport unterstützt, und zweimal (22 %) wurde die Koordination des Arztbesuchs durch die Begleitperson übernommen. Eine einfachere Koordination durch gemeinsame Konsultation beschrieben zwei (22 %) der Patientinnen und Patienten anderer Herkunft als Form der Organisation des Krankheitsgeschehens.

3.6.2 Kommunikation

Die Kategorie Kommunikation umfasst die Kategorien Hilfe beim Umgang mit Informationen, gemeinsamer Umgang mit der Erkrankung und Hilfe im Gespräch mit den Unterkategorien, die im Folgenden dargestellt werden. Bei der Auswertung aller Interviewinhalte dieser Kategorie waren Nennungen im Bereich Hilfe beim Umgang mit Informationen am häufigsten vertreten. Hierunter fielen die Bewertung von Informationen mit 39 (36 %) Nennungen und die Erinnerung von Informationen, die in 36 (34 %) der Interviews benannt wurde. Das Verstehen von Informationen erschien in insgesamt 28 (26 %) und eine bessere Aufnahme von Informationen in 15 (14 %) aller Befragungen als relevant. Eine Hilfe im Gespräch erhielten 19 (18 %) aller Interviewteilerinnen und Interviewteiler durch Hilfe bei der Äußerung von Anliegen. Das Übersetzen im Gespräch wurde dreimal (3 %) genannt. Jeweils 18 (17 %) der Interviews enthielten die Motive des retrospektiven Austauschs zwischen Patientinnen und Patienten und Begleitperson und Hilfe bei der Entscheidungsfindung, die beide unter die Oberkategorie des gemeinsamen Umgangs mit Erkrankung fallen. Die folgende Abbildung 2 präsentiert eine Übersicht der Ergebnisse:

Abbildung 2: **Kommunikation**

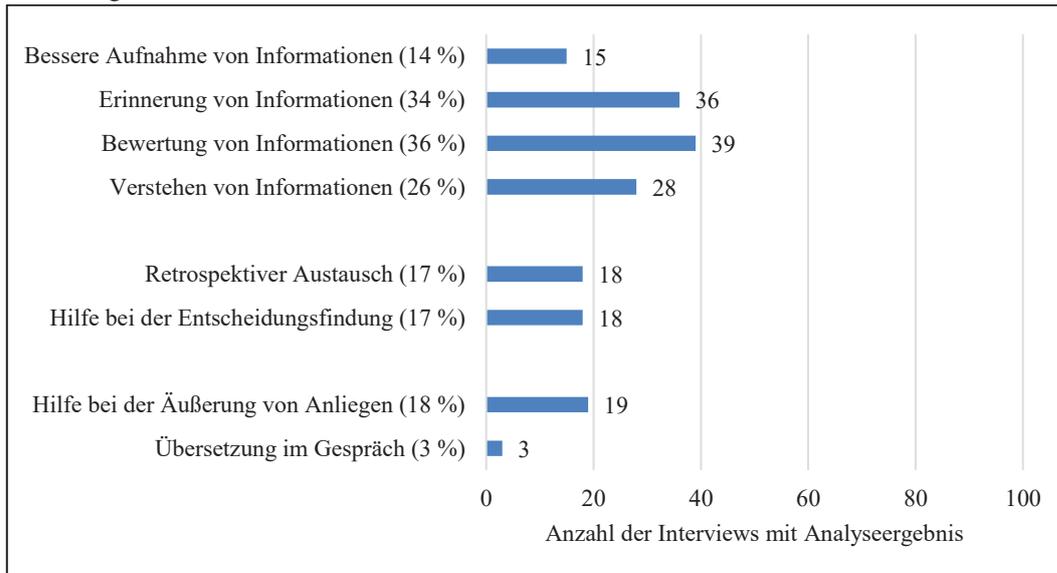


Abb. 2: **Kommunikation**

Die Ergebnisse beziehen sich auf die Auswertung aller 107 Interviews. Dargestellt ist die Anzahl der Interviews, in denen die entsprechenden Kategorien analysiert wurden.

Kommunikation bei Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund

Bei den Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund wurde vermehrt Hilfe beim Umgang mit Informationen als Unterstützungsfunktion der Begleitpersonen benannt. Eine Bewertung von Informationen spielte für 26 (42 %) der Befragten eine Rolle. Das Erinnern von Informationen gaben 22 (35 %) der Teilnehmerinnen und Teilnehmer an. Ein Verstehen von Informationen ergab die Analyse von 15 (24 %) der Interviews dieser Gruppe der Patientinnen und Patienten. Zwölf (19 %) Interviews ließen den Schluss zu, eine Begleitung sichere für die Patientinnen und Patienten eine bessere Aufnahme von Informationen. In der Kategorie Hilfe im Gespräch gaben Befragte, die keinen Migrationshintergrund hatten, in elf (18 %) Fällen an, ihre Begleitung helfe ihnen bei der Äußerung von Anliegen. Einen gemeinsamen Umgang mit der Erkrankung versprachen sich zehn (16 %) der Befragten durch einen retrospektiven Austausch mit ihrer Begleitung oder durch Hilfe bei der Entscheidungsfindung.

Kommunikation bei Patientinnen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund

Befragte, die einen türkischen Migrationshintergrund hatten, äußerten am häufigsten eine Unterstützung durch ihre Begleitung in Form von Hilfe beim Umgang mit Informationen. Für elf (31 %) standen hier das Erinnern und das Verstehen von Informationen im

Vordergrund. Achtmal (22 %) ergab die Analyse der Interviews eine Hilfe bei der Bewertung von Informationen, zweimal (6 %) spielte die bessere Informationsaufnahme eine Rolle. Im Bereich Hilfe im Gespräch, war für fünf (14 %) Patientinnen und Patienten eine Hilfe bei der Äußerung von Anliegen entscheidend, zweimal (6 %) halfen Begleitpersonen durch Übersetzung im Gespräch. Im gemeinsamen Umgang mit der Erkrankung wurde viermal (11 %) ein retrospektiver Austausch zwischen Patientinnen und Patienten und Begleitpersonen oder Hilfe bei der Entscheidungsfindung beschrieben.

Kommunikation bei Patientinnen und Patienten anderer Herkunft

Patientinnen und Patienten anderer Herkunft sahen häufig eine Hilfe beim Umgang mit Informationen durch ihre Begleitungen als gegeben an. Hierunter war die am häufigsten genannte Funktion die Bewertung von Information, die fünfmal (56 %) angegeben wurde, gefolgt von dem Erinnern an Informationen mit drei (33 %) Nennungen. Zweimal (22 %) spielte das Verstehen von Informationen eine Rolle, lediglich einmal (11 %) versprach sich eine Befragte oder ein Befragter eine bessere Aufnahme von Informationen. Jeweils viermal (44 %) ergab die Auswertung einen gemeinsamen Umgang mit der Erkrankung der Patientinnen und Patienten durch einen retrospektiven Austausch von Informationen oder Hilfe bei der Entscheidungsfindung. Eine Hilfe im Gespräch wurde in drei (33 %) Fällen durch Unterstützung bei der Äußerung von Anliegen gegeben, und einmal (11 %) nahm die Begleitung durch eine Übersetzung im Gespräch Einfluss.

3.6.3 Soziale Unterstützung

Zu den Formen der sozialen Unterstützung lassen sich psychosoziale Unterstützung, Krankheitsbewältigung und Formen des Einbezugs sozialer Ressourcen zählen. Die häufigste Nennung in dieser Kategorie hatte bei der Auswertung aller Interviews der Familieneinbezug, der sich in 83 (78 %) Interviews eruieren ließ und eine Form der Krankheitsbewältigung ist. Hierzu zählt ebenfalls das insgesamt seltenere, zehnmal (10 %), genannte Motiv der gemeinsamen Krankheitsbewältigung. Als Form des Einbezugs sozialer Ressourcen wurde in der Gesamtauswertung in 75 (70 %) der Interviews eine Begleitung aus Gewohnheit vermerkt. Zweiundsiebzig (67 %) der Befragten gaben an, die Begleitperson bleibe gleich. Im Gegenzug wurden 35 (33 %) der Patientinnen und Patienten durch wechselnde Personen begleitet. Vierzehn (13 %) ausgewertete Interviews ließen einen Rückschluss auf eine gegenseitige Begleitung zu. Im Rahmen der psychosozialen Unterstützung wurde sehr häufig, insgesamt in 67 (63 %) Fällen, emotionale Unterstützung

genannt. 25 (23 %) befragte Personen gaben an, das durch die Begleitperson vermittelte Sicherheitsgefühl spiele eine Rolle. Die folgende Abbildung 3 stellt eine Übersicht dieser Ergebnisse dar.

Abbildung 3: **Soziale Unterstützung**

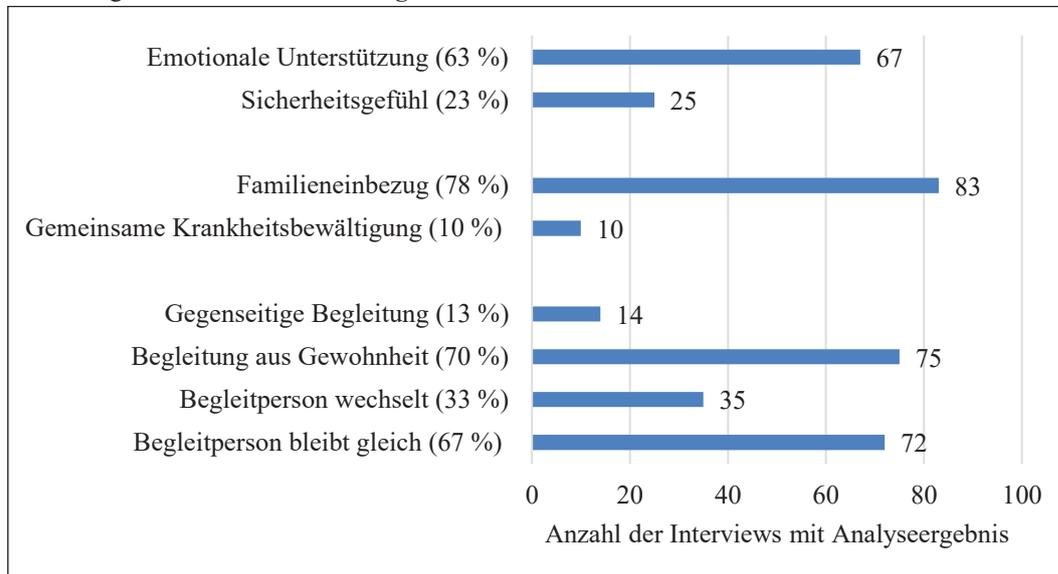


Abb. 3: **Soziale Unterstützung**

Die Ergebnisse beziehen sich auf die Auswertung aller 107 Interviews. Dargestellt ist die Anzahl der Interviews, in denen die entsprechenden Kategorien analysiert wurden.

Soziale Unterstützung bei Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund

Für Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund spielte vermehrt der Familieneinbezug als Hilfe bei der Krankheitsbewältigung eine Rolle. Siebenundvierzig (76 %) Befragte beschrieben dies in ihren Interviews. Ebenfalls der Oberkategorie zugehörig ist die gemeinsame Krankheitsbewältigung, die nur fünfmal (8 %) genannt wurde. Als Form des Einbezugs sozialer Ressourcen gaben 44 (71 %) der Interviewteilnehmerinnen und Interviewteilnehmer an, die Begleitperson bleibe immer gleich. Achtzehn (29 %) der Patientinnen und Patienten dieser Gruppe hatten wechselnde Begleitungen. Eine Begleitung aus Gewohnheit bestand in 38 (61 %) Fällen. Nur viermal (6 %) wurde die Begleitung als gegenseitige Begleitung beschrieben. Als eine Unterstützung auf psychosozialer Ebene empfanden Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund ihre Begleitperson durch emotionalen Zuspruch in 41 (66 %) der Fälle. Fünfzehn (24 %) der Patientinnen und Patienten versprachen sich ein Sicherheitsgefühl durch die Begleitung.

Soziale Unterstützung bei Patientinnen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund

Bei den Befragten, die einen türkischen Migrationshintergrund aufwiesen, wurde eine Begleitung aus Gewohnheit als Art des Einbezugs eigener sozialer Ressourcen am häufigsten beschrieben. Neunundzwanzig (81 %) aller Patientinnen und Patienten dieser Gruppe gaben das Motiv in ihren Interviews an, und 20 (56 %) beschrieben, die Begleitperson sei stets die gleiche. Sechzehn (44 %) bezogen wechselnde Begleitpersonen ein. Neunmal (25 %) war gegenseitige Begleitung ein Motiv. Im Rahmen der Krankheitsbewältigung wurde der Familieneinbezug in 28 (78 %) der Interviews genannt. Nur dreimal (8 %) war eine gemeinsame Krankheitsbewältigung Grund für Begleitung. Als psychosoziale Komponente fand emotionale Unterstützung in 20 (56 %) der Interviews Erwähnung. Fünfmal (14 %) fühlten sich die Befragten durch ihre Begleitung sicherer.

Soziale Unterstützung bei Patientinnen und Patienten anderer Herkunft

Patientinnen und Patienten anderer Herkunft nannten vermehrt, insgesamt achtmal (89 %), eine Begleitung aus Gewohnheit und eine gleichbleibende Begleitung. Lediglich einmal (11 %) wechselte die Begleitperson. Eine gegenseitige Begleitung spielte einmal (11 %) eine Rolle. Zur Krankheitsbewältigung trugen Begleitungen in Form des Familieneinbezugs in acht (89 %) aller per Interview berücksichtigten Fälle dieser Gruppe der Patientinnen und Patienten bei. Zweimal (22 %) erwähnten Befragte eine gemeinsame Krankheitsbewältigung. Als psychosoziale Unterstützung empfanden sechs (67 %) Interviewteilnehmerinnen und Interviewteilnehmer emotionalen Zuspruch, und fünf (56 %) verspürten mehr Sicherheit durch die Anwesenheit ihrer Begleitung.

3.6.4 Einschätzung der Auswirkung der Begleitung auf die Konsultation durch die Patientinnen und Patienten

Mehrheitlich empfanden Befragte die Anwesenheit ihrer Begleitung als positiv. Vierundneunzig (88 %) aller Interviews enthielten Aussagen, die den Begleitungen positive Auswirkungen auf die Konsultation bescheinigten. In 16 (15 %) Interviews wurde die Begleitperson als unverzichtbar für den Arztbesuch beschrieben. Achtmal (7 %) fand sich ein neutraler, fünfmal (5 %) ein negativer Effekt auf die Konsultation.

Die Abbildung 4 stellt die Ergebnisse aller 107 Interviews bezüglich der von den Befragten angegebenen Auswirkung auf die Konsultation dar.

Abbildung 4: **Einschätzung der Auswirkungen der Begleitung auf die Konsultation durch die Patientinnen und Patienten**

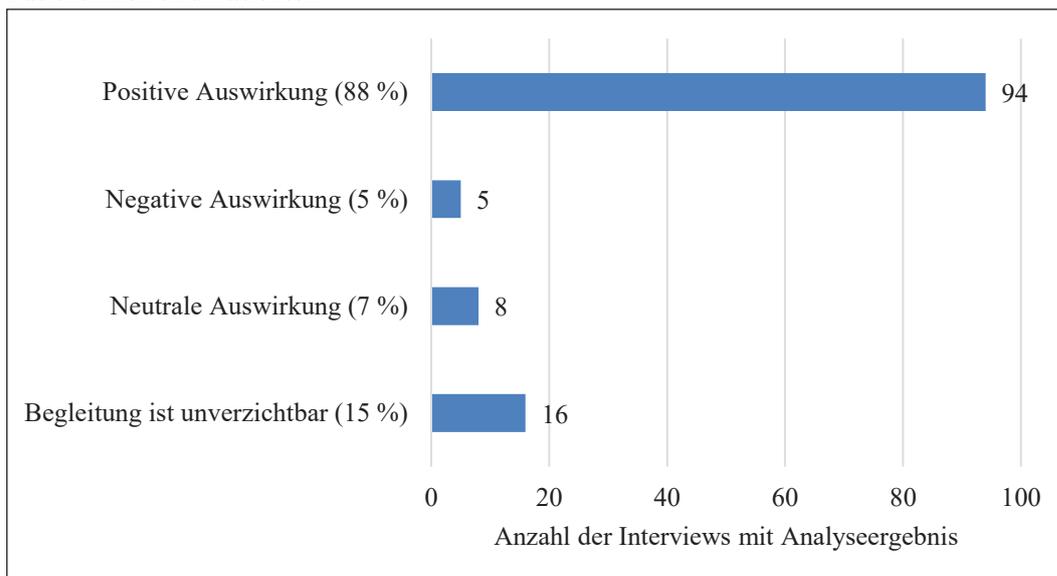


Abb. 4: **Einschätzung der Auswirkungen der Begleitung auf die Konsultation durch die Patientinnen und Patienten**

Die Ergebnisse beziehen sich auf die Auswertung aller 107 Interviews. Dargestellt ist die Anzahl der Interviews, in denen die entsprechenden Kategorien analysiert wurden.

Einschätzung der Auswirkungen der Begleitung auf die Konsultation durch die Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund

Bei den Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund gab die Mehrheit, 54 (87 %), einen positiven Effekt der Begleitpersonen an. Elf (18 %) Befragte beschrieben ihre Begleitung als unverzichtbar, sechsmal (10 %) wurde die Auswirkung auf die Konsultation als neutral, zweimal (3 %) als negativ dargelegt.

Einschätzung der Auswirkungen der Begleitung auf die Konsultation durch die Patientinnen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund

Zweiunddreißig (89 %) der Interviewteilerinnen und Interviewteiler mit einem türkischen Migrationshintergrund bescheinigten ihren Begleitungen eine positive Auswirkung auf die Konsultation, dreimal (8 %) erschien die Begleitperson als unverzichtbar. Jeweils zweimal (6 %) gaben die Interviewteilerinnen und Interviewteiler einen neutralen oder negativen Effekt der Begleitung auf die Konsultation an.

Einschätzung der Auswirkungen der Begleitung auf die Konsultation durch die Patientinnen und Patienten anderer Herkunft

Patientinnen und Patienten anderer Herkunft beschrieben achtmal (89 %) positive Auswirkungen der Begleitung auf die Konsultation, zweimal (22 %) erachteten sie ihre Begleitpersonen als unverzichtbar. Einmal (11 %) wurde ihr ein negativer Effekt auf die Konsultation zugeschrieben.

Tabelle 10: Aufgaben der Begleitpersonen und Einschätzung aus Sicht der Patientinnen und Patienten

Herkunft der Patientinnen und Patienten	ohne Migrationshintergrund	türkischer Migrationshintergrund	andere Herkunft	Gesamt
Anzahl	62	36	9	107
Organisation				
Organisation des Sprechstundenbesuchs				
Hilfe beim Transport	25 (40 %)	14 (39 %)	5 (56 %)	44 (41 %)
Koordination Arztbesuch	10 (16 %)	2 (6 %)	2 (22 %)	14 (13 %)
Organisation des Krankheitsgeschehens				
Koordination Medikamente	6 (10 %)			6 (6 %)
einfachere Koordination durch gemeinsame Konsultation	16 (26 %)	15 (42 %)	2 (22 %)	33 (31 %)
Wer entscheidet über eine Begleitung?				
Begleitung durch BP initiiert	4 (6 %)	4 (11 %)		8 (7 %)
Begleitung durch Pat. Initiiert	5 (8 %)	3 (8 %)		8 (7 %)
gemeinsame Entscheidung	33 (53 %)	16 (44 %)	7 (78 %)	56 (52 %)
Kommunikation				
Hilfe im Gespräch				
Übersetzung im Gespräch		2 (6 %)	1 (11 %)	3 (3 %)
Hilfe bei der Äußerung von Anliegen	11 (18 %)	5 (14 %)	3 (33 %)	19 (18 %)
gemeinsamer Umgang mit Erkrankung				
Retrospektiver Austausch zwischen Pat. und BP	10 (16 %)	4 (11 %)	4 (44 %)	18 (17 %)
Hilfe bei der Entscheidungsfindung	10 (16 %)	4 (11 %)	4 (44 %)	18 (17 %)
Hilfe beim Umgang mit Informationen				
Verstehen von Informationen	15 (24 %)	11 (31 %)	2 (22 %)	28 (26 %)
Bewertung von Informationen	26 (42 %)	8 (22 %)	5 (56 %)	39 (36 %)
Erinnerung von Informationen	22 (35 %)	11 (31 %)	3 (33 %)	36 (34 %)
Bessere Aufnahme von Informationen	12 (19 %)	2 (6 %)	1 (11 %)	15 (14 %)
soziale Unterstützung				
psychosoziale Unterstützung				
emotionale Unterstützung	41 (66 %)	20 (56 %)	6 (67 %)	67 (63 %)
Sicherheitsgefühl	15 (24 %)	5 (14 %)	5 (56 %)	25 (23 %)
Krankheitsbewältigung				
Familieneinbezug	47 (76 %)	28 (78 %)	8 (89 %)	83 (78 %)
gemeinsame Krankheitsbewältigung	5 (8 %)	3 (8 %)	2 (22 %)	10 (10 %)
Formen des Einbezugs sozialer Ressourcen				
gegenseitige Begleitung	4 (6 %)	9 (25 %)	1 (11 %)	14 (13 %)
Begleitung aus Gewohnheit	38 (61 %)	29 (81 %)	8 (89 %)	75 (70 %)
Begleitperson bleibt gleich	44 (71 %)	20 (56 %)	8 (89 %)	72 (67 %)
Begleitperson wechselt	18 (29 %)	16 (44 %)	1 (11 %)	35 (33 %)
Einschätzung der Auswirkungen der Begleitung auf die Konsultation durch die Patientinnen und Patienten				
positive Auswirkungen	54 (87 %)	32 (89 %)	8 (89 %)	94 (88 %)
negative Auswirkungen	2 (3 %)	2 (6 %)	1 (11 %)	5 (5 %)
neutrale Auswirkungen	6 (10 %)	2 (6 %)		8 (7 %)
Begleitung unverzichtbar	11 (18 %)	3 (8 %)	2 (22 %)	16 (15 %)

Tabelle 10: Alle Angaben beziehen sich auf die Daten der 107 ausgewerteten Interviews. Mehrfachnennungen waren möglich, daher ist die Gesamtprozentzahl nicht gleich 100 %. Das Kürzel BP steht für Begleitperson, Pat. für Patientin und Patient.

3.7 Ergebnisse der Zählung begleiteter und unbegleiteter Patientinnen und Patienten

Insgesamt erschienen im beobachteten Zeitraum von sechs Wochen 1155 Patientinnen und Patienten in den an der Erhebung beteiligten sechs Praxen von Hausärztinnen und Hausärzten. Wie in Abbildung 5 dargestellt, kamen 846 (73 %) ohne Begleitung, 309 (27 %) in Begleitung durch eine Person oder mehrere Personen. Im Durchschnitt wurden 27 % aller Patientinnen und Patienten im Erhebungszeitraum in die hausärztliche Sprechstunde begleitet.

Abbildung 5: Gesamtzahl von begleiteten und unbegleiteten Patientinnen und Patienten

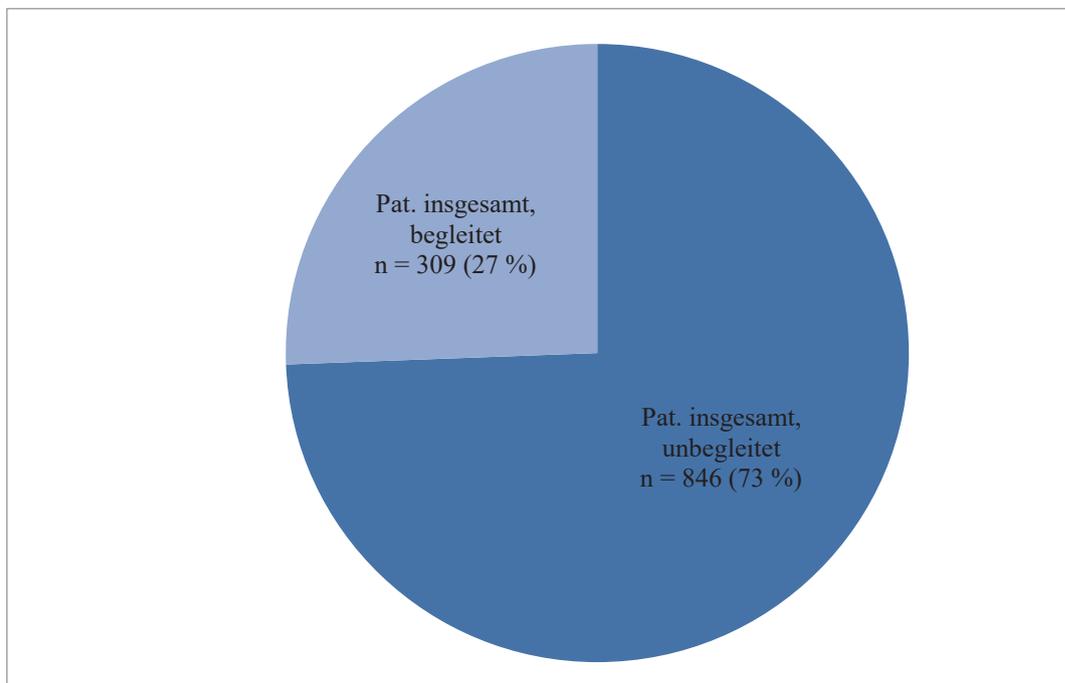


Abb. 5: Gesamtzahl von begleiteten und unbegleiteten Patientinnen und Patienten

Alle Angaben beziehen sich auf den Erhebungszeitraum von sechs Wochen, die beteiligten Praxen und die Gesamtanzahl der Patientinnen und Patienten. Das Kürzel Pat. steht für Patientinnen oder Patienten.

Ergebnisse der Zählung begleiteter und unbegleiteter Patientinnen und Patienten nach Herkunft

Als Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund wurden 797 (69 %) Personen kategorisiert. Dreihundertdreizehn (27 %) aller Patientinnen und Patienten hatten laut Einschätzung der medizinischen Fachangestellten einen türkischen Migrationshintergrund, und 45 (4 %) wurden als Patientinnen und Patienten anderer Herkunft verzeichnet.

Abbildung 6: **Zählung von Patientinnen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund, ohne einen solchen und anderer Herkunft**

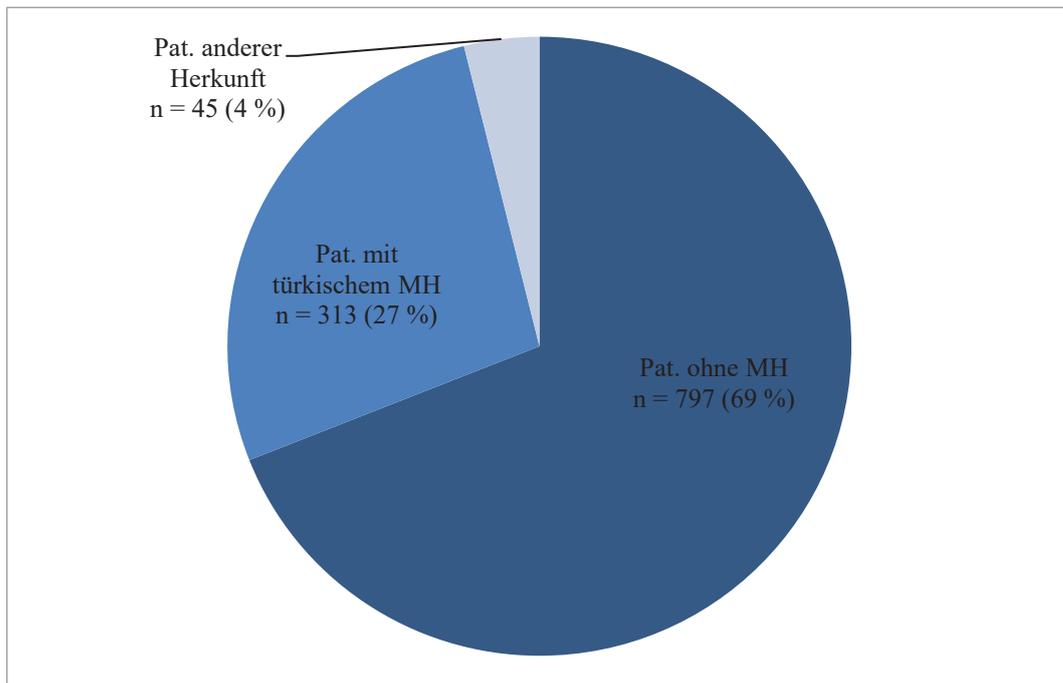


Abb. 6: **Zählung von Patientinnen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund, ohne einen solchen und anderer Herkunft**

Alle Angaben beziehen sich auf den Erhebungszeitraum von sechs Wochen, die beteiligten Praxen und die Gesamtanzahl an Patientinnen und Patienten. Das Kürzel Pat. steht für Patientinnen oder Patienten, MH für Migrationshintergrund.

Siebenhundertsiebenundneunzig (69 %) aller 1155 Patientinnen und Patienten wurden als Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund kategorisiert. Hiervon kamen 644 (81 %) unbegleitet und 153 (19 %) in Begleitung.

Abbildung 7: **Zählung von begleiteten und unbegleiteten Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund**

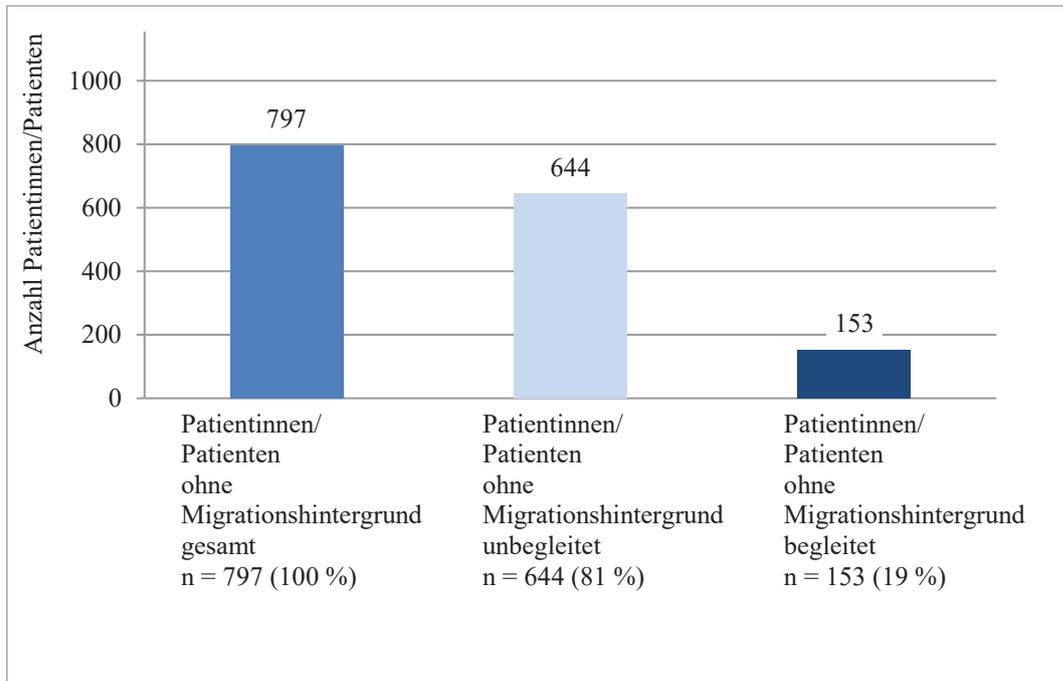


Abb. 7: **Zählung von begleiteten und unbegleiteten Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund**

Alle Angaben beziehen sich auf den Erhebungszeitraum von sechs Wochen, die beteiligten Praxen und die Gesamtanzahl an Patientinnen und Patienten.

Der Gruppe der Patientinnen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund zugeordnet wurden 313 (27 %) Patientinnen und Patienten, von denen 165 (53 %) ohne Begleitperson in der hausärztlichen Sprechstunde erschienen. 148 (47 %) wurden begleitet.

Abbildung 8: **Zählung von begleiteten und unbegleiteten Patientinnen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund**

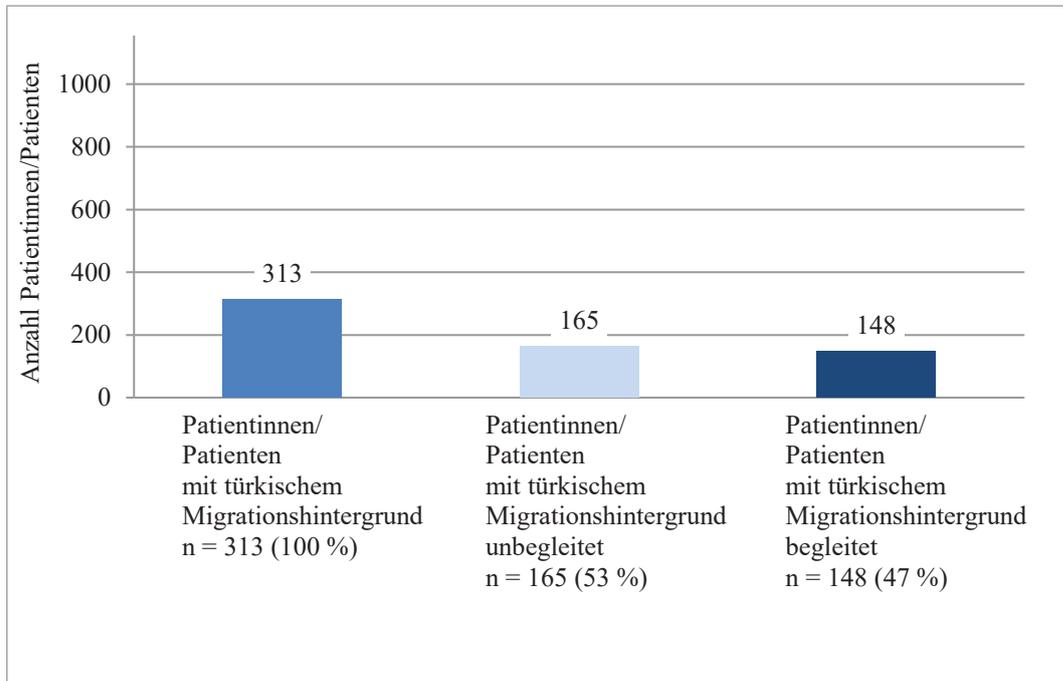


Abb. 8: **Zählung von begleiteten und unbegleiteten Patientinnen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund**

Alle Angaben beziehen sich auf den Erhebungszeitraum von sechs Wochen, die beteiligten Praxen und die Gesamtanzahl an Patientinnen und Patienten.

Die dritte Kategorie, der eine Patientin oder ein Patient zugeordnet werden konnte, war die der Patientinnen und Patienten anderer Herkunft. Eine Zuordnung zu dieser Kategorie erfolgte, wenn ein anderer als ein türkischer Migrationshintergrund vorlag. Dieser Gruppierung wurden während der Erhebung 45 (4 %) Patientinnen und Patienten zugeordnet. 37 (82 %) kamen unbegleitet und acht (18 %) in Begleitung.

Abbildung 9: **Zählung von begleiteten und unbegleiteten Patientinnen und Patienten anderer Herkunft**

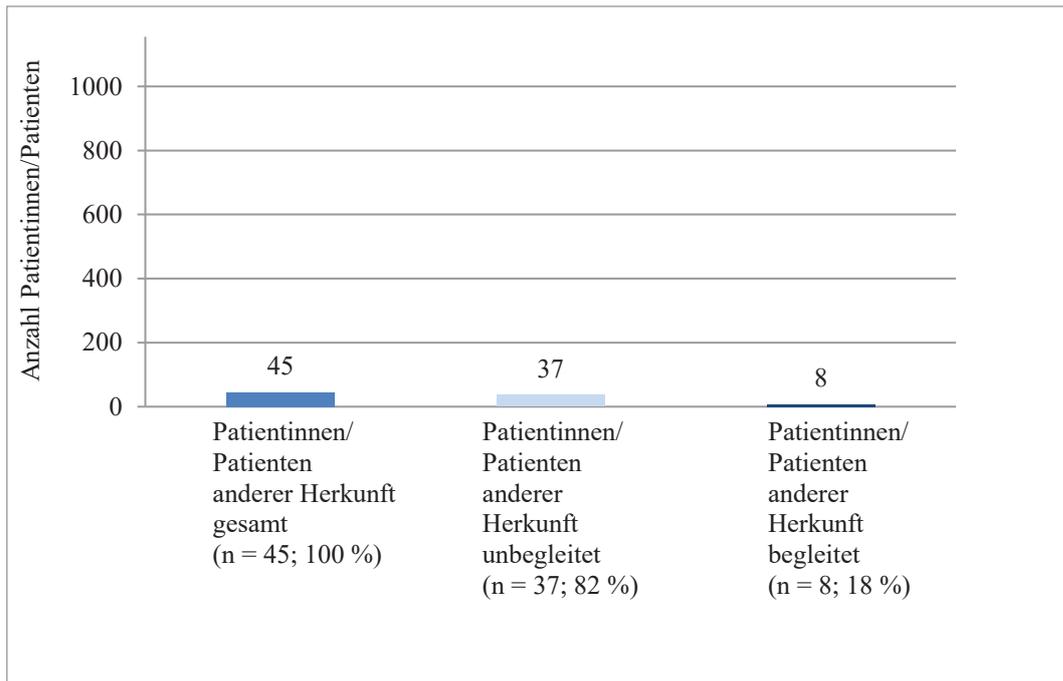


Abb. 9: **Zählung von begleiteten und unbegleiteten Patientinnen und Patienten anderer Herkunft**
 Alle Angaben beziehen sich auf den Erhebungszeitraum von sechs Wochen, die beteiligten Praxen und die Gesamtanzahl an Patientinnen und Patienten.

Verteilung von Patientinnen und Patienten bei Hausärztinnen und Hausärzten mit einem türkischen Migrationshintergrund und ohne einen solchen

Drei Hausärztinnen und Hausärzte ohne einen Migrationshintergrund behandelten 519 Patientinnen und Patienten, von denen 444 (86 %) als Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund kategorisiert wurden. Sechshundfünfzig (11 %) sind als Personen mit einem türkischen Migrationshintergrund vermerkt, und 19 (4 %) der Patientinnen und Patienten wurde eine andere Herkunft zugeordnet.

Abbildung 10: Zählung von Patientinnen und Patienten bei Hausärztinnen und Hausärzten ohne Migrationshintergrund

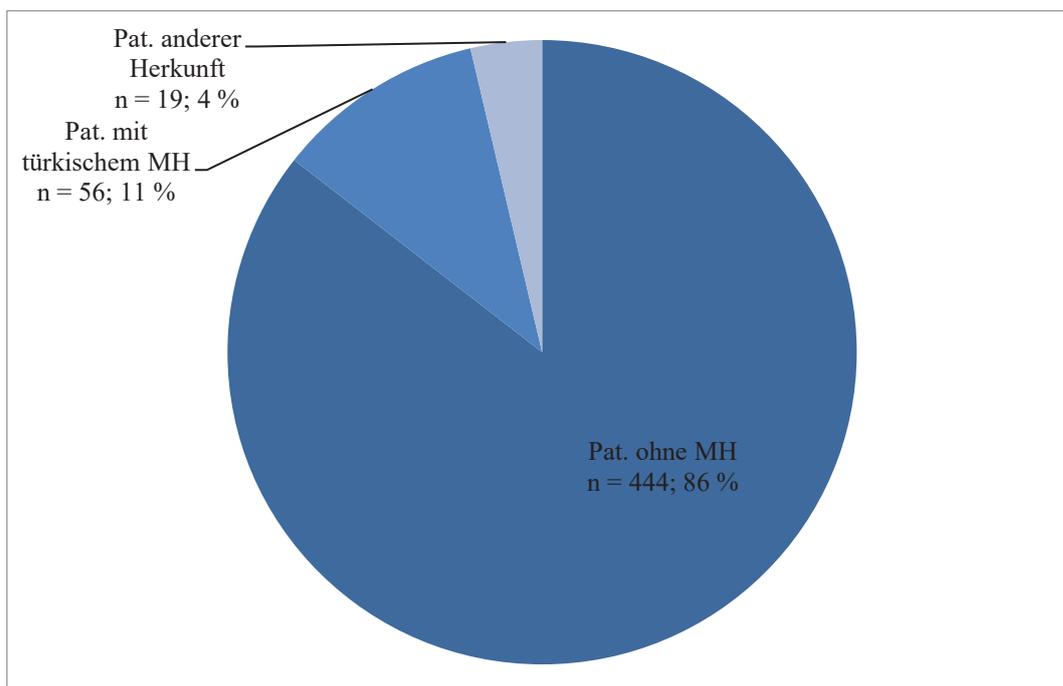


Abb.10: Zählung von Patientinnen und Patienten bei Hausärztinnen und Hausärzten ohne Migrationshintergrund

Alle Angaben beziehen sich auf den Erhebungszeitraum von sechs Wochen, die beteiligten Praxen und die Gesamtanzahl an Patientinnen und Patienten. Das Kürzel Pat. steht für Patientinnen oder Patienten, MH für Migrationshintergrund. Die Gesamtzahl in % ist aufgrund von Rundungsdifferenzen nicht gleich 100 %.

Bei den Hausärztinnen und Hausärzten mit einem türkischen Migrationshintergrund (n = 3) wurden 636 Patientinnen und Patienten erfasst, von denen 353 (56 %) gemäß Einschätzung als Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund, 257 (40 %) als Patientinnen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund und 26 (4 %) als Patientinnen und Patienten anderer Herkunft eingingen, wie Abbildung 11 visualisiert.

Abbildung 11: **Zählung Patientinnen und Patienten bei Hausärztinnen und Hausärzten mit türkischem Migrationshintergrund**

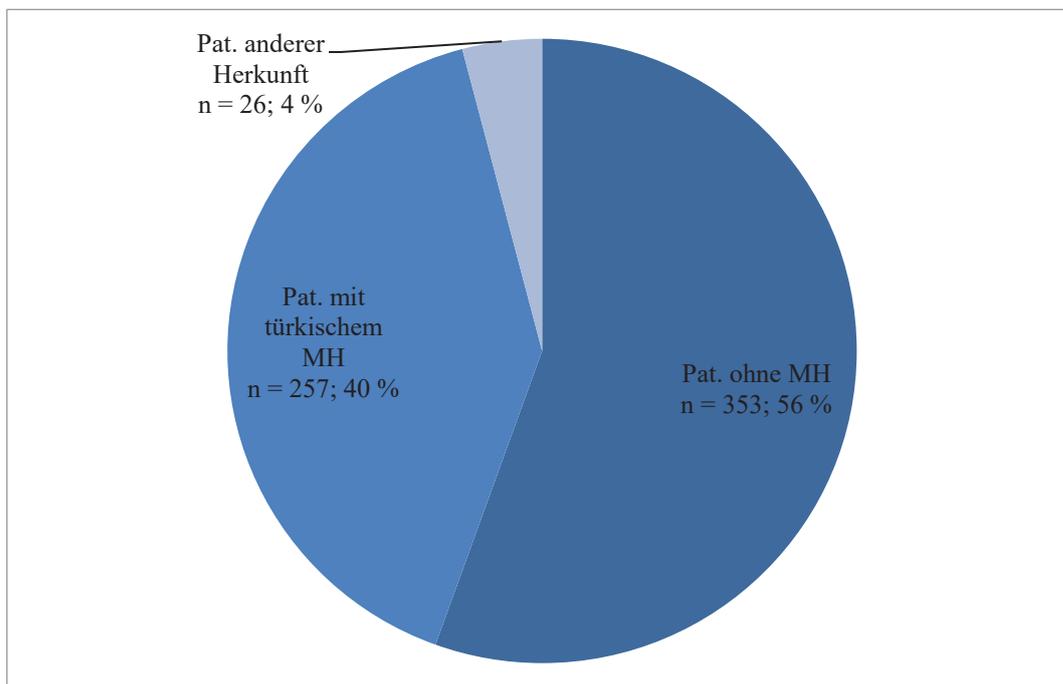


Abb.11: **Zählung Patientinnen und Patienten bei Hausärztinnen und Hausärzten mit türkischem Migrationshintergrund**

Alle Angaben beziehen sich auf den Erhebungszeitraum von sechs Wochen, die beteiligten Praxen und die Gesamtanzahl an Patientinnen und Patienten. Das Kürzel Pat. steht für Patientinnen oder Patienten, MH für Migrationshintergrund.

Im Erhebungszeitraum wurden 1155 Patientinnen und Patienten erfasst, von denen 846 (73 %) ohne Begleitung und 309 (27 %) in Begleitung erschienen. Für 797 (69 %) der Patientinnen und Patienten ergab sich eine Kategorisierung als Menschen ohne, für 313 (27 %) eine Zuordnung als mit türkischem Migrationshintergrund. Fünfundvierzig (4 %) wiesen eine andere Herkunft auf. Von den 797 aller Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund wurden 644 (81 %) als unbegleitet und 153 (19 %) als begleitet erfasst. Seitens der 313 (27 %) mit türkischem Migrationshintergrund kamen 165 (53 %) ohne Begleitperson und 148 (47 %) in Begleitung. Von 45 (4 %) Patientinnen und Patienten anderer Herkunft wurden 37 (82 %) als unbegleitet und 8 (18 %) als begleitet kategorisiert. Die Hausärztinnen und Hausärzte ohne Migrationshintergrund behandelten 519 Patientinnen und Patienten, von denen 444 (86 %) als Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund einzuordnen waren, 56 (11 %) einen türkischen und 19 (4 %) einen anderen Migrationshintergrund aufwiesen. Behandelnde mit türkischem Migrationshintergrund wurden von 636 Patientinnen und Patienten konsultiert, von denen

353 (56 %) keinen, 257 (40 %) einen türkischen und 26 (4 %) einen anderen Migrationshintergrund aufwiesen.

4 Diskussion

Im Folgenden werden die Rolle der Begleitperson, die soziodemografischen Daten begleiteter Patientinnen und Patienten und ihrer Begleitpersonen sowie die Häufigkeit einer Begleitung im Kontext bestehender Literatur und Studien diskutiert. Hier gilt es in jedem Unterkapitel zunächst die Ergebnisse aller Patientinnen und Patienten zu diskutieren und im Anschluss zwischen den Patientinnen und Patienten mit einem türkischen Migrationshintergrund und jenen ohne einen solchen zu vergleichen. Im Anschluss werden Limitationen und Stärken dieser Dissertation vorgestellt. Die Schlussfolgerung und der Ausblick schließen sich an.

4.1 Rolle der Begleitperson in der hausärztlichen Sprechstunde

Im Fokus stehen nun zunächst die am häufigsten genannten Rollen einer Begleitperson in der hausärztlichen Praxis. Diese werden mit den Angaben in bestehender Literatur verglichen, um Implikationen für die Familienmedizin, die hausärztliche Praxis und weitere Forschung ableiten zu können.

In dieser Studie ist die häufigste Rolle, die einer Begleitperson zugeschrieben wurde, der Wunsch nach einem Einbezug der Familie in das Krankheitsgeschehen ($n = 83,78\%$). Dieser Aspekt wird auch in der Studie von Wolff et al. beschrieben, die sich mit der Integration der Familie insbesondere bei älteren, das heißt geriatrischen Patientinnen und Patienten im primärmedizinischen Setting in den USA befasste und eine Analyse von audiodokumentierten hausärztlichen Konsultationen beinhaltete (Wolff et al., 2017). Hier wurde der beschriebene Wunsch anhand des Willens der Patientinnen und Patienten eruiert, die die Familie direkt in medizinische Entscheidungen integrierten und somit einen Familieneinbezug realisierten: 14 Patientinnen und Patienten (46 %) bevorzugten eine geteilte Entscheidung über die medizinische Behandlung, drei Patientinnen und Patienten (10 %) überließen diese ihrer Begleitung (Wolff et al., 2017). Demnach waren auch in der amerikanischen Studie über 50 % der Befragten motiviert, die Familie in die hausärztliche Konsultation einzubeziehen (Wolff et al., 2017). Warum die Daten dieser Arbeit einen größeren Anteil an Befragten erfassen, die einen Familieneinbezug als wichtig erachten, ist nicht abschließend zu klären. Zum einen wurden die Daten der amerikanischen Studie über fünf Jahre früher erhoben (Wolff et al., 2017). Zum anderen könnten länderspezifische

Unterschiede entscheidend sein. Als beachtenswert erscheint aber, dass die amerikanische Studie Patientinnen und Patienten aus dem geriatrischen Setting betrachtet, die möglicherweise aufgrund ihres hohen Alters mehr Hilfestellung und damit Familieneinbezug wünschen, als es auf jüngere zutrifft (Wolff et al., 2017). In dem hier dargestellten Vergleich zwischen Patientinnen und Patienten mit und ohne Migrationshintergrund hat der Einbezug der Familie auch bei jüngeren Patientinnen und Patienten eine relevante Rolle inne.

Dass ein Einbezug der Familie seitens der Patientinnen und Patienten gewünscht ist, resultiert auch aus einer deutschen Studie im onkologischen Setting, in der betroffene Patientinnen und Patienten zur Rolle ihrer Begleitperson befragt wurden: Hier bewerteten 80 % der Patientinnen und Patienten ihre Begleitpersonen als sehr wichtig, insbesondere mit Blick auf den Entscheidungsprozess (Schweitzer et al., 2005). In der Studie im onkologischen Setting beschrieben demnach mehr Patientinnen und Patienten den Einbezug der Familie als relevant, allerdings schließt die Studie nur palliativ behandelte onkologische Patientinnen und Patienten ein, die vermutlich aufgrund der Tragweite der Entscheidung und des stark verminderten Gesundheitszustands Angehörige häufig teilhaben lassen möchten (Schweitzer et al., 2005). Dass die vorliegende Arbeit über Patientinnen und Patienten mit einem türkischen Migrationshintergrund, ohne einen solchen und mit einem anderen aus dem primärmedizinischen Setting einen ähnlich häufigen Wunsch nach Familieneinbezug eruieren konnte, zeigt: Der Gesundheitszustand der Patientinnen und Patienten scheint nicht der primäre Grund für einen Familieneinbezug zu sein, und auch Patientinnen und Patienten aus dem primärmedizinischen Setting streben einen Einbezug der Familie an.

Im hausärztlichen Bereich wird durch den seitens der Patientinnen und Patienten gewünschten Einbezug der eigenen Familie eine Behandlung erleichtert, indem eine physische Anwesenheit der Familienmitglieder in der Konsultation besteht. Hausärztinnen und Hausärzte können Erkrankte im Beisein, aber auch unter Einbeziehung der Familie behandeln. Es ergibt sich die Frage, wie die Familie seitens der Behandlerin oder des Behandlers eingebunden werden kann, ohne die Autonomie der Patientin oder des Patienten zu schwächen.

Die emotionale Unterstützung, die in dieser Arbeit den zweithäufigsten Grund (n = 67,63 %) der Begleitung darstellt, wurde in der Studie von Schilling et al. (2002) als fünfhäufigster Grund (n = 48,44 %) aufgeführt. Begleitete Patientinnen und Patienten waren per Fragebogen zu den Gründen ihrer Begleitung in der hausärztlichen Konsultation befragt worden. Emotionale Unterstützung scheint daher eine relevante Funktion einer

Begleitperson darzustellen, wurde aber in dieser Studie deutlich häufiger beschrieben. Die Diskrepanz zu den Studien aus den USA könnte durch länderspezifische Unterschiede und unterschiedliche Erhebungszeiträume bedingt sein. Auch Wolff und Roter (2008) kamen in ihrer Studie über den Zusammenhang der Zufriedenheit älterer (geriatrischer) Patientinnen und Patienten mit ihrer Hausärztin oder ihrem Hausarzt und der Mitnahme einer Begleitperson zu dem Schluss, dass für 28 % der Patientinnen und Patienten moralische Unterstützung wichtig war. Diese Studie, durchgeführt in den USA im Jahr 2004, analysierte überwiegend Patientinnen und Patienten älter als 65 Jahre, für die insbesondere Unterstützung in der Organisation des Arztbesuchs und in der Kommunikation mit der behandelnden Person einen hohen Stellenwert hatte (Wolff und Roter, 2008). Dass 63 % der begleiteten Patientinnen und Patienten mit türkischem, ohne und mit anderem Migrationshintergrund emotionale Unterstützung als wichtig erachteten, dabei aber nur 43 % älter als 60 Jahre waren, lässt vermuten: Emotionale Unterstützung spielt auch für jüngere Patientinnen und Patienten eine Rolle. Emotionale Unterstützung, wurde in einer deutschen Studie im Bereich hämatonkologischer Patientinnen und Patienten als wichtige Funktion einer Begleitperson beschrieben, die über 80 % der Angehörigen leisteten (Ernst et al., 2009). Dies könnte mit dem onkologischen Setting zu erklären sein, in dem die Patientinnen und Patienten häufig mit emotionalen Sachverhalten, einer schwerwiegenden Erkrankung, deren Therapie und dem Tod, konfrontiert werden und somit oftmals emotionale Unterstützung benötigen (Ernst et al., 2009). Die Familie einer Patientin oder eines Patienten wird auch in dieser Studie zur Unterstützung im Umgang mit Emotionen genutzt. Dies weist darauf hin, dass auch ein Besuch im primärmedizinischen Setting für Patientinnen und Patienten mit Emotionen verbunden ist, in deren Kontext eine Einbindung zur Bewältigung der Belastung als sinnvoll erscheint. Hier ergibt sich die Frage, welche Emotionen hier von den Befragten gemeint waren und wie der Umgang der Behandelnden mit ihnen verbessert werden könnte.

Die Begleitung aus Gewohnheit spielte in der Befragung begleiteter Patientinnen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund, ohne einen solchen und anderer Herkunft in 75 (70 %) der Fälle eine Rolle. Eine Studie, die begleitete geriatrische Patientinnen und Patienten befragte, hielt Vergleichbares fest und analysierte, dass 74 % der Patientinnen und Patienten in den der Untersuchung vorangegangenen zwölf Monaten immer zu ihrer Hausärztin oder ihrem Hausarzt begleitet worden waren. Demnach war auch hier von einer Gewohnheit auszugehen (Wolff et al., 2012). Im Vergleich der amerikanischen Studie mit den hier vorliegenden Daten begleiteter Patientinnen und Patienten mit türkischem

Migrationshintergrund, ohne einen solchen und anderer Herkunft in Deutschland erscheint als beachtenswert, dass Wolff überwiegend ältere Patientinnen und Patienten berücksichtigt. In der Befragung der Patientinnen und Patienten mit einem türkischen Migrationshintergrund, ohne einen solchen und anderer Herkunft beschrieben auch jüngere Patientinnen und Patienten eine Begleitung aus Gewohnheit. Eine gewohnheitsmäßige Begleitung zur hausärztlichen Konsultation kann vorteilhaft für die hausärztliche Vorbereitung auf das Arztgespräch sein. Ob die befragten Patientinnen und Patienten mit einem türkischen Migrationshintergrund, ohne einen solchen und anderer Herkunft eine Begleitung durch die gleiche Person aus Gründen der Praktikabilität oder aufgrund persönlicher Präferenzen wünschen, wurde nicht erfragt und lässt sich nicht abschließend beurteilen.

In dieser Studie gaben 72 (67 %) aller Patientinnen und Patienten an, ihre Begleitperson bleibe stets die gleiche, während 35 (33 %) eine wechselnde Begleitperson beschrieben. In vergleichender Literatur hielten Wolff et al. (2012) fest, dass dieselbe Begleitperson 87 % der Patientinnen und Patienten in den der Erhebung vorangegangenen zwölf Monaten in der hausärztlichen Konsultation unterstützt hatte. Die in dieser Studie erhobenen Daten lassen die Schlussfolgerung zu, dass die Mehrheit der Patientinnen und Patienten mit einem türkischen Migrationshintergrund, ohne einen solchen und anderer Herkunft eine kontinuierliche Begleitung durch eine Begleitperson bevorzugt. Dass aber ein erheblicher Prozentsatz eine wechselnde Begleitung beschreibt, zeigt: Seitens der Patientinnen und Patienten spielt auch eine Begleitung durch unterschiedliche Personen eine Rolle. Dies ist möglicherweise situativ bedingt, beispielsweise durch zeitliche Ressourcen der Begleitpersonen, einen unterschiedlichen Einbezug je nach Themenschwerpunkt der Konsultation oder die gemeinsame Wahrnehmung eines Termins, wenn in einer Familie mehrere Krankheitsfälle gleichzeitig auftreten. Dieses bedeutet für die behandelnde Hausärztin oder den behandelnden Hausarzt eine hohe kommunikative Anforderung, da die Patientin oder der Patient in unterschiedlichem Kontext zu seiner eigenen Begleitung betrachtet werden muss. Zusätzlich ergibt sich die Möglichkeit, die Patientin oder den Patienten im Kontext verschiedener Mitglieder des sozialen Umfelds kennenzulernen, ein größeres Wissen und Verständnis für sie oder ihn zu generieren und dies in die hausärztliche Behandlung einfließen zu lassen.

Sechsfundfünfzig (52 %) der Patientinnen und Patienten gaben an, es sei eine gemeinsame Entscheidung, begleitet zu ihrer Hausärztin oder ihrem Hausarzt zu gehen. Ellingson (2002), die die Rolle der Begleitperson im geriatrisch-onkologischen Setting

analysierte, stellte dar, dass einige begleitete Patientinnen und Patienten nur wegen ihrer Begleitung eine zweite Meinung bei einem anderen onkologischen Behandler einholten. Ob sie damit auch die Begleitung initiierten, bleibt offen. Die in dieser Studie erhobenen Daten zu einer gemeinsamen Entscheidung die Begleitung betreffend zeigen, dass sie nicht nur durch die Patientin oder den Patienten mit einem türkischen Migrationshintergrund, ohne einen solchen und anderer Herkunft initiiert wurde, sondern ein gemeinsames Interesse von Patientinnen und Patienten und Begleitperson an der zusammen wahrgenommenen Konsultation bestand.

Hilfe beim Transport spielte in insgesamt 44 (41 %) aller Interviews als Motiv der Begleitung eine Rolle. Dieses Ergebnis ist vergleichbar mit jenem der Studie von Schilling et al. (2002), in der 61 (55 %) der begleiteten Patientinnen und Patienten Hilfe beim Transport als Begleitungsmotiv angaben. In Studien, die geriatrische Patientinnen und Patienten fokussierten, wurde die Hilfe durch eine Unterstützung beim Transport in 52 % der Fälle nachgewiesen (Wolff und Roter, 2008). Dass in dieser Studie eine Hilfe beim Transport nicht mehrheitlich Erwähnung fand, könnte durch das Studiendesign beeinflusst worden sein, da die Befragung ausschließlich in Großstädten durchgeführt wurde, in denen die Hilfe beim Transport einen niedrigeren Stellenwert haben könnte als in ländlicheren Regionen. Es erscheint als logisch, dass Patientinnen und Patienten einen erhöhten Bedarf an Unterstützung in diesem Bereich aufweisen, je älter und immobiler sie sind. Weil die hier vorliegenden Daten eine Begleitung auch jüngerer Patientinnen und Patienten einbeziehen, lässt sich die Diskrepanz zur bestehenden Literatur als nachvollziehbar erachten.

Eine Kategorie, die in der Auswertung dieser Studie neu entstand, beschreibt eine einfachere Koordination durch gemeinsame Konsultation (n = 33,31 %). Patientinnen und Patienten gaben hier an, ein gemeinsamer Arztbesuch spare Zeit, insbesondere, wenn sowohl sie als auch die Begleitperson einen Behandlungsanlass aufwiesen. In vergleichender Literatur wurde dieses Motiv noch nicht benannt, allerdings deuten Studien an, dass sowohl eine Patientin oder ein Patient als auch deren Begleitung einen Behandlungsanlass haben können. So berichteten Clayman et al. (2005) in einer Studie, in der überwiegend hausärztliche Konsultationen mit älteren Patientinnen und Patienten in Begleitung in den USA audiodokumentiert wurden, dass ca. 10 % der Begleitpersonen eigene Behandlungsanlässe diskutierten. Die hier präsentierte Studie lässt den Schluss zu, dass die Begleitung einer Patientin oder eines Patienten keine starre Rollenverteilung bezüglich der Patientin oder des Patienten und ihrer oder seiner Begleitung bedeuten muss. Die vorliegenden Daten weisen nach, dass zwei Patientinnen und Patienten sich gegenseitig

begleiten und die Rolle als Patientin oder Patient sowie die Rolle als Begleitperson in der Konsultation dynamisch wechseln. Immerhin 68, demnach 60 % aller Begleitpersonen hatten aus Sicht der befragten Patientinnen und Patienten ebenfalls einen Behandlungsanlass. Dies fand auch in der Studie von Ishikawa et al. (2005) Berücksichtigung. In ihr wurden geriatrische Patientinnen und Patienten, die begleitet ihre Hausärztin oder ihren Hausarzt aufsuchten, per Fragebogen zu ihren Begleitpersonen befragt. Hier wurde eine Unterscheidung zwischen begleiteten Patientinnen und Patienten mit einer Begleitperson ohne Behandlungsanlass und der Konsultation der Hausärztin oder des Hausarztes durch zwei Patientinnen und Patienten vorgenommen: Das Phänomen der Begleitung durch eine Begleitperson ohne Behandlungsanlass überwog hier mit 37 Fällen die gegenseitige Begleitung von zwei Patientinnen und Patienten, die in 26 Fällen stattfand (Ishikawa et al., 2005). Die in dieser Studie dargestellte mehrheitliche Begleitung zweier Patientinnen und Patienten, die zugleich als Begleitung für den jeweils anderen fungieren, steht demnach in deutlicher Diskrepanz zu den Ausführungen in der vorhandenen Literatur, in der eine eindeutige Rollenverteilung zwischen Patientin beziehungsweise Patient und Begleitperson überwiegt.

Im Bereich Kommunikation wurde die Bewertung von Informationen am häufigsten kodiert, insgesamt 39 (36 %) der Interviews enthielten dieses Motiv. In der Studie von Schilling et al. (2002) fand diese Kategorie nicht direkt Erwähnung, allerdings wurde 39 (35 %) der Begleitpersonen die Rolle zugeschrieben, sie halfen bei der Entscheidungsfindung. Dieses Motiv wurde auch in der hier vorliegenden Studie kodiert. Mit jeweils 18 (17 %) Interviews findet sich die Kategorie aber bedeutend seltener als die Bewertung von Informationen. Gründe für die Diskrepanz könnten sein, dass Patientinnen und Patienten sich als autonom entscheidend empfinden, die Bewertung der Begleitperson aber berücksichtigen. An dieser Stelle ist auch die Studie von Wolff et al. (2017) über geriatrische Patientinnen und Patienten heranzuziehen. Diese bevorzugten mit 46 % eine geteilte Entscheidung über die medizinische Behandlung und griffen somit auch die Bewertung der Begleitperson auf, 10 % der Patientinnen und Patienten überließen die Entscheidung gänzlich ihrer Begleitung. Die Studie von Schweitzer et al. (2005) brachte hervor, dass ein hoher Anteil der hier befragten onkologischen Patientinnen und Patienten (80 %) Angehörige als relevant für die Entscheidungsfindung erachten und sich vor oder im Anschluss an eine Konsultation mit ihnen beraten. Es ist anzunehmen, dass eine Bewertung von Informationen vorgenommen wurde. Dass ein weitaus geringerer Anteil der in der Studie in Bezug auf die Rolle der Begleitperson im hausärztlichen Setting in Deutschland

vergleichenen Patientinnen und Patienten eine Bewertung für wichtig hält, könnte an der geringeren Existenzialität der medizinischen Entscheidung im primärmedizinischen Setting gegenüber dem onkologischen liegen. Die hier vorgestellten Ergebnisse verdeutlichen, dass Begleitpersonen eine wesentliche Rolle in der Bewertung von Informationen spielen und daher die hausärztliche Kommunikation im Bereich der partnerschaftlichen Entscheidungsfindung eine weitere Partei berücksichtigen sollte.

Das Erinnern an Informationen wurde in insgesamt 36 (34 %) Interviews als Motiv gefunden. In der Studie von Schilling et al. (2002) hat es einen höheren Stellenwert: 51 (46 %) aller begleiteten Patientinnen und Patienten gaben hier eine Hilfestellung bei dem Erinnern an Informationen an. Auch Wolff und Roter (2008) analysierten, dass 44 % ihrer Patientinnen und Patienten Hilfe bei der Erinnerung von Informationen erhielten; hier waren aber überwiegend ältere Patientinnen und Patienten befragt worden, bei denen eine Erinnerung eine große Rolle spielen könnte. Die in dieser Studie seltener gegebene Kodierung der Rolle der Erinnerung von Informationen könnte darin begründet liegen, dass Patientinnen und Patienten in ihren hausärztlichen Konsultationen weniger komplexe Krankheitsgeschehen darstellten und somit die Erinnerung von Informationen weniger oft notwendig war. Allerdings handelt es sich in der Studie von Schilling et al. (2002) ebenfalls um Patientinnen und Patienten aus dem hausärztlichen Bereich. Die Erinnerung von Informationen spielt demnach eine Rolle für die Patientinnen und Patienten und wird als häufigste Form der kommunikativen Unterstützung wahrgenommen.

Unter der Kategorie zu den Einschätzungen der Auswirkung der Begleitung auf die Konsultation durch die Patientinnen und Patienten wurde überwiegend, in 94 (88 %) der Interviews, positive Auswirkungen der Begleitung beschrieben. Dies wird durch Studien bestätigt, in denen begleitete Patientinnen und Patienten eine größere Zufriedenheit mit der Behandlung durch ihre Hausärztin oder ihren Hausarzt empfanden, wenn sie begleitet wurden (Wolff und Roter, 2008). Auch in der Studie von Rosland et al. (2011) wurden positive Auswirkungen auf die Konsultation beschrieben, indem chronisch an Diabetes und Herzinsuffizienz erkrankte Patientinnen und Patienten, die in Begleitung ihre Hausärztin oder ihren Hausarzt aufsuchten, in über 70 % der Fälle angaben, durch eine Begleitung motivierter zu sein, den Anweisungen der Hausärztin oder des Hausarztes nachzukommen, und deren Informationen besser zu verstehen. Eine Begleitung der Patientin beziehungsweise des Patienten hat demnach aus Sicht der betreffenden Personen überwiegend einen positiven Effekt.

Die am häufigsten genannten Rollen einer Begleitperson aus Sicht der Patientinnen und Patienten waren der Einbezug der eigenen Familie, emotionale Unterstützung sowie Gewohnheit. Zudem bewertete die Mehrheit eine Begleitung positiv.

4.2 Rolle der Begleitpersonen in der hausärztlichen Sprechstunde bei Patientinnen und Patienten mit einem türkischen Migrationshintergrund und ohne einen solchen im Vergleich

Eine der bedeutendsten Fragen dieser Dissertation ist, inwieweit sich Patientinnen und Patienten mit einem türkischen Migrationshintergrund und ohne einen solchen in den Motiven für eine Begleitung unterscheiden. In diesem Abschnitt wird ein Vergleich der am häufigsten kodierten Gründe für die Begleitung von Patientinnen und Patienten mit einem türkischen Migrationshintergrund und jenen ohne einen solchen vorgenommen.

In beiden Gruppen stammte die meistgenannte Rolle aus der Oberkategorie der sozialen Unterstützung. Patientinnen und Patienten ohne einen Migrationshintergrund beschrieben mehrheitlich ($n = 47,76\%$) einen Familieneinbezug. Auch diejenigen mit einem türkischem Migrationshintergrund ($n = 28,78\%$) gaben diesen Aspekt an. Chamsi-Pasha und Albar (2016) hielten in ihrem Review über muslimische Patientinnen und Patienten fest, die Familie sei ein fester Bestandteil in der medizinischen Entscheidungsfindung, und Familienmitglieder seien regelmäßig in ärztliche Konsultationen integriert. Entgegen der Annahme, Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund stünden denen mit türkischem Migrationshintergrund in dem Wunsch nach Familienintegration nach, weisen die nun vorliegenden Daten auf ein ähnlich hohes Maß an Motivation zum Einbezug hin. Ein Motiv, das bei den Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund häufiger genannt wurde, ist das Mitbringen der gleichen Begleitperson in die hausärztliche Konsultation. Dies beschrieben 44 (71 %) der Befragten ohne und 20 (56 %) mit türkischem Migrationshintergrund. Hier zeigt sich ein Unterschied der beiden Gruppen von Patientinnen und Patienten. Dass Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund häufiger die gleiche Begleitperson integrierten und Patientinnen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund häufiger wechseln, könnte auch an der Familiengröße liegen. So veröffentlichte das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge Daten, aus denen hervorgeht, dass Familien mit Migrationshintergrund, darunter jene mit türkischem anteilmäßig am stärksten präsent, häufiger mehr Kinder und mehr Familienmitglieder aufweisen als die ohne Migrationshintergrund (Schührer, 2018). Somit stehen in Familien mit Migrationshintergrund mehr Menschen zur Verfügung, die als Begleitperson fungieren

könnten. Möglicherweise wird der Wechsel der Begleitperson auch durch weitere Faktoren beeinflusst. Hierfür spricht, dass im Bereich der Kategorie Organisation das Motiv der einfacheren terminlichen Koordination durch Patientinnen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund viel häufiger genannt wurde ($n = 15,42\%$) als durch Personen ohne Migrationshintergrund ($n = 16,26\%$).

Auch die emotionale Unterstützung fand sich in beiden Gruppen unter den meistgenannten Ergebnissen: Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund führten dieses Motiv in 41 (66%), diejenigen mit türkischem Migrationshintergrund in 20 (56%) der Interviews an. Emotionale Unterstützung nahm demnach in den beiden Gruppen der Patientinnen und Patienten einen vergleichbaren Stellenwert ein. Die hier vorliegenden Daten zeigten, dass emotionale Unterstützung für die Mehrheit der Befragten eine Rolle spielte, Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund nannten diese zu etwa 10% häufiger.

Ein Motiv, das bei den Patientinnen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund deutlich öfter angegeben wurde, ist die Begleitung aus Gewohnheit, die 29 (81%) der Befragten dieser Gruppe beschrieben. Die Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund hingegen gaben sie in 38 (61%) der Interviews an. Auch wenn eine Begleitung in beiden Gruppen mehrheitlich als Gewohnheit gilt, scheint der Unterschied zwischen den Gruppen signifikant zu sein. Dies deckt sich mit den Daten von Chamsi-Pasha und Albar (2016), die in ihrem Review den starken Familienfokus muslimischer Patientinnen und Patienten beschrieben. Da die Studie zu begleiteten Patientinnen und Patienten mit einem türkischen Migrationshintergrund und ohne einen solchen darstellt, dass beide Gruppen ähnlich häufig den Einbezug der eigenen Familie in die hausärztliche Konsultation bevorzugten, gibt es möglicherweise andere Gründe für eine häufigere Begleitung aus Gewohnheit bei Patientinnen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund. Knipper und Bilgin (2009) beschrieben in ihrer Studie zu Migration und Gesundheit die Problematik der Zugangsbarrieren für Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund. Ob ein Zusammenhang mit einer Begleitung aus Gewohnheit der Patientinnen und Patienten besteht, ist unklar. Ein weiterer Aspekt, der durch die Daten dieser Studie dargestellt wird, ist die höhere Priorität einer einfacheren terminlichen Koordination der Patientinnen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund, die ursächlich für eine häufigere Begleitung aus Gewohnheit sein könnte.

Eine gemeinsame Entscheidung zur Begleitung war beiden Gruppen der Patientinnen und Patienten wichtig: Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund beschrieben

dies in 33 (53 %) der Interviews, Patientinnen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund in 16 (44 %). Da im Falle einer gemeinschaftlichen Entscheidung zur Begleitung seitens der Befragten mehrheitlich nicht angegeben wurde, wer die Begleitung initiierte, gibt es hierzu aktuell keine ausreichend belastbaren Daten. Möglicherweise empfanden mehr Befragte die Entscheidung zur Begleitung als gemeinschaftlich, beschrieben dies aber nicht in den Interviews.

Ebenfalls vergleichbar war der Prozentsatz der Befragten, die eine Hilfe beim Transport als Rolle der Begleitpersonen beschrieben: Etwa 25 (40 %) jener ohne und 14 (39 %) der Teilnehmenden mit türkischem Migrationshintergrund gaben das Motiv an. Für beide Gruppen spielt daher diese Form der Organisation eine bedeutende Rolle, auch wenn sie nicht mehrheitlich genannt wurde. Dies ist insbesondere unter Berücksichtigung der Altersstruktur der Befragten interessant, da Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund mehrheitlich älter (> 60 Jahre alt) und diejenigen mit türkischem Migrationshintergrund jünger (< 60 Jahre alt) waren. Wolff und Roter (2008) wiesen in ihrer Studie darauf hin, dass ältere Menschen häufig beim Aufsuchen der Hausärztin oder des Hausarztes Transporthilfe durch ihre Begleitung erhielten. Dies könnte auch die häufigere Benennung der Unterstützung beim Transport der vorwiegend älteren Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund erklären. Dass vorwiegend jüngere Patientinnen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund eine Unterstützung beim Transport anführen, lässt den Schluss zu: Auch im städtischen Bereich wird die Mobilität jüngerer Menschen durch eine Begleitperson, die beispielsweise ein Auto besitzt, unterstützt.

Im Bereich der Kommunikation nannten Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund in 26 (42 %) der Interviews eine Bewertung der Information als Aufgabe der Begleitperson. Befragte mit türkischem Migrationshintergrund gaben dies in 8 (22 %) Interviews an.

Weshalb hier ein weitaus höherer Anteil der Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund eine Bewertung von Informationen für wichtig hält als Befragte mit türkischem Migrationshintergrund, lässt sich aktuell nicht eruieren.

Das Erinnern an Informationen war für beide Gruppen etwa gleichermaßen wichtig: Zweiundzwanzig (35 %) der Interviewten ohne Migrationshintergrund und elf (31 %) der Involvierten mit türkischem Migrationshintergrund nannten dieses Motiv. Die hier dargestellten Daten lassen den Schluss zu, dass gut ein Drittel aller Befragten das Erinnern an Informationen als Rolle der Begleitperson erachtet und die beiden Gruppe der Patientinnen und Patienten sich in diesem Punkt kaum unterscheiden.

Das Verstehen von Informationen stellte für 15 (24 %) der Befragten ohne Migrationshintergrund und elf (31 %) jener mit türkischem Migrationshintergrund eine Rolle der Begleitperson dar. Auch hier zeigt sich nur ein geringer Unterschied zwischen den beiden Gruppen. In vergleichender Literatur berichteten Bermejo et al. (2012) in ihrer Arbeit über die subjektiv erfahrenen „*Barrieren von Personen mit Migrationshintergrund bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen*“, dass insbesondere eine Sprachbarriere in Bezug auf die Wahrnehmung von Gesundheitsmaßnahmen hinderlich sei. Dies könnte in der vorliegenden Studie eine untergeordnete Rolle spielen, weil viele der Patientinnen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund eine Hausärztin oder einen Hausarzt mit türkischen Sprachkenntnissen aufsuchten. Das Verständnis einer Information spielte neben dem sprachlichen Kontext auch auf der Ebene des Faktenverständnisses eine Rolle, beispielweise bei Unsicherheit, die durch die Nutzung von medizinischem Fachjargon seitens der Hausärztinnen und Hausärzte entsteht: Hier gaben in einer Studie unter Einbezug von Patientinnen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund Befragte zur Behandlung durch ihre Hausärztin oder ihren Hausarzt an, sprachliche Aspekte spielten eine untergeordnete Rolle; Kommunikationsschwierigkeiten entstünden eher durch ein mangelndes Verständnis der medizinischen Fachsprache (Gerlach et al., 2012). Diese Studie zeigt auf, dass durch die Aufhebung der Sprachbarriere seitens der Behandelnden ein ähnliches Maß an Bedarf in der Unterstützung zum Verständnis von Informationen seitens Patientinnen und Patienten mit und jenen ohne Migrationshintergrund besteht. Hausärztinnen und Hausärzte sollten sich dies bewusstmachen, nicht grundsätzlich von einem Verständigungsproblem mit Patientinnen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund ausgehen und sich um ein Meiden von Fachsprache in den Gesprächen bemühen.

Beide Gruppen von Patientinnen und Patienten erachteten es überwiegend als positiv, begleitet zu werden: Vierundfünfzig (87 %) der Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund und 32 (89 %) jener mit türkischem Migrationshintergrund bekundeten Dergleichen. Die vorliegenden Daten bestätigen die Angaben in der bestehenden Literatur (Rosland et al., 2011) und zeigen, dass sich die Gruppen der Patientinnen und Patienten in der Häufigkeit einer positiven Empfindung bezüglich einer Begleitung nicht signifikant unterscheiden.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Patientinnen und Patienten mit einem türkischen Migrationshintergrund und ohne einen solchen nicht grundlegend in den Motiven zur Mitnahme einer Begleitperson divergieren, die Motive jedoch mit unterschiedlicher

Häufigkeit genannt wurden. Zu größeren Abweichungen ($>$ oder $= 20\%$) kam es in der Nennung der Begleitung aus Gewohnheit und der Bewertung von Informationen, die überwiegend durch Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund angeführt wurde.

4.3 Soziodemografische Daten der begleiteten Patientinnen und Patienten sowie ihrer Begleitpersonen

In der hier präsentierten Studie waren begleitete Patientinnen und Patienten am häufigsten, in 30 (28 %) Fällen, zwischen 18 und 29 Jahre alt, dicht gefolgt von den 70- bis 79-Jährigen mit 17 (16 %) begleiteten Patientinnen und Patienten. Werden die Altersgruppen zusammengefasst, um einen Vergleich mit den in bestehender Literatur aufgeführten Erkenntnissen zu ermöglichen, überwiegt die Altersgruppe der über 60-Jährigen, in der 43 (40 %) der Patientinnen und Patienten eine Begleitperson integrierten, gefolgt von den 18- bis 39-Jährigen, die in 40 (37 %) Fällen begleitet erschienen. Dass ältere Patientinnen und Patienten begleitet werden, spiegelt auch das Bild bestehender Studien wider, in denen die über 65-Jährigen 49 (47 %) der begleiteten Patientinnen und Patienten ausmachten (Schilling et al., 2002). In einer kanadischen Studie ist das häufigste genannte Alter mit über 75 Jahren noch höher, 23 (30 %) der Befragten waren hier begleitet (Brown et al., 1998). Begleitung ist demnach in bestehender Literatur und in dieser Studie mit einem höheren Alter assoziiert. Die hier vorliegenden Daten bringen aber einen neuen Aspekt hervor: die Begleitung der 19- bis 39-Jährigen, auf die später noch einmal im Vergleich der beiden Gruppen von Patientinnen und Patienten eingegangen wird. Aus den Daten resultiert die Erkenntnis, dass eine Begleitung nicht nur mit einem höheren Patientenalter assoziiert ist, sondern dass auch jüngere Menschen begleitet werden.

Begleitete Patientinnen und Patienten waren mit 72 (67 %) Interviewpartnerinnen überwiegend weiblich. Dies steht im Einklang mit bestehender Literatur, in der begleitete Patientinnen und Patienten in Praxen von Hausärztinnen und Hausärzten in 57 (54 %) Fällen (Schilling et al., 2002) oder in 67 (72 %) Fällen (Clayman et al., 2005) das weibliche Geschlecht aufwiesen. Auch eine spanische Studie, die eine Begleitung im primärmedizinischen Setting untersuchte, verzeichnete überwiegend (59 %) weibliche begleitete Patientinnen (Turabian et al., 2016). Gründe für die häufigere Begleitung von Patientinnen können aus den vorliegenden Daten nicht abgeleitet werden. Im Zusammenhang mit den Ergebnissen dieser Studie sollte aber betrachtet werden, dass die soziodemografischen Daten nur die Interviewteilerinnen und Interviewteiler,

nicht alle begleiteten Patientinnen und Patienten erfassten. Möglicherweise besteht daher auch ein Einfluss in Form der Interviewbereitschaft der Befragten.

Die Mehrheit begleiteter Patientinnen und Patienten gab an, verheiratet zu sein, und zwar war dies in 57 (53 %) der Interviews der Fall. Vorhandene Studien stellen dar, dass sechs (54 %) der in der Studie beobachteten, vorwiegend geriatrischen Patientinnen und Patienten in hausärztlichen Praxen verheiratet waren (Shields et al., 2005). Cené et al. (2015) untersuchten die Begleitung von Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz im klinischen Setting und hielten fest, dass 59 (39 %) verheiratet waren. Laut dem Statistischen Bundesamt hatten 2020 über 42 % der deutschen Bevölkerung den Ehestatus (Statistisches Bundesamt, 2021a). Möglicherweise gibt es eine Korrelation zwischen dem Familienstand und einer Begleitung, da die Einbindung einer Ehepartnerin oder eines Ehepartners in den Arztbesuch leichter fallen könnte als das Involvieren von Mitgliedern des erweiterten Familienkreises. Diese Studie bestätigt, dass begleitete Patientinnen und Patienten mehrheitlich verheiratet waren.

Hier hatte die Mehrheit der Befragten Kinder. Eine entsprechende Angabe wurde in 65 (61 %) aller Interviews gemacht. In dem Zusammenhang findet sich in der Literatur ein Hinweis, nach dem begleitete Patientinnen und Patienten durchschnittlich 1,1 Kinder hatten (Shields et al., 2005). Rosland et al. (2011) hielten in der Studie über Diabetes und Herzinsuffizienzpatientinnen und -patienten in Begleitung im hausärztlichen Bereich fest, dass 25 % minderjährige Kinder aufwiesen. Gemäß der Bundeszentrale für politische Bildung hatte 2019 eine Familie, hier differenziert in Ehepaare, Lebensgemeinschaften und Alleinerziehende, zwischen 1,41 und 1,75 Kinder (Bundeszentrale für politische Bildung, 2021). Dass die Befragten in dieser Studie weniger Kinder haben, als es auf den statistischen Durchschnitt der Menschen in Deutschland zutrifft, könnte durch die Altersstruktur des Kollektivs der Patientinnen und Patienten bedingt sein, in dem 28 % zwischen 18 und 29 Jahre alt waren und weniger Kinder aufwiesen. Ob eine direkte Korrelation zwischen dem Phänomen der Begleitung und der Angabe von Kindern besteht, kann aktuell nicht nachvollzogen werden. Dennoch lässt sich annehmen: Je größer der soziale Kontext und damit die einzubeziehende Familie ist, desto leichter lässt sich eine mögliche Integration durchführen.

Insgesamt wurde ein Haupt- oder Volksschulabschluss, mit 37 (35 %) Nennungen am häufigsten aufgeführt. Es folgte mit 30 (28 %) Angaben das Abitur. In Vergleichsstudien war Begleitung eher mit einem geringen Bildungsabschluss assoziiert: Patientinnen und Patienten hatten in 57 (56 %) der Fälle einen unter der High School zu verortenden

Bildungsabschluss (Schilling et al., 2002). In einem Review, das 17 Studien zu begleiteten Patientinnen und Patienten auswertete, konnten 42 % der begleiteten Patientinnen und Patienten einen im Vergleich mit einem High-School-Abschluss gleichwertigen oder höheren Abschluss vorweisen, unbegleitete Patientinnen und Patienten gaben dies hingegen in 59 % der Fälle an (Wolff und Roter, 2011). Diese Studie widerlegt demnach den direkten Zusammenhang zwischen einer Begleitung und einem niedrigen Bildungsniveau, da ein hoher und ein niedriger Bildungsabschluss nahezu gleichermaßen durch die Patientinnen und Patienten genannt werden. Die angegebene Verteilung ähnelt der durch das Statistische Bundesamt für die Gesamtbevölkerung angegebenen: Im Jahr 2021 hatten hier 35 % eine Fachhochschul- oder Hochschulreife (Abitur) und 25 % einen Haupt- oder Volksschulabschluss erlangt (Statistisches Bundesamt, 2022a). Die hier vorliegende Studie zeigt demnach, dass eine Begleitung nicht mit einem geringeren Bildungsabschluss assoziiert sein muss und auch Menschen mit einem hohen Bildungsabschluss wie dem Abitur sie in die hausärztliche Konsultation integrieren.

Der am häufigsten genannte Behandlungsanlass war eine Erkrankung des Atmungssystems. Neunundvierzig (43 %) aller Interviewteilerinnen und Interviewteiler nannten dies als ihren Behandlungsanlass. In bestehender Literatur war der aktuelle Behandlungsanlass einer begleiteten Patientin beziehungsweise eines Patienten in spanischen Praxen von Hausärztinnen und Hausärzten am häufigsten, in 19 % der Fälle, eine Erkrankung des Kreislaufsystems, gefolgt von Erkrankungen des Atmungssystems und des Muskuloskelettal-Systems, die 14 % der akuten Behandlungsanlässe ausmachten (Turabian et al., 2016). Brown et al. hielten in einer kanadischen Studie fest, dass begleitete Patientinnen und Patienten zu 66 % eine akute Erkrankung als Behandlungsanlass angaben und zu 33 % eine chronische Erkrankung (Brown et al., 1998). Andere Studien fragten eine Einschätzung der begleiteten Patientinnen und Patienten bezüglich ihrer physischen Gesundheit ab: Hier bewerteten begleitete Probandinnen und Probanden ihre Gesundheit in 58 (53 %) der Fälle im Vergleich mit Patientinnen und Patienten, die alleine erschienen waren, schlechter. In der letzteren Gruppe waren 53 (44 %) der Überzeugung, einen schlechten physischen Gesundheitsstatus zu haben (Schilling et al., 2002). Im Vergleich wurde in einer Übersichtsarbeit dargestellt, dass sich nur 28 % der begleiteten Patientinnen und Patienten in einer sehr guten körperlichen Verfassung befanden, gegenüber 41 % der unbegleiteten Patientinnen und Patienten (Wolff und Roter, 2011). Da die Datenerhebung dieser Studie im Frühjahr durchgeführt wurde, sollte der Einfluss des saisonal veränderten Auftretens von Krankheiten berücksichtigt werden, zu denen in diesem Zeitraum auch

Infektionen der Atemwege gehören (Frenzen, 2018). Der in der Studie festgehaltene häufigste Behandlungsanlass spiegelt demnach am ehesten den zur Zeit der Befragung saisonal bedingt vorherrschenden wider und steht nicht in direkter Kausalität zur Behandlung. Dennoch lässt sich vermuten, dass Patientinnen und Patienten in saisonal pandemisch auftretenden Krankheitswellen häufiger in Begleitung zum Arzt gehen, da sie öfter krank sind.

In dieser Studie wurde eine chronische Erkrankung bei 54 (50 %) der Befragten angegeben. In vergleichbarer Literatur hatten begleitete Patientinnen und Patienten durchschnittlich zwei chronische Erkrankungen (Turabian et al., 2016). In einer Studie, die erhob, ob die genannten Behandlungsanlässe des heutigen Arztbesuchs akut oder chronisch waren, hatten 33 % der begleiteten Patientinnen und Patienten eine chronische Erkrankung (Brown et al., 1998). Das deutsche Ärzteblatt (2020) veröffentlichte einen Artikel, aus dem hervorging, dass mehr als die Hälfte der Deutschen unter einer chronischen Erkrankung leiden, und Bussche et al. (2013) schilderten in ihrem Artikel über chronische Erkrankungen, die Wahrscheinlichkeit einer solchen steige mit dem Lebensalter. Die hier vorliegenden Daten suggerieren, dass eine Begleitung mit einer chronischen Erkrankung assoziiert ist. Möglicherweise geht mit einer solchen ein insgesamt schlechterer Gesundheitszustand der Patientinnen und Patienten einher, der häufigere Arztbesuche und den verstärkten Wunsch nach Begleitung mit sich bringt. Zudem stellen chronische Erkrankungen eine dauerhafte Belastung für die Betroffenen dar. Es ist anzunehmen, dass Familie und das soziale Umfeld in das Erleben und Bewältigen einer chronischen Erkrankung einbezogen werden. Auch dies könnte eine häufigere Begleitung chronisch erkrankter Patientinnen und Patienten begründen.

Die Patientinnen und Patienten gaben als häufigste chronische Formen endokrine Erkrankungen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten an. Diese machten insgesamt 19 (32 %) aller genannten chronischen Erkrankungen aus. In einer spanischen Studie waren die häufigsten chronischen Varianten Erkrankungen des Kreislaufsystems mit 41 % der Fälle, gefolgt von endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten mit 31 % (Turabian et al., 2016). Hier muss berücksichtigt werden, dass mehrere Studien durch ihr Design ihren Fokus auf begleitete Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen wie Diabetes, Herzversagen (Rosland et al., 2011) oder Krebserkrankungen (Mazer et al., 2014) richteten. Dem Bericht des deutschen Ärzteblatts (2020) zufolge machen rund 20 % der chronischen Ausprägungen Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen aus, gefolgt von 11,4 % Muskel- und Skeletterkrankungen und rund 8,5 % psychischen und neurologischen

Erkrankungen. Die Abweichung der Verteilung der hier dargestellten chronischen Erkrankung von bestehender Literatur ist zum einen dadurch bedingt, dass eine demenzielle Erkrankung zum Ausschluss aus der Studie führte, zum anderen dadurch, dass die Befragten ihre Hausärztinnen und Hausärzte aufsuchten, die in Bezug auf die Versorgung chronischer Erkrankungen durch spezielle Programme für Diabetes Mellitus und Herzerkrankungen eine Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten darstellen (Bundesministerium für Gesundheit, 2020).

Das überwiegend genannte Alter einer Begleitperson lag zwischen 18 und 29 Jahren. Insgesamt machten 26 (23 %) aller Interviewteilmehrerinnen und Interviewteilmehrer diese Angabe zu ihrer Begleitperson oder ihren Begleitpersonen. In bestehender Literatur finden sich unterschiedliche Angaben zum Alter der Begleitpersonen. So waren Begleitpersonen in einer spanischen Studie überwiegend, mit 60 %, 40 bis 64 Jahre alt (Turabian et al., 2016), in einer älteren, kanadischen Studie zu 53 % zwischen 21 und 40 Jahre alt (Brown et al., 1998). Die Daten des Gesamtkollektivs dieser Studie entsprechen demnach den Daten der bestehenden Literatur und unterstützen die Vermutung, dass eine Begleitperson häufig unter 65 Jahre alt ist.

Interviewte gaben in 70 Fällen (62 %) an, ihre Begleitperson sei weiblich. Studien, die soziodemografische Daten der Begleitpersonen erfassten, verzeichneten überwiegend (72 % und 62 %) weibliche Begleitpersonen (Brown et al., 1998; Turabian et al., 2016). Weshalb eine Begleitung häufiger das weibliche Geschlecht aufweist, kann anhand der hier dargestellten Daten nicht geschlussfolgert werden. Jedoch gibt es Hinweise, dass Frauen in der Gesundheitsfürsorge ihrer Angehörigen eine besondere Rolle spielen. So veröffentlichte das Deutsche Ärzteblatt (2012) einen Artikel, laut dem zwei Drittel der pflegenden Angehörigen weiblich sind.

Insgesamt wurde am häufigsten angegeben, die Begleitpersonen hätten einen Haupt- oder Volksschulabschluss erworben, in 39 (35 %) Interviews wurde eine entsprechende Angabe gemacht. In bestehender Literatur ist nachzulesen, dass 81 % der Begleitpersonen mindestens einen College-Abschluss vorweisen konnten (Wolff et al., 2014). In dem Kontext wird der Begleitperson daher ein eher höherer Bildungsstand zugeschrieben. Weil das Gesamtkollektiv der befragten Patientinnen und Patienten mit einem türkischen Migrationshintergrund und ohne einen solchen eher einen niedrigen Bildungsabschluss beschreibt, kann vermutet werden, dass hier der Bildungsstand keine primäre Rolle in der Auswahl der Begleitpersonen innehatte.

Insgesamt waren 97 (86 %) der Begleitpersonen ebenfalls Patientinnen und Patienten in der Praxis. In der Vergleichsliteratur findet sich der Hinweis, die Hausärztin oder der Hausarzt behandle in 42 % auch andere Familienmitglieder (Rosland et al., 2011). Achtundsechzig (60 %) der Begleitpersonen haben laut den befragten Patientinnen und Patienten ebenfalls einen Behandlungsanlass. In der vergleichenden Literatur findet sich der Hinweis, dass 26 (41 %) der in einer japanischen Studie erfassten Begleitpersonen gleichermaßen Patientinnen und Patienten sind, die während der Konsultation behandelt wurden (Ishikawa et al., 2006). Eine andere Studie hielt fest, 25 (9 %) der Begleitpersonen hätten ebenfalls einen gebuchten Termin, indes nicht betrachtet wurde, ob in der Konsultation mit der begleiteten Patientin oder dem begleiteten Patienten ein Behandlungsanlass besprochen wurde (Brown et al., 1998). Eine andere Studie gab an, 9 (10 %) der Begleitpersonen hätten die eigene Gesundheit in der Konsultation mit der zu begleitenden Patientin oder dem zu begleitenden Patienten besprochen (Clayman et al., 2005), und die Studie von Schilling et al. (2002) erfasste, dass 16 (15 %) der Begleitpersonen in ärztlichen Konsultationen eigene Symptome besprachen. Dass in dieser Studie viel häufiger der Aspekt einer gegenseitigen Begleitung nachgewiesen wurde als in bestehender Literatur, bringt eine neue Erkenntnis hervor: Es scheint einen dynamischen Wechsel der Rollen der Patientinnen und Patienten und ihrer Begleitpersonen zu geben, die zum einen aus Sicht der Befragten die eigene Konsultation begleiten und beeinflussen, zum anderen ebenfalls Patientinnen und Patienten sind und begleitet werden. Dies erhöht die Anforderung an die behandelnden Ärztinnen und Ärzte insbesondere in puncto Kommunikation, aber auch durch die Aufgabe, in eine patientenzentrierte Anamnese und Behandlung die Begleitperson zu integrieren und dabei das Anliegen der Begleitung als Patientin oder Patient nicht aus den Augen zu verlieren.

Zusammenfassend ist die Mehrheit der begleiteten Patientinnen und Patienten älter als 60 Jahre, weiblich, verheiratet, hat Kinder, einen Haupt- oder Volksschulabschluss und leidet an einer chronischen Erkrankung. Ihre Begleitpersonen sind jünger, weiblich, haben einen Haupt- oder Volksschulabschluss und sind selbst Patientinnen und Patienten in der Praxis.

4.4 Soziodemografische Daten begleiteter Patientinnen und Patienten mit einem türkischen Migrationshintergrund und ohne einen solchen sowie ihrer Begleitpersonen im Vergleich

Am häufigsten vertreten ist unter den Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund die Altersgruppe der 70- bis 79-Jährigen mit 14 (23 %)

Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern. Die befragten begleiteten Patientinnen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund waren jünger: Sechzehn (44 %) der Befragten gaben ein Alter zwischen 18 und 29 Jahren an. Somit spiegeln die Befragten ohne Migrationshintergrund Daten der bestehenden Literatur wider, nach der am ehesten ältere Patientinnen und Patienten in Begleitung ihre Ärztin oder ihren Arzt aufsuchen (Schilling et al., 2002). Die Gruppe der Befragten mit türkischem Migrationshintergrund weicht hier deutlich von dem Bild der bestehenden Literatur ab und bringt die Erkenntnis hervor, dass Begleitung nicht mit einem hohen Alter assoziiert sein muss. Wird der Blick auf weitere Daten dieser Studie gerichtet, entsprechen zusätzliche 31 % der Patientinnen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund der Altersklasse der 30- bis 49-Jährigen. Damit weisen 75 % der Begleiteten ein Alter unter 50 Jahre auf. Aus den dargestellten Daten lässt sich ableiten, dass Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund in Begleitung häufiger älter sind, Befragte mit türkischem Migrationshintergrund überwiegend jünger. Die Befragten waren in beiden Gruppen überwiegend weiblich. Bei den Befragten ohne Migrationshintergrund betraf es 38 (61 %) und bei denen mit türkischem Migrationshintergrund 27 (75 %). Dies steht im Einklang mit den Ausführungen in der bestehenden Literatur (Clayman et al., 2005; Schilling et al., 2002; Turabian et al., 2016). Dennoch zeichnet sich ein Unterschied zwischen den beiden Gruppen der Patientinnen und Patienten ab: Die Befragten mit türkischem Migrationshintergrund waren deutlich häufiger weiblich.

Befragte ohne Migrationshintergrund wiesen in 34 (55 %) Fällen einen Ehestatus auf, Patientinnen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund 18-mal (50 %). Dies deckt sich mit der bestehenden Literatur (Shields et al., 2005). Zudem zeigt sich kaum ein Unterschied zwischen den beiden Gruppen der Patientinnen und Patienten. Somit erwies sich die Hälfte der begleiteten Patientinnen und Patienten unabhängig von der Herkunft als verheiratet. Das Phänomen Begleitung könnte daher mit dem Familienstand assoziiert sein, da eine Begleitung in einem Eheverhältnis möglicherweise leichter zu organisieren ist.

Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund hatten in 43 (69 %) Fällen Kinder. Befragte mit türkischem Migrationshintergrund gaben in 18 (50 %) Interviews an, Kinder zu haben. Der Unterschied könnte in der diversen Altersstruktur der Gruppe der Patientinnen und Patienten begründet liegen: Begleitete ohne Migrationshintergrund waren überwiegend älter und hatten daher öfter Kinder als die vorwiegend jüngeren Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit türkischem Migrationshintergrund.

Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund gaben überwiegend einen Haupt- oder Volksschulabschluss an – in 34 (55 %) der Fälle. Befragte mit türkischem Migrationshintergrund führten häufiger als höchsten Bildungsabschluss das Abitur an, konkret in 14 (39 %) der Interviews. Begleitung ist in bestehender Literatur mit einem niedrigeren Bildungsabschluss assoziiert, und hier entspricht die Gruppe der Befragten ohne Migrationshintergrund diesen Erkenntnissen (Schilling et al., 2002; Wolff und Roter, 2011). Die Interviewten mit türkischem Migrationshintergrund haben häufig einen hohen Bildungsabschluss. Damit ergibt sich, dass eine Begleitung insbesondere in dieser Gruppe von Patientinnen und Patienten nicht mit einem niedrigeren Bildungsabschluss assoziiert sein muss, sondern auch eine Begleitung von Patientinnen und Patienten mit einem hohen Bildungsniveau erfolgt. Dies spiegelt sich auch in den hier angegebenen Rollen wider. Beispielsweise wurde kommunikative Unterstützung, in der ein höherer Bildungsabschluss eine große Bedeutung haben könnte, seltener genannt als emotionale Unterstützung. Eine Krankheit des Atmungssystems gaben 25 (37 %) der Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund und 21 (58 %) der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit türkischem Migrationshintergrund als aktuellen Behandlungsanlass an. Weshalb auf die Befragten mit türkischem Migrationshintergrund häufiger dieser Behandlungsanlass zutraf, lässt sich nur schwer eruieren.

Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund hatten in jeweils 31 (50 %) Interviews eine oder keine chronische Erkrankung. Begleitete mit türkischem Migrationshintergrund wiesen mehrheitlich, in 19 (53 %) Interviews, keine chronische Erkrankung auf und gaben in 17 (47 %) Fällen eine chronische Erkrankung an. Dies steht im Einklang mit bestehender Literatur, nach der für mehr als die Hälfte der deutschen Bevölkerung eine chronische Erkrankung festzuhalten ist (Deutsches Ärzteblatt, 2020). Dass die Gruppe der Befragten mit türkischem Migrationshintergrund geringfügig seltener eine chronische Erkrankung aufwies, könnte mit der hier vorliegenden jüngeren Altersstruktur zusammenhängen.

Unter einer chronischen Ausprägung, die als endokrine Erkrankung, Ernährungs- oder Stoffwechselkrankheit erachtet werden kann, litten die meisten Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund, mit 13 (37 %) Nennungen. Patientinnen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund gaben gleich oft, je viermal (22 %), endokrine Erkrankungen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten sowie Krankheiten des Atmungssystems an.

Die Abweichung von der bestehenden Literatur, die als häufigste chronische Erkrankungen der deutschen Bevölkerung Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems erachtete (Deutsches Ärzteblatt, 2020), könnte auch hier durch das primärmedizinische Setting bedingt sein. Allerdings weisen Knipper und Bilgin (2009) darauf hin, dass Patientinnen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund häufiger an Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems und an Diabetes Mellitus leiden als Menschen ohne Migrationshintergrund. Wie bezüglich des Gesamtkollektivs der Befragten diskutiert wurde, könnte hier die Altersstruktur der Befragten die Diskrepanz zur bestehenden Literatur erklären.

Bei den Begleitpersonen ohne Migrationshintergrund waren je zwölf (18 %) 18- bis 29-jährig, 70- bis 79-jährig oder 80 bis 89 Jahre alt. Bei den Begleitpersonen mit türkischem Migrationshintergrund wiesen zwölf (31 %) der Begleitpersonen ein Alter zwischen 50 und 59 Jahren auf. Da in bestehender Literatur ein Alter der Begleitpersonen sowohl zwischen 21 und 40 Jahren (Brown et al., 1998) als auch zwischen 40 und 64 Jahren (Turabian et al., 2016) dargestellt wurde, entspricht ein Teil der Daten der beiden Gruppe der Patientinnen und Patienten den vergleichenden Daten. Dennoch zeichnet sich hier eine neue Erkenntnis ab, da sich die beiden Gruppen deutlich in dem Alter ihrer Begleitpersonen unterscheiden: Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund binden entweder gleichaltrige Begleitpersonen ein, am häufigsten Ehepartnerinnen und Ehepartner, oder eine jüngere Begleitperson. Die Befragten mit türkischem Migrationshintergrund hingegen binden eher Begleitpersonen mittleren Alters ein, hier am häufigsten die Eltern. Auch dies entspricht bestehender Literatur, nach der die Begleitpersonen häufig die Ehepartnerinnen und Ehepartner der Patientinnen und Patienten sind (Schilling et al., 2002; Turabian et al., 2016). Zu dem Aspekt, dass die Befragten mit türkischem Migrationshintergrund überwiegend durch ihre Eltern begleitet wurden, gibt Ilkilic (2005) in seiner Handreichung zum Umgang mit muslimischen Patientinnen und Patienten an, dass Kinder die Fürsorge für ihre hilfsbedürftigen Eltern übernehmen. Dass sie den größten Teil der begleiteten Patientinnen und Patienten ausmachen, lässt den Gedanken zu: Diese Gruppe der Befragten begleitete sich besonders häufig gegenseitig. Allerdings wiesen die vorwiegend jüngeren Patientinnen und Patienten eine erhöhte Interviewbereitschaft auf. Ebenfalls denkbar ist, dass die Gruppe der Befragten mit türkischem Migrationshintergrund eine Begleitung innerhalb der Familie als üblicher erachten und daher auch jüngere Patientinnen und Patienten begleitet werden. Hier wurde die Gewohnheit der Begleitung häufiger genannt als in der Vergleichsgruppe. Begleitpersonen ohne Migrationshintergrund waren in 39 (59 %) Fällen weiblich und Begleitpersonen mit türkischem Migrationshintergrund in 27 (69 %) Interviews. Dies

entspricht den Ausführungen in der bestehenden Literatur. Begleitpersonen mit türkischem Migrationshintergrund zeigen in dem Kontext eine häufigere weibliche Begleitung als diejenigen ohne Migrationshintergrund. Auch hier muss auf das häufigste Verhältnis der Befragten zu ihren Begleitpersonen, auf die begleitenden Eltern hingewiesen werden. In dieser Studie begleiteten Mütter häufig ihre Töchter. Dieser Aspekt entspricht der Beschreibung von Ilkilic (2005), der in seiner Handreichung zum Umgang mit muslimischen Patientinnen und Patienten beschrieb, die Frauen spielten in der muslimischen Kultur eine besondere Rolle in der Versorgung der Familie und in der Fürsorge für die Kinder. Dies könnte seitens Patientinnen und Patienten auch im Erwachsenenalter eine Rolle spielen und Grund für die (häufigere) Begleitung sein. Die Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund integrierten am häufigsten die Ehepartnerin oder den Ehepartner in die Sprechstunde.

Begleitpersonen ohne Migrationshintergrund hatten überwiegend, mit 29 (44 %) Nennungen, einen Haupt- oder Volksschulabschluss. Bei den Begleitpersonen mit türkischem Migrationshintergrund waren die am häufigsten genannten Schulabschlüsse mit je 9 (23 %) Angaben der Haupt- oder Volksschulabschluss und das Abitur. In bestehender Literatur wird den Begleitpersonen ein höherer Bildungsabschluss zugeschrieben (Mazer et al., 2014), der einem Teil der Gruppe der Patientinnen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund entspricht. Die Diskrepanz zur vorbestehenden Literatur könnte erneut in dem Verhältnis der Patientinnen und Patienten zu ihren Begleitpersonen begründet liegen, da die Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund häufig von ihren Ehepartnerinnen oder Ehepartnern, diejenigen mit türkischem Migrationshintergrund oft durch ihre Eltern begleitet wurden. Statistisch gesehen steigt die Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen eines erhöhten Bildungsabschlusses mit sinkendem Alter der betroffenen Person (Statistisches Bundesamt, 2022b). Der Bildungsabschluss scheint daher eher in Korrelation zum Alter der Befragten als zur Begleitung selbst zu stehen.

Neunundfünfzig (89 %) der Begleitpersonen ohne Migrationshintergrund und 34 (87 %) jener mit türkischem Migrationshintergrund ließen sich durch dieselbe Hausärztin oder denselben Hausarzt behandeln wie die begleitete Patientin oder der begleitete Patient. In vergleichender Literatur findet sich die Schätzung, dass bis zu zwei Drittel aller Patientinnen und Patienten sich in Behandlung bei derselben Hausärztin oder demselben Hausarzt befinden (Himmel, 1998). Im Falle von Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund wurden 59 (95 %), bei denen mit türkischem Migrationshintergrund 38 (93 %) durch ein Familienmitglied begleitet. Achtundsechzig (60 %) der Begleitpersonen

wiesen ebenfalls einen Behandlungsanlass auf. In der hier dargestellten Studie nimmt ein hoher Anteil der Patientinnen und Patienten die Behandlung in Begleitung durch ein Familienmitglied wahr. Dabei unterscheidet sich die Gruppe der Patientinnen und Patienten mit einem türkischen Migrationshintergrund von jener ohne einen solchen kaum. Eine Behandlung im Kontext der Familie scheint durch diesen Aspekt deutlich vereinfacht zu sein, wird der häufigere Kontakt zu Mitgliedern einer Familie durch die Wahl derselben Behandlerin oder desselben Behandlers bedacht. Dies stimmt mit dem Ergebnis einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung aus dem Jahre 2020 überein, in der knapp die Hälfte der Involvierten die Versorgung von mehreren oder allen Familienmitgliedern in einer hausärztlichen Praxis präferierte (Kalitzkus et al., 2021).

Der Hauptunterschied zwischen den betrachteten Gruppen von Patientinnen und Patienten mit einem türkischen Migrationshintergrund und ohne einen solchen liegt demnach in ihrem Alter: Patientinnen und Patienten ohne einen Migrationshintergrund waren häufiger älter als die mit türkischem Migrationshintergrund. Auch in ihrem Bildungsabschluss bestehen Abweichungen: Patientinnen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund wiesen häufiger einen höheren Bildungsabschluss auf. Die Begleitpersonen unterschieden sich ebenfalls in ihrem Alter: Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund wurden durch sehr junge oder eher ältere Begleitpersonen begleitet, Patientinnen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund durch 60- bis 69-Jährige. Der Bildungsabschluss war ebenfalls von Bedeutung: Begleitpersonen der Gruppe ohne Migrationshintergrund hatten häufiger einen niedrigen Bildungsabschluss, die Gruppe mit türkischem Migrationshintergrund einen niedrigen oder hohen. Auch das Verhältnis zu der Begleitperson war divers: Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund wurden häufig von ihren Ehepartnerinnen oder Ehepartnern, diejenigen mit türkischem Migrationshintergrund häufig durch ihre Eltern begleitet. Eine chronische Erkrankung fand sich häufiger bei Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund.

4.5 Häufigkeit der Begleitung von Patientinnen und Patienten

Im Erhebungszeitraum ließen sich 1155 Patientinnen und Patienten erfassen, von denen 846 (73 %) ohne Begleitung und 309 (27 %) in Begleitung erschienen. In vergleichender Literatur wurde im primärmedizinischen Bereich eine Begleitung von 16 % der Patientinnen und Patienten (Schilling et al., 2002), 24 % (Turabian et al., 2016) und 30 % (Brown et al., 1998) beobachtet. Eine Studie, die den Fokus besonders auf die Primärversorgung chronisch

kranker Patientinnen und Patienten legte, brachte eine Begleitungsrate von 48 % in der hausärztlichen Sprechstunde hervor (Rosland et al., 2011). Die bestehende Literatur lässt hier eine Korrelation zwischen dem gesundheitlichen Zustand und einer Begleitung vermuten, da chronisch Erkrankte weitaus häufiger begleitet wurden. Die hier dargestellten Ergebnisse der Studie liegen genau in diesem Bereich und lassen vermuten, dass ca. ein Drittel aller Patientinnen und Patienten begleitet in der hausärztlichen Sprechstunde erscheint. Auch dies zeigt, dass Begleitung in der hausärztlichen Praxis ein relevantes Phänomen darstellt.

Häufigkeit der Begleitung von Patientinnen und Patienten mit einem türkischen Migrationshintergrund und ohne einen solchen im Vergleich

Es wurden 797 (69 %) der in die Studie inkludierten Patientinnen und Patienten als Menschen ohne und 313 (27 %) als Menschen mit türkischem Migrationshintergrund kategorisiert. Dies ähnelt den Zahlen der in der deutschen Bevölkerung im Jahre 2019 gegebenen Verteilung, nach der 26 % einen Migrationshintergrund aufweisen (Statistisches Bundesamt, 2021b). Hier machte der türkische Migrationshintergrund ca. 13 % aus (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, 2019). Dass in der vorliegenden Studie mehr Befragte einen türkischen Migrationshintergrund aufweisen als im Durchschnitt der Gesamtbevölkerung, könnte im gewählten Studiendesign begründet liegen, da hier gezielt Praxen gewählt wurden, die Patientinnen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund mutmaßlich aufsuchten.

Von den 797 Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund wurden 644 (81 %) als unbegleitet und 153 (19 %) als begleitet erfasst. Auf Seiten der 313 mit türkischem Migrationshintergrund kamen 165 (53 %) ohne Begleitperson und 148 (47 %) in Begleitung. Hier zeigt sich ein deutlicher Unterschied zwischen den Patientinnen und Patienten mit einem türkischen Migrationshintergrund und jenen ohne einen solchen. So entsprechen die Daten der Personen ohne Migrationshintergrund den in der bestehenden Literatur aufgeführten. Die Befragten mit türkischem Migrationshintergrund werden um 28 % häufiger begleitet. Denkbar ist, dass hier die durch die befragten Patientinnen und Patienten angegebene Gewohnheit der Begleitung ein Grund für das häufige Auftreten von Begleitung ist. Ebenfalls könnten die ausgewählten Praxen, die im Vorfeld eine häufige Begleitung der Patientinnen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund angegeben hatten, Einfluss auf die hohe Anzahl der als begleitet erfassten Befragten mit türkischem Migrationshintergrund haben.

Häufigkeit der Begleitung von Patientinnen und Patienten bei Hausärztinnen und Hausärzten mit einem türkischen Migrationshintergrund und ohne einen solchen im Vergleich

Die Hausärztinnen und Hausärzte ohne Migrationshintergrund behandelten 519 Patientinnen und Patienten, von denen 444 (86 %) keinen und 56 (11 %) einen türkischen Migrationshintergrund aufwiesen. Neunzehn (4 %) der Patientinnen und Patienten hatten eine andere Herkunft. Behandelnde mit türkischem Migrationshintergrund wurden von 636 Patientinnen und Patienten konsultiert, von denen 353 (56 %) keinen und 257 (40 %) einen türkischen Migrationshintergrund aufwiesen. Sechszwanzig (4 %) der Patientinnen und Patienten gaben eine andere Herkunft an.

Hier zeigt sich ein deutlicher Unterschied zwischen den Behandelnden, da jene mit türkischem Migrationshintergrund deutlich häufiger Patientinnen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund behandeln. In einer Studie zu den Vorstellungen befragter Patientinnen und Patienten mit einem türkischen Migrationshintergrund und ohne einen solchen von einer idealen Hausärztin oder einem idealen Hausarzt gaben beide Gruppen eine verständliche Darstellung seitens der Ärztinnen und Ärzte als erforderlich an (Uslu et al., 2013). Möglicherweise versprechen sich insbesondere die Patientinnen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund von der Wahl einer Hausärztin oder eines Hausarztes mit türkischem Migrationshintergrund eine vereinfachte Kommunikation. Die hier dargestellten Daten lassen vermuten, dass Patientinnen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund auch häufig Hausärztinnen und Hausärzte mit türkischem Migrationshintergrund aufsuchen. Da diese Gruppe der Patientinnen und Patienten signifikant häufiger begleitet wurde, scheint das Phänomen der Begleitung in Praxen mit Hausärztinnen und Hausärzten mit türkischem Migrationshintergrund eine noch größere Relevanz aufzuweisen.

Von allen erfassten Patientinnen und Patienten waren 27 % begleitet. Die Mehrheit der Patientinnen und Patienten hatte keinen Migrationshintergrund. Eine Begleitung trat wesentlich häufiger bei Patientinnen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund auf. Hausärztinnen und Hausärzte ohne Migrationshintergrund behandelten überwiegend Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund. Hatten die behandelnden Ärztinnen und Ärzte einen türkischen Migrationshintergrund, wurden sie häufiger durch Patientinnen und Patienten mit ebenfalls türkischem Migrationshintergrund konsultiert.

4.6 Limitationen und Stärken

Limitationen dieser Studie ergaben sich durch die Interviewbereitschaft der Patientinnen und Patienten und die damit einhergehende Beeinflussung der erhobenen Daten begleiteter Patientinnen und Patienten, die vermutlich nicht alle begleiteten Patientinnen und Patienten repräsentieren. Als Limitation ist weiterhin zu berücksichtigen, dass kein Interview in türkischer Sprache möglich war und trotz des Vorliegens aller Materialien auf Türkisch eine Ablehnung bezüglich der Teilnahme an der Studie in sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten begründet liegen könnte. Zukünftige Studien sollten Daten aller begleiteten Patientinnen und Patienten erfassen. Ein beobachtendes Studiendesign und die Erfassung aller soziodemografischen Daten begleiteter Patientinnen und Patienten erscheinen als sinnvoll. Wird die Herkunft der Patientin oder des Patienten zukünftig fokussiert, wäre die Durchführung der Studie durch ein multilinguales Team sinnvoll.

Diese Studie erfasst die Perspektive begleiteter Patientinnen und Patienten. Da die Patientenperspektive betrachtet wurde, kann die Studie keine Auskünfte über die tatsächlich durch die Begleitpersonen während der Konsultation wahrgenommenen Aufgaben und deren Auswirkung auf die Konsultation treffen. Auch andere Auswirkungen wurden nur gemäß der Perspektive der Patientinnen und Patienten erfasst, sodass keine Rückschlüsse auf die tatsächliche Auswirkung der Begleitung auf die Länge der Konsultation, die Kommunikationsdynamik, die prozentualen Gesprächsanteile der Kommunikationspartnerinnen und -partner sowie den Ablauf der Kommunikation möglich sind. Dies sollte ein Gegenstand weiterer Forschung sein. Die hier vorgestellte Studie kann keine Aussagen über die ärztliche Perspektive auf die Anwesenheit von Begleitpersonen und deren Einfluss auf die Konsultation treffen. In zukünftiger Forschung sollte daher die ärztliche Perspektive auf die Rolle der Begleitperson erfragt werden.

Des Weiteren könnte der Erhebungszeitraum der Studie im Frühjahr Einfluss auf die Häufigkeit von Behandlungsanlässen und die Inanspruchnahme von Begleitpersonen durch Patientinnen und Patienten genommen haben. Die Auswahl der Praxen entsprechend ihrer geografischen Lage im städtischen Bereich lässt die Frage offen, wie Patientinnen und Patienten im ländlichen Bereich die Aufgaben und Auswirkungen einer Begleitung einschätzen. Zukünftige Studien sollten daher auch Patientinnen und Patienten aus ländlichen Gebieten befragen.

Bezüglich der Zählung könnte es zu Dopplungen und Fehlern gekommen sein, da sich mehrere MFA einer Praxis beteiligten. Außerdem waren insbesondere im Falle von Ärztinnen und Ärzten mit türkischem Migrationshintergrund nur Praxen involviert, die

angaben, Begleitung finde bei ihnen vermehrt statt. Dies stellte zwar kein Auswahlkriterium für die Studie dar, könnte aber einen Einfluss auf die hier erhobene hohe Begleitfrequenz der Patientinnen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund haben.

Nach dem heutigen Kenntnisstand ist die hier präsentierte Studie die erste in Deutschland, die die Rolle der Begleitpersonen aus Sicht der Patientinnen und Patienten bei ihrem Hausarztbesuch direkt erfragt. Das gewählte qualitative Studiendesign ermöglicht es, Einblick in Einstellungen und Motive der Befragten zu erhalten, und rückt diejenigen in den Fokus, die im Rahmen der hausärztlichen Patientenversorgung eine Hauptrolle spielen: die Patientinnen und Patienten. Eine weitere Stärke dieser Studie ist die Betrachtung der unterschiedlichen Gruppen der Patientinnen und Patienten unter Berücksichtigung ihrer Herkunft im Sinne eines Migrationshintergrunds.

4.7 Schlussfolgerungen und Ausblick

Bezugnehmend auf die Diskussion der Ergebnisse werden im Folgenden Schlussfolgerungen zu den zentralen Forschungsfragen dieser Dissertation aufgezeigt, die sich für die hausärztliche Tätigkeit ergeben:

- die Rolle der Begleitperson aus Sicht der Patientinnen und Patienten und demnach Motive, die zu einer Begleitung führten,
- die soziodemografischen Daten der Patientinnen und Patienten sowie ihrer Begleitpersonen, um zu eruieren, wer in die hausärztliche Praxis begleitet wird und wer begleitet, sowie
- die Häufigkeit einer Begleitung.

Gleichzeitig erfolgt bei den einzelnen Forschungsfragen ein Vergleich zwischen den Patientinnen und Patienten mit einem türkischen Migrationshintergrund und ohne einen solchen.

Die Mehrheit der hier befragten Patientinnen und Patienten wünschte den Einbezug der Familie in die eigene Behandlung und Konsultation, was zeigt, wie hoch die Relevanz des familienmedizinischen Ansatzes in der hausärztlichen Praxis ist. Einen integralen Bestandteil der allgemeinmedizinischen Primärversorgung stellt die Familienmedizin dar, in der die Patientin oder der Patient im Kontext der Familie und unter Berücksichtigung des familiären Umfelds betrachtet und behandelt wird (Kalitzkus und Wilm, 2018). Die Mitnahme einer Begleitperson erleichtert den behandelnden Hausärztinnen und Hausärzten durch die physische Anwesenheit des familiären Kontextes dessen Einbezug. Hausärztinnen

und Hausärzte sollten daher eine familienmedizinische Arbeitsweise als relevant erachten und die Begleitung einer Patientin oder eines Patienten als Chance zu einer kontextgerechten Behandlung nutzen.

Die emotionale Unterstützung spielt ebenfalls eine bedeutende Rolle und wird seitens der Patientinnen und Patienten durch ihre Begleitpersonen erbracht. Dies lässt den Schluss zu, dass ein Besuch bei der Hausärztin oder dem Hausarzt seitens der Patientinnen und Patienten mit Emotionen verbunden ist, sodass sie Unterstützung begrüßen. Behandelnde sollten daher empathisch agieren, Sorgen wahrnehmen, Emotionen erkennen und spiegeln, um ebenfalls emotionale Unterstützung zu leisten. Gleichzeitig gilt es eine Begleitung im Sinne emotionaler Unterstützer zu berücksichtigen und zu schätzen, insbesondere, weil diese aus der Perspektive der Patientinnen und Patienten einen bedeutenden Einfluss darstellt. Dass eine Begleitung laut den Befragten häufig aus Gewohnheit stattfindet und Patientinnen oder Patienten die Entscheidung gemeinschaftlich fällen, bedeutet eine Kontinuität der Begleitung, die die behandelnden Ärztinnen und Ärzte in einer Konsultation bewusst nutzen können, indem sie sich im Vorfeld bewusst darauf vorbereiten.

Da Patientinnen und Patienten eine Begleitung zu einer einfacheren Koordination des Arztbesuchs nutzen, sollte im Kontext der Angabe der Befragten beachtet werden, dass Begleitperson und Patientin oder Patient häufig die gleiche Hausärztin oder den gleichen Hausarzt haben und beide einen Behandlungsanlass aufweisen. Somit kann bei einer Begleitung auch von zwei sich gegenseitig begleitenden Patientinnen und Patienten ausgegangen werden. Dass die Befragten so eine vereinfachte Koordination des Arztbesuchs forcierten, mindert die Stellung einer Begleitung kaum, werden die übrigen, häufiger genannten Funktionen und Rollen berücksichtigt. Jedoch steigt so die kommunikative Anforderung an die Behandelnden, da zum einem die Autonomie jeder einzelnen Patientin und jedes einzelnen Patienten gewahrt, gleichzeitig die Begleitperson, die seitens der zu Behandelnden eingebracht wird, berücksichtigt werden sollte. Zudem entsteht eine Dynamik zwischen den beiden Personen, die die Konsultation wahrnehmen und gleichzeitig als Patientin oder Patient und Begleitperson anwesend sind.

Von den Begleitpersonen geht für die Patientinnen und Patienten eine kommunikative Unterstützung aus; hier spielten die Bewertung und das Erinnern an Informationen eine bedeutende Rolle. Durch Begleitpersonen kann aus Sicht der Patientinnen und Patienten eine größere Menge an Informationen über die eigene Krankheit und bedeutenden Zusammenhängen generiert werden. Hausärztinnen und Hausärzte können daher die Begleitpersonen als Informationsquelle erachten und einen positiven Effekt durch

dieses Mehr an Informationen erwarten. Zudem erscheint seitens der Befragten eine Integration in die Bewertung der gegebenen Information als wichtig. Hier ist von den Medizinerinnen und Medizinern ein Einbezug der Angehörigen entsprechend den Vorstellungen der Patientinnen und Patienten von Bedeutung.

Eine Begleitung stellt aus der Sicht der Befragten etwas Positives dar. Hausärztinnen und Hausärzte sollten berücksichtigen, dass Begleitpersonen aus Sicht ihrer Patientinnen und Patienten eine bedeutende Rolle spielen, Aufgaben übernehmen und positive Auswirkungen auf die Konsultation haben.

Die Funktion der Begleitperson unterscheidet sich im Vergleich der Patientinnen und Patienten mit einem türkischen Migrationshintergrund und ohne einen solchen weniger als zunächst angenommen. Relevantere Unterschiede gab es bei der Begleitung aus Gewohnheit die häufiger durch Patientinnen und Patientinnen mit türkischem Migrationshintergrund und der Bewertung von Informationen, die deutlich öfter durch Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund genannt wurden. Dass Patientinnen und Patienten nicht nur kontinuierlich begleitet werden, sondern die Begleitperson auch aktiv in die Konsultation und die Entscheidungsprozesse einbinden, sollte seitens der Hausärztinnen und Hausärzte wahrgenommen werden. Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte können sich im Vorfeld auf eine Begleitung, aber auch auf den gemeinschaftlichen Prozess der Bewertung von Informationen einstellen.

Eine Begleitung scheint bei Patientinnen und Patienten mit einem höheren Alter, dem weiblichen Geschlecht, einem geringeren Bildungsstand und einem geringeren Gesundheitsstatus beziehungsweise einer chronischen Erkrankung des primärmedizinischen Settings assoziiert zu sein. Behandelnde Ärztinnen und Ärzte sollten daher insbesondere bei diesen Patientinnen und Patienten auf eine Begleitung achten, sie wahrnehmen und die Gründe für die Begleitung eruieren. Gerade bei älteren, multimorbiden Patientinnen und Patienten bieten Begleitpersonen die Möglichkeit, eine häusliche Versorgung anzusprechen und zu koordinieren. In einer Arbeitsdefinition der Familienmedizin wird unter anderem als Aufgabe die Berücksichtigung von familiärer Belastung aufgeführt, die sich auf den Gesundheitszustand der einzelnen Mitglieder auswirken kann (Kalitzkus und Vollmar, 2016). Hierzu zählen auch chronische Erkrankungen von Familienmitgliedern. Dass diese Patientinnen und Patienten bei ihrem Hausarztbesuch die potenziell belasteten Familienmitglieder einbinden, sollte als Chance für die Behandelnden erachtet werden, Belastungen unmittelbar wahrzunehmen und entsprechende Lösungsansätze gemeinsam zu erarbeiten.

Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund waren deutlich älter und wiesen einen niedrigeren Bildungsabschluss auf. Daher sollten behandelnde Ärztinnen und Ärzte insbesondere bei älteren Patientinnen und Patienten auf eine Begleitung achten und diese fördern. Dass gleichzeitig begleitete Patientinnen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund jünger und gebildeter waren, gilt es als Unterschied zwischen den beiden Gruppen seitens behandelnder Ärztinnen und Ärzte zu beachten, um die gleiche Anerkennung und Förderung zu finden wie bei Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund.

Da Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund am häufigsten durch ihre Ehepartnerin oder ihren Ehepartner begleitet wurden, diese jünger als sie selbst waren und den gleichen, häufig einen niedrigen Bildungsabschluss aufwiesen, sollte sich für behandelnde Ärztinnen und Ärzte die Perspektive eröffnen, dass besonders ältere Ehepaare ihre Krankheit und deren Bewältigung gemeinsam er- und durchleben und in einer Konsultation als zu behandelnde Patientinnen und Patienten, aber auch als Paar wahrzunehmen sind. Dies erhöht die kommunikative Herausforderung, zumal die Ärztinnen und Ärzte signalisieren sollten, dass sie die verschiedenen Rollen (Patientinnen und Patienten und Begleitperson, aber auch Ehepartnerin oder Ehepartner) wahrnehmen, ohne dabei die Patientenautonomie zu vernachlässigen.

Der häufige Einbezug der eigenen Eltern, demnach älterer Begleitpersonen, die einen niedrigeren Bildungsabschluss aufwiesen als die Patientinnen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund, sollte seitens der behandelnden Ärztinnen und Ärzte wahrgenommen werden, da es die Rollendynamik zwischen Kindern und ihren Eltern, die aber gleichzeitig als Patientinnen und Patienten und Begleitpersonen fungieren, wahrzunehmen und zu berücksichtigen gilt. Hier ist besonders auf die Patientenautonomie zu achten, weil Eltern als Begleitpersonen dominanter auftreten könnten als die begleiteten Kinder als Patientinnen und Patienten.

Da im Erhebungszeitraum durchschnittlich 27 % der Patientinnen und Patienten begleitet wurden, scheint dies ein relevantes Phänomen für die hausärztliche Praxis zu sein, das seitens behandelnder Hausärztinnen und Hausärzte auch als solches wahrgenommen werden sollte. Patientinnen und Patienten ohne Migrationshintergrund sind wesentlich seltener begleitet (19 %) als die Befragten mit türkischem Migrationshintergrund (47 %). Eine Begleitung scheint bei Patientinnen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund ein verstärkt etabliertes Phänomen zu sein. Dies sollte durch die Behandelnden unabhängig von ihrem Migrationshintergrund berücksichtigt und erwartet

werden. Daher sollten sich Praxen räumlich (ein zweiter Stuhl neben den Patientinnen und Patienten, mehr Stühle im Wartebereich), aber auch kommunikativ auf eine Konsultation in Begleitung einstellen.

Gleichzeitig gilt es den Einfluss des eigenen Migrationshintergrunds als Ärztin oder Arzt auf die Patientinnen und Patienten wahrzunehmen und zu reflektieren, da Ärztinnen und Ärzte mit türkischem Migrationshintergrund auch häufiger durch Patientinnen und Patienten mit türkischem Migrationshintergrund aufgesucht werden, die häufiger zur Begleitung neigen. Hausärztinnen und Hausärzte sollten sich des Einflusses eines eigenen Migrationshintergrunds bewusstwerden und ihr kulturelles Wissen über Begleitung bei Arztbesuchen in die Behandlung einfließen lassen.

In der weiteren Forschung sollte durch repräsentative Studien die Häufigkeit einer Begleitung in deutschen Praxen von Hausärztinnen und Hausärzten überprüft werden, unter Berücksichtigung sowohl des Migrationshintergrunds der Patientinnen und Patienten als auch jenes der Behandelnden. Zudem gilt es Unterschiede zwischen städtischen und ländlichen Gebieten zu erfassen. Die Betrachtung der Konsultation in zukünftigen Studien scheint sinnvoll zu sein. So kann die kommunikative Herausforderung, die damit einhergeht, betrachtet und der Einfluss auf die Kommunikation mit den Patientinnen und Patienten eruiert werden. Des Weiteren ließen sich die Rollen, die Begleitpersonen einnehmen können, objektivieren und die Potenziale, das aus einer Begleitung resultieren, erfassen.

Die Berücksichtigung von Unterschieden zwischen Patientinnen und Patienten mit einem Migrationshintergrund und ohne einen solchen Migrationshintergrund erscheint weiterhin als sinnvoll. Zukünftige Forschung sollte Gründe für die unterschiedliche Priorisierung der Motive zur Begleitung dieser beiden Gruppen von Patientinnen und Patienten fokussieren. Interessant scheinen diesbezüglich der Einfluss der jeweiligen Begleitperson aufgrund vorhandener Familienstrukturen und der Beziehung zur Patientin oder zum Patienten sowie Genderaspekte zu sein. Auch in dieser Frage ist eine direkte Beobachtung der Konsultation sinnvoll.

In zukünftigen Studien sollte eine repräsentative Erfassung soziodemografischer Daten aller begleiteten Patientinnen und Patienten, aber auch ihrer Begleitpersonen erfolgen, um zu analysieren, wer in die hausärztliche Praxis begleitet wird und wer begleitet. Ebenfalls Gegenstand zukünftiger Forschung sollte die ärztliche Perspektive auf das Phänomen der Begleitung sein. Hier ist die Meinung der Ärztinnen und Ärzte zu einer Begleitung einer Patientin oder eines Patienten in Bezug auf Ablauf, Vor- und Nachteile zu eruieren.

Literaturverzeichnis

- Baur, Nina/Jörg Blasius (2014): *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*, Wiesbaden, Deutschland: Springer VS.
- Beckmann, Katharina/Axel Glemser/Christiane Heckel/Christian von der Heyde/Jürgen H. P. Hoffmeyer-Zlotnik/Silke Schneider/Ute Hanefeld/Robert Herter-Eschweiler/Carola Kühnen (2016): Demographische Standards – für persönlich-mündliche und schriftliche Befragungen, in: Statistische Bibliothek (Hrsg.), *Statistik und Wissenschaft: Demographische Standards Ausgabe 2016*, Wiesbaden, Deutschland: Statistisches Bundesamt, S. 39–58, [online] https://www.statistischebibliothek.de/mir/receive/DEMonografie_mods_00003695 [abgerufen am 05.11.2022].
- Bermejo, Isaac/Lars P. Hölzel/Levente Kriston/Martin Härter (2012): Subjektiv erlebte Barrieren von Personen mit Migrationshintergrund bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen, in: *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, Bd. 55, Nr. 8, S. 944–953, [online] doi:10.1007/s00103-012-1511-6 [abgerufen am 05.11.2022].
- Brown, Judith Belle/Pamela Brett/Moira Stewart/J. Neil Marshall (1998): Roles and influence of people who accompany patients on visits to the doctor, in: *Canadian Family Physician*, Bd. 44, S. 1644–1650, [online] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2277722/> [abgerufen am 05.11.2022].
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (2017): DIMDI – ICD-10-GM Version 2018, DIMDI Medizinwissen Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information, [online] <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2018/> [abgerufen am 05.11.2022].
- Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2019): Bevölkerung mit Migrationshintergrund und ausländische Bevölkerung nach den 10 häufigsten Herkunftsländern, [online] <https://www.bib.bund.de/DE/Fakten/Fakt/B95-Bevoelkerung-mit-Migrationshintergrund-Auslaend-Bevoelkerung-Herkunftslaender.html?nn=9992206> [abgerufen am 05.11.2022].
- Bundesministerium für Gesundheit (2020): Chronisch kranke Menschen, [online] <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/c/chronisch-krank-menschen.html> [abgerufen am 08.02.2022].
- Bundeszentrale für politische Bildung (2021): Familienhaushalte nach Zahl der Kinder, [online] <https://www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61597/haushalte-nach-zahl-der-kinder> [abgerufen am 05.11.2022].
- Bungartz, Jessica/Sema Uslu/Iris Natanzon/Stefanie Joos (2011): Inanspruchnahme des Hausarztes durch türkische und deutsche Patienten – eine qualitative Studie, in: *Zeitung für Allgemeine Medizin*, Bd. 87, Nr. 12, S. 515–522, [online] doi:10.3238/zfa.2011.0515 [abgerufen am 05.11.2022].

- Bussche, Hendrik van den/Ines Heinen/Daniela Koller/Brigitt Wiese/Heike Hansen/Ingmar Schäfer/Martin Scherer/Gerd Glaeske/Gerhard Schön (2013): Die Epidemiologie von chronischen Krankheiten und Pflegebedürftigkeit, in: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, Bd. 47, Nr. 5, S. 403–409, [online] doi:10.1007/s00391-013-0519-3 [abgerufen am 05.11.2022].
- Cené, Crystal W./Laura Beth Haymore/Feng-Chang Lin/Jeffrey Laux/Christine DeLong Jones/Jia-Rong Wu/Darren DeWalt/Mike Pignone/Giselle Corbie-Smith (2015): Family member accompaniment to routine medical visits is associated with better self-care in heart failure patients, in: *Chronic Illness*, Bd. 11, Nr. 1, S. 21–32, [online] doi:10.1177/1742395314532142 [abgerufen am 05.11.2022].
- Chamsi-Pasha, Hassan/Mohammed A. Albar (2016): Doctor-patient relationship: Islamic perspective, in: *Saudi Medical Journal*, Bd. 37, Nr. 2, S. 121–126, [online] doi:10.15537/smj.2016.2.13602/ [abgerufen am 05.11.2022].
- Clayman, Marla L./Debra Roter/Lawrence S. Wissow/Karen Bandeen-Roche (2005): Autonomy-related behaviors of patient companions and their effect on decision-making activity in geriatric primary care visits, in: *Social Science & Medicine*, Bd. 60, Nr. 7, S. 1583–1591, [online] doi:10.1016/j.socscimed.2004.08.004 [abgerufen am 05.11.2022].
- Deutsches Ärzteblatt (2012): Pflegefall in der Familie: Frauen tragen die Hauptlast, [online] <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/52628/Pflegefall-in-der-Familie-Frauen-tragen-die-Hauptlast#> [abgerufen am 05.11.2022].
- Deutsches Ärzteblatt (2020): Mehr als die Hälfte der deutschen Bevölkerung ist chronisch krank, [online] <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/116897/Mehr-als-die-Haelfte-der-deutschen-Bevoelkerung-ist-chronisch-krank> [abgerufen am 05.11.2022].
- Ellingson, Laura L. (2002): The roles of companions in geriatric patient–interdisciplinary oncology team interactions, in: *Journal of Aging Studies*, Bd. 16, Nr. 4, S. 361–382, [online] doi:10.1016/s0890-4065(02)00071-3 [abgerufen am 05.11.2022].
- Ernst, Jochen/Reinhold Schwarz/Andreas Schwarzer/Ali Aldaoud/Dietger Niederwieser/Luisa Mantovani-Löffler/Christina Schröder (2009): Die Rolle der Angehörigen bei medizinischen Entscheidungen: Empirische Befunde zu hämatoonkologischen Erkrankungen, in: *Das Gesundheitswesen*, Bd. 71, Nr. 08/09, S. 469–475, [online] doi:10.1055/s-0029-1202327 [abgerufen am 05.11.2022].
- Frenzen, Frederik (2018): Der Mensch und Influenza: Ein Überblick, in: *Pneumologie*, Bd. 72, Nr. 03, S. 207–221, [online] doi:10.1055/s-0043-105850 [abgerufen am 05.11.2022].
- Gerlach, Heli/Heinz-Harald Abholz/Güllü Koc/Mustafa Yilmaz/Nicole Becker (2012): Ich möchte als Migrant auch nicht anders behandelt werden: Fokusgruppen zu Erfahrungen von Patienten mit Migrationshintergrund aus der Türkei, in: *Zeitschrift für Allgemeine Medizin*, Bd. 88, Nr. 2, S. 77–85, [online] doi:10.3238/fa.2012.0077–0085 [abgerufen am 05.11.2022].

- Graubner, Bernd (2007): ICD und OPS, in: *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, Bd. 50, Nr. 7, S. 932–943, [online] doi:10.1007/s00103-007-0283-x [abgerufen am 05.11.2022].
- Groß, Franziska/Vera Kalitzkus/Stefan Wilm (2018): Die Rolle der Begleitperson in der hausärztlichen Sprechstunde – Begleitete Patienten/ Patientinnen mit und ohne türkischen Migrationshintergrund im Vergleich. Eine explorativ-qualitative Befragung, Vortrag auf dem 52. DEGAM Kongress in Innsbruck (AU), [online] <https://www.egms.de/static/en/meetings/degam2018/18degam022.shtml> [abgerufen am 05.11.2022].
- Himmel, Wolfgang (1998): Der familienmedizinische Ansatz in der Allgemeinmedizin, in: *Deutsches Ärzteblatt*, Bd. 95, S. 28–29 [online] <https://www.aerzteblatt.de/archiv/12298/Der-familienmedizinische-Ansatz-in-der-Allgemeinmedizin#:~:text=Der%20%20Patient%20%20im%20%20Kontext%20%20seiner,beim%20%20selben%20%20Hausarzt%20%20in%20%20Behandlung%20> [abgerufen am 05.11.2022].
- Hopf, Christel (2016): *Schriften zu Methodologie und Methoden qualitativer Sozialforschung*, Wiesbaden, Deutschland: Springer VS.
- Hubbard, Gill/Nicola Illingworth/Neneh Rowa-Dewar/Liz Forbat/Nora Kearney (2010): Treatment decision-making in cancer care: the role of the carer, in: *Journal of Clinical Nursing*, Bd. 19, Nr. 13–14, S. 2023–2031, [online] doi:10.1111/j.1365-2702.2009.03062.x [abgerufen am 05.11.2022].
- Ilklic, Ilhan (2005): *Begegnung und Umgang mit muslimischen Patienten: Eine Handreichung für die Gesundheitsberufe (Medizinethische Materialien)*, 5. Aufl., Bochum, Deutschland: Zentrum für medizinische Ethik.
- Ishikawa, Hirono/Debra L. Roter/Yoshihiko Yamazaki/Tomoko Takayama (2005): Physician-elderly patient-companion communication and roles of companions in Japanese geriatric encounters, in: *Social Science & Medicine*, Bd. 60, Nr. 10, S. 2307–2320, [online] doi:10.1016/j.socscimed.2004.08.071 [abgerufen am 05.11.2022].
- Ishikawa, Hirono/Debra L. Roter/Yoshihiko Yamazaki/Hideki Hashimoto/Eiji Yano (2006): Patients' perceptions of visit companions' helpfulness during Japanese geriatric medical visits, in: *Patient Education and Counseling*, Bd. 61, Nr. 1, S. 80–86, [online] doi:10.1016/j.pec.2005.02.010 [abgerufen am 05.11.2022].
- Kalitzkus, Vera/Horst Christian Vollmar (2016): Familienmedizin in der Hausärztliche Praxis: Eine Delphi-Studie zur Entwicklung einer gemeinsamen Arbeitsdefinition, in: *Zeitschrift für Allgemeine Medizin*, Bd. 92, Nr. 5, S. 208–211, [online] doi:10.3238/zfa.2016.0208–0212 [abgerufen am 05.11.2022].
- Kalitzkus, Vera/Stefan Wilm (2018): Familie in der Medizin – Familienmedizin, in: Astrid Wonneberger/Katja Weidtmann/Sabina Stelzig-Willutzki (Hrsg.), *Familienwissenschaft: Grundlagen und Überblick*, Wiesbaden, Deutschland: Springer VS, S. 417–450.

- Kalitzkus, Vera/Stefan Wilm/Daniel Kotz/Sabrina Kastaun (2021): Präferenzen der Bevölkerung für die Versorgung von Familienmitgliedern in derselben Hausärztliche Praxis – Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung, in: *Deutsches Ärzteblatt International*, Bd. 118, S. 844–845, [online] <https://www.aerzteblatt.de/archiv/222389/Praeferenzen-der-Bevoelkerung-fuer-die-Versorgung-von-Familienmitgliedern-in-derselben-Hausaerztliche-Praxis-Ergebnisse-einer-repraesentativen-Bevoelkerungsbefragung> [abgerufen am 05.11.2022].
- Kausar, Samreen/Aisha Ambreen/Marie Andrades (2013): Role and influence of the patient's companion in family medicine consultations: The patient's perspective, in: *Journal of Family Medicine and Primary Care*, Bd. 2, Nr. 3, S. 283–287, [online] doi:10.4103/2249-4863.120767 [abgerufen am 05.11.2022].
- Knipper, Michael/Yasar Bilgin (2009): *Migration und Gesundheit*, Berlin, Deutschland: Konrad-Adenauer-Stiftung e. V., [online] doi:10.13140/2.1.2602.9765 [abgerufen am 05.11.2022].
- Kohls, Martin (2011): *Morbidität und Mortalität von Migranten in Deutschland*, Nürnberg, Deutschland: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) Forschungszentrum Migration, Integration und Asyl (FZ), [online] <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-259992> [abgerufen am 05.11.2022].
- Laisaar-Powell, Rebekah C./Phyllis N. Butow/Stella Bu/Carthy Charles/Amiram Gafni/Wendy W. T. Lam/Jesse Jansen/Kirsten J. McCaffery/Heather L. Shepherd/Martin H. N. Tattersall/Ilona Juraskova (2013): Physician-patient-companion communication and decision-making: A systematic review of triadic medical consultations, in: *Patient Education and Counseling*, Bd. 91, Nr. 1, S. 3–13, [online] doi:10.1016/j.pec.2012.11.007 [abgerufen am 05.11.2022].
- Mayring, Philipp (2015): *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*, 12. Aufl., Weinheim und Basel, Deutschland: Beltz.
- Mazer, Benjamin L./Rachel A. Cameron/Jane M. DeLuca/Supriya G. Mohile/Ronald M. Epstein (2014): Speaking-for and speaking-as: Pseudo-surrogacy in physician–patient–companion medical encounters about advanced cancer, in: *Patient Education and Counseling*, Bd. 96, Nr. 1, S. 36–42, [online] doi:10.1016/j.pec.2014.05.001 [abgerufen am 05.11.2022].
- Petronio, Sandra/Jack Sargent/Laura Andea/Peggy Reganis/David Cichocki (2004): Family and friends as healthcare advocates: Dilemmas of confidentiality and privacy, in: *Journal of Social and Personal Relationships*, Bd. 21, Nr. 1, S. 33–52, [online] doi:10.1177/0265407504039838 [abgerufen am 05.11.2022].
- Rosland, Ann-Marie/John D. Piette/HwaJung Choi/Michele Heisler (2011): Family and friend participation in primary care visits of patients with diabetes or heart failure, in: *Medical Care*, Bd. 49, Nr. 1, S. 37–45, [online] doi:10.1097/mlr.0b013e3181f37d28 [abgerufen am 05.11.2022].

- Schilling, Lisa M./Lisa Scatena/John F. Steiner/Gail A. Albertson/C.T. Lin/Lisa Cyran/Lindsay Ware/Robert J. Anderson (2002): The third person in the room: Frequency, role, and influence of companions during primary care medical encounters, in: *The Journal of Family Practice*, Bd. 51, Nr. 8, S. 685–690, [online] https://www.researchgate.net/publication/11202463_The_third_person_in_the_room_Frequency_role_and_influence_of_companions_during_primary_care_medical_encounters [abgerufen am 05.11.2022].
- Schührer, Susanne (2018): Türkeistämmige Personen in Deutschland. Erkenntnisse aus der Repräsentativuntersuchung Ausgewählte Migrantengruppen in Deutschland 2015 (RAM). Working Paper 81 des Forschungszentrums des Bundesamtes, Nürnberg, Deutschland: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) Forschungszentrum Migration, Integration und Asyl (FZ), [online] https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Forschung/WorkingPapers/wp81-tuerkeistaemmige-in-deutschland.pdf?__blob=publicationFile&v=12 [abgerufen am 05.11.2022].
- Schweitzer, Susanne/Birgitt van Oorschot/Norbert Köhler/Karena Leppert/Kerstin Steinbach/Christopher Hausmann/Reiner Anselm (2005): Der Patient und seine Familie, in: *PPmP – Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, Bd. 55, Nr. 6, S. 298–304, [online] doi:10.1055/s-2004-834742 [abgerufen am 05.11.2022].
- Sharp, Rachel J./John Hobson (2016): Patient and physician views of accompanied consultations in occupational health, in: *Occupational Medicine*, Bd. 66, Nr. 8, S. 643–648, [online] doi:10.1093/occmed/kqw097 [abgerufen am 05.11.2022].
- Shields, Cleveland G./Ronald M. Epstein/Kevin Fiscella/Peter Franks/Robert McCann/Kevin McCormick/Julie B. Mallinger (2005): Influence of accompanied encounters on patient-centeredness with older patients, in: *The Journal of the American Board of Family Medicine*, Bd. 18, Nr. 5, S. 344–354, [online] doi:10.3122/jabfm.18.5.344 [abgerufen am 05.11.2022].
- Statistisches Bundesamt (2020): *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit: Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2018*, Statistische Bibliothek/Statistische Ämter des Bundes und der Länder, [online] chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.statistischebibliothek.de/mir/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00057950/2010220187004_korr24112020.pdf [abgerufen am 05.11.2022].
- Statistisches Bundesamt (2021a): Bevölkerung nach Familienstand, Destatis, [online] <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/familienstand-jahre-5.html> [abgerufen am 05.11.2022].
- Statistisches Bundesamt (2021b): 1: Bevölkerung und Demografie: Auszug aus dem Datenreport 2021, Destatis, [online] https://www.destatis.de/DE/Service/Statistik-Campus/Datenreport/Downloads/datenreport-2021-kap-1.pdf?__blob=publicationFile [abgerufen am 05.11.2022].

- Statistisches Bundesamt (2022a): Bildungsstand - Bevölkerung in Deutschland nach Schulabschluss 2021, Statista, [online] <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1988/umfrage/bildungsabschluesse-in-deutschland/#professional> [abgerufen am 05.11.2022].
- Statistisches Bundesamt (2022b): Bildungsstand: Verteilung der Bevölkerung in Deutschland nach Altersgruppen und höchstem Schulabschluss, Statista, [online] <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/197269/umfrage/allgemeiner-bildungsstand-der-bevoelkerung-in-deutschland-nach-dem-alter/> [abgerufen am 05.11.2022].
- Turabian, José Luis/Raul Cucho-Jove/Luis Enoc Minier-Rodriguez/Francis Eliant Rodriguez-Almonte/Sandra Moreno-Ruiz/Alejandro Villarin-Castro (2016): Epidemiology of companions of the patients in family medicine: Making the invisible visible, in: *Health Education and Care*, Bd. 1, Nr. 2, S. 37–40, [online] doi:10.15761/hec.1000108 [abgerufen am 05.11.2022].
- Uslu, Sema/Iris Natanzon/Stefanie Joos (2013): Das Image von Hausärzten aus Perspektive von Patienten mit und ohne türkischem Migrationshintergrund: Eine qualitative Studie, in: *Das Gesundheitswesen*, Bd. 76, Nr. 06, S. 366–374, [online] doi:10.1055/s-0033-1357199 [abgerufen am 05.11.2022].
- Wolff, Jennifer L./Debra L. Roter (2008): Hidden in plain sight: Medical visit companions as a resource for vulnerable older adults, in: *Archives of Internal Medicine*, Bd. 168, Nr. 13, S. 1409–1415, [online] doi:10.1001/archinte.168.13.1409 [abgerufen am 05.11.2022].
- Wolff, Jennifer L./Debra L. Roter (2011): Family presence in routine medical visits: A meta-analytical review, in: *Social Science & Medicine*, Bd. 72, Nr. 6, S. 823–831, [online] doi:10.1016/j.socscimed.2011.01.015 [abgerufen am 05.11.2022].
- Wolff, Jennifer L./Cynthia M. Boyd/Laura N. Gitlin/Martha L. Bruce/Debra L. Roter (2012): Going it together: Persistence of older adults' accompaniment to physician visits by a family companion, in: *Journal of the American Geriatrics Society*, Bd. 60, Nr. 1, S. 106–112, [online] doi:10.1111/j.1532-5415.2011.03770.x [abgerufen am 05.11.2022].
- Wolff, Jennifer L./Debra L. Roter/Jeremy Barron/Cynthia M. Boyd/Bruce Leff/Thomas E. Finucane/Joseph J. Gallo/Peter V. Rabins/David L. Roth/Laura N. Gitlin (2014): A tool to strengthen the older patient-companion partnership in primary care: Results from a pilot study, in: *Journal of the American Geriatrics Society*, Bd. 62, Nr. 2, S. 312–319, [online] doi:10.1111/jgs.12639 [abgerufen am 05.11.2022].
- Wolff, Jennifer L./Yue Guan/Cynthia M. Boyd/Judith Vick/Halima Amjad/David L. Roth/Laura N. Gitlin/Debra L. Roter (2017): Examining the context and helpfulness of family companion contributions to older adults' primary care visits, in: *Patient Education and Counseling*, Bd. 100, Nr. 3, S. 487–494, [online] doi:10.1016/j.pec.2016.10.022 [abgerufen am 05.11.2022].

Anhang

Erhebungsbögen Beobachtungswoche	106–107
Erhebungsbögen Pilottest	108–109
Erhebungsbögen Datenerhebung	110–115
Informationen für die Patientinnen und Patienten und Einwilligungserklärung zur Studie	116–144
Zählung Datenerhebung	145

Anhang Beobachtungsbogen Beobachtungswoche

Datum:

- Vormittagssprechstunde
 Nachmittagssprechstunde

Praxis:

Patient/Patientin in Begleitung Nr.:

Alter: _____

Geschlecht: _____

Herkunft: _____

Behandlungsanlass: _____

Begleitperson

Alter: _____

Geschlecht: _____

Herkunft: _____

Verhältnis zum/zur Patienten/Patientin: _____

Behandlungsanlass: _____

Mögliche Gründe für die Mitnahme einer Begleitperson seitens des/der Patienten/Patientin:

Wie läuft das Gespräch ab? Wer spricht mit wem? Wer antwortet?:

Wie wirkt der/die Patient/Patientin/ die Begleitperson? (Stimmung/Interesse/Motivation?):

Weitere Beobachtungen/Kommentare/Besonderheiten:

Anhang Zählung Beobachtungswoche

Beobachtungswoche

Datum:

Praxis:

Konsultationen durch Patienten/Patientinnen ohne Migrationshintergrund:

Konsultationen durch Patienten/Patientinnen mit türkischem Migrationshintergrund:

Datum:

Vormittags:

Patienten/Patientinnen gesamt:

Davon in Begleitung:

Nachmittags:

Patienten/Patientinnen gesamt:

Davon in Begleitung:

Datum:

Vormittags:

Patienten/Patientinnen gesamt:

Davon in Begleitung:

Nachmittags:

Patienten/Patientinnen gesamt:

Davon in Begleitung:

Anhang Erhebungsbogen Nr. 1 Pilottest

Leitfaden für die Befragung der Patienten

Patient/ Patientin in Begleitung Nr.:

Praxis:

Arzt:

Datum:

„Sie sind heute in Begleitung zu Ihrem Hausarzt/ Ihrer Hausärztin gekommen. Können Sie mir Gründe dafür nennen?“

„Gibt es noch weitere Gründe?“

„Wie war es für Sie Ihre Begleitperson im Gespräch mit dabei zu haben?“

Organisation: () Hilfe beim Transport, () Koordination Medikamente,
() Koordination des Arztbesuches

Kommunikation: () Übersetzung im Gespräch, () Hilfe bei der Äußerung von Anliegen
() Verstehen von Informationen, () Bewertung von Informationen,
() Erinnerung von Informationen, () Hilfe bei der Entscheidungsfindung

Soziale Unterstützung: () emotionale Unterstützung, () Sicherheit beim Arztbesuch,
() Einbezug der Familie in die eigene Krankheit/Krankheitsbewältigung
() Begleitung durch Begleitperson initiiert, () Begleitung durch Patienten initiiert,
() Gewohnheit den Arztbesuch gemeinsam zu gestalten

Anhang Erhebungsbogen Nr. 2 Pilottest

F.Groß: „Die Rolle der Begleitperson in der hausärztlichen Sprechstunde aus Sicht des Indexpatienten“

Datum: _____

Wochentag: _____

Praxis:

- Vormittagssprechstunde
- Nachmittagssprechstunde

Patient/ Patientinnen in Begleitung Nr.:

Angaben zum Patienten/ zur Patientin:

Alter: _____

Geschlecht: _____

Herkunft/ Migrationshintergrund: () Deutsch, () Türkisch, () _____

Familienstand: _____

Kinder: () Ja, () Nein

Höchster erreichter Schulabschluss: _____

Verhältnis zur Begleitperson: () Ehefrau, () Ehepartner, () Tochter, () Sohn, () Schwester, () Bruder, () Mutter, () Vater, () Großmutter, () Großvater, () Enkel, () Enkelin, () Freund, () Freundin, () Sonstige _____

Behandlungsanlass: _____

Liegt eine chronische Erkrankung vor?: () Nein, () Ja, _____

Angaben zu der Begleitperson

Alter: _____

Geschlecht: _____

Höchster erreichter Schulabschluss: _____

Herkunft/ Migrationshintergrund: () Deutsch, () Türkisch, () _____

Ist Ihre Begleitung ebenfalls Patient in dieser Praxis?: () Nein, () Ja

Behandlungsanlass: () Nein, () Ja, _____

Anhang Erhebungsbogen Nr. 1 in deutscher Sprache

Leitfaden für die Befragung der Patienten

Patient/ Patientin in Begleitung Nr.:

Praxis:

Arzt:

Datum:

Guten Tag und herzlich Willkommen.

Ich heiße Franziska Groß und bin Doktorandin am Institut für Allgemeinmedizin der Universität Düsseldorf.

Für meine Doktorarbeit interessiert mich die Erfahrung von Patienten, die in Begleitung zu ihrem Hausarzt in die Sprechstunde kommen. Danke, dass Sie bereit sind, dazu mit mir ein kurzes Gespräch zu führen.

An dieser Stelle ist es wichtig, dass es keine richtigen oder falschen Antworten gibt; Antworten Sie spontan und fühlen Sie sich völlig frei Ihre persönlichen Erfahrungen und Einschätzungen wiederzugeben. Auch wird Ihr Hausarzt/Hausärztin nicht über den Inhalt unseres Gespräches informiert. Alle Studienteilnehmer bekommen die gleichen Fragen gestellt.

Das Gespräch selbst wird ca. 10 Minuten dauern und ich werde die Inhalte unseres Gesprächs währenddessen notieren. In diesen Notizen wird Ihr Name nicht erwähnt und Sie bleiben somit vollkommen anonym.

Sie haben bereits die Einwilligungserklärung unterschrieben und sind damit über den Datenschutz informiert. Haben Sie dazu noch Fragen?

Sie können das Gespräch jederzeit und ohne Angaben von Gründen abbrechen. Sie müssen keinerlei Konsequenzen befürchten.

Haben Sie noch Fragen?

Leitfaden für die Befragung der Patienten

Patient/ Patientin in Begleitung Nr.:

Praxis:

Arzt:

Datum:

„Sie sind heute in Begleitung zu Ihrem Hausarzt/ Ihrer Hausärztin gekommen. Können Sie mir Gründe dafür nennen, dass Sie heute in Begleitung sind?“

„Gibt es noch weitere Gründe?“

„Begleitet Sie immer Ihre/ Ihr _____ oder auch mal Jemand anderes?“

„Und im Gespräch mit dem Doktor selbst? Wie war es da, dass Ihre/Ihr (Begleitperson) mit dabei war?“

Organisation: () Hilfe beim Transport, () Koordination Medikamente,
() Koordination des Arztbesuches, () einfachere, terminliche Koordination

Kommunikation: () Übersetzung im Gespräch, () Hilfe bei der Äußerung von Anliegen
() Verstehen von Informationen, () Bewertung von Informationen,
() Erinnerung von Informationen, () Hilfe bei der Entscheidungsfindung

Soziale Unterstützung: () emotionale Unterstützung, () Sicherheit beim Arztbesuch,
() Einbezug der Familie in die eigene Krankheit/Krankheitsbewältigung
() Begleitung durch Begleitperson initiiert, () Begleitung durch Patienten initiiert,
() gemeinsame Entscheidung, () Gewohnheit den Arztbesuch gemeinsam zu gestalten

Anhang Erhebungsbogen Nr. 2 in deutscher Sprache

F.Groß: „Die Rolle der Begleitperson in der hausärztlichen Sprechstunde aus Sicht des Indexpatienten“

Datum: _____

Wochentag: _____

Praxis:

- Vormittagssprechstunde
- Nachmittagssprechstunde

Patient/ Patientinnen in Begleitung Nr.:

„Vielen Dank, zum Abschluss habe ich jetzt noch ein paar Fragen Ihre Person betreffend. Das brauchen wir, um die Daten vergleichen zu können.“

Angaben zum Patienten/ zur Patientin:

Alter: _____

Geschlecht: _____

Herkunft/ Migrationshintergrund: () Deutsch, () Türkisch, () _____
(Ggf. Nachfrage: „Wo wurden Ihre Eltern geboren?“)

Familienstand: _____

Kinder: () Ja, () Nein

Höchster erreichter Schulabschluss: _____

Verhältnis zur Begleitperson - Patient/in ist für die Begleitperson: () Ehefrau, () Ehepartner, () Tochter, () Sohn, () Schwester, () Bruder, () Mutter, () Vater, () Großmutter, () Großvater, () Enkel, () Enkelin, () Freund, () Freundin, () Sonstige _____

Behandlungsanlass: _____

Liegt eine chronische Erkrankung vor?: () Nein, () Ja, _____

Angaben zu der Begleitperson

Alter: _____

Geschlecht: _____

Höchster erreichter Schulabschluss: _____

Herkunft/ Migrationshintergrund: () Deutsch, () Türkisch, () _____

Ist Ihre Begleitung ebenfalls Patient in dieser Praxis?: () Nein, () Ja

Behandlungsanlass: () Nein, () Ja, _____

Anhang Erhebungsbogen Nr. 1 in türkischer Sprache

Hasta için soru kılavuzu birinin eşliğinde

Hastaya eşlik eden Nr.

Muayenehane :

Doktor:

Tarih

İyi günler, hoş geldiniz!

Adım Franziska Groß ve Düsseldorf Üniversitesi Tıp enstitüsünde Doktora öğrencisiyim.

Beni doktora çalışmamda muayene saatlerinde doktorlarına bir refakatçıyla giden kişilerin hastaların edindiği tecrübeler ilgilendiriyor. Sizlere benimle yapacağınız kısa bir konuşma için öncelikle teşekkürlerimi arz ederim.

Burada doğru veya yanlış bir cevabın olmadığını bilmek önemli. Cevaplar direkt olmalı, şahsi tecrübeleriniz ve tahminlerinizi anlatmada kendinizi tamamen serbest hissetmelisiniz. Konuşmamız gizli kalıp ev doktorunuza dahi bilgi verilmeyecektir. Araştırmaya katılan herkese aynı sorular sorulacaktır.

Konuşma aşağı yukarı 10 dakika sürecek ve bu esnada konuşmanın içeriği benim tarafımdan not edilecektir. Bu kayıt esnasında adınız anılmayıp tamamen anonim kalacaksınız.

Siz kabul açıklamasını imzaladınız ve veri koruma konusunda da bilgilendirildiniz. Bunun hakkında sorunuz var mı?

Siz her an hiçbir sebep göstermeden konuşmayı kesip sonlandırabilirsiniz , bunun sizin için herhangi bir sonucu söz konusu değildir. Herhangi başka bir sorunuz var mı?

Hasta için soru kılavuzu birinin eşliğinde

Hastaya eşlik eden Nr.

Muayenehane :

Doktor:

Tarih

Bugün bir refakatçıyla buraya gelmenizin sebebini söylebilir misiniz?

Bunun dışında başka sebepler de var mı?

Size her zaman kızınız, oğlunuz...mi eşlik eder yoksa başkasının eşlik ettiği de olur mu?

Size eşlik eden kişinin konuşmada bulunması sizin için nasıl bir duyguydu?

Organizasyon: () Taşımada yardım, () ilaçların koordinasyonu (), Doktor ziyaretinin koordinasyonu

İletişim : () Konuşmanın tercümesi, () Görüş bildirmede, () Bilgileri anlama, () Bilgileri değerlendirme, () bilgileri hatırlama, () karar almada yardım

Sosyal Destek: () Duygusal destek, () Doktora emin olarak gitmek(), Hastalığın üstünden gelmek için aileyi da bu işe katmak, () Refakatçiyı harekete geçirmek, () Hasta aracılığıyla eşlik edenı harekete geçirmek, () Doktor ziyaretini birlikte düzenleme alışkanlığı

Anhang Erhebungsbogen Nr. 2 in türkischer Sprache

F. Groß : “ Ev doktorundaki konuşmada eşlik eden şahsın kayıtlı hasta tarafından görünüşü”

Tarih :

Gün :

Muayenehane :

- Öğleden önce saati
 Öğleden sonra saati

Hastaya eşlik eden Nr.

Teşekkürler. Son olarak şahsi ilgilendiren birkaç sorum daha olacak

Hasta hakkında bilgiler:

Yaşı : _____

Cinsiyeti: _____

Kökeni/Göçmen kökenli: () Alman, () Türk. (), () _____

Medeni hali: _____

Çocukları : Evet (), Hayır ()

Eğitim durumu : _____

Eşlik eden şahsa yakınlığı

Karısı, () Eşi, (), Kızı (), Oğlu (), Ablası (),kardeşi ()Annesi (), Babası (), Ninesi (),Dedesi (), Erkek torunu (), Kız torunu (), Erkek arkadaşı (), Kız arkadaşı (), başka (),

Tedavi nedeni :

Kronolojik hastalığı var mı ? () Hayır, () evet

Hastaya eşlik eden kişi hakkında bilgiler

Yaşı : _____

Cinsiyeti : _____

Eğitim durumu : _____

Kökeni / Göçmen kökenli : Alman (), Türk (), () _____

Size eşlik eden şahıs da buraya geliyor mu? Hayır (), evet ()

Tedavi nedeni : Hayır (), evet () _____

Patienteninformation und Einwilligungserklärung zur Studie

**„Die Rolle der Begleitperson
in der hausärztlichen Sprechstunde.“**

Probandeninformation

Bitte lesen Sie diese Information zu dieser wissenschaftlichen Studie sorgfältig durch. Ihre Interviewerin wird mit Ihnen auch direkt über die Studie sprechen. Bitte fragen Sie Ihre Interviewerin, wenn Sie etwas nicht verstehen oder wenn Sie zusätzlich etwas wissen möchten.

Sehr geehrte Studieninteressierte, sehr geehrter Studieninteressent,

wir möchten Sie um Ihre Einwilligung zur Teilnahme am oben genannten Forschungsvorhaben bitten. Hierzu erhalten Sie im Folgenden Informationen:

Ziel des oben genannten Vorhabens ist es, die Sicht von Patientinnen und Patienten, die sich durch eine weitere Person in der hausärztlichen Sprechstunde begleiten lassen, zu erheben. Zu diesem Zweck werden alle Personen, die in dieser Woche in Begleitung einer weiteren Person ihre Hausarztpraxis aufsuchen, befragt. Die Befragung wird durch einen kurzen Fragebogen ergänzt. Die gesammelten Daten werden wissenschaftlich ausgewertet. Die Ergebnisse werden veröffentlicht und dienen zusätzlich als Grundlage für eine Dissertation (wissenschaftliche Arbeit zur Erlangung eines Doktorgrades). Durch dieses Forschungsvorhaben



Direktor
Univ.-Prof. Dr. med.
Stefan Wilm

Werdener Str. 4
D-40227 Düsseldorf

Sekretariat 0211 81-17771
Fax 0211 81-18755

Ansprechpartnerin:

Dr. Vera Kalitzkus
Tel: 0211 81- 17771

Vera.Kalitzkus@med.uni-
duesseldorf.de

Franziska Groß
Tel.: 015734512372

Franziska.Gross@uni-
duesseldorf.de

möchten wir die Gründe dafür, sich bei einem Besuch in der Hausarztpraxis begleiten zu lassen, erheben. Wir möchten auch erfahren, wie dies von Ihrer Seite als Patient oder Patientin erlebt wird.

Im Rahmen des Forschungsvorhabens werden die in der Befragung erhobenen Daten ausgewertet und anonymisiert (d.h. Ihr Name wird verschlüsselt) auf einem lokalen Datenträger am Institut für Allgemeinmedizin elektronisch gespeichert. Es werden keine weiteren medizinischen Daten von Ihrem Hausarzt/Ihrer Hausärztin erfragt. Ihr Hausarzt/Ihre Hausärztin erhält keine Rückmeldung über die von uns erhobenen Daten.

Ihre personenbezogenen Daten werden vertraulich behandelt. Zugang zu Ihren Daten haben nur Mitarbeitende der Studie. Diese Personen sind zur Verschwiegenheit verpflichtet. Die Daten sind vor fremden Zugriff geschützt.

Wenn Sie von der Studie zurücktreten, werden Ihre bereits erhobenen Daten gelöscht und nicht weiter genutzt. Eine direkte Zuordnung der Daten zu Ihrer Person ist durch die Anonymisierung der Daten ausgeschlossen. Die personenbezogenen Daten werden nach 10 Jahren gelöscht.

Für das Forschungsvorhaben und die Datenverarbeitung verantwortlich ist Prof. Dr. med. Wilm, Institut für Allgemeinmedizin der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf.

Durch Ihre Teilnahme an dieser Studie entstehen für Sie keine Kosten. Ihre Teilnahme dauert etwa 10 Minuten zur Durchführung der Befragung.

Das Forschungsvorhaben wurde durch die zuständige Ethikkommission ethisch geprüft und zustimmend bewertet.

Die Teilnahme an diesem Forschungsvorhaben ist freiwillig. Sie können jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme beenden, ohne dass Ihnen dadurch Nachteile entstehen.

Sollten Sie weitere Fragen bezüglich der Studie haben oder Ihre Teilnahme widerrufen möchten, so wenden Sie sich bitte an:

Franziska Groß

Tel: 015734512372

Email: Franziska.Gross@uni-duesseldorf.de

oder

Dr. Vera Kalitzkus

Tel: 0211-81-17771

Email: Vera.Kalitzkus@med.uni-duesseldorf.de

Institut für Allgemeinmedizin

Medizinische Fakultät

Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Werdener Straße 4

40227 Düsseldorf

Tel: 0211-81-17771

Fax: 0211-81-18755

Einwilligungserklärung zur Studie

„Die Rolle der Begleitperson in der hausärztlichen Sprechstunde“

Teilnahmeerklärung

1. Ich habe die schriftliche Patienteninformation zum oben genannten Forschungsvorhaben erhalten und mir wurde eine Kopie meiner unterschriebenen Einwilligungserklärung zur Teilnahme ausgehändigt. Ich habe beide Dokumente gelesen und verstanden. Ich wurde ausführlich – mündlich und schriftlich – über das Ziel und den Verlauf der Studie, meine Rechte und Pflichten, den mir zustehenden Versicherungsschutz und die Freiwilligkeit der Teilnahme informiert.
2. Ich erkläre mit meiner Unterschrift, dass ich mit der geschilderten Vorgehensweise einverstanden bin und stimme zu, an diesem wissenschaftlichen Vorhaben teilzunehmen. Ich wurde darauf hingewiesen, dass meine Teilnahme an dem Forschungsvorhaben freiwillig ist und dass ich das Recht habe, diese jederzeit ohne Angabe von Gründen zu beenden, ohne dass mir dadurch Nachteile entstehen.

Ort, Datum

Vor- und Nachname

Unterschrift

Einwilligungserklärung zum Datenschutz

Mir ist bekannt und ich willige ein, dass bei dieser Studie personenbezogene Daten über mich erhoben, gespeichert und ausgewertet werden sollen. Die Verwendung der Angaben über meine Gesundheit erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen und setzt vor der Teilnahme an der Studie folgende freiwillig abgegebene Einwilligungserklärung voraus, d.h. ohne die nachfolgende Einwilligung kann ich nicht an der Studie teilnehmen.

1. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen des oben genannten Forschungsvorhabens erhobene Daten und Angaben über meine Person und meine Aussagen auf elektronischen Datenträgern anonymisiert **aufgenommen** und auf einem lokalen Datenträger am Institut für Allgemeinmedizin **gespeichert** werden dürfen. Soweit erforderlich dürfen diese Daten anonymisiert (verschlüsselt) ausgewertet und an Mitarbeitende der Studiengruppe am Institut für Allgemeinmedizin der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf weitergegeben werden. Ein Personenbezug ist damit für Dritte nicht mehr herstellbar.
2. Weiterhin erkläre ich mich damit einverstanden, dass das Material auch für **Publikationszwecke** (im Rahmen von Vorträgen und Veröffentlichungen) verwendet werden darf. Mir wurde zugesichert, dass dabei alle persönlichen Daten, die Rückschlüsse auf meine Person zulassen, gelöscht oder **anonymisiert** werden. Personenbezogene Daten dürfen nicht an Dritte weitergegeben werden.
3. Ich erteile mein Einverständnis dafür, dass das Material evtl. für weitere Auswertungen (**Sekundärdatenanalysen**) genutzt wird. Solche **zusätzlichen** Auswertungen unter einer neuen, zurzeit noch nicht näher bekannten Fragestellung (Sekundäranalysen), dürfen nur mit anonymisierten Datensätzen erfolgen.

4. Mir ist bekannt, dass meine Teilnahme **freiwillig** erfolgt und ich meine Einwilligung ohne nachteilige Folgen auch ohne Angabe von Gründen jederzeit **widerrufen** kann. Im Fall eines solchen Widerrufs werden alle bis dahin erhobenen Daten gelöscht und nicht weiter für das Forschungsprojekt verwendet.
5. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten nach der Forschungsdatenrichtlinie der Heinrich-Heine-Universität 10 Jahre lang gespeichert und danach gelöscht werden.

Ich wurde über meine Datenschutzrechte informiert.

Die Aufklärung erfolgte am _____

durch _____

Ich hatte Gelegenheit Fragen zu stellen. Diese wurden zufriedenstellend und vollständig beantwortet. Zusätzlich zu der schriftlichen Information wurden folgende Punkte besprochen:

Ort, Datum

Vor- und Nachname

Unterschrift

Anhang Informationen für die Patientinnen und Patienten und
Einwilligungserklärung zur Studie für Erziehungsberechtigte von Minderjährigen
in deutscher Sprache

Patienteninformation und Einwilligungserklärung zur Studie

**„Die Rolle der Begleitperson
in der hausärztlichen Sprechstunde.“**

**Probandeninformation für Minderjährige und ihre
Erziehungsberechtigten**

Bitte lesen Sie, als Erziehungsberechtigte/r des Patienten/der Patientin diese Information zu dieser wissenschaftlichen Studie gemeinsam mit Ihrem Kind/ Ihrem/Ihrer Erziehungsbefohlenen sorgfältig durch. Die Interviewerin wird mit Ihnen auch direkt über die Studie sprechen. Bitte fragen Sie die Interviewerin, wenn Sie etwas nicht verstehen oder wenn Sie zusätzlich etwas wissen möchten.

Sehr geehrte Studieninteressierte, sehr geehrter Studieninteressent,

wir möchten Sie um Ihre Einwilligung zur Teilnahme Ihres Kindes/
Ihres Erziehungsbefohlenen am oben genannten
Forschungsvorhaben bitten. Hierzu erhalten Sie im Folgenden
Informationen:

Ziel des oben genannten Vorhabens ist es, die Sicht von Patientinnen und Patienten, die sich durch eine weitere Person in der hausärztlichen Sprechstunde begleiten lassen, zu erheben. Zu diesem Zweck werden alle Personen, die in dieser Woche in Begleitung einer weiteren Person ihre Hausarztpraxis aufsuchen, befragt. Die Befragung wird durch einen kurzen Fragebogen ergänzt. Die gesammelten Daten werden wissenschaftlich ausgewertet. Die



INSTITUT FÜR ALLGEMEINMEDIZIN

Direktor
Univ.-Prof. Dr. med.
Stefan Wilm

Werdener Str. 4
D-40227 Düsseldorf

Sekretariat 0211 81-17771
Fax 0211 81-18755

Ansprechpartnerin:

Dr. Vera Kalitzkus
Tel: 0211 81- 17771

Vera.Kalitzkus@med.uni-
duesseldorf.de

Franziska Groß
Tel.: 015734512372

Franziska.Gross@uni-
duesseldorf.de

Ergebnisse werden veröffentlicht und dienen zusätzlich als Grundlage für eine Dissertation (wissenschaftliche Arbeit zur Erlangung eines Doktorgrades). Durch dieses Forschungsvorhaben möchten wir die Gründe dafür, sich bei einem Besuch in der Hausarztpraxis begleiten zu lassen, erheben. Wir möchten auch erfahren, wie dies von der Seite Ihres Kindes/ Ihres/Ihrer Erziehungsbefohlenen als Patient oder Patientin erlebt wird.

Im Rahmen des Forschungsvorhabens werden die in der Befragung erhobenen Daten ausgewertet und anonymisiert (d.h. der Name Ihres Kindes/ Erziehungsbefohlenen wird verschlüsselt) auf einem lokalen Datenträger am Institut für Allgemeinmedizin elektronisch gespeichert. Es werden keine weiteren medizinischen Daten von dem Hausarzt/der Hausärztin Ihres Kindes/ Erziehungsbefohlenen erfragt. Der Hausarzt/die Hausärztin erhält keine Rückmeldung über die von uns erhobenen Daten.

Die personenbezogenen Daten Ihres Kindes/ Erziehungsbefohlenen werden vertraulich behandelt. Zugang zu diesen Daten haben nur Mitarbeitende der Studie. Diese Personen sind zur Verschwiegenheit verpflichtet. Die Daten sind vor fremdem Zugriff geschützt.

Wenn Sie stellvertretend für Ihr Kind/ Ihren/ Ihre Erziehungsbefohlene/n von der Studie zurücktreten, werden die bereits erhobenen Daten Ihres Kindes/ Erziehungsbefohlenen gelöscht und nicht weiter genutzt. Eine direkte Zuordnung der Daten zu Ihrem Kind/ Erziehungsbefohlenen ist durch die Anonymisierung der Daten ausgeschlossen. Die personenbezogenen Daten werden nach 10 Jahren gelöscht.

Für das Forschungsvorhaben und die Datenverarbeitung verantwortlich ist Prof. Dr. med. Wilm, Institut für Allgemeinmedizin der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf.

Durch Ihre Teilnahme an dieser Studie entstehen für Sie und Ihr Kind/ Ihren/ Ihre Erziehungsbefohlene/n keine Kosten. Die Teilnahme dauert etwa 10 Minuten zur Durchführung der Befragung. Wenn Sie es wünschen können Sie die Befragung ihres Kindes/ Ihrer/Ihres Erziehungsbefohlenen durch die Interviewerin begleiten!

Das Forschungsvorhaben wurde durch die zuständige Ethikkommission ethisch geprüft und zustimmend bewertet.

Die Teilnahme an diesem Forschungsvorhaben ist freiwillig. Sie können als Erziehungsberechtigter/ Erziehungsberechtigte des Patienten/ der Patientin jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme beenden, ohne dass Ihnen dadurch Nachteile entstehen.

Sollten Sie weitere Fragen bezüglich der Studie haben oder die Teilnahme Ihres Kindes/ Ihrer/ Ihres Erziehungsbefohlenen widerrufen möchten, so wenden Sie sich bitte an:

Franziska Groß

Tel: 015734512372

Email: Franziska.Gross@uni-duesseldorf.de

oder

Dr. Vera Kalitzkus

Tel: 0211-81-17771

Email: Vera.Kalitzkus@med.uni-duesseldorf.de

Institut für Allgemeinmedizin

Medizinische Fakultät

Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Werdener Straße 4

40227 Düsseldorf

Tel: 0211-81-17771

Fax: 0211-81-18755

Einwilligungserklärung zur Studie

„Die Rolle der Begleitperson in der hausärztlichen Sprechstunde“

Teilnahmeerklärung

1. Ich habe die schriftliche Patienteninformation zum oben genannten Forschungsvorhaben erhalten und mir wurde eine Kopie meiner unterschriebenen Einwilligungserklärung zur Teilnahme meines Kindes/ meines/ meiner Erziehungsbefohlenen ausgehändigt. Ich habe beide Dokumente gelesen und verstanden. Ich wurde ausführlich – mündlich und schriftlich – über das Ziel und den Verlauf der Studie, meine Rechte und Pflichten als Erziehungsberechtigte/ Erziehungsberechtigter, dem meinem Kind/ meinem/ meiner Erziehungsbefohlenen zustehenden Versicherungsschutz und die Freiwilligkeit der Teilnahme meines Kindes/ meiner/ meinem Erziehungsbefohlenen informiert.
2. Ich erkläre mit meiner Unterschrift, dass ich mit der geschilderten Vorgehensweise einverstanden bin und stimme zu, dass mein Kind/ mein/ meine Erziehungsbefohlene/r an dem wissenschaftlichen Vorhaben teilnehmen darf. Ich wurde darauf hingewiesen, dass die Teilnahme meines Kindes/ meines/ meiner Erziehungsbefohlenen an dem Forschungsvorhaben freiwillig ist und dass ich das Recht habe, diese jederzeit ohne Angabe von Gründen zu beenden, ohne dass mir dadurch Nachteile entstehen. Mir ist klar, dass ich das Recht habe an der Befragung meines Kindes, meines/ meiner Erziehungsbefohlenen teilzunehmen.
3. Ich erkläre mit meiner Unterschrift der/ die Erziehungsberechtigte des/ der an der Studie teilnehmenden minderjährigen Patienten/ Patientin zu sein.

Ort, Datum

Vor- und Nachname

Unterschrift

Einwilligungserklärung zum Datenschutz

Mir ist bekannt und ich willige ein, dass bei dieser Studie personenbezogene Daten über mein Kind/ meine/meinen Erziehungsbefohlene/n erhoben, gespeichert und ausgewertet werden sollen. Die Verwendung der Angaben über ihre/seine Gesundheit erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen und setzt vor der Teilnahme an der Studie folgende freiwillig abgegebene Einwilligungserklärung eines/einer Erziehungsberechtigten voraus, d.h. ohne die nachfolgende Einwilligung kann Ihr Kind/ Ihre/Ihr Erziehungsbefohlene/r nicht an der Studie teilnehmen.

1. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen des oben genannten Forschungsvorhabens erhobene Daten und Angaben über mein Kind/ meine/ meinen Erziehungsbefohlene/n und seine/ihre Aussagen auf elektronischen Datenträgern anonymisiert **aufgenommen** und auf einem lokalen Datenträger am Institut für Allgemeinmedizin **gespeichert** werden dürfen. Soweit erforderlich dürfen diese Daten anonymisiert (verschlüsselt) ausgewertet und an Mitarbeitende der Studiengruppe am Institut für Allgemeinmedizin der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf weitergegeben werden. Ein Personenbezug ist damit für Dritte nicht mehr herstellbar.
2. Weiterhin erkläre ich mich damit einverstanden, dass das Material auch für **Publikationszwecke** (im Rahmen von Vorträgen und Veröffentlichungen) verwendet werden darf. Mir wurde zugesichert, dass dabei alle persönlichen Daten, die Rückschlüsse auf mein Kind/ meine/ meinen Erziehungsbefohlene/n zulassen, gelöscht oder **anonymisiert** werden. Personenbezogene Daten dürfen nicht an Dritte weitergegeben werden.
3. Ich erteile mein Einverständnis dafür, dass das Material evtl. für weitere Auswertungen (**Sekundärdatenanalysen**) genutzt wird. Solche zusätzlichen Auswertungen unter einer neuen, zurzeit noch nicht näher bekannten Fragestellung (Sekundäranalysen), dürfen nur mit anonymisierten Datensätzen erfolgen.

4. Mir ist bekannt, dass die Teilnahme meines Kindes/ meiner/ meinem Erziehungsbefohlenen **freiwillig** erfolgt und ich meine Einwilligung als Erziehungsberechtigter/ Erziehungsberechtigte ohne nachteilige Folgen auch ohne Angabe von Gründen jederzeit **widerrufen** kann. Im Fall eines solchen Widerrufs werden alle bis dahin erhobenen Daten gelöscht und nicht weiter für das Forschungsprojekt verwendet.
5. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Daten meines Kindes/ Erziehungsbefohlenen nach der Forschungsdatenrichtlinie der Heinrich-Heine-Universität 10 Jahre lang gespeichert und danach gelöscht werden.

Ich wurde über die Datenschutzrechte meines Kindes/ meines/ meiner Erziehungsbefohlenen informiert.

Die Aufklärung erfolgte am _____

durch _____

Ich hatte Gelegenheit Fragen zu stellen. Diese wurden zufriedenstellend und vollständig beantwortet. Zusätzlich zu der schriftlichen Information wurden folgende Punkte besprochen:

Ort, Datum

Vor- und Nachname

Unterschrift

Anhang Informationen für die Patientinnen und Patienten und
Einwilligungserklärung zur Studie für 16–18-Jährige in deutscher Sprache

Patienteninformation und Einwilligungserklärung zur Studie

**„Die Rolle der Begleitperson
in der hausärztlichen Sprechstunde.“**

Probandeninformation für Minderjährige (16-18 Jahre)

Bitte lesen Sie die Information zu dieser wissenschaftlichen Studie sorgfältig durch. Die Interviewerin wird mit Ihnen auch direkt über die Studie sprechen. Bitte fragen Sie die Interviewerin, wenn Sie etwas nicht verstehen oder wenn Sie zusätzlich etwas wissen möchten.

Sehr geehrte Studieninteressierte, sehr geehrter Studieninteressent,

wir möchten Sie um Ihre Einwilligung zur Teilnahme am oben genannten Forschungsprojekt bitten. Hierzu erhalten Sie im Folgenden Informationen:

Wir möchten die Gründe kennenlernen, weshalb Patientinnen und Patienten sich durch eine weitere Person in der hausärztlichen Sprechstunde begleiten lassen. Wir möchten auch erfahren, wie dies von Ihrer Seite als Patient oder Patientin erlebt wird. Zu diesem Zweck befragen wir alle Patienten, die in dieser Woche in Begleitung einer weiteren Person ihre Hausarztpraxis aufsuchen. Die Befragung wird durch einen kurzen Fragebogen ergänzt. Die gesammelten Daten werden wissenschaftlich ausgewertet. Die Ergebnisse werden veröffentlicht und dienen zusätzlich als Grundlage für eine Doktorarbeit.

Die in der Befragung erhobenen Daten werden anonymisiert erhoben (d.h. ohne Nennung Ihres Namens), ausgewertet und auf einem lokalen Datenträger am Institut für Allgemeinmedizin elektronisch gespeichert. Es werden keine weiteren medizinischen Daten von dem Hausarzt/der Hausärztin erfragt. Ihr Hausarzt bzw. Ihre Hausärztin erhält keine Rückmeldung über die von uns erhobenen Daten.



Direktor
Univ.-Prof. Dr. med.
Stefan Wilm

Werdener Str. 4
D-40227 Düsseldorf

Sekretariat 0211 81-17771
Fax 0211 81-18755

Ansprechpartnerin:

Dr. Vera Kalitzkus
Tel: 0211 81- 17771

Vera.Kalitzkus@med.uni-
duesseldorf.de

Franziska Groß
Tel.: 015734512372

Franziska.Gross@uni-
duesseldorf.de

Die personenbezogenen Daten werden vertraulich behandelt. Zugang zu diesen Daten haben nur Mitarbeitende der Studie. Diese Personen sind zur Verschwiegenheit verpflichtet. Die Daten sind vor fremden Zugriff geschützt.

Wenn Sie von der Studie zurücktreten möchten, werden die bereits erhobenen Daten gelöscht und nicht weiter genutzt. Eine direkte Zuordnung der Daten zu Ihnen ist durch die Anonymisierung der Daten ausgeschlossen. Die personenbezogenen Daten werden nach 10 Jahren gelöscht.

Für das Forschungsvorhaben und die Datenverarbeitung verantwortlich ist Prof. Dr. med. Wilm, Institut für Allgemeinmedizin der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf.

Durch die Teilnahme an der Studie entstehen Ihnen keine Kosten. Die Befragung dauert etwa 10 Minuten. Wenn Sie es wünschen, können Sie in der Befragung durch Ihre/n Erziehungsberechtigte/n begleitet werden!

Das Forschungsvorhaben wurde durch die zuständige Ethikkommission ethisch geprüft und zustimmend bewertet.

Die Teilnahme an diesem Forschungsvorhaben ist freiwillig. Sie als Patienten/Patientin, oder ihr/e Erziehungsberechtigte/r können jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme beenden, ohne dass Ihnen dadurch Nachteile entstehen.

Sollten Sie weitere Fragen haben oder die Teilnahme widerrufen wollen, so wenden Sie sich bitte an:

Franziska Groß
Tel: 015734512372
Email: Franziska.Gross@uni-duesseldorf.de

oder

Dr. Vera Kalitzkus
Tel: 0211-81-17771
Email: Vera.Kalitzkus@med.uni-duesseldorf.de

Institut für Allgemeinmedizin
Medizinische Fakultät
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Werdener Straße 4
40227 Düsseldorf
Tel: 0211-81-17771
Fax: 0211-81-18755

Einwilligungserklärung zur Studie

„Die Rolle der Begleitperson in der hausärztlichen Sprechstunde“

Teilnahmeerklärung

1. Ich habe die schriftliche Patienteninformation zum oben genannten Forschungsvorhaben erhalten und mir wurde eine Kopie meiner unterschriebenen Einwilligungserklärung zu meiner Teilnahme ausgehändigt. Ich habe beide Dokumente gelesen und verstanden. Ich wurde ausführlich – mündlich und schriftlich – über das Ziel und den Verlauf der Studie, meine Rechte und Pflichten als Proband, den zustehenden Versicherungsschutz und die Freiwilligkeit meiner Teilnahme **informiert**.
2. Ich erkläre mit meiner Unterschrift, dass ich mit der geschilderten Vorgehensweise **einverstanden** bin und stimme zu an dem wissenschaftlichen Vorhaben **teilnehmen zu wollen**. Ich wurde darauf hingewiesen, dass meine Teilnahme an dem Forschungsvorhaben freiwillig ist und dass ich das Recht habe, diese jederzeit ohne Angabe von Gründen zu beenden, ohne dass mir dadurch Nachteile entstehen. Mir ist klar, dass ich das Recht habe in der Befragung durch meine/n Erziehungsberechtigte/n begleitet zu werden.

Ort, Datum

Vor- und Nachname

Unterschrift

Einwilligungserklärung zum Datenschutz

Mir ist bekannt und ich willige ein, dass bei dieser Studie personenbezogene Daten über mich erhoben, gespeichert und ausgewertet werden sollen. Die Verwendung der Angaben über ihre/seine Gesundheit erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen und setzt vor der Teilnahme an der Studie folgende freiwillig abgegebene Einwilligungserklärung voraus, d.h. ohne Ihre nachfolgende Einwilligung können Sie nicht an der Studie teilnehmen. Zusätzlich wird ihr/ ihre Erziehungsberechtigte/ Erziehungsberechtigter um eine Einwilligung gebeten. Nur bei Einwilligung durch Sie und Ihre/ Ihren Erziehungsberechtigte/ Erziehungsberechtigten ist eine Teilnahme möglich.

1. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen des oben genannten Forschungsvorhabens erhobene Daten und Angaben über mich und meine Aussagen auf elektronischen Datenträgern anonymisiert **aufgenommen** und auf einem lokalen Datenträger am Institut für Allgemeinmedizingespeichert werden dürfen. Soweit erforderlich dürfen diese Daten anonymisiert (verschlüsselt) ausgewertet und an Mitarbeitende der Studiengruppe am Institut für Allgemeinmedizin der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf weitergegeben werden. Ein Personenbezug ist damit für Dritte nicht mehr herstellbar.
2. Weiterhin erkläre ich mich damit einverstanden, dass das Material auch für **Publikationszwecke** (im Rahmen von Vorträgen und Veröffentlichungen) verwendet werden darf. Mir wurde zugesichert, dass dabei alle persönlichen Daten, die Rückschlüsse auf mich zulassen, gelöscht oder **anonymisiert** werden. Personenbezogene Daten dürfen nicht an Dritte weitergegeben werde.
3. Ich erteile mein Einverständnis dafür, dass das Material evtl. für weitere Auswertungen (**Sekundärdatenanalysen**) genutzt wird. Solche zusätzlichen Auswertungen unter einer neuen, zurzeit noch nicht näher bekannten

Fragestellung (Sekundäranalysen), dürfen nur mit anonymisierten Datensätzen erfolgen.

4. Mir ist bekannt, dass meine Teilnahme **freiwillig** erfolgt und ich meine Einwilligung ohne nachteilige Folgen auch ohne Angabe von Gründen jederzeit **widerrufen** kann. Im Fall eines solchen Widerrufs werden alle bis dahin erhobenen Daten gelöscht und nicht weiter für das Forschungsprojekt verwendet.
5. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten nach der Forschungsdatenrichtlinie der Heinrich-Heine-Universität 10 Jahre lang gespeichert und danach gelöscht werden.

Ich wurde über meine Datenschutzrechte informiert.

Die Aufklärung erfolgte am _____

durch _____

Ich hatte Gelegenheit Fragen zu stellen. Diese wurden zufriedenstellend und vollständig beantwortet. Zusätzlich zu der schriftlichen Information wurden folgende Punkte besprochen:

Ort, Datum	Vor- und Nachname	Unterschrift
------------	-------------------	--------------

Anhang Informationen für die Patientinnen und Patienten und
Einwilligungserklärung zur Studie für Erwachsene in türkischer Sprache

UKD Universitätsklinikum
Düsseldorf

Heinrich Heine
HEINRICH HEINE
UNIVERSITÄT DÜSSELDORF

Düsseldorf Üniversite Kliniği

**Hasta bilgileri ve araştırma için hastanın rızası
'Eşlik eden kişinin ev doktorundaki rolü'**

Denek bilgileri

Lütfen bu bilimsel araştırmayla ilgili bilgileri dikkatlice okuyunuz. Sizde röportajı yapan kişi bu araştırmayla ilgili sizinle direk konuşacaktır. Şayet herhangi bir şeyi anlamazsanız veya da ek olarak bilmek istediğiniz bir şeyler olursa röportajınıza sorunuz.

Sevgili araştırmaya ilgi gösterenler,
Sizden yukarıda adı geçen araştırmaya katılma rızasını göstermenizi rica ediyoruz. Bu konuyla ilgili aşağıdaki bilgileri sunuyoruz :
Yukarıdaki projenin hedefi ev doktorundaki ziyaretlerde hastaların durumlarını görülür şekilde düzeltmek.
Bu sebeple bu hafta içinde bir refaktaçıyla ev doktorlarına gelen her şahsa sorular sorulacak. Ankete küçük bir form eklenecek. Toplanan bütün veriler bilimsel olarak değerlendirilecek. Sonuçlar yayınlanacak ve bu sonuçlar ilaveten bir doktora tezine destek sağlayacak (doktorluk ünvanının kazanılması için bilimsel çalışma). Bu projeye ev doktoruna gidenlere birinin eşlik etmesinin sebepleri ortaya konacak. Aynı zamanda bu durumun sizin tarafınızdan nasıl görüldüğünü öğrenmek istiyoruz. Araştırma çerçevesinde elde edilen veriler değerlendirilip sahibinin adı verilmeyecek (yani sizin adınız soyadınız şifrelenecek). Genel Tıp enstitüsü lokal veri toplama dairesinde belleğe geçirilecek, yani kayıt edilecek. Ev doktorunuza tıbbi veriler hakkında daha fazla soru sorulmayacak. Ev doktorunuzla bizim tarafımızdan elde edilen bilgiler de paylaşılmayacak. Sizin şahsı verileriniz gizlice ele alınacak ve işlenecek.
Bu verilere sadece bu araştırmayı yapan kişiler ulaşabilecek. Bu şahıslar ağızlarını sıkı tutmakla yükümlüdürler. Verilere yabancı birinin erişmesi mümkün olmayacak.
Eğer bu araştırmadan geri çekilmek isterseniz, sizin hakkınızda şimdiye kadar toplanmış verilerin hepsi silinecek ve bir daha kullanılmayacak. Hakkınızda toplanan bilgilere erişim verilerin adsızlandırılmasıyla imkansızlaştırılacaktır. Şahsı veriler 10 sene sonra silinecektir.
Bu proje ve araştırmadan ve de verilerin kayıt edilmesinden Düsseldorf Heinrich Heine Üniversitesi Genel Tıp Dalı Profesörü Dr. Wilm sorumludur. Bu araştırmaya katılmakla sizin için herhangi bir masraf veya gider oluşmayacaktır. Anketin gerçekleşme süresi aşağı yukarı 10 dakikadır. Bu araştırma yetkili Etik komisyonu tarafından etik olarak incelenmiş ve onaylanmıştır.
Bu araştırmaya katılım tamamen isteğe bağlıdır. Siz her an hiçbir sebep göstermeden araştırmaya katılımı sonlandırabilirsiniz, bu yüzden de size herhangi bir masraf veya zarar açılmaz.



INSTITUT FÜR ALLGEMEINMEDIZIN

Direktor
Univ.-Prof. Dr. med.
Stefan Wilm

Werdener Str. 4
D-40227 Düsseldorf

Sekretariat 0211 81-17771
Fax 0211 81-18755

Ansprechpartnerin:

Dr. Vera Kalitzkus
Tel: 0211 81- 17771

Vera.Kalitzkus@med.uni-
duesseldorf.de

Franziska Groß
Tel.: 015734512372

Franziska.Gross@uni-
duesseldorf.de

Araştırmayla ilgili başka sorularınız olursa ya da araştırmadan geri çekilmek isterseniz, bu durumda aşağıdaki şahsa başvurabilirsiniz:

Franziska Groß
Tel: 015734512372
Email: Franziska.Gross@uni-duesseldorf.de

Ya da
Dr. Vera Kolitzkus
Tel: 0211-177771
Email: Vera.Kalitzkus@uni-duesseldorf.de

Genel Tıp Enstitüsü
Tıp Fakültesi
Heinrich- Heine- Üniversitesi Düsseldorf
Werdener Str. 4
Tel: 0211-81-17771
Fax: 0211-81-18755

**Araştırma için hastanın rıza göstermesi
'Eşlik eden kişinin ev doktorundaki Rolü'**

Katılım açıklaması

1. Yukarıdaki araştırmayla ilgili yazılı hasta bilgilerini aldım ve bana da araştırmaya katılacağımı kabulü etmemin bir fotokopisi elime verildi. Her iki dökümanı da okuyup anladım. Detaylı şekilde-sözlü ve yazılı- araştırmanın hedefi, haklarım ve görevlerim üzerine bilgilendirildim. Ayrıca sigorta koruması ve araştırmaya kendi isteğimle katılma konusunda bilgi aldım.
2. İmzama anlatılan süreci kabul ettiğimi açıklıyor ve bu bilimsel araştırmaya katılmayı onaylıyorum. Bu araştırmaya katılmayı kendi isteğim olduğu ve benim her hangi bir sebep bildirmeden her an araştırmayı sonlandırabileceğim bana bildirildi. Ve bunun sonucunda bana bir zarar gelmeyeceği de anlatıldı.

Yer, Tarih

Adı, Soyadı

İmza

Verilerin korunması kabulü açıklaması

Araştırmayla ilgili elde edilen verilerin kayıt edilip değerlendirileceği bilgim dahilindedir ve rıza gösteriyorum. Sağlığım üzerine toplanan bilgilerin kullanılması kanuni hükümlere bağlıdır, bu araştırmaya katılmadan önce sizin gönüllüce kabul açıklamasını kabul etmenizi şart koşar, yani bu verilerin korunmasının kabulü açıklamasını kabul etmeden bu araştırmaya katılamazsınız.

1. Yukarıda belirtilen araştırma çerçevesi içinde şahsım üzerine edilen verilerin ve verdiğim ifadelerin elektronik veri bankasına anonim olarak kayıt edileceğini ve Genel Tıp Enstitüsünün yerel veri bankasına da kayıt edilebileceğini kabul etmekteyim. Gerekirse bu bilgiler anonim (Şifreli) değerlendirilip Düsseldorf Üniversitesi Genel Tıp Enstitüsü araştırma çalışanlarının hizmetine sunulabilecek, yani verilebilecektir. Böylelikle üçüncü bir kişi için ilişki kurma imkanı olmayacaktır.
2. Elde edilen malzemenin (konferans ve yayın çerçevesi içinde) yayınlama maksatıyla kullanılabilirliğini kabul ediyorum. Bu çerçevede benimle ilgili her türlü şahsı verilerin silinip anonimleştirileceği garantisi verilmiştir. Elde edilen şahsı bilgiler üçüncü bir kişi veya kuruma verilemez.
3. Elde edilen malzemenin muhtemelen başka değerlendirmeler için (ikinci bir veri analizi için) kullanılacağını kabul ediyorum. Böylesi ek değerlendirmeler sadece anonim veri korunması çerçevesinde yapılabilir, fakat şimdiye kadar böyle bir ve söz konusu olmamıştır.
4. Araştırmaya gönüllüce katılmam tarafımda bilinmektedir ve bana zararı olmadan her an ve de sebep bildirmeden bu araştırmadan çıkabileceğimi de biliyorum. Böylesi bir cayma, geri çekilme durumunda o zamana kadar toplanan bütün bilgiler silinecek ve araştırma için kullanılmayacaktır.
5. Benim hakkımda toplanan bilgilerin araştırma talimatı çerçevesinde Heinrich Heine Üniversitesi'nce 10 yıl boyunca kayıt edilip daha sonra silineceğini de kabul etmekteyim.

Verilerin korunması hakları konusunda bilgilendirildim.

Bilgi verilme günü -----

Tarafından -----

Bana soru sormam için fırsat verildi. Bu sorular eksiksiz ve beni memnun edecek şekilde cevaplandırıldı. Yazılı bilgilere ek olarak aşağıdaki noktalara değinilmiştir:

Yer, Tarih

Adı, Soyadı

İmza

Anhang Informationen für die Patientinnen und Patienten und
Einwilligungserklärung zur Studie für Erziehungsberechtigte von Minderjährigen
in türkischer Sprache

UKD Universitätsklinikum
Düsseldorf

Heinrich Heine
HEINRICH HEINE
UNIVERSITÄT DÜSSELDORF

UKD Düsseldorf Üniversite Kliniği

Heinrich Heine Üniversitesi Düsseldorf

Hasta bilgileri ve araştırma için hastanın rızası
„Eşlik eden kişinin ev doktorundaki rolü“
Ergin Olmayan ve veliler için bilgileri

Hastanın velisi olarak aşağıdaki bilgileri bu bilimsel araştırma için çocuğunuz ile birlikte dikkatlice ve itinalı bir şekilde okuyunuz. Röportajı yapan kişi sizinle direk bu araştırma üzerine konuşacak. Lütfen herhangi bir şeyi anlamazsanız ya da ayrıca bilmek istediğiniz bir şey olursa röportajı yapana sorunuz.

Araştırmaya ilgi duyan sevgili ve saygıdeğer veliler, sizden çocuğunuzun, çocuğunuza bakmakla yükümlü onların yukarıda adı geçen araştırmaya katılması için rıza göstermesini rica ediyoruz. Bu konuda sizlere aşağıdaki bilgileri sunuyorum. Yukarıdaki projenin hedefi ev doktorlarındaki ziyaretlerinde refakatçıların yanlarında gelen hastaların durumlarını görülür şekilde düzeltmek. Bu sebeple bu hafta içinde bir refakatçıyla ev doktoruna gelen her şahsa soru sorulacak. Ankete küçük bir form eklenecek. Toplanan bütün veriler bilimsel olarak değerlendirilecek. Sonuçlar yayınlanacak ve bu sonuçlar ilaveten bir doktora tezine dayanak sağlayacak (Doktorluk ünvanının kazanılması için bilimsel çalışma). Bu projeye ev doktoruna giderken birinin eşlik etmesinin sebepleri ortaya konacak. Aynı zamanda çocuğunuz veya çocuğunuza bakan kişi tarafından hasta olarak nasıl görüldüğünü öğrenmek istiyoruz. Araştırma çerçevesinde ankete edilen veriler değerlendirilip sahibinin adı verilmeyecek (yani çocuğunuzun adı ya da çocuğunuza bakanın adı şifrelenecek). Genel tıp enstitüsü lokal veri toplama dairisinde belleğe geçirilecek. Ev doktorunuza çocuğunuzla ilgili daha fazla soru sorulmayacak. Ev doktoruyla bizim tarafımızdan kayıt edilen bilgiler kimseyle paylaşılmayacak.

Çocuğunuzun şahsı verileri gizlice ele alınacak ve işlenecek. Bu verilere sadece bu araştırmayı yapan kişiler ulaşabilecek. Bu şahıslar ağızlarını sıkı tutmakla yükümlüler. Verilere yabancı birinin erişmesi mümkün olmayacak. Çocuğunuz veya çocuğunuza yardımcı olarak bu araştırmadan istifa etmek isterseniz, çocuğunuz üzerine toplanmış bilgilerin hepsi silinecek ve bir daha kullanılmayacak. Çocuğunuz hakkında toplanılan bilgilere erişen verilerin adsızlandırılmasıyla imkansızlaştırılacaktır.

Bu proje ve araştırmadan ve de verilerin kayıt edilmesinden Düsseldorf Heinrich Heine Üniversitesi Genel Tıp Dalı Profesörü Dr. Wilm sorumludur. Bu araştırmaya katılmakla sizin için ve çocuğunuz için herhangi bir masraf oluşmayacaktır. Anketin

Gerçekleme süresi aşağı yukarı 10 dakikadır. Eğer arzu ederseniz soru süresi boyunca röportajı yapana eşlik edebilirsiniz.



INSTITUT FÜR ALLGEMEINMEDIZIN

Direktor
Univ.-Prof. Dr. med.
Stefan Wilm

Werdener Str. 4
D-40227 Düsseldorf

Sekretariat 0211 81-17771
Fax 0211 81-18755

Ansprechpartnerin:

Dr. Vera Kalitzkus
Tel: 0211 81- 17771

Vera.Kalitzkus@med.uni-
duesseldorf.de

Franziska Groß
Tel.: 015734512372

Franziska.Gross@uni-
duesseldorf.de

Bu araştırma yetkili Etik komisyonu tarafından etik olarak incelenmiş ve onaylanmıştır.
Bu araştırmaya katılım tamamen isteğe bağlıdır. Siz hastanın velisi olarak her an hiç bir sebep göstermeden katılımı bitirebilirsiniz, bu yüzden siz herhangi bir zarar görmezsiniz.
Araştırmayla ilgili başka sorularınız olursa ya da çocuğunuzun katılımını geri çekmek isterseniz, bu durumda aşağıdaki şahsa başvurabilirsiniz:

Franziska Groß
Tel: 015734512372
Email : Franziska.Gross@uni-duesseldorf.de

Ya da
Dr. Vera Kaltzkus
Tel: 0211 81 17771
Email : Vera.Kalitzkus@med.uni-duesseldorf.de

Genel Tıp Enstitüsü
Tıp Fakültesi
Heinrich- Heine -Universitesi Düsseldorf
Werdener Straße
40227 Düsseldorf
Tel- 0211-81-17771
Fax: 0211-81-18755

**Araştırma için hastanın rızası
'Eşlik eden kişinin ev doktrorundaki rolü'**

Katılım açıklaması

1. Yukarıdaki araştırmayla ilgili yazılı hasta bilgilerini aldım ve çocuğumun araştırmaya katılacağını kabul etmesinin bir fotokopisi elime geçti.
Ben bir veli olarak her iki dökümanı da okuyup anladım. Detaylı şekilde-sözlü ve yazılı-araştırmanın hedefi, haklarım ve görevlerin üzerine bilgi verildi. Ve ayrıca sigorta koruması ve çocuğumun araştırmaya kendi istediğiyle katılması hakkında bilgilendirildim.
2. İmzama antalılan süreci kabul ettiğimi açıklıyor ve çocuğumun veya ona yardımcı olan kişinin bilimsel araştırmaya katılmasının kendi isteğiyle olduğu ve benim her hangi bir sebep bildirmeden her an araştırmayı sonlandırabileceğim bana bildirildi. Ve bunun sonucunda bana bir zarar gelmeceği de anlatıldı. Çocuğumun ankete katılma hakkı olduğunu biliyorum.
3. İmzama araştırmaya katılan ergen olmayan hastanın velisi olduğumu beyan ediyorum.

Yer, Tarih

Adı, Soyadı

İmza

Verilerin korunmasının kabulü açıklaması

Araştırmaya katılan çocuğumun üzerine edinilen verilerin kayıt edilip değerlendirileceği bilgim dahilindedir ve rıza gösteriyorum. Çocuğumun sağlığı üzerine toplanan bilgilerin kullanılması kanuni hükümlere bağlıdır, bu araştırmaya katılmadan önce velisinin gönüllüce kabul açıklamasını kabul etmenizi şart koşar, yani bu verilerin korunması kabulü açıklaması kabul edilmeden çocuğunuz bu araştırmaya katılamaz.

1. Yukarıda belirtilen araştırma çerçevesi içinde çocuğum üzerine edinilen verilerin ve verdiği ifadelerin elektronik veri bankasına anonim olarak kayıt edileceğini ve Genel Tıp enstitüsünün yerel veri bankasına da kayıt edilebileceğini kabul etmekteyim. Gerekirse bu bilgiler anonim değerlendirilip Genel Tıp enstitüsü araştırma çalışanlarının hizmetine sunulabilecek, yani verilebilecektir. Böylelikle üçüncü bir kişi için ilişki kurma imkanı olmayacaktır.
2. Elde edilen malzemenin (konferans ve yayın çerçevesi içinde) yayınlama maksadıyla kullanılabileceğini kabul ediyorum. Bu çerçevede bana çocuğumla ilgili her türlü şahsı verilerin silinip anonimleştirileceği garantisini verilmiştir. Elde edilen şahsı bilgiler üçünü bir kişi veya kuruma verilemez.
3. Elde edilen malzemenin muhtemelen başka değerlendirmeler için (ikinci bir veri analizi için) kullanılacağını kabul ediyorum. Böylesi ek değerlendirmeler sadece anonim veri koruması çerçevesinde yapılabilir, fakat şimdiye kadar böylesi bir şey söz konusu olmamıştır.
4. Çocuğumun bu araştırmaya katılmasına gönüllü olduğu tarafımda bilinmektedir ve bana bir zararı olmadan ve sebep bildirmeden bu araştırmadan çıkabileceğimi de biliyorum. Böylesi bir cayma, geri çekilme durumunda o zaman kadar toplanan bütün bilgiler silinecek ve araştırma için kullanılmayacaktır.
5. Çocuğum hakkında toplanan bilgilerin araştırma verileri talimatı çerçevesinde Heinrich- Heine Üniversitesi'nce 10 yıl boyunca kayıt edilip daha sonra silineceğini de kabul etmekteyim.

Oğlumun verilerinin korunması hakları konusunda bilgilendirildim.

Bilgi verilme günü: _____

Tarafından: _____

Bana soru sormam için fırsat verildi. Bu sorular eksiksiz ve beni memnun edecek şekilde cevaplandırıldı. Yazılı bilgilere ek olarak aşağıdaki noktalara değinilmiştir:

Yer, Tarih

Adı, Soyadı

İmza

Anhang Informationen für die Patientinnen und Patienten und
Einwilligungserklärung zur Studie für 16- bis 18-Jährige in türkischer Sprache

UKD Universitätsklinikum
Düsseldorf

Heinrich Heine
HEINRICH HEINE
UNIVERSITÄT DÜSSELDORF

Düsseldorf Üniversite Kliniği

**Hasta bilgileri ve araştırma için hastanın rızası
'Eşlik eden kişinin ev doktorundaki rolü'**

16-18 yaş arası Denek bilgileri

Lütfen bu bilimsel araştırmayla ilgili bilgileri dikkatlice okuyunuz. Sizle röportajı yapan kişi bu araştırmayla ilgili sizinle direk konuşacaktır. Şayet herhangi bir şeyi anlamazsanız veya da ek olarak bilmek istediğiniz bir şeyler olursa röportajciniza sorunuz.

Sevgili araştırmaya ilgi gösterenler,
Sizden yukarıda adı geçen araştırmaya katılma rızasını göstermenizi rica ediyoruz. Bu konuyla ilgili aşağıdaki bilgileri sunuyoruz :
Biz, hastaların neden ev doktorlarına bir refakatçi eşliğinde gittiklerinin sebeplerini öğrenmek istiyoruz. Ayrıca bu durumun siz hastalar tarafından da nasıl karşılandığını bilmek istiyoruz. Bu amaç için bu hafta içinde ev doktoruna bir refakatçıyla gidecek hastalara sorular sorulacaktır, yani danışılacaktır. Anket kısa bir cevap formuyla tamamlanacaktır. Toplanan veriler bilimsel olarak değerlendirilecektir. Sonuçlar yayınlanacak ve doktora çalışması için temel teşkil edecektir.

Araştırma çerçevesinde elde edilen veriler anonim (yani adınız adlandırılmayacak) değerlendirip Genel Tıp enstitüsü lokal veri toplama dairesinde belleğe geçirilecek, yani kağıt edilecek. Ev doktorunuza tıbbi veriler hakkında daha fazla soru sorulmayacak. Ev doktorunuzla bizim tarafımızdan elde edilen bilgiler de paylaşılmayacak.
Sizin şahsi verileriniz gizlice ele alınacak ve işlenecek. Bu verilere sadece bu araştırmayı yapan kişiler ulaşabilecek. Bu şahıslar ağızlarını sıkı tutmakla yükümlüdürler. Verilere yabancı birinin erişmesi mümkün değildir.
Eğer bu araştırmadan geri çekilmek isterseniz, hakkınızda şimdye kadar toplanmış verilerin hepsi silinecek ve bir daha da kullanılmayacaktır.
Hakkınızda toplanan bilgilere erişim verilerin adsızlandırılmasıyla imkansız hale gelecektir. Şahsi veriler 10 sene sonra silinecektir.
Bu proje ve araştırmada ve de verilerin kayıtedilmesinden Düsseldorf Heinrich Heine Üniversitesi Genel Tıp Dalı Profesörü Dr. Wilm sorumludur. Bu araştırmaya katılmakla sizin için herhangi bir masraf veya gider oluşmayacaktır. Anketin gerçekleşme süresi aşağı yukarı 10 dakikadır. Arzu edersiniz eğer anket esnasında veliniz hazır olabilir (size eşlik edebilir). Bu araştırma yetekli Etik komisyonu tarafından etik olarak incelenmiş ve onaylanmıştır.

Bu araştırmaya katılım tamamen isteğe bağlıdır. Siz her an hiçbir sebep göstermeden araştırmaya katılımı sonlandırabilirsiniz, bu yüzden de size herhangi bir masraf veya zarar açılmaz.
Araştırmayla ilgili başka sorularınız olursa ya da araştırmadan geri çekilmek isterseniz, bu durumda şahıslara başvurabilirsiniz.



INSTITUT FÜR ALLGEMEINMEDIZIN

Direktor
Univ.-Prof. Dr. med.
Stefan Wilm

Werdener Str. 4
D-40227 Düsseldorf

Sekretariat 0211 81-17771
Fax 0211 81-18755

Ansprechpartnerin:

Dr. Vera Kalitzkus
Tel: 0211 81- 17771

Vera.Kalitzkus@med.uni-
duesseldorf.de

Franziska Groß
Tel.: 015734512372

Franziska.Gross@uni-
duesseldorf.de

Franziska Groß
Tel: 015734512372
Email: Franziska.Gross@uni-duesseldorf.de

Ya da
Dr. Vera Kolitzkus
Tel: 0211-177771
Email: Vera.Kalitzkus@uni-duesseldorf.de

Genel Tıp Enstitüsü
Tıp Fakültesi
Heinrich- Heine- Üniversitesi Düsseldorf
Werdener Str. 4
Tel: 0211-81-17771
Fax: 0211-81-18755

**Araştırma için hastanın rıza göstermesi
'Eşlik eden kişinin ev doktorundaki Rolü'**

Katılım açıklaması

1. Yukarıdaki araştırmayla ilgili yazılı hasta bilgilerini aldım ve bana da araştırmaya katılacağımı kabul etmemin bir fotokopisi elime verildi. Her iki dökümanı da okuyup anladım. Detaylı şekilde-sözlü ve yazılı- araştırmanın hedefi, haklarım ve görevlerim üzerine bilgilendirildim. Ayrıca sigorta koruması ve araştırmaya kendi isteğimle katılma konusunda bilgi aldım.
2. İmzama anlatılan süreci kabul ettiğimi açıklıyor ve bu bilimsel araştırmaya katılmayı onaylıyorum. Bu araştırmaya katılmayı kendi isteğim olduğu ve benim her hangi bir sebep bildirmeden her an araştırmayı sonlandırabileceğim bana bildirildi. Ve bunun sonucunda bana bir zarar gelmeyeceği de anlatıldı. Ayrıca anket esnasında velimin bana eşlik edebileceği de haklarım arasında.

Yer, Tarih

Adı, Soyadı

İmza

Verilerin korunması kabulü açıklaması

Araştırmayla ilgili elde edilen verilerin kayıt edilip değerlendirileceği bilgim dahilindedir ve rıza gösteriyorum. Sağlığım üzerine toplanan bilgilerin kullanılması kanuni hükümlere bağlıdır, bu araştırmaya katılmadan önce sizin gönüllüce kabul açıklamasını kabul etmenizi şart koşar, yani bu verilerin korunmasının kabulü açıklamasını kabul etmeden bu araştırmaya katılamazsınız. Ayrıca velinizin de bunu kabul etmesi arzu edilir. Sadece velinizin kabulü sayesinde araştırmaya katılım mümkün olacaktır.

1. Yukarıda belirtilen araştırma çerçevesi içinde şahsım üzerine edilen verilerin ve verdiğim ifadelerin elektronik veri bankasına anonim olarak kayıt edileceğini ve Genel Tıp Enstitüsünün yerel veri bankasına da kayıt edilebileceğini kabul etmekteyim. Gerekirse bu bilgiler anonim (Şifreli) değerlendirilip Düsseldorf Üniversitesi Genel Tıp Enstitüsü araştırma çalışanlarının hizmetine sunulabilecek, yani verilebilecektir. Böylelikle üçüncü bir kişi için ilişki kurma imkanı olmayacaktır.
2. Elde edilen malzemenin (konferans ve yayın çerçevesi içinde) yayınlama maksatıyla kullanılabileceğini kabul ediyorum. Bu çerçevede benimle ilgili her türlü şahsi verilerin silinip anonimleştirileceği garantisini verilmektedir. Elde edilen şahsi bilgiler üçüncü bir kişi veya kuruma verilemez.
3. Elde edilen malzemenin muhtemelen başka değerlendirmeler için (ikinci bir veri analizi için) kullanımını kabul ediyorum. Böylesi ek değerlendirmeler sadece anonim veri koruması çerçevesinde yapılabilir, fakat şimdiye kadar böyle birşey söz konusu olmamıştır.
4. Araştırmaya gönüllüce katılmam tarafımda bilinmektedir ve bana zararı olmadan her an ve de sebep bildirmeden bu araştırmadan çıkabileceğimi de biliyorum. Böylesi bir cayma, geri çekilme durumunda o zamana kadar toplanan bütün bilgiler silinecek ve araştırma için kullanılmayacaktır.
5. Benim hakkımda toplanan bilgilerin araştırma talimatı çerçevesinde Heinrich Heine Üniversitesi'nce 10 yıl boyunca kayıt edilip daha sonra silineceğini de kabul etmekteyim.

Verilerin korunması hakları konusunda bilgilendirildim.

Bilgi verilme günü -----

Tarafından-----

Bana soru sormam için fırsat verildi. Bu sorular eksiksiz ve beni memnun edecek şekilde cevaplandırıldı. Yazılı bilgilere ek olarak aşağıdaki noktalara değinilmiştir:

Yer, Tarih

Adı, Soyadı

İmza

Anhang Zählung Datenerhebung

Studie: „Die Rolle der Begleitperson in der hausärztlichen Sprechstunde aus Sicht des Indexpatienten“

Institut für Allgemeinmedizin Düsseldorf
Kontakt: Franziska Groß/ Franziska.Gross@uni-duesseldorf.de

Praxis:

Arzt/Ärztin:

Datum:

Vormittagssprechstunde

Nachmittagssprechstunde

Patienten/Patientinnen in der heutigen Sprechstunde:

Deutsche Patienten/Patientinnen:

Deutsche Patienten/Patientinnen in Begleitung:

Patienten/Patientinnen mit türkischem Migrationshintergrund:

Patienten/Patientinnen mit türkischem Migrationshintergrund in Begleitung:

Patienten/Patientinnen anderer Herkunft:

Patienten/Patientinnen anderer Herkunft in Begleitung:

Danksagung

Hiermit danke ich meinem Doktorvater Professor Dr. med. Stefan Wilm, der mir nicht nur die Freiheit gewährte, mein Thema selbst zu wählen, sondern mir die Möglichkeit zur Promotion einräumte. Ein weiterer herzlicher Dank gilt meiner Betreuerin Frau Dr. Vera Kalitzkus, die mich als erste Ansprechpartnerin bei der Umsetzung des Promotionsprojekts stets unterstützte und mich durch die Höhen und Tiefen dieser Arbeit begleitete. Auch Professor Dr. Heiner Fangerau, der dieses Promotionsprojekt ebenfalls betreute, möchte ich herzlich danken.

Des Weiteren danke ich den beteiligten Praxen für die Möglichkeit der Durchführung der Datenerhebung.

Ein herzlicher Dank gilt zudem meiner Familie, allen voran meinem Mann Simon Randerath, der mich mit viel Geduld und Liebe durch das Dissertationsprojekt begleitete und beim Korrekturlesen und Formatieren eine riesige Unterstützung, wenn nicht meine letzte Rettung darstellte. Auch meiner Schwester Katharina Groß, die immer an meiner Seite steht und mich insbesondere beim Brainstorming unterstützte, möchte ich herzlich danken. Meinen Eltern Beata Groß und Theodor Groß sowie meinem Bruder Christoph Groß danke ich für die zahlreichen Ermutigungen und die Hilfe beim Korrekturlesen. Meiner Schwiegermutter Monika Randerath danke ich für die Übersetzung der Materialien ins Türkische.