

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

DISSERTATION

Vergleich des Arzneimittelkonsums türkischer und deutscher Patientinnen in der  
Hausarztpraxis:

Ergeben sich Konsequenzen für die Arzneimittelbehandlung?

zur Erlangung des akademischen Grades

Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät

Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Sabriye Ayyildiz

aus Berlin

Datum der Promotion: 27.02.2015

*Gewidmet*  
*meinen beiden Töchtern*  
*Sara und Zümra*

# INHALTSVERZEICHNIS

<b>ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS.....</b>	<b>5</b>
<b>Abstract.....</b>	<b>6</b>
<b>Abstrakt.....</b>	<b>7</b>
<b>1 Einleitung .....</b>	<b>8</b>
1.1 Migranten im Gesundheitswesen .....	8
1.2 Frauen im Gesundheitswesen – Gender Mainstreaming.....	12
1.3 Arzneimittel.....	13
1.3.1 Zahlen und Fakten .....	13
1.3.2 Unterschiedlicher Arzneimittelkonsum bei Männern und Frauen .....	14
1.3.3 Medikamentenabhängigkeit.....	16
1.4 Fragestellungen und Hypothesen der Untersuchung.....	19
<b>2 Methoden.....</b>	<b>22</b>
2.1 Erhebungssituation .....	22
2.2 Stichprobenauswahl und -zusammensetzung.....	22
2.3 Teilnehmende Hausärzte .....	23
2.4 Vorliegendes Erhebungsinstrument.....	25
2.5 Untersuchungszeitraum .....	27
2.6 Statistische Auswertung .....	28
2.7 Fragebogen-Items .....	29
<b>3 Ergebnisse .....</b>	<b>33</b>
3.1 Rücklauf der Fragebögen .....	33
3.2 Deskriptive Statistik .....	33
3.2.1 Alter und Geburtsland .....	35
3.2.2 Familienstand und Kinderzahl.....	35
3.2.3 Deutschkenntnisse und Aufenthaltsdauer.....	36
3.2.4 Muttersprachliche Verständigung mit dem Hausarzt.....	37
3.2.5 Schul- und Berufsausbildung.....	37
3.2.6 Beschäftigungsverhältnis.....	37
3.2.7 Einkommen.....	37
3.2.8 Häufigkeit der Erkrankungen und Beschwerden.....	38
3.2.9 12-Monats-Häufigkeit für psychische Erkrankungen.....	40
3.3 Inferenzstatistik .....	41
3.3.1 Medikamenteneinnahme.....	41
3.3.2 Polypharmakotherapie .....	42
3.3.3 12-Monats-Einnahme von Medikamenten nach Wirkstoffklassen ....	42
3.3.4 4-Wochen-Einnahme von Schmerzmitteln.....	43

3.3.5	Einnahmehäufigkeit von Schlaf oder Beruhigungsmitteln.....	44
3.3.6	Befürwortung der Medikamenteneinnahme .....	46
3.3.7	Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustands.....	47
3.3.8	Lesen der Beipackzettel.....	48
3.3.9	Zigaretten- und Alkoholkonsum.....	49
3.3.10	Inanspruchnahme von ambulanten Ärzten .....	51
<b>4</b>	<b>Diskussion.....</b>	<b>53</b>
4.1	Ergebnisse zu soziodemographischen Daten.....	53
4.1.1	Altersstruktur .....	54
4.1.2	Kinderzahl .....	54
4.1.3	Deutschkenntnisse / Sprachliche Verständigung mit dem Hausarzt ..	55
4.1.4	Schulbildung und Berufsabschluss .....	55
4.1.5	Erwerbssituation .....	56
4.1.6	Einkommen.....	56
4.2	Ergebnisse der Fragebogenauswertung und Hypothesentestung .....	58
4.2.1	12-Monats-Häufigkeit von Erkrankungen und Beschwerden .....	59
4.2.2	Inanspruchnahmeverhalten bei ambulanten Ärzten .....	64
4.2.3	Subjektiver Gesundheitszustand.....	66
4.2.4	Arzneimittelverhalten .....	67
4.2.5	Lesen der Beipackzettel.....	73
4.2.6	Zigaretten- und Alkoholkonsum.....	75
4.3	Stärken und Einschränkungen der Arbeit.....	76
4.4	Fazit und Schlussfolgerungen.....	78
	<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>80</b>
	<b>Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>86</b>
	<b>Tabellenverzeichnis.....</b>	<b>87</b>
	<b>Anhang .....</b>	<b>88</b>
	I. Verwendeter Fragebogen: .....	88
	II. Angewandte Statistische Tests für die Hypothesen:.....	93
	<b>Eidesstattliche Versicherung.....</b>	<b>102</b>
	<b>Danksagung.....</b>	<b>103</b>
	<b>Lebenslauf.....</b>	<b>104</b>

## ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AMG	Arzneimittelgesetz
ATC	Anatomisch-Therapeutisch-Chemische Klassifikation
AUDIT	Alcohol Use Identification Disorder Test
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BKK	Bundesverband der Betriebskrankenkassen
BMBF	Bundesministerien für Bildung und Forschung
BMG	Bundesministerien für Gesundheit
CAGE	Cut down drinking, Annoyance, Guilty, Eye opener
DDD	Defined daily dose = definierte Tagesdosis
DDG	Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Migranten e.V.
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
DETECT	Diabetes Cardiovascular Risk-Evaluation: Targets and Essential Data for Commitment of Treatment. Epidemiologisches primärärztliches Studienprogramm
DEGS	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.
FTND	Fageström Test for Nicotine Dependence
GEDA	Gesundheit in Deutschland aktuell
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification
KIGGS	Kinder- und Jugendgesundheitsurvey
KV	Kassenärztliche Vereinigung
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NSAR	Nichtsteroidale Antirheumatika
OTC	Over the counter; Bezeichnung für apothekenpflichtige und gleichzeitig nicht verschreibungspflichtige Medikamente
PIM	Potenziell inadäquate Medikation
PRISCUS-Liste	Liste potenziell inadäquater Medikation für ältere Menschen
RKI	Robert Koch-Institut
SOEP	Sozioökonomisches Panel
WHO	World Health Organization, Weltgesundheitsorganisation
ZfTI	Stiftung Zentrum für Türkeistudien

## Abstract

In health research, very little data are found on migrants, and often are not selected due to limited skills in German during questioning. The German Central Office for Dependency Matters (DHS) estimates the number of those addicted to prescription drugs in Germany to be between 1.4 and 1.5 million. It is striking that the percentage of affected women amounts to nearly 70% [31]. To conduct this study, quantitative surveys of female patients were carried out at the practice of 15 general practitioners in Berlin. The participating practices are located predominantly in districts in Berlin with a high number of people with a migrant background.

The data acquisition occurred with the help of an individually developed, pilot questionnaire which was deposited in the waiting rooms of the various practices (Purposive Sampling) and was available in German as well as Turkish. The survey occurred over a period of 6 months and questionnaires from 411 patients were evaluated: 62 % had a migration background, and 56 % were of Turkish origin (N=231). Following the evaluation of the data, common characteristics as well as significant differences could be noted: Turkish patients statistically took pain killers ( $p < .001$ ) as well as psychotropic drugs ( $p < .001$ ) significantly more often than German patients.

When asked about reading the package leaflet for medication prescribed, 18 % of Turkish patients admitted they did not read this information, but only 2.5 % of the German patients admitted the same ( $p < .004$ ). At 20 %, the illness frequency for diabetes mellitus with Turkish patients is more than twice as high than with German patients (6 %). At 13 %, the illness frequency of depression in Turkish women was also considerably higher than 2.5 % of German women. It was also shown that Turkish patients advocated the use of medication to help cope with job or family-related stress significantly more often than German patients ( $p < .001$ ). Until now, there has not been sufficient care data collected in Germany comparing the consumption of medicines between migrants and German patients. In spite of various selection effects that cannot be excluded in this sample, the results point to differences which should be further investigated in a representative cross-sectional survey. The goal should be to improve the limited access to the health care and linguistic hurdles in the area of health education and prevention for migrants as well as recognize the existing gaps in prevention within the health system.

## Abstrakt

In Gesundheitsstudien finden sich wenige Daten über Migrantinnen, und häufig werden sie aufgrund von unzureichenden Deutschkenntnissen bei Befragungen kaum wahrnehmbar selektiert. Die Medikamentenabhängigkeit in Deutschland beträgt nach Schätzungen der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen zwischen 1,4 und 1,5 Millionen. Auffällig ist, dass der Anteil betroffener Frauen nahezu 70 % beträgt [31]. Für die Erstellung dieser Studie wurde eine quantitative Patientinnenbefragung in 15 Berliner Hausarztpraxen durchgeführt. Die teilnehmenden Praxen befinden sich überwiegend in Berliner Bezirken mit einem hohen Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund. Die Datenerfassung erfolgte mithilfe eines eigens entwickelten, pilotierten Fragebogens, der in den Wartezimmern der Hausarztpraxen hinterlegt wurde und von den Patientinnen auszufüllen war (Purposive Sampling). Der Fragebogen stand den Patientinnen sowohl in deutscher als auch in türkischer Sprache zur Verfügung. Die Erhebung erfolgte über einen Zeitraum von 6 Monaten. Insgesamt wurden Fragebogen von 411 Patientinnen ausgewertet. 62 % von ihnen hatten einen Migrationshintergrund, 56 % waren türkischer Herkunft (N=231). Nach Auswertung der Daten ergaben sich sowohl Gemeinsamkeiten als auch signifikante Unterschiede zwischen deutschen und türkischen Patientinnen: Türkische Patientinnen nahmen statistisch signifikant häufiger Schmerzmittel ( $p < .001$ ) sowie signifikant häufiger Psychopharmaka ein ( $p < .001$ ) als deutsche Patientinnen. 18 % der türkischen, aber nur 2,5 % der deutschen Patientinnen gaben an, den Beipackzettel der einzunehmenden Medikamente nicht zu lesen ( $p < .004$ ). Die Erkrankungshäufigkeit für Diabetes mellitus lag bei den türkischen Patientinnen mit 20 % mehr als doppelt so hoch wie bei den deutschen Patientinnen (6 %). Auch die Erkrankungshäufigkeit für Depressionen lag mit 13 % bei den türkischen Frauen im Vergleich zu deutschen Frauen mit 2,5 % deutlich höher. Es stellte sich heraus, dass türkische Patientinnen eine Medikamenteneinnahme bei Stress im Beruf oder in der Familie signifikant häufiger befürworteten als deutsche Patientinnen ( $p < .001$ ). Bisher fehlen für Deutschland hinreichende Versorgungsdaten zum Arzneimittelkonsum bei Migrantinnen im Vergleich zu deutschen Patientinnen. Trotz vielfältiger nicht auszuschließender Selektionseffekte, der hier untersuchten Stichprobe, weisen die Ergebnisse auf Unterschiede hin, die in repräsentativ angelegten Querschnittsbefragungen zu überprüfen sind. Ziel sollte es sein, dass bei Migrantinnen der eingeschränkte Zugang zur Gesundheitsversorgung und sprachliche Hürden im Bereich der Gesundheitsaufklärung und Prävention verbessert und vorhandene Präventionslücken im Gesundheitssystem erkannt werden.

# 1 Einleitung

In Deutschland gibt es noch zu wenige repräsentative Daten über die gesundheitliche Situation von Migranten. Gleichwohl werden zu diesem Thema in letzter Zeit verstärkt Studien, oft in Form von Surveys, durchgeführt. Diese geben erste Hinweise auf Unterschiede bei Migranten türkischer Herkunft und Aussiedlern, deren Mortalität sich aber der der deutschen Bevölkerung annähert. Zunehmend werden gesundheitsfördernde Projekte speziell für Migranten angeboten. In der Datenbank der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung sind über 2.600 Präventionsprojekte aufgeführt, von denen etwa 25 % auch auf Migranten und sogar 6 % ausschließlich auf Migranten ausgerichtet sind [1].

Die vorliegende Arbeit soll einen Beitrag zur konstruktiven Weiterentwicklung des sowohl aus der Praxiserfahrung als auch aus der Forschungsperspektive heraus spannungsreichen und anregenden Feldes der migrationsbezogenen Präventionsarbeit leisten.

## 1.1 Migranten im Gesundheitswesen

Patienten mit Migrationshintergrund<sup>1</sup> gehören in Deutschland mittlerweile zum Alltagsbild eines jeden Hausarztes. Das Statistische Bundesamt teilt auf der Basis von Ergebnissen des Mikrozensus 2010 mit, dass Migranten<sup>2</sup> mittlerweile einen Anteil von 19,5 % an der Gesamtbevölkerung Deutschlands ausmachen. Demnach haben ca. 16 Millionen Bürger in Deutschland einen Migrationshintergrund. In Deutschland leben aktuell ca. 2,9 Millionen Menschen mit türkischem Migrationshintergrund<sup>3</sup>. Ca. 560.000 von ihnen besitzen die deutsche Staatsbürgerschaft. Mit einem Bevölkerungsanteil von ca. 3,5 % und einem Anteil an der nichtdeutschen Bevölkerung von ca. 18,5 % bildet die türkische Bevölkerung in Deutschland die größte ethnische Minderheit [2]. Vor allem in Großstädten wie Berlin machen ausländische

---

<sup>1</sup> In der vorliegenden Arbeit wird für Menschen mit Migrationshintergrund die Definition des Statistischen Bundesamtes aus dem Mikrozensus 2005 verwendet: „Zu den Menschen mit Migrationshintergrund (im weiteren Sinn) zählen alle nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Zugewanderten, sowie alle in Deutschland geborenen Ausländer und alle in Deutschland als Deutsche Geborenen mit zumindest einem zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil“ [2]. Als weiteres Instrument zur Erfassung eines Migrationsstatus wird von einigen Epidemiologen der „Mindestindikatorensatz“ empfohlen. Dieser beinhaltet die Abfrage von bestimmten Merkmalen wie Geburtsland von Vater und Mutter, Einreisejahr, Muttersprache, Deutschkenntnisse sowie Aufenthaltsstatus [3].

<sup>2</sup> Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit an einigen Stellen nur die maskuline Form gewählt. Diese steht stellvertretend für die jeweils gleichfalls mögliche feminine Form.

<sup>3</sup> Zur Vereinfachung wurde in dieser Arbeit durchgehend der Begriff „türkische Patientinnen“ für Patientinnen mit türkischem Migrationshintergrund (laut Definition des Statistischen Bundesamtes aus dem Jahr 2005) verwendet. Gleiches gilt für die Verwendung des Begriffs „türkische Frauen“.



Mitbürger bis zu 13,5 % der Bevölkerung aus. Nach aktuellen Angaben des Amts für Statistik Berlin-Brandenburg leben in Berlin ca. 176.000 Einwohner mit türkischem Migrationshintergrund [4]. In einigen Berliner Bezirken wie Mitte, Neukölln oder Friedrichshain-Kreuzberg haben bis zu 45 % der Menschen einen Migrationshintergrund. Es ist daher davon auszugehen, dass in vielen Berliner Hausarztpraxen mehr als ein Drittel der Patienten nichtdeutscher Herkunft sind. Umso wichtiger ist es, sich als Hausarzt über den Gesundheitszustand und die Hintergründe des Gesundheitsverhaltens der Migranten zu informieren und sich damit auseinanderzusetzen. Der Hausarzt gilt als der primäre Ansprechpartner bei allen Gesundheitsproblemen. Die Allgemeinmedizin bietet enorme Potenziale für eine gute Versorgung der Menschen mit Migrationshintergrund, die noch weiter ausbaufähig sind. Der besondere Stellenwert des Hausarztes mit der engeren und vertrauteren Arzt-Patienten-Beziehung, seine haus- und familienärztliche Funktion, seine besondere Rolle in der Gesundheitsförderung sowie in seiner Koordinations- und Integrationsfunktion bilden eine wichtige Basis für die Gesundheitsversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund [5].

In gesundheitswissenschaftlichen Studien ist die Erfassung des Migrationshintergrunds sehr wichtig, da anzunehmen ist, dass der Migrationsprozess der Eltern und Großeltern auch einen nicht zu unterschätzenden Einfluss auf die folgenden Generationen haben kann, in erster Linie auf ihre Sozialisation, mit Wirkung unter anderem auch auf ihr Gesundheits- und Risikoverhalten [6].

Das Robert Koch-Institut beschreibt in einer Gesundheitsberichtserstattung über Migration und Gesundheit, dass Studien über Migranten auch methodische Probleme mit sich bringen, da die Identifizierung von Migranten schwierig ist. Es wird empfohlen, nicht nur Menschen mit eigener Migrationserfahrung einzubeziehen, sondern auch Menschen, deren Eltern migriert sind [7].

In einer sekundär analytischen Studie zum Thema „Migration und Gesundheit“ beschreiben Dr. Michael Knipper und Dr. Yasar Bilgin von der Universität Gießen die Bevölkerung mit Migrationshintergrund als eine sehr heterogene Gruppe. Sie behaupten, dass nur nach statistischen Kriterien erfasste und untersuchte Gruppen von Migranten keine einheitlichen und spezifischen Aussagen zu deren Krankheitsrisiken oder -häufigkeiten machen können [8]. Weiterhin stellen sie fest, dass der Gesundheitszustand bei Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland nicht grundsätzlich besser oder schlechter ist als bei Menschen ohne Migrationshintergrund. Trotz einiger Studienergebnisse, nach denen Migranten einen besseren Gesundheitszustand und eine geringere Sterblichkeit (Mortalität) im Vergleich zur

einheimischen Bevölkerung aufweisen, welches in der Epidemiologie als sogenannter „Healthy-Migrant-Effect“ [9] beschrieben wird, widersprechen diesem Effekt aber wiederum andere Studien, die bei Untersuchungen von Morbiditäts- oder Mortalitätsrisiken von Migranten zu anderen Ergebnissen kommen. Knipper und Bilgin kommen zu dem Schluss, dass Studien über Migration und Krankheit bzw. Gesundheit ohne die richtige Interpretation der zugrunde liegenden Bedingungen und krankheitsauslösenden Mechanismen bei Migranten oft unbefriedigend sind und nur eine Art „Black-Box-Epidemiologie“ darstellen [8].

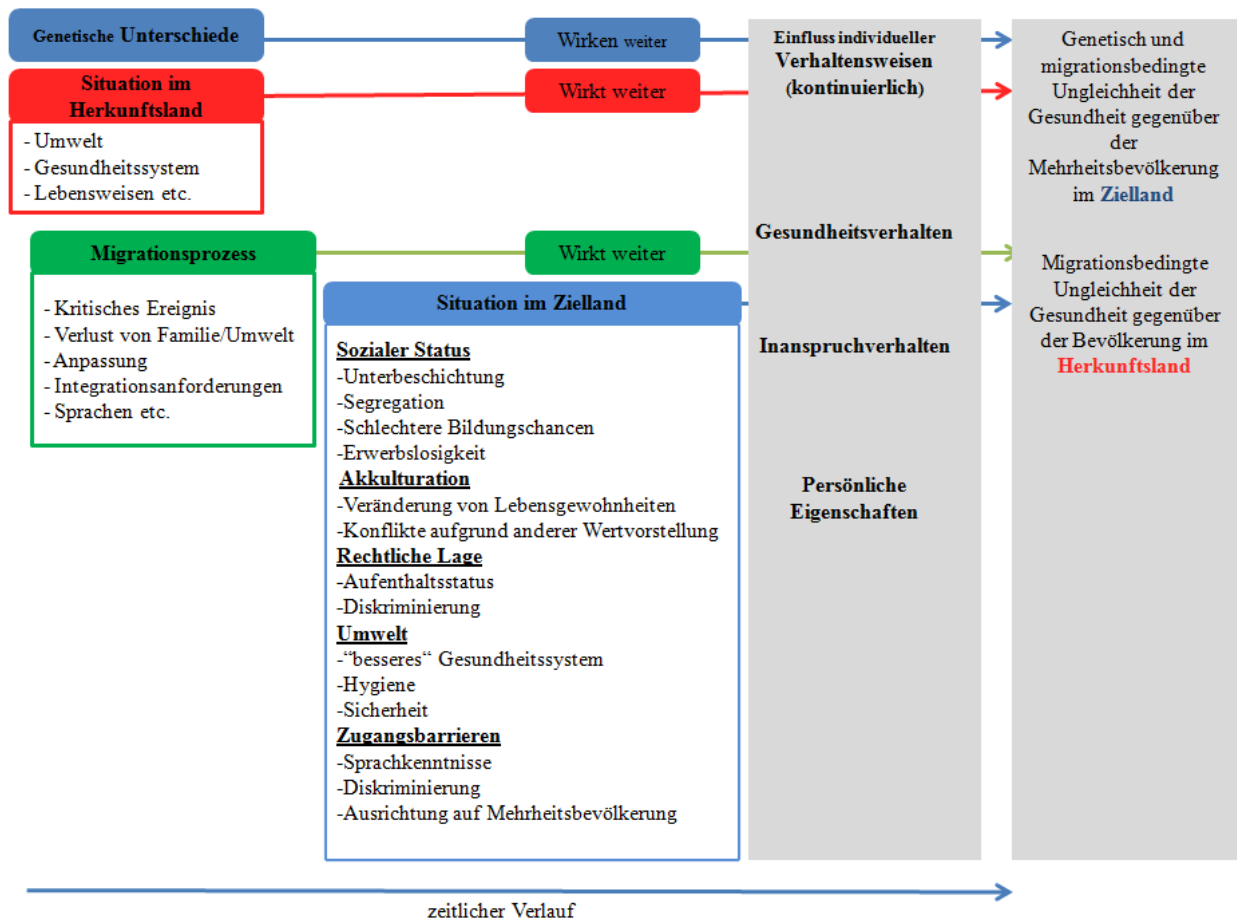
Muthny et al. beschreiben beide Seiten der interkulturellen Begegnung: „Wenn es um interkulturelle Aspekte im Rahmen der medizinischen Versorgung geht, stehen in aller Regel Probleme und Defizite ganz im Vordergrund, wie auch häufig in einer kontrovers diskutierten politischen Diskussion. Insofern erscheint es zu Beginn eines solchen Überblicks durchaus sinnvoll auch auf fruchtbare und anregende Aspekte der kulturellen Begegnung hinzuweisen“ [10].

Im Dossier Migration und Gesundheit halten Bermejo et al. fest, dass die Migration im Kontext des deutschen Gesundheitswesens mit bestimmten Belastungsfaktoren assoziiert ist, was die Entstehung und den Verlauf von Krankheiten beeinflussen kann. Gleichwohl sei aber auch die Gesundheitsversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund unzureichend, denn hinsichtlich Diagnostik und Behandlung bestehe weiterhin ein Mangel an geeigneten Angeboten bzw. Fachpersonal. Sie räumen ein, dass sich aber auch bei Menschen mit Migrationshintergrund deutliche Defizite im Wissensstand bezüglich der Behandlungsmöglichkeiten erkennen lassen. Es wird empfohlen, bei Präventions- und Gesundheitsangeboten für den migrantischen Teil der Bevölkerung in Deutschland sowohl migrations- als auch kulturbezogene Faktoren zu berücksichtigen. Des Weiteren wird auf mehr kultursensitive Interventionen hingewiesen, die auch subkulturelle Aspekte, wie regionale und familiäre Gewohnheiten und Bräuche sowie unterschiedliche Migrations- und Integrationsprozesse, berücksichtigen sollen [11].

Hausärztliche Leistungen und andere Leistungen des Gesundheitswesens werden seltener von Migranten beansprucht als von Deutschen. Die vergleichsweise geringe Teilnahme an Präventionsangeboten kann man auch bei Kindern mit Migrationshintergrund beobachten, die in Deutschland geboren wurden. Der Zugang zu Präventions- und Vorsorgeangeboten von Migranten ist durch verschiedene Barrieren eingeschränkt. Insbesondere die unzureichende Information über vorliegende Präventions- und Vorsorgeangebote sowie Sprachprobleme, die das Verständnis von deutschen Informationsmaterialien und Formularen verhindern und die

Kommunikation mit den Ärzten erschweren, spielen eine große Rolle. Hinzu kommt die mitunter andere Einstellung zu Krankheit und Gesundheit [1].

Nach dem „Lifecourse-Epidemiology-Modell“ von Spallek und Razum (s. Abbildung 1) gibt es viele Einflussgrößen, die die Gesundheit von Migranten im Laufe ihres Lebens beeinträchtigen. Die Lifecourse Epidemiology umfasst die verschiedenen Expositionen während des gesamten Lebenslaufes [12].



**Abbildung 1: Einflussgrößen auf die Gesundheit von Migranten aus der Sicht der Lifecourse Epidemiology**

Der Migrationsprozess alleine macht die Migranten nicht krank, sondern vielmehr die sozialen Bedingungen im neuen Umfeld. Dazu gehören die oftmals schlechten Wohnverhältnisse, schwere Arbeitsbedingungen, Arbeitslosigkeit, das fehlende familiäre Netzwerk und die Erfahrung von Ausgrenzung und Diskriminierung. In den letzten Jahren wurden auf politischer und wissenschaftlicher Ebene Strategien und Angebote entwickelt, um den sozioökonomischen Status der Migranten zu verbessern. Es ist bekannt, dass Migranten oftmals einen schlechteren Zugang zur Gesundheitsversorgung haben als die Mehrheitsbevölkerung [13].

Migranten werden oft als „Hard-to-reach-Gruppe“ angesehen, da sie bei vielen Studien schwer zu erreichen sind. Daher müssen Migranten zielgruppengerecht behandelt werden, betonen Walter et al. in einem Essay über die Erreichbarkeit von Migranten. Um eine bessere Inanspruchnahme präventiver Maßnahmen zu gewährleisten, sollen dabei aktive Zugehstrukturen eingesetzt werden. Dabei seien Kenntnisse über ihre Kultur und ihre Verhaltensweisen unerlässlich. Hier spielen muttersprachliche Präventionsberater eine wichtige Rolle [14].

## **1.2 Frauen im Gesundheitswesen – Gender Mainstreaming**

In der vorliegenden Studie wurden ausschließlich Frauen befragt, sodass im Folgenden auf das Thema des Gender Mainstreamings eingegangen wird. Seit bereits über zwei Jahrzehnten hat sich das Gender Mainstreaming auch in der Gesundheitsforschung etabliert. Ziel des Gender Mainstreaming ist, Männern und Frauen den gleichen Zugang zu den Ressourcen im Gesundheitswesen zu verschaffen, um ihr Gesundheitspotenzial voll ausschöpfen zu können. Bisher wurde die Geschlechtszugehörigkeit jedoch wenig berücksichtigt, was zu einer inadäquaten medizinischen Behandlung von (vor allem) Frauen führte. Dabei gibt es je nach Geschlecht unterschiedliche Bedürfnisse für eine adäquate Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung [15]. Laut Kolip et al. ist es wichtig, dass auch in der Prävention und Gesundheitsförderung das Prinzip des Gender Mainstreamings konsequent eingeführt wird [16].

In vielen wissenschaftlichen Studien konnte gezeigt werden, dass sich Frauen und Männer im Hinblick auf ihr Gesundheitsbewusstsein und -befinden, Gesundheitsverhalten, Krankheitspektrum sowie in ihrer Krankheitsbewältigung unterscheiden. Neben dem Genderaspekt sind diese Unterschiede auch abhängig von sozioökonomischen Aspekten, wie z. B. soziale Schicht, Bildung, Einkommen oder Migrationshintergrund. Dass Medikamente bei Frauen anders wirken können als bei Männern ist einschlägig publiziert. Dennoch wird oftmals in der pharmakologischen Forschung die gleichgewichtige Beteiligung von Frauen bei Arzneimittelstudien noch nicht erreicht. In klinischen Studien sind nicht nur Frauen unterrepräsentiert, sondern auch Kinder und ältere Menschen [17].

Lademann et al. beschreiben in einem geschlechtervergleichenden Gesundheitsbericht, dass Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten entscheidend von geschlechtsspezifischen Arbeits- und Lebensbedingungen beeinflusst werden [18].

Es ist bekannt, dass Wirkungen und Nebenwirkungen von vielen Medikamenten bei Männern und Frauen unterschiedlich sind. „Die Medizin braucht eine spezifische Betrachtungsweise der biologischen Unterschiede der Geschlechter“, sagt Vera Regitz-Zagrosek, Direktorin des Instituts für Geschlechterforschung in der Medizin (GiM) an der Berliner Charité. In einer aktuellen großen Studie konnte z. B. gezeigt werden, dass Frauen unter einer Digitaltherapie eine höhere Sterblichkeit aufweisen als Männer. Dies wird mit einem unterschiedlichen Arzneistoffwechsel bei Frauen und Männern begründet. Wichtige Gründe für einen unterschiedlichen Arzneistoffwechsel sind das geringere Gewicht von Frauen und eine andere Fett- und Wasserverteilung im Körper. Die ebenfalls ungleich verteilten Stoffwechsellzyme und Hormone bei beiden Geschlechtern könnten zu Unter- oder Überdosierungen bei der medikamentösen Therapie führen. Diese sehr wichtigen Unterschiede sind bekannt, dennoch werden Medikamente in den Markt eingeführt, die bei Frauen stärkere Nebenwirkungen aufweisen als bei Männern. Als Gründe für die Unterrepräsentation von Frauen in pharmazeutischen Studien werden vonseiten der Pharmaforschung die verschiedenen hormonellen Einflüsse und Umstände bei den Frauen, wie z. B. Schwangerschaft, Zyklus etc., die zu einer Verzerrung von Medikamentenwirkungen führen können, genannt. Dagegen seien Männer stabiler und gleichförmiger in ihren Körperabläufen, was der Pharmaindustrie Geld und Zeit erspare [19]. Daher ist es sehr wichtig Untersuchungen zum Arzneimittelkonsumverhalten von Frauen durchzuführen, um zu erkennen, welche Arzneimittelgruppen häufig von Frauen benötigt und eingenommen werden und dementsprechend diese Wirkstoffe besser zu erforschen.

## **1.3 Arzneimittel**

### **1.3.1 Zahlen und Fakten**

Arzneimittel sind in der heutigen modernen Medizin nicht mehr wegzudenken. Sie helfen bei zahlreichen Krankheiten und Beschwerden und werden mittlerweile in über 80 % der Fälle zur Behandlung von Krankheiten eingesetzt [17]. Arzneimittel sind laut Arzneimittelgesetz (AMG, § 2 Abs. 1) Stoffe oder Zubereitungen aus Stoffen, die zur Anwendung im oder am menschlichen oder tierischen Körper vorgesehen sind, in der Eigenschaft als Mittel zur Heilung und Linderung oder zur Verhütung von Krankheiten oder Beschwerden [20]. In Deutschland müssen Fertigarzneimittel im Sinne des Arzneimittelgesetzes zuerst vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zugelassen werden, bevor sie auf den Markt

gebracht werden. Die Arbeit des BfArM besteht darin, die Wirksamkeit, Unbedenklichkeit und die pharmazeutische Qualität der Arzneimittel zu prüfen. Eine Zulassung ist auf fünf Jahre befristet [21]. Nach fünf Jahren erlischt die Zulassung bzw. Registrierung, wenn nicht durch den pharmazeutischen Unternehmer spätestens neun Monate vor Ablauf der Frist ein Verlängerungsantrag beim BfArM gestellt wird.

Nach dem Arzneimittelatlas 2012 betragen die Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Jahre 2011 ca. 27 Milliarden Euro (nach Abzug der Rabatte durch die pharmazeutische Industrie und Apotheken). 2011 wurden im Durchschnitt 16 DDD (defined daily doses = Tagesdosen) Antiphlogistika und Antirheumatika je GKV-Versicherten verordnet. Sie gehören damit zu den sehr häufig verordneten Arzneimitteln. Seit 1996 wird eine 40 %ige Zunahme des Verbrauchs von Antiphlogistika und Antirheumatika beobachtet. Die NSAR (nichtsteroidale Antirheumatika) bilden dabei den größten Anteil mit ca. 96 %. Eine signifikante Korrelation zwischen dem Pro-Kopf-Verbrauch und dem Anteil der über 55-Jährigen durch zunehmende Schmerzen im Alter bei Gelenkerkrankungen, Arthrose und Arthritis, ist ebenfalls zu beobachten [22].

### **1.3.2 Unterschiedlicher Arzneimittelkonsum bei Männern und Frauen**

Laut dem Arzneimittelverordnungsreport 2013 gibt es einen bedeutenden Unterschied bei der Medikation von Frauen und Männern. 2012 wurden Frauen mit durchschnittlich 582 Tagesdosen 19 % mehr DDD verordnet als Männern. Der größere Arzneimittelkonsum der Frauen kommt aufgrund von Verordnungen für bestimmte Arzneimittelgruppen zustande, wie z.B. Sexualhormone, Gynäkologika, Osteoporosemittel oder Schilddrüsentherapeutika. Den Frauen wurden 2012 auch 55 %-56 % häufiger Psychopharmaka und Analgetika verordnet als Männern [23].

Dem Barmer GEK Arzneimittelreport 2012 zufolge gab es noch vor zehn Jahren eine geschlechtsabhängige Differenz beim Medikamentenverbrauch. Demnach erhielten Frauen eine um 50 % höhere Arzneimitteldosierungen als Männer. Aktuell zeigt sich scheinbar ein verändertes Verteilungsmuster für Männer und Frauen. 2011 wurden im Durchschnitt pro 100 Versicherte 864 Arzneimittelverordnungen ausgestellt, Männern dabei im Durchschnitt 763 und Frauen 937. Das bedeutet eine Mehrverordnung von ca. 22 % bei gesetzlich krankenversicherten Frauen. Die Kosten dafür unterschieden sich aber kaum, da die Versorgung der Frauen insgesamt kostengünstiger war. Seit dem 01.01.2004 dürfen nämlich Erwachsenen keine nicht

verschreibungspflichtigen Medikamente mehr verordnet werden, wodurch es zu den Veränderungen des Arzneimittelverbrauchs von Frauen gekommen ist. Ein weiterer Grund für den Rückgang der Verordnungen für Frauen ist, dass Frauen in den letzten Jahren deutlich weniger Hormonpräparate in der Menopause verschrieben werden. Laut Prof. Gerd Glaeske, dem Mitverfasser des Barmer Arzneimittelreports 2012, ergeben Analysen von Krankenkassendaten aus früheren Jahren weiterhin deutliche Unterschiede bezüglich der Verordnungsmengen für Frauen und Männer. Nach den analysierten Daten erhielten Frauen, bezogen auf verordnete Packungen pro Kopf, 5,4-mal mehr Migränemittel, 2,9 – bis 3,5-mal mehr Schilddrüsenpräparate, 1,9 – bis 2,9 -mal mehr Neuroleptika und Antidepressiva und 1,6-mal mehr Schlafmittel als Männer. Demnach wurden Frauen 2010 mit durchschnittlich 33,4 verordneten Tagesdosen 56 % mehr Psychopharmaka verordnet als Männern, die durchschnittlich 21 Tagesdosen verordnet bekamen [24].

Als Hintergründe für den hohen Medikamentenkonsum der Frauen kommen verschiedene geschlechtsspezifische Aspekte infrage. Viele Frauen wählen Medikamente als eine Art „sozial unauffällige Bewältigungsform“ ihrer psychischen Belastungen. Sie haben eine intensivere Körperwahrnehmung als Männer und wesentlich häufiger Arztkontakte, denn ca. 78 % aller Arztbesuche entfallen auf Frauen. Bühren et al. führen aus, dass die Gründe für einen Arztbesuch von Frauen insbesondere psychovegetative Beschwerden, Überforderungs- und Überlastungsgefühle, Schlafstörungen, Erschöpfung, diffuse Schmerzsymptome, Unruhe und Nervosität, Konzentrationsstörungen, Ängste bis hin zu Depressionen sind. Die Ärzte wiederum werden aufgrund dieser Beschwerden und der Erwartungshaltung oft dazu verleitet, genau diese Symptome der Frauen mit Arzneimittel zu behandeln [25]. In der Expertise der deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) von 2007 wird ein Zusammenhang zwischen niedrigem sozioökonomischen Status und erhöhtem Konsum von Medikamenten mit Missbrauchs- bzw. Abhängigkeitspotenzial beschrieben. Auch sei ein erhöhter Konsum von Psychopharmaka bei Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Hintergrund sowie bei Arbeitslosen und alleinerziehenden Müttern zu erkennen. Insgesamt seien ein problematischer Medikamentengebrauch und eine Medikamentenabhängigkeit bei sozial benachteiligten Menschen, insbesondere bei Frauen, häufiger zu beobachten. Die empirische Datengrundlage wird allerdings als unzureichend eingeschätzt. Laut der DHS fehlen zum Beispiel konkrete Daten zu Verordnung oder zum Gebrauch von Schmerz-, Schlaf- und Beruhigungsmitteln oder Psychopharmaka bei Migrantinnen [26]. Die vorliegende Arbeit greift dies auf und leistet einen Beitrag um die Datenlage zu verbessern.

Abschließend muss festgestellt werden, dass keine validen Daten speziell zum Arzneimittelverhalten oder -konsum von Migrantinnen in Deutschland existieren. Lediglich in einer qualitativen Befragung von Berliner Allgemeinärzten über ihre Arbeit mit substanzabhängigen Migrantinnen stellte sich unter anderem heraus, dass besonders türkische Patientinnen stärker auf Medikamente fixiert gesehen werden und bei Frauen aus dem türkisch-islamischen Kulturkreis ein erheblicher Gebrauch von Tabletten beschrieben wird [27].

### **1.3.3 Medikamentenabhängigkeit**

Die Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization WHO) empfiehlt den Begriff „Sucht“ durch „Abhängigkeit“ zu ersetzen. Sucht ist eine Mischung aus körperlicher und psychischer Abhängigkeit. Die körperliche Abhängigkeit kennzeichnet sich durch eine Dosissteigerung und das Auftreten von Entzugserscheinungen. Von einer psychischen Abhängigkeit spricht man bei einem heftigen Verlangen eine bestimmte Substanz immer wieder zu konsumieren sowie einem Kontrollverlust über die Einnahme des Wirkstoffs [28]. Man schätzt, dass weltweit etwa 4-5 % aller verordneten Arzneimittel ein Suchtpotenzial besitzen. Etwa 30–50 % dieser Mittel werden eingenommen, um die Sucht zu stillen und Entzugserscheinungen zu vermeiden. Bei der Verordnung solcher Medikamente sollten Ärzte daher die Indikation, Verordnungsdauer und Dosierung genau bedenken. Laut Prof. Gerd Glaeske werden insbesondere Schlaf- und Beruhigungsmittel zu 25–30 % nur zur Vermeidung von Entzugserscheinungen verschrieben. Aber die unerwünschte Nebenwirkung „Abhängigkeit und Sucht“ von Arzneimitteln sollte wie andere Nebenwirkungen auch ebenso beachtet und vermieden werden. 2010 wurden in Deutschland insgesamt 27,95 Millionen Packungen Schlaf- und Beruhigungsmittel verkauft, davon entfallen ca. 19,5 Millionen Packungen oder 69 % aller Packungen auf Benzodiazepin- oder benzodiazepinähnliche Wirkstoffe. Auf pflanzliche Extrakte wie z. B. Baldrian-, Hopfen- oder Passionsblumenextrakte entfallen ca. 8,5 Millionen Packungen oder 31 % aller Packungen, was eine große Nachfrage bei Schlaf- und Beruhigungsmitteln zeigt. Der Umsatz der Pharmaindustrie betrug 2010 etwa 122 Millionen Euro, dies entspricht einem Apothekenumsatz von rund 300 Millionen Euro. Die meisten Schlaf- oder Beruhigungsmittel werden nach wie vor Frauen verordnet, insbesondere älteren Frauen. Der Anteil der Verordnungen für ältere Frauen ist höher als für ältere Männer [29].

Nach aktuellen Schätzungen der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) gibt es in Deutschland ungefähr 1,4 bis 1,5 Millionen Menschen, die medikamentenabhängig sind. 1,1 bis 1,2 Millionen von ihnen sind abhängig von Benzodiazepinderivaten. Andere Quellen schätzen



die Zahl der Medikamentenabhängigen sogar bis auf 1,9 Millionen. Die Diagnose der Medikamentenabhängigkeit orientiert sich an der ICD 10 (International Classification of Diseases and Related Health Problems, 10. Revision), einem international anerkannten Klassifikationssystem für Krankheiten der WHO [30]. Von einer Medikamentenabhängigkeit sind Untersuchungen zufolge am meisten Frauen und ältere Menschen betroffen [31]. Obwohl die meisten der Abhängigkeit erzeugenden Arzneimittel rezeptpflichtig sind, erhalten viele abhängige Menschen regelmäßig von Ihrem Arzt ein Folgerezept. Besonders psychotrop wirkende Medikamente, wie z. B. Benzodiazepine, zählen zu den am häufigsten zu einer Abhängigkeit führenden Arzneimitteln [32]. „Ein gesundheitsschädlicher Medikamentengebrauch ist in fast allen Altersstufen und sozialen Schichten zu finden“, heißt es im Leitfaden für die ärztliche Praxis [26].

Die Recherche nach internationaler Literatur zum Thema Medikamentengebrauch von Frauen lässt auch einen höheren Medikamentenkonsum bei Frauen erkennen, insbesondere für Analgetika, im Gegensatz zu Männern. Laut Prof. Tolunay vom Institut für Pharmakologie der Medizinischen Fakultät der Ankara Universität, leiden nach Ergebnissen einer Studie 69 % der Bevölkerung in der Türkei unter chronischen Schmerzen. Die Frauen bilden dabei die Mehrheit mit Kopfschmerzen an erster Stelle und nehmen deshalb sehr häufig Schmerzmedikamente ein. Es stellte sich heraus, dass 70,6 % der Frauen durchschnittlich 1–4 Schmerztabletten pro Monat einnehmen, 20 % 5–10 Schmerztabletten und 6 % von Ihnen sogar 11–20 Schmerztabletten pro Monat konsumieren [33].

In einer Querschnittsstudie von Bingefors und Isaacson nahmen Frauen in Schweden viel häufiger Analgetika ein als Männer, da bei den Frauen die Prävalenz für Schmerzen, insbesondere Kopfschmerzen höher ist als bei Männern [34].

In einer kanadischen Studie über Suchtproblematik von Frauen, fand man heraus, dass Frauen weniger Alkohol und illegale Drogen konsumieren als Männer. Dafür werden Frauen häufiger Medikamente mit Suchtpotential verschrieben (Schmerzmittel, Schlafmittel und Beruhigungsmittel) [35].

Abbildung 2 beschreibt anschaulich die Entstehung eines Medikamentenmissbrauchs. Sie zeigt die wichtigsten Risikofaktoren, die zur Entstehung eines riskanten Konsums von Medikamenten und letztendlich zur Medikamentenabhängigkeit führen können. Diese sind laut Jacobowski et al. Stress, chronische körperliche und psychische Erkrankungen sowie eine habituell geringe

Schwelle zum Medikamentenkonsum. Sowohl eine Selbstmedikation, die man persönlich zu verantworten hat, als auch die unkontrollierte Verordnung von Medikamenten durch den behandelnden Arzt können zu einem Medikamentenmissbrauch führen [26].

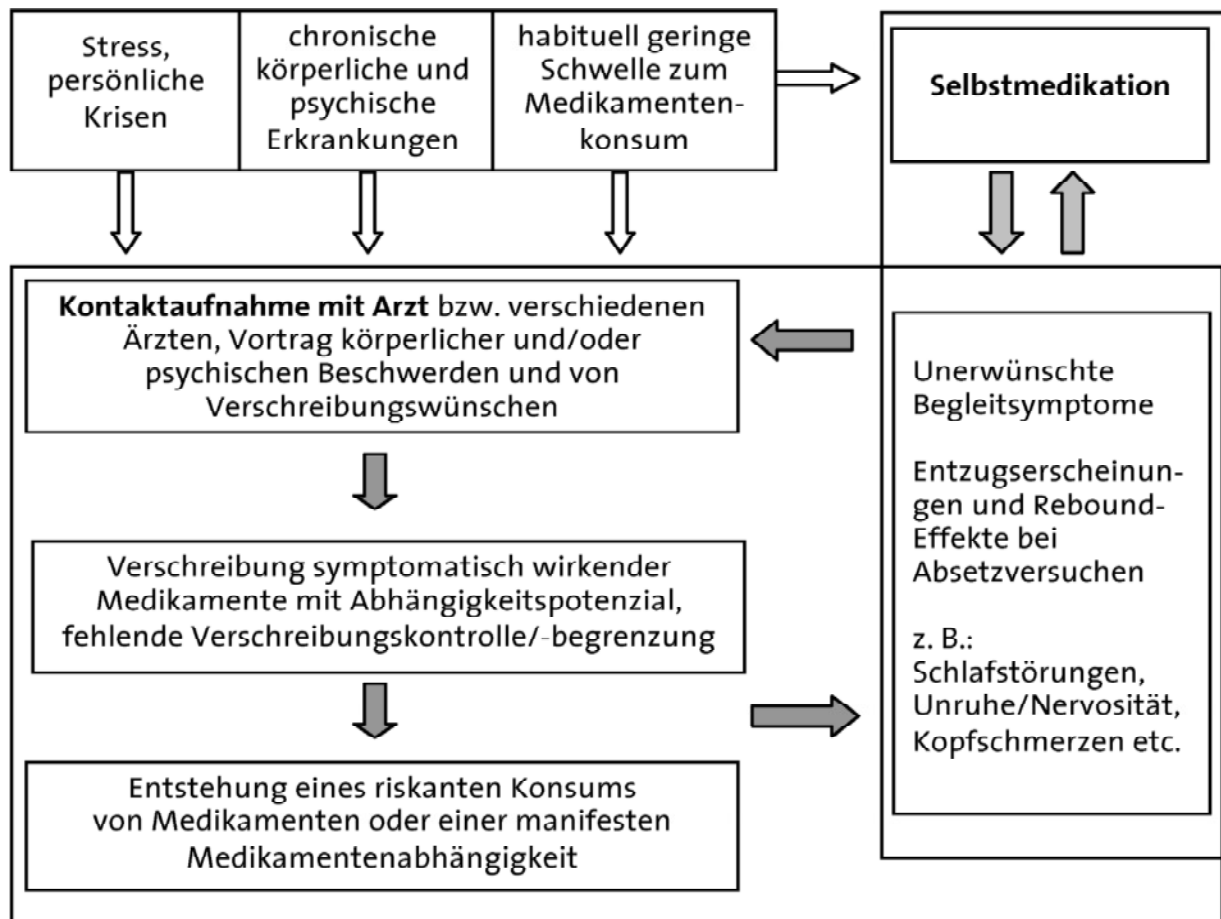


Abbildung 2: Kreislauf des Medikamentenmissbrauchs (nach Jacobowski, Kunstmann, Schwantes) [22]

Ziel dieser Arbeit ist es, mögliche Unterschiede im Arzneimittelverhalten von deutschen und türkischen Patientinnen in der Hausarztpraxis zu untersuchen. Neue Ansätze zur „Prävention unangemessenen Medikamentenkonsums bei türkischen Frauen sollen gewonnen werden. Gleichzeitig wurde versucht, mithilfe von themenrelevanten Fragen, Einblicke in das Gesundheits- und Krankheitsverhalten von türkischen und deutschen Patientinnen zu erhalten. Dabei wurde ebenfalls untersucht, ob Unterschiede vor allem in Hinblick auf Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen und auf das Gesundheits- und Risikoverhalten bestehen. Eine vergleichende Untersuchung, also die Befragung türkischer und deutscher Patientinnen in Berliner Hausarztpraxen gibt es bisher in der vorliegenden Form nicht.

## 1.4 Fragestellungen und Hypothesen der Untersuchung

Folgende Fragestellungen und die sich daraus ergebenden Hypothesen wurden der vorliegenden Arbeit zugrunde gelegt. Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurden diese in Blöcke unterteilt. Zur Vereinfachung der Hypothesentestung wurden die meisten Hypothesen einseitig (gerichtet) formuliert.

<b>Fragestellung 1</b>	<p>Bestehen Unterschiede im Umfang und in der Art der Einnahme von Arzneimitteln bei türkischen und deutschen Patientinnen in der Hausarztpraxis?</p> <p>Wie ist das Arzneimittelverhalten der Patientinnen bei einzelnen Wirkstoffgruppen, insbesondere bei den Schmerz-, Schlaf- und Beruhigungsmitteln?</p> <p>Gibt es altersbezogene Unterschiede bei der Medikamenteneinnahme?</p>
<b>Block 1</b>	<p>H-1.1: Türkische Patientinnen nehmen häufiger Medikamente ein als deutsche Patientinnen.</p> <p>H-1.2: Türkische Patientinnen nehmen häufiger Schmerzmittel ein als deutsche Patientinnen.</p> <p>H-1.3: Türkische Patientinnen nehmen häufiger Schlaf- oder Beruhigungsmittel ein als deutsche Patientinnen.</p> <p>H-1.4: Die Einnahme von Medikamenten nimmt bei Frauen mit dem Alter zu.</p> <p>H-1.5: Türkische Patientinnen sind eher bereit, bei akuten körperlichen Schmerzen, Schlafstörungen, Angststörungen und Stress zu Medikamenten zu greifen, als deutsche Patientinnen.</p>

<b>Fragestellung 2</b>	<p>Wie schätzen türkische und deutsche Patientinnen in der Hausarztpraxis ihren subjektiven Gesundheitszustand ein?</p> <p>Gibt es einen erkennbaren Zusammenhang zwischen Gesundheitszustand, Medikamenteneinnahme und sozialem Status?</p>
<b>Block 2</b>	<p>H-2.1: Türkische Patientinnen bewerten ihren Gesundheitszustand schlechter als deutschen Patientinnen.</p> <p>H-2.2: Je schlechter der subjektive Gesundheitszustand eingeschätzt wird, desto mehr Medikamente werden eingenommen.</p> <p>H-2.3: Je höher das Einkommen, desto besser ist der subjektive Gesundheitszustand.</p> <p>H-2.4: Türkische Patientinnen sind weniger über die Indikation und Anwendungsgebiete der Medikamente informiert als deutsche Patientinnen.</p>

<b>Fragestellung 3</b>	<p>Lassen sich im Hinblick auf Medikamentengebrauch und Risikoverhalten, wie Tabakkonsum und Alkoholkonsum Unterschiede bei türkischen und deutschen Patientinnen aufzeigen?</p> <p>Gibt es einen Zusammenhang zwischen Risikoverhalten und der Medikamenteneinnahme?</p>
<b>Block 3</b>	<p>H-3.1: Raucherinnen nehmen häufiger Medikamente ein als Nichtraucherinnen.</p> <p>H-3.2: Alkohol konsumierende Frauen nehmen häufiger Medikamente ein als abstinenten Frauen.</p> <p>H-3.3: Türkische Frauen rauchen häufiger als deutsche Frauen.</p> <p>H-3.4: Türkische Frauen konsumieren weniger Alkohol als deutsche Frauen.</p>

<b>Fragestellung 4</b>	Welche Unterschiede zwischen türkischen und deutschen Patientinnen existieren in der krankheitsbezogenen Verhaltensweise am Beispiel von akuten Rückenschmerzen?
<b>Block 4</b>	H-4.1: Türkische Patientinnen gehen im Fall eines akuten Rückenproblems häufiger zum Hausarzt oder Orthopäden als deutsche Patientinnen.
	H-4.2: Türkische Patientinnen greifen bei Rückenschmerzen eher zu Schmerzmitteln als deutsche Patientinnen.
	H-4.3: Deutsche Patientinnen versuchen häufiger sich bei Rückenschmerzen mit Hausmitteln zu behandeln im Vergleich zu türkischen Patientinnen.
	H-4.4: Je älter eine Patientin ist, desto eher geht sie bei Rückenschmerzen zum Hausarzt oder Orthopäden.
	H-4.5a: Türkische Patientinnen bewegen sich bei Rückenschmerzen weniger im Gegensatz zu deutschen Patientinnen.  H-4.5b: Deutsche Patientinnen bewegen sich bei Rückenschmerzen mehr als türkische Patientinnen.

<b>Fragestellung 5</b>	Gibt es Unterschiede zwischen türkischen und deutschen Patientinnen in der Inanspruchnahme ambulanter Ärzte?
<b>Block 5</b>	H-5.1: Türkische Patientinnen gehen häufiger zu ambulanten Ärzten (Hausärzte und Fachärzte zusammen) als deutsche Patientinnen.

## **2 Methoden**

### **2.1 Erhebungssituation**

Die Untersuchung erfolgte auf Basis von Selbstangaben einer kleinen Stichprobe von deutschen und türkischen Patientinnen (N=411). Zur Datenerhebung wurde ein eigens für diese Untersuchung erstelltes Erhebungsinstrument, ein Fragebogen in deutscher und türkischer Sprache, entwickelt.

Viele Berliner Hausärzte merkten im Vorfeld dieser Arbeit an, dass es sich schwierig gestalten würde, Migrantinnen zu befragen, da vor allem viele ältere Frauen sehr schlechte Deutschkenntnisse hätten und zudem nicht lesen und schreiben können. Damit ist vor allem die erste Generation der hier lebenden Türkinnen gemeint, die bereits im Rentenalter sind und mit erheblichen gesundheitlichen Problemen zu kämpfen haben. Um in der vorliegenden Arbeit gerade die älteren türkischen Patientinnen zu erreichen und in die Studie einzubinden wurde deshalb ein Fragebogen in türkischer Sprache verfasst und eingesetzt. Dieser wurde dann vor allem in Hausarztpraxen mit hohem türkischem Patientenanteil verteilt.

### **2.2 Stichprobenauswahl und -zusammensetzung**

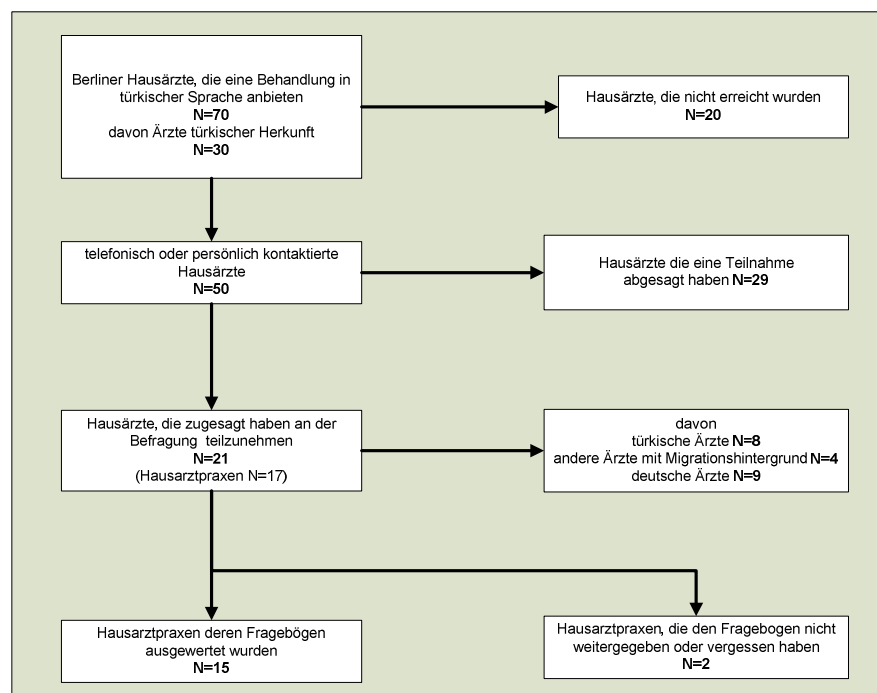
In der vorliegenden Arbeit wurde die Auswahl der Stichprobe nach der Strategie der gezielten Auswahl (Purposive Sampling) vorgenommen. Die für die Untersuchungseinheit relevanten Kriterien wurden anhand der Fragestellungen, theoretischer Vorüberlegungen und des vorhandenen Vorwissens über das Untersuchungsfeld festgelegt. Die Stichprobe der Untersuchung besteht aus türkischen und deutschen Patientinnen, die aus Berliner Hausarztpraxen rekrutiert wurden sowie einer geringen Anzahl von Frauen aus anderen Herkunftsländern. In die Studie wurden nur Frauen über 18 Jahre einbezogen. Für alle Patientinnen in den teilnehmenden Hausarztpraxen galten die gleichen Voraussetzungen, um an der Befragung teilzunehmen. Die Teilnahme der Patientinnen wurde von den Ärzten oder den medizinischen Fachangestellten organisiert. In den 15 teilnehmenden Praxen sollten alle Patientinnen ab 18 Jahren angesprochen und diesen bei Interesse ein Fragebogen ausgehändigt werden. Die Patientinnen konnten diesen entweder während der Wartezeit in der Praxis ausfüllen oder den Fragebogen mit nach Hause nehmen, um

ihn später wieder in der Praxis abzugeben. Ein weiterer Einfluss auf die Auswahl der Patientinnen bestand darüber hinaus nicht. Die eingesammelten Fragebögen der Patientinnen wurden fortlaufend nummeriert und mit einer Identifikationsnummer der Gruppe 1 bis 3 versehen. Die Mehrzahl der rekrutierten türkischen Patientinnen (Gruppe 2) stammt aus Hausarztpraxen mit türkischsprachigem Personal (Arzt/Angestellte) aus den Berliner Bezirken Neukölln, Mitte und Friedrichshain-Kreuzberg, da dort ein großer Rücklauf ausgefüllter Fragebögen erwartet wurde. Die Erhebung der Daten der Kontrollgruppe, die aus den deutschen Patientinnen (Gruppe 1) und Frauen mit anderem Herkunftsland (Gruppe 3) bestand, erfolgte ebenfalls in Berliner Hausarztpraxen. Als Variable zur Gruppenbildung wurde die ethnische Zugehörigkeit beziehungsweise der Migrationshintergrund gewählt und nicht die aktuelle Staatsangehörigkeit. Bei den Patientinnen mit Migrationshintergrund handelt es sich um Migrantinnen, die aus dem Ausland immigriert sind und ein anderes Geburtsland als Deutschland haben. Außerdem um Patientinnen mit einem Migrationshintergrund, die in Deutschland geboren wurden aber mindestens einen Elternteil haben, der ein anderes Geburtsland als Deutschland hat.

### **2.3 Teilnehmende Hausärzte**

Da es bei dieser Studie um einen Vergleich des Arzneimittelverhaltens türkischer und deutscher Patientinnen in der Hausarztpraxis geht, wurde die Untersuchung auf die Arztgruppe „Allgemeinmediziner“ und „Praktischer Arzt“ beschränkt. Um eine hohe Anzahl an türkischen Patientinnen in die Studie einbeziehen zu können, wurde zunächst ermittelt, in welchen Berliner Bezirken die Zahl türkische Einwohner am höchsten ist. Dem Amt für Statistik Berlin-Brandenburg zufolge leben die meisten türkischen Mitbürger in den Bezirken Mitte, Neukölln, Friedrichshain-Kreuzberg und Tempelhof-Schöneberg. Insgesamt leben ca. 176.000 türkische Mitbürger in Berlin [36]. Demnach wurde bevorzugt mit Hausärzten aus den Bezirken Mitte, Neukölln, Friedrichshain-Kreuzberg und Tempelhof-Schöneberg telefonisch oder persönlich Kontakt aufgenommen, um sie für diese Studie zu gewinnen. Ausgehend vom Online-Verzeichnis der KV Berlin, einem türkischen Ärzte-Online-Portal und zuletzt der Datenbank der Berliner Ärzte wurden 70 niedergelassene Ärzte gefunden, die eine Behandlung in türkischer Sprache anbieten. Davon sind 30 Ärzte selbst türkischer Herkunft [37]. Entscheidend bei der Auswahl war das Interesse der Ärzte, an der Befragung teilzunehmen. Nach persönlicher oder telefonischer Kontaktaufnahme mit über 50 Hausärzten konnten insgesamt 21 Ärzte aus 17 Hausarztpraxen (Einzel- und Gemeinschaftspraxen sowie Medizinische Versorgungszentren)

gefunden werden, die sich bereit erklärten, an der Befragung teilzunehmen. In den 17 Hausarztpraxen oder Praxisgemeinschaften, die zugestimmt haben an der Befragung teilzunehmen, waren acht Ärzte türkischer Herkunft, vier mit anderem Migrationshintergrund (Iran, Irak, Indien und Aserbaidschan) sowie neun deutsche Ärzte. Diese Hausarztpraxen wurden persönlich besucht, die Ärzte und Medizinfachangestellten eingehend über das Forschungsvorhaben informiert und zudem praktische Tipps zur Verteilung und Einsammlung der Fragebogen gegeben. Die Kommunikation und die Zusammenarbeit mit einigen Ärzten und medizinischen Fachangestellten funktionierten besonders gut. Durch regelmäßige telefonische Nachfragen und Erinnerung an die Fragebögen und kleine Präsente (Pralinen und Kaffee) wurde versucht, den Rücklauf zu steigern. Einige Hausärzte lehnten ab mit der Begründung des hohen Analphabetismus unter den türkischen Patientinnen, der nicht möglichen Durchführbarkeit in der Praxis aus Platzgründen und aufgrund von Zeitmangel. Außerdem gab es Ablehnungen aus Angst des Datenmissbrauches, aber auch ohne Angabe irgendeines Grundes. Die Gründe für eine Nichtteilnahme der Patientinnen kann man, laut Aussagen der Hausärzte und der Medizinischen Fachangestellten, wie folgt zusammenfassen: Allgemeines Desinteresse an dem Fragebogen, der zu hohe zeitliche Aufwand beim Ausfüllen des Fragebogens, Skepsis und Angst gegenüber der Befragung, Analphabetismus und Zeitmangel. Am Ende haben leider 2 Hausarztpraxen trotz anfänglicher Zusage an der Befragung teilzunehmen, die Fragebögen nicht an ihre Patientinnen weitergegeben, da sie es entweder verlegt oder vergessen haben.



**Abbildung 3: Rekrutierung der Hausärzte**



## 2.4 Vorliegendes Erhebungsinstrument

Für die Erhebung der dieser Arbeit zugrunde liegenden Daten wurde auf eine empirische Methode zurückgegriffen, die in der Sozialforschung sehr häufig eingesetzt wird: die schriftliche Befragung mit einem standardisierten Fragebogen als Erhebungsinstrument. Die Hauptmerkmale eines standardisierten Fragebogens bestehen darin, dass die Fragen oder Items vorab gebildet und genau festgelegt sind, die Reihenfolge der Fragen vorher feststeht und die Antwortmöglichkeiten in der Regel vorgegeben sind. „Die standardisierte Befragung ist eine besondere Form der geplanten Kommunikation, die auf einem Fragebogen basiert. Ihr Ziel ist es zahlreiche individuelle Antworten zu generieren, die in ihrer Gesamtheit zur Klärung einer wissenschaftlichen Fragestellung beitragen. Die Form ergibt sich daraus, dass Verlauf, Thema und Befragungspartner sowie soziale Situation vorgegeben sind und weitgehend von Störeinflüssen freigehalten werden“ [38]. Die Vorteile der schriftlichen Befragung liegen in den relativ niedrigen Erhebungskosten, dem geringen Personalbedarf und der Zeitersparnis, da ein mündliches Interview vergleichsweise deutlich mehr Zeit in Anspruch nimmt. Darüber hinaus fallen bei einer schriftlichen Befragung die steuernden Eingriffe des Interviewers weg. Ein enormer Nachteil liegt in der schwer kontrollierbaren Erhebungssituation durch den Untersuchungsleiter [39].

In der Fachliteratur konnte kein standardisierter Fragebogen gefunden werden, der als Instrument in Bezug auf unsere Forschungsfrage geeignet gewesen wäre. Der vorliegende Fragebogen wurde entsprechend neu entwickelt. Auf der Basis einer umfassenden Literaturrecherche, Gesprächen mit Fachexperten und eigenen Erfahrungen durch die ärztliche Tätigkeit in Hausarztpraxen konnte ein erster Fragenkatalog generiert werden. Dabei wurden auch validierte Erhebungsinstrumente integriert, die sich auf den Alkoholkonsum (CAGE-Test) [40] und auf sozioökonomische Aspekte (Winkler Index-Quelle) [41] beziehen. Nach der ersten Konstruktion des Fragebogens wurde der Fragebogen nach einem Pretest mit 15 Patientinnen, bestehend aus zehn deutschen, vier türkischen und einer albanischen Patientin, überarbeitet und eine abschließende Fassung des Fragebogens erstellt. Eine umfassendere Validierung wurde nicht vorgenommen.

Ziel war es, möglichst viele Patientinnen dazu zu bewegen, diesen Fragebogen auszufüllen. Daher wurde auf eine äußerlich ansprechende und anwendungsfreundliche Form des

Fragebogens geachtet. Hilfreich war der Pretest, da bei dessen Durchführung explizit nach Kritik, bezogen auf Verständnisschwierigkeiten, Formfehler oder Probleme beim Ausfüllen, gefragt wurde. Wie oben bereits erwähnt, wurde der Fragebogen sowohl in deutscher als auch in türkischer Sprache konzipiert, um möglichst viele türkische Migrantinnen zu erreichen und damit die Response-Rate zu erhöhen. Die Sprache und auch die Art der Befragung stellen eine enorm wichtige Bedingung für die Erreichbarkeit von Patientinnen mit Migrationshintergrund im hausärztlichen Kontext dar. In vielen Studien sind Menschen mit Migrationshintergrund entweder nicht vertreten oder man spricht und schreibt über sie, indem man Drittpersonen befragt. Gründe hierfür liegen vor allem in den vorhandenen Sprachbarrieren. Blohm untersuchte anhand einer quantitativen Befragung türkischer Einwanderer in Mannheim (N=759) die Interviewteilnahme von Migranten. Er behauptet, dass bei der Befragung von Migranten deutlich höhere Ausfälle zu erwarten seien, als bei Deutschen. Er kam zum Schluss, dass insbesondere bei Studien mit Migranten als Zielgruppe, der Einsatz von Erhebungsinstrumenten in der Herkunftssprache, und im Idealfall auch von Interviewern mit entsprechenden Sprachkenntnissen unerlässlich ist [42].

Der Fragebogen wurde anonymisiert gestaltet, um die Entscheidung für die Teilnahmebereitschaft zu erleichtern. Im Instruktionstext am Anfang des Bogens wurde die Anonymität der Erhebung betont. Nach einer Untersuchung von Bosnjak und Batinic wird bei wissenschaftlichen Umfragen eine Zeitspanne von 11–15 Minuten für das Ausfüllen des Fragebogens als optimal angesehen [43]. Demnach wurde bei dem Pretest die benötigte Zeit zum Ausfüllen des vorbereiteten Fragebogens gemessen. Diese lag je nach Alter und Bildungsstand der Patientinnen zwischen 5 und 15 Minuten.

In der Beurteilung der offenen versus geschlossenen Frage wird als grundsätzlicher Unterschied, angeführt, dass offene Fragen vom Befragten verlangen, sich an etwas zu erinnern, geschlossene Fragen dagegen, etwas wiederzuerkennen. Sich zu erinnern ist schwieriger als etwas wiederzuerkennen, daher erhält man auf offene Fragen in der Regel weniger Antworten als auf geschlossene Fragen [44]. Die Verwendung eines Instruktionstextes hebt die Motivation der Befragten beim Ausfüllen des Fragebogens, beinhaltet wichtige Informationen über die richtige Beantwortungsweise und über den Kontext der Untersuchung [39]. Nach Bosnjak und Batinic ist der Aufbau einer Einleitung dann ideal, wenn ausdrücklich Informationen zur Teilnehmerauswahl, die Möglichkeit der Einsicht in die Ergebnisse, Hinweise zum Untersuchungsgegenstand und Zusicherung vollständiger Anonymität gegeben werden. Ein

persönlicher Appell des Forschers sollte auch erkennbar werden [43]. Nach der Total-Design-Methode nach Dillmann sollte versucht werden, ein Vertrauensverhältnis zwischen den Zielpersonen und dem Untersucher zu schaffen (z. B. durch die Übernahme von Portokosten oder durch Geschenke) [45].

Der selbst entwickelte Fragebogen dieser Studie beginnt mit einer persönlichen Vorstellung der Untersucherin, der kurzen Erläuterung des untersuchten Themas und der Teilnehmerauswahl. Um es mit persönlichen Vorteilen der Befragten zu verbinden und um sie in das Forschungsprojekt zu involvieren, wurde betont, dass die Ergebnisse den Ärzten später zur Verfügung gestellt werden, damit die neuen Erkenntnisse diesen bei zukünftigen Behandlungen helfen. Außerdem wurde die Möglichkeit eingeräumt, bei Fragen zur Studie telefonisch Kontakt aufzunehmen.

Der Fragebogen umfasst vier Seiten und beinhaltet neben den Fragen zu soziodemographischen Daten insgesamt 20 Fragen (9 geschlossen und 11 halbstandardisiert). Die geschlossenen Fragen haben Antwortkategorien, bei denen ein zweistufiges kategoriales Urteil erwartet wird mit Ja-Nein-Dichotomie oder in Form von Items aus einer Ordinalskala. Bei den halboffenen Fragen, wo sich die Patientinnen aus einer Anzahl von vorgegebenen Items entscheiden und ankreuzen mussten, kamen Likertskalen, Intervallskalen und Verhältnisskalen zum Einsatz. Bei den halboffenen Fragen werden die Patientinnen nach zunächst dichotomer Frage aufgefordert, ggf. weitere Antwortkategorien anzukreuzen und Angaben zu machen (z. B. zu Medikamentennamen, zur Einnahmedauer und zu den genannten Beschwerden)

## **2.5 Untersuchungszeitraum**

Die Befragung war zeitlich begrenzt und wurde vom 01.01.2011 bis zum 31.07.2011 über zwei Quartale durchgeführt. Insgesamt wurden in kurzen zeitlichen Abständen über 650 Fragebögen verteilt, ca. 20–40 Fragebögen an jede teilnehmende Arztpraxis. Je nach Praxis und Bezirk wurde entweder die gleiche oder eine unterschiedliche Anzahl von deutsch- oder türkischsprachigen Fragebögen verteilt. In zwei Arztpraxen in Lichtenberg und Marzahn-Hellersdorf wurden nur deutschsprachige Fragebögen ausgeteilt, da man dort kaum Patientinnen erwartete, die nur türkisch sprechen können.

## 2.6 Statistische Auswertung

Die in den Fragebögen erhobenen Daten wurden in einer selbst entwickelten Datenbank (Microsoft Access 2007) eingegeben. Dabei wurden alle Bögen berücksichtigt, auf denen die Angaben zur Person und mindestens die Hälfte der Items beantwortet waren. Jedes Item, also jede Frage bzw. Unterfrage, entsprach in der Datenbank einer Variablen. Jeder möglichen Ausprägung der Variablen, also allen Antwortmöglichkeiten wurde genau ein Wert (Code) zugewiesen. Fehlende Angaben wurden nicht codiert. Die Variablen mit ihren Codierungen wurden in einem Codeplan festgehalten. Die codierten Daten wurden dann wie oben erwähnt in die Access-Datenbank übertragen. Die statistische Auswertung der Daten erfolgte mit dem Statistikprogramm SPSS für Windows, Version 19. Zur Erstellung der Diagramme diente das Programm Microsoft Excel 2007. Zur Überprüfung der Hypothesen, die sich auf Zusammenhänge und Unterschiede beziehen, wurden aufgrund des Skalenniveaus der Daten vorwiegend nonparametrische Verfahren eingesetzt. Zur statistischen Überprüfung der Unterschiedshypothesen dienten der U-Test nach Mann-Whitney (Mann-Whitney-U-Test) sowie der Chi-Quadrat-Test. Bei dem Chi-Quadrat-Test wurde auch auf den exakten Test nach Fisher zurückgegriffen. Zur Überprüfung der Zusammenhangshypothesen wurde die Punkt-Biserial Korrelation nach Pearson und die bivariate Korrelation nach Spearman (Spearman's Rho) berechnet. Da alle Hypothesen gerichtet formuliert waren, wurde einseitig getestet. Der allgemeinen methodischen Konvention entsprechend wurden die Signifikanzniveaus wie folgt festgelegt:

$p > .05$  nicht signifikant,  $p \leq .05$  signifikant,  $p \leq .01$  sehr signifikant und  $p \leq .001$  hoch signifikant.

Für die Datenauswertung und Darstellung der angegebenen Medikamente und Krankheiten wurden die aktuellen ATC- und die ICD-Systematiken als Klassifikationsgrundlage herangezogen.

## 2.7 Fragebogen-Items

Auf der ersten Seite des Fragebogens wurden nach einem kurzen Instruktionstext Fragen zu persönlichen und demographisch wichtigen Daten gestellt. Im Folgenden werden die Dimensionen der 20 Items genauer beschrieben.

### **Item 1: Verständigungsmöglichkeit mit dem Hausarzt**

Die erste Frage zielt darauf ab, die Verständigungsmöglichkeit mit dem Hausarzt in der Muttersprache festzustellen. Dies ist vor allem bei den nichtdeutschen Patientinnen von Bedeutung. Es sollte untersucht werden, inwieweit bei den Patientinnen Sprachbarrieren in der Hausarztpraxis vorhanden sind.

### **Item 2: Art der Erkrankung/Beschwerde, die einen Hausarztbesuch erforderlich gemacht hat (12-Monatszeitraum)**

Die Befragten sollten Angaben zum Grund ihrer Arztbesuche machen. Anhand der Daten sollten Rückschlüsse auf häufige Krankheits- und Beschwerdebilder bei den Patientinnen gezogen werden. Unterschiede zwischen deutschen und türkischen Patientinnen sollten festgestellt werden.

### **Item 3: Häufigkeit der Hausarztbesuche (12-Monatszeitraum)**

Die Befragten sollten angeben, ob sie im Jahr vor der Befragung 1-mal pro Woche, 1-mal pro Monat, alle drei Monate oder seltener zu ihrem Hausarzt gegangen sind. Unterschiede zwischen deutschen und türkischen Patientinnen im Inanspruchnahmeverhalten gegenüber Hausärzten sollten festgestellt werden.

### **Item 4: Inanspruchnahme weiterer (ambulant tätiger) Ärzte (12-Monatszeitraum)**

Die Befragten sollten angeben, ob sie neben dem Hausarzt weitere Ärzte aufgesucht haben. Unterschiede zwischen deutschen und türkischen Patientinnen im Inanspruchnahmeverhalten gegenüber ambulanten Fachärzten sollten festgestellt werden.

**Item 5: Behandlungen aufgrund psychischer Beschwerden (ambulant oder stationär beim Psychiater oder Neurologen) (12-Monatszeitraum)**

Die Prävalenz und Behandlungshäufigkeit der psychischen Erkrankungen bei türkischen und deutschen Patientinnen sollte erfasst und ggf. vorhandene Unterschiede aufgezeigt werden.

**Item 6: Vorgehensweise bei neu auftretenden akuten Rückenschmerzen**

Die Patientinnen konnten Mehrfachnennungen bezüglich ihres Verhaltens bei akuten neu aufgetretenen Rückenbeschwerden machen. Das Krankheits- und Inanspruchnahmeverhalten bei türkischen und deutschen Patientinnen sollte, anhand des Beispiels Rückenschmerzen, erfasst und ggf. vorhandene Unterschiede aufgezeigt werden. Weiter sollte festgestellt werden, wie oft die Patientinnen zur Selbstmedikation greifen.

**Item 7: Beurteilung des eigenen Gesundheitszustands**

Die Patientinnen sollten ihren allgemeinen Gesundheitszustand subjektiv beurteilen, Antwortformat fünfstufig (sehr gut, gut, mittelmäßig, schlecht oder sehr schlecht).

**Item 8: Medikamentenkonsument (rezeptpflichtig und rezeptfrei) (12-Monatszeitraum)**

Alle verordneten und freiverkäuflich erworbenen Medikamente, die die Patientinnen beider Gruppen in den letzten zwölf Monaten eingenommen haben, sollten angegeben werden. Bei Unkenntnis der Medikamentennamen war es möglich, zumindest die Anzahl der täglich eingenommenen Medikamente anzugeben.

**Item 9: Konsum von Schmerzmitteln (4-Wochenzeitraum)**

Zunächst sollten die Befragten angeben, ob sie Schmerzmittel einnehmen. Bei Bejahung der Frage sollte der Name des Schmerzmittels eingetragen sowie Angaben zur Häufigkeit der Einnahme gemacht werden.

#### **Item 10: Konsum von Schlaf- und Beruhigungsmitteln**

Zunächst sollten die Befragten angeben, ob sie Schlaf- und Beruhigungsmittel einnehmen. Bei Bejahung der Frage sollte der Name des Medikaments eingetragen sowie Angaben zur Häufigkeit der Einnahme gemacht werden.

#### **Item 11: Konsum von Appetitzüglern, Diät- und Entschlackungsmitteln**

Zunächst sollten die Befragten angeben, ob sie Appetitzügler, Diät- oder Entschlackungsmittel einnehmen. Bei Bejahung der Frage sollte der Name des Medikaments eingetragen sowie Angaben zur Häufigkeit der Einnahme gemacht werden.

#### **Item 12: Lesen des Beipackzettels von Medikamenten**

Die Befragten sollten angeben, ob sie den Beipackzettel von verordneten Medikamenten lesen. In Bezug auf die Medikamenteneinnahme sollte erfasst werden, wie viele der Patientinnen sich über Indikation, Nebenwirkung, Dosierung etc. der Medikamente informieren.

#### **Item 13: Befürwortung oder Ablehnung der Einnahme von Medikamenten bei spezifischen Beschwerden (akute körperliche Schmerzen, akute Schlafstörungen, Angststörungen, Panikattacken, Stress)**

Die Befragten sollten angeben, wann sie eine Einnahme von Medikamenten für richtig halten. Das Krankheits- und Arzneimittelverhalten von deutschen und türkischen Patientinnen sollte untersucht und verglichen werden.

#### **Item 14: Konsum von Zigaretten / Rauchverhalten**

Die Befragten sollten angeben, ob und seit wann sie rauchen.

### **Item 15: Konsum von Alkohol / Trinkverhalten (CAGE-Test)**

Die Befragten sollten angeben, ob sie Alkohol konsumieren. Wurde die Frage mit „Ja“ beantwortet, folgte eine weitere Befragung nach den Kriterien des CAGE-Tests [39]. Der aus der anglo-amerikanischen Literatur bekannte CAGE-Test hat sich für die Früherkennung des Alkoholismus bewährt. Der CAGE-Test besteht aus vier Items, die einen schädlichen Gebrauch und Abhängigkeit erfassen können.

### **Item 16: Bildung/Schulabschluss**

Die Befragten sollten Angaben zu ihrem Schulabschluss machen. Die Erhebung der Daten zum sozialen Status (Item 16–19) erfolgte in Anlehnung an den Sozialstatus-Index nach Winkler [40]. Die türkischen und deutschen Patientinnen werden im Kontext ihres Bildungs- und Sozialstatus betrachtet und verglichen.

### **Item 17: Berufsausbildung/Hochschulabschluss**

Die Befragten sollten Angaben zu ihrer Berufsausbildung/Hochschulausbildung machen.

### **Item 18: Berufliche Tätigkeit**

Die Befragten sollten Angaben zu ihrer aktuellen oder letzten beruflichen Stellung machen.

### **Item 19: Monatliches Haushaltsnettoeinkommen**

Die Befragten sollten Angaben zu ihrem aktuellen monatlichen Haushaltsnettoeinkommen machen.

### **Item 20: Inanspruchnahme von Hilfe beim Ausfüllen des Fragebogens**

Die Patientinnen sollten angeben, ob sie den Fragebogen mit oder ohne Hilfe ausgefüllt haben. Es stand jeder Patientin frei, den Fragebogen mit nach Hause zu nehmen und sich beim Ausfüllen Unterstützung von Freunden oder Angehörigen zu suchen.



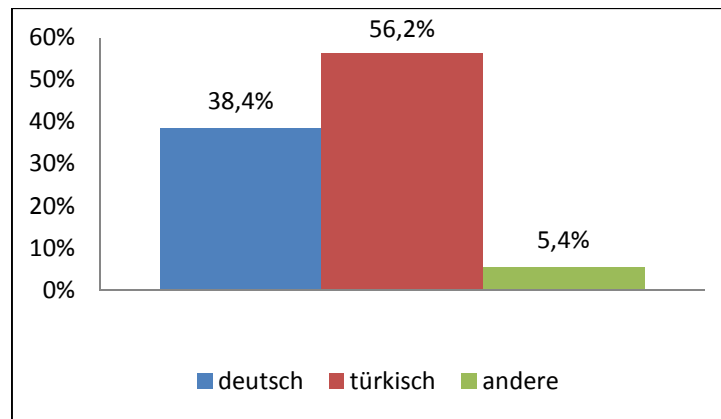
## **3 Ergebnisse**

### **3.1 Rücklauf der Fragebögen**

Von den insgesamt ca. 650 verteilten Fragebögen wurden 435 ausgefüllte Fragebögen zurückgesandt. 24 Fragebögen wurden aufgrund der Unvollständigkeit nicht für die Analyse berücksichtigt. Die Anzahl verwertbarer Fragebogen betrug (N=411), das bedeutet eine Response-Rate von ca. 63 %. Aufgrund der Befragungssituation und der schlecht kontrollierbaren Anzahl der Fragebögen ist diese Responserate nicht sehr genau. Insgesamt nahmen 15 Arztpraxen an der Befragung teil, die Anzahl der ausgefüllten Fragebögen, die eingesammelt wurden, lag je nach Praxis zwischen 8 und 50. Von den teilnehmenden Patientinnen haben 56,2 % (N=231) Patientinnen einen türkischen Migrationshintergrund, 38,4 % (N=158) der Patientinnen sind deutscher Herkunft und 5,4 % (N=22) haben einen anderen Migrationshintergrund. 81 % (N=187) der türkischen Patientinnen wählten für die Befragung den Fragebogen in türkischer Sprache, 19 % (N=44) den in deutscher Sprache.

### **3.2 Deskriptive Statistik**

Im Folgenden werden die drei Untersuchungsgruppen, bestehend aus deutschen und türkischen Patientinnen sowie Patientinnen aus anderen Herkunftsländern, vergleichend analysiert. Von den Patientinnen aus anderen Herkunftsländern werden aufgrund der kleinen Fallzahl nur die soziodemographischen Daten dargestellt. Abbildung 4 zeigt die Verteilung der Studienpopulation, die an der Befragung teilgenommen hat. 56,2 % (N=231) der Befragten hatten einen türkischen Migrationshintergrund (Gruppe 2), 38,4 % (N=158) stellten die deutschen Patientinnen dar (Gruppe 1) und 5,4 % (N=22) der Befragten stammten aus anderen Herkunftsländern (Gruppe 3).



**Abbildung 4: Verteilung der Studienpopulation**

Tabelle 1 gibt Auskunft über die teilnehmenden Arztpraxen, eingeteilt nach Bezirken sowie über die jeweilige Gruppenzugehörigkeit der Patientinnen. An erster Stelle steht Neukölln mit insgesamt 29 % der teilnehmenden Patientinnen, gefolgt von Tempelhof-Schöneberg und Mitte mit 18 % und Friedrichshain-Kreuzberg mit 17 %. Wie bereits beschrieben stammen die teilnehmenden türkischen Patientinnen und Praxen überwiegend aus Bezirken wie Neukölln und Mitte mit hohem Migrantenanteil. In den Bezirken Lichtenberg und Marzahn-Hellersdorf sowie der Gemeinde Blankenfelde-Mahlow wurden wie erwartet nur wenige Fragebögen von Migranten ausgefüllt.

**Tabelle 1: Teilnehmende Hausarztpraxen nach Bezirken und Gruppenzugehörigkeit der Patientinnen**

Bezirk	Anzahl der Praxen N	deutsch		türkisch		andere		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Neukölln	4	31	19,6	77	33,3	11	50	119	29
Mitte	2	16	10,1	60	26	0	0	76	18
Tempelhof-Schöneberg	3	22	13,9	48	20,8	3	13,6	73	18
Friedrichshain-Kreuzberg	3	21	13,3	44	19	6	27,3	71	17
Marzahn-Hellersdorf	1	34	21,5	0	0	0	0	34	8,3
Blankenfelde-Mahlow	1	28	17,7	2	0,9	2	9,1	32	7,8
Lichtenberg	1	6	3,8	0	0	0	0	6	1,5
Summe	15	158	100	231	100	22	100	411	100

### 3.2.1 Alter und Geburtsland

Das Durchschnittsalter der teilnehmenden Patientinnen beträgt 46,9 Jahre. Das mittlere Alter der teilnehmenden deutschen Frauen ist mit 51,7 Jahren deutlich höher als das der türkischen Frauen (43,9 Jahre), die im Durchschnitt ca. acht Jahre jünger sind. Die Altersverteilung erstreckt sich von 18 bis 88 Jahren, wobei die Spannweite bei den deutschen Patientinnen zwischen 18 und 88 Jahren und bei den türkischen Frauen zwischen 18 und 73 Jahren liegt. Nur von insgesamt 10 Patientinnen gab es keine Angaben zum Alter. Die Gruppeneinteilung konnte aufgrund vollständiger Angaben zum Geburtsland und Geburtsland der Eltern zu 100 % erfolgen.

Tabelle 2 zeigt, wie viele der befragten Patientinnen mit türkischer Herkunft in Deutschland geboren sind. Diese machen 28,1 % (N=65) aller türkischen Patientinnen aus (N=231).

**Tabelle 2: Alter und Geburtsland der teilnehmenden Patientinnen**

		deutsch		türkisch		andere		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Alter	≤ 45 Jahre	55	35,7	125	55,6	13	59,1	193	48,1
	46–65 Jahre	60	39	74	32,9	8	36,4	142	35,4
	> 65 Jahre	39	25,3	26	11,6	1	4,5	66	16,5
Geburtsland	Deutschland	158	100	65	28,1	2	9,1	225	54,7
	Türkei	0	0	162	70,1	0	0	162	39,4
	Andere	0	0	4	1,7	20	90,9	24	5,8

Die Berechnung des Mittelwerts der Aufenthaltsdauer ergab, dass die teilnehmenden türkischen Patientinnen im Durchschnitt seit 29 Jahren in Deutschland leben.

### 3.2.2 Familienstand und Kinderzahl

68 % (N=165) der türkischen Frauen und Frauen aus anderen Herkunftsländern sind verheiratet, bei den deutschen Frauen sind es 44 % (N=64). Es gibt fast doppelt so viele ledige und geschiedene Frauen bei der deutschen Untersuchungsgruppe wie bei der türkischen. Nach Berechnung des Mittelwerts der Kinderanzahl haben die türkischen Frauen nach unseren Befragungsergebnissen durchschnittlich ca. 2,3 Kinder, die deutschen Frauen ca. 1,6 Kinder,

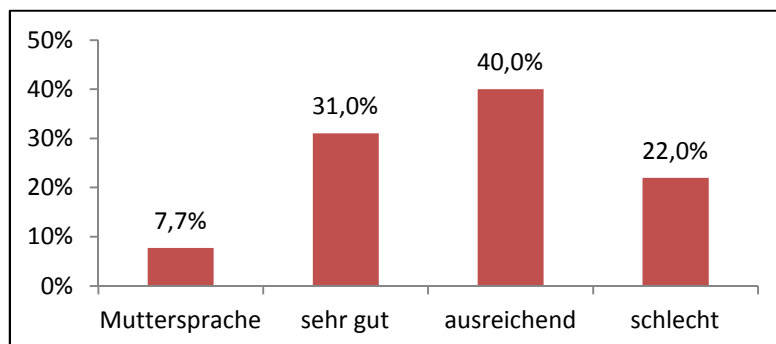
Frauen mit anderer ausländischer Herkunft ca. 2,5 Kinder. Während 44,7 % (N=89) der türkischen Migrantinnen und 42,1 % (N=8) der anderen Migrantinnen 3 und mehr Kinder haben, sind es bei den deutschen Frauen nur 13,4 % (N=15).

**Tabelle 3: Familienstand und Kinderanzahl der teilnehmenden Patientinnen**

		deutsch		türkisch		andere		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Familienstand	ledig	40	27,6	35	15,9	5	22,7	80	20,7
	verheiratet	64	44,1	150	68,2	15	68,2	229	59,2
	geschieden	21	14,5	16	7,3	1	4,5	38	9,8
	verwitwet	20	13,8	19	8,6	1	4,5	40	10,3
Kinderzahl	keine	8	7,1	29	14,6	0	0	37	11,2
	1	41	36,6	29	14,6	6	31,6	76	23
	2	48	42,9	52	26,1	5	26,3	105	31,8
	3 und mehr	15	13,4	89	44,7	8	42,1	112	33,9

### 3.2.3 Deutschkenntnisse und Aufenthaltsdauer

Einen Überblick über die Deutschkenntnisse der türkischen Patientinnen wird in Abbildung 5 dargestellt. Unter den türkischen Patientinnen gaben 7,7 % (N=17) an, dass deutsch ihre Muttersprache ist und 31 % (N=69), dass sie die deutsche Sprache sehr gut beherrschen. Dagegen antworteten ca. 40 % (N=88), dass sie nur ausreichend deutsch sprechen können und 22 % (N=48), dass sie sogar nur schlechte Deutschkenntnisse haben.



**Abbildung 5: Deutschkenntnisse der türkischen Patientinnen**

### **3.2.4 Muttersprachliche Verständigung mit dem Hausarzt**

Die Auswertung der Eigenangaben ergab, dass 82 % (N=188) der türkischen Patientinnen sich mit ihrem Hausarzt in ihrer Muttersprache verständigen können. Der Fragebogen wurde von 81 % (N=187) der türkischen Patientinnen in türkischer Sprache ausgefüllt.

### **3.2.5 Schul- und Berufsausbildung**

33,3 % (N=76) der türkischen Patientinnen besitzen nur einen Grundschulabschluss, 17 % (N=38) einen Hauptschulabschluss, 21,1 % (N=48) einen Realschulabschluss und 21,1 % (N=48) Abitur oder Fachabitur. 8 % (N=18) der türkischen Frauen gaben an, dass sie gar keinen Schulabschluss haben. Von den deutschen Frauen besitzen 17 % (N=26) einen Hauptschulabschluss, 37,3 % (N=56) einen Realschulabschluss und 29,3 % (N=44) Abitur oder Fachabitur.

Nach Eigenangaben der Patientinnen, haben 54,3 % (N=107) der türkischen Frauen keinen Berufsabschluss. Nur 28,4 % (N=56) von ihnen haben eine abgeschlossene Berufsausbildung und lediglich 12,2 % (N=24) geben an, einen Hochschulabschluss zu haben. Im Gegensatz dazu haben 59 % (N=89) der befragten deutschen Frauen eine Berufsausbildung, 20 % (N=30) einen Hochschulabschluss und nur 8 % (N=12) gaben an, keinen Berufsabschluss zu haben.

### **3.2.6 Beschäftigungsverhältnis**

35,6 % (N=74) der türkischen Patientinnen gaben an, aktuell Hausfrau zu sein. Weitere 31,3 % (N=65) waren dem ungelerten Arbeiterstatus zuzuordnen. Die nächstgrößte Gruppe stellen die Erwerbslosen dar mit 9,1 % (N=19). Bei den deutschen Patientinnen stellte sich heraus, dass 43,1 % (N=62) als Angestellte oder Beamte tätig sind. 13,9 % (N=20) der deutschen Frauen gaben an, in einem Angestelltenverhältnis mit Führungsposition tätig zu sein (türkische Patientinnen 1,4 % (N=3)) und 10,4 % (N=15) sind ungelerte Arbeiterinnen.

### **3.2.7 Einkommen**

Die Frage des monatlichen Nettoeinkommens wurde von 80 % der Patientinnen beantwortet. Wie in Abbildung 6 zu sehen ist, verfügen 40,2 % (N=78) der türkischen Haushalte über ein monatliches Nettoeinkommen von unter 1.000 Euro (deutsche Haushalte 20,8 % (N=26)). Bei 23,7 % (N=46) der türkischen Haushalte und 24,8 % (N=31) der deutschen Haushalte liegt das Nettoeinkommen zwischen 1.000 und 1.499 Euro. Insgesamt 84,5 % (N=195) der türkischen und

67 % (N=105) der deutschen Frauen stehen in ihrem Haushalt somit höchstens bis zu 1999 Euro monatlich zur Verfügung.

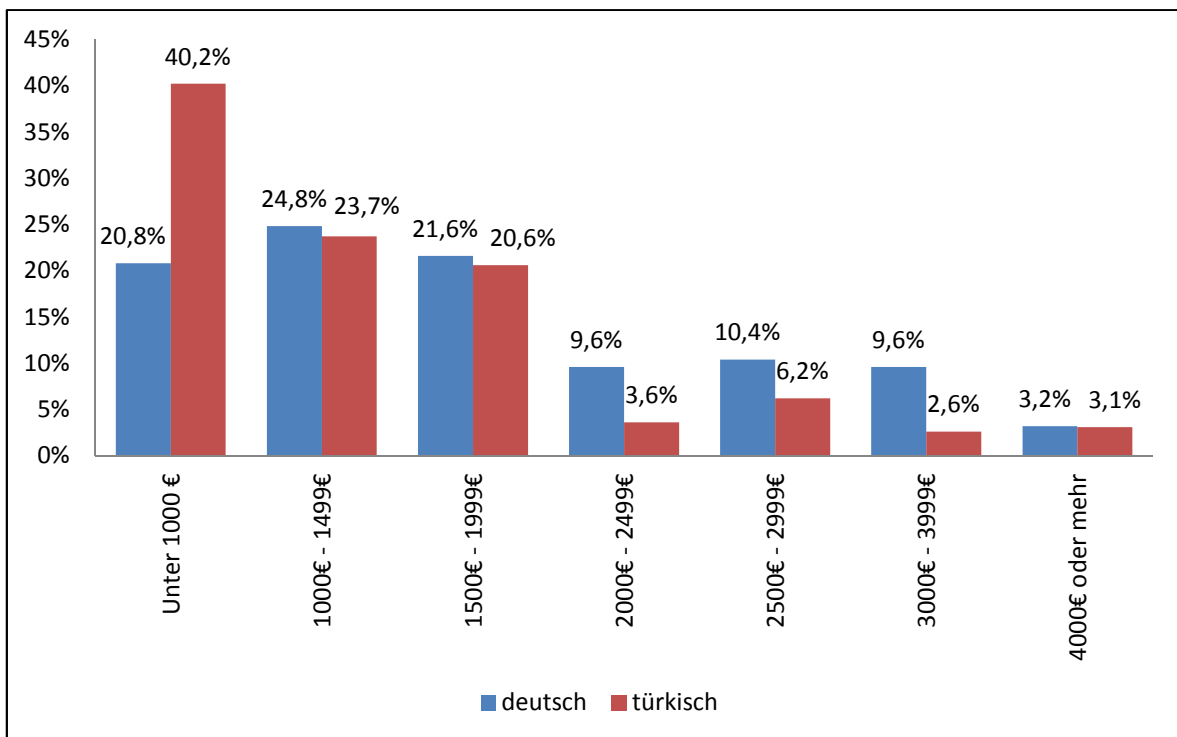


Abbildung 6: Haushaltsnettoeinkommen der deutschen und türkischen Patientinnen

### 3.2.8 Häufigkeit der Erkrankungen und Beschwerden

Bei der Frage nach den Krankheiten und Beschwerden in den letzten 12 Monaten wurde für eine übersichtliche Darstellung der Angaben der ICD 10-Diagnoseschlüssel anhand der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten, German Modification (ICD-10-GM) Version 2011 [45] ermittelt und bestimmt. Nachfolgend sind diese Diagnosen in Tabelle 4 entsprechend dargestellt. Da einige Patienten Mehrfachnennungen gemacht haben, d. h. mehr als eine Krankheit angegeben haben, wurden insgesamt 1.115 Beschwerde- oder Krankheitsbilder erfasst. Die größte Gruppe bilden die Krankheiten des Kreislaufsystems, Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes sowie Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten.

**Tabelle 4: Verteilung der Krankheiten nach ICD-10 GM 2011**

	deutsch		türkisch		Gesamt
	N	%	N	%	N
Gesamtzahl der Patienten, die mind. eine Krankheit angegeben haben	140	43,0	184	57,0	324
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)	3	2,1	2	1,1	5
Neubildungen (C00-D48)	10	7,1	2	1,1	12
Krankheiten des Blutes (D50-D90)	2	1,4	12	6,5	14
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)	42	30,0	110	59,8	152
Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	5	3,6	36	19,6	41
Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)	6	4,3	15	8,2	21
Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde (H00-H59)	9	6,4	3	1,6	12
Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes (H60-H95)	3	2,1	2	1,1	5
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)	81	57,9	79	42,9	160
Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)	41	29,3	39	21,2	80
Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)	8	5,7	10	5,4	18
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)	6	4,3	5	2,7	11
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)	81	57,9	107	58,2	188
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)	8	5,7	8	4,3	16
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind (R00-R99)	19	13,6	32	17,4	51
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00-T98)	1	0,7	4	2,2	5
Gesamtzahl der angegebenen Krankheiten	465	41	650	59	1115

Da jede einzelne Krankheit und Beschwerde unserer Patientinnen nach der ICD-10-Klassifikation codiert wurde, konnte man somit die häufigsten Diagnosen und Diagnosegruppen ermitteln, die in Abbildung 7 dargestellt sind. An erster Stelle steht die Arterielle Hypertonie bei den deutschen Frauen mit knapp 40 % (N=63) und bei den türkischen Frauen mit 27 % (N=62).

An zweiter Stelle stehen bei beiden Gruppen die Erkrankungen der Wirbelsäule und des Rückens mit 30 % (N=47) bei den deutschen und ca. 25 % (N=58) bei den türkischen Patientinnen. Während bei den deutschen Patientinnen die Schilddrüsenerkrankungen mit 17 % (N=28) (vs. 19 % (N=44) bei türkischen Frauen) die dritthäufigste Krankheitsgruppe darstellt, ist die dritthäufigste Krankheitsgruppe bei den türkischen Frauen der Diabetes mellitus mit ca. 20 % (N=47) (vs. 6 % (N=10) bei deutschen Frauen). 13 % (N=31) der türkischen Patientinnen gaben an, unter einer Depression zu leiden, bei den deutschen sind es lediglich 2,5 % (N=4).

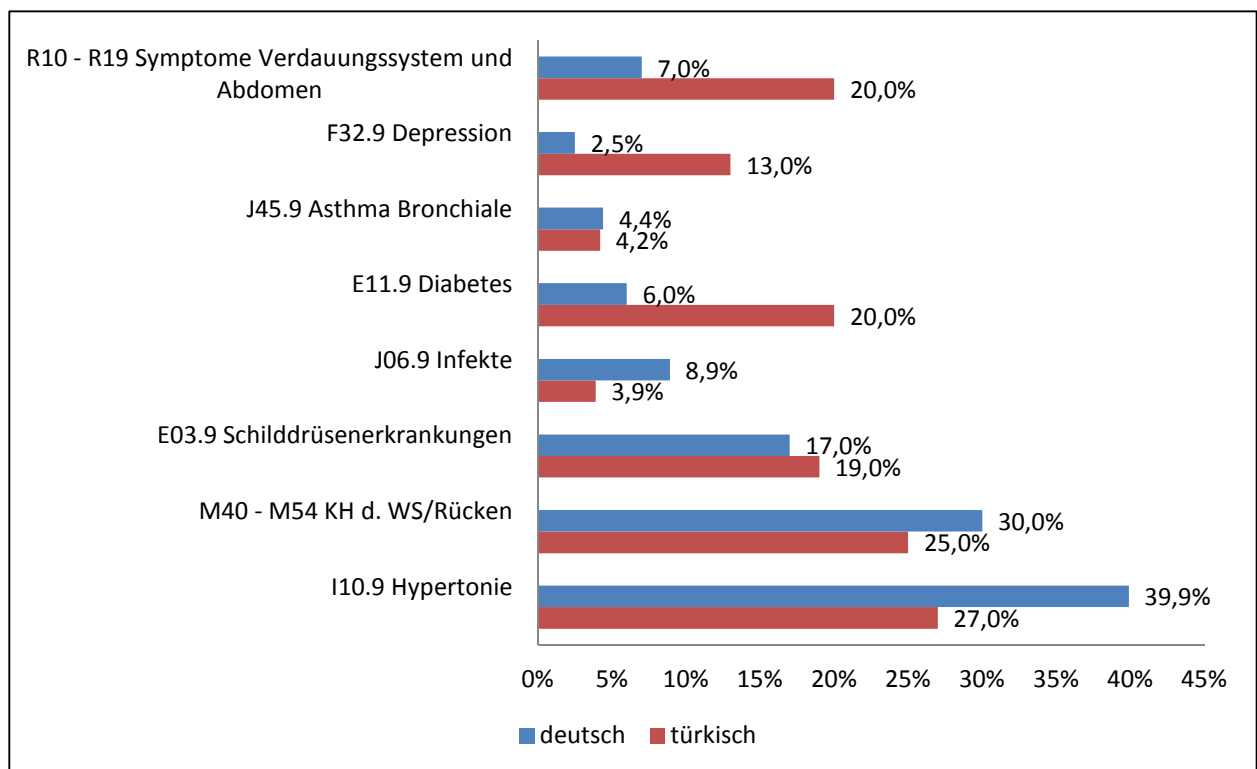
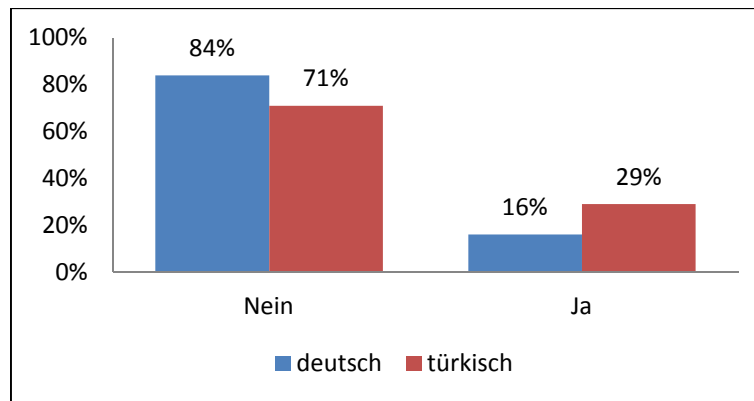


Abbildung 7: Häufigste Diagnosen nach ICD-10 GM 2011

### 3.2.9 12-Monats-Häufigkeit für psychische Erkrankungen

Bei der Frage, ob in den letzten 12 Monaten eine Behandlung wegen psychischer Beschwerden erfolgt ist, wurde dies von 29 % der türkischen Frauen und 16 % der deutschen Frauen bestätigt (s. Abbildung 8). Es gaben doppelt so viele türkische Frauen an in psychiatrischer oder neurologischer Behandlung gewesen zu sein als deutsche Frauen, was sich auch bei der Frage nach den Facharztbesuchen widerspiegelt (s. Abbildung 15).





**Abbildung 8: Behandlungsrate aufgrund von psychischen Beschwerden in den letzten 12 Monaten**

### 3.3 Inferenzstatistik

Die Darstellung der Ergebnisse folgt der Reihenfolge der Fragen im Fragebogen. Die Hypothesen folgen der Nummerierung aus Kapitel 1.4. Um eindeutige und präzisere statistische Ergebnisse zu erzielen konnten nicht alle, aber ein Großteil der erhobenen Daten analysiert werden.

#### 3.3.1 Medikamenteneinnahme

Insgesamt 82,5% (N=321) von den 389 befragten deutschen und türkischen Patientinnen gaben an, in den letzten 12 Monaten mindestens ein Medikament eingenommen zu haben. Die Patientinnen sollten alle Medikamente angeben, die ihnen ihr Hausarzt auf Rezept verordnet hat, aber auch Medikamente, die sie freiverkäuflich erworben und eingenommen haben. 87,4 % (N=138) der deutschen und 79,2 % (N=183) der türkischen Patientinnen gaben an mindestens ein Medikament in den letzten 12 Monaten eingenommen zu haben. Tabelle 5 zeigt eine Übersicht der Anzahl der eingenommenen Medikamente. Nach Überprüfung der Variablen Medikamentenanzahl und Gruppe mit dem Mann-Whitney-U-Test konnte die Hypothese (H 1.1), dass türkische Frauen mehr Medikamente einnehmen als deutsche Frauen nicht bestätigt werden ( $p=0,086$ ). Demnach gibt es keinen signifikanten Unterschied bei der Anzahl der eingenommenen Medikamente zwischen deutschen und türkischen Patientinnen.<sup>4</sup>

<sup>4</sup> Statistischer Test zu H 1.1 siehe Tabelle 8 im Anhang II

**Tabelle 5: Anzahl der eingenommenen Medikamente**

Anzahl	deutsch		türkisch	
	N	%	N	%
0	20	12,7	48	20,8
1	48	30,4	59	25,5
2	20	12,7	35	15,2
3	25	15,8	20	8,7
4	18	11,4	24	10,4
5	6	3,8	13	5,6
6	10	6,3	13	5,6
7	4	2,5	5	2,2
8	4	2,5	6	2,6
9	0	0	4	1,7
10	1	0,6	4	1,7
11	2	1,3	0	0

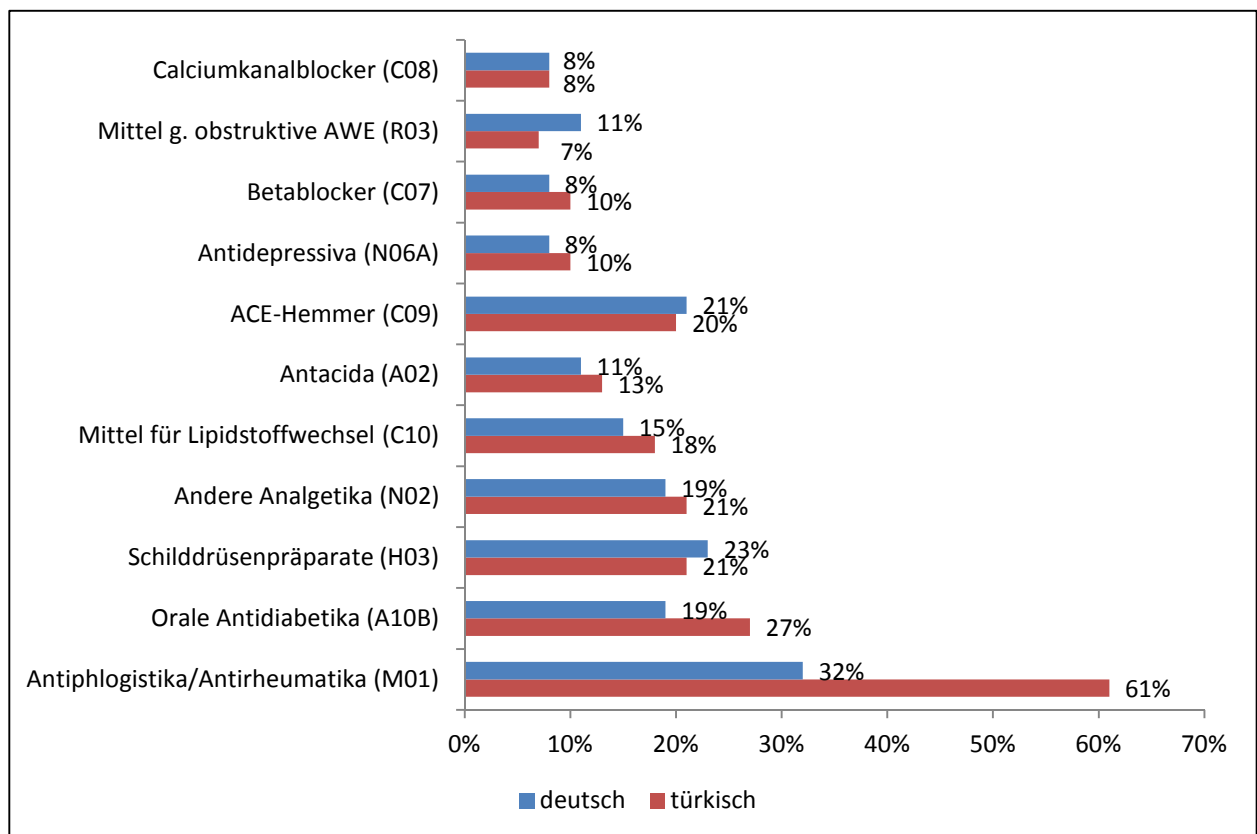
### **3.3.2 Polypharmakotherapie**

Nach der Definition der WHO besteht eine Polypharmakotherapie bei Einnahme von fünf oder mehr Medikamenten pro Tag. Nach Anwendung dieser Definition konnten unter den Patientinnen, die Medikamente einnehmen, 20 % (N=27) deutsche und 25 % (N=45) türkische Frauen ermittelt werden, die fünf und mehr Medikamente pro Tag konsumieren. Bezüglich der Polypharmakotherapie wurde keine vergleichende Statistik gemacht.

### **3.3.3 12-Monats-Einnahme von Medikamenten nach Wirkstoffklassen**

Es wurde bereits gezeigt, dass 82,5 % (N=321) der befragten Patientinnen aus beiden Gruppen in den letzten 12 Monaten mindestens ein verordnetes oder selbst gekauftes Medikament eingenommen haben. Nach Einteilung der angegebenen Medikamente der Patienten in Wirkstoffklassen nach der aktuellen ATC-Klassifikation [46], ließ sich die Gewichtung der jeweiligen Wirkstoffklassen berechnen. Die ATC-Codes wurden maximal bis zur vierten Stelle

angegeben. Die Gruppe der Antiphlogistika/Antirheumatika (M01) sind mit insgesamt 49 % (N=191) am häufigsten vertreten. Bei den türkischen Frauen wird diese Wirkstoffgruppe mit 61 % (N=141) deutlich häufiger eingenommen als bei den befragten deutschen Frauen mit 32 % (N=50). An zweiter Stelle der häufig eingenommenen Medikamente stehen die Antihypertensiva (alle Wirkstoffgruppen der Antihypertensiva zusammen, in der Abbildung 9 sind nur die häufigsten dargestellt) mit 47 % (N=182). Die Anzahl der Blutdruckmitteleinnahme unterscheidet sich nicht wesentlich zwischen den deutschen und türkischen Patientinnen, 37 % versus 38 %. Bei den deutschen Patientinnen stehen die Schilddrüsenpräparate mit 23 % (N=36) und bei den türkischen Patientinnen die oralen Antidiabetika mit 27 % (N=62) an dritter Stelle.

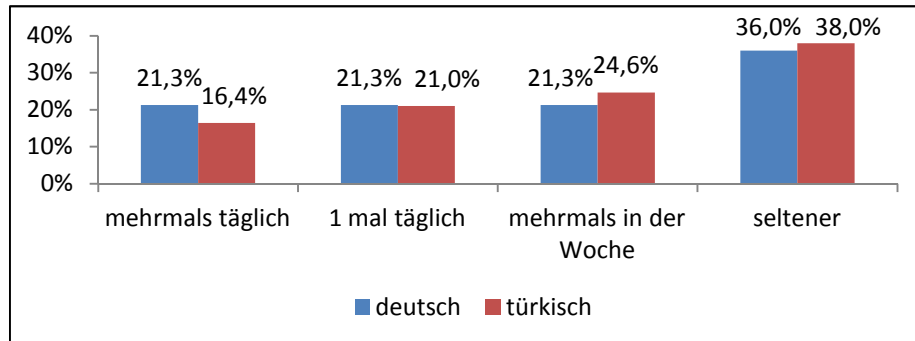


**Abbildung 9: Die am häufigsten eingenommenen Medikamentengruppen nach ATC-Klassifikation [45]**

### 3.3.4 4-Wochen-Einnahme von Schmerzmitteln

Nach Auswertung der Eigenangaben der Patientinnen wurde festgestellt, dass 80 % (N=184) der türkischen Frauen und 62 % (N=96) der deutschen Frauen in den letzten vier Wochen mindestens ein Analgetikum eingenommen haben. 21,3 % (N=19) der deutschen und 16,4 % (N=28) der türkischen Patientinnen, die in den letzten vier Wochen Schmerzmittel eingenommen haben,

nehmen diese sogar mehrmals täglich ein (s. Abbildung 10). Die Frage nach der Häufigkeit der Einnahme von Schmerzmitteln haben insgesamt 67 % der Patientinnen beantwortet (D=56 % und T=74 %).



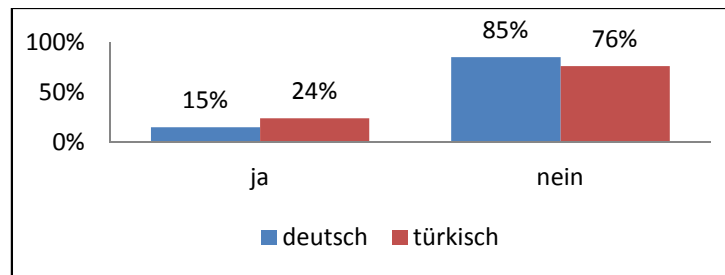
**Abbildung 10: Häufigkeit der Schmerzmitteleinnahme**

Im Folgenden werden einzelne Substanzgruppen beschrieben, die im Rahmen der Schmerzmitteleinnahme von Bedeutung sind. 32 % (N=50) der deutschen und 61 % (N=141) der türkischen Patientinnen haben in den letzten 12 Monaten Antiphlogistika und Antirheumatika (M01) eingenommen. Aus der Gruppe der anderen Analgetika (N02) nahmen 19 % (N=28) deutsche und 21 % (N=46) der türkischen Patientinnen Schmerzmittel ein. Opioide (N02A) wurden nur von 3,2 % (N=5) der deutschen und 1,3 % (N=3) der türkische Patientinnen eingenommen. Unsere Hypothese bezüglich Analgetika (H 1.2) lautete, dass türkische Patientinnen mehr Schmerzmittel einnehmen als deutsche Patientinnen. Nach Testung der Variablen Anzahl Schmerzmitteleinnahme und Gruppe mit dem Mann-Whitney-U-Test, konnte diese Hypothese bestätigt werden. Türkische Patientinnen nehmen statistisch signifikant häufiger Schmerzmittel ein als deutsche Patientinnen ( $p < .001$ ).<sup>5</sup>

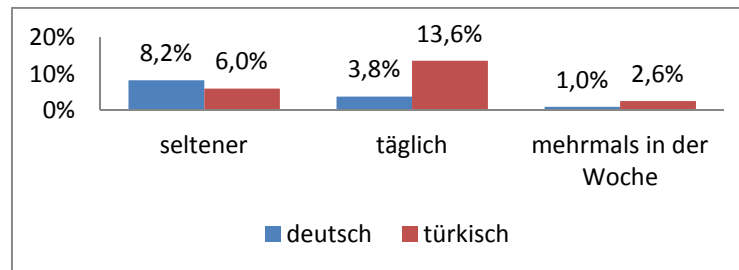
### 3.3.5 Einnahmehäufigkeit von Schlaf oder Beruhigungsmitteln

85 % (N=307) aller befragten Patientinnen verneinten eine tägliche Einnahme von Medikamenten aus der Gruppe der Schlaf- oder Beruhigungsmittel. Eine Einnahme bestätigten 24 % (N=55) der türkischen Patientinnen und 15 % (N=24) der deutschen Patientinnen. Von den türkischen Frauen gaben 13,6 % (N=31) an, mindestens einmal täglich eine Tablette aus der Gruppe der Schlaf- oder Beruhigungsmittel einzunehmen, deutsche Frauen hingegen 3,8 % (N=6). (s. Abbildung 12).

<sup>5</sup> Statistischer Test zu H 1.2 siehe Tabelle 9 im Anhang II



**Abbildung 11: Tägliche Einnahme von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln**



**Abbildung 12: Einnahmehäufigkeit von Schlaf- und Beruhigungsmitteln**

Nach Einteilung der angegebenen Medikamente der Patientinnen (Frage 8) in Wirkstoffklassen nach der aktuellen ATC-Klassifikation, konnte ermittelt werden, wieviele Medikamente aus der Gruppe der Psychopharmaka von den befragten Patientinnen eingenommen wurden. Antidepressiva (N06A) wurden von 8,2 % (N=13) der deutschen und 10 % (N=23) der türkischen Patientinnen eingenommen. Antiepileptika (N03A), u.a. Barbiturate, und Psychoepileptika (N05) werden, wie in Tabelle 6 zu sehen ist, laut Eigenangaben von höchstens 2,5 % der Patientinnen konsumiert

**Tabelle 6: Einnahme von Psychopharmaka**

	deutsch		türkisch		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%
N06A	13	8,2	23	10	36	9,3
N03A	4	2,5	5	2,2	9	2,3
N05	2	1,3	5	2,2	7	1,8

Die Hypothese, dass türkische Patientinnen häufiger Schlaf- oder Beruhigungsmittel einnehmen als deutsche Patientinnen (H 1.3) konnte nach Überprüfung mit dem Mann-Whitney-U-Test

bestätigt werden ( $p=.016$ ). Demnach nehmen türkische Patientinnen signifikant mehr Schlaf- oder Beruhigungsmittel ein als deutsche Patientinnen.<sup>6</sup>

Die Überprüfung der Hypothese (H 1.4), dass die Einnahme von Medikamenten bei Frauen mit zunehmendem Alter zunimmt ergab folgendes Ergebnis. Hinsichtlich dieser gerichteten Hypothese wurde mittels bivariater Korrelation nach Spearman (Spearman's-Rho) der Zusammenhang zwischen den Merkmalen „Alter“ und „Medikamentenanzahl“ geprüft. Die Korrelation  $\rho$  (rho)=.439 ergab einen moderaten positiven Zusammenhang zwischen Alter und der Anzahl der eingenommenen Medikamente ( $p<.001$ ).<sup>7</sup>

### 3.3.6 Befürwortung der Medikamenteneinnahme

Um Unterschiede im Hinblick auf die Medikamenteneinnahme zwischen türkischen und deutschen Frauen herauszufinden, befragte man die Patientinnen, ob sie es richtig finden, bei verschiedenen Beschwerden Medikamente einzunehmen, wie z. B. bei akuten körperlichen Schmerzen, akuten Schlafstörungen, Angststörungen und Stress (in Familie und Beruf). Wie in Tabelle 7 zu sehen ist, befürworteten 86 % (N=121) der deutschen Patientinnen und 62 % (N=136) türkische Patientinnen eine Medikamenteneinnahme bei akuten körperlichen Schmerzen. Eine Einnahme bei akuten Schlafstörungen befanden 31 % (N=37) deutsche und 22,5 % (N=46) der türkischen Patientinnen für richtig, bei Angst- oder Panikstörungen 37 % (N=46) deutsche und 33,5 % (N=66) türkische Frauen. Bei Stress sind es 23 % (N=46) türkische Patientinnen versus 7 % (N=8) der deutschen Patientinnen.

**Tabelle 7: Bereitschaft für medikamentöse Therapie**

		deutsch		türkisch		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%
Bei akuten körperlichen Schmerzen	Nein	20	14	82	38	102	28
	Ja	121	86	136	62	257	72
Bei Stress (Familie, Beruf)	Nein	107	93	155	77	262	83
	Ja	8	7	46	23	54	17

<sup>6</sup> Statistischer Test zu H 1.3 siehe Tabelle 10 im Anhang II

<sup>7</sup> Statistischer Test zu H 1.4 siehe Tabelle 11 im Anhang II

Die höhere Bereitschaft bei türkischen Patientinnen bei akuten körperlichen Schmerzen, Schlafstörungen, Angststörungen oder bei Stress zusätzlich Medikamente einzunehmen ist eine weitere Hypothese (H 1.5), die getestet wurde. Im Gruppenvergleich zwischen türkischen und deutschen Patientinnen zeigten sich folgende Ergebnisse: Im Sinne der gerichteten Hypothese, dass türkische Patientinnen eher eine Medikamenteneinnahme befürworten als deutsche Patientinnen, konnten im Chi Quadrat Test keine signifikanten Unterschiede zwischen beiden Gruppen nachgewiesen werden. Der empirisch ermittelte p-Wert ( $p < .001$ ) weist auf Unterschiede hin, allerdings in der anderen Richtung. Denn im Gegenteil mehr deutsche Patientinnen, 86 % (N=121) im Gegensatz zu 62 % (N=136) türkischen Patientinnen befürworten eine Einnahme von Medikamenten bei körperlichen Schmerzen. Bei den Teilhypothesen Einnahmeverhalten bei akuten Schlafstörungen, Angststörungen oder Panikattacken konnten ebenfalls keine signifikanten Unterschiede nachgewiesen werden. Nur bei der Teilhypothese Stress konnte ein signifikanter Unterschied bei der Befürwortung einer Medikamenteneinnahme bestätigt werden ( $p < .001$ ). Demnach befürworten türkische Patientinnen signifikant häufiger die Medikamenteneinnahme bei Stress als deutsche Patientinnen.<sup>8</sup>

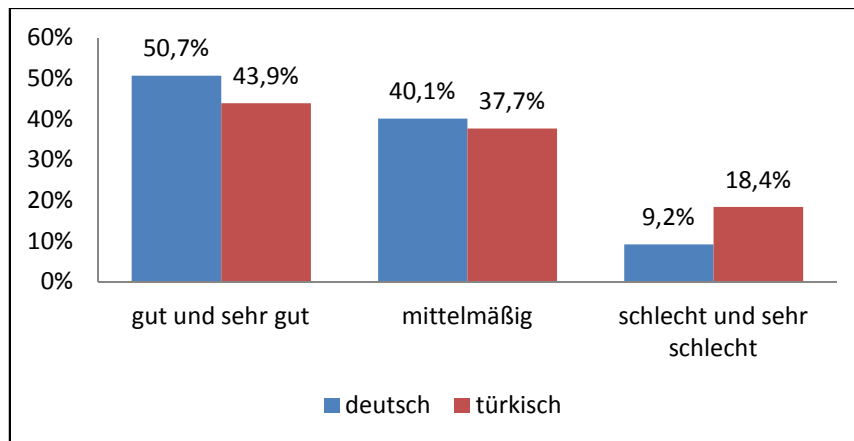
### **3.3.7 Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustands**

Eine weitere Hypothese dieser Untersuchung war, dass türkische Frauen ihren Gesundheitszustand schlechter bewerten als deutsche Frauen (siehe H 2.1). Die Auswertung der Fragebögen hat ergeben (siehe Abbildung 13), dass 50,7 % (N=77) der deutschen Patientinnen ihren Gesundheitszustand gut bis sehr gut bewerten, im Vergleich zu türkischen Patientinnen mit 43,9 % (N=98). Als mittelmäßig bewerten 40 % (N=61) der deutschen und 37,7 % (N=84) der türkischen Frauen ihren Gesundheitszustand. Insgesamt bewerten über 18 % (N=41) der türkischen Frauen ihren Gesundheitszustand schlecht bis sehr schlecht, das sind doppelt so viele wie deutsche Frauen (9 % (N=14)). Die Überprüfung dieser Hypothese mit dem Mann-Whitney-U-Test (Variablen = Gruppe und subjektiver Gesundheitszustand) hat ein nichtsignifikantes Ergebnis mit  $p = .067$  ergeben. Die Hypothese konnte somit nicht bestätigt werden.<sup>9</sup>

---

<sup>8</sup> Statistischer Test zur Teilhypothese H 1.5 (Stress) siehe Tabelle 12 im Anhang II

<sup>9</sup> Statistischer Test zu H 2.1 siehe Tabelle 13 im Anhang II



**Abbildung 13: Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustands**

Um die Hypothese zu überprüfen, ob es einen Zusammenhang zwischen Gesundheitszustand und Anzahl der Medikamenteneinnahme gibt (siehe H 2.2) wurde zur Messung der Korrelationskoeffizient Spearman's-Rho herangezogen. Der Test ergab einen positiven Zusammenhang zwischen der Beurteilung des Gesundheitszustandes und Anzahl der eingenommenen Medikamente. Die Korrelation ist mit  $\rho$  (rho)=.403 moderat und signifikant ( $p < .001$ ).<sup>10</sup>

Die Überprüfung der Hypothese, dass je höher das Einkommen, desto besser ist der subjektive Gesundheitszustand (H 2.3), ergab folgendes Ergebnis: nach Testung mit Spearman's-Rho konnte der postulierte negative Zusammenhang zwischen Einkommen und subjektivem Gesundheitszustand bestätigt werden. Höhere Werte beim Item Gesundheitszustand bedeuten, dass dieser subjektiv schlechter eingeschätzt wird, daher die negative Korrelation. Der Zusammenhang ist mit  $\rho$  (rho)=-.184 eher schwach aber dennoch signifikant ( $p < .001$ ).<sup>11</sup>

### 3.3.8 Lesen der Beipackzettel

29 % der türkischen und 35 % der deutschen Patientinnen lesen die Informationen auf dem Beipackzettel. 53 % der türkischen und 62 % der deutschen Patientinnen lesen sie gelegentlich. 18 % der türkischen Frauen gaben sogar an, den Beipackzettel nicht zu lesen. Der Anteil der deutschen Frauen, die den Beipackzettel nicht lesen, beträgt lediglich 2,5 %. Wenn man die Antwortkategorien „Ja“ und „gelegentliches Lesen“ zusammenfasst, ist festzustellen, dass 97 %

<sup>10</sup> Statistischer Test zu H 2.2 siehe Tabelle 14 im Anhang II

<sup>11</sup> Statistischer Test zu H 2.3 siehe Tabelle 15 im Anhang II



der deutschen Frauen und 82 % der türkischen Frauen den Beipackzettel zumindest gelegentlich lesen.

Bezüglich des Lesens der Beipackzettel lautet die Hypothese: türkische Patientinnen sind weniger über die Indikationen und Anwendungsgebiete der Medikamente informiert als deutsche Patientinnen. Mit dem Mann-Whitney-U-Test konnte diese Hypothese bestätigt werden (Variablen = Gruppe und Lesen der Beipackzettel). Die Unterschiede sind signifikant ( $p=.004$ ), was bedeutet, dass türkische Patientinnen signifikant weniger über die einzunehmenden Medikamente informiert sind.<sup>12</sup>

### **3.3.9 Zigaretten- und Alkoholkonsum**

27 % (N=42) der befragten deutschen und 25 % (N=57) der befragten türkischen Frauen rauchen Zigaretten. 45,5 % (N=70) der deutschen Patientinnen bejahten den Konsum alkoholischer Getränke, bei den türkischen Patientinnen betrug die Anzahl 3,5 % (N=8). Über das wirkliche Ausmaß des Alkoholkonsums können hier jedoch keine Rückschlüsse gezogen werden. Insbesondere deutsche Patientinnen verfassten oft eine Zusatznotiz zu dieser Frage. Sie gaben an, zwar Alkohol zu trinken, dies aber nur selten oder zu gewissen Anlässen zu tun. Die Fragen zum CAGE-Test haben insgesamt 16 Patientinnen beantwortet, 13 deutsche, 2 türkische und eine Patientin aus einem anderen Herkunftsland. Elf deutsche und zwei türkische Patientinnen gaben eine positive Antwort. Zwei der deutschen Patientinnen gaben zwei positive Antworten und eine Patientin aus einem anderen Herkunftsland beantwortete drei der vier möglichen Antworten beim CAGE-Test positiv.

Die einseitig gerichtete Hypothese, dass Raucherinnen mehr Medikamente einnehmen als Nichtraucherinnen (H 3.1), konnte nicht bestätigt werden. Der empirisch ermittelte p-Wert ( $p<.001$ ) deutet auf Unterschiede hin, allerdings in der anderen Richtung.<sup>13</sup>

Bei der Überprüfung der Hypothese, dass Alkohol konsumierende Frauen mehr Medikamente einnehmen als abstinenten Frauen, konnte kein signifikanter Unterschied festgestellt werden ( $p=.330$ ). Diese Hypothese ließ sich nicht bestätigen, somit nehmen Alkohol konsumierende Patientinnen dieser Studie nicht signifikant mehr Medikamente ein.<sup>14</sup>

---

<sup>12</sup> Statistischer Test zu H 2.4 siehe Tabelle 16 im Anhang II

<sup>13</sup> Statistischer Test zu H 3.1 siehe Tabelle 17 im Anhang II

<sup>14</sup> Statistischer Test zu H 3.2 siehe Tabelle 18 im Anhang II

Eine Hypothese bezüglich des Risikoverhaltens der Patientinnen lautet, dass türkische Frauen häufiger rauchen als deutsche Frauen (H 3.3). Die Testung nach Chi-Quadrat ergab kein signifikantes Ergebnis ( $p=.361$ ). Die gerichtete Hypothese, dass türkische Frauen häufiger rauchen als deutsche Frauen, konnte somit nicht bestätigt werden.<sup>15</sup>

Schon bei der Auswertung der Fragebogendaten war zu erkennen, dass die Anzahl der Alkohol konsumierenden türkischen Patientinnen sehr gering ist ( $N=8$ ). Die Unterschiedshypothese, dass türkische Frauen weniger Alkohol konsumieren als deutsche Frauen (siehe H 3.4) konnte signifikant ( $p<.001$ ) bestätigt werden.<sup>16</sup>

Eine weitere Hypothese bezüglich des Krankheitsverhaltens lautet, dass türkische Patientinnen im Fall eines akuten Rückenproblems häufiger zum Hausarzt oder Orthopäden gehen als deutsche Patientinnen. Die Antwortkategorien bei der Frage 6 „ich gehe zum Hausarzt und ich gehe zum Orthopäden“, wurden hier zu einer Variablen zusammengefasst und getestet. Diese Hypothese konnte nicht bestätigt werden. Der Chi-Quadrat-Test ermittelte einen Wert von  $p=.229$ . Somit gehen türkische Patientinnen bei akuten Rückenschmerzen nicht signifikant häufiger zum Hausarzt oder Orthopäden als deutsche Patientinnen.<sup>17</sup>

Die Hypothese dass die türkischen Patientinnen bei Rückenschmerzen eher zu Schmerzmitteln greifen als deutsche Patientinnen (siehe H 4.2), konnte ebenfalls nicht bestätigt werden ( $p=.467$ ). Türkische Patientinnen nehmen nicht signifikant häufiger Schmerzmittel bei akuten Rückenschmerzen ein als deutsche.<sup>18</sup> Die Hypothese, dass deutsche Patientinnen sich bei Rückenschmerzen häufiger mit Hausmitteln behandeln im Vergleich zu türkischen Patientinnen konnte bestätigt werden und ergab ein signifikantes Ergebnis ( $p<.001$ ). Deutsche Patientinnen versuchen sich häufiger mit Hausmitteln zu behandeln als türkische Patientinnen.<sup>19</sup>

Bei der Überprüfung der Hypothese, dass je älter eine Patientin ist, desto eher geht sie bei Rückenschmerzen zum Hausarzt oder Orthopäden (siehe H 4.4), konnte ein positiver Zusammenhang bestätigt werden. Das Ergebnis ist signifikant ( $p<.001$ ) und zeigt einen

---

<sup>15</sup> Statistischer Test zu H 3.3 siehe Tabelle 19 im Anhang II

<sup>16</sup> Statistischer Test zu H 3.4 siehe Tabelle 20 im Anhang II

<sup>17</sup> Statistischer Test zu H 4.1 siehe Tabelle 21 im Anhang II

<sup>18</sup> Statistischer Test zu H 4.2 siehe Tabelle 22 im Anhang II

<sup>19</sup> Statistischer Test zu H 4.3 siehe Tabelle 23 im Anhang II

schwachen Zusammenhang mit  $\rho$  (rho)=.179. Je älter die Patientinnen in dieser Untersuchung sind, desto häufiger gehen sie bei akuten Rückenschmerzen zu Hausärzten oder Orthopäden.<sup>20</sup>

Im Folgenden die Ergebnisse der Teilhypothesen, dass türkische Patientinnen sich bei Rückenschmerzen weniger bewegen als deutsche Patientinnen (siehe H 4.5a und H 4.5b): Mit dem Chi-Quadrat-Test ergaben sich in Bezug auf Bewegung bei Rückenschmerzen Unterschiede zwischen türkischen Patientinnen und deutschen Patientinnen. Beide Teilhypothesen wurden bestätigt und sind statistisch signifikant ( $p < .001$ ). Die türkischen Patientinnen bewegen sich bei Rückenschmerzen weniger im Gegensatz zu deutschen Patientinnen, die sich mehr bewegen.<sup>21</sup>

### 3.3.10 Inanspruchnahme von ambulanten Ärzten

#### Häufigkeit der Hausarztbesuche in den letzten 12 Monaten

44,5 % (N=69) der deutschen und 30,1 % (N=68) der türkischen Patientinnen geben an, alle drei Monate ihren Hausarzt aufzusuchen. 28,8 % (N=65) der türkischen und 17,4 % (N=27) der deutschen Patientinnen gehen mindestens einmal im Monat zu ihrem Hausarzt. Der Anteil der Patientinnen, die einmal in der Woche zum Hausarzt gehen, ist bei türkischen Patientinnen doppelt so hoch 10,6 % (N=24) wie bei deutschen Patientinnen 5,2 % (N=8). 32,9 % (N=51) der deutschen und 30,5 % (N=69) der türkischen Patientinnen gaben an, ihren Hausarzt seltener aufzusuchen.

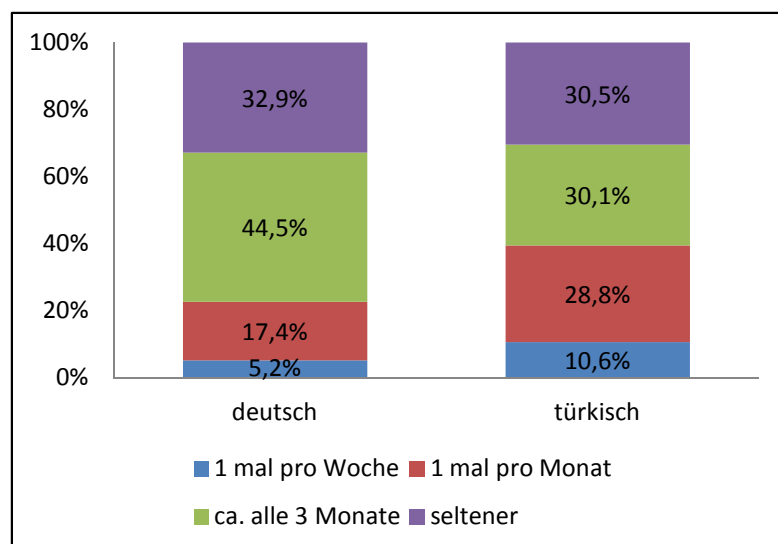


Abbildung 14: Häufigkeit der Hausarztkonsultation in den letzten 12 Monaten

<sup>20</sup> Statistischer Test zu H 4.4 siehe Tabelle 24 im Anhang II

<sup>21</sup> Statistischer Test zu H 4.5 (a+b) siehe Tabelle 25 und Tabelle 26 im Anhang II

Die einseitig gerichtete Hypothese, dass türkische Patientinnen häufiger zum Hausarzt gehen als deutsche Patientinnen konnte nicht bestätigt werden. Das Ergebnis ist signifikant ( $p < .009$ ), geht aber in die entgegengesetzte Richtung, da deutsche Patientinnen offensichtlich häufiger zu Hausärzten gehen als türkische. Türkische Patientinnen gehen demnach nicht signifikant häufiger zum Hausarzt als deutsche Patientinnen.<sup>22</sup>

### Häufigkeit der Facharztbesuche in den letzten 12 Monaten

Am häufigsten konsultieren beide Patientengruppen die Fachärzte für Frauenheilkunde (N=254), 70,3 % (N=111) der deutschen Frauen und 61,9 % (N=143) der türkischen Frauen gehen mindestens einmal im Jahr zum Frauenarzt. Die Inanspruchnahme von Fachärzten für Orthopädie erfolgt regelmäßig von 41,1 % (N= 65) der befragten deutschen und von 49,8 % (N=115) der türkischen Patientinnen und Fachärzte für Augenheilkunde werden von 37,3 % (N=59) deutschen und 32,5 % (N=75) türkischen Patientinnen beansprucht (s. Abbildung 15). Diesbezüglich wurde keine Hypothese aufgestellt aber nach dem Mann-Whitney-U-Test besteht zwischen deutschen und türkischen Patientinnen kein signifikanter Unterschied bei der Häufigkeit der Konsultation von Fachärzten.

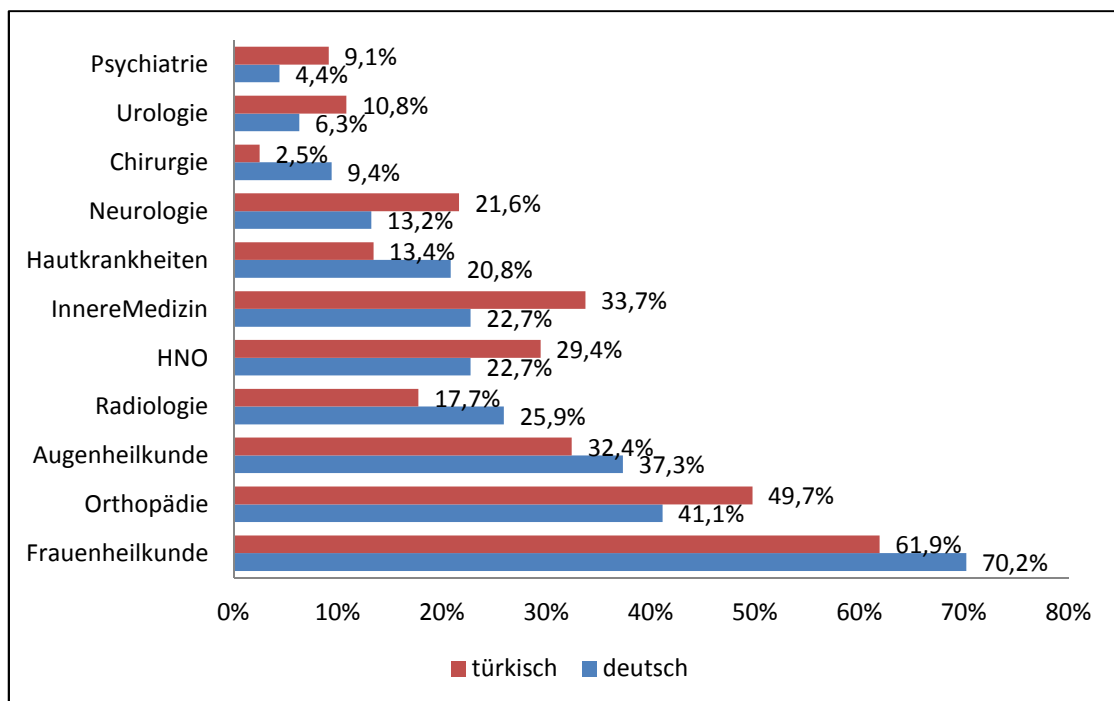


Abbildung 15: Inanspruchnahme von Fachärzten in den letzten 12 Monaten

<sup>22</sup> Statistischer Test zu H 5.1 siehe Tabelle 27 im Anhang II

## **4 Diskussion**

In der vorliegenden Arbeit wurde untersucht, ob sich der Arzneimittelgebrauch von hausärztlich betreuten deutschen und türkischen Patientinnen unterscheidet. Untersucht wurden Unterschiede bei der generellen Medikamenteneinnahme sowie beim Konsum von Schmerz-, Schlaf und Beruhigungsmitteln. Darüber hinaus sollten Erkenntnisse über das Gesundheitsverhalten, den subjektiven Gesundheitszustand, das Inanspruchnahmeverhalten bei niedergelassenen Ärzten sowie das Risikoverhalten von türkischen Patientinnen gewonnen werden. Auf Basis dieser Untersuchung wird diskutiert, ob sich aus den Ergebnissen Konsequenzen für die Medikamentenbehandlung speziell für türkische Frauen ergeben. Eine Untersuchung in dieser Form ist einmalig, da das Hauptaugenmerk in erster Linie auf Frauen mit türkischem Migrationshintergrund liegt. Als Vergleichsgruppe dienten deutsche Patientinnen, die ebenfalls aus Berliner Hausarztpraxen rekrutiert wurden.

Mit der vorliegenden Erhebung soll ein Beitrag zum wichtigen Thema „Gesundheit und Migration“ geleistet werden. Beim Thema „Gesundheit und Migration in Deutschland“ existieren nur sehr wenige Studien, die auch geschlechtsspezifische Unterschiede bei Personen mit Migrationshintergrund untersuchen. Grundsätzlich sind deutliche Unterschiede bezüglich Gesundheitsstatus und Gesundheitsrisiken bei Männern und Frauen bekannt. Die schriftliche Befragung mithilfe des eigens für die Arbeit entwickelten Fragebogens (s. Kapitel 2), lieferte mehrere interessante Ergebnisse (s. Kapitel 3), die eine nachfolgende Diskussion der zugrunde liegenden Fragestellungen und Hypothesen ermöglichen.

### **4.1 Ergebnisse zu soziodemographischen Daten**

Zu Beginn werden die Ergebnisse zu den erhobenen soziodemographischen Daten diskutiert und anschließend versucht, diese mit aktuellen Studien zu vergleichen. Als Variable zur Gruppenbildung wurde der Migrationshintergrund gewählt und nicht nur das Geburtsland oder die Staatsangehörigkeit, da insbesondere viele junge Türkinnen in Deutschland geboren wurden oder eine deutsche Staatsbürgerschaft besitzen. Bei den teilnehmenden Patientinnen aus anderen Herkunftsländern wurde keine Differenzierung nach Herkunft vorgenommen. Zwar zeigen einige Statistiken, dass es relevante Integrationsunterschiede innerhalb der Gruppe der Migranten gibt, jedoch ist die Gruppe mit 22 Patientinnen aus zehn unterschiedlichen Herkunftsländern zu klein,

als dass man zuverlässige Aussagen über sie treffen könnte. Daher wurden von dieser Gruppe nur die demographischen Daten in Kapitel 3 vorgestellt. Die demographischen Daten aus dem Fragebogen werden mit den aktuellen Daten des Bundesamts für Statistik verglichen.

#### **4.1.1 Altersstruktur**

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes sind Türken in Deutschland durchschnittlich 39,3 Jahre alt. Über 47 % der hier lebenden 2,9 Millionen Türken sind zwischen 20 und 45 Jahre alt. 32 % von ihnen wurden in Deutschland geboren [47]. Die untersuchte Gruppe der türkischen Patientinnen dieser Studie kann somit in Bezug auf das Durchschnittsalter (43,9 Jahre) und den Anteil in Deutschland geborener (28 %) als vergleichbar für den Bundesdurchschnitt angesehen werden. Der hohe Anteil türkischer Menschen in Deutschland, insbesondere unter den Jüngeren, unterstreicht erneut die Wichtigkeit von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung für diese Bevölkerungsgruppe.

#### **4.1.2 Kinderzahl**

Die Befragung der Patientinnen nach vorhandenen Kindern ergab, dass die türkischen Frauen durchschnittlich 2,3 Kinder und die deutschen Frauen durchschnittlich 1,6 Kinder haben. Frauen anderer Herkunftsländer haben sogar durchschnittlich 2,5 Kinder. 44 % der teilnehmenden türkischen Frauen haben 3 und mehr Kinder im Gegensatz zu deutschen Frauen mit 13 %. Die zusammengefasste Geburtenziffer in Deutschland, die die Geburten pro Frau im gebärfähigen Alter abschätzt, lag im Jahr 2010 bei 1,39 [48]. Den Daten des Mikrozensus von 2008 des Statistischen Bundesamtes zufolge, bei dem zuletzt die Geburtenrate auch nach Migrationserfahrung eingeteilt und berechnet wurde, zeigt sich, dass die Geburtenrate der Frauen mit Migrationshintergrund höher liegt als bei deutschen Frauen. Insgesamt ist bei der 2. Generation ausländischer Frauen in Deutschland jedoch ein Anpassungstrend an die Geburtenrate deutscher Frauen zu verzeichnen [49]. Die aktuellen Angaben zur Kinderanzahl in Deutschland liefert das Statistische Bundesamt: Demnach lebten 2010 bei 15 % der Familien mit Migrationshintergrund drei und mehr Kinder unter 18 Jahren im Haushalt, bei 38 % zwei Kinder und bei 47 % ein minderjähriges Kind. Bei Familien ohne Migrationshintergrund lebten in 55 % der Fälle ein Kind, in 37 % der Fälle zwei Kinder und in 9 % der Fälle drei und mehr minderjährige Kinder im Haushalt [50]. Zusammenfassend zeigt sich, dass Familien mit Migrationshintergrund durchschnittlich mehr Kinder im Haushalt zu versorgen haben als einheimische Familien.

### **4.1.3 Deutschkenntnisse / Sprachliche Verständigung mit dem Hausarzt**

In einer Studie des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge aus dem Jahr 2006/2007 beurteilten 52,8 % der türkischen Frauen ihre Sprachkenntnisse in Deutsch selbst als mittelmäßig bis gar nicht sprechend. Ihr deutsches Sprachverständnis bewerteten 46,4 % als gar nicht, sehr schlecht, schlecht oder nur mittelmäßig [51]. Diese Ergebnisse decken sich mit den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit. 40 % der türkischen Patientinnen bewerteten ihre Deutschkenntnisse auch nur als ausreichend und 22 % als schlecht. Nach Zusammenfassen dieser Ergebnisse stellt sich heraus, dass 62 % (N=136) der insgesamt 231 befragten Türkinnen nur über ausreichende bis schlechte Deutschkenntnisse verfügen. Bei ausreichenden Sprachkenntnissen ist aber auch anzunehmen, dass man sich im Alltag und in einer Arztpraxis ausreichend verständigen kann. Wie bereits thematisiert, sind Deutschkenntnisse im Rahmen der Gesundheitsversorgung für Migranten, vor allem in Bezug auf medikamentöse Therapie enorm wichtig. Nach Auswertung der Eigenangaben stellte sich heraus, dass über 80 % der türkischen Patientinnen sich mit ihrem Hausarzt in ihrer Muttersprache verständigen können, was bedeutet, dass sie einen türkischen Hausarzt haben. Auffällig ist auch, dass der Fragebogen von 81 % (N=187) der türkischen Patientinnen in türkischer Sprache ausgefüllt wurde. Das bedeutet, dass vielen türkischen Patientinnen die Kommunikation in deutscher Sprache noch schwer fällt, insbesondere den in erster Generation hier lebenden türkischen Frauen.

### **4.1.4 Schulbildung und Berufsabschluss**

Der Bildungsstand der Arbeitsmigranten in Deutschland ist im Vergleich zu der deutschen Bevölkerung schlechter, insbesondere der der hier lebenden Türken in erster Generation. In den letzten Jahren hat sich bei türkischen Frauen der 2. und 3. Generation die schulische und berufliche Qualifikation jedoch deutlich gebessert [52]. Auch innerhalb der teilnehmenden deutschen und türkischen Patientinnen in dieser Arbeit konnte eine Differenz in Hinblick auf Bildung, Erwerbssituation und Einkommen nachgewiesen werden. Von den befragten türkischen Patientinnen gaben fast 8 % der türkischen Frauen an, keinen Schulabschluss zu haben. 33 % behaupteten, nur einen Grundschulabschluss zu haben. Die Rate der Frauen mit einem Realschulabschluss und einem Abitur (inkl. Fachabitur) lag jeweils bei ca. 21 %. Von den deutschen Frauen haben 37,3 % einen Realschulabschluss und 29,3 % einen Abitur (inkl. Fachabitur). In beiden Gruppen war der Hauptschulabschluss mit ca. 17 % vertreten.

Nach dem Mikrozensus von 2010 hatten über 31 % der untersuchten türkischstämmigen Frauen keinen Schulabschluss, 27 % einen Hauptschulabschluss und lediglich 9 % Abitur (inkl. Fachabitur). Von den türkischstämmigen Frauen hatten ca. 60 % keinen Berufsabschluss und nur knapp 19 % hatten bereits einen qualifizierten Berufsabschluss [53]. Die vorliegende Umfrage zeigt insgesamt vergleichbare Ergebnisse in Bezug auf Berufsbildung, denn laut den Angaben der türkischen Patientinnen hatten über 50 % keinen Berufsabschluss. Lediglich 28,4 % hatten eine Berufsausbildung gemacht und nur 12,2 % hatten einen Hochschulabschluss. Daher sollten die erhobenen Daten und Ergebnisse auch in diesem Kontext betrachtet werden, da wie bei vielen Gesundheitsstudien zu beobachten ist, der Bildungsstand einen wichtigen Einfluss auf verschiedenste Krankheiten und Risikoverhalten hat.

#### **4.1.5 Erwerbssituation**

In einer vergleichenden Analyse über Arbeitsmarktintegration von Frauen ausländischer Nationalität in Deutschland wurde festgestellt, dass insbesondere Türkinnen schlechter in den Arbeitsmarkt integriert sind als Frauen aus anderen Herkunftsländern. Zwar sei eine bessere Integration ab der 2. Generation zu erkennen, da sie über gute Sprachkenntnisse, bessere Schulbildung oder bessere Berufsbildung verfügen, verglichen mit Frauen aus anderen Herkunftsländern, seien sie dennoch seltener erwerbstätig [52]. Nach Ergebnissen einer telefonischen Repräsentativbefragung von Menschen mit türkischem Migrationshintergrund sind nur 40 % der Frauen mit Migrationshintergrund im erwerbsfähigen Alter voll oder teilweise berufstätig. Wird eine entsprechende Tätigkeit ausgeübt, handelt es sich häufig um ungelernete oder angelernte Tätigkeiten (35 % aller Befragten) [54].

Auch 35,6 % der türkischen Patientinnen aus der vorliegenden Untersuchung gaben an, nicht berufstätig bzw. nur Hausfrau zu sein. 31 % der befragten türkischen Frauen gaben an, als ungelernete Arbeiterinnen tätig zu sein und ca. 9,1 % von ihnen waren zum Zeitpunkt der Befragung arbeitslos. Die Erwerbssituation steht zwar nicht im direkten Zusammenhang mit dem Gesundheitsverhalten oder Arzneimittelverhalten, gehört aber zum Gesamtbild des Sozialstatus und sollte daher bei allen Untersuchungen erfasst werden.

#### **4.1.6 Einkommen**

Einer der wichtigsten Kernaussagen der Gesundheitsberichterstattung des RKI über Armut und Gesundheit ist, dass Frauen und Männer mit niedrigem Einkommen eine geringere



Lebenserwartung haben als Menschen mit höherem Einkommen. Das Risiko bestimmte Erkrankungen zu erleiden (z. B. Herzinfarkt, Diabetes mellitus oder chronische Bronchitis) ist bei armen Menschen erhöht [55]. Daher sollte in allen Gesundheitsstudien grundsätzlich auch die Einkommenssituation der Studienteilnehmer erfragt werden.

Die Frage des monatlichen Nettoeinkommens wurde von über 80 % der teilnehmenden Patientinnen beantwortet, obwohl diese sehr persönliche Frage bei schriftlichen Befragungen häufig nicht ausgefüllt wird. Nach Eigenangaben der Patientinnen steht 40 % der türkischen Frauen mit ihren Familien nur ein monatliches Nettoeinkommen bis höchstens 1.000 Euro zur Verfügung im Gegensatz zu 20,8 % der deutschen Haushalte. 23,7 % der türkischen und 24,8 % der deutschen Familien stehen 1.000–1.499 Euro monatlich zur Verfügung. Somit stehen insgesamt 84,5 % der befragten türkischen Frauen und 67 % der deutschen Frauen mit ihren Familien ein monatliches Nettoeinkommen von nur unter 1999 Euro zur Verfügung.

Durchschnittlich verfügte nach dem Statistischen Bundesamt ein deutscher Privathaushalt 2010 über ein monatliches Haushaltsnettoeinkommen von 2.900 Euro. „Das Haushaltsnettoeinkommen errechnet sich, indem vom Haushaltsbruttoeinkommen Einkommensteuer, Kirchensteuer und Solidaritätszuschlag sowie die Pflichtbeiträge zur Sozialversicherung abgezogen werden“ [56]. Die geringere Erwerbsbeteiligung der Frauen in Familien mit Migrationshintergrund führt auch dazu, dass sie ein insgesamt niedrigeres Haushaltsnettoeinkommen haben. Laut dem Statistischen Bundesamt hatten Migrationsfamilien 2010 ein niedrigeres Familiennettoeinkommen als Familien ohne Migrationshintergrund, obwohl durchschnittlich mehr Familienmitglieder im Haushalt zu versorgen waren. Im Jahr 2010 mussten fast ein Drittel (62 %) der Familien mit Migrationshintergrund mit weniger als 2600 Euro im Monat auskommen, bei den Familien ohne Migrationshintergrund nur 44 % [57]. Laut der Stiftung Zentrum für Türkeistudien (ZfTI), haben insbesondere türkische Haushalte aufgrund hoher Arbeitslosigkeit und gering qualifizierter Tätigkeit durchschnittlich ein geringeres Einkommen als deutsche Haushalte. Außerdem umfassen türkische Haushalte durchschnittlich mehr Personen als deutsche, weil sie zum einen mehr Kinder haben und auch häufig weitere Familienangehörige im Haushalt leben, die sie unterstützen [58].

Ein negativer Zusammenhang zwischen dem Einkommen und subjektivem Gesundheitszustand wurde im Ergebnisteil bestätigt. Zwischen den deutschen und türkischen Patientinnen dieser Studie sind keine sehr deutlichen Einkommensunterschiede zu erkennen. Es wird vermutet, dass

sich dadurch kein Unterschied in der Bewertung des subjektiven Gesundheitszustands zwischen deutschen und türkischen Patientinnen ergab.

## **4.2 Ergebnisse der Fragebogenauswertung und Hypothesentestung**

„Gesundheit ist die Grundlage für ein selbstbestimmtes, aktives Leben. Das gilt für Migrantinnen und Migranten genauso wie für alle anderen“, sagte Prof. Dr. Maria Böhmer, Beauftragte der Bundesregierung für Migration Flüchtlinge und Integration, im Vorwort zum Handbuch für Modelle guter Praxis mit dem Titel: „Gesundheit und Integration“ [59]. Das ist ein enorm wichtiger Ansatz, um eine gezielte Gesundheitsprävention und -förderung bei Migranten zu erreichen.

Vielen Studien zufolge haben Migranten ein erhöhtes Erkrankungsrisiko für bestimmte chronische Erkrankungen sowie eine stärkere Anfälligkeit für psychische Erkrankungen. Migranten leiden laut Aussage vieler Ärzte häufiger unter Schmerzen, chronischen Krankheiten, psychosomatischen Störungen sowie psychischen Erkrankungen. Dabei ist laut Razum et al. Folgendes zu beachten: „Um Muster des Auftretens von chronischen Erkrankungen bei Migranten zu verstehen, ist eine lebenslauforientierte Betrachtung erforderlich, genau wie bei der nicht migrierten Mehrheitsbevölkerung.“ Einige Migranten, die schon eine lange Zeit in Deutschland leben und arbeiten, haben sich mit der Dauer ihres Aufenthalts in ihrer Lebensweise und dem Gesundheitsverhalten an die einheimische Bevölkerung angepasst. Neben der Aufenthaltsdauer in Deutschland sind auch der Bildungsstand, Einkommen und die soziale Integration wichtige Faktoren, welche die Gesundheit mit beeinflussen und bei präventiven Maßnahmen mitberücksichtigt werden müssen [60].

In einer Studie über Defizite im Bereich der Prävention bei Migranten postulieren Razum et al., dass trotz der großen Heterogenität innerhalb der Migrantenbevölkerung Migranten als eine durch ihren Migrationshintergrund gesundheitlich vulnerable Gruppe gelten. Sie bedürfen daher einer besonderen Beachtung der Gesundheitsforschung und des Gesundheitssystems, damit die vorhandenen Risiken erkannt werden und Hochrisikogruppen gezielt Aufmerksamkeit geschenkt wird [61].

Die Leipziger Sozialforscherin Igel und ihre Kollegen untersuchten im Rahmen eines sozio-ökonomischen Panels, ob Ausgrenzung und Zurückweisung Menschen mit Migrationshinter-

grund körperlich und psychisch belasten. Nach Auswertung der erhobenen Daten von 1.844 männlichen und weiblichen Migranten, die seit über 20 Jahren in Deutschland lebten, kamen sie zum Schluss, dass das Erleben von Diskriminierung und Benachteiligung die Migranten körperlich und psychisch krank macht. Sie konnten mit dieser repräsentativen Stichprobe für Deutschland zeigen, dass die wahrgenommene Diskriminierung einen Einfluss auf die psychische und körperliche Gesundheit von Migrantinnen und Migranten hat. Die türkischstämmigen Migranten fühlten sich besonders stark diskriminiert. Ein weiterer interessanter Aspekt ihrer Studie besagt, dass Geld oder beruflicher Status eine nur geringe Wirkung auf die gesundheitliche Verfassung von Migranten haben [62].

#### **4.2.1 12-Monats-Häufigkeit von Erkrankungen und Beschwerden**

Nach Auswertung aller angegebenen Krankheiten und Beschwerden der teilnehmenden Patientinnen konnten die häufigsten Krankheitsgruppen ermittelt werden. Es werden nur die häufigsten Diagnosen oder Diagnosegruppen aus der vorliegenden Untersuchung mit aktuellen Prävalenzstudien verglichen und diskutiert.

Übereinstimmend mit dieser Quelle entsprechen die hier ermittelten Daten der Diagnosehäufigkeiten der GEK, was die Aussagekraft der vorliegenden Patientinnenbefragung erhöht. In der vorliegenden Studie liegt die Arterielle Hypertonie mit ca. 40 % bei den deutschen Frauen und mit ca. 27 % bei den türkischen Frauen ebenfalls an erster Stelle. An zweiter Stelle stehen bei beiden Gruppen die Diagnosegruppe „Erkrankungen der Wirbelsäule und des Rückens“ mit ca. 30 % bei den deutschen und ca. 25 % bei den türkischen Patientinnen. Während bei den deutschen Patientinnen die Schilddrüsenerkrankungen mit 17 % (19 % bei den Türkinnen) an dritter Stelle stehen, folgt an dritter Stelle der häufigsten Krankheiten bei den türkischen Patientinnen der Diabetes mellitus mit ca. 20 % (vs. 6 % bei deutschen).

Laut dem Arztreport der Barmer GEK 2012, in dem Daten von bis zu 8,7 Millionen Barmer-GEK-Versicherten bis zum Jahr 2010 ausgewertet wurden, lautete die am häufigsten auftretende Diagnosegruppe „Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens“ mit 34,6 % (Frauen 38,7 %), gefolgt von Bluthochdruck, unter dem über 27,1 % der Patienten litten (Frauen 27,7 %). Es folgten Krankheiten der Schilddrüse in 15,5 % (Frauen=22,9 %) der Fälle sowie Diabetes mellitus in 8,9 % (Frauen 8,1 %) der Fälle. Die am meisten verbreitete Einzeldiagnose war die Arterielle Hypertonie mit 26,48 %, gefolgt von Rückenschmerzen mit 24,63 % [63].

Wie in Kapitel 3 bereits dargestellt wurde, kann festgehalten werden, dass die arterielle Hypertonie, auch nach Auswertung der Daten der vorliegenden Studie, die häufigste Einzeldiagnose in der Hausarztpraxis bei beiden Untersuchungsgruppen darstellt. Jedoch sind die Angaben der türkischen Patientinnen bezüglich der Einnahme von Antihypertensiva und der Häufigkeit einer bestehenden Hypertonie nicht plausibel. 38 % der türkischen Patientinnen gaben an Antihypertensiva einzunehmen, jedoch nur 27 % von Ihnen haben angegeben, dass sie unter Hypertonie leiden. Die Inkonsistenz kann z.B. durch die Non-Response-Bias, d. h. Verzerrung durch Nichtantwort, erklärt werden.

Den Daten der GEDA 2010 des RKI zufolge, beträgt die 12-Monats-Prävalenz der arteriellen Hypertonie insgesamt 26,7 %, 27,1 % Frauen versus 26,4 % Männer [64].

Die steigende Prävalenz und die weitreichenden Folgeerkrankungen der Hypertonie machen hier erneut deutlich, wie wichtig Vorsorgeuntersuchungen bezüglich dieser Erkrankung in der Hausarztpraxis sind, sowohl für deutsche als auch für türkische Patientinnen.

Die vorliegende Untersuchung zeigt auch eine hohe Erkrankungsrate für Diabetes mellitus bei den türkischen Patientinnen. 20 % der türkischen Patientinnen und ca. 6 % der deutschen Patientinnen leiden demnach unter Diabetes mellitus. Eine Differenzierung zwischen Diabetes mellitus Typ 1 und 2 konnte anhand der Angaben nicht gemacht werden, da häufig nur „Diabetes“ angegeben wurde. Hier wird erneut deutlich, wie wichtig die Präventionsarbeit bezüglich chronischer Erkrankungen bei türkischen Migranten ist. Korporal et al. haben festgestellt, dass bei türkischen Frauen (40 Jahre und älter) die Häufigkeit von Diabetes mellitus doppelt so häufig ist wie bei gleichaltrigen deutschen Frauen [65]. Der Deutsche Gesundheitsbericht Diabetes 2013 besagt, dass die türkischen Mitbürger die größte Gruppe unter den Migranten mit Diabetes in Deutschland darstellen. Schätzungsweise 280.000 türkische Mitbürgerinnen und Mitbürger sind an Diabetes erkrankt [66]. Eine Studie der Universität Gießen ergab, dass ca. 15 % der untersuchten türkischen Bürger in Deutschland an Diabetes mellitus erkrankt sind (N=1.067) – doppelt so viele wie in der deutschen Bevölkerung (8 %). Die Gründe für die hohe Prävalenz von Diabetes mellitus bei Migranten, seien die zunehmende Anpassung an die westlichen Lebensverhältnisse (z. B. Ernährung), die eine Entstehung begünstigen. Um hier eine bessere Prävention und Therapie zu erreichen, sollten die Betroffenen besser und möglichst in türkischer Sprache informiert werden [67].

Die Erkrankungen der Wirbelsäule und des Rückens stehen mit ca. 30 % bei den deutschen und ca. 25 % bei den türkischen Patientinnen der vorliegenden Studie an zweiter Stelle. Relevante Risikoindikatoren für Rückenschmerzen sind laut Schmidt et al. Schulbildung, Berufsstatus und Einkommen. Das Bildungsniveau stellte sich hierbei als bester Prädiktor für Rückenschmerzen heraus. Befragte mit Hauptschulabschluss hatten im Vergleich zu Personen mit Fachabitur oder Abitur ein fast vierfach höheres Risiko an schwergradigen Rückenschmerzen zu erkranken [68].

Die Hypothese, dass türkische Patientinnen bei akuten Rückenschmerzen eher zu Schmerzmitteln greifen und eher zum Arzt gehen als deutsche Patientinnen, konnte nicht bestätigt werden. Die Teilhypothesen, dass deutsche Patientinnen eher zu Hausmitteln greifen und sich mehr bewegen als türkische Patientinnen, konnten jedoch bestätigt werden ( $p > .001$ ). Die Teilhypothese, dass sich die türkischen Patientinnen bei akuten Rückenschmerzen weniger bewegen, konnte ebenfalls signifikant bestätigt werden ( $p > .001$ ). Letztlich bestätigte sich auch die Hypothese, dass Patientinnen mit zunehmendem Alter bei Rückenschmerzen häufiger einen Hausarzt oder einen Orthopäden aufsuchen ( $p < .001$ ).

In der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) des Robert Koch-Instituts aus dem Jahr 2009, gaben 20,7 % der Befragten an, im letzten Jahr unter mindestens drei Monate oder länger anhaltenden Rückenschmerzen zu leiden. Eine Rückenschmerzstudie des RKI von 2003/2006 zeigte, dass die Stichtagprävalenz von Rückenschmerzen, d.h. Rückenschmerzen zum befragten Zeitpunkt, zwischen 32 % und 49 % lag. Die Lebenszeitprävalenz, also mindestens einmal im Leben Rückenschmerzen gehabt zu haben, lag sogar zwischen 74 % und 85 %. Demnach leiden Frauen auch häufiger als Männer unter Rückenschmerzen. In der Gruppe der Frauen im Alter von 18-29 gaben über 20 % der Befragten an, dass sie fast täglich über einen Zeitraum von mindestens drei Monaten unter Rückenschmerzen gelitten haben, bei Frauen im Alter von 60 bis 69 Jahren betrug die Zahl mehr als 40 Prozent. Die Häufigkeit chronischer Rückenschmerzen nahm mit dem Alter zu. Weitere Untersuchungen zur Häufigkeit von Rückenschmerzen in Deutschland zeigten, dass unter Erwachsenen im Alter über 60 Jahre Kreuz- oder Rückenschmerzen an erster Stelle der Beschwerdeliste stehen. 23 % der befragten Personen fühlen sich durch diese Schmerzen „erheblich“ oder „stark belästigt“ [69].

Viele Untersuchungen besagen, dass Migranten im Gegensatz zur einheimischen Bevölkerung ein anderes Schmerzverhalten haben und es häufiger zum Anlass nehmen, zum Arzt zu gehen. Prof. Dr. med. W. Söllner von der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Nürnberg, schreibt zu diesem Thema: „Chronische Schmerzen treten bei Migranten gehäuft auf

und werden durch folgende Risikokonstellationen begünstigt: unsichere sozioökonomische Situation, mangelnde Bildung, schlechte Sprachkenntnisse, unbefriedigende Arbeitsverhältnisse, schlechte Migrationsbilanz, erlebte Diskriminierung, unverarbeiteter chronischer Stress und psychische Komorbidität“ [70].

Chronische Schmerzen führen relativ häufig zum Gebrauch von Schmerzmitteln. In Bezug auf Wirbelsäulenleiden und Rückenschmerzen erkennt man keine großen Unterschiede in der Erkrankungshäufigkeit bei deutschen und türkischen Patientinnen. Auch ein signifikant höherer Schmerzmittelverbrauch bei den türkischen Patientinnen konnte nicht bestätigt werden. Die signifikante Schonhaltung der türkischen Patientinnen bei Rückenschmerzen kann bedeuten, dass türkische Frauen weniger darüber informiert sind, dass Bewegung bei Rückenschmerzen sehr wichtig ist. Obwohl viele Risikofaktoren, die oben genannt wurden, teilweise auch auf die türkische Untersuchungsgruppe zutreffen, konnten hier keine signifikanten Unterschiede (vor allem in Bezug auf Schmerzmitteleinnahme) zur deutschen Kontrollgruppe festgestellt werden.

Nach Ergebnissen der vorliegenden schriftlichen Befragung leiden 13 % der türkischen Patientinnen und 2,5 % der deutschen Patientinnen unter einer depressiven Erkrankung. Dies geht aus den Eigenangaben zu den Krankheiten in den letzten 12 Monaten hervor (siehe Frage 2). Die Anzahl der deutschen Patientinnen mit Depressionen aus dieser Befragung mit lediglich 2,5 %, weicht deutlich von den Prävalenzergebnissen in der Literatur ab.

Laut der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE) beträgt die 12-Monats-Querschnittsprävalenz depressiver Störungen bei 18- bis 65-jährigen Personen in der Allgemeinbevölkerung 11 %. Frauen mit 14 % sind in allen Altersgruppen doppelt so häufig betroffen wie Männer (8 %) [71].

Die ersten Ergebnisse aus der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS) zum Thema Depression, Burn-out-Syndrom, chronischer Stress und Schlafstörungen ergaben, dass diese vier Beeinträchtigungen bei Frauen häufiger zu finden sind als andere. Depressionen seien umso häufiger, je niedriger der sozioökonomische Status ist. Laut den Ergebnissen bestehe eine Depression bei insgesamt 8,1 % der Teilnehmer, die Prävalenz bei den Frauen war mit 10,2 % höher als bei den Männern mit 6,1 % (Befragungszeitraum 2008-2011) [72].

Bei der Frage, ob die Patientinnen der vorliegenden Studie wegen psychischer Beschwerden bei einem Psychiater oder Neurologen in Behandlung waren (siehe Frage 5) bejahten dies doppelt so

viele türkische (29 %) wie deutsche Patientinnen (16 %). Türkische Patientinnen waren auch häufiger bei einem Facharzt für Psychiatrie als deutsche Patientinnen (9,1 % im Gegensatz zu 4,4 %) (siehe Frage 4). Inwieweit eine tatsächliche Depression oder eine psychische Erkrankung bestand, ist allein aus den Eigenangaben nicht zu beurteilen. Bei der Frage 5 im Fragebogen konnten die Patientinnen zusätzlich den Grund für die Behandlung im Freitextbereich angeben, was 13 % der deutschen und 24 % der türkischen Frauen taten. 19 % von den türkischen Patientinnen gaben „Depression“ als Grund für eine psychische Behandlung an. 3 % der türkischen Patientinnen gaben als Grund „Angst- und Panikattacken“, 2,6 % „Schlafstörungen“, knapp 1 % „Stress“, und jeweils einmal wurden „nervliche Belastung“, „Kummer“, „chronische Schmerzen“ und „Psychose“ angegeben. Von den deutschen Patientinnen gaben 4,4 % „Depression“ als Grund an, 4 % „Angst- und Panikstörung“, 1,2 % „neurologische Beschwerden“ (ZNS-Entzündung, Taubheitsgefühl Beine und Schwindel) und jeweils einmal wurden „Verhaltenstherapie“, „Psychotherapie“, „Burn-out-Syndrom“, „akute Belastung“, „schwierige familiäre Situation“ und „Trauer“ angegeben. Die Zahl der Depressionen, v. a. bei den türkischen Patientinnen ist sehr hoch, beweist aber keineswegs eine manifeste Depression. Möglich ist, dass viele türkische Patientinnen dazu neigen, ihre derzeitige psychische Belastungssituation, Unzufriedenheit, Kummer etc. als Depression zu beschreiben.

Bei einem Gutachten zur psychischen, psychosozialen und psychosomatischen Gesundheit und Versorgung von Migrantinnen in Nordrhein-Westfalen stellte man fest, dass bei 45- bis 54-jährigen Frauen mit Migrationshintergrund depressive Erkrankungen (F32–F33) und somatoforme Störungen (F45) an erster Stelle der Behandlungsgründe in der stationären psychotherapeutischen Rehabilitation stehen [73]. Anhand von kleinen Stichproben und in Bezug auf bestimmte Gruppen beobachtete man bei Migranten in einer psychosomatischen Behandlung eine häufigere Inzidenz von Depressionen, Angststörungen und somatoformen Störungen. Es zeigte sich, dass es ausgeprägte Unterschiede zwischen Migranten und Deutschen gibt, insbesondere bei affektiven Störungen (24,9 % bei Migranten vs. 18,2 % bei den Einheimischen) und bei somatoformen Störungen (24,1 % vs. 15,4 %). Insgesamt wurde eine häufigere Prävalenz von somatoformen Störungen und Depressionen bei Migranten festgestellt [74].

Festzuhalten ist, dass die befragten türkischen Patientinnen häufiger in Behandlung wegen psychischer Beschwerden sind und häufiger unter psychischen Erkrankungen leiden als deutsche Patientinnen. Dabei überwiegen affektive Störungen, insbesondere die Depression. Wichtig ist

auch hier die Ursachen näher zu untersuchen und gezielte Präventionsangebote und Behandlungsstrategien für Migranten zu entwickeln.

#### **4.2.2 Inanspruchnahmeverhalten bei ambulanten Ärzten**

Das Inanspruchnahmeverhalten der befragten türkischen und deutschen Patientinnen unterscheidet sich in der vorliegenden Befragung kaum. Lediglich unterschiedliche Muster der Inanspruchnahme konnten beobachtet werden. Aus den Ergebnissen geht hervor, dass türkische Patientinnen in kürzeren Abständen zu ihren Hausärzten gehen – 39 % von ihnen gaben an, mindestens einmal im Monat zu ihrem Hausarzt zu gehen. Die Befragung der deutschen Patientinnen ergab, dass diese regelmäßiger aber weniger häufig zum Hausarzt gehen. 44,5 % von ihnen gaben an, alle drei Monate zum Hausarzt zu gehen.

Die Hypothese, dass türkische Patientinnen häufiger zu Hausärzten gehen als deutsche Patientinnen, konnte nicht bestätigt werden. Auch bei der Häufigkeit der Konsultation von Fachärzten gab es keinen Unterschied zwischen deutschen und türkischen Patientinnen. Wie erwartet, war der häufigste Konsultationsarzt beider Gruppen der Facharzt für Frauenheilkunde. Da Frauen oft nur wegen Vorsorgeuntersuchungen, Schwangerschaft und Beratung zum Frauenarzt gehen, ohne dass eine konkrete Krankheit oder Beschwerde vorliegt, spiegelte sich dieser Aspekt daher nicht bei den häufigen Behandlungsdiagnosen wieder. Eine weitere häufig beanspruchte Facharztgruppe stellten die Orthopäden und die Fachärzte für Augenheilkunde dar (s. Abbildung 15).

Lediglich in einer qualitativen Studie wurde die Inanspruchnahme des Hausarztes durch türkische und deutsche Patienten untersucht. Es wurden fünf leitfadengestützte Fokusgruppendifkussionen, getrennt nach deutschen (N=11) und türkischen (N=17) Teilnehmern, in deutscher Sprache durchgeführt. Hauptkategorien waren: „Nutzung des Hausarztes“, „Faktoren für die Hausarztwahl“ und bezüglich der türkischen Teilnehmer „Interaktion zwischen Arzt und Patient“. Das Ergebnis zeigte, dass sprachlich kompetente Patienten mit türkischem Migrationshintergrund im Vergleich zu deutschen Patienten ein sehr ähnliches Inanspruchnahmeverhalten bei Hausärzten aufzeigten [75]. Ein Kritikpunkt dieser Studie ist, dass die Interviews nur in deutscher Sprache durchgeführt wurden, so dass nur türkische Patienten mit ausreichenden Sprachkenntnissen teilnehmen konnten.



Auf Basis der Daten von 8,3 Millionen Versicherten der Barmer GEK, stieg die Behandlungsquote, also der Anteil der Menschen, die mindestens einmal pro Jahr einen Arzt aufsuchen, von 92,6 % auf 92,9 %. Insgesamt ist ein leichter Anstieg von 17,7 auf 18,1 Arztkontakte pro Versicherten und Jahr zu verzeichnen [76]. Eine Querschnittstudie mit Migranten aus der Türkei, Spanien, Italien sowie Aussiedlern aus der ehemaligen Sowjetunion lieferte eine migrations- und kultursensitive Analyse der von Personen mit Migrationshintergrund erlebten Hindernisse bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen. Bei Menschen mit türkischem Migrationshintergrund erwiesen sich sprachliche Probleme als wichtigstes Hindernis für eine gezielte Inanspruchnahme [77]. In einer Frauenklinik wurden 320 deutsche und 262 türkischsprachige Frauen anhand bilingualer Fragebögen u. a. zu ihren Erwartungen und ihrer Zufriedenheit als Patientinnen befragt. Ziel dieser vergleichenden Studie war, die stationäre Versorgungssituation gynäkologisch erkrankter Frauen in einer Frauenklinik zu analysieren. Bei den wichtigsten Erwartungen an die stationäre Versorgung zeigten sich kaum Unterschiede zwischen türkischstämmigen und deutschen Patientinnen. Die türkischen Patientinnen waren aber mit fast allen erfragten Versorgungsaspekten insgesamt deutlich unzufriedener als die einheimische Vergleichsgruppe [78]. Im Folgenden sei ein Beispiel für eine missglückte Verständigungssituation gezeigt. Die Berliner Frauenärztin Dr. Emine Yüksel berichtet, dass eine Patientin ihrem Hausarzt erzählte, dass ihr Herz brenne. Der behandelnde Arzt zog daraus den Schluss, die Frau leide an Herzrhythmusstörungen. In Wahrheit litt die Patientin eigentlich an einer Depression. Für Yüksel nur ein Beleg, dass noch viele Brücken der Verständigung zu bauen sind [79].

In der vorliegenden Studie zeigte sich wie oben bereits beschrieben, dass über 80 % der befragten türkischen Patientinnen sich in ihrer Muttersprache mit ihrem Hausarzt verständigen können. Das liegt daran, dass in Berlin, v. a. in Bezirken mit hohem Migrationsanteil, auch viele türkische Ärzte niedergelassen sind. Andere Ärzte in diesen Bezirken beschäftigen häufig zumindest eine türkischsprachige Medizinfachangestellte. Über 81 % der türkischen Patientinnen haben für die Befragung den türkischen Fragebogen ausgewählt, was darauf hindeutet, dass sie an der Befragung vielleicht nicht teilgenommen hätten, wenn nur die deutsche Version zur Verfügung gestanden hätte. Man kann davon ausgehen, dass die Sprachkompetenz auch ein Kriterium für die Auswahl des Hausarztes ist, insbesondere für die erste Generation der hier lebenden Türkinnen. Nach Auswertung der Frage, ob der Fragebogen mit Hilfe von Angehörigen oder vom medizinischen Fachpersonal in der Praxis ausgefüllt wurde, stellte sich heraus, dass

30 % (N=69) der türkischen Patientinnen und 9 % (N=14) der deutschen Patientinnen Hilfe beim Ausfüllen benötigten. Dies kann bei den türkischen Frauen mehrere Gründe haben. Beispielsweise mangelnde Schreib- und Lesefähigkeit, ungenügende Kenntnisse über eigene Krankheiten und Medikamenteneinnahme oder fehlende Erfahrungen im Umgang mit Befragungen.

### **4.2.3 Subjektiver Gesundheitszustand**

Die Selbsteinschätzung des eigenen Gesundheitszustands ist ein wichtiger Indikator für die Gesundheitssituation von Menschen und wird weltweit in Bevölkerungsstudien zur Erfassung der Gesundheitssituation verwendet.

In der vorliegenden Arbeit bewerten 50 % der befragten deutschen Patientinnen und 44 % der türkischen Patientinnen ihren Gesundheitszustand mit gut bis sehr gut. Als mittelmäßig bewerten ihn 40 % der deutschen und 38 % der türkischen Frauen. Die Rate der türkischen Frauen, die ihren Gesundheitszustand mit schlecht bis sehr schlecht angeben, liegt mit 18 % doppelt so hoch wie die der deutschen Frauen (9 %). Trotz dieses Trends wurde jedoch das Signifikanzniveau ( $p=0.067$ ) verfehlt und die Hypothese, dass die türkischen Patientinnen ihren Gesundheitszustand schlechter einschätzen als deutsche Patientinnen, konnte statistisch nicht bestätigt werden. Man kann hier erkennen, dass die Mehrheit der türkischen Patientinnen mit ihrem Gesundheitszustand zufrieden ist entgegen einiger Studien. In Berlin haben die türkischen Patienten den Vorteil einer umfassenden Gesundheitsversorgung mit zahlreichen Angeboten in der Muttersprache und vielen muttersprachlichen Ärzten. Dadurch fühlen sich eventuell die meisten türkischen Patientinnen gut betreut und versorgt, was sich in der besseren Einschätzung ihres subjektiven Gesundheitszustands widerspiegeln könnte. Andererseits gibt es doppelt so viele türkische Patientinnen als deutsche Patientinnen, die ihren Gesundheitszustand schlechter bewerten (18 % versus 9 %). Die Gründe hierfür könnten unter anderem auch altersabhängig sein, da zumeist ältere türkische Patientinnen eher unter der Migration leiden und multimorbider sind. Sie sind auch erfahrungsgemäß deutlich unzufriedener mit ihrem Gesundheitszustand.

In Deutschland führte das RKI zuletzt im Rahmen der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) 2010 von September 2009 bis Juli 2010 eine Befragung durch, an der insgesamt 22.050 Menschen teilnahmen. 68 % der Frauen schätzten ihren Gesundheitszustand demnach sehr gut bis gut, 24,9 % mittelmäßig und 7 % schlecht bis sehr schlecht ein [80]. Seit 1984 ermöglichen die erhobenen Daten des Sozioökonomischen Panels (SOEP), die Entwicklung des subjektiven

Gesundheitszustands bei Zuwanderern zu verfolgen. Im Rahmen des Schwerpunktberichts der Gesundheitsberichterstattung des Bundes Migration und Gesundheit wurden diese Daten ausgewertet. In den Jahren 1984, 1992 und 2002 wurden Migranten aus der Türkei, Migranten aus sonstigen Ländern (Griechenland, Italien, Spanien, Portugal) und deutsche Befragte verglichen. In der Altersgruppe der 40- bis 64-Jährigen waren türkische Zuwanderer schon 1992 deutlich unzufriedener mit ihrer Gesundheit als die gleichaltrigen Deutschen. Im Jahr 2002 waren alle Migranten in den Altersgruppen der >40-Jährigen insgesamt unzufriedener mit ihrem Gesundheitszustand als die deutschen Befragten. Auffallend war, dass in der Altersgruppe ab 65 Jahre, die türkischen Zuwanderer erheblich unzufriedener waren als die anderen Zuwanderer und die Deutschen. Fazit des SOEP war, dass die Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit mit steigendem Alter bei Deutschen und Zuwanderern abnimmt. Bei türkischen Zuwanderern ist die Abnahme aber stärker ausgeprägt als bei Deutschen und Zuwanderern aus anderen Herkunftsländern [81].

#### **4.2.4 Arzneimittelverhalten**

Ziel der vorliegenden Arbeit ist unter anderem, Unterschiede im Arzneimittelverhalten zwischen türkischen und deutschen Patientinnen aufzuzeigen. Dies sollte anhand der Fragen zur 12-Monats-Einnahmehäufigkeit von verordneten und frei erworbenen Medikamenten (OTC), der 4-Wochen-Einnahmehäufigkeit für Schmerzmittel, der Punkt-Prävalenz für Schlaf- und Beruhigungsmittel sowie mit Fragen zu bestimmten Krankheitssituationen, die eine Medikamenteneinnahme erfordern können, erfasst werden. Auf die Frage, ob in den letzten 12 Monaten Medikamente eingenommen wurden (ärztliche Verordnungen und OTC), bestätigten dies insgesamt 84 % der befragten Patientinnen (D=88 %, T=82 %). Eine Polypharmakotherapie konnte bei 25 % der türkischen (N=45) und 20 % der deutschen (N=30) Patientinnen nachgewiesen werden. Obwohl die deutschen Frauen in dieser Untersuchung im Durchschnitt älter sind als die türkischen Frauen, ist keine erhöhte Polypharmakotherapie bei den deutschen Patientinnen zu erkennen. Nach der Definition der WHO besteht eine Polypharmakotherapie bei Einnahme von fünf oder mehr Medikamenten pro Tag. Ab fünf Medikamenten ist nicht mehr vorherzusagen, wie die verschiedenen Substanzen untereinander interagieren. Die zunehmende Multimorbidität in der deutschen Gesellschaft, die immer älter wird, ist mit einer Polypharmakotherapie assoziiert. Ein Drittel der an chronischen Erkrankungen leidenden Menschen erhalten Mehrfachmedikationen von vier oder mehr Arzneimitteln. Nach dem Arzneiverordnungsreport 2010 ist in der Altersgruppe von 85 bis 94 Jahren der Medikamentenverbrauch mit durch-

schnittlich mehr als vier definierten Tagesdosen am höchsten [82]. Die Folgen einer Polypharmakotherapie sowie die Interaktion der Medikamente untereinander sollten von den behandelnden Ärzten bei der Medikamentenverordnung stets bedacht werden. Insbesondere bei der Auswahl der Schmerzmedikamente sollten Begleitmedikation und Dauer der Einnahme berücksichtigt werden. Vor allem NSAR und Psychopharmaka besitzen ein hohes Interaktionspotenzial und können somit zu einer starken Gesundheitsgefährdung führen.

Die Angaben zur Einnahmedauer der angegebenen Medikamente (siehe Frage 8) waren zu ungenau oder wurden von den Patientinnen ganz weggelassen. Somit lassen sich keine Aussagen über Compliance, Überdosierungen, Vorschriftsmäßigkeit der Einnahmen etc. treffen. Ob überhaupt eine Einnahmeindikation für die Medikamente bestand, konnte genauso wenig festgestellt werden und wird durch die Erhebung nicht beansprucht. Die Hypothese, dass türkische Patientinnen insgesamt mehr Medikamente einnehmen als deutsche Patientinnen, konnte nicht bestätigt werden ( $p > .05$ ). Das weist möglicherweise darauf hin, dass insgesamt keine bedeutenden Unterschiede im Arzneimittelverhalten beider Gruppen bestehen. In einer größeren Fallstudie könnte dies besser untersucht werden. Sie könnte einen besseren Überblick über die Einnahmehäufigkeiten von einzelnen Medikamentengruppen verschaffen und somit unterschiedliches Konsumverhalten aufzeigen oder ggf. Missbrauchspotenzial aufdecken.

Die Einteilung der genannten Medikamente in Wirkstoffklassen nach ATC-Klassifizierung ergab, dass Antiphlogistika/Antirheumatika (M01) von beiden Untersuchungsgruppen am häufigsten eingenommen wurden (D=32 % vs. T=61 %). An zweiter Stelle der häufig eingenommenen Medikamente stehen die Blutdruckmedikamente (D=37 % vs. T=38 %). Dieses Ergebnis stimmt weitgehend mit der Häufigkeit der selbst angegebenen Diagnosen überein, bei denen Hypertonie und Erkrankungen der Wirbelsäule und des Rückens an erster Stelle standen, was die Einnahme von Analgetika und Antihypertensiva plausibel macht. Dem folgen die Schilddrüsenpräparate mit 23 % bei deutschen und die oralen Antidiabetika bei den türkischen Patientinnen mit 27 %. Andere Analgetika (N02B), wie z. B. Paracetamol, ASS und Metamizol etc., werden von 16 % der deutschen und 19 % der türkischen Patientinnen eingenommen. Opioide oder Opioidderivate (N02A) werden nur von 3,2 % deutschen und 1,3 % der türkischen Patientinnen eingenommen. Die Einnahmehäufigkeit von zentralwirksamen Analgetika (Opioide) ist in der vorliegenden Untersuchung somit sehr gering.

Bei der Frage nach der 4-Wochen-Einnahmehäufigkeit für Schmerzmittel konnte eine hohe Einnahmerate beobachtet werden. 80 % der türkischen Frauen und über 60 % der deutschen

Frauen bestätigten die regelmäßige Einnahme von Schmerzmitteln. Über 21 % der deutschen und über 16 % der türkischen Patientinnen gaben sogar an, dass sie die genannten Schmerzmittel mehrmals täglich einnehmen würden. Hier wurden von vielen Patientinnen die Schmerzmittel auch namentlich angegeben. Dabei überwogen die Antiphlogistika/NSAR (M01) bei beiden Patientengruppen mit 29 % bei deutschen und 48 % bei türkischen Patientinnen. Andere Analgetika (N02B) wurden von 20 % deutschen und 30 % türkischen Patientinnen angegeben. Opioide wurden nur von jeweils einer Patientin angegeben. Diese Schmerzmittelverteilung erkennt man auch nach Auswertung der Frage der 12-Monate Einnahmehäufigkeit von Medikamenten (siehe Frage 8 und Abbildung 9).

Eine der wichtigsten Hypothesen dieser Studie war, dass türkische Patientinnen insgesamt mehr Schmerzmittel einnehmen als deutsche Patientinnen. Sie konnte mit der Frage nach der 4-Wochen-Einnahmeprävalenz geprüft werden. Es konnte sogar ein signifikanter Unterschied zwischen deutschen und türkischen Patientinnen nachgewiesen werden ( $p < .001$ ). Dieses Ergebnis untermauert ebenfalls die Aussagen der oben genannten Studie, dass türkische Patientinnen ein unterschiedliches Schmerzerleben und eine unterschiedliche Arzneimittelermartung haben, erfordert aber auch eine genauere und umfassendere Untersuchung der Ursachen für höheren Schmerzmittelkonsum bei türkischen Frauen.

In einer Vergleichsstudie mit 253 türkischen und 637 deutschsprachigen Patienten in Hausarztpraxen untersuchten Ferber et al. mithilfe von Fragebögen die Erwartungen, die die Patienten an die verordneten Medikamente haben. Die Befragung fand vor und nach der Arztkonsultation statt. Unterschiede zwischen den beiden Gruppen sollten ermittelt werden. Ein Unterschied zeigte sich im Hinblick auf die Häufigkeit und Nennung von Schmerzen und Erkältungskrankheiten. Die türkischen Hausarztpatienten litten häufiger unter Schmerzen und suchten den Hausarzt deutlich häufiger auf. Sie waren im Hinblick auf die Wirksamkeit der Medikamente überzeugter und hatten auch eine höhere Arzneimittelermartung. Türkische Patienten erhielten wesentlich mehr Schmerzmedikamente und Schmerzmittelverordnungen als deutsche. Die Autoren kamen zu dem Schluss, dass türkische Patienten bei ihren Arztbesuchen weitaus häufiger Schmerzen angeben als deutsche Patienten und der Erwartungsdruck auf den Arzt, ein Arzneimittel zu verordnen, bei ihnen deutlich erhöht ist [83].

In einer repräsentativen Studie des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung EVaS (Erhebung über die ambulante Versorgung durch niedergelassene Ärzte) gaben ausländische Patienten im Vergleich zu deutschen Patienten doppelt so häufig Schmerzzustände als Anlass für

die Konsultation eines Arztes an (33 % vs. 16 %). Die Therapie beschränkte sich bei ihnen meist auf die Behandlung mit Schmerzmedikamenten [84]. Laut Brucks werden ausländische Patienten im Einverständnis mit dem Arzt zu oft und zu lange mit Schmerzmedikamenten behandelt, was die Entstehung eines Schmerzmittelabusus fördert. Differenzierte Studien über die gesundheitlichen Folgen des Schmerzmittelabusus von Patienten ausländischer Herkunft würden noch fehlen. Weiter heißt es: „Dieser diagnostisch-therapeutische Prozess ist jedoch als Einverständnis im Missverständnis zu bezeichnen. Es sei zwar sowohl der Wunsch des Arztes als auch des Patienten, den Schmerz zu beseitigen, aber sie trauen sich nicht, gemeinsam in einem weiterführenden Gespräch die Ursachen und Hintergründe dieser Beschwerden zu finden“ [85]. Den Hausärzten wird empfohlen, bei häufigen psychischen Störungen bei Migranten, die mit chronischen Schmerzen einhergehen, bei Bedarf eine entsprechende spezialisierte Behandlung einzuleiten. Ein kultursensitives multimodales Schmerzprogramm, speziell für Patienten mit Migrationshintergrund, würde dabei Abhilfe schaffen [86]. Denn auch laut Ergebnissen dieser kleineren Untersuchung gibt es eine nicht zu vernachlässigende hohe Anzahl türkischer Frauen mit Depressionen und hohem Analgetikakonsum.

Eine weitere Hypothese der vorliegenden Studie bezüglich der Medikamenteneinnahme lautete, dass türkische Patientinnen mehr Schlaf- oder Beruhigungsmittel einnehmen als deutsche Patientinnen. Die Frage, ob Schlaf- und Beruhigungsmitteln eingenommen werden (siehe 3.3.5), bejahten 24 % (N=56) der türkischen Patientinnen und 15 % (N=23) der deutschen Patientinnen. Diese Hypothese konnte bestätigt werden und die Unterschiede zwischen türkischen und deutschen Patientinnen bezüglich der Häufigkeit der Einnahme von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln waren signifikant ( $p=0.016$ ).

Der höhere Konsum von Schlaf-oder Beruhigungsmittel bei den türkischen Frauen hat vermutlich viele Gründe. Zum einen muss die Migration nach Deutschland noch verarbeitet werden, der häufig schlechtere sozioökonomische Status, Diskriminierungserleben und familiäre Konfliktsituationen haben, wie beschrieben einen großen Einfluss auf die Gesundheit. Zum anderen kommen fehlende Kenntnis über Nebenwirkungen und Folgen und eventuell die unangemessene Verschreibungsweise von einigen Ärzten, die nicht mit den somatoformen und psychischen Beschwerden der türkischen Patientinnen umgehen können.

Etwa die Hälfte der befragten Patientinnen schrieben die Namen der eingenommenen Medikamente auf. Darunter wurden auch Antidepressiva namentlich genannt, so dass mit dieser Frage alle eingenommenen Psychopharmaka erfasst wurden. Anhand der Medikamentennamen

konnte festgestellt werden, dass türkische Patientinnen insgesamt 18 Antidepressiva (N06A), 8 Schlaftabletten (N05) und 2 pflanzliche Arzneimittel (Baldrian) einnehmen. Von den deutschen Frauen wurden insgesamt 2 Antidepressiva (N06A), 7 Schlaftabletten (N05) und 5 pflanzliche Arzneimittel (4x Baldrian und 1x Johanniskraut) namentlich angegeben. Da nicht alle Patientinnen hier namentliche Angaben gemacht haben, ist unbekannt, wie viele der türkischen (24 %) und deutschen (15 %) Patientinnen tatsächlich nur Schlaf- oder Beruhigungsmittel einnehmen.

Die Auswertung der Medikamente nach ATC-Klassifikation bei der Frage der 12-Monatsprävalenz (siehe Frage 8) ergab, dass 10 % der türkischen und 8,2 % der deutschen Patientinnen Antidepressiva (N06A) einnehmen. Hier stellt sich auch die Frage nach der Non-Response-Bias, denn nur 2,5% der deutschen Patientinnen haben angegeben unter einer Depression zu leiden, was mit der Häufigkeit der Einnahme von Antidepressiva bei den deutschen Patientinnen nicht übereinstimmt.

Die Anzahl der Medikamente aus der Gruppe der Hypnotika und Sedativa (N05C) und der Barbiturate (N03A) waren hier gering; sie wurden insgesamt nur von 3,8 % der deutschen und 4,3 % der türkischen Patientinnen angegeben. Benzodiazepine haben bei beiden Patientengruppen einen nur sehr geringen Stellenwert bei den häufig eingenommenen Medikamenten. Auch wenn zu vermuten ist, dass einige befragte Patientinnen bewusst die Einnahme verschwiegen haben; sprechen die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung dafür, dass weniger Patientinnen in der untersuchten Gruppe abhängigkeits erzeugende Schlaftabletten einnehmen.

Bei einer Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen in Rheinland-Pfalz im Jahr 2000 wurde die Prävalenz der Einnahme von Schmerzmitteln, Schlafmitteln, Beruhigungsmitteln, Anregungsmitteln und Appetitzüglern in den letzten 12 Monaten und 30 Tagen vor der Befragung erhoben. Diese Medikamentenklassen zählen zu den wichtigsten Gruppen im Zusammenhang mit Missbrauch bzw. Abhängigkeit. Da sich auch häufige Fehlanwendungen bei Antidepressiva und Neuroleptika finden, wurden diese ebenfalls erfasst. 50 % der Befragten nahmen in den letzten 12 Monaten vor der Befragung mindestens eines der oben genannten Medikamente ein (Frauen 56,6 %). Schmerzmittel bildeten die größte Gruppe mit 45 % (38,6 % Männer vs. 51,5 % Frauen), gefolgt von den Beruhigungs- (6 %) und Schlafmitteln (4 %). Antidepressiva lagen mit 4,4 % noch vor den Schlafmitteln. Die Appetitzügler, Anregungsmittel und Neuroleptika spielten nur eine untergeordnete Rolle [87].

Die vorliegenden Ergebnisse verdeutlichen im Kontext der beschriebenen Forschungsliteratur den Bedarf an repräsentativ angelegten Studien über die tatsächliche Punkt- oder Jahresprävalenz der Einnahme von Schmerzmitteln, Schlafmitteln, und Beruhigungsmitteln von türkischen und deutschen Patientinnen ist, die sich mit der vorliegenden Untersuchung nicht klären lässt.

Um das Arzneimittelverhalten von türkischen und deutschen Frauen noch weiter zu differenzieren, beinhaltete die vorliegende Untersuchung die Frage nach der Befürwortung von Arzneimitteleinnahmen bei bestimmten Beschwerden (z. B. bei akuten körperlichen Schmerzen, akuten Schlafstörungen, Angststörungen und Stress in Familie oder Beruf). Diesbezüglich lautete eine der Hypothesen, dass türkische Patientinnen eher bereit sind, bei akuten körperlichen Schmerzen, Schlafstörungen, Angststörungen und Stress zu Medikamenten zu greifen als deutsche Patientinnen. Nur bei der Teilhypothese „Stress“ konnte ein signifikanter Unterschied zwischen deutschen und türkischen Frauen festgestellt werden. Die Befürwortung, Medikamente bei Stress einzunehmen, war bei den türkischen Patientinnen im Vergleich zu deutschen Patientinnen signifikant erhöht. Obwohl hier nur nach Einschätzungen gefragt wird, kann vermutet werden, dass Patientinnen, die eine Einnahme befürworten, diese auch verstärkt anwenden. Das könnte bedeuten, dass türkische Patientinnen häufiger unter beruflichem und familiärem Stress leiden als deutsche Patientinnen oder aber Stress anders erleben und empfinden. Bei den anderen Teilhypothesen, dass türkische Patientinnen bei akuten körperlichen Schmerzen, Schlafstörungen und Angststörungen eher zu Medikamenten greifen als deutsche, konnte keine Signifikanz festgestellt werden. Wie bereits beschrieben weist der empirisch ermittelte p-Wert ( $p < .001$ ) auf Unterschiede bei der Einnahmefähigkeit von Medikamenten bei akuten körperlichen Schmerzen hin, denn über 86 % der deutschen Patientinnen im Gegensatz zu 62 % türkischen Patientinnen befürworten eine Einnahme von Medikamenten bei körperlichen Schmerzen. Obwohl die 4-Wochen Einnahmehäufigkeit von Schmerzmitteln bei türkischen Patientinnen signifikant höher war als bei deutschen Patientinnen ( $p < .001$ ), gibt es bei dieser Teilhypothese ein entgegengesetztes Ergebnis. Hier wird auch wieder deutlich, dass umfassende Studien bezüglich des Schmerzmittelkonsums von Frauen erforderlich sind.

Die Hypothese, dass ein Zusammenhang zwischen Alter und Anzahl der eingenommenen Medikamente besteht, konnte ebenfalls signifikant bestätigt werden. Wie oben beschrieben, ist ein höheres Alter mit der vermehrten Einnahme von Medikamenten assoziiert. Dies kann aber gesundheitliche und gesellschaftliche Auswirkungen haben, da eine Polypharmakotherapie zu



einer erhöhten Rate an Nebenwirkungen und Interaktionen, erhöhter Morbidität und Mortalität sowie zu erhöhten Arznei- und Pflegekosten führen kann.

Da im Alter die Multimorbidität zunimmt, führt dies dazu, dass Patienten mehr Arzneimittel verordnet bekommen oder häufiger zur Selbstmedikation greifen. Eine Analyse der Arzneimittelverordnungen zulasten der GEK aus dem Jahr 2005 ergab, dass nur zwischen 20 % und 40 % der Versicherten im Alter von 70–99 Jahren 1–4 verschiedene Wirkstoffe einnehmen. Bei ca. 20 % waren es hingegen sogar 13 und mehr Wirkstoffe, die sie täglich einnehmen mussten [88].

Der Gesundheitszustand eines Menschen hängt von vielen sozialen und gesundheitlichen Faktoren ab und wurde, wie oben bereits erläutert, auch bei der vorliegenden Erhebung erfragt. Um den Zusammenhang zwischen dem Gesundheitszustand und der Medikamenteneinnahme bei den Patientinnen herauszufinden, lautete einer der weiteren Hypothesen: „Je schlechter der subjektive Gesundheitszustand, desto mehr Medikamente werden eingenommen“. Es konnte ein positiver Zusammenhang zwischen der Beurteilung des Gesundheitszustands und der Anzahl der eingenommenen Medikamente festgestellt werden. Somit konnte signifikant bestätigt werden, dass die Medikamenteneinnahme auch vom Gesundheitszustand abhängig ist. In einer zufällig gezogenen Stichprobe von 394 älteren Deutschen (älter als 61 Jahre), wurde festgestellt, dass je schlechter die eigene Gesundheit bewertet wird, desto häufiger ein Arzt konsultiert wird und umso mehr Medikamente eingenommen werden [86]. Zusammenfassend kann man sagen, dass der Gesundheitszustand und das Alter eine sehr wichtige Rolle bei der Einnahmehäufigkeit von Medikamenten spielen, wie in beiden Hypothesen signifikant bestätigt werden konnte.

#### **4.2.5 Lesen der Beipackzettel**

Der Beipackzettel, der jeder Fertigarzneimittelpackung beigelegt ist, entbindet den verordnenden Arzt nicht von der Aufklärung über mögliche Risiken und Nebenwirkungen des Präparats. Die Pharmahersteller sind verpflichtet, sämtliche Nebenwirkungen auf dem Beipackzettel aufzuführen, was viele Patienten verängstigt und sogar die Compliance beeinflusst. Umso wichtiger ist hier eine persönliche Aufklärung des Patienten durch den Arzt sowie ein gutes Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient.

Laut den Eigenangaben der Patientinnen in der vorliegenden Studie konnte festgestellt werden, dass 18 % der türkischen und 2,5 % der deutschen Patientinnen den Beipackzettel gar nicht

lesen. Die Hypothese, dass türkische Patientinnen weniger über Indikationen und Anwendungsgebiete der Medikamente informiert sind als deutsche, konnte signifikant bestätigt werden. Da als Testvariable hier nur das Lesen der Beipackzettel genommen wurde, kann nicht allgemein behauptet werden, dass die türkischen Patientinnen weniger über eingenommene Arzneimittel informiert sind. Sie könnten sich auch während der Verordnung des Medikaments ausführlich durch ihren Arzt informiert haben. Da angenommen werden kann, dass Beipackzettel auch von Deutschen schwer zu verstehen sind, ist davon auszugehen, dass sich das Verständnis bei Menschen mit Sprachdefiziten weiter verschlechtert.

Zu berücksichtigen ist, dass sozial erwünschte Antworten insbesondere bei dieser Frage nicht auszuschließen sind. Über 61 % der deutschen und 53 % der türkischen Patientinnen gaben an, dass sie Beipackzettel lesen. Gelegentlich lesen diesen über 35 % der deutschen und über 28 % der türkischen Frauen. Die vorliegenden Ergebnisse legen die Vermutung nahe, dass der Bedarf an verständlichen Informationen gerade aufgrund von Sprachbarrieren insbesondere für türkische Patientinnen hoch ist. Patientinnen mit schlechten Deutschkenntnissen sollten sich den Beipackzettel zumindest übersetzen lassen oder sich ausführlich bei ihrem Arzt informieren.

In einer Studie an der Universität Ulm, an der sich 22 Hausarztpraxen beteiligten, wurde untersucht, ob das Lesen des Beipackzettels einen Einfluss auf die medikamentöse Therapietreue hausärztlicher Patienten hat. Insgesamt wurden 71 Einzelinterviews mit Patienten über ihr Nutzungsverhalten in Bezug auf Beipackzettel durchgeführt. Die Patienten beklagten, dass der Beipackzettel zu lang und wenig verständlich sei. Aufgrund eines guten Vertrauensverhältnisses zu ihrem Arzt wollten die Patienten ihre Medikamente jedoch trotz der abschreckenden Wirkung der Beipackzettel weiter einnehmen [90].

Um das Leseverhalten von potenziellen Arzneimittelanwendern bezüglich der Packungsbeilage genauer einschätzen zu können, wurden im Rahmen einer wissenschaftlichen Untersuchung 414 Personen mit unterschiedlichen Bildungsabschlüssen von Januar 2009 bis Mai 2010 befragt. Die Ergebnisse ergaben, dass 61,8 % aller Befragten die Packungsbeilagen häufig oder immer, 29,5 % selten und 8,7 % überhaupt nicht lesen. Laut der Untersuchung lesen mehr Frauen (25,4 %) die Packungsbeilagen als Männer (15,9 %). Auch eine altersabhängige Leserate sei zu erkennen, da 61,2 % der Menschen ab 65 Jahren die Packungsbeilage vollständig und 38,8 % zumindest bestimmte Abschnitte lesen würden. Zu einem ganz ähnlichen Ergebnis kam auch die Techniker-Krankenkasse, die im Juli 2009 in einer Forsa-Umfrage ermittelte, dass 66 %

von 1.000 Teilnehmern angaben, Beipackzettel immer zu lesen. Nur 17 % lesen ihn selten oder nie [91].

Erwähnenswert ist, dass in Deutschland eine Arbeitsgemeinschaft (AG) „Beipackzettel“ existiert, in der seit 2006 zahlreiche Patientenorganisationen, Arzneimittelhersteller und auch Seniorenverbände vernetzt sind. Sie wirkt aktiv bei der Gestaltung von patientenfreundlichen Beipackzetteln mit. So bieten mittlerweile einige Pharmaunternehmen Beipackzettel von nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten für den deutschen Markt in türkischer Sprache an.

#### **4.2.6 Zigaretten- und Alkoholkonsum**

Die Auswertung der Befragung ergab keinen Unterschied im Rauchverhalten bei türkischen und deutschen Frauen. Ein signifikanter Unterschied besteht allerdings bezüglich des Alkoholkonsums. Fast 50 % der deutschen Patientinnen gaben an, Alkohol zu trinken, bei den türkischen Patientinnen waren es dagegen nur 3,5 %. Über das Ausmaß des Alkoholkonsums können keine Rückschlüsse gezogen werden, da insbesondere viele deutsche Patientinnen in einer Zusatznotiz schrieben, zwar Alkohol zu trinken, dies aber nur gelegentlich oder selten. Den CAGE-Test füllten insgesamt nur 16 Patientinnen aus. Davon sind 13 deutscher, 2 türkischer und eine Patientin anderer Herkunft. Bei einer positiven Antwort im CAGE-Test<sup>23</sup> sollten weitere Fragen über Alkoholprobleme gestellt werden, denn bei zwei positiven Antworten besteht schon ein dringender Verdacht auf eine Alkoholkrankheit.

Es konnten bei der vorliegenden Untersuchung durch den CAGE-Test 11 deutsche und zwei türkische Patientinnen mit einer positiven Antwort ermittelt werden. Zwei deutsche Patientinnen gaben zwei positive Antworten und eine Patientin gab sogar drei positive Antworten. Es besteht also bei ca. 4 % (N=16) von insgesamt 411 teilnehmenden Patientinnen, der dringende Verdacht, eines schädigenden Alkoholkonsums. Die Hypothese, dass türkische Frauen seltener Alkohol konsumieren, hat sich in dieser Erhebung bestätigt, was insbesondere aufgrund des islamisch geprägten Hintergrunds der Befragten Türkinnen zu erwarten war. Dagegen herrscht bezüglich des Zigarettenkonsums kein generelles religiöses Verbot, sodass sich bei dieser Frage keine Unterschiede in den beiden untersuchten Gruppen ergaben.

---

<sup>23</sup> Der CAGE-Test hat einen positiven prädiktiven Wert von 62 % und einen negativen prädiktiven Wert von 98 % [92]. Laut der Hausärztlichen Leitliniengruppe Hessen, besteht bei einer positiven Antwort eine 62 %ige Wahrscheinlichkeit für Alkoholmissbrauch, bei zwei positiven Antworten eine 89 %ige Wahrscheinlichkeit. Bei drei und vier positiven Antworten liegt sogar eine 99 %ige Wahrscheinlichkeit für einen Alkoholmissbrauch vor [93].

Die Studie zum Gesundheitsverhalten in Deutschland des Soziökonomischen Panel (SOEP) aus dem Jahr 2006 untersuchte, ob es Zusammenhänge zwischen sozioökonomischen Faktoren, gesundheitlichem Wohlbefinden und Verhaltensweisen gibt, welche die gesundheitlichen Risiken für definierte Gruppen erhöhen. Sie kamen zu dem Schluss, dass das Gesundheitsverhalten der deutschen Bevölkerung wesentlich von drei Faktoren beeinflusst wird, Bildungsstand, Erwerbstätigkeit und Einkommen. Je höher der Bildungsstand sei, desto höher sei der regelmäßige Alkoholkonsum. Dafür verringere sich aber die Wahrscheinlichkeit, Raucher zu sein. Das Wissen um die Risiken der Volksdroge Alkohol werde durch die gesellschaftliche Akzeptanz verdrängt. Bei Menschen, die keine abgeschlossene Ausbildung haben, zeige sich dafür ein deutlich höherer Tabakkonsum sowie vermehrt Adipositas [94].

Vermutlich sind Menschen mit höherer Ausbildung besser über die Gefahren eines starken Tabakkonsums aufgeklärt, so dass sie in dieser Hinsicht risikofreier leben wollen. Hier besteht eine Chance für die Gesundheitspolitik mit Kampagnen über Risiken des Rauchens zu informieren und somit eine Vielzahl von Menschen dazu zu bewegen, ihr Gesundheitsverhalten entsprechend zu ändern [94]. Eine Studie, die in sozial schwachen Stadtteilen von Berlin durchgeführt wurde, untersuchte ergänzend die Unterschiede in der Art und Häufigkeit von Suchtverhalten bei Personen mit und ohne Migrationshintergrund. Dabei wurden 143 Personen befragt, die als Zufallsstichprobe aus dem Einwohnermelderegister gezogen wurden. Das Trinkverhalten wurde mit dem „Alcohol Use Identification Disorder Test“ (AUDIT) und Nikotinabhängigkeit wurde mit dem „Fageström Test for Nicotine Dependence“ (FTND) gemessen. 51,7 % der teilnehmenden Personen hatten einen Migrationshintergrund mit niedrigerem Bildungsniveau und einer höheren Erwerbslosigkeit. Bezüglich des Alkoholkonsums stellte sich heraus, dass sich bei Personen ohne Migrationshintergrund eher ein riskantes Verhalten nachweisen lässt. Menschen mit Migrationshintergrund sollen möglicherweise so höhere soziale Risikoprofile durch weniger riskanteren Alkoholkonsum ausgleichen [95].

### **4.3 Stärken und Einschränkungen der Arbeit**

Die Stärke der vorliegenden Untersuchung besteht darin, dass erstmals aus Sicht türkischer Patientinnen eine Befragung zu Aspekten des ärztlichen Versorgungsgeschehens im

hausärztlichen Bereich im Vergleich mit einer deutschen Kontrollgruppe durchgeführt werden konnte.

Durch die Konzeption des Fragebogens auch in türkischer Sprache und dem Hinweis, sich bei Verständnisproblemen Hilfe durch Angehörige oder Praxispersonal zu suchen, wurde eine Selektion der türkischen Zielgruppe mit schlechten Deutschkenntnissen vermieden. Dies belegt die hohe Rücklaufquote insbesondere bei den türkischen Patientinnen.

Trotz Übersetzung des Fragebogens durch eine türkische Muttersprachlerin sind Unschärfe und Verzerrungen jedoch nicht gänzlich auszuschließen. Die vorliegende Studie beansprucht mit ihrer kleinen Stichprobe von insgesamt 411 Patientinnen keine Repräsentativität für türkische Migrantinnen in Berlin. Aufgrund der Auswahl ist weder bei den teilnehmenden Hausarztpraxen noch bei den teilnehmenden Patienten eine Repräsentativität gegeben. Zu berücksichtigen ist ebenfalls, dass die ermittelten Unterschiede zwischen den beiden Untersuchungsgruppen je nach Besetzung der Variablen unterschiedlich ausgeprägt waren. Die Daten beruhen alle auf Eigenangaben von Patientinnen, die von vielen konfundierenden Faktoren wie z. B. soziale Erwünschtheit, Motivation, Ehrlichkeit und Selbstwahrnehmung der Patientinnen beeinflusst werden kann. Grundsätzliche Missverständnisse und Verständnisprobleme sind bei einer schriftlichen Befragung ebenfalls nicht auszuschließen, was zu einer Verzerrung der Antworten führen kann.

Eine Altersstandardisierung konnte aufgrund der Datenlage nicht durchgeführt werden, wäre aber bei dieser Studie aussagekräftiger gewesen. Studien zu Altersprävalenz nach Altersgruppen mit entsprechender Adjustierung sind als Inhalte künftiger Forschung zu empfehlen.

Von den insgesamt ca. 650 verteilten Fragebögen wurden 435 ausgefüllte Fragebögen zurückgesandt. 24 Fragebogen wurden aufgrund der Unvollständigkeit nicht für die Analyse berücksichtigt. Die Anzahl verwertbarer Fragebogen betrug N=411, das bedeutet eine Response-Rate von ca. 63 %. Angesichts der Befragungssituation und der schlecht kontrollierbaren Anzahl der Fragebögen ist diese Responserate nicht sehr genau.

## 4.4 Fazit und Schlussfolgerungen

Einer der wichtigsten Ergebnisse der vorliegenden Befragung ist, dass türkische Patientinnen signifikant häufiger Schmerzmittel und Psychopharmaka einnehmen als deutsche Patientinnen. Sie leiden unter anderem auch häufiger an Depressionen als deutsche Frauen.

Zu berücksichtigen ist, dass auch in der vorliegenden Erhebung für Türkinnen schlechtere Bildungs- und Einkommensverhältnisse bestehen, was ihr Gesundheitsverhalten zusätzlich beeinflussen könnte. Die türkischen Migrantinnen sind innerhalb der Gesellschaft als eine Randgruppe zu betrachten, daher sollten deren Gesundheitsverhalten und die Gesundheitsrisiken, denen sie ausgesetzt sind, auch zukünftig systematisch erfasst und analysiert werden, um gezieltere Maßnahmen zur Prävention realisieren zu können. Insbesondere durch eine kultursensible Herangehensweise durch behandelnde Ärzte sollten diese Unterschiede in der Betreuung berücksichtigt werden. Entsprechend sollten Hausärzte genauer auf die Hintergründe von Beschwerden, auf die Erwartungen und Wünsche türkischer Patientinnen eingehen, um dadurch unnötige medikamentöse Verordnungen vorbeugen zu können. Darüber hinaus sollten insbesondere diese Patientinnen über passende Gesundheitsprogramme wie Bewegungstherapie, Rehabilitationssport, Schmerzprogramme etc. beraten werden. Bei Notwendigkeit einer medikamentösen Therapie sollte eine eingehende Aufklärung erfolgen und darauf geachtet werden, dass diese auch von den Patienten sprachlich verstanden werden. Sprachliche Hürden im Bereich der Gesundheitsaufklärung, bei der Prävention und in der allgemeinen Gesundheitsversorgung müssen überwunden werden. Hierbei sollten mehrsprachige und kultursensibel aufbereitete Informationsmaterialien eingesetzt werden. Diese Projekte und Maßnahmen sollten in allen Bereichen des Gesundheitswesens sowie auch in den unterschiedlichsten Lebensbereichen der Zielgruppen angeboten werden, wie z. B. in Schulen, Kindergärten, Arbeitsbetrieben oder Vereinen, von denen wichtige Impulse für die Gesundheit (Gesundheitsbelastungen, Gesundheitsressourcen) ausgehen. Weiterhin ist es unerlässlich, die Datenlage über die gesundheitliche Situation der Migranten zu verbessern, da noch unzureichende Untersuchungen insbesondere über somatische und psychosoziale Morbiditäts- und Mortalitätsrisiken der Migranten vorhanden sind, auch im Vergleich mit Menschen ohne Migrationshintergrund als Kontrollgruppen [13]. Fortlaufend durchgeführte bundesweite Untersuchungen, wie der Gesundheitsuntersuchungssurvey für Erwachsene (DEGS), der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KIGGS) oder das Sozioökonomische Panel (SOEP), die auch

Menschen mit Migrationshintergrund einbeziehen, sind in Bezug auf die Erfassung des Gesundheitszustands und Gesundheitsprävention bei Migranten unverzichtbar. Außerdem ist es notwendig migrationsbezogene Studien geschlechtsspezifisch durchzuführen, um vorhandene Unterschiede aufzuzeigen.

Zukünftige Studien sollten zudem erfassen, ob durch Erzielung besserer Deutschkenntnisse und damit auch verbesserter Integrationschancen bei türkischen Migrantinnen, sowohl in die deutsche Gesellschaft als auch in das deutsche Gesundheitssystem, eine bessere Inanspruchnahme von Gesundheitsvorsorge und Präventionsmaßnahmen erreicht werden können. Im Kontext dieser Querschnittsbefragung wird es zudem bedeutsam, ob durch eine Optimierung der Versorgungschancen der Migranten im Gesundheitssystem, die Ursachen und Folgen von falscher Medikamentenanwendung oder Medikamentenmissbrauch vermieden werden können. Die hohe Prävalenz der affektiven Störungen bei türkischen Patientinnen verdeutlicht nicht zuletzt, dass diesbezüglich noch bessere Versorgungsstrukturen erarbeitet werden müssen.

## Literaturverzeichnis

- [1] Spallek, J., Razum, O. Gesundheit von Migranten: Defizite im Bereich der Prävention. *Medizinische Klinik* 2007, 102: 451-456.
- [2] Statistisches Bundesamt (Hrsg.). Publikationen im Bereich Migration. Ausländische Bevölkerung - Bevölkerung und Erwerbstätigkeit – Bevölkerung mit Migrationshintergrund - Ergebnisse des Mikrozensus 2011. Fachserie 1 Reihe 2.2, S. 6-8 – 2011. Abrufbar im Internet. URL: [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund2010220117004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund2010220117004.pdf?__blob=publicationFile). Stand 05.10.12.
- [3] Schenk, L., Bau, A.-M., Borde, T., Butler, J., Lampert, T., Neuhauser, H. et al. Mindestindikatorensatz zur Erfassung des Migrationsstatus. Empfehlungen für die epidemiologische Praxis, In *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*; 49: 853-860. Springer Medizin Verlag 2006. Abrufbar im Internet. URL: <http://edoc.rki.de/oa/articles/reiixWrKSOU/PDF/23EvY7L5ORlrE.pdf>. Stand 10.9.12.
- [4] Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (Hrsg.). Ausländerinnen und Ausländer aus 185 Staaten beleben Berlin. Pressemitteilung Nr. 232 vom 26. Juli 2012. Abrufbar im Internet. URL: <http://www.statistik-berlin-brandenburg.de/pms/2012/12-07-26a.pdf>. Stand 09.10.12.
- [5] Bungartz, J., Joos, S., Steinhäuser, J., Szecsenyi, J., Freund, T. Herausforderungen und Potenziale hausärztlicher Versorgung in einer multikulturellen Gesellschaft. In *Bundesgesundheitsblatt*; 54:1179–1186, DOI 10.1007/s00103-011-1365-3. Springer-Verlag 2011.
- [6] Hurrelmann, K., Razum, O. (Hrsg.) *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. 5. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Juventa Verlag 2012: 612.
- [7] Razum, O., Zeeb, H., Meesmann, U., Schenk, L., Bredehorst, M., Brzoska, P. et al. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes Migration und Gesundheit. *Migration und Gesundheit in der Gesundheitsberichterstattung*, Robert Koch Institut (Hrsg.) 2008:9.
- [8] Knipper, M., Bilgin, Y. *Migration und Gesundheit*. Sankt Augustin/Berlin: Konrad Adenauer Stiftung e.V. 2009; 3:29 und 4:71. Abrufbar im Internet. URL: [http://fss.plone.uni-gies-sen.de/fss/faculties/f11/facilities/histormed/downloads/studie-migration-gesundheit-2009/file/kas\\_16451-544-1-30.pdf](http://fss.plone.uni-gies-sen.de/fss/faculties/f11/facilities/histormed/downloads/studie-migration-gesundheit-2009/file/kas_16451-544-1-30.pdf). Stand 08.10.12.
- [9] Razum, O. Migration, Mortalität und der Healthy-migrant Effekt. In: Richter, M. & Hurrelmann, K.: *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. Wiesbaden: CS Verlag für Sozialwissenschaften 2006: 255-270.
- [10] Muthny, F.A., Bermejo I. (Hrsg.) *Interkulturelle Medizin: Lientheorien, Psychosomatik und Migrationsfolgen*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH 2009;1:1.
- [11] Bermejo, I., Wolff, A. von. *Gesundheitliche Versorgung von MigrantInnen und transkulturelle Psychologie*. Dossier Migration und Gesundheit. Heinrich Böll Stiftung (Hrsg.) April 2009; 2:40ff. Abrufbar im Internet. URL: [http://www.migration-boell.de/downloads/integration/Dossier\\_Migration\\_und\\_Gesundheit\\_2.pdf](http://www.migration-boell.de/downloads/integration/Dossier_Migration_und_Gesundheit_2.pdf). Stand 09.10.12.
- [12] Spallek, J., Razum, O. Erklärungsmodelle für die gesundheitliche Situation von Migrantinnen und Migranten. In: Bauer, U., Bittlingmayer U.H., Richter, M. (Hrsg.). *Healthy Inequalities: Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften/ GWV Fachverlage GmbH. 2008, 283.
- [13] Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.) *Gesundheit und Integration, ein Handbuch für Modelle guter Praxis*. 2. überarb. Auflage, Berlin Juli 2007. Abrufbar im Internet. URL: [http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Publikation/IB/gesundheit-und-integration.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=6](http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Publikation/IB/gesundheit-und-integration.pdf?__blob=publicationFile&v=6). Stand 11.09.12.
- [14] Walter, U., Salman, R., Krauth, C., Machleidt, W. Migranten gezielt erreichen: Zugangswege zur Optimierung der Inanspruchnahme präventiver Maßnahmen. *Psychiatrische Praxis* 2007, 34: 349-353.
- [15] Riggers, M. *Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen*. Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales. (Hrsg.)(2000). Abrufbar im Internet. URL: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/RedaktionGM/Pdf-Anlagen/niedersachsen-gender-gesundheitswesen,property=pdf,bereich=gm,sprache=de,rwb=true.pdf>. Stand 10.9.12.
- [16] Kolip, P., Altgeld, Th. *Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis*, 2. Auflage. Weinheim und München: Juventa Verlag. 2009:15.



- [17] Hasford, J., Schubert, I., Garbe, E., Glaeske, G. Memorandum zu Nutzen und Notwendigkeit Pharmakoepidemiologischer Datenbanken in Deutschland. GEK Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 33. St. Augustin: Asgard-Verlag. 2004, I:10-12.
- [18] Lademann, J., Kolip, P., Deitermann, M. v. B., Bucksch, J., Schwarze, M. Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut (Hrsg.) Berlin 2005.
- [19] Regitz-Zagrosek, V., Fuchs, J. (Hrsg.). Geschlechterforschung in der Medizin: Ergebnisse des zweiten Berliner Symposiums an der Charité - Universitätsmedizin Berlin. 1. Auflage. Frankfurt: Peter Lang Verlag. September 2006
- [20] Bundesministerium der Justiz (Hrsg.). Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln. § 2 Arzneimittelbegriff. Abrufbar im Internet. URL: [http://www.gesetze-im-internet.de/amg\\_1976/\\_\\_2.html](http://www.gesetze-im-internet.de/amg_1976/__2.html). Stand 30.8.12.
- [21] Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)(Hrsg.) (2005) Zulassung und Registrierung von Arzneimitteln. Abrufbar im Internet. URL: [http://www.bfarm.de/DE/BfArM/Aufgaben-und-Ziele/zulassung-inhalt.html;jsessionid=14891EB796E7923C10605830E8119A54.1\\_cid332?nn=1011790](http://www.bfarm.de/DE/BfArM/Aufgaben-und-Ziele/zulassung-inhalt.html;jsessionid=14891EB796E7923C10605830E8119A54.1_cid332?nn=1011790). Stand 30.8.12.
- [22] IGES Institut GmbH (Hrsg.). Arzneimittel-Atlas 2012: Für einen realistischen Blick auf den Arzneimittelmarkt. S. 3 und S. 26ff. Abrufbar im Internet. URL: [http://www.iges.de/presse07/pressemeldungen\\_2012/arzneimittel\\_atlas\\_2012/e11983/infoboxContent11990/IGES\\_Arzneimittel-Atlas\\_2012\\_Uebersicht\\_ger.pdf](http://www.iges.de/presse07/pressemeldungen_2012/arzneimittel_atlas_2012/e11983/infoboxContent11990/IGES_Arzneimittel-Atlas_2012_Uebersicht_ger.pdf). Stand 30.8.12.
- [23] Schaufler, J., Telschow, C. Arzneimittelverordnungen nach Alter und Geschlecht. In Arzneiverordnungs-Report 2013, U. Schwabe, D. Paffrath (Hrsg.). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag. 2013: 967 ff.
- [24] Glaeske, G., Schicktanz, C. Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Arzneimittelversorgung. In Arzneimittelreport 2012. Auswertungsergebnisse der BARMER GEK Arzneimitteldaten aus den Jahren 2010 bis 2011. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse. Band 14. Barmer GEK (Hrsg.) 2012; 1:10ff. Abrufbar im Internet. URL: <http://www.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Presseinformationen/Archiv/2012/120626-Arzneimittelreport-2012/Arzneimittelreport-2012-lang.property=Data.pdf>. Stand 4.9.12.
- [25] Bühren, A., Flenker, I., Jacobowski, C., Kunstmann, W., Schwantes, U. Medikamente- schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit: Leitfaden für die ärztliche Praxis. Bundesärztekammer in Zusammenarbeit mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (Hrsg.) 2007:11-16. Online abrufbar. URL: [http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/DrogenundSucht/Medikamente/Bilder/Downloads/Leitfaden\\_aerztliche\\_Praxis\\_Medikamente\\_071201\\_Drogenbeauftragte.pdf](http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/DrogenundSucht/Medikamente/Bilder/Downloads/Leitfaden_aerztliche_Praxis_Medikamente_071201_Drogenbeauftragte.pdf). Stand 5.9.12.
- [26] Mohn, K. Möglichkeiten und Defizite in der Erreichbarkeit ausgewählter Zielgruppen (sozial benachteiligte Frauen und ältere Menschen) durch Maßnahmen und Materialien zur Reduzierung von Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit: Bewertung anhand aktueller Forschungsergebnisse und Beispielen aus der Praxis. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen( DHS) (Hrsg.) (2006). Überarb. Aufl. Januar 2007:64-66. Online abrufbar. URL: [http://www.dhs.de/fileadmin/user\\_upload/pdf/Projekt\\_Medikamente/medikamente\\_dhs\\_expertise.pdf](http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Projekt_Medikamente/medikamente_dhs_expertise.pdf). Stand 05.9.12.
- [27] Schwantes, U., Hermann, M. Migranten und Sucht-eine quantitative und qualitative Expertise über Gesundheit, Krankheit und hausärztliche Versorgung von suchtgefährdeten und suchtkranken MigrantInnen. Band 141/III, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft. 2002: 95 ff..
- [28] Hammerschmidt, V., Kruppl, G. Geschlechtsspezifische Aspekte der Medikamentenabhängigkeit. In Eisenbach-Stangl I., Lentner, S., Mader, R. (Hrsg.). Männer Frauen Sucht. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG. 2005:91.
- [29] Glaeske, G. Arzneimittelabhängigkeit-eine stille Sucht. In Barmer GEK Arzneimittelreport 2011. Auswertungsergebnisse der Barmer GEK Arzneimitteldaten aus den Jahren 2009 bis 2010. Barmer GEK (Hrsg.) Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse 2011; Band 8, 1: 9 ff..
- [30] Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)(Hrsg.) ICD-10-GM. Abrufbar im Internet. URL: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/index.htm>. Stand: 19.08.2012.

- [31] Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)(Hrsg.). Medikamente: Basisinformationen. Gebrauch, Missbrauch und Abhängigkeit. Hamm 2009:5ff. Abrufbar im Internet. URL: [http://www.dhs.de/fileadmin/user\\_upload/pdf/Broschueren/Basisinformationen\\_Medikamente\\_2009.pdf](http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Basisinformationen_Medikamente_2009.pdf). Stand 01.9.12.
- [32] Richter-Kuhlmann, E. A. Abhängigkeitserkrankungen: Legale Suchtmittel sind das größte Problem. Deutsches Ärzteblatt (Hrsg.) 2012; Jg. 109, Heft 17, C718.
- [33] <http://www.saglikveyasamdergisi.com.tr/genel-saglik-bilgileri/1467-turkiyede-48-milyon-insan-agri-ile-yasiyor.html>. Stand 25.7.13.
- [34] Isacson, D., Bingeors, K. Epidemiology of analgesic use: a gender perspective. Eur J Anaesthesiol Suppl. 2002;26:5-15.
- [35] A Cormier, R. , Anne Dell, C., Poole, N. Women and Substance Abuse Problems. BMC Women's Health 2004, 4 (Suppl 1):S.8.
- [36] Amt für Statistik Berlin-Brandenburg. Melderechtlich registrierte Einwohner im Land Berlin am 31. Dezember 2010. Statistischer Bericht AI 5-hj 2/10; in Grafik 1, S.5; Tabelle S. 35. Abrufbar im Internet. URL: [http://www.statistik-berlin-brandenburg.de/publikationen/stat\\_berichte/2011/sb\\_a1-5\\_hj02-10\\_be.pdf](http://www.statistik-berlin-brandenburg.de/publikationen/stat_berichte/2011/sb_a1-5_hj02-10_be.pdf) . Stand 17.11.2012.
- [37] Abrufbar im Internet. URL: <http://www.aerzte-berlin.de/>, <http://www.kvberlin.de> und <http://www.doktorlar24.de>.
- [38] Möhring, W., Schlütz, D. Die Befragung in der Medien- und Kommunikationswissenschaft. 2. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, Springer Fachmedien GmbH.
- [39] Raab-Steiner, E., Benesch, M. Der Fragebogen. Von der Forschungsidee zur SPSS/PASW-Auswertung. 2. Aufl. 2010: 44-49. Wien: Facultas.wuv Universitätsverlag. 2010:14.
- [40] Ewing, JA.; Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. JAMA 1984, 252(14):1905-7.
- [41] Winkler, J. (1998): Die Messung des sozialen Status mit Hilfe eines Index in den Gesundheitssurveys der DHP. In: Ahrens, W., Bellach, B.-M., Jöckel, K.-H. (Hrsg.): Messung soziodemographischer Merkmale in der Epidemiologie. RKI Schriften 1/98. München: MMV Medizin Verlag 1998: 69-74.
- [42] Blohm, M., Diehl, C. Wenn Migranten Migranten befragen. Zum Teilnahmeverhalten von Einwanderern bei Bevölkerungsbefragungen. Zeitschrift für Soziologie, Jg. 30, Heft 3, Juni 2001: 223–242.
- [43] Bosnjak, M., Batinic, B. Determinanten der Teilnahmebereitschaft an Internet-basierten Fragebogenuntersuchungen am Beispiel E-Mail. In: B. Batinic, L. Gräf, A., Werner, W. ,Bandilla (Hrsg.), Online Research. Methoden, Anwendungen und Ergebnisse. Göttingen: Hogrefe, Verlag für Psychologie. 1999:145-150.
- [44] Atteslander, P. (2003). Methoden der Empirischen Sozialforschung. 10. neu bearb. und erweiterte Aufl., Berlin: De Gruyter Verlag. 2003: 164.
- [45] Häder, M. Empirische Sozialforschung. Eine Einführung. 2. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, GWV Fachverlage GmbH. 2010; Kap.6.1:241.
- [46] Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)(Hrsg.) Amtliche ATC-Klassifikation mit definierten Tagesdosen DDD. Abrufbar im Internet. URL: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/atcddd/index.htm>. Stand: 19.08.2012.
- [47] Statistisches Bundesamt (2011). Zahlen und Fakten/Bevölkerung/Migration und Integration/Ausländische Bevölkerung. Ausländische Bevölkerung am 31.12.2011 nach Altersgruppen und ausgewählten Staatsangehörigkeiten. Abrufbar im Internet. URL: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/MigrationIntegration/AuslaendischeBevoelkerung/Tabellen/Altersgruppen.html>. Stand:10.9.2012.
- [48] Statistisches Bundesamt (2011). Pressemitteilung Nr. 301 vom18.08.2011: „Durchschnittliche Kinderzahl je Frau steigt 2010 auf 1,39“. Abrufbar im Internet. URL: [https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2011/08/PD11\\_301\\_12641.html](https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2011/08/PD11_301_12641.html). Stand: 03.11.2012.
- [49] Statistisches Bundesamt. Mikrozensus 2008: Neue Daten zur Kinderlosigkeit in Deutschland, Abrufbar im Internet. URL: [https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressekonferenzen/2009/Kinderlosigkeit/Tabelle/lenanhang\\_erweitert\\_pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressekonferenzen/2009/Kinderlosigkeit/Tabelle/lenanhang_erweitert_pdf?__blob=publicationFile), Tab.18, Stand: 04.11.2012.

- [50] Statistisches Bundesamt (2012). Zahlen und Fakten: Bevölkerung: Familien mit Migrationshintergrund: Traditionelle Werte zählen. Wiesbaden, Abrufbar im Internet. URL: [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/STATmagazin/Bevoelkerung/2012\\_03/Bevoelkerung2012\\_03.html](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/STATmagazin/Bevoelkerung/2012_03/Bevoelkerung2012_03.html). Stand 1.12.12.
- [51] Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hrsg.) (2008) Türkische, griechische, italienische und polnische Personen sowie Personen aus den Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawien in Deutschland. Erste Ergebnisse der Repräsentativbefragung „Ausgewählte Migrantengruppen in Deutschland 2006/2007“ (RAM). Kap. 5:118ff. Abrufbar im Internet. URL: [http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/WorkingPapers/wp11-ram-erste-ergebnisse.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/WorkingPapers/wp11-ram-erste-ergebnisse.pdf?__blob=publicationFile). Stand 15.11.12.
- [52] Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF 2008). „Arbeitsmarktintegration von Frauen ausländischer Nationalität in Deutschland“. Autor A. Stichs. Working Paper 20 der Forschungsgruppe des Bundesamtes, S. 19 f. Abrufbar im Internet URL: [http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/WorkingPapers/wp20-erfolgsbiographien.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/WorkingPapers/wp20-erfolgsbiographien.pdf?__blob=publicationFile). Stand 01.03. 2013.
- [53] Statistisches Bundesamt (Hrsg.)(2011). Publikationen. Bevölkerung und Erwerbstätigkeit: Bevölkerung mit Migrationshintergrund– Ergebnisse des Mikrozensus 2010. Fachserie 1, Reihe 2.2. S.148ff.(Tab.8 und 9). Abrufbar im Internet. URL: [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund2010220107004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund2010220107004.pdf?__blob=publicationFile). Stand 11.8.13.
- [54] Marktforschungsinstitut INFO Berlin und Liljeberg Research International (Hrsg.)(2011). Repräsentative Studie zum Integrationsverhalten von Türken in Deutschland. Abrufbar im Internet. URL: <http://www.liljeberg.info/aktuell/DTR-Bus-01-2011-Charts-PK.pdf>. Stand 02.04.13.
- [55] Lampert, T., Kroll, LE. (2010) Armut und Gesundheit. Robert Koch-Institut Berlin. (Hrsg) GBE kompakt 5/2010 [www.rki.de/gbe-kompakt](http://www.rki.de/gbe-kompakt), Stand: 01.12.2010.
- [56] Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2010). Einkommen, Einnahmen und Ausgaben privater Haushalte nach dem monatlichen Haushaltsnettoeinkommen 2010. Abrufbar im Internet. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/EinkommenKonsumLebensbedingungen/EinkommenEinnahmenAusgaben/Tabellen/Haushaltsnettoeinkommen.html>./ Stand 3.12.12.
- [57] Galster, A., Haustein, Th. Familien mit Migrationshintergrund: Traditionelle Werte zählen: Mehr Kinder, aber weniger Geld. Statistisches Bundesamt (Hrsg.). Destatis, 13. März 2012. Abrufbar im Internet. URL: [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/STATmagazin/Bevoelkerung/2012\\_03/2012\\_03Migrationshintergrund.html#Link5](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/STATmagazin/Bevoelkerung/2012_03/2012_03Migrationshintergrund.html#Link5).
- [58] Stiftung Zentrum für Türkeistudien (ZfTI), Institut an der Universität Duisburg-Essen (2006), Armut und subjektive wirtschaftliche Perspektiven bei türkischstämmigen Migranten, Essen, Abrufbar im Internet URL: <http://www.deutsch.zfti.de/downloads/downarmutundwirtschaftlicheperspektiven.pdf>. Stand: 10.9.12.
- [59] Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2007)(Hrsg). Gesundheit und Integration, Ein Handbuch für Modelle guter Praxis, Berlin, Abrufbar im Internet URL: <http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Publikation/IB/gesundheit-und-integration.html>. Stand 15.7.13.
- [60] Razum, O, Brzoska, P. Chronische Erkrankungen und Migration. In: Schaeffer D. (Hrsg.). Bewältigung chronischer Krankheiten im Lebenslauf. Bern: Huber Verlag. 2009: 341-355.
- [61] Razum, O., Spallek, J.(2007) Gesundheit von Migranten: Defizite im Bereich der Prävention. Medizinische Klinik. München: Urban & Vogel Verlag. 2007;102:451-456 (Nr. 6).
- [62] Igel, U., Brähler, E., Grande, G. (2010) Der Einfluss von Diskriminierungserfahrungen auf die Gesundheit von MigrantInnen. Psychiatrische Praxis 2010, 37 (4): 183-190.
- [63] Barmer GEK (Hrsg.). Arztreport 2012; Tab. 12, S. 81ff. Abrufbar im Internet. URL: <http://presse.barmergek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Presseinformationen/Archiv/2012/120131-Arztreport-2012/PDF-Arztreport-2012.property=Data.pdf>. Stand: 1.10.12.
- [64] Robert Koch-Institut (Hrsg.) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) 2010. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin 2012: 148ff..
- [65] Korporal, J., Dangel, B. Die Gesundheit von Migrantinnen und Migranten als Voraussetzung für Beschäftigungsfähigkeit im Alter. Expertise im Auftrag des Deutschen Zentrums für Altersfragen für den „5. Altenbericht der Bundesregierung“. Berlin 2004.

- [66] diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe (Hrsg.). Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2013. Abrufbar im Internet. URL: [http://www.diabetesde.org/fileadmin/users/Patientenseite/PDFs\\_und\\_TEXTE/Infomaterial/Diabetes\\_Gesundheitsbericht\\_2013.pdf](http://www.diabetesde.org/fileadmin/users/Patientenseite/PDFs_und_TEXTE/Infomaterial/Diabetes_Gesundheitsbericht_2013.pdf). Berlin 2012:209. Stand 22.02.13.
- [67] Laube, H., Bayraktar, H., Gökce, Y. et al. Zur Diabeteshäufigkeit unter türkischen Migranten in Deutschland. Aus Diabetes und Stoffwechsel, Ausgabe 10, 2001:51-57.
- [68] Schmidt, C., Moock, J., Fahland, R., Feng, Y., Kohlmann, T. (2011). Rückenschmerz und Sozialschicht bei Berufstätigen. Ergebnisse einer deutschen Bevölkerungsstichprobe, in Schmerz 25 (3). Springer-Verlag (Hrsg.). 2011:25:306–314.
- [69] Raspe, H. Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2012). Rückenschmerzen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 53. RKI, Berlin. Abrufbar im Internet. URL:[http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc\\_abr\\_test\\_logon?p\\_uid=gastg&p\\_aid=&p\\_knoten=FID&p\\_sprache=D&p\\_suchstring=15458](http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gastg&p_aid=&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=15458). Stand 11.10.12.
- [70] Söllner, W., Venkat, S., Patienten mit Migrationshintergrund: Starke Schmerzen in der Fremde. MMW-Fortschritte der Medizin (154. Jg.) Nr. 18, 2012: 76-80.
- [71] Wittchen, H.-U., Jacobi, F., Klose, M. & Ryl, L. (2010). Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Themenheft 51, Depressive Erkrankungen. Robert Koch Institut: Berlin.
- [72] Kurth, B.-M. Erste Ergebnisse aus der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS). Bundesgesundheitsblatt 2012, 55:983-87. Springer Verlag 2012.
- [73] Weilandt, C., Rommel, A., Raven, U. Gutachten zur psychischen, psychosozialen und psychosomatischen Gesundheit und Versorgung von Migrantinnen in NRW. im Auftrag der Enquêtekommission "Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW". Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD) gem. e.V. (Hrsg.), Bonn Februar 2003: 28-35. Abrufbar im Internet. URL: [http://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/GB\\_I/I.1/EK/EKALT/13\\_EK2/Gutachten\\_Migrantinnen.pdf](http://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/GB_I/I.1/EK/EKALT/13_EK2/Gutachten_Migrantinnen.pdf). Stand 15.11.12.
- [74] Gissendanner, S. S., Ngassa Djomo, K. , Schmid-Ott, G. Ethnisch-kulturelle Vielfalt und psychosomatische Rehabilitation: Transkulturelle Kompetenz. Deutsches Ärzteblatt 2011; 108(50): 2709–12.
- [75] Bungartz, J., Uslu S., Natanzon, I., Joos, S. Inanspruchnahme des Hausarztes durch türkische und deutsche Patienten – eine qualitative Studie. Zeitschrift für Allgemeinmedizin (ZFA). 87. Jg. 12/ 2011:515-522.
- [76] WZ. Ambulante ärztliche Versorgung: Behandeln im Akkord. Deutsches Ärzteblatt 2010; 107(4): 147.
- [77] Bermejo, I., Hölzel, L.P., Kriston, L., Härter, M. Subjektiv erlebte Barrieren von Personen mit Migrationshintergrund bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. Berlin/Heidelberg: Springer Verlag. Band 55 Heft 8 2012:944-953.
- [78] Borde, T. , David, M., Kentenich, H. Erwartungen und Zufriedenheit deutscher und türkischsprachiger Patientinnen im Krankenhaus, eine vergleichende Befragung in einer Berliner Frauenklinik. Gesundheitswesen 2002; 64: 476-485. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- [79] Hommel, Th. Verständigungsprobleme mit türkischen Patienten: „Herr Doktor, mein Herz brennt!“ . Der Hausarzt 2006, 7:8-9.
- [80] Robert Koch-Institut (Hrsg.) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) 2010. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin 2012, Tab. 2.1, S. 17-18.
- [81] Razum, O., Zeeb, H., Meesmann, U., et al., Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes Migration und Gesundheit. Kap. 3.2.7 Subjektiver Gesundheitszustand, Robert Koch Institut (Hrsg.). 2008: 50 ff.
- [82] Siegmund-Schultze, N. (2012) Polypharmakotherapie im Alter: Weniger Medikamente sind oft mehr. Aus Deutsches Ärzteblatt 2012; 109(9): A-418 / B-360 / C-356.
- [83] Ferber, L., von Köster, I., Celayir-Erdogan, N. (2003) Türkische und deutsche Hausarztpatienten-Erkrankungen, Arzneimittelwirkungen und Verordnungen. Gesundheitswesen 2003, 64: 304-311.
- [84] Schach, E., Schwartz, F.W., Kerek-Bodden, H. Die EVaS-Studie–eine Erhebung über die ambulante medizinische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Deutscher Ärzteverlag (Hrsg.), Köln, 1989.

- [85] Brucks, U., (2004). Der blinde Fleck der medizinischen Versorgung in Deutschland: Migration und psychische Erkrankung. *Psychoneuro* 2004, 30(4): 228-231.
- [86] Söllner, W., Venkat, S., Patienten mit Migrationshintergrund: Starke Schmerzen in der Fremde, *MMW-Fortschritte der Medizin* 2012, 154 (18): 76-80.
- [87] Kraus, L., Augustin, R., Müller-Kalthoff, T. (2000). Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen in Rheinland-Pfalz 2000. Reihe IFT-Berichte Band Nr. 121 Fassung vom 14. September 2001, S. 50.
- [88] Kuhlmei, A. Spezielle Versorgungsanforderungen bei älteren und alten Menschen: Im Spiegel des neuen Sachverständigenratsgutachtens. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 2009, 42(6): 425–431.
- [89] Hessel, A., Gunzelmann, T., Geyer, M., Brähler, E. Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und Medikamenteneinnahme bei über 60-jährigen in Deutschland – gesundheitliche, sozialstrukturelle, soziodemographische und subjektive Faktoren. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 2000, 33: 289-299.
- [90] Gröber-Grätz, D., Waldmann, U.-M., Knaus, W., Gulich, M., Zeitler, H.P. Der Einfluss des Beipackzettels auf die medikamentöse Adhärenz bei hausärztlichen Patienten. *DMW Deutsche Medizinische Wochenschrift* 2012, 137(27): 1395-1400.
- [91] Hiemer, U., Räscher, E., Schaefer, M. Untersuchung zum Leseverhalten von Patienten bezüglich Packungsbeilagen. *Pharm. Ind.* 2010, 72(10): 1688-1694.
- [92] Seifert, V. Hat der Patient ein Alkoholproblem. Wann lohnt sich weitere Diagnostik? *Der Allgemeinarzt* 2003, 20: 1527.
- [93] Leitliniengruppe Hessen. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Hausärztliche Leitlinie „Kardiovaskuläre Prävention“ Version 1.00 (2011) Abrufbar im Internet. URL: <http://www.leitlinien.de/downloads/lghessen/ph/kardiovaskulaere-praevention-se8.pdf/?searchterm=cage>. Stand 02.12.2012.
- [94] Schneider, B., Schneider, U. Alkohol- und Tabakkonsum in Deutschland, abhängig von Bildung und Einkommen? Abrufbar im Internet. URL: <http://www.uni-bayreuth.de/presse/Aktuelle-Infos/2012/137-Gesundheitsverhalten-in-Deutschland.pdf>. Stand 12.12.12.
- [95] Mundt, A.P., Aichberger, M.C., Kliewe, T., et al. Migranten in sozial schwachen Stadtteilen von Berlin. *Psychotherapeut* 2012, 57: 29-35.

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Einflussgrößen auf die Gesundheit von Migranten aus der Sicht der Lifecourse Epidemiology .....	11
Abbildung 2: Kreislauf des Medikamentenmissbrauchs (nach Jacobowski, Kunstmann, Schwantes) [22] .....	18
Abbildung 3: Rekrutierung der Hausärzte .....	24
Abbildung 4: Verteilung der Studienpopulation.....	34
Abbildung 5: Deutschkenntnisse der türkischen Patientinnen .....	36
Abbildung 6: Haushaltsnettoeinkommen der deutschen und türkischen Patientinnen.....	38
Abbildung 7: Häufigste Diagnosen nach ICD-10 GM 2011 .....	40
Abbildung 8: Behandlungsrate aufgrund von psychischen Beschwerden in den letzten 12 Monaten .....	41
Abbildung 9: Die am häufigsten eingenommenen Medikamentengruppen nach ATC-Klassifikation [45] .....	43
Abbildung 10: Häufigkeit der Schmerzmitteleinnahme.....	44
Abbildung 11: Tägliche Einnahme von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln.....	45
Abbildung 12: Einnahmehäufigkeit von Schlaf- und Beruhigungsmitteln .....	45
Abbildung 13: Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustands .....	48
Abbildung 14: Häufigkeit der Hausarztkonsultation in den letzten 12 Monaten .....	51
Abbildung 15: Inanspruchnahme von Fachärzten in den letzten 12 Monaten .....	52

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Teilnehmende Hausarztpraxen nach Bezirken und Gruppenzugehörigkeit der Patientinnen .....	34
Tabelle 2: Alter und Geburtsland der teilnehmenden Patientinnen .....	35
Tabelle 3: Familienstand und Kinderanzahl der teilnehmenden Patientinnen.....	36
Tabelle 4: Verteilung der Krankheiten nach ICD-10 GM 2011 .....	39
Tabelle 5: Anzahl der eingenommenen Medikamente .....	42
Tabelle 6: Einnahme von Psychopharmaka.....	45
Tabelle 7: Bereitschaft für medikamentöse Therapie .....	46
Tabelle 8: Kreuztabelle und Mann-Whitney-U-Test zu H-1.1 .....	93
Tabelle 9: Kreuztabelle und Mann-Whitney-U-Test zu H-1.2 .....	93
Tabelle 10: Kreuztabelle und Mann-Whitney-U-Test zu H-1.3 .....	94
Tabelle 11: Bivariate Korrelation nach Spearman (Spearman's-Rho) zu H-1.4.....	94
Tabelle 12: Kreuztabelle und Chi-Quadrat-Tests zu Teilhypothese H-1.5 (Stress).....	95
Tabelle 13: Mann-Whitney-U-Test zu H-2.1.....	95
Tabelle 14: Spearman's-Rho-Test zu H-2.2 .....	96
Tabelle 15: Spearman's-Rho-Test zu H-2.3 .....	96
Tabelle 16: Kreuztabelle und Mann-Whitney-U-Test zu H-2.4 .....	96
Tabelle 17: Kreuztabelle und Mann-Whitney-U-Test zu H-3.1 .....	97
Tabelle 18: Kreuztabelle zu H-3.2.....	97
Tabelle 19: Kreuztabelle zu H-3.3.....	97
Tabelle 20: Kreuztabelle und Chi-Quadrat-Tests zu H-3.4 .....	98
Tabelle 21: Kreuztabelle zu H-4.1.....	98
Tabelle 22: Kreuztabelle zu H-4.2.....	98
Tabelle 23: Kreuztabelle und Chi-Quadrat-Test zu H-4.3 .....	99
Tabelle 24: Korrelationstest nach Pearson zu H-4.4 .....	99
Tabelle 25: Kreuztabelle und Chi-Quadrat-Test zu H-4.5a .....	100
Tabelle 26: Chi-Quadrat-Test zu H-4.5b .....	100
Tabelle 27: Mann-Whitney-U-Test zu H-5.1.....	101

## **Anhang**

### **I.Verwendeter Fragebogen:**



## Fragebogen zur Arzneimitteleinnahme

Liebe Patientinnen! Mein Name ist Sabriye Ayyıldız. Ich bin Ärztin in Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin und möchte am Institut für Allgemeinmedizin der Universitätsklinik Charité eine Doktorarbeit zum Thema „**Arzneimitteleinnahme von Frauen**“ schreiben. Dabei geht es um die Frage, ob es Unterschiede gibt zwischen deutschen und nicht-deutschen Frauen. Sie würden mir sehr helfen, wenn Sie den Fragebogen vollständig ausfüllen. Die Daten werden streng vertraulich behandelt. Sie werden anonym für wissenschaftliche Auswertungen benutzt. Rückschlüsse auf einzelne Personen sind nicht möglich. Die Ergebnisse dieser Arbeit sollen den behandelnden Ärzten helfen, Sie bezüglich der Nutzung von Medikamenten besser zu behandeln. Sollten Sie noch Fragen haben, informieren wir Sie gerne unter der Telefonnr.:030 / 450 514 226 (Institut für Allgemeinmedizin – Charité)

### Persönliche Daten

Alter: \_\_\_\_\_

Geburtsland:       Deutschland                       Türkei                       Andere \_\_\_\_\_

In welchem Land sind Ihre Eltern geboren?

Mutter    Deutschland                       Türkei                       Andere \_\_\_\_\_

Vater    Deutschland                       Türkei                       Andere \_\_\_\_\_

Seit wann leben Sie hauptsächlich in Deutschland?       seit der Geburt       seit(z.B.1980) \_\_\_\_\_

Deutschkenntnisse?    Muttersprache    sehr gut    ausreichend    schlecht

Familienstand?    ledig    verheiratet    geschieden    verwitwet

Anzahl Kinder? \_\_\_\_\_

**1. Können Sie sich mit Ihrem Hausarzt muttersprachlich verständigen?**

Nein     Ja

**2. Mit welchen Krankheiten sind Sie in den letzten 12 Monaten in ärztlicher Behandlung gewesen?**

Krankheit/ Beschwerden (z.B. Bluthochdruck)	Diagnose bekannt seit (z.B. Juni 2005)

**3. Wie oft waren Sie in den letzten 12 Monaten bei Ihrem Hausarzt?**

1 mal pro Woche       1 mal pro Monat       ca. alle 3 Monate       seltener

**4. Haben Sie weitere ambulant tätigen Ärzte in den letzten 12 Monaten aufgesucht?**

Facharzt/-ärztin für	Wie oft?		Wie oft?
z.B Neurologie	2 mal		
<input type="checkbox"/> Orthopädie		<input type="checkbox"/> Innere Medizin (alle Spezialrichtungen)	
<input type="checkbox"/> Neurologie		<input type="checkbox"/> Frauenheilkunde	
<input type="checkbox"/> Hals-Nasen-Ohrenheilkunde		<input type="checkbox"/> Urologie	
<input type="checkbox"/> Psychiatrie		<input type="checkbox"/> Augenheilkunde	
<input type="checkbox"/> Chirurgie		<input type="checkbox"/> Radiologie	
<input type="checkbox"/> Hautkrankheiten			

## Fragebogen zur Arzneimitteleinnahme

5. Wurden Sie in den letzten 12 Monaten aufgrund psychischer Beschwerden ambulant oder im Krankenhaus von einem Psychiater oder Neurologen behandelt?

- Nein       Ja

Falls Ja aufgrund welcher Beschwerde/ Erkrankung? \_\_\_\_\_

6. Stellen Sie sich vor, Sie haben neu aufgetretene akute Rückenschmerzen. Wie gehen Sie vor? (Mehrfachantworten möglich)

<input type="checkbox"/> Ich gehe sofort zu meinem Hausarzt	<b>Was tun Sie zusätzlich?</b>
<input type="checkbox"/> Ich gehe sofort zu einem Orthopäden	<input type="checkbox"/> Ich versuche mich möglichst wenig zu bewegen
<input type="checkbox"/> Ich gehe zu keinem Arzt	<input type="checkbox"/> Ich versuche mich möglichst viel zu bewegen
	<input type="checkbox"/> Ich nehme Schmerzmittel ein, die ich zu Hause habe
	<input type="checkbox"/> Ich wende Hausmittel an (z.B. Rotlicht, Wärmekissen, etc.)

7. Beurteilen Sie bitte Ihren allgemeinen Gesundheitszustand!

- sehr gut       gut       mittelmäßig       schlecht       sehr schlecht

8. Welche Medikamente haben Sie in den letzten 12 Monaten eingenommen, die ihr Hausarzt auf Rezept verordnet hat (z. B. Metoprolol) und Medikamente, die Sie zusätzlich einnehmen (z.B. freiverkäufliche Medikamente)?

- Keine       Folgende

Name des Medikaments	Seit wann wird das Medikament eingenommen?				
	Bei Bedarf	unter 3 Monaten	3-6 Monaten	ca. 1 Jahr	über 1 Jahr
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn Sie die Namen der Medikamente nicht kennen, die Sie einnehmen, wie viele unterschiedliche Medikamente sind es insgesamt? \_\_\_\_\_

9. Haben Sie in den letzten 4 Wochen Schmerzmittel eingenommen?

- Nein  
 Ja       mehrmals täglich       1 mal täglich       mehrmals in der Woche       seltener

Welches Medikament? \_\_\_\_\_

10. Nehmen Sie Schlaf- oder Beruhigungsmittel ein?

- Nein  
 Ja       mehrmals täglich       1 mal täglich       mehrmals in der Woche       seltener

Welches Medikament? \_\_\_\_\_

11. Nehmen Sie Medikamente wie Appetitzügler, Diät- oder Entschlackungstabletten ein?

- Nein  
 Ja       mehrmals täglich       1 mal täglich       mehrmals in der Woche       seltener

Welches Medikament? \_\_\_\_\_

12. Lesen Sie den Beipackzettel von Medikamenten, die Sie verordnet bekommen?

- Nein       Gelegentlich       Ja

## Fragebogen zur Arzneimitteleinnahme

### 13. Halten Sie es für richtig im Zusammenhang mit den unten genannten Beschwerden Medikamente einzunehmen?

Akute körperliche Schmerzen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Akute Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Angststörungen, Panikattacken o.ä.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Stress (Familie, Beruf)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

### 14. Rauchen Sie?

<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, ca. _____ Zigaretten täglich,	<input type="checkbox"/> Ich habe früher ca. _____ Zigaretten täglich geraucht
	<input type="checkbox"/> seit unter 5 Jahren	<input type="checkbox"/> ca. 5 Jahre
	<input type="checkbox"/> 5-10 Jahren	<input type="checkbox"/> 5-10 Jahre
	<input type="checkbox"/> 11-20 Jahren	<input type="checkbox"/> 11-20 Jahre
	<input type="checkbox"/> über 20 Jahren	<input type="checkbox"/> über 20 Jahre

### 15. Trinken Sie alkoholische Getränke (Bier, Wein, etc.)?

Nein  Ja

Wenn Sie mit **Ja** geantwortet haben, bitte weiter ankreuzen

- Haben Sie jemals daran gedacht, weniger zu trinken?
- Haben Sie sich schon einmal darüber geärgert, dass Sie von anderen wegen Ihres Alkoholkonsums kritisiert wurden?
- Haben Sie sich jemals wegen des Trinkens schuldig gefühlt?
- Haben Sie jemals morgens als erstes Alkohol getrunken, um sich nervlich zu stabilisieren oder einen Kater los zu werden?

### 16. Welchen Schulabschluss haben Sie? Bei mehreren Abschlüssen, nennen Sie den höchsten!

- Grundschulabschluss
- Hauptschulabschluss
- Realschulabschluss
- Abitur
- Anderer Schulabschluss \_\_\_\_\_

### 17. Haben Sie eine abgeschlossene Berufsausbildung oder Hochschulausbildung?

*Bei mehreren Abschlüssen, nennen Sie den höchsten!*

- Berufsschulabschluss
- Anderen Ausbildungsabschluss ( Fernstudium etc.) \_\_\_\_\_
- Kein beruflicher Abschluss (und nicht in der Ausbildung)
- Universität, Hochschule

## Fragebogen zur Arzneimitteleinnahme

18. In welcher beruflichen Stellung sind Sie hauptsächlich derzeit bzw. (falls nicht mehr berufstätig) waren Sie zuletzt beschäftigt?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ungelernte Arbeiterin            | <input type="checkbox"/> Facharbeiterin                         |
| <input type="checkbox"/> Angestellte/Beamtin              | <input type="checkbox"/> Selbständig mit maximal 9 Angestellten |
| <input type="checkbox"/> Angestellte mit Führungsposition | <input type="checkbox"/> erwerbslos                             |
| <input type="checkbox"/> Hausfrau                         |   |

19. Wie hoch ist das monatliche Haushaltseinkommen, d.h. das Nettoeinkommen, das Sie (alle Mitglieder Ihres Haushaltes) nach Abzügen der Steuern und Sozialabgaben haben?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Unter 1.000 €     | <input type="checkbox"/> 1000 bis 1499 €   |
| <input type="checkbox"/> 1500 bis 1999 €   | <input type="checkbox"/> 2000 bis 2499 €   |
| <input type="checkbox"/> 2500 € bis 2999 € | <input type="checkbox"/> 3000 € bis 3999 € |
| <input type="checkbox"/> 4000 € oder mehr  |  |

20. Haben Sie den Fragebogen mit Hilfe von ihren Angehörigen oder der Arzthelferin ausgefüllt?

- Nein       Ja

**Vielen Dank für Ihre Unterstützung. Wir werden zu einem späteren Zeitpunkt Ihr Hausarzt über die Gesamtergebnisse der Studie informieren. Sollten Sie sich dafür interessieren, können wir Ihnen über Ihren Hausarzt die Ergebnisse der Befragung zukommen lassen.**

**Sabriye Ayyıldız**

## II. Angewandte Statistische Tests für die Hypothesen:

**Tabelle 8: Kreuztabelle und Mann-Whitney-U-Test zu H-1.1**

	deutsch	türkisch	Gesamt
N	158	231	389
Mittlerer Rang	204,26	188,67	
Rangsumme	32272,50	43582,50	

Mann-Whitney-U	16786,500
Wilcoxon-W	43582,500
Z	-1,366
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,172
Exakte Signifikanz (2-seitig)	,172
Exakte Signifikanz (1-seitig)	<b>,086<sup>24</sup></b>
Punkt-Wahrscheinlichkeit	,000

**Tabelle 9: Kreuztabelle und Mann-Whitney-U-Test zu H-1.2**

	deutsch	türkisch	Gesamt
N	155	229	384
Mittlerer Rang	171,42	206,77	
Rangsumme	26569,50	47350,50	

Mann-Whitney-U	14479,500
Wilcoxon-W	26569,500
Z	-3,979
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,000
Exakte Signifikanz (2-seitig)	,000
Exakte Signifikanz (1-seitig)	<b>,000</b>
Punkt-Wahrscheinlichkeit	,000

---

<sup>24</sup> Bei den gelb markierten Feldern handelt es sich um signifikante p-Werte

**Tabelle 10: Kreuztabelle und Mann-Whitney-U-Test zu H-1.3**

	deutsch	türkisch	Gesamt		
N	155	231	386	Mann-Whitney-U	16219,000
Mittlerer Rang	182,64	200,79		Wilcoxon-W	28309,000
Rangsumme	28309,00	46382,00		Z	-2,242
				Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,025
				Exakte Signifikanz (2-seitig)	,029
				Exakte Signifikanz (1-seitig)	<b>,016</b>
				Punkt-Wahrscheinlichkeit	,008

**Tabelle 11: Bivariate Korrelation nach Spearman (Spearman's-Rho) zu H-1.4**

			Alter	Med_Anzahl
Spearman-Rho	Alter	Korrelationskoeffizient	1,000	,439
		Sig. (1-seitig)	.	,000
	Med_Anzahl	N	401	401
		Korrelationskoeffizient	,439	1,000
		Sig. (1-seitig)	<b>,000</b>	.
		N	401	411

**Tabelle 12: Kreuztabelle und Chi-Quadrat-Tests zu Teilhypothese H-1.5 (Stress)**

	deutsch	türkisch	Gesamt
Nein	107	155	262
Ja	8	46	54
Gesamt	115	201	316

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	13,100 <sup>a</sup>	1	,000		
Kontinuitätskorrektur <sup>b</sup>	12,000	1	,001		
Likelihood-Quotient	14,697	1	,000		
Exakter Test nach Fisher				,000	,000
Zusammenhang linear-mit-linear	13,058	1	,000		
Anzahl der gültigen Fälle	316				

a. 0 Zellen (0,0 %) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 19,65

b. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet

**Tabelle 13: Mann-Whitney-U-Test zu H-2.1**

	deutsch	türkisch	Gesamt
N	152	223	375
Mittlerer Rang	178,48	194,49	
Rangsumme	27129,00	43371,00	

**Tabelle 14: Spearman's-Rho-Test zu H-2.2**

		Beurteilen Sie bitte Ihren allgemeinen Gesundheitszustand!	Med_Anzahl
Spearman-Rho	Beurteilen Sie bitte Ihren allgemeinen Gesundheitszustand!	Korrelationskoeffizient	1,000
		Sig. (1-seitig)	,403
		N	.
			397
		Korrelationskoeffizient	397
		Sig. (1-seitig)	,403
	Med_Anzahl		,000
		N	.
			397
			411

**Tabelle 15: Spearman's-Rho-Test zu H-2.3**

		Beurteilen Sie bitte Ihren allgemeinen Gesundheitszustand!	Einkommen
Spearman-Rho	Beurteilen Sie bitte Ihren allgemeinen Gesundheitszustand!	Korrelationskoeffizient	1,000
		Sig. (1-seitig)	-,184
		N	.
			397
		Korrelationskoeffizient	330
		Sig. (1-seitig)	-,184
	Einkommen		,000
		N	.
			330
			340

**Tabelle 16: Kreuztabelle und Mann-Whitney-U-Test zu H-2.4**

	deutsch	türkisch	Gesamt
N	154	229	383
Mittlerer Rang	208,10	181,17	
Rangsumme	32047,00	41489,00	

Mann-Whitney-U	15154,000
Wilcoxon-W	41489,000
Z	-2,634
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,008
Exakte Signifikanz (2-seitig)	,009
Exakte Signifikanz (1-seitig)	,004
Punkt-Wahrscheinlichkeit	,000



**Tabelle 17: Kreuztabelle und Mann-Whitney-U-Test zu H-3.1**

	Anzahl Medikamente		
	Nein	Ja	Gesamt
N	296	107	403
Mittlerer Rang	212,67	172,49	
Rangsumme	62950,00	18456,00	

Mann-Whitney-U	12678,000
Wilcoxon-W	18456,000
Z	-3,110
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,002
Exakte Signifikanz (2-seitig)	,002
Exakte Signifikanz (1-seitig)	<b>,001</b>
Punkt-Wahrscheinlichkeit	,000

**Tabelle 18: Kreuztabelle zu H-3.2**

	Anzahl Medikamente		
	Nein	Ja	Gesamt
N	323	83	406
Mittlerer Rang	202,22	208,47	
Rangsumme	65318,00	17303,00	

**Tabelle 19: Kreuztabelle zu H-3.3**

	deutsch	türkisch	Gesamt
Nein	112	170	282
Ja	42	57	99
Gesamt	154	227	381

**Tabelle 20: Kreuztabelle und Chi-Quadrat-Tests zu H-3.4**

	deutsch	türkisch	Gesamt
Nein	84	222	306
Ja	70	8	78
Gesamt	154	230	384

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	100,409	1	,000	,000	,000
Kontinuitätskorrektur	97,832	1	,000		
Likelihood-Quotient	105,941	1	,000		
Exakter Test nach Fisher					
Zusammenhang linear-linear	100,147	1	,000		
Anzahl der gültigen Fälle	384				

**Tabelle 21: Kreuztabelle zu H-4.1**

	deutsch	türkisch	Gesamt
Nein	48	61	109
Ja	110	170	231
Gesamt	109	280	389

**Tabelle 22: Kreuztabelle zu H-4.2**

Schmerzmittel	deutsch	türkisch	Gesamt
Nein	97	144	241
Ja	61	87	148
Gesamt	158	231	389

**Tabelle 23: Kreuztabelle und Chi-Quadrat-Test zu H-4.3**

Hausmittel	deutsch	türkisch	Gesamt
Nein	59	128	187
Ja	99	103	202
Gesamt	158	231	389

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	12,272	1	,000	,001	,000
Kontinuitätskorrektur	11,559	1	,001		
Likelihood-Quotient	12,370	1	,000	,001	,000
Exakter Test nach Fisher				,001	,000
Zusammenhang linear-mit-linear	12,241	1	,000	,001	,000
Anzahl der gültigen Fälle	389				

**Tabelle 24: Korrelationstest nach Pearson zu H-4.4**

		Alter	Hausarzt_Orthopäde
Alter	Korrelation nach Pearson	1	,179
	Signifikanz (1-seitig)		,000
	N	401	401
Hausarzt_Orthopäde	Korrelation nach Pearson	,179	1
	Signifikanz (1-seitig)	,000	
	N	401	411

**Tabelle 25: Kreuztabelle und Chi-Quadrat-Test zu H-4.5a**

	deutsch	türkisch	Gesamt
Nein	149	153	302
Ja	9	78	87
Gesamt	158	231	389

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	42,577	1	,000	,000	,000
Kontinuitätskorrektur	40,976	1	,000		
Likelihood-Quotient	49,008	1	,000	,000	,000
Exakter Test nach Fisher				,000	,000
Zusammenhang linear-mit-linear	42,468	1	,000	,000	,000
Anzahl der gültigen Fälle	389				

**Tabelle 26: Chi-Quadrat-Test zu H-4.5b**

	deutsch	türkisch	Gesamt
Nein	101	211	312
Ja	57	20	77
Gesamt	158	231	389

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	44,427	1	,000	,000	,000
Kontinuitätskorrektur	42,716	1	,000		
Likelihood-Quotient	44,383	1	,000	,000	,000
Exakter Test nach Fisher				,000	,000
Zusammenhang linear-mit-linear	44,312	1	,000	,000	,000
Anzahl der gültigen Fälle	389				

**Tabelle 27: Mann-Whitney-U-Test zu H-5.1**

	deutsch	türkisch	Gesamt
N	155	226	381
Mittlerer Rang	206,23	180,56	
Rangsumme	31965,00	40806,00	

Mann-Whitney-U	15155,000
Wilcoxon-W	40806,000
Z	-2,346
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,019
Exakte Signifikanz (2-seitig)	,019
Exakte Signifikanz (1-seitig)	<b>,009</b>
Punkt-Wahrscheinlichkeit	,000

## **Eidesstattliche Versicherung**

„Ich, Sabriye Ayyildiz, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: Vergleich des Arzneimittelkonsums türkischer und deutscher Patientinnen in der Hausarztpraxis: Ergeben sich Konsequenzen für die Arzneimittelbehandlung? selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung (siehe „Uniform Requirements for Manuscripts (URM)“ des ICMJE -[www.icmje.org](http://www.icmje.org)) kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) entsprechen den URM (s.o.) und werden von mir verantwortet.

Meine Anteile an etwaigen Publikationen zu dieser Dissertation entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit dem/der Betreuer/in, angegeben sind. Sämtliche Publikationen, die aus dieser Dissertation hervorgegangen sind und bei denen ich Autor bin, entsprechen den URM (s.o) und werden von mir verantwortet.

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

Datum: 27.02.2015

Unterschrift

## **Danksagung**

Mein ganz besonderer Dank geht an meinen Doktorvater PD Dr. med. Christoph Heintze für seine hervorragende Unterstützung, seine fortwährende Diskussions- und Hilfsbereitschaft und seine kritischen Ratschläge, die wesentlich zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben.

Ein weiterer besonderer Dank gilt Prof. Dr. med. Ulrich Schwantes, der mich zu Beginn der Forschungsarbeit angeregt hat, über dieses hochinteressante Thema zu promovieren.

Weiterhin danke ich allen Mitarbeiterinnen des Instituts für Allgemeinmedizin der Charité Berlin, insbesondere Frau Dr. Lorena Dini für ihre wertvollen Anregungen und ihre stets freundliche und hilfsbereite Art. Ferner danke ich allen Patientinnen und Berliner Ärztinnen und Ärzten, die durch ihre Beteiligung und ihr Interesse die Studie erst ermöglicht haben.

Ebenfalls danke ich meinem Ehemann Ramazan Ayyildiz für seine stets liebevolle und tatkräftige Unterstützung, für seine Geduld und Hilfe bei allen computertechnischen Fragen und dafür, dass er mich immer wieder neu motiviert hat.

Meinen Eltern und meiner großen Schwester danke ich ganz besonders für die moralische Unterstützung, die ich stets von ihnen erfahren durfte. Ein spezieller Dank gilt meiner Zwillingsschwester für ihre kritischen Ratschläge und das Korrekturlesen der Arbeit.

Nicht zu vergessen meine beiden Töchter Sara und Zümra, denen ich meine Dissertation gewidmet habe. Sie mussten manchmal auf die volle Aufmerksamkeit ihrer Mutter verzichten und haben dennoch ein unglaubliches Verständnis für meine Arbeit aufgebracht. Ich bedanke mich für die Freude und Abwechslung, die sie in dieser Zeit in mein Leben gebracht haben.

Berlin, Februar 2015

Sabriye Ayyildiz

## **Lebenslauf**

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