

Aus dem Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und
Gesundheitsökonomie

der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

Inanspruchnahme, Zufriedenheit und Barrieren in der
gesundheitlichen Versorgung türkeistämmiger Erwachsener

Utilization, satisfaction and barriers of medical care among adults of
Turkish descent

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

vorgelegt der Medizinischen Fakultät

Charité – Universitätsmedizin Berlin

von Saliha Solak

aus Berlin

Datum der Promotion: 03.12.21

Vorwort

Teile der in der vorliegenden Arbeit präsentierten Methoden und Ergebnisse wurden bereits auf wissenschaftlichen Kongressen vorgestellt. Dazu gehören die Jahrestagungen der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie e.V., der Deutsche Kongress für Versorgungsforschung, die European Public Health Conference in Marseille, sowie der World Congress of Public Health. Abstracts wurden im European Journal of Public Health publiziert (s. Publikationsliste).

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	5
Abbildungsverzeichnis	6
Tabellenverzeichnis	7
1. Einleitung	10
1.1. Demographische Charakteristika der türkeistämmigen Bevölkerung.....	10
1.2. Migration und Gesundheit.....	12
1.3. Gesundheitliche Versorgung.....	14
1.3.1. Präventive Versorgung	15
1.3.2. Versorgungszufriedenheit.....	17
1.3.3. Aktuelle Datenlage	19
1.4. Zielstellung der Arbeit	20
2. Methodik	21
2.1. Studiendesign	21
2.2. Studienpopulation	22
2.3. Studienablauf.....	22
2.3.1. Rekrutierung der Studienteilnehmenden der Machbarkeitsstudie 2011/2012	22
2.3.2. Ablauf der Kontaktaufnahme mit den Studienteilnehmenden 2018/2019	23
2.4. Fragebogen.....	28
2.5. Datenmanagement.....	30
2.6. Datenaufbereitung.....	31
2.7. Statistische Analyse	36
2.7.1. Deskriptive Analyse.....	36
2.7.2. Qualitative Analyse	36
2.7.3. Multivariable Analyse	37
3. Ergebnisse	39
3.1. Studienteilnahme.....	39
3.1.1. Studienteilnahme Berlin	40
3.1.2. Studienteilnahme Essen	41
3.2. Studienpopulation	42
3.2.1. Soziodemographische Charakteristika.....	42
3.2.2. Krankheitsstatus.....	43

3.3.	Deskriptive Analyse	47
3.3.1.	Inanspruchnahme medizinischer Leistungen.....	47
3.3.2.	Zufriedenheit und Verbesserungspotenzial	52
3.3.3.	Barrieren beim Zugang zu medizinischen Leistungen	54
3.4.	Qualitative Analyse.....	56
3.5.	Multivariable Analyse.....	57
3.5.1.	Präventive Versorgung	57
3.5.2.	Zufriedenheit.....	58
3.5.3.	Barrieren	59
4.	Diskussion	60
4.1.	Limitationen	61
4.2.	Inanspruchnahme medizinischer Leistungen	63
4.3.	Zufriedenheit mit dem deutschen Gesundheitssystem.....	66
4.4.	Barrieren beim Zugang zu medizinischen Leistungen.....	69
4.5.	Schlussfolgerung.....	71
5.	Literatur	73
	Anhang	83
	Eidesstattliche Versicherung	108
	Publikationsliste und Anteilserklärung.....	109
	Lebenslauf.....	111
	Danksagung.....	112
	Statistikbescheinigung	113

Abkürzungsverzeichnis

COOP3	Kooperationsrate 3
DEGS1	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland - Welle 1
EMA	Einwohnermeldeamt
EW	Einwilligungserklärung
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GEDA	Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“
ID-P	Personenidentifikationsnummer
ID-S	Studiennummer
IQR	Interquartilsabstand
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KI	Konfidenzintervall
KIGGS	Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
OR	Odds ratio
RKI	Robert Koch-Institut
SD	Standardabweichung
SES	Sozioökonomischer Status
SF-12v2	short form health survey version 2.0
SOP	Standard Operation Procedure (Standardverfahrensanweisungen)
WHO	World Health Organisation (Weltgesundheitsorganisation)
ZI	Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Anteil Türkeistämmiger an der Bevölkerung mit Migrationshintergrund insgesamt 2018 (1)	11
Abbildung 2: Ablauf der Kontaktaufnahme mit den Studienteilnehmenden der "Studie zur Gesundheit türkeistämmiger Erwachsene in Berlin - Zweitbefragung"	23
Abbildung 3: Ablauf der Kontaktaufnahme mit den Studienteilnehmenden der "Studie zur Gesundheit türkeistämmiger Erwachsener in Essen - Zweitbefragung"	27
Abbildung 4: Aufbereitung der Variable Chronische Erkrankung	33
Abbildung 5: Aufbereitung der Variable Inanspruchnahme von präventiven Angeboten.....	34
Abbildung 6: Aufbereitung der Variable Barriere	35
Abbildung 7 Schrittweise Vorgehen bei der qualitativen Analyse	36
Abbildung 8: Flowchart zur Studienteilnahme	39
Abbildung 9:Rekrutierungszahlen im Studienverlauf im Berliner Studienzentrum der Charité	40
Abbildung 10: Sprache des ausgefüllten Fragebogens nach Region	41
Abbildung 11: Lebenszeitprävalenz selbstberichteter Erkrankungsgruppen im Überblick, n=285 (Mehrfachnennungen möglich).....	43
Abbildung 12: Chronisch erkrankte Personen nach Altersgruppen, n=285	45
Abbildung 13: Häufigkeit chronischer Erkrankungen bei Männern nach Altersgruppen, n=101.....	46
Abbildung 14: Häufigkeit chronischer Erkrankungen bei Frauen nach Altersgruppen, n=183.....	46
Abbildung 15: Anspruchsberechtigte mit regelmäßiger Teilnahme an Vorsorge-/ Früherkennungsuntersuchungen nach Altersgruppen, n=284.....	50
Abbildung 16: Zufriedenheit mit dem letzten Arztkontakt nach verschiedenen Aspekten	52
Abbildung 17: Zufriedene Teilnehmende mit dem deutschen Gesundheitssystem nach Altersgruppen, n=263.....	53
Abbildung 18: Anteil der Teilnehmenden mit Angabe von Barrieren beim Zugang zu medizinischen Leistungen nach Altersgruppen, n=284	55
Abbildung 19: Kritikpunkte hinsichtlich der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland in Kategorien, n=223 (Mehrfachnennungen möglich).....	56

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Gesetzlich verankerte Früherkennunguntersuchungen nach dem Gemeinsamen Bundesausschuss (2015)	16
Tabelle 2: Regressionsmodelle: Abhängige Variablen und Ausprägungen.....	37
Tabelle 3: Unabhängige Variablen und Ausprägungen für Regressionsanalyse	38
Tabelle 4: Charakteristika der Stichprobe (n=285)	42
Tabelle 5: Lebenszeitprävalenz selbstberichteter ärztlich diagnostizierter Erkrankungen, n=285 (Mehrfachnennungen möglich).....	44
Tabelle 6: Anzahl der Krankheitstage in den letzten 12 Monaten	45
Tabelle 7: Stationäre Versorgung im Krankenhaus oder in einer Notaufnahme in den letzten 12 Monaten	47
Tabelle 8: Inanspruchnahme präventiver Angebote in den letzten 12 Monaten.....	48
Tabelle 9: Inanspruchnahme präventiver Angebote der Anspruchsberechtigten nach dem Gemeinsamen Bundesausschuss in den letzten 12 Monaten	49
Tabelle 10: Inanspruchnahme von Fachärzten und Therapeuten in den letzten 12 Monaten ..	51
Tabelle 11: Subjektiv erlebte Barrieren im Gesundheitssystem in den letzten fünf Jahren (Mehrfachnennungen möglich)	54
Tabelle 12: Umgang mit subjektiv empfundenen Barrieren, absolute Häufigkeiten (n=56) ...	55
Tabelle 13: Ergebnisse der logistischen Regressionsanalyse: Mögliche Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme präventiver Leistungen (ohne zahnärztliche Kontrolluntersuchungen)	57
Tabelle 14: Ergebnisse der logistischen Regressionsanalyse: Mögliche Einflussfaktoren auf die Zufriedenheit mit dem deutschen Gesundheitssystem	58
Tabelle 15: Ergebnisse der logistischen Regressionsanalyse: Mögliche Einflussfaktoren auf Barrieren beim Zugang zu gesundheitlichen Leistungen	59

Zusammenfassung

Einleitung: Die türkeistämmige Bevölkerung bildet den größten Teil (14,4%) der Bevölkerungsgruppe mit Migrationshintergrund in Deutschland. Berlin und Nordrhein-Westfalen gehören zu den Regionen mit der anteilmäßig größten Gruppe an Türkeistämmigen. Nur wenige Studien haben bisher die Inanspruchnahme im Gesundheitssystem und mögliche Barrieren für Personen mit Migrationshintergrund untersucht. In bundesweiten Gesundheitsstudien sind Türkeistämmige bisher unterrepräsentiert. Die Ziele dieser Arbeit bestanden in der Untersuchung der Inanspruchnahme von präventiven und ambulanten Leistungen, der Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung und möglicher Zugangsbarrieren zum deutschen Gesundheitssystem in der Gruppe türkeistämmiger Erwachsener in Berlin und Essen.

Methodik: Im Vorfeld der NAKO Gesundheitsstudie wurde im Jahr 2012 eine Machbarkeitsstudie mit einer Kohorte von knapp 1200 türkeistämmigen Erwachsenen in Berlin und Essen durchgeführt. Ein Teildatensatz der Folgebefragung dieser Kohorte bildete die Grundlage der folgenden Ergebnisse. Die Teilnahme an der Folgebefragung erfolgte mit Hilfe eines Fragebogens. Die Rekrutierung verlief mehrstufig (Anschreiben, Reminder, Telefonkontakte). Die statistische Analyse umfasste neben einem deskriptiven Teil, eine qualitative Analyse, sowie Regressionsanalysen.

Ergebnisse: Die Teilnehmenden (n=285, MW: 49,2 Jahre), waren überwiegend weiblich (63,8%) und besaßen zu knapp drei Vierteln eigene Migrationserfahrung. Jeder vierte Teilnehmende hatte mindestens eine Behandlung in der Notaufnahme im letzten Jahr. Die große Mehrheit (89,9%) gab an, einen Hausarzt zu haben, mit dem über die Hälfte berichtete, bevorzugt Deutsch zu sprechen. Die Haus-, Zahn- und Frauenärzte wurden am häufigsten konsultiert. Über die Hälfte zeigten sich mit der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland zufrieden. Mit dem Aspekt der sprachlichen Verständigung mit dem Arzt waren die Teilnehmenden am meisten (MW: 1,7), mit der Wartezeit und Terminvergabe am wenigsten (MW:2,8) zufrieden. Über ein Viertel der Teilnehmenden machte die Erfahrung mit Barrieren im Zugang zur gesundheitlichen Versorgung. Die Regressionsanalysen zeigten, dass insbesondere die Variablen Region, im Haushalt gesprochene Sprache und die sozioökonomischen Variablen Einkommensklasse und Bildungsabschluss mit der Inanspruchnahme, Zufriedenheit und dem Auftreten von Barrieren korrelieren.

Schlussfolgerung: Zahlen zur Inanspruchnahme und Aussagen zur Zufriedenheit sind größtenteils vergleichbar mit denen der Allgemeinbevölkerung. Die Ergebnisse der Regressionsanalysen lassen eine Benachteiligung der Teilnehmenden mit niedrigem sozioökonomischem Status im Gesundheitssystem vermuten. Dennoch stellt die Studienpopulation eine hochselektive Teilpopulation dar und ist nicht repräsentativ. Für generalisierbare Aussagen sind umfangreichere epidemiologische Studien und die anteilmäßige Einbindung Türkeistämmiger in bundesweiten Bevölkerungsstudien wünschenswert und notwendig.

Abstract

Background: People of Turkish descent constitute approximately 14% of Germany's immigrant communities. Research about the use of medical services by immigrant communities in Germany is rather scarce. In nationwide health surveys, Turkish descents have been underrepresented. This study, hence, aims at examining the use of health services offered by the German health services by Turkish descents in Berlin and Essen, their satisfaction with medical care and the accessibility problems they face.

Methods: Prior to the NAKO health study, a feasibility study was undertaken in 2011/2012 with nearly 1,200 adults of Turkish descent in Berlin and Essen. A partial data set of the follow-up questionnaire of this sample in 2018/19 constitutes the basis for the analysis in this study. The administration of the questionnaire is completed by several stages (cover letter, telephone contact, reminder). Statistical analyses included descriptive statistics, a qualitative analysis and a regression analysis.

Results: The participants (n=285, mean age: 49,2 years) were predominantly female (63,8%) and around three-quarters experienced migration themselves. Every fourth patient had at least one emergency treatment in the previous year. The large majority (89,9%) reported having visited a general practitioner, while more than half preferred to speak in German with them. General practitioners, dentists and gynaecologists were consulted most frequently. More than half of the participants expressed satisfaction with the health care provision in Germany. While participants were most satisfied with the aspect of doctor-patient communication they were least satisfied with the waiting time in the waiting room and the appointment scheduling. The findings also suggest that at least one-quarter of the participants encountered barriers to health service access. The regression analyses indicated that the region, the language spoken at home and the socioeconomic factors of income and education are associated with the use of health services, satisfaction with health services and experiencing barriers in accessing health services.

Conclusion: The empirical results suggest that utilisation of and satisfaction with health services are to a great extent comparable to those of the general population. However, the results suggest that the health care system disadvantages participants of lower socioeconomic status. It should be noted that the study population reflects merely a very specific subpopulation and should not, therefore, be regarded as representative. In order to draw more generalised and accurate conclusions, further epidemiological studies and nationwide surveys with Turkish descent individuals are needed.

1. Einleitung

1.1. Demographische Charakteristika der türkeistämmigen Bevölkerung

In Deutschland haben 24,1% der Bevölkerung einen Migrationshintergrund. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes liegt dann ein Migrationshintergrund vor, wenn die Person selbst oder mindestens ein Elternteil nicht mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren wurde (1). Die Türkei stellt mit 14,1% (2018: 2,8 Mio.) das Herkunftsland mit dem größten Anteil an der Bevölkerung mit Migrationshintergrund dar. In Berlin liegt der Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund bei 30,0% (2018: 1,1 Mio.) (1). Hiervon sind 16,4% türkeistämmige Personen. Deutschlandweit gehören Berlin und Nordrhein-Westfalen zu den Regionen mit der anteilmäßig größten Gruppe an Türkeistämmigen (Abb.1) (1). Nur knapp die Hälfte der türkeistämmigen Bevölkerung besitzt die türkische Staatsbürgerschaft und wird zur ausländischen Bevölkerung gezählt (2018: 1,5 Mio.). (2) Aus diesem Grund ist die alleinige Betrachtung der Staatsangehörigkeit bei der Untersuchung der türkeistämmigen Bevölkerung nicht ausreichend.

Mit der Bezeichnung "türkeistämmig" werden sämtliche Personen umfasst, die, unabhängig von ihren eigenen Migrationserfahrungen oder ihrer ethnischen und religiösen Identität, ihre familiären Wurzeln in der Türkei haben (3). Ethnische Türken stellen in der Bevölkerung der Türkei, wie auch unter den in Deutschland lebenden Türkeistämmigen die Mehrheit. Es gibt jedoch auch eine relevante Minderheit ethnischer Kurden, die in der Türkei auf 20% und in Deutschland auf ein paar hunderttausend Personen geschätzt wird (4). Dieser sich in der Migrations- und Integrationsforschung immer weiter durchsetzende Begriff der Türkeistämmigen umfasst somit auch jene Personen, die bereits die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen, aber einen Migrationshintergrund haben. Um alle eingewanderten Personen aus der Türkei mit einzubeziehen, ist es zudem sinnvoll, nicht von „türkischstämmigen“, sondern von „türkeistämmigen“ Personen zu sprechen.

Die Zusammensetzung der heute in Deutschland lebenden türkeistämmigen Bevölkerung geht unter anderem aus der Betrachtung der Migrationshistorie hervor. Die Einwanderung aus der Türkei begann in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts im Verlauf des deutschen Wirtschaftswunders in den 1950er und 1960er Jahren. Mit dem Ziel, schnell und unbürokratisch Gastarbeiter zu rekrutieren, schloss Deutschland Abkommen mit südeuropäischen Ländern sowie mit Marokko, Tunesien, der Türkei und Südkorea. 1961 trat das Abkommen mit der

Türkei in Kraft. Ende der 1960er und Anfang der 1970er Jahre kam, infolge des Konjunkturaufschwungs, eine besonders große Zahl an türkeistämmigen Gastarbeitern nach Deutschland. Nach der Lockerung der Gesetze zur Aufenthaltsverlängerung sowie zum Familiennachzug 1971 entschlossen sich viele Personen aus der Türkei, in Deutschland zu bleiben, ihre Familien in Deutschland wieder zusammenzuführen oder selbst eine neue Familie zu gründen. In der großen Gruppe der Türkeistämmigen gibt es daher eine sehr breite Altersspanne und bereits die zweite und dritte Generation leben hier. Die Heterogenität der türkeistämmigen Bevölkerung entsteht also unter anderem aus dem großen Spektrum an eingewanderten Kohorten und dem mehrgenerationalen Familiengefüge (5). Gegen Ende der 1990er Jahre nahmen die Zuwanderungszahlen der Türkeistämmigen tendenziell ab. Zwischen 2006 und 2014 war der Wanderungssaldo dieser Bevölkerungsgruppe sogar negativ (6).



Abbildung 1: Anteil Türkeistämmiger an der Bevölkerung mit Migrationshintergrund insgesamt 2018 (1)

1.2. Migration und Gesundheit

Migration und Gesundheit stehen vielfältig im Zusammenhang. Dabei stellt Migration einen wesentlichen gesundheitsbeeinflussenden Faktor für den Einzelnen aber auch für ganze Bevölkerungsgruppen dar. Selbst wenn die unmittelbare Daseinsvorsorge im Aufnahmeland vorliegt, führt das Leben in der Fremde häufig zu gesundheitlichen Schwierigkeiten. Auch nach längerer Aufenthaltsdauer im neuen Land oder in der zweiten oder dritten Generation kommt es zu Kommunikationsstörungen und Zugangsbarrieren in der gesundheitlichen Versorgung von Personen mit Migrationshintergrund (7). Gesundheitsbeeinflussende Faktoren hängen sowohl mit der Situation im Heimatland als auch mit der Adaption des vorherrschenden Lebensstils sowie einer möglicherweise ineffektiven Inanspruchnahme des Versorgungssystems im Aufnahmeland zusammen (8, 9).

Außerdem können Akkulturationsprobleme Ursache für psychosozialen Stress sein. Haasen et.al untersuchte in seiner Arbeit den Zusammenhang zwischen psychischer Befindlichkeit und Akkulturation bei Migranten. Dabei wurden verschiedene Stichproben von insgesamt 402 befragten Migranten ausgewertet. Die Analyse ergab eine signifikante Korrelation zwischen Akkulturationsstress und psychischer Belastung. Die Dauer des Aufenthaltes war für den erzeugten Stress irrelevant; unabhängig von der Zeitdauer nach der Migration blieb er bestehen (10). Auch eine Vielzahl an internationalen Studien zu verschiedenen Migrantengruppen aus den USA (11, 12), Südkorea (13) und den Niederlanden (14) bestätigen diesen Zusammenhang. Insgesamt ist die epidemiologische Datenlage in Bezug auf die soziale und gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland spärlich (15). Bisher durchgeführte Untersuchungen über den Gesundheitszustand von Personen mit Migrationshintergrund sind uneinheitlich: teils wird ein besserer (Healthy-migrant-Effekt) (16), teils ein schlechterer Gesundheitszustand (15, 17) diskutiert. Der Healthy-migrant-Effekt beschreibt das Phänomen, dass bei Migranten trotz sozialer und ökonomischer Benachteiligung im Einwanderungsland ein Gesundheitsvorteil gegenüber der Bevölkerung des Ziellandes beobachtet wird. Dieser ist auf die positiven Selbstauswahlprozesse während der Migration zurückzuführen, d.h. insbesondere gesunde und belastbare Personen entscheiden sich dazu, neue, risikobehaftete Umstände im neuen Land in Angriff zu nehmen (18).

Neuere Untersuchungen zeigen, dass Personen mit Migrationshintergrund nicht grundsätzlich kränker oder gesünder sind als Personen ohne Migrationshintergrund (15, 19). Einige einzelne Erkrankungen können allerdings je nach Herkunftsland oder Migrationserfahrung häufiger oder seltener vorkommen (20). Beispielsweise vergleicht die Studie von Reeske et.al Unterschiede

in der Gestationsdiabetesinzidenz zwischen türkeistämmigen und deutschen Frauen anhand der Analyse von Abrechnungsdaten der AOK Berlin von 2005-2007. Die Auswertung von 3338 Schwangerschaften ergab, dass türkeistämmige Frauen eine signifikant höhere Inzidenz für Gestationsdiabetes aufwiesen als deutsche Frauen. Schlussfolgernd ließ sich in diesem Zusammenhang die Frage ableiten, inwiefern die Aufklärung zu Risikofaktoren im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge auf die Bedürfnisse der Migranten angepasst ist und eine Rolle spielt (21). Des Weiteren gehen aus einer Untersuchung im Rahmen der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) Unterschiede in der gesundheitlichen Lage von Menschen mit Migrationshintergrund hervor. So weisen Frauen mit Migrationshintergrund der ersten Generation verglichen mit Frauen ohne Migrationshintergrund einen signifikant schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand auf. Männer mit Migrationshintergrund weisen gegenüber Männern ohne Migrationshintergrund häufiger depressive Symptome auf (15).

Demgegenüber zeigt eine Übersichtsarbeit zum Krebsrisiko von verschiedenen Einwanderungspopulationen nicht-westlicher Erwachsener, die in Westeuropa leben, dass sie ein geringeres Risiko für Krebserkrankungen aufweisen (zum Beispiel Darm-, Brust- und Prostatakrebs), die mit einem westlichen Lebensstil zusammenhängen. Andererseits waren sie anfälliger für Krebsarten, die mit vorherigen Infektionserkrankungen zusammenhängen (zum Beispiel Leber-, Gebärmutter- und Magenkrebs). Daraus lässt sich schließen, dass die Expositionen (vor, während und nach der Migration), denen sie ausgesetzt waren, bei der Auswertung von Krebsprävalenzen berücksichtigt werden sollten (22).

Diese allgemeine Erkenntnis über Personen mit Migrationshintergrund ergänzt sich mit Auswertungen einer Querschnittsstudie zum Gesundheitszustand türkeistämmiger Erwachsener in Deutschland. Hierbei wurde der subjektive Gesundheitszustand anhand von Daten aus dem Generations and Gender Survey (GGG) von 2005/2006 bewertet. Insgesamt wurden 10 000 Deutsche und 4000 Türkeistämmige einbezogen und mittels logistischen Regressionsanalysen verglichen. Bei alleiniger Betrachtung der deskriptiven Ergebnisse ergab sich ein schlechterer Gesundheitszustand bei den Türkeistämmigen. Doch bei Berücksichtigung wichtiger Variablen wie dem sozioökonomischen Status oder der Copingstrategie resultierte ein vergleichbarer Gesundheitszustand. Ungleichheiten bestehen jedoch bei der Differenzierung verschiedener Altersgruppen. Daraus lässt sich folgern, dass Türkeistämmige und einheimische Deutsche generell ähnliche Voraussetzungen für die Wahrung der Gesundheit und die Entstehung von Krankheit haben (23, 24).

Ausschlaggebend für die geschilderte unzureichende Datenlage ist mitunter auch die zu geringe Beteiligung beziehungsweise die ungenügende Einbeziehung von Personen mit Migrationshintergrund in Gesundheitsstudien. Differenzierte Aussagen zu den Ergebnissen dieser ohnehin sehr heterogenen Migrantengruppe werden somit umso schwieriger und weniger repräsentativ (25). Um die Datenqualität in Hinsicht auf Erreichbarkeit und Einbeziehung der Studienteilnehmenden dieser Migrantengruppe in Zukunft zu verbessern, wurde im Jahr 2011/2012 im Vorfeld der NAKO Gesundheitsstudie ¹ eine Machbarkeitsstudie mit türkeistämmigen Erwachsenen durchgeführt. Diese Studie hatte in erster Linie das Ziel, lokale Rekrutierungsbedingungen zu ermitteln und zu evaluieren (26).

1.3. Gesundheitliche Versorgung

Während die Ungleichheit bezüglich der körperlichen Gesundheit zwischen Personen mit und ohne Migrationshintergrund relativ gering ist, wird sie im Inanspruchnahmeverhalten von medizinischen Leistungen deutlich (19). Eine geringere Inanspruchnahme von Personen mit Migrationshintergrund kann auf den ungleichen Zugang zum Gesundheitssystem oder auf die ungleiche Nutzung der Versorgungsangebote zurückgeführt werden (17). Als wesentliche Hinderungsgründe der Inanspruchnahme werden Sprachbarrieren und mangelnde Informationen (27), geringe Health Literacy (Gesundheitskompetenz) (28), aber auch kulturelle Probleme und Diskriminierungserfahrungen (19) genannt.

Gerade Health Literacy ist in der Literatur ein viel diskutiertes Konzept, das die Kompetenz beschreibt, die nötigen Informationen zu finden und zu nutzen, um relevante Entscheidungen in Bezug auf Krankheitsbewältigung, Krankheitsprävention und der Gesundheitsförderung zu treffen (29). In verschiedenen internationalen Studien wird beschrieben, dass zu den Bevölkerungsgruppen mit geringer Health Literacy neben älteren Menschen, Menschen mit geringem sozioökonomischen Status und Menschen mit geringem Bildungsniveau auch Menschen mit Migrationshintergrund gehören (30, 31). Diese Befunde legen nahe, dass auch in Deutschland Migranten, darunter Türkeistämmige, zu den Gruppen mit geringer Health

¹ Die NAKO Gesundheitsstudie ist eine bundesweite Kohortenstudie mit einer angestrebten Fallzahl von 200.000 Teilnehmenden. Die Ziele dieser Studie sind die Aufklärung der Ursachen von Volkskrankheiten, wie zum Beispiel Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Tumorerkrankungen oder Diabetes und die Erforschung ihrer Risikofaktoren, um Früherkennung und Therapiemöglichkeiten in Deutschland zu verbessern.

Literacy gehören. Auch einzelne nationale Studien wie beispielsweise eine qualitative Untersuchung von Nutzern des muttersprachlichen Beratungsangebots der unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD gGmbH) zeigen, dass unter anderem türkischsprachige Nutzer über eine geringe Health Literacy verfügten (28).

In der wissenschaftlichen Literatur sind, wenn auch nur für wenige Teilbereiche der medizinischen Versorgung, Erkenntnisse über die ungleiche Teilhabe am Gesundheitswesen von Personen mit Migrationshintergrund vorzufinden. Im Bereich der medizinischen Rehabilitation (32-34), der Prävention (Krebsvorsorge, Früherkennungsuntersuchungen, Impfschutz) (15, 19, 35), der psychosozialen Versorgung (36-38), der Pflege (39-41) und insbesondere auch in der hausärztlichen Versorgung (42) werden migrantenspezifische Versorgungsdefizite und entsprechender Handlungsbedarf hervorgehoben.

Eine Übersicht zu quantitativen und qualitativen Untersuchungen von Patienten und Personal aus dem Bereich Rehabilitation zeigt beispielsweise, dass Menschen mit Migrationshintergrund rehabilitative Versorgungsangebote seltener nutzten als Menschen ohne Migrationshintergrund. Auswertungen der Rehabilitandenbefragungen ergaben außerdem, dass Patienten mit Migrationshintergrund eine geringere Versorgungszufriedenheit und ungünstigere rehabilitative Erfolge aufwiesen (33).

1.3.1. Präventive Versorgung

Gesundheitsförderung und Prävention bilden ein zentrales Ziel der Gesundheitsversorgung. Das primäre Ziel der präventiven Versorgung ist die Vermeidung, Verzögerung oder Verringerung der Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung. Dabei wird je nach zeitlicher Perspektive im Krankheitsverlauf in Primär- (vor Krankheitsbeginn), Sekundär- (im Frühstadium der Erkrankung) und Tertiärprävention (bei bestehender Erkrankung) unterschieden. Schutzimpfungen, die Förderung gesunder Ernährungsgewohnheiten und körperlicher Aktivität gehören beispielsweise zu den primären präventiven Maßnahmen. Maßnahmen der Sekundärprävention umfassen die Vorsorge von Kindern und Jugendlichen, von Schwangeren und die Früherkennungsuntersuchungen (19). Die Regelungen für diese Untersuchungen sind im fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) verankert (43). Die Gestaltung der konkreten Richtlinien zur Bestimmung der Maßnahmen für bestimmte Zielgruppen, sowie Art und Umfang ist die Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA), dem obersten Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Krankenkassen und Leistungserbringern. Tabelle 1 zeigt die vom GBA (2015) (44) gesetzlich verankerten

Früherkennungsuntersuchungen aus dem Gesundheitsbericht des Bundes „Gesundheit in Deutschland“ (19).

Tabelle 1 Gesetzlich verankerte Früherkennungsuntersuchungen nach dem Gemeinsamen Bundesausschuss (2015)

ZIEL DER FRÜHERKENNUNG	ART DER UNTERSUCHUNG	ZIELGRUPPE	ALTER	UNTERSUCHUNGS-INTERVALL
Früherkennung von Krankheiten bei Kindern	verschiedene Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die eine normale körperliche oder geistige Entwicklung des Kindes in nicht geringfügigem Maße gefährden (U1–U9)	Mädchen und Jungen	0–6 Jahre	zehn aufeinanderfolgende Untersuchungen, einmalig
Früherkennung von Krankheiten bei Jugendlichen	verschiedene Untersuchung zur Früherkennung von Erkrankungen, welche die körperliche, geistige und soziale Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden (J1)	Mädchen und Jungen	zwischen 13. und 14. Lebensjahr (± 1 Jahr)	einmalig
Früherkennung von Risikoschwangerschaften und Risikogeburten	Ärztliche Betreuung und Beratung der Schwangeren in ausreichendem Maße	Frauen	/	/
Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus und Nierenerkrankungen (Check-up)	Klinische Untersuchung, Laboratoriumsuntersuchungen	Frauen, Männer	ab 35 Jahre	alle zwei Jahre
Hautkrebsfrüherkennung	Ganzkörperuntersuchung der Haut	Frauen, Männer	ab 35 Jahre	alle zwei Jahre
Darmkrebsfrüherkennung	chemischer Stuhltest (Schnelltest auf verborgenes Blut im Stuhl)	Frauen, Männer	von 50 bis 54 Jahren ab 55 Jahren	jährlich wenn keine Koloskopie, alle zwei Jahre
	Koloskopie (Darmspiegelung)	Frauen, Männer	ab 55 Jahren	zwei Koloskopien im Abstand von 10 Jahren
Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs	Abstrich am Gebärmutterhals	Frauen	ab 20 Jahren	jährlich
Früherkennung von Brustkrebs	Abtasten der Brust	Frauen	ab 30 Jahren	jährlich
	Mammographie im Rahmen des nationalen Mammographie-Screening-Programms	Frauen	50 bis 69 Jahre	alle zwei Jahre
Früherkennung von Prostatakrebs	Abtasten der Prostata (digitale rektale Untersuchung)	Männer	ab 45 Jahren	jährlich

Ungleichheiten in der Inanspruchnahme werden auch in Bezug auf präventive Angebote in der Literatur berichtet. Beispielsweise zeigen deskriptive Auswertungen der Querschnittsstichprobe aus der DEGS1, dass insbesondere Frauen der ersten Generation und Männer beider Generationen häufiger nicht über Angebote zur Krebsfrüherkennung informiert sind als Frauen und Männer ohne Migrationshintergrund. Eine erhöhte unregelmäßige Teilnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen zeigte sich für die Frauen der ersten Generation gegenüber Frauen ohne Migrationshintergrund (15).

1.3.2. Versorgungszufriedenheit

Untersuchungen zur Zufriedenheit können wichtige Hinweise auf die Wahrnehmung und Beurteilung der Bevölkerung in Bezug auf die medizinische Versorgung und auf die Vertrauenslage im Gesundheitswesen geben (45). Die Analyse der Zufriedenheit aus der Nutzerperspektive bildet eine wichtige Komponente im Qualitätsmanagement. Aber auch der Einfluss auf Gesundheitsoutcomes wird diskutiert (46). Allgemein ist die Zufriedenheit definiert als emotionale Reaktion auf das Ergebnis eines kognitiven Soll/Ist-Vergleichs. Hierbei wird die subjektiv wahrgenommene Anbieterleistung (Ist-Zustand) einer erwarteten Leistung (Soll-Zustand) gegenübergestellt und bewertet. Es resultiert entweder eine Bestätigung oder Nichtbestätigung, woraus sich der Zufriedenheitsgrad ergibt (47). Wüthrich-Schneider (1998) beschreibt 5 Theorien, darunter die Anspruchstheorie, nach der die Zufriedenheit über die Differenz zwischen Erwartung (Anspruchsniveau) und Erfüllung der Erwartung definiert ist (48). Dem Begriff Patientenzufriedenheit kann in der Literatur jedoch keine eindeutige Definition zugeschrieben werden. Es gibt eine Vielzahl an verschiedenen Modellen und Dimensionen, die für verschiedene Forschungsfragen zur Messung der Zufriedenheit eingesetzt werden. Es kann jedoch festgehalten werden, dass das Anspruchsniveau des Einzelnen mit verschiedenen Faktoren wie Alter, Bildungsstand und sozialem Status zusammenhängt (49). Im Rahmen einer umfangreichen Forschungsreihe des Instituts für Gesundheitsökonomie und klinische Epidemiologie der Universität zu Köln (2011) wurden einzelne Determinanten der Patientenzufriedenheit in der ambulanten Versorgung untersucht. Die Analyse beinhaltete eine für Deutschland repräsentative Stichprobe mit 27 049 Teilnehmerdaten, die aus der Querschnittsprobe des TNS Health Care Access Panel (HCAP) aus dem Jahr 2007 stammten. Anhand einer Regressionsanalyse wurden primär die abhängigen Variablen „Zufriedenheit mit der Praxis“, „Zufriedenheit mit dem Arzt“ und „Zufriedenheit mit der Behandlung“ untersucht. Dabei wurden als unabhängige Variablen soziodemographische Parameter, der Gesundheitszustand des Patienten, Struktur seiner Inanspruchnahme des Gesundheitssystems und Arzt- beziehungsweise Praxismerkmale in das Regressionsmodell aufgenommen. Es konnten verschiedene zufriedenheitssteigernde und zufriedenheitssenkende Determinanten identifiziert werden. So waren organisatorische Merkmale der Praxis wie z. B. die Wartezeit im Wartezimmer und das Verhalten des Arztes ausschlaggebend für die Zufriedenheit. Deutlich weniger zufrieden waren junge Patienten, privat Versicherte und Männer (50).

In einer randomisierten Studie des Commonwealth Fund (CWF) 2005 wurden in sechs verschiedenen Ländern die Qualität der Gesundheitsversorgung aus Nutzerperspektive untersucht und miteinander verglichen. Im Fokus standen dabei Erwachsene, die durch schwere

Erkrankungen in besonderem Maße auf das Gesundheitssystem angewiesen waren. Anhand von Telefoninterviews wurden für Deutschland knapp 1500 Teilnehmende ausführlich zu verschiedenen Themenbereichen wie allgemeine Bewertung des Versorgungssystems, finanzielle Hürden, Zugang zu Leistungen und Erfahrungen im Krankenhaus befragt. Insgesamt schnitt Deutschland im Vergleich mit Kanada, den USA, Großbritannien, Neuseeland und Australien gut ab, vor allem in Bezug auf den Zugang zur medizinischen Versorgung, sowie die Versorgung chronisch Erkrankter. Trotzdem gab fast jede dritte Person an, dass das Gesundheitssystem so schlecht ist, dass es von Grund auf erneuert werden müsste. Zu den auffälligsten Defiziten in der medizinischen Versorgung aus Nutzerperspektive konnten in allen Ländern die Kommunikation zwischen Arzt und Patient im ambulanten und stationären Bereich identifiziert werden (51). Eine Studie des wissenschaftlichen Instituts der Techniker Krankenkasse (WINEG) untersuchte 2010 die Versichertenzufriedenheit im ambulanten Bereich. Anhand einer Zufallsstichprobe wurden mit 1000 gesetzlich versicherten Personen Telefoninterviews durchgeführt. Es resultierte eine insgesamt hohe Zufriedenheit der Befragten. Optimierungspotential ergab sich in den Bereichen Kommunikation, Interaktion und partizipative Entscheidungsfindung (52). Zahlen des Robert Koch-Instituts aus der GEDA-Zusatzbefragung 2009 mit 5296 Befragten zeigen, dass rund 88% der Bevölkerung „sehr zufrieden“ bis „zufrieden“ waren mit dem letzten Arztkontakt. Privatversicherte und Menschen mit hohem sozioökonomischen Status schnitten dabei besser ab (45). Insgesamt wird in den verschiedenen Zufriedenheitsbefragungen auf nationaler Ebene deutlich, dass die Mehrheit der deutschen Bevölkerung zufrieden ist mit den allgemeinen gesundheitlichen Leistungen im deutschen Gesundheitssystem. Dennoch gibt es Unterschiede zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen (45, 51-55), wobei insbesondere Personen mit Migrationshintergrund in solchen Befragungen vergleichsweise gar nicht oder nur wenig beachtet werden.

Eine Übersichtsarbeit wertete 28 Studien zum Thema Zufriedenheit hinsichtlich der Gesundheitsversorgung von Personen mit Migrationshintergrund in den westlichen Industriestaaten aus. In 19 der eingeschlossenen Studien konnte ein deutlich geringerer Zufriedenheitsgrad gegenüber der Allgemeinbevölkerung identifiziert werden (56). Darunter fielen auch zwei einzelne Studien aus Deutschland (57, 58). In einer weiteren Studie der Arbeitsgruppe Epidemiologie und Statistik der Fakultät für Gesundheitswissenschaften-Universität Bielefeld wurden Begleitpersonen von einschulungspflichtigen Kindern im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung befragt. Die Gegenüberstellung der 289 Personen ohne und 276 Personen mit Migrationshintergrund ergab, dass letztere geringere

Zufriedenheitswerte mit einzelnen Behandlungen und dem Kenntnisstand über bestimmte Krankheiten erzielten (8).

1.3.3. Aktuelle Datenlage

Insgesamt ist die gesundheitswissenschaftliche und epidemiologische Forschung zum Gesundheitsstatus und auch zur gesundheitlichen Versorgung von Personen mit Migrationshintergrund sehr lückenhaft und undifferenziert (17). Eine singuläre Beforschung von Migrantengruppen gibt es kaum. Dies ist jedoch notwendig, um der Vielfalt der Einflussfaktoren auf das gesundheitsbezogene Inanspruchnahmeverhalten gerecht zu werden (59) und dementsprechend intervenieren zu können.

Die Forderung an die Gesundheitsforschung ist einstimmig und deutlich: die Heterogenität der deutschen Bevölkerung muss sich auch in der Gesundheitsforschung widerspiegeln (19, 60). Hinreichende Kenntnisse über die Zielgruppe sind Voraussetzung für eine adäquate gesundheitliche Versorgung (38). Auf den Bedarf für migrationspezifische Forschung macht auch die Politik aufmerksam. In dem Bericht der Beaufragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2016) wird zu Beginn folgende zentrale Herausforderung an das deutsche Gesundheitswesen gestellt (61):

„Zunächst gibt es zu wenige repräsentative Daten und wissenschaftliche Studien, die zeigen, an welchen Stellen die Teilhabe von Menschen mit Einwanderungsgeschichten an der medizinischen und pflegerischen Versorgung konkret verbessert werden muss. (S.9)[...][Es besteht] Konsens über den fortbestehenden Mangel an repräsentativen Daten zur Präventionsteilhabe, zum Gesundheitsstatus und zur medizinischen Versorgung von Menschen mit Einwanderungsgeschichte“ (S.340).

Mit der dargestellten Forschungslücke haben sich bereits die „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland - Welle1“ (DEGS1) und die „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ (KIGGS) im Rahmen des Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts (RKI) befasst und erste Ergebnisse zu verschiedenen Themenbereichen hervorgebracht (15). Allerdings sind in diesen Gesundheitssurveys türkeistämmige Personen im Vergleich zum Mikrozensus, einer repräsentativem Bevölkerungsstichprobe, unterrepräsentiert (25).

An dieser Stelle soll die vorliegende Arbeit anknüpfen und die oben genannten, von Wissenschaft und Politik gleichermaßen gestellten, Fragestellungen aufgreifen und dabei exemplarisch den Fokus auf die beschriebene Migrationsgruppe der türkeistämmigen Personen richten. Die Basis dieser Untersuchung bildet eine Folgebefragung der bereits erwähnten

Kohorte türkeistämmiger Erwachsener der im Vorfeld der NAKO durchgeführten Machbarkeitsstudie aus dem Jahr 2011/2012.

1.4. Zielstellung der Arbeit

Das übergeordnete Ziel der vorliegenden Arbeit ist die Untersuchung der Inanspruchnahme und Zufriedenheit mit medizinischen Leistungen und die Analyse potentieller Zugangsbarrieren zum deutschen Gesundheitssystem bei türkeistämmigen Erwachsenen in Berlin und Essen. Explizit sind folgende Studienziele festzuhalten:

1. Quantifizierung der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen im ambulanten und präventiven Bereich
2. Erfassung der Zufriedenheit basierend auf den Erfahrungen beim letzten Arztkontakt
3. Erfassung subjektiv empfundener Probleme beim Zugang zum deutschen Gesundheitssystem
4. Untersuchung möglicher Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme präventiver Leistungen, die Zufriedenheit mit gesundheitlichen Leistungen und empfundene Barrieren im Gesundheitssystem

2. Methodik

2.1. Studiendesign

Die vorliegende Arbeit basiert auf einer Datenerhebung im Rahmen der „Studie zur Gesundheit von türkeistämmigen Erwachsenen - Zweitbefragung“, die zeitgleich in Berlin und Essen ablief. Es handelt sich hierbei um eine Folgebefragung einer bereits im Jahr 2011/2012 im Vorfeld der NAKO Gesundheitsstudie durchgeführten Machbarkeitsstudie, in der eine Evaluation lokaler Rekrutierungsstrategien vorgenommen wurde. Die vorliegende Befragung ist demnach eingebettet in eine longitudinale Beobachtungsstudie im Kohortendesign. Zur Beantwortung der Fragestellungen dieser Arbeit verfolgt die Studienidee jedoch ein Querschnittsdesign, da die analysierten Daten ausschließlich aus dem Teildatensatz der hier dargestellten Zweitbefragung stammen.

Der Rekrutierungszeitraum für diesen Teildatensatz der Folgebefragung begann im Mai 2018 und endete im Januar 2019. Die Studienzentren für die Rekrutierung waren das Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie der Charité - Universitätsmedizin Berlin und das Institut für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (IMIBE) des Universitätsklinikum Essen.

Für die Studie liegen das Datenschutzvotum (Datenschutzvorgangsnummer: 77-SP-18) und ein Ethikvotum (Antragsnummer: EA1/206/17) vor. Die Studie wurde zudem im Deutschen Register für Klinische Studien eingetragen (DRKS00013545). Finanziert wurde die Berliner Studie durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (Förderkennzeichen: 01EH1604B).

2.2. Studienpopulation

Von der Berliner Kohorte mit 600 Teilnehmenden aus der Machbarkeitsstudie 2011/2012 wurden diejenigen zur Teilnahme eingeladen, die zuvor einer erneuten Kontaktaufnahme zu einem späteren Zeitpunkt zugestimmt hatten (93,6%). Im Essener Rekrutierungszentrum wurden die Teilnehmenden in der Teilnehmerinformation der Erstbefragung bereits darauf hingewiesen, nach einigen Jahren nochmals kontaktiert zu werden. Insgesamt konnten aus der Erstbefragung 1205 potentiell Teilnehmende identifiziert werden (Berlin n=561, Essen n=644), die nun erneut kontaktiert wurden.

2.3. Studienablauf

Als Leitfaden für den Studienablauf der „Studie zur Gesundheit von türkeistämmigen Erwachsenen in Berlin - Zweitbefragung“ wurde ein Studienprotokoll erstellt. Alle Abläufe im Rahmen des Probandenmanagements, sowie der Datenerhebung und Dateneingabe wurden in Standardverfahrensanweisungen (Standard Operation Procedures, SOPs) vor Beginn der Umfrage definiert.

2.3.1. Rekrutierung der Studienteilnehmenden der Machbarkeitsstudie 2011/2012

Für die Erstbefragung im Jahr 2011/2012 wurde in Zusammenarbeit mit dem Robert Koch-Institut in Berlin eine Stichprobe mit insgesamt 600 türkeistämmigen Probanden rekrutiert und im Studienzentrum Charité-Mitte befragt und untersucht. In Essen wurden 635 Teilnehmende über das Universitätsklinikum Essen rekrutiert. Die Untersuchung und Befragung fand im Heinz Nixdorf Studienzentrum in Essen statt (26).

Von den genannten Teilnehmendenzahlen wurde die eine Hälfte über das jeweilige Einwohnermeldeamtsregister und die andere Hälfte über informelle Netzwerke wie z. B. türkische Vereine gewonnen. Es wurden Basisdaten mittels Fragebogen erhoben, Blutproben entnommen, anthropometrische Messungen und Blutdruckmessungen durchgeführt. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit werden ausschließlich Bezüge zu den damals erfassten soziodemographischen Daten der Teilnehmenden hergestellt. Daher soll im Weiteren nicht näher auf die Erstbefragung eingegangen werden. Für eine detailliertere Beschreibung des methodischen Vorgehens wird an dieser Stelle auf die Literatur verwiesen (26).

2.3.2. Ablauf der Kontaktaufnahme mit den Studienteilnehmenden 2018/2019

Die Kontaktaufnahme der Zweitbefragung lief systematisch in mehreren Schritten ab und enthielt ein mehrstufiges Erinnerungsprozedere. Abbildung 2 zeigt eine Übersicht des Studienablaufs für Berlin. Die Rekrutierung der Teilnehmenden in Berlin sowie die Durchführung der Befragung wurde, neben der Autorin dieser Arbeit, von einer weiteren türkischsprachigen Doktorandin durchgeführt. Der Ablauf in Essen unterschied sich in wenigen Punkten, die am Ende des Kapitels aufgeführt werden. Die nachfolgende Beschreibung bezieht sich zunächst nur auf den Ablauf in Berlin. Die im Folgenden beschriebenen Anschreiben und Dokumente befinden sich in der deutschen Version im Anhang.

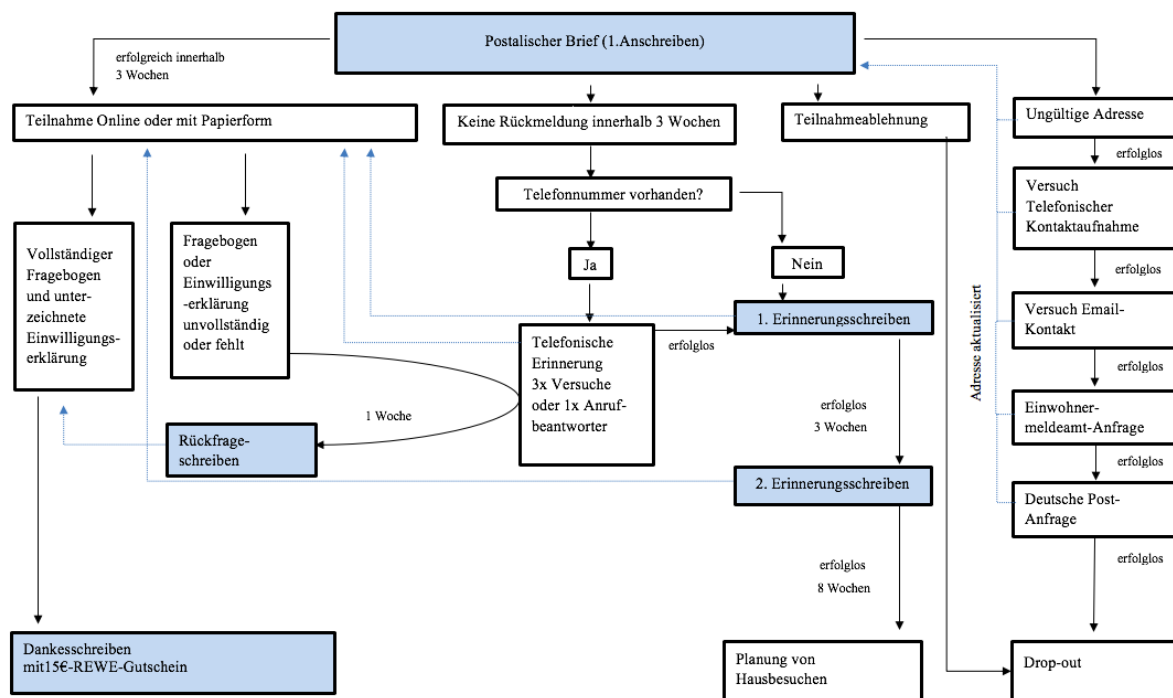


Abbildung 2: Ablauf der Kontaktaufnahme mit den Studienteilnehmenden der "Studie zur Gesundheit türkistämmiger Erwachsene in Berlin - Zweitbefragung"

Erstes Anschreiben

Die potentiellen Teilnehmenden erhielten einen postalischen Brief mit frankiertem Rückumschlag, der folgende Unterlagen jeweils auf Deutsch und Türkisch beinhaltete:

- Anschreiben + individueller Zugangscode zur Onlineteilnahme
- Teilnehmerinformation
- Einwilligungserklärung (EW)
- Fragebogen in Papierform

Das Anschreiben klärte den Teilnehmenden über den Hintergrund und die Ziele der Studie sowie über die Gründe für die Auswahl des Teilnehmenden auf. Als Aufwandsentschädigung für die Teilnahme wurde ein Supermarkt-Einkaufsgutschein im Wert von 15,00 € in Aussicht gestellt. Außerdem enthielt das Anschreiben einen Link und Zugangsdaten für die Online-Version des Fragebogens. Die Teilnehmenden konnten zwischen postalischer und Online-Teilnahme wählen.

Für die postalische Variante sollte der beigelegte Fragebogen auf Deutsch oder Türkisch ausgefüllt und zusammen mit der unterzeichneten EW mit aktualisierten Kontaktdaten im beigelegten frankierten Rückumschlag an das Institut zurückgesendet werden. Jeder Teilnehmende erhielt zwei Exemplare der EW, von denen jeweils ein Exemplar für die eigenen Unterlagen behalten wurde.

Für die Online Variante gelangten die Teilnehmenden über den mitgeteilten Link auf die Online-Website und loggten sich mit den persönlichen Zugangsdaten ein. Dort konnten sie zunächst wählen, in welcher Sprache der Fragebogen ausgefüllt wird. In der gewählten Sprache erschienen nochmals die Teilnehmerinformation und die EW. Die Einwilligung zur Teilnahme an der Studie erfolgte durch das Klicken eines ‚ich stimme zu‘ Buttons auf der EW. Damit wurde bestätigt, dass die Teilnehmerinformation gelesen und verstanden wurde.

Für die Teilnehmenden bestand die Möglichkeit, bei Fragen und Unklarheiten das Studiensekretariat telefonisch oder per Mail zu kontaktieren. Für die telefonische Kontaktaufnahme gab es geregelte Sprechzeiten, die auf der Teilnehmerinformation vermerkt waren. Außerdem konnten die Teilnehmenden während des gesamten Rekrutierungszeitraumes eine Nachricht auf dem Anrufbeantworter des Studiensekretariats hinterlassen. Auf Wunsch der Teilnehmenden war es auch möglich, den Fragebogen nach terminlicher Absprache im Studienzentrum gemeinsam mit den Studienassistenten vor Ort sowie auch gemeinsam am Telefon auszufüllen.

Teilnehmende mit ungültiger Adresse

Bei ungültigen Adressen (Rücklauf mit Vermerk „unzustellbar“) wurde eine Adressrecherche durchgeführt und ein erneuter Zustellversuch mit einer aktualisierten Adresse vorgenommen. Die Adressrecherche lief dabei in folgender Reihenfolge ab:

Wenn eine Telefonnummer angegeben war, wurde versucht, die neue Adresse telefonisch zu erfragen. Es waren drei Anrufversuche, jeweils zu einer anderen Tageszeit, vorgesehen. War die telefonische Kontaktaufnahme erfolglos, wurde zunächst eine Anfrage zum Abgleich der Adresse an das Einwohnermeldeamt und im zweiten Versuch anschließend an die Deutsche Post versendet. Sollte dies nicht zielführend sein, wurde zuletzt bei Angabe einer E-Mailadresse versucht per E-Mail Kontakt aufzunehmen. blieb auch der letzte Versuch erfolglos, wurde der Teilnehmende als Drop-Out gewertet.

Erinnerungsschreiben

Gab es innerhalb von drei Wochen keine Reaktion der angeschriebenen Person auf das Einladungsschreiben, begann das Erinnerungsprozedere. War eine Telefonnummer bekannt, wurde im ersten Schritt der Versuch einer telefonischen Erinnerung vorgenommen. Innerhalb der nächsten vier Wochen wurde versucht, mit drei Anrufversuchen zu unterschiedlichen Tageszeiten, insbesondere auch nachmittags und am frühen Abend, sowie an unterschiedlichen Wochentagen telefonisch Kontakt aufzunehmen. Dies hatte den Zweck, die Erreichbarkeit von erwerbstätigen Personen zu erhöhen. Alternativ zu den Anrufversuchen wurde einmalig eine Nachricht auf dem Anrufbeantworter der potentiellen Teilnehmenden hinterlassen. Sofern keine Telefonnummer vorhanden war oder kein persönlicher Kontakt mit dem Teilnehmenden zustande kam, wurde eine Woche nach dem letzten Anrufversuch bzw. des Besprechens des Anrufbeantworters das erste Erinnerungsschreiben versendet. Der Brief für das Erinnerungsschreiben enthielt nochmals alle Unterlagen des ersten Anschreibens.

Wenn das erste Erinnerungsschreiben nach drei Wochen unbeantwortet blieb und kein telefonischer Kontakt hergestellt werden konnte, wurde ein zweites Erinnerungsschreiben verschickt. Sollte wiederum nach drei Wochen keine Rückmeldung stattfinden, war die Erinnerungsphase für den Teilnehmenden beendet.

Rückfragen

Kam eine Rückmeldung per Post, fehlte jedoch der Fragebogen oder die EW oder wurde der Fragebogen in weitem Maße unvollständig oder die EW ohne Unterschrift oder ohne Kreuz zur Zustimmung zur Teilnahme zurückgesendet, wurden die betroffenen Teilnehmenden erneut kontaktiert. Zunächst wurde versucht, telefonisch Kontakt aufzunehmen. Spätestens eine Woche nach dem letzten Anrufversuch wurde an alle betroffenen Teilnehmenden ein Brief mit folgendem Inhalt jeweils in beiden Sprachen versendet:

- Rückfrage-Anschreiben
- Fragebogen oder EW
- Frankierter Rückumschlag

Kam nach acht Wochen keine Rückmeldung, war die Erinnerungsphase für den Teilnehmenden beendet.

Teilnahmeablehnung

Jeder Teilnehmende konnte die Studienbeteiligung selbstverständlich auf eigenen Wunsch zu jedem Zeitpunkt und ohne Angabe von Gründen teilweise oder ganz abbrechen. Der Widerruf der Einwilligung musste schriftlich an das Studienzentrum erfolgen. Teilnehmende, die sich spätestens drei Wochen nach dem letzten Erinnerungsschreiben nicht meldeten, wurden als passive Ablehner eingestuft. Um eine zu geringe Rücklaufquote zu vermeiden, waren für passive Ablehner Hausbesuche vorgesehen.

Dankeschreiben

Lagen ein vollständig ausgefüllter Fragebogen und die EW vor, wurde das Dankeschreiben verschickt. In diesem wurde sich für das Mitwirken bedankt und der bereits im ersten Anschreiben in Aussicht gestellte Supermarkt-Einkaufsgutschein in Höhe von 15€ als Entschädigung beigelegt. Die Studie galt für den Teilnehmenden als erfolgreich beendet.

Unterschiede im Rekrutierungsablauf in Essen

Anders als in Berlin wurden in Essen die Anschreiben nur in einer Sprache versendet. Es wurde jeweils die Sprache ausgewählt, in der der Fragebogen der Erstbefragung 2011/2012 ausgefüllt wurde. Die Teilnahme war nur in Papierform per postalischem Brief möglich. Die Erinnerungsphase war nach dem ersten Erinnerungsschreiben mit bis zu drei Anrufversuchen beendet. Die Rückfrageschreiben wurden zum Schluss an alle Teilnehmende mit fehlender EW oder unvollständigem Fragebogen zugesendet. Es gab keine Aufwandsentschädigung für die Teilnahme. Die Adressrecherche erfolgte ausschließlich über das Einwohnermeldeamt. Die Graphik 3 zeigt die Übersicht über den Ablauf der Kontaktaufnahme in Essen und soll die Unterschiede gegenüber dem Ablauf in Berlin verdeutlichen. Die Unterschiede im Ablauf der Kontaktierung zwischen Berlin und Essen sind das Ergebnis unterschiedlicher personeller und finanzieller Kapazitäten beider Studienzentren. Während das Berliner Studienzentrum eine Projektförderung seitens des BMBF erhalten hat, wurde die Umfrage im Essener Zentrum aus Eigenmitteln finanziert.

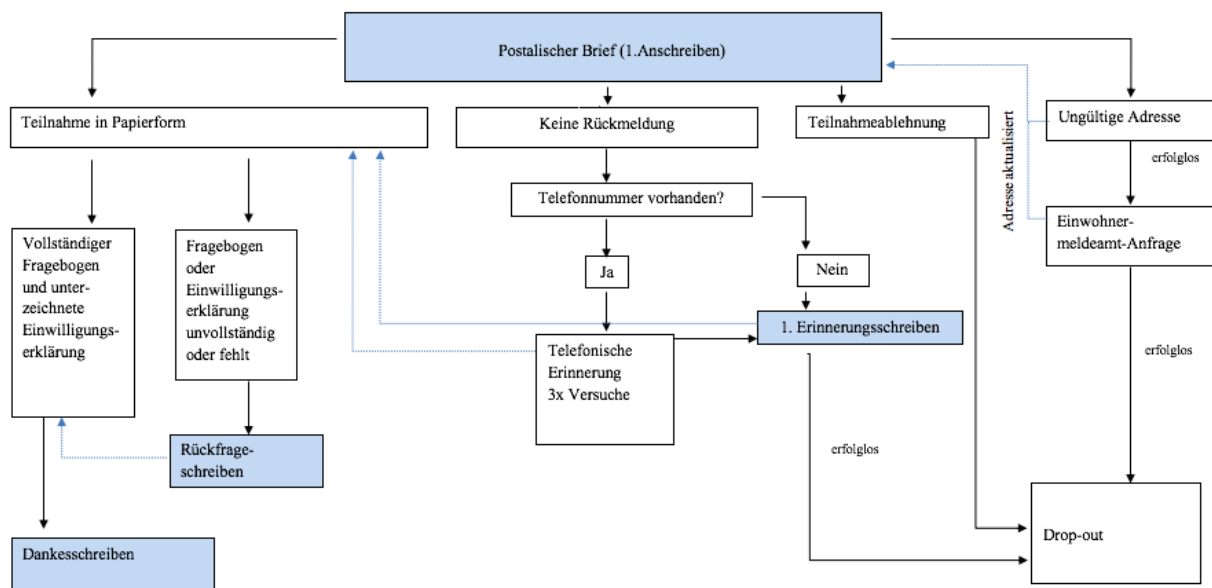


Abbildung 3: Ablauf der Kontaktaufnahme mit den Studienteilnehmenden der "Studie zur Gesundheit türkeistämmiger Erwachsener in Essen - Zweitbefragung"

2.4. Fragebogen

Als Messinstrument für die untersuchten Zielgrößen diente ein Fragebogen, der als Selbstausfüller konzipiert war. Dieser lag für die Berliner Teilnehmenden in deutscher und türkischer Version vor. Der Fragebogen wurde im Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie Universitätsmedizin Charité erstellt. Die Fragestellungen und der Aufbau orientierten sich an bereits existierenden Fragebögen zum Thema Inanspruchnahme, Barrieren und Zufriedenheit, die bereits im Kontext Migration und Gesundheit genutzt wurden (55, 60, 62). Für die Beantwortung der Fragen war eine Zeit von ca. 30 Minuten veranschlagt. Insgesamt gab es 47 Einzelfragen. Es waren Einfach- und Mehrfachantworten zum Ankreuzen und Freitextantworten möglich. Der gesamte Fragebogen ist in der deutschen Version im Anhang zu finden. Der Fragebogen untergliederte sich in folgende Unterkapitel:

A: Soziodemographische Angaben

B: Lebensstil und Gesundheitsstatus

C: Nutzung medizinischer Leistungen in Deutschland

D: Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung in Deutschland

E: Probleme beim Zugang zu medizinischen Leistungen in Deutschland

F: Lebensqualität

In Abschnitt A wurden soziodemographische Daten erhoben. Im Einzelnen wurde hier die Haushaltsgröße, Berufstätigkeit, Krankenversicherung, die zu Hause vorwiegend gesprochene Sprache und Kategorien des Haushaltneueinkommens erhoben.

Im zweiten Abschnitt B wurden der Lebensstil und der Gesundheitsstatus anhand von Fragen zum Gewicht, Rauchverhalten und zur körperlichen Aktivität, sowie aktuellen Informationen zu neu aufgetretenen Erkrankungen erfasst.

Der Abschnitt C erfasste Informationen zur Kontakthäufigkeit zu ambulanten und stationären Institutionen des deutschen Gesundheitssystems und zur Höhe privater Zuzahlungen in den letzten 12 Monaten, sowie Informationen zur regelmäßigen Inanspruchnahme von Vorsorgeangeboten, welche folgend aufgeführt sind.

Bei Männern und Frauen:

- Gesundheits-Check-Up
- Schutzimpfungen
- Zahnärztliche Kontrolluntersuchung
- Stuhluntersuchung (Früherkennung für Darmkrebs)
- Darmspiegelung (Früherkennung für Darmkrebs)
- Untersuchung der Haut auf Muttermale (Früherkennung für Hautkrebs)

Zusätzlich bei Frauen:

- Tastuntersuchung der Brust (Früherkennung für Brustkrebs)
- Mammographie (Früherkennung für Brustkrebs)
- Abstrich des Gebärmutterhalses (Früherkennung für Gebärmutterhalskrebs)

Zusätzlich bei Männern:

- Tastuntersuchung der Prostata (Früherkennung für Prostatakrebs)
- Bestimmung des PSA-Spiegels (Blutuntersuchung für Prostatakrebs)

Die Fragen zur Zufriedenheit mit dem Zugang zu medizinischen Leistungen (Abschnitt D) beinhaltete die Zufriedenheit mit verschiedenen Aspekten des letzten Arztkontakts und die Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung insgesamt. Die Bewertungskriterien im Kontext des letzten Arztkontakts waren:

- Entfernung vom Wohnort
- Öffnungszeiten
- Telefonische Erreichbarkeit
- Wartezeit auf einen Termin
- Wartezeit im Wartezimmer
- Ausstattung
- Medizinische Betreuung durch den Arzt
- Betreuung durch das weitere Personal
- Zeit, die der Arzt sich genommen hat
- Vertrauensverhältnis zum Arzt
- Sprachliche Verständigung mit dem Arzt
- Sprachliche Verständigung mit dem weiteren Personal
- Kinderfreundlichkeit
- Barrierefreiheit
- Berücksichtigung kultureller/ religiöser Besonderheiten

In Abschnitt E wurden subjektiv empfundene Probleme beim Erhalt oder der Einnahme von Medikamenten und beim Erhalt ärztlicher Untersuchungen oder Behandlungen erhoben. Außerdem wurden die Gründe für fehlende Informationen, um notwendige Medikamente einzunehmen, und der Umgang mit diesen genannten Problemen abgefragt. Die Frage zu möglichen Verbesserungen im deutschen Gesundheitssystem konnte in Form eines Freitextes beantwortet werden.

Im letzten Abschnitt wurde die gesundheitsbezogene Lebensqualität (Abschnitt F) anhand des SF-12v2 (short form health survey version 2.0) Fragebogens erhoben, der jedoch in dieser Arbeit nicht analysiert wird. Dieser umfasst 12 Fragen (63), die sich konzeptionell in die Bereiche „physische Gesundheit“ und „psychische Gesundheit“ einordnen lassen.

2.5. Datenmanagement

Im Rahmen der Erstbefragung 2011/2012 erhielt bereits jeder Studienteilnehmende eine Personenidentifikationsnummer (ID-P) als Schlüssel zur Speicherung der personenidentifizierenden Daten in der passwortgeschützten Probandendatenbank des Studienzentrums. Außerdem wurde für jeden Teilnehmenden eine nicht sprechende Zeichenkette als Studiennummer (ID-S) erzeugt, die als Schlüssel zur getrennten Speicherung der Studiendaten von den personenidentifizierenden Daten erzeugt wurde. Die Zuordnungsliste der beiden Identifikationsnummern lag nur dem Datenmanager vor. Für die Zweitbefragung wurde zusätzlich für jeden Teilnehmenden ein personalisierter Zugangscode generiert, mit dem sich die Teilnehmenden über den Link einloggen konnten, um online teilzunehmen (siehe Studienablauf).

Die postalisch eingegangenen Fragebögen wurden von den an der Studie beteiligten Doktorandinnen in einer studieneigenen Datenbank pseudonymisiert (ID-P) nach den Vorgaben der SOP zur Dateneingabe eingegeben und gespeichert. Die Datenerfassung erfolgte mit der Software SoSci Survey (64). Online ausgefüllte Fragebögen wurden durch eine sichere Internetverbindung (HTTPS) unmittelbar an den Webserver des Studienzentrums übertragen. Die Daten wurden nicht auf dem Endgerät (Computer) des Befragten gespeichert. Die Datenübertragung erfolgte in pseudonymisierter und verschlüsselter Form und war nicht auf den Absender zurückzuführen.

Getrennt von den Fragebogendaten wurden die personenidentifizierenden Daten in einer passwortgeschützten Microsoft-ACCESS-Datenbank gespeichert, die auf einem gesondert für personenidentifizierende Daten eingerichteten Laufwerk lokalisiert war. Anhand dieser Verwaltungsdatenbank wurden die Anschreiben verschickt und alle Kontaktversuche und

Kontaktergebnisse zeitlich und inhaltlich dokumentiert. Alle wissenschaftlichen Auswertungen wurden anschließend nur mit pseudonymisierten Daten durchgeführt.

Die personenidentifizierenden Daten und das Original der Einwilligungserklärung werden getrennt von dem Fragebogen für 10 Jahre im Institut gesichert archiviert. Gemäß den Vorgaben für gute wissenschaftliche Praxis werden die erhobenen Daten und Ergebnisse für 10 Jahre passwortgeschützt auf den Servern des Instituts elektronisch gespeichert und anschließend datenschutzgemäß vernichtet.

2.6. Datenaufbereitung

Zum Zeitpunkt der Anfertigung dieser Arbeit war die „Studie zur Gesundheit von türkeistämmigen Erwachsenen in Berlin - Zweitbefragung“ noch nicht endgültig abgeschlossen. Blieb das im oberen Abschnitt erläuterte Erinnerungsprozedere auch acht Wochen nach dem letzten Erinnerungsschreiben ohne Resonanz, wurde für die Berliner Studie die Durchführung von Hausbesuchen in Erwägung gezogen. In dieser Arbeit werden ausschließlich Daten untersucht, die vor dem Start der anstehenden Hausbesuche erhoben wurden. Somit handelt es sich im Weiteren um die Analyse eines Teildatensatzes.

Für den Teildatensatz wurden jeweils für Berlin und Essen die soziodemographischen Daten der Teilnehmenden aus der Erstbefragung 2011/2012 über einen 6-stelligen Zugangscodex den Studiendaten der Zweitbefragung 2018/19 zugeordnet. Im Einzelnen handelte es sich um die Variablen Geschlecht, Geburtsdatum, sowie Variablen zur Schulbildung und Generation. Die Datensätze beider Rekrutierungszentren wurden anschließend zu einem kompletten Datensatz zusammengefügt. Im Folgenden werden alle Variablen beschrieben, die in veränderter Form in die Analysen eingeschlossen wurden.

Soziodemographische Variablen

Alter: Für das Alter wurde die Differenz aus dem Datum zu Studienbeginn der Zweitbefragung und dem Geburtsdatum gebildet und in Jahren ausgegeben. Das metrisch angegebene Alter wurde den folgenden Altersgruppen zugeordnet „ ≤ 30 “, „31-40“, „41-50“, „51-60“ und „ ≥ 61 “. Die Alterskategorien orientierten sich an der Ergebnisdarstellung (10er Gruppen in Jahren) der Erstbefragung 2012 (65). Die ersten und letzten 10er Kategorien „ ≤ 30 “ und „ ≥ 61 “ wurden jedoch angepasst, da die Befragten zum Zeitpunkt der Nachbefragung bereits im Mittel 6 Jahre älter waren.

Generation: Der Generationsstatus wurde nach der Begriffsbestimmung im Mikrozensus definiert. Statt der Zuordnung in Generationen (erste, zweite und dritte Generation) wird eine Einteilung in „Personen mit Migrationserfahrung“ und „Personen ohne Migrationserfahrung“ vorgenommen. Denn für die Einteilung in Generationen wäre das Geburtsland der Eltern der Teilnehmenden maßgeblich. Da jedoch auch Teilnehmende vertreten sind, deren Eltern unterschiedlicher Generationen angehören wäre eine eindeutige Zuordnung in die Generationen ohne weiteres nicht möglich. Aus diesem Grund wird nur das Geburtsland der Teilnehmenden betrachtet. Personen, die in Deutschland geboren wurden, gelten als Personen mit Migrationshintergrund aber ohne Migrationserfahrung und Personen, die in der Türkei oder einem anderen Land geboren wurden als Personen mit Migrationserfahrung. (1)

Schule: Diese Variable wurde durch die Kombination der Antwortmöglichkeiten der Variablen „höchster Schulabschluss in Deutschland“, „höchster Schulabschluss in der Türkei bis 1997“ und „höchster Schulabschluss in der Türkei nach 1997“ erstellt. Daraus wurden folgende vier Kategorien gebildet: „Schule beendet ohne Anschluss“, „Haupt-, Volks- oder Grundschule“, „Realschule“/Mittlere Reife“ und „Abitur/ Fachhochschul-/Hochschulreife“. Die Kategorisierung orientierte sich an dem CASMIN-Schema (Comparative Analysis of Social Mobility in Industrial Nations) (66).

Erwerbsstatus: Es wurden aus ursprünglich fünf Antwortmöglichkeiten drei Kategorien gebildet. Dadurch sollten sehr geringe Fallzahlen pro Kategorie verhindert werden. Dies war legitim, da das Bestehen der einzelnen Kategorien für die Beantwortung meiner Fragestellung unbedeutend war. Teilnehmende, die angegeben haben, über oder unter 38 Stunden pro Woche zu arbeiten, wurden als „berufstätig“ zusammengefasst. Die zweite Kategorie bildeten diejenigen, die „nicht berufstätig“ sind und in die dritte Kategorie „berentet“ fielen diejenigen, die „aufgrund ihres Alters“ oder „ihrer Erkrankung berentet“ angekreuzt hatten.

Nettoeinkommen: Erfasst wurde das monatliche Haushaltsnettoeinkommen in Euro ursprünglich in elf Kategorien. Diese wurden für eine bessere Übersicht und zur Vermeidung zu geringer Fallzahlen in folgende vier Kategorien zusammengefasst: „unter 1000“, „1000- unter 2500“, „2500- unter 3500“ und „über 3500“.

Sprache im Haushalt/ Sprache mit dem Hausarzt: Die Kategorien Kurdisch und andere angegebene Sprachen wurden zu einer neuen Kategorie „andere Sprachen“ zusammengefasst. Eine weitere Kategorie „mehrere Sprachen gleichzeitig“ wurde für die Fälle gebildet, bei denen mehr als eine Sprache angekreuzt oder angegeben wurde.

Dichotomisierte Variablen

Für die geplante logistische Regressionsanalyse war eine Dichotomisierung der untersuchten Variablen notwendig. Die nachfolgend aufgeführten abhängigen Variablen wurden daher so aufbereitet, dass sie am Ende zwei Ausprägungen annehmen konnten.

Krankheitsstatus: Zunächst wurden die einzelnen Erkrankungen (z.B. Herzinfarkt oder Bluthochdruck) einer Erkrankungsgruppe (hier: Herz-Kreislauf-Erkrankungen) erfasst, die der Teilnehmende angab, in den letzten fünf Jahren oder bereits vor mehr als fünf Jahren vom Arzt diagnostiziert bekommen zu haben. Dabei wurde für jede Erkrankung eine neue Variable erstellt, mit den Ausprägungen „Ja“ und „Nein“. Auf die gleiche Weise wurde eine zweite binäre Variable für die einzelnen Erkrankungsgruppen erstellt und eine dritte Variable, die allgemein beschrieb, ob insgesamt eine chronische Erkrankung vorlag (Abb.4).

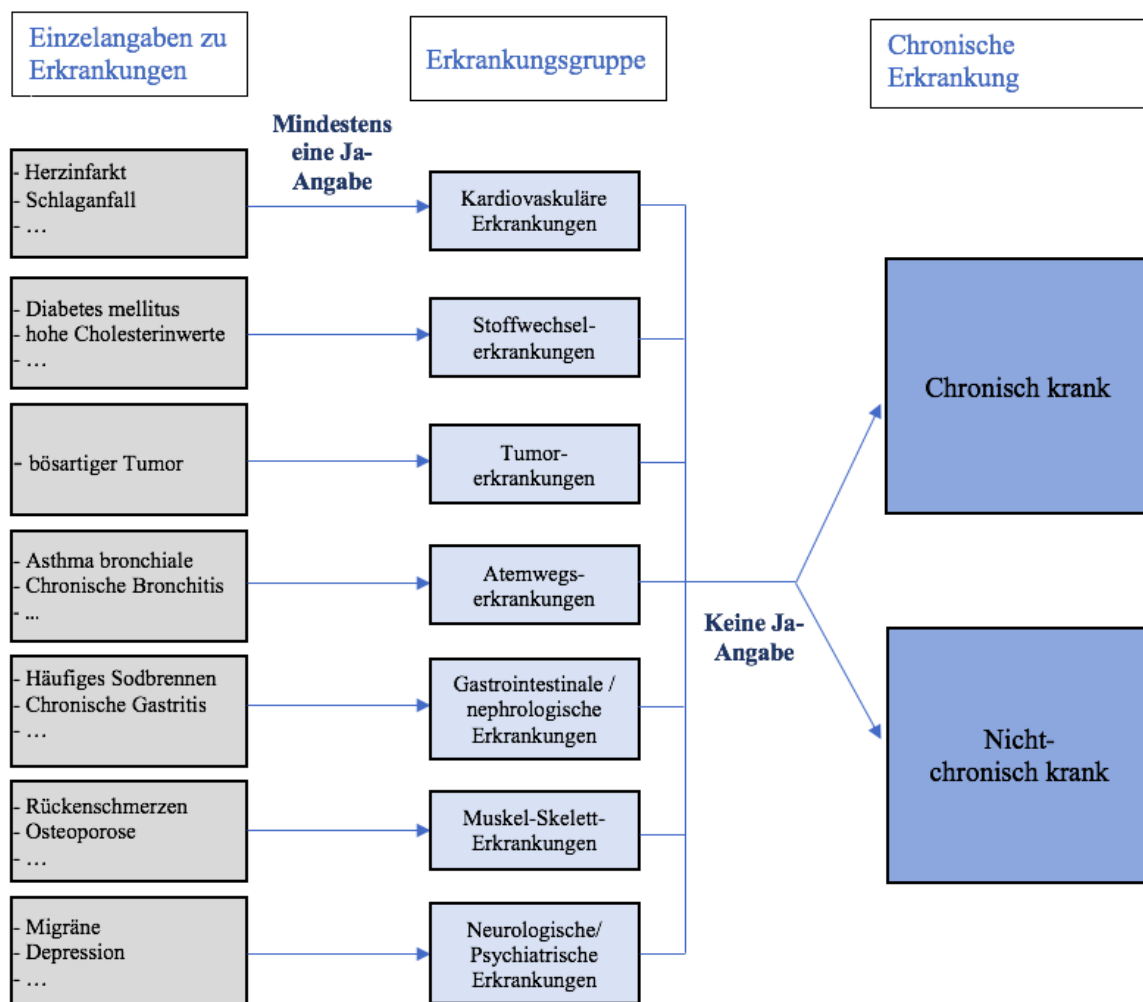


Abbildung 4: Aufbereitung der Variable Chronische Erkrankung

Vorsorgeangebote: Die Vorsorge-Variable gab geschlechtsspezifisch an, wie viele der Teilnehmenden, die, bezogen auf das empfohlene Alter, vorsorgeberechtigt waren, je an einer Vorsorgeuntersuchung (aufgelistet im Kapitel 1.4) teilgenommen haben. Diese fielen in die Kategorie „Ja“. Diejenigen, die noch nie eine Vorsorgeuntersuchung in Anspruch genommen haben, fielen in die Kategorie „Nein“. Die Altersfilter orientierten sich an den Altersempfehlungen für gesetzlich verankerte Früherkennungsuntersuchungen nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) 2015 (44). Abbildung 5 veranschaulicht die Aufbereitung.

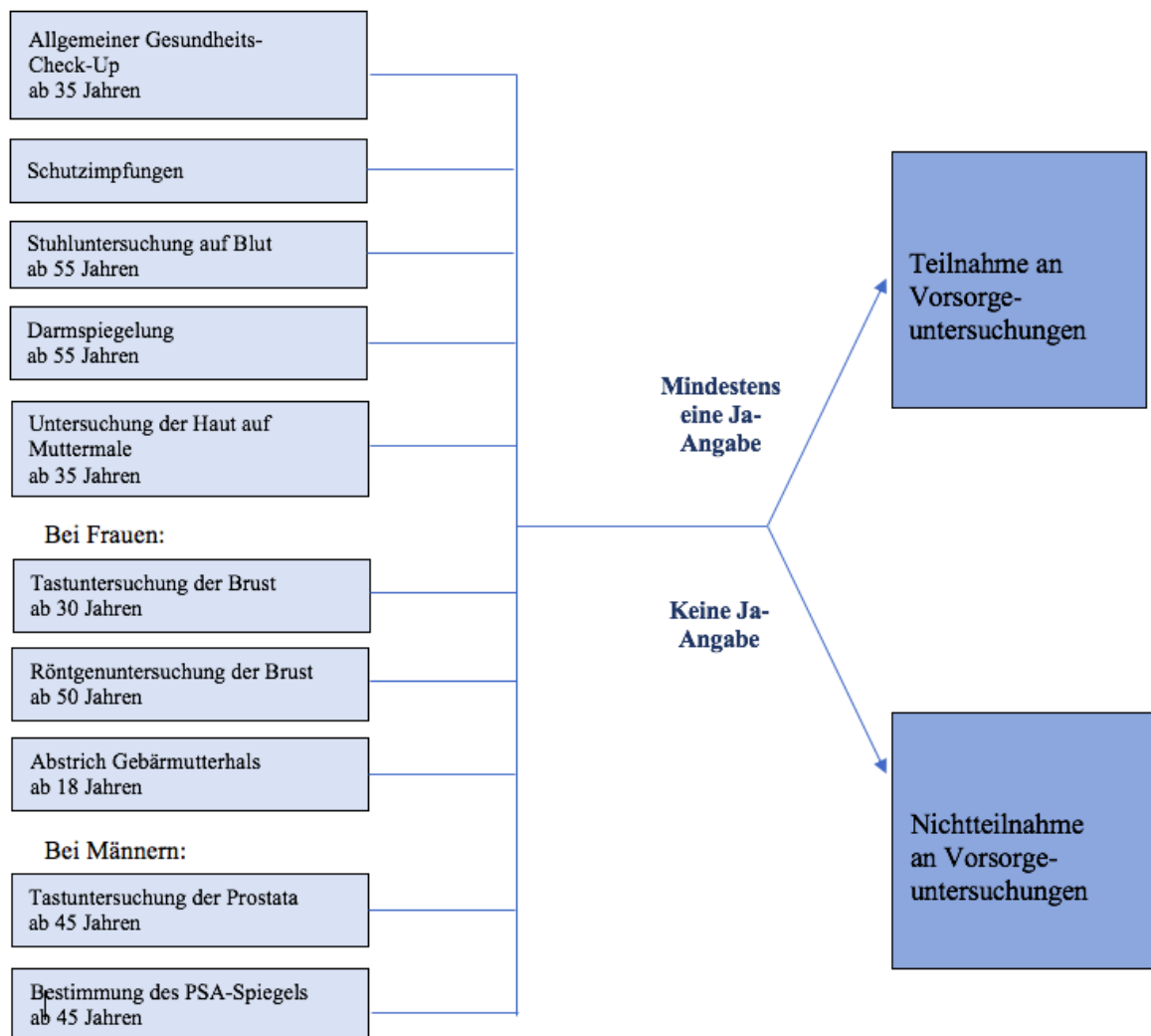


Abbildung 5: Aufbereitung der Variable Inanspruchnahme von präventiven Angeboten

Zufriedenheit: Die Zufriedenheit wurde auf einer numerischen Ratingskala mit fünf Abstufungen von sehr zufrieden bis unzufrieden erfasst und für die Regressionsanalyse dichotomisiert. Als Cut-Off wurde der Median herangezogen. Alle Werte oberhalb des Median wurden zugeordnet in die Kategorie „zufrieden“, alle Werte unterhalb des Median in die Kategorie „unzufrieden“.

Barriere: Für die Bildung der Variable „Barriere“ mit der Ausprägung „Ja“ und „Nein“ wurde in gleicher Weise vorgegangen wie bei der kombinierten Variablen „Chronische Erkrankung“. Wurde eine der drei Kategorien, „notwendige Medikamente nicht rechtzeitig erhalten“, „Informationen haben gefehlt, um notwendige Medikamente einzunehmen“ oder „notwendige ärztliche Untersuchungen oder Behandlungen nicht rechtzeitig erhalten“ im Fragebogen angekreuzt, galt eine Barriere als vorhanden. Abbildung 6 veranschaulicht die Aufbereitung.

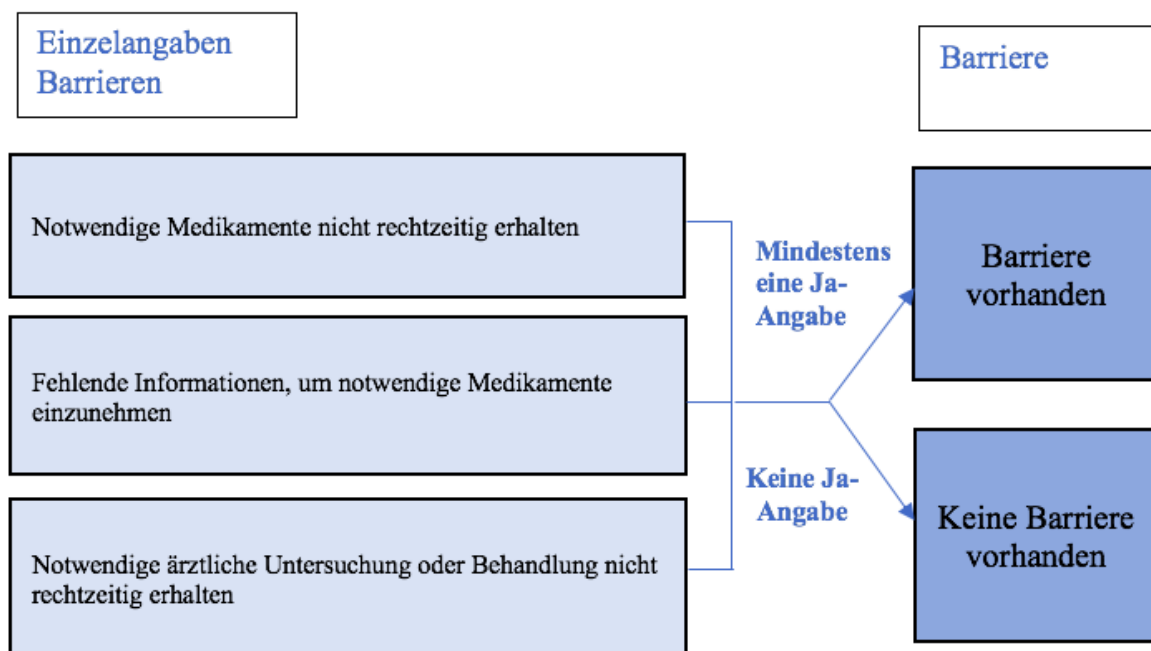


Abbildung 6: Aufbereitung der Variable Barriere

2.7. Statistische Analyse

Alle Auswertungen wurden mit SPSS für Windows Version 24 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) durchgeführt.

2.7.1. Deskriptive Analyse

Zur Ermittlung der Teilnahmeraten wurde die Kooperationrate 3 (COOP3) verwendet, welche nach der American Association for Public Opinion Research definiert ist als der Anteil der Personen, die vollständig oder unvollständig an der Studie teilnahmen, an allen nach Studienprotokoll geeigneten und erreichten Probanden (67).

Die Charakteristika der Teilnehmenden, Fragen zur Inanspruchnahme, Zufriedenheit und potentielle Barrieren wurden anhand deskriptiver Verfahren analysiert. Mittelwerte, Standardabweichung, Median und Interquartilsabstand (IQR) wurden für kontinuierliche Daten und absolute und relative Häufigkeiten für kategorielle Daten bestimmt.

2.7.2. Qualitative Analyse

Die Freitextantworten zur Erhebung möglicher Barrieren beim Zugang zu medizinischen Leistungen wurden ggf. ins Deutsche übersetzt und mittels zusammenfassender qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring (68) analysiert.

In Abschnitt E, unter der Frage „Was würden Sie am deutschen Gesundheitssystem verbessern?“, wurde den Teilnehmenden die Möglichkeit geboten, freie Kritik und Anregungen für Verbesserungen im deutschen Gesundheitssystem zu äußern. Teilweise wurden Kritikpunkte auch auf der letzten Seite unter der Frage „Möchten Sie uns noch etwas mitteilen?“ aufgeführt, weshalb für die Auswertung beide Textflächen für jeden Teilnehmenden zusammengefasst wurden. Aus den am häufigsten genannten Kritikpunkten wurden Kategorien erstellt und Häufigkeitsauszählungen für jede Kategorie durchgeführt. Das Vorgehen wird in Abbildung 7 zur Übersicht dargestellt.

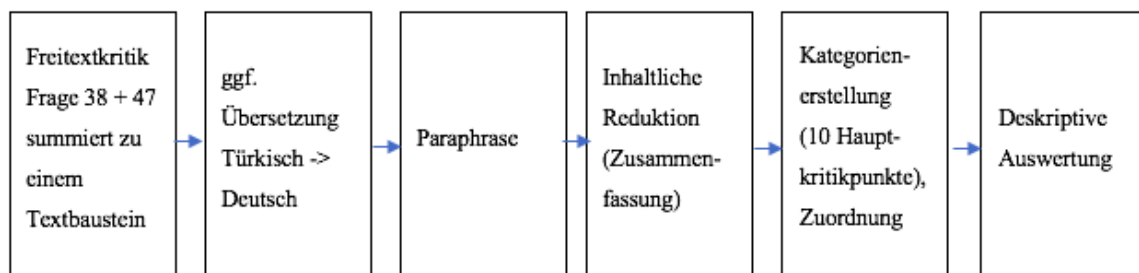


Abbildung 7 Schrittweise Vorgehen bei der qualitativen Analyse

2.7.3. Multivariable Analyse

Anhand von logistischen Regressionsanalysen sollten die Fragen beantwortet werden, welche Variablen einen möglichen Einfluss haben auf

- die Inanspruchnahme von Vorsorgeangeboten,
- die Zufriedenheit mit den Leistungen des deutschen Gesundheitssystems und
- das Vorhandensein von subjektiv empfundenen Barrieren beim Zugang zum Gesundheitssystem.

Die multivariable logistische Regressionsanalyse testet, ob ein Zusammenhang zwischen einer binären abhängigen und mehreren unabhängigen Variablen besteht. Als Methode des Variableneinschlusses wurde die Backward-elimination mit der Grenze 0,2 angewendet. Hierbei werden Schritt für Schritt unabhängige Variablen aus dem Modell entfernt, die in absteigender Reihenfolge den geringsten Zusammenhang mit der abhängigen Variablen aufweisen. Der Vorteil bei diesem Verfahren ist, dass eine Vorauswahl von Kovariaten nicht nötig ist, sondern alle (Tab.3) zur Verfügung stehenden Variablen im Modell aufgenommen werden können. Am Ende der Analyse werden die unbedeutenden Variablen eliminiert, sodass nur die relevanten Einflussfaktoren im Modell verbleiben. Es wurde eine Full-case analysis durchgeführt, die Missings variieren je nach Analyse und die fehlenden Werte wurden nicht imputiert. Alle Analysen wurden als explorativ angesehen; p-Werte wurden explorativ interpretiert und nicht für multiples Testen korrigiert. Die Zusammenhänge wurden mit Hilfe von Odds Ratio (OR), 95% Konfidenzintervall (KI) und p-Wert dargestellt. Die Tabellen 1 und 2 zeigen einen Überblick über alle abhängigen und unabhängigen Variablen inklusive Ausprägungen, die in die Regressionsanalysen eingeschlossen wurden.

Tabelle 2: Regressionsmodelle: Abhängige Variablen und Ausprägungen

Regressionsmodell	Abhängige Variablen	Ausprägungen
1. Modell	Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen	Ja / Nein
2. Modell	Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem allgemein	Ja / Nein
3. Modell	Barrieren in der Versorgung	Ja / Nein

Tabelle 3: Unabhängige Variablen und Ausprägungen für Regressionsanalyse

Unabhängige Variablen	Ausprägungen	Einschluss in Regressionsmodell
Region	Berlin Essen	1,2,3
Geschlecht	Männlich Weiblich	1,2,3
Alter	in Jahren	1,2,3
Migrationserfahrung	Ja Nein	1,2,3
Schulbildung	Schule beendet ohne Anschluss Haupt,-Volks- oder Grundschule Realschule/ Mittlere Reife Abitur/ Fachhochschul-/ Hochschulreife	1,2,3
Erwerbsstatus	Berufstätig Nicht berufstätig Berentet	1,2,3
Krankenversicherung	Gesetzlich versichert Privat versichert	1,2,3
Haushaltsnettoeinkommen (in €)	Unter 1000 1000- unter 2500 2500- unter 3500 Über 3500	1,2,3
Raucherstatus	Nichtraucher Früher geraucht Raucher	1,2,3
Körperliche Aktivität pro Woche	in Tagen	1,2,3
Hausarzt vorhanden	Ja Nein	1,2,3
Krankheitstage	in Tagen	1,2,3
Chronisch krank	Ja Nein	1,2,3
Nutzung alternativmedizinischer Angebote	Ja Nein	1,2,3
Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem allgemein	Ja Nein	1,3
Barrieren in der Versorgung	Ja Nein	1,2
Sprache mit dem Hausarzt	Deutsch Türkisch Andere Mehrere Sprachen gleichzeitig	1,2,3
Sprache im Haushalt	Deutsch Türkisch Andere Mehrere Sprachen gleichzeitig	1,2,3

3. Ergebnisse

3.1. Studienteilnahme

In dem beschriebenen Rekrutierungszeitraum zwischen Mai 2018 und Januar 2019 wurden an beiden Studienzentren, Berlin und Essen, insgesamt 1125 türkeistämmige Erwachsene kontaktiert. Abbildung 7 zeigt die Zusammensetzung der in den folgenden Abschnitten analysierten Stichprobe und ihr Zustandekommen aus den Teilnehmezahlen der Erstbefragung 2011/2012 im Verlauf. Die analysierte Stichprobe von insgesamt 285 Personen umfasste 204 Berliner und 81 Essener Teilnehmende.

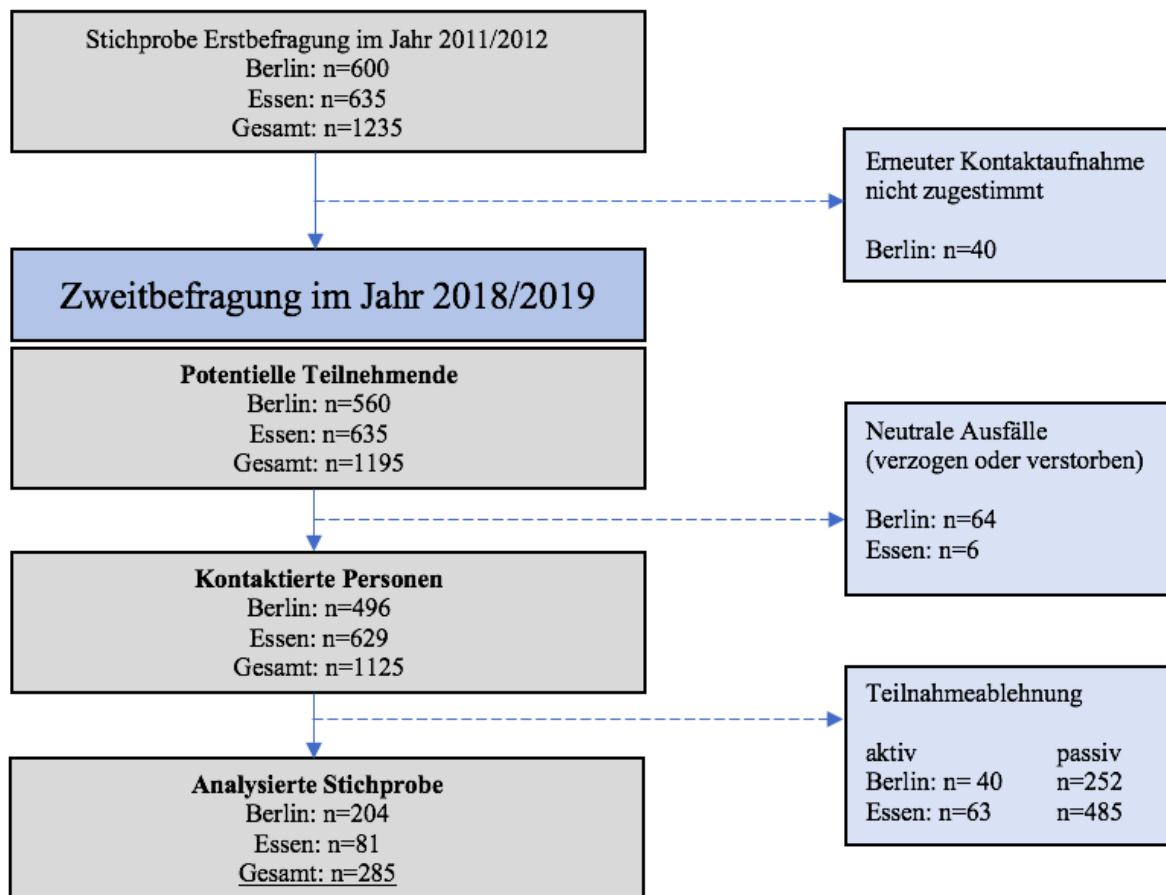


Abbildung 8: Flowchart zur Studienteilnahme

3.1.1. Studienteilnahme Berlin

In Berlin wurde nach dem ersten Anschreiben ein Rücklauf von 78 ausgefüllten Fragebögen verzeichnet. Nach dem ersten telefonischen Kontakt kamen 39 weitere hinzu, nach dem zweiten und dritten Anschreiben nochmals weitere 46 und 41. Von den insgesamt 204 Teilnehmenden nahmen lediglich 11 online an der Studie teil. Innerhalb der Phase des ersten Anschreibens kamen 108 Briefe aufgrund ungültiger Adressen zurück. Nach der Adressrecherche verblieben 64 nicht kontaktierbare Teilnehmende, die entweder verstorben oder verzogen waren und somit als Drop-out gewertet wurden. Die Rekrutierungszahlen im Studienverlauf sind exemplarisch für Berlin in Abbildung 8 dargestellt.

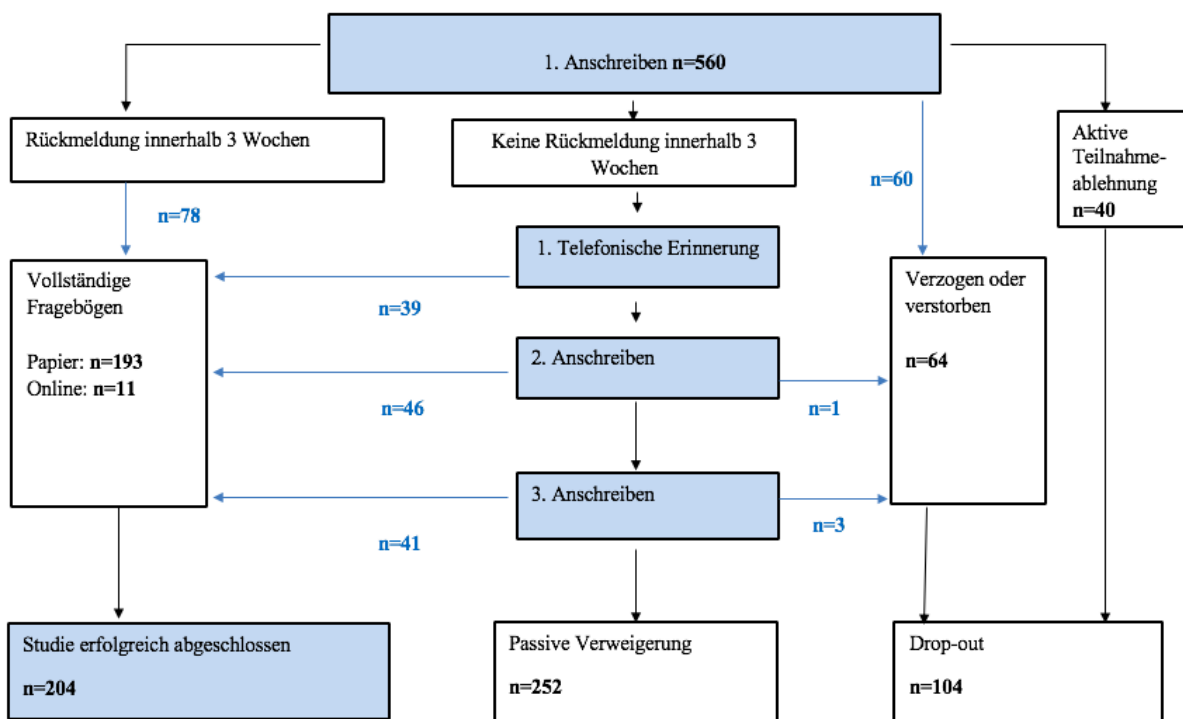


Abbildung 9: Rekrutierungszahlen im Studienverlauf im Berliner Studienzentrum der Charité

Eine aktive Teilnahmeablehnung wurde bei 40 Angeschriebenen dokumentiert. Davon gaben 15 einen Ablehnungsgrund an. Der am häufigsten genannte Grund war „keine Zeit“ (n=7). Weitere Gründe, die einer Studienteilnahme entgegenstanden, waren „aus Datenschutzgründen“, „chronische Erkrankung“ und „im Urlaub“. Bezogen auf die Anzahl der kontaktierten Teilnehmenden (n=496) lag die Rücklaufquote (COOP3) mit 204 auswertbaren Fragebögen in Berlin bei 41,1%. Davon wurden 112 Fragebögen in deutscher Sprache und 92 Fragebögen in türkischer Sprache ausgefüllt (Abb.9).

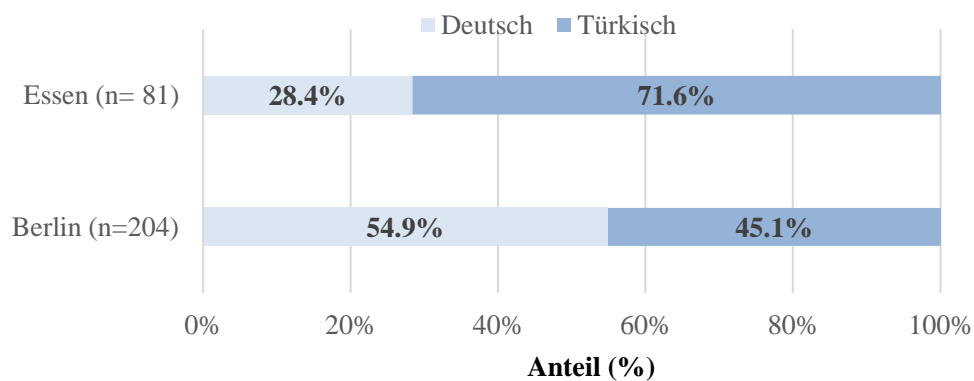


Abbildung 10: Sprache des ausgefüllten Fragebogens nach Region

3.1.2. Studienteilnahme Essen

In Essen wurden nach dem ersten Anschreiben an 635 potentielle Teilnehmende 54 Fragebögen ausgefüllt. Bei 160 Teilnehmenden wurde eine Adressrecherche durchgeführt. Nach dem zweiten Anschreiben kamen weitere 40 Fragebögen hinzu. Es gab 63 aktive Teilnahmeablehnungen und 6 potentiell Teilnehmende, die bereits verstorben waren. Von insgesamt 94 eingetroffenen und ausgefüllten Fragebögen lagen bei 81 vollständige Angaben vor und wurden in der Auswertung berücksichtigt. Dies entsprach bezogen auf die COOP3 einer Rücklaufquote von 12,9%. Davon wurden knapp über zwei Drittel (n=58) in türkischer Sprache und ein Drittel (n=23) in deutscher Sprache ausgefüllt (Abb.9).

3.2. Studienpopulation

3.2.1. Soziodemographische Charakteristika

Tabelle 3 zeigt die soziodemographischen Charakteristika der analysierten Gesamtstichprobe.

Tabelle 4: Charakteristika der Stichprobe (n=285)

Charakteristika	Ausprägung	n (%) / MW \pm SD	
Geschlecht	Männlich	101	(35,2)
	Weiblich	183	(63,8)
	Keine Angabe	1	(0,4)
Alter n=284	in Jahren	49,2	\pm 11,8
Altersgruppen n=284	\leq 30	16	(5,6)
	31-40	55	(19,3)
	41-50	77	(27,0)
	51-60	88	(30,9)
	\geq 61	48	(16,8)
	Keine Angabe	1	(0,4)
Migrationserfahrung	Mit eigener Migrationserfahrung	208	(73,0)
	Ohne eigene Migrationserfahrung	62	(21,8)
	Keine Angabe	15	(5,3)
Schulabschluss	Schule beendet ohne Anschluss	5	(1,8)
	Haupt-, Volks- oder Grundschule	78	(27,4)
	Realschule/ Mittlere Reife	84	(29,5)
	Abitur/ Fachhochschul-/ Hochschulreife	93	(32,6)
	Keine Angabe	25	(8,8)
Erwerbsstatus	Berufstätig	136	(47,7)
	Nicht berufstätig	65	(22,8)
	Berentet	63	(22,1)
	Keine Angabe	21	(7,4)
Krankenversicherung	Gesetzlich versichert	256	(89,8)
	Privat versichert	12	(4,2)
	Keine Angabe	17	(6,0)
Haushaltsnettoeinkommen (in €)	Unter 1000	60	(21,1)
	1000- unter 2500	122	(42,8)
	2500- unter 3500	40	(14,0)
	Über 3500	29	(10,2)
	Keine Angabe	34	(11,9)
Raucherstatus	Nichtraucher	139	(48,8)
	Früher geraucht	63	(22,1)
	Raucher	81	(28,4)
	Keine Angabe	2	(0,7)
Sprache im Haushalt	Deutsch	39	(13,7)
	Türkisch	162	(56,8)
	Andere	10	(3,5)
	Mehrere Sprachen gleichzeitig	54	(18,9)
	Keine Angabe	20	(7,0)

MW, Mittelwert; SD, Standardabweichung

Die Teilnehmenden der Stichprobe waren überwiegend weiblich (63,8%), im Durchschnitt 49,2 Jahre alt und zu fast drei Vierteln (72,5%) in der Türkei geboren. Der am häufigsten (32,4%) erlangte Schulabschluss war das Abitur, die Fachhochschul- oder Hochschulreife. Annähernd die Hälfte (47,7%) der Stichprobe war berufstätig und zu jeweils gleichen Anteilen (22,3%) berentet oder nicht berufstätig. 88,9% der Teilnehmenden waren gesetzlich krankenversichert und das Haushaltsnettoeinkommen lag am häufigsten (42,5%) in der Kategorie 1000- unter 2500€. Knapp über ein Viertel (27,9%) waren Raucher, weniger als ein Viertel (22,6%) haben früher geraucht. Mehr als die Hälfte der Teilnehmenden gaben an, zuhause bevorzugt Türkisch zu sprechen (56,8%).

3.2.2. Krankheitsstatus

Abbildung 4 zeigt die häufigsten selbstberichteten ärztlich diagnostizierten chronischen Erkrankungsgruppen. Über die Hälfte der Teilnehmenden berichtete über mindestens eine diagnostizierte Muskel-Skeletterkrankung oder mindestens eine Stoffwechselerkrankung. Knapp jeder vierte Teilnehmende gab an, mindestens an einer Atemwegserkrankung zu leiden.

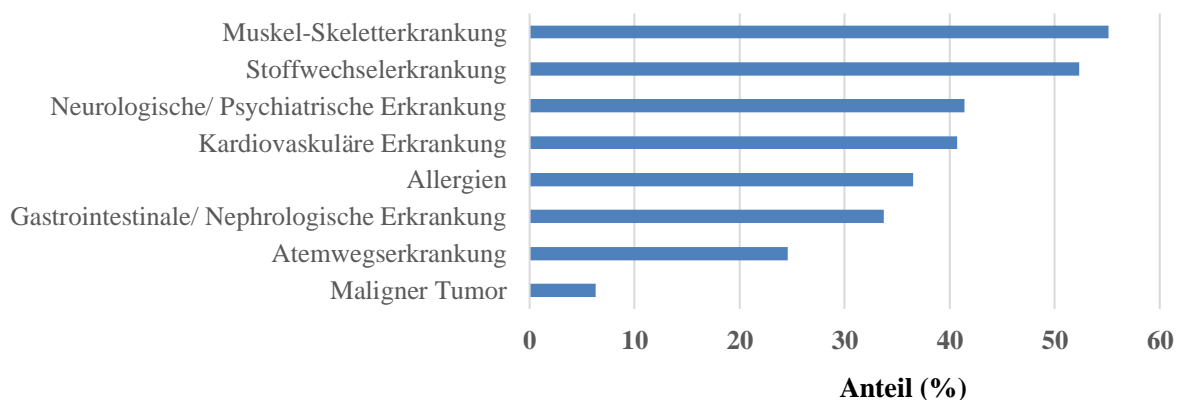


Abbildung 11: Lebenszeitprävalenz selbstberichteter Erkrankungsgruppen im Überblick, n=285 (Mehrfachnennungen möglich)

Im Einzelnen (Tabelle 4) waren die meist genannten Erkrankungen Rückenschmerzen, Depressionen, Bluthochdruck, erhöhte Blutfettwerte, häufiges Sodbrennen und Schilddrüsenüber- oder Unterfunktion. Die häufigste Allergie war die Hausstauballergie, gefolgt von Heuschnupfen und Nahrungsmittelallergien- bzw. Unverträglichkeiten.

Tabelle 5: Lebenszeitprävalenz selbstberichteter ärztlich diagnostizierter Erkrankungen, n=285 (Mehrfachnennungen möglich)

Erkrankung	n	(%)
Muskel-Skeletterkrankung	157	(55,1)
Rückenschmerzen	127	(44,6)
Arthrose bzw. Gelenkverschleiß	52	(18,2)
Rheumatische Gelenkerkrankungen	31	(10,9)
Osteoporose	25	(8,8)
Karpaltunnelsyndrom	17	(6,0)
Stoffwechselerkrankung	149	(52,3)
Hohe Cholesterin-, oder andere Fettwerte im Blut	83	(29,1)
Erkrankung der Schilddrüse (Über- oder Unterfunktion)	76	(26,7)
Diabetes mellitus	44	(15,4)
Gicht, Harnsäurerkrankung	7	(2,5)
Neurologische / Psychiatrische Erkrankung	118	(41,4)
Depression	91	(31,9)
Migräne	49	(17,2)
Angsterkrankung, Panikattacken	47	(16,5)
Krampfanfall bzw. epileptischer Anfall	9	(3,2)
Parkinson-Krankheit	4	(1,4)
Alzheimer-Krankheit, Demenz	3	(1,1)
Multiple Sklerose	2	(0,7)
Kardiovaskuläre Erkrankung	116	(40,7)
Bluthochdruck	87	(30,5)
Schaufensterkrankheit bzw. Durchblutungsstörungen der Beine	27	(9,5)
Herzrhythmusstörungen	20	(7,0)
Thrombose der tiefen Beinvenen	17	(6,0)
Verengung der Herzkranzgefäße bzw. Angina pectoris	15	(5,3)
Herzschwäche bzw. Herzinsuffizienz	8	(2,8)
Herzinfarkt	7	(2,5)
Durchblutungsstörungen des Gehirns	7	(2,5)
Schlaganfall	5	(1,8)
Allergien	104	(36,5)
Hausstauballergie	52	(18,2)
Heuschnupfen	40	(14,0)
Nahrungsmittelallergie / Unverträglichkeiten	34	(11,9)
Tierhaarallergie	27	(9,5)
Kontaktallergie	27	(9,5)
Medikamentenallergie	27	(9,5)
Insektengiftallergie	8	(2,8)
Gastrointestinale oder Nephrologische Erkrankung	96	(33,7)
Häufiges Sodbrennen	81	(28,4)
Chronische Magenschleimhautentzündung	28	(9,8)
Magengeschwür, Zwölffingerdarmgeschwür	16	(5,6)
Reizdarm	11	(3,9)
Chronische Funktionseinschränkung der Leber, Leberzirrhose	5	(1,8)
Colitis Ulcerosa, Morbus Crohn	4	(1,4)
Chronische Funktionseinschränkung der Niere	1	(0,4)
Zöliakie	0	(0)
Chronische Entzündung der Bauchspeicheldrüse	0	(0)
Atemwegserkrankung	70	(24,6)
Asthma Bronchiale	40	(14,0)
Schlafapnoe	29	(10,2)
Chronische Bronchitis	25	(8,8)
Lungenentzündung	14	(4,9)
Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)	7	(2,5)
Lungenemphysem	3	(1,1)
Lungenembolie	1	(0,4)
Maligner Tumor	18	(6,3)

Der Anteil der Teilnehmenden mit mindestens einer chronischen Erkrankung lag bei 89,1% (n=254). 88,1% der Männer und 89,6% der Frauen gaben an, mindestens von einer chronischen Erkrankung betroffen zu sein. Abbildung 11 zeigt die Häufigkeit chronischer Erkrankungen nach Altersgruppen. Während 75% der Befragten im Alter bis 30 Jahre über mindestens eine chronische Erkrankung berichteten, steigerte sich dieser Anteil auf 100% in der Altersgruppe über 61 Jahre. Der Anteil chronisch Erkrankter lag in der Gruppe der Teilnehmenden mit Migrationserfahrung (91,8%) mit knapp 10 Prozentpunkten deutlich höher als in der Gruppe der Teilnehmenden ohne eigene Migrationserfahrung (82,3%).

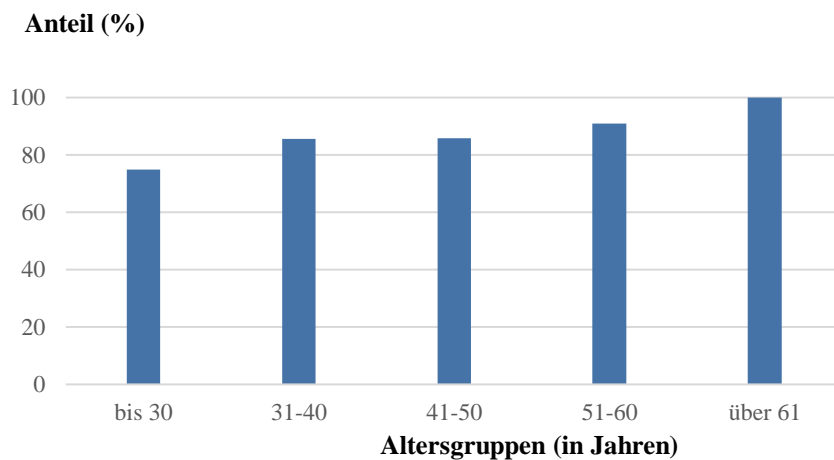


Abbildung 12: Chronisch erkrankte Personen nach Altersgruppen, n=285

Darüber hinaus gaben zwei Drittel der Teilnehmenden an, in den letzten 12 Monaten so krank gewesen zu sein, dass sie ihren üblichen Tätigkeiten nicht nachgehen konnten. Der Durchschnitt für die Gesamtstichprobe (n=285) lag bei 33,1 Krankheitstagen pro Person. Bezogen auf die Personen (66,7%), bei denen Krankheitstage vorhanden waren, lag die durchschnittliche Anzahl bei 49,7 Tagen pro Person (Tab.5). Die jeweilige Differenz zum Median ist auf die rechtsschiefe Verteilung, d.h. auf die wenigen Teilnehmenden mit besonders vielen Krankheitstagen zurückzuführen.

Tabelle 6: Anzahl der Krankheitstage in den letzten 12 Monaten

	Gesamtteilnehmer, n=285		Teilnehmer mit Krankheitstagen, n=190	
	MW (SD)	Median (IQR)	MW (SD)	Median (IQR)
Krankheitstage	33,1 (82,3)	5,0 (20,5)	49,7 (96,7)	12,5 (25,0)

MW, Mittelwert; SD, Standardabweichung; IQR, Interquartilsabstand

In den Abbildungen 12 und 13 ist der Aspekt der Multimorbidität geschlechtsspezifisch für die einzelnen Altersgruppen dargestellt. Mit zunehmendem Alter erhöhte sich, wie erwartet, die Anzahl der angegebenen chronischen Erkrankungen, an denen eine Person gleichzeitig erkrankt war. Während in der Gruppe der 31- bis 40-Jährigen bei 18,2% der Männer und 36,3% der Frauen drei oder mehr chronische Erkrankungen vorlagen, stieg der Anteil in der Gruppe der 51- bis 60-Jährigen auf 56,2% bei den Männern und 69,4% bei den Frauen.

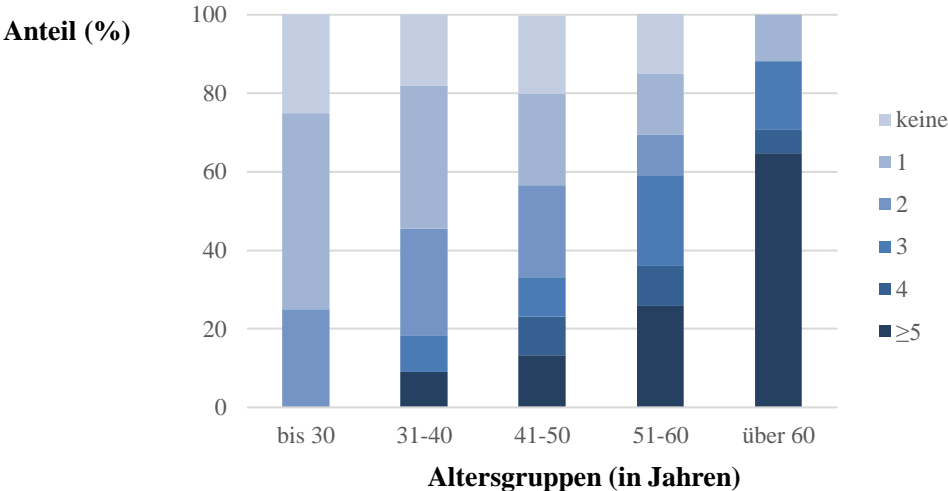


Abbildung 13: Häufigkeit chronischer Erkrankungen bei Männern nach Altersgruppen, n=101

Der Anteil der Personen mit mindestens fünf chronischen Erkrankungen lag in der Gruppe der 31- bis 40-Jährigen bei 9,1% für Männer und 20,4% für Frauen. In der Gruppe der 51- bis 60-Jährigen betraf es 56,2% der Männer und 69,4% der Frauen.

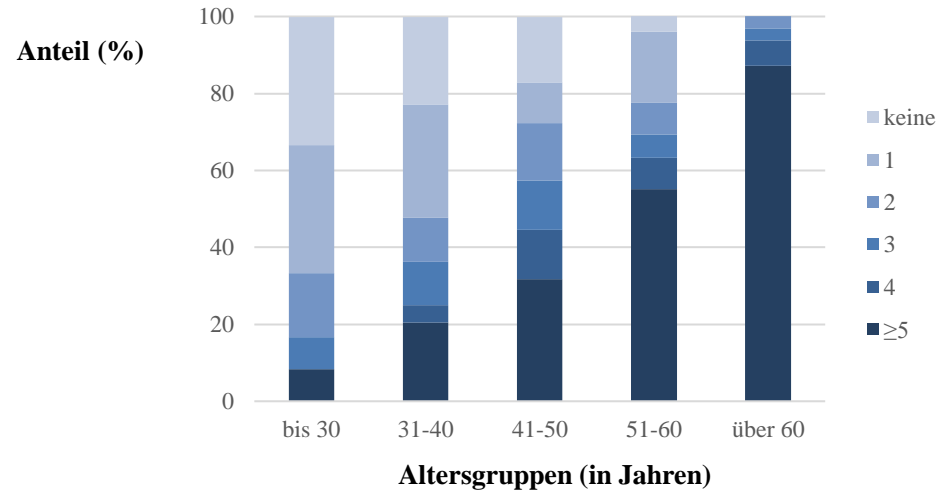


Abbildung 14: Häufigkeit chronischer Erkrankungen bei Frauen nach Altersgruppen, n=183

3.3. Deskriptive Analyse

3.3.1. Inanspruchnahme medizinischer Leistungen

Stationäre Versorgung

Tabelle 6 zeigt die Häufigkeiten der stationären Behandlung in einem Krankenhaus oder Behandlung in einer Notaufnahme in den letzten 12 Monaten. 16,5% der Stichprobe hatten demnach mindestens einen stationären Krankenhausaufenthalt. Für die Verweildauer wurden im Mittel 12,5 Tage angegeben. Bezogen auf die Gesamtteilnehmenden lag die durchschnittliche Anzahl der Krankenhaustage pro Person bei 2 Tagen. Knapp ein Viertel hatte in den letzten 12 Monaten mindestens einmal und durchschnittlich 2,3-mal eine Behandlung in der Notaufnahme eines Krankenhauses. Ein Viertel (n=18; 25,7%) davon wurde anschließend stationär im Krankenhaus aufgenommen, das entspricht 6,3% der Gesamtpopulation.

Tabelle 7: Stationäre Versorgung im Krankenhaus oder in einer Notaufnahme in den letzten 12 Monaten

	Teilnehmende mit Krankenhausbehandlung			Gesamtteilnehmende n=285	
	n (%)	MW (SD)	Median (IQR)	MW (SD)	Median (IQR)
Stationäre Behandlung im Krankenhaus	47 (16,5)				
Verweildauertage	45 (15,8)	12,5 (27,5)	7,0 (7,0)	2,0 (11,7)	0,0 (0,0)
Behandlung in der Notaufnahme	70 (24,4)				
Häufigkeit Notaufnahmearaufenthalt	69 (24,6)	2,3 (5,9)	1,0 (1,0)	0,6 (3,1)	0,0 (0,0)
stationäre Aufnahme nach Notaufnahmearaufenthalt	18 (6,3)	2,8 (5,6)	1,5 (1,0)	0,2 (1,5)	0,0 (0,0)

MW, Mittelwert; SD, Standardabweichung; IQR, Interquartilsabstand

Präventive Versorgung

Tabelle 7 zeigt geschlechtsspezifisch die Inanspruchnahme von Präventions- und Vorsorgemaßnahmen der Teilnehmenden unabhängig von den Altersempfehlungen des G-BA. Die, unabhängig vom Geschlecht, am häufigsten in Anspruch genommene Vorsorgeuntersuchung war die zahnärztliche Kontrolluntersuchung (72,6%). Dabei waren die Werte für Männer (72,3%) und Frauen (73,2%) vergleichbar. An zweiter Stelle kam der allgemeine Gesundheits-Check-Up (47,0%). Der größte geschlechtsspezifische Unterschied zeigte sich bei den Schutzimpfungen. Frauen nahmen mit 27,9% deutlich seltener Schutzimpfungen in Anspruch als Männer (36,6%). Bei den geschlechtsspezifischen Früherkennungsuntersuchungen wurde bei den Frauen die Tastuntersuchung der Brust (73,8%), bei den Männern die Tastuntersuchung der Prostata (33,7%) am häufigsten wahrgenommen.

Tabelle 8: Inanspruchnahme präventiver Angebote in den letzten 12 Monaten

Medizinische Leistung	Inanspruchnahme n (%)		
	Gesamt n=285	Männlich n=101	Weiblich n=183
Teilnahme an Früherkennungs-/ Vorsorgeangeboten			
Allgemeiner Gesundheits-Check-Up	134 (47,0)	47 (46,5)	87 (47,5)
Schutzimpfungen	88 (30,9)	37 (36,6)	51 (27,9)
Zahnärztliche Kontrolluntersuchung	207 (72,6)	73 (72,3)	134 (73,2)
Stuhluntersuchung auf Blut	65 (22,8)	27 (26,7)	38 (20,8)
Darmspiegelung	59 (20,7)	25 (24,8)	34 (18,6)
Untersuchung der Haut auf Muttermale	44 (15,4)	18 (17,8)	26 (14,2)
Zusätzlich bei Frauen:			
Tastuntersuchung der Brust			135 (73,8)
Röntgen-Untersuchung der Brust			86 (47,0)
Abstrich Gebärmutterhals			105 (57,4)
Zusätzlich bei Männern:			
Tastuntersuchung der Prostata		34 (33,7)	
Bestimmung des PSA-Spiegels		25 (24,8)	

Die Anzahl der Personen, die regelmäßig an mindestens einer Vorsorge- oder Früherkennungsuntersuchung teilnahmen, betrug in der Gesamtbetrachtung für Männer 85,1% und für Frauen 95,6%. Unter Einbeziehung der Altersempfehlungen des G-BA für die einzelnen Vorsorgeangebote lag der Wert jeweils knapp 1 Prozentpunkt unter diesen (84,2% für Männer und 94,5% für Frauen, gesamt 90,5%). Der Anteil der Personen, die ausschließlich durch den regelmäßigen Zahnarztbesuch in diese Kategorie der regelmäßig Teilnehmenden fielen, lag bei nahezu 10%. Im Folgenden wurden daher die Werte ohne die alleinigen zahnärztlichen Kontrollbesuche betrachtet. Insgesamt nahmen dann 80,7% der Anspruchsberechtigten mindestens eine Vorsorgeuntersuchung regelmäßig in Anspruch. Es gab einen deutlichen Unterschied in der Inanspruchnahme zwischen Männern (70,3%) und Frauen (86,9%). Die Inanspruchnahme der einzelnen präventiven Untersuchungen der Anspruchsberechtigten nach dem G-BA sind in Tabelle 8 dargestellt.

Tabelle 9: Inanspruchnahme präventiver Angebote der Anspruchsberechtigten nach dem Gemeinsamen Bundesausschuss in den letzten 12 Monaten

Vorsorge-/ Früherkennungsuntersuchung	Inanspruchnahme n (%)					
	Gesamt		Männlich		Weiblich	
	n	Teilnehmende	n	Teilnehmer	n	Teilnehmerinnen
Teilnahme an Früherkennungs-/ Vorsorgeangeboten						
Allgemeiner Gesundheits-Check-Up ab 35	247	131 (53,0)	93	47 (50,5)	154	84 (54,5)
Schutzimpfungen	284	88 (31,0)	101	37 (36,6)	183	51 (27,9)
Zahnärztliche Kontrolluntersuchung	284	207 (72,9)	101	73 (72,3)	183	134 (73,2)
Stuhluntersuchung auf Blut ab 55	94	43 (45,7)	37	17 (45,9)	57	26 (45,6)
Darmspiegelung ab 55	94	42 (44,7)	37	19 (51,4)	57	23 (40,4)
Untersuchung der Haut auf Muttermale ab 35	247	39 (15,8)	93	16 (17,2)	154	23 (14,9)
Zusätzlich bei Frauen:						
Tastuntersuchung der Brust ab 30					74	132 (75,9)
Röntgen-Untersuchung der Brust ab 50					83	72 (86,7)
Abstrich Gebärmutterhals					183	105 (57,4)
Zusätzlich bei Männern:						
Tastuntersuchung der Prostata ab 45			75	34 (45,3)		
Bestimmung des PSA-Spiegels ab 45			75	24 (32,0)		

Der Anteil der Personen mit regelmäßiger Teilnahme war in der Gruppe der Personen mit Migrationserfahrung anteilmäßig um 8,3 Prozentpunkte höher gegenüber der Gruppe der Personen ohne eigene Migrationserfahrung. Abbildung 14 zeigt zudem, dass der Anteil der Personen mit regelmäßiger Teilnahme mit dem Alter stetig zunahm.

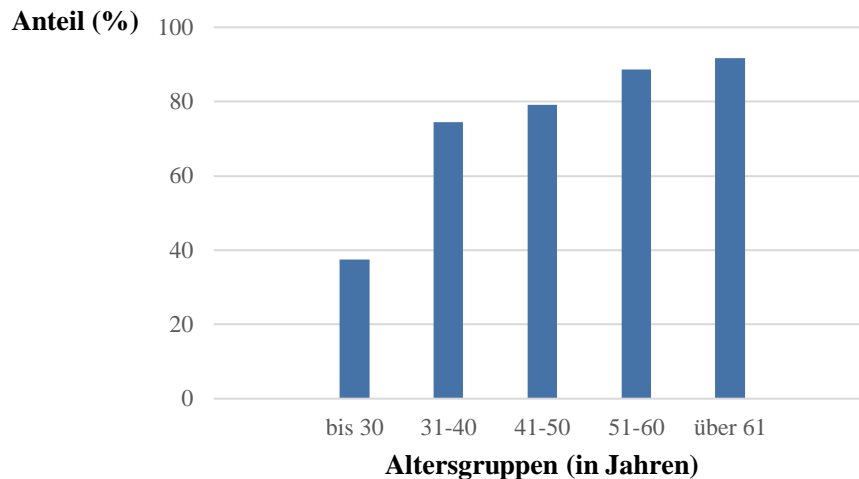


Abbildung 15: Anspruchsberechtigte mit regelmäßiger Teilnahme an Vorsorge-/Früherkennungsuntersuchungen nach Altersgruppen, n=284

Ambulante Versorgung

90,2% der Teilnehmenden gaben an, einen Hausarzt zu haben (n=257). Über die Hälfte bevorzugte Deutsch (61,9%) als Sprache zur Verständigung mit dem Hausarzt, mehr als ein Viertel Türkisch (26,1%) und 12,1% andere oder mehrere Sprachen gleichzeitig. Tabelle 9 zeigt die Inanspruchnahme der verschiedenen Fachärzte und Therapeuten in den letzten 12 Monaten. Der am häufigsten besuchte Facharzt bzw. Therapeut war der Allgemeinmediziner oder Hausarzt (86,3%) und an zweiter Stelle der Frauenarzt (70,5%) und Zahnarzt (70,5%). Die durchschnittlich häufigsten Konsultationen pro Person innerhalb der letzten 12 Monate gab es bei der Krankengymnastik bzw. dem Physiotherapeuten (MW: 11,7), beim Allgemeinmediziner oder Hausarzt (MW: 6,9) und beim Psychiater oder Psychologen (MW: 6,2).

Tabelle 10: Inanspruchnahme von Fachärzten und Therapeuten in den letzten 12 Monaten

Fachärzte/ Therapeuten	n (%)	Konsultationsfrequenz (im letzten Jahr)		
		n (%)	MW (SD)	Median (IQR)
Allgemeinmediziner oder Hausarzt	246 (86,3)	113 (45,9)	6,9 (9,1)	4,0 (5,0)
Arzt für Innere Medizin / Internist	66 (23,2)	22 (33,3)	3,5 (4,1)	2,0 (3,0)
Hals-Nasen-Ohrenarzt	111 (38,9)	52 (46,8)	2,0 (1,7)	1,0 (1,0)
Augenarzt	122 (42,8)	59 (48,4)	1,7 (1,2)	1,0 (1,0)
Radiologe	70 (24,6)	36 (51,4)	1,7 (1,0)	1,0 (1,0)
Neurologe	72 (25,3)	37 (51,4)	3,6 (3,3)	3,0 (3,0)
Psychiater oder Psychologe	52 (18,2)	28 (53,8)	6,2 (8,6)	4,0 (3,0)
Urologe	55 (19,3)	25 (45,5)	1,8 (1,1)	1,0 (1,0)
Orthopäde	128 (44,9)	62 (48,4)	4,7 (4,5)	3,0 (3,0)
Hautarzt/ Allergologe	54 (18,9)	30 (55,6)	2,2 (1,7)	2,0 (2,0)
Zahnarzt	201 (70,5)	99 (49,3)	2,6 (2,5)	2,0 (2,0)
Frauenarzt	129 (70,4)	62 (48,1)	2,3 (2,8)	2,0 (1,0)
Heilpraktiker	6 (2,1)	4 (66,7)	2,3 (1,0)	2,5 (2,0)
Krankengymnastik, Physiotherapeut	78 (27,4)	46 (59,0)	11,7 (12,4)	7,0 (13,0)
Sonstiges	20 (7,0)	9 (45,0)	3,6 (3,6)	2,0 (5,0)

MW, Mittelwert; SD, Standardabweichung; IQR, Interquartilsabstand

Über die Inanspruchnahme (in den letzten 12 Monaten) alternativmedizinischer Angebote wie z.B. Schröpfen, Akupunktur, Osteopathie oder Naturheilverfahren berichteten 15,8% (45; n=285) der Befragten.

3.3.2. Zufriedenheit und Verbesserungspotenzial

Von den Teilnehmenden, die Angaben über die Zufriedenheit mit dem letzten Arztkontakt machten (n=245), bezogen sich 173 (70,6%) auf den Besuch beim Hausarzt bzw. Allgemeinarzt, 63 (25,7%) auf einen Facharzt und 9 (3,7%) Teilnehmende auf den Besuch in einem Krankenhaus oder in einer Klinik.

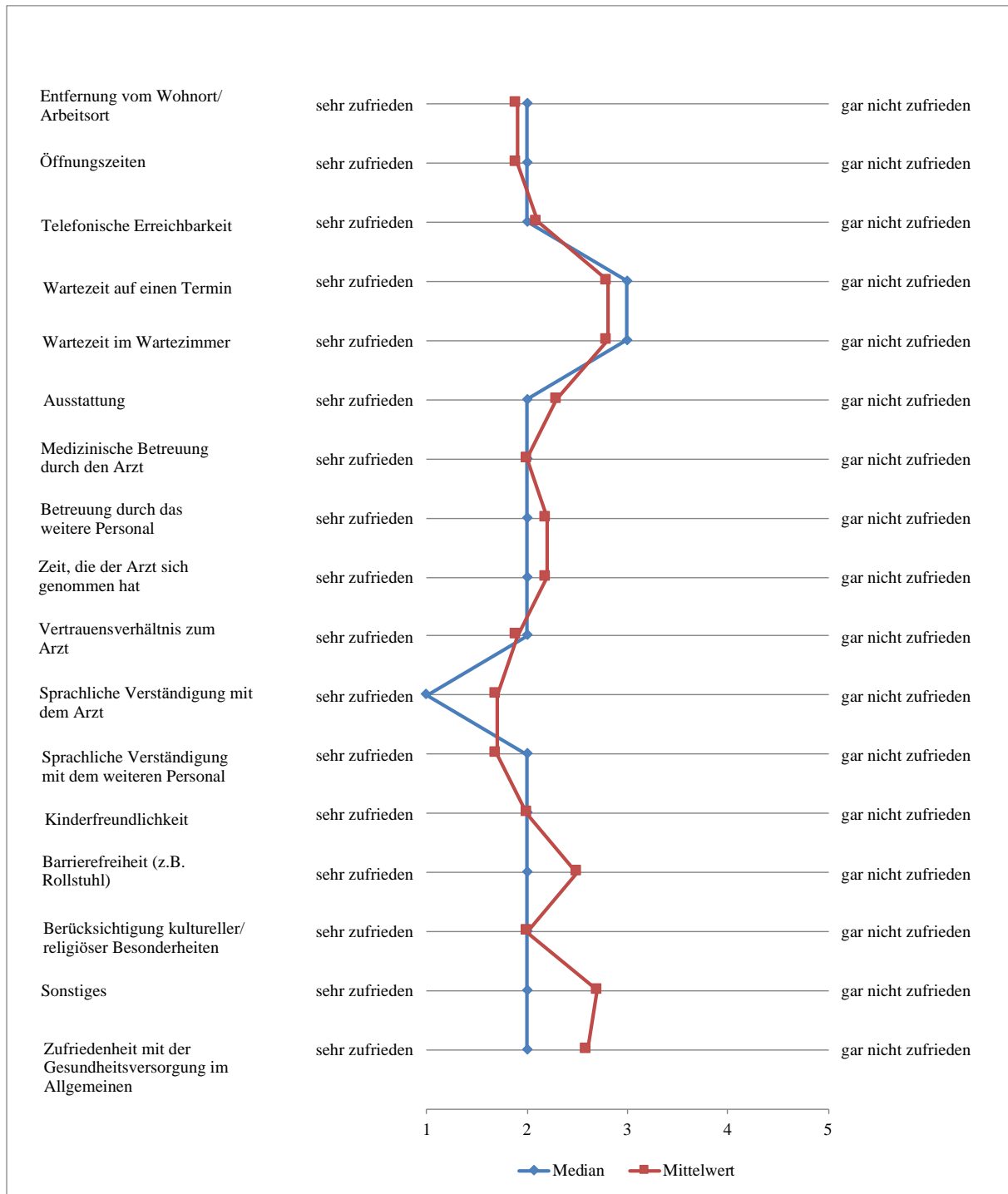


Abbildung 16: Zufriedenheit mit dem letzten Arztkontakt nach verschiedenen Aspekten

Im Hinblick auf die Zufriedenheit mit der allgemeinen gesundheitlichen Versorgung zeigten sich 50,6% der Befragten grundsätzlich zufrieden. Die geringsten Zufriedenheitswerte wurden in den Kategorien „Wartezeit auf einen Termin“ und „Wartezeit im Wartezimmer“ (MW: 2,8) berichtet. Die höchste Zufriedenheit (MW: 1,7) ließ sich in den Kategorien „sprachliche Verständigung mit dem Arzt“ und „sprachliche Verständigung mit dem weiteren Personal“ feststellen (Abb. 15).

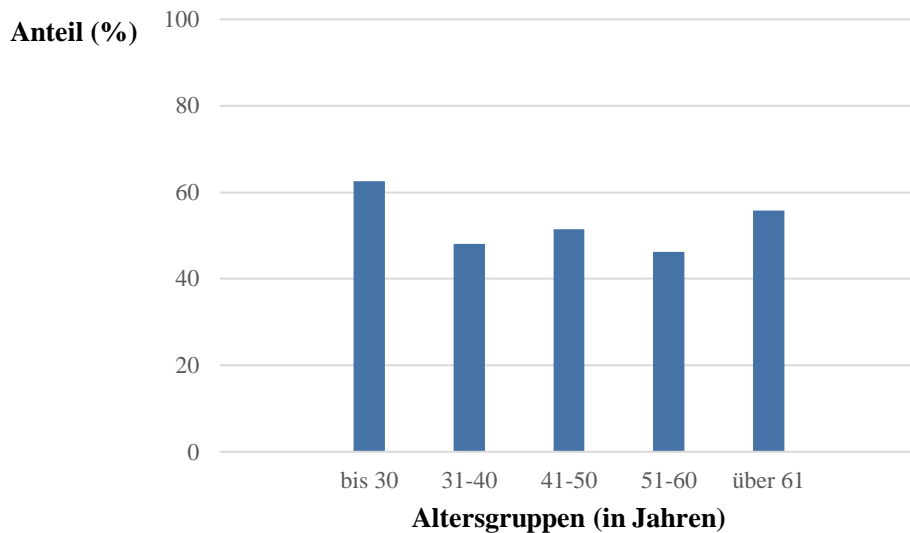


Abbildung 17: Zufriedene Teilnehmende mit dem deutschen Gesundheitssystem nach Altersgruppen, n=263

Der Anteil zufriedener bzw. unzufriedener Teilnehmender bezogen auf die Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem im Allgemeinen unterschied sich nicht wesentlich bei der Auswertung nach Geschlecht und nach Migrationsstatus. Hinsichtlich des Alters zeigt die Verteilung (Abb.16) der zufriedenen Teilnehmenden, dass der größte Anteil in der Gruppe der bis 30-Jährigen und der geringste Anteil in der Gruppe der 51- bis 60-Jährigen lag.

3.3.3. Barrieren beim Zugang zu medizinischen Leistungen

Tabelle 10 zeigt drei wesentliche Barrieren, die im Zugang zu medizinischen Leistungen in den letzten fünf Jahren hätten berichtet werden können. Knapp jeder Fünfte (21,6%) gab an, mindestens einmal eine notwendige ärztliche Untersuchung oder Behandlung nicht rechtzeitig erhalten zu haben. Der häufigste genannte Grund hierfür war „keinen Termin beim Arzt bekommen“.

Tabelle 11: Subjektiv erlebte Barrieren im Gesundheitssystem in den letzten fünf Jahren (Mehrfachnennungen möglich)

Barrieren	n (%)
Notwendige ärztliche Untersuchung oder Behandlung nicht rechtzeitig erhalten	62 (21,6)
Gründe:	
Keinen Termin beim Arzt bekommen	31
Fehlende Informationen über das Gesundheitssystem und bestehende Angebote	16
Probleme bei der Verständigung mit dem Arzt	12
Unklar, wer der richtige Ansprechpartner ist	12
Kein passendes Angebot in der Umgebung	10
Zu hohe finanzielle Belastung	7
Sonstiges	13
Notwendige Medikamente nicht rechtzeitig erhalten	28 (9,8)
Gründe:	
Kein Rezept erhalten	7
Probleme bei der Verständigung mit dem Arzt/Apotheker	5
Zu hohe finanzielle Belastung	5
Öffnungszeiten der Arztpraxis/der Apotheke	3
Keine Apotheke in der Nähe	3
Sonstiges	12
Fehlende Informationen, um notwendige Medikamente einzunehmen	21 (7,3)
Gründe:	
Probleme beim Lesen/ Verstehen der Packungsbeilage	12
Fehlendes Wissen über Nebenwirkungen	9
Probleme bei der Verständigung mit dem Arzt/Apotheker	7
Sonstiges	5

Insgesamt gaben 27,4% der Teilnehmenden an, in den letzten fünf Jahren mindestens eine der in Tabelle 10 aufgeführten Barrieren erlebt zu haben. Dieser Anteil war bei Frauen (31,1%) deutlich höher als bei Männern (19,8%). Die Werte in der Gruppe mit Migrationserfahrung waren um knapp 5 Prozentpunkte höher als in der Gruppe ohne eigene Migrationserfahrung. Hinsichtlich der Altersgruppen war auffällig, dass der Anteil in der Gruppe der bis 30-Jährigen mit erlebten Barrieren am größten war (Abb.17).

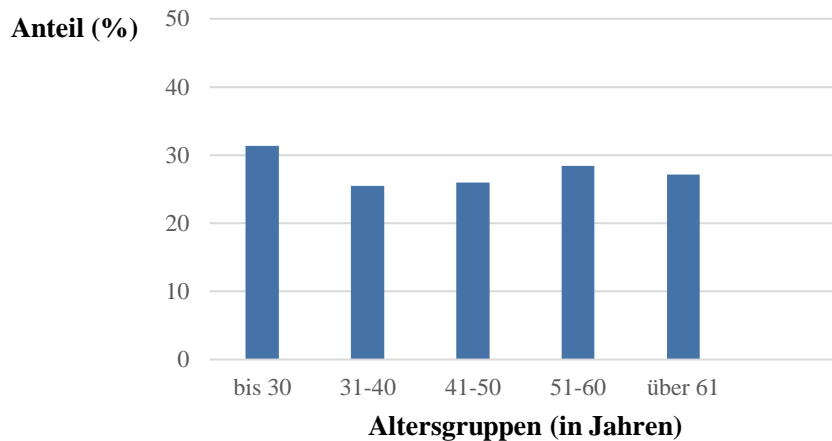


Abbildung 18: Anteil der Teilnehmenden mit Angabe von Barrieren beim Zugang zu medizinischen Leistungen nach Altersgruppen, n=284

Barrieren im Zusammenhang mit der Medikamenteneinnahme traten weniger häufig auf. Die Frage, wie mit diesen Barrieren umgegangen wurde, ergab, dass in den meisten Fällen Hilfe in der Familie und im sozialen Umfeld gesucht oder Leistungen verspätet in Anspruch genommen wurden (Tab.11).

Tabelle 12: Umgang mit subjektiv empfundenen Barrieren, absolute Häufigkeiten (n=56)

Umgang mit Problemen	n
Hilfe in der Familie und im sozialen Umfeld (z.B. Notaufnahme am Wochenende)	23
Leistungen verspätet in Anspruch genommen	21
Auf die Leistungen verzichtet	17
Alternative Angebote im Gesundheitswesen gesucht	6
Sonstiges	12

3.4. Qualitative Analyse

Insgesamt nutzten 223 Teilnehmende das Freitextfeld des Fragebogens, um Punkte des Gesundheitssystems zu nennen, in denen sie persönlich Verbesserungspotenzial sahen (Abb.18). Am häufigsten (39-mal) wurde der Punkt Terminvergabe, gefolgt von den Aspekten Wartezeit und Qualität der medizinischen Versorgung genannt. Unter Terminvergabe wurde kritisiert, dass die Wartezeit auf einen Termin, insbesondere bei Fachärzten, viel zu lang sei. In die Kategorie Qualität der medizinischen Versorgung fielen zum Beispiel Kritik über unzureichende Kontrollen hinsichtlich von Hygienemaßnahmen oder mangelnde Kommunikation zwischen mehreren behandelnden Fachärzten. 18-mal wurde Kritik über die empfundene Ungleichbehandlung von gesetzlich und privat Versicherten geübt, insbesondere die Benachteiligung im Hinblick auf zeitnahe Termine bei Fachärzten und Therapiemöglichkeiten wurden genannt.

Die Notwendigkeit von mehr Kultursensibilität in der medizinischen Versorgung sprachen 13 Teilnehmende an. Es bestand der Wunsch nach Ärzten, die auch auf kulturelle und sprachliche Probleme der Patienten Rücksicht nehmen. Einige dieser Teilnehmenden berichteten über Diskriminierungserfahrungen aufgrund ihrer Herkunft und Kultur und fühlten sich nicht gleichberechtigt.

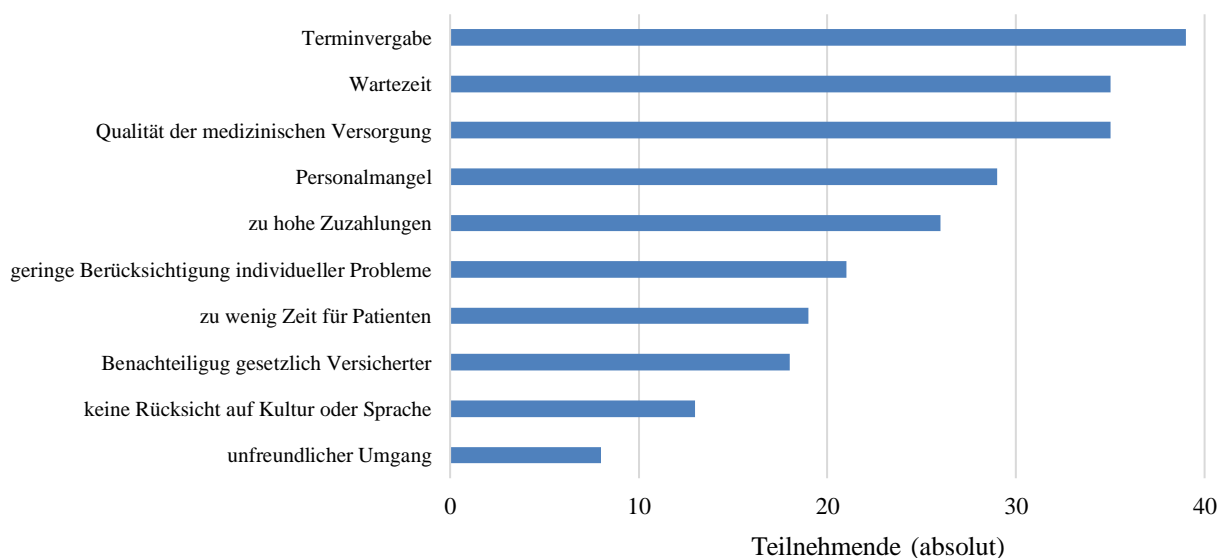


Abbildung 19: Kritikpunkte hinsichtlich der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland in Kategorien, n=223 (Mehrfachnennungen möglich)

3.5. Multivariable Analyse

3.5.1. Präventive Versorgung

Von den insgesamt 18 unabhängigen Variablen, die ins Modell eingeschlossen wurden, konnte bei fünf Variablen ein Zusammenhang zur Inanspruchnahme von Früherkennungs- oder Vorsorgeuntersuchungen festgestellt werden (Tab.12). Der deutlichste Zusammenhang stellte sich für die Variable „Geschlecht“ dar. Frauen hatten gegenüber Männern eine 21,58-fache Chance, eine präventive Leistung in Anspruch zu nehmen (OR=21,58, p=0,00). Die Chance stieg außerdem mit Zunahme des Bildungsgrades (Realschule/Mittlere Reife: OR=2,84, p=0,15 und Abitur/Fachhochschul-/Hochschulreife OR=8,00, p=0,01) und des Alters (OR=1,17, p=0,00) und sank mit Zunahme körperlicher Aktivität (OR=0,72, p=0,01). Eine um 55% geringere Chance der Inanspruchnahme hatten die Teilnehmenden aus Essen (OR=0,45, p=0,18) gegenüber den Teilnehmenden aus Berlin.

Tabelle 13: Ergebnisse der logistischen Regressionsanalyse: Mögliche Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme präventiver Leistungen (ohne zahnärztliche Kontrolluntersuchungen)

Variablen (Referenz)	n=156	Odds ratio	95% KI	p-Wert
Alter in Jahren	156	1,17	[1,09; 1,26]	0,00
Geschlecht (männlich)	62			
weiblich	94	21,58	[5,27; 88,41]	0,00
Schule (Haupt-/ Volks-oder Grundschule)	43			(0,07)
Realschule/ Mittlere Reife	58	2,84	[0,69; 11,67]	0,15
Abitur/Fachhochschul-/ Hochschulreife	52	8,00	[1,71; 37,47]	0,01
Schule beendet ohne Anschluss	3	n.s.*	-	-
Region (Berlin)	119			
Essen	37	0,45	[0,14; 1,44]	0,18
Körperliche Aktivität in Tagen	156	0,72	[0,56; 0,93]	0,01

KI, Konfidenzintervall; *n.s., nicht schätzbar, da zu geringe Fallzahl

3.5.2. Zufriedenheit

Tabelle 13 zeigt fünf Variablen, bei denen ein Zusammenhang mit der Zufriedenheit mit dem deutschen Gesundheitssystem gefunden werden konnte. Die Teilnehmenden mit einer höheren Chance auf Zufriedenheit hatten ein Haushaltsnettoeinkommen von 2500- unter 3500€ monatlich, wiesen weniger Krankheitstage auf, erlebten seltener Barrieren im Gesundheitssystem, waren Teilnehmende aus Berlin und sprachen mehrere Sprachen gleichzeitig im Haushalt. Teilnehmende mit einem Haushaltsnettoeinkommen über 2500€ hatten eine knapp 3-fache Chance (2500- unter 3500€: OR=3,17, p=0,06; über 3500€: OR=2,56, p=0,19), zufrieden zu sein. Eine geringere Chance auf Zufriedenheit hatten Teilnehmende mit der Angabe erlebter Barrieren (OR=0,18, p=0,00) um 82% und Teilnehmenden aus Essen (OR=0,47, p=0,11) um 53%. Bezogen auf Personen, die zuhause vorwiegend Deutsch sprechen, hatten diejenigen, die mehrere Sprachen gleichzeitig sprechen (OR=5,99, p=0,01) eine knapp 6-fache und diejenigen, die Türkisch sprechen (OR=3,18, P=0,03) eine mehr als 3-fache Chance zufrieden zu sein.

Tabelle 14: Ergebnisse der logistischen Regressionsanalyse: Mögliche Einflussfaktoren auf die Zufriedenheit mit dem deutschen Gesundheitssystem

Variablen (Referenz)	n=156	Odds ratio	95% KI	p-Wert
Einkommensklassen (Unter 1000)	29			(0,12)
1000- unter 2500	75	1,07	[0,41; 2,79]	0,89
2500- unter 3500	33	3,17	[0,94; 10,71]	0,06
Über 3500	19	2,56	[0,64; 10,27]	0,19
Krankheitstage	156	0,98	[0,99; 1,00]	0,13
Barriere (nein)	120			
ja	36	0,18	[0,07; 0,48]	0,00
Region (Berlin)	119			
Essen	37	0,47	[0,19; 1,19]	0,11
Sprache im Haushalt (Deutsch)	27			0,07
Türkisch	93	3,18	[1,19; 9,06]	0,03
Andere	5	n.s.*	-	-
Mehrere Sprachen gleichzeitig	31	5,99	[1,55; 23,15]	0,01

KI, Konfidenzintervall; *n.s., nicht schätzbar, da zu geringe Fallzahl

3.5.3. Barrieren

Acht unabhängige Variablen (Tab.14) wiesen einen Zusammenhang zum Auftreten von subjektiv empfundenen Barrieren im Gesundheitssystem auf. Eine höhere Chance, Barrieren zu erleben, hatten Raucher gegenüber Nichtrauchern (OR=2,7, p=0,08), Teilnehmende ohne eigene Migrationserfahrung gegenüber Teilnehmenden mit eigener Migrationserfahrung (OR=3,58, p=0,03) und Teilnehmende mit Abitur/ Fachhochschul- oder Hochschulreife gegenüber denjenigen mit Haupt-/ Volks- oder Grundschulabschluss (OR=9,32, p=0,00). Außerdem hatten Teilnehmende, die berichteten, alternativmedizinische Angebote (OR=2,79, p=0,09) zu nutzen sowie diejenigen, die im Haushalt nicht ausschließlich Deutsch (Türkisch: OR=4,26, p=0,07; Mehrere Sprachen gleichzeitig: OR=7,06, p=0,03) sprachen, eine höhere Chance, Barrieren erlebt zu haben. Eine geringere Chance, Barrieren zu erleben, hatten Teilnehmende mit einem Haushaltsnettoeinkommen über 3500€ monatlich (OR=0,17, p=0,1), diejenigen, die mit dem Gesundheitssystem allgemein zufrieden waren (OR=0,17, p=0,00) und die Personen, die mehrere Sprachen gleichzeitig oder eine andere Sprache als Deutsch oder Türkisch mit dem Hausarzt (OR=0,14, p=0,06) sprachen.

Tabelle 15: Ergebnisse der logistischen Regressionsanalyse: Mögliche Einflussfaktoren auf Barrieren beim Zugang zu gesundheitlichen Leistungen

Variablen (Referenz)	n=156	Odds ratio	95% KI	p-Wert
Einkommensklassen (Unter 1000)	29			0,17
1000- unter 2500	75	0,66	[0,19; 2,37]	0,53
2500- unter 3500	33	1,37	[0,33; 5,79]	0,67
Über 3500	19	0,17	[0,02; 1,38]	0,1
Rauchen (Nichtraucher)	69			0,17
Früher Nichtraucher	40	2,43	[0,71; 8,34]	0,16
Raucher	47	2,7	[0,88; 8,32]	0,08
Alternativmedizin (nein)	130			
ja	26	2,79	[0,85; 9,21]	0,09
Zufrieden (nein)	78			
ja	78	0,17	[0,06; 0,47]	0,00
Migrationserfahrung (ja)	123			
nein	33	3,58	[1,12; 11,41]	0,03
Schule (Haupt-/ Volks-oder Grundschule)	43			0,01
Realschule/ Mittlere Reife	58	4,17	[1,04; 16,75]	0,04
Abitur/Fachhochschul-/ Hochschulreife	52	9,32	[2,25; 38,66]	0,00
Schule beendet ohne Anschluss	3	n.s.*	-	-
Sprache mit dem Hausarzt (Deutsch)	97			0,14
Türkisch	36	1,45	[0,44; 4,73]	0,54
Andere/ mehrere Sprachen gleichzeitig	15	0,14	[0,02; 1,06]	0,06
Keine Angabe/ kein Hausarzt	8	n.s.*	-	-
Sprache im Haushalt (Deutsch)	27			0,15
Türkisch	93	4,26	[0,9; 20,2]	0,07
Andere	5	n.s.*	-	-
Mehrere Sprachen gleichzeitig	31	7,06	[1,26; 39,54]	0,03

KI,

Konfidenzintervall; *n.s., nicht schätzbar, da zu geringe Fallzahl

4. Diskussion

Hauptzielsetzung der vorliegenden Arbeit war die Untersuchung der Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen, die Erfassung der Zufriedenheit mit dem letzten Arztkontakt sowie der subjektiv empfundenen Barrieren im Zugang zum deutschen Gesundheitssystem von türkeistämmigen Erwachsenen in Berlin und Essen.

Die dieser Arbeit zugrundeliegende Befragung erfolgte mit Hilfe eines Fragebogens entweder in Papierform oder als Online-Survey auf Deutsch oder Türkisch. Die Rekrutierung verlief in mehreren Phasen und beinhaltete für jeden Teilnehmenden systematisch mindestens drei Kontaktversuche in verschiedenen Zeitabständen. Für Teilnehmende mit ungültiger Adresse wurde eine aufwändige Adressrecherche durchgeführt. Der gesamte Ablauf des Berliner Studienteils, von der Erstellung der Fragebögen bis zur Auswertung der Ergebnisse, wurde von der Autorin der vorliegenden Arbeit sowie einer weiteren türkischsprachigen Doktorandin mit betreut. Insgesamt konnten 285 Fragebögen ausgewertet werden. Die Rücklaufquote betrug für Berlin 41,1% und für Essen 12,9%.

Die Teilnehmenden waren durchschnittlich 49,2 Jahre alt, überwiegend weiblich und besaßen zu knapp drei Vierteln eine eigene Migrationserfahrung. Jeder zweite Teilnehmende gab an, die Diagnose mindestens einer Muskelskeletterkrankung und einer Stoffwechselerkrankung erhalten zu haben. Jeder vierte Teilnehmende hatte mindestens eine Behandlung in der Notaufnahme im letzten Jahr. Die große Mehrheit (89,9%) gab an, einen Hausarzt zu haben, mit dem über die Hälfte berichtete, bevorzugt Deutsch zu sprechen. Der Hausarzt bzw. Allgemeinmediziner gehörte zusammen mit dem Zahnarzt und Frauenarzt zu den am häufigsten konsultierten Fachärzten. Knapp über die Hälfte der Teilnehmenden zeigte sich allgemein mit der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland zufrieden. Die größte Zufriedenheit zeigte sich bei den Teilnehmenden im Hinblick auf die sprachliche Verständigung mit dem Arzt. Allerdings machten auch über ein Viertel der Teilnehmenden Erfahrungen mit Barrieren beim Zugang zur gesundheitlichen Versorgung. Die Regressionsanalysen zeigten Zusammenhänge mit unterschiedlichen Faktoren.

Das Ausschöpfen der Maßnahmen, die zu einer erhöhten Erreichbarkeit der Studienteilnehmenden führte, stellt eine zentrale Stärke dieser Arbeit dar. Bisherige Studien des RKI zeigten, dass Personen mit Migrationshintergrund nur durch besondere Anstrengungen ihrem Anteil entsprechend in Bevölkerungsstudien eingebunden werden konnten (25).

Insbesondere die Gruppe der türkeistämmigen Personen ist hierbei vielfach unterrepräsentiert (26, 69). Basierend auf vorherigen Studien wie DEGS1 und KIGGS wurden Maßnahmen zur verbesserten Einbindung von Personen mit Migrationshintergrund durch das RKI formuliert. Hierzu gehören der persönliche Kontakt zu den Teilnehmenden im Rahmen der Datenerhebung, der Einsatz mehrsprachiger Materialien zur Überwindung sprachlicher Barrieren und die Einbindung von Personen mit Migrationshintergrund in der Planung und Durchführung der Studie sowie der Auswertung der Ergebnisse (70-72). Die genannten Punkte wurden in der vorliegenden Studie erfolgreich umgesetzt und erfüllten in dieser Hinsicht wichtige methodische Standards zur migrantensensiblen epidemiologischen Forschung (73).

Die Betrachtung der Rekrutierungszahlen in Kapitel 3.1. zeigt die Effektivität dieser Maßnahmen. Am Beispiel des Studienverlaufs in Berlin wird deutlich, dass die Anzahl der Rückmeldungen ohne persönlichen Kontakt (n=78, 38,2%) anteilmäßig nur nahezu ein Drittel der Gesamtteilnahmezahl (n=204) ausmachten. Nach dem ersten persönlichen telefonischen Kontakt kamen dann 39 (19,1%), nach dem zweiten Anschreiben 44 (21,6%) und nach dem dritten Anschreiben nochmals 43 (21,1%) Teilnehmende hinzu. Somit stellt der persönliche Kontakt des Studienpersonals eine wichtige Maßnahme zur Steigerung der Teilnahmerate dar. Die Möglichkeit der Teilnahme auf Türkisch durch türkischsprachiges Erhebungsmaterial (Fragebogen, Teilnehmerinformation, EW) sowie türkischsprachige Ansprechpartner für Rückfragen ermöglichte den Personen mit geringen Deutschkenntnissen die Teilnahme. Insgesamt nahmen mehr als die Hälfte (n=150, 52,6%) in türkischer Sprache teil.

4.1. Limitationen

Trotz der Bemühungen zur Erhöhung der Teilnahmezahlen müssen dennoch einige Einschränkungen der Studie beachtet werden, um die Ergebnisse richtig interpretieren und falsche Schlussfolgerungen vermeiden zu können. Die Stichprobe ist eine hochselektierte Teilpopulation und nicht repräsentativ. Auch wenn die Responserate, verglichen mit anderen Studien, hoch war, ist die Studiengröße mit 285 Teilnehmenden für differenzierte generalisierbare Aussagen dennoch nicht ausreichend. Insbesondere für die Regressionsanalyse könnten die niedrigen Fallzahlen in einzelnen Gruppen dazu führen, dass weitere möglicherweise existierende Zusammenhänge nicht gefunden wurden. Außerdem haben diese geringen Fallzahlen teils zu sehr hohen Effektschätzern in den Modellen geführt. Eine Beurteilung, Einordnung und kritische Interpretation der jeweiligen Ergebnisse ist jedoch aufgrund der mit den Effektschätzern dargestellten Varianzen dennoch möglich.

Zudem wurden in der vorliegenden Studie Querschnittsdaten erhoben, für die ein direkter Vergleich mit anderen Populationen mit zahlreichen Limitationen behaftet ist. So war die Vergleichbarkeit mit Daten der amtlichen Statistik oder anderen Studien aufgrund abweichender methodischer Vorgehensweisen nur sehr eingeschränkt zulässig.

Die Arbeit diene also nicht der Hypothesenverifizierung, sondern sollte als explorative Untersuchung aufgefasst werden, die mit den Angaben in der Literatur nicht direkt verglichen, sondern in diese eingeordnet werden sollte.

Im Vergleich zu den Daten des Mikrozensus (1) zur türkeistämmigen Bevölkerung in Deutschland gab es einige Abweichungen hinsichtlich der Merkmale Geschlecht, Alter, Migrationserfahrung und Schulabschluss der untersuchten Stichprobe. Die in der vorliegenden Arbeit analysierte Studienpopulation hatte mit 63,8% einen deutlich höheren Frauenanteil (Mikrozensus 2018: 48,8%) und war durchschnittlich 14,1 Jahre älter (Mikrozensus 2018: 35,1 Jahre). Hierbei muss jedoch berücksichtigt werden, dass sich für die Stichprobe ein Mindestalter von 25 Jahren ergab, da die Teilnehmenden zum Zeitpunkt der Erstbefragung 2011/2012 als Teilnahmebedingung 18 Jahre alt sein mussten. Für den Altersdurchschnitt im Mikrozensus wurden nicht nur Erwachsene ab 25 Jahren, sondern auch jüngere Bevölkerungsgruppen mit einbezogen. Der Vergleich der Anteile der Altersgruppen unter Berücksichtigung des Mindestalters von 25 Jahren zeigt, dass die Gruppe der 51- bis 60-Jährigen in der Studienpopulation mit 30,9% deutlich größer (Mikrozensus 2018: 19,0%) und die Gruppe der 25- bis 30-Jährigen mit 5,6% deutlich geringer (Mikrozensus 2018: 12,5%) vertreten war. Außerdem beinhaltete die in der vorliegenden Arbeit analysierte Studienpopulation mit 73% einen höheren Anteil von Personen mit eigener Migrationserfahrung (Mikrozensus 2018: 47,4%), möglicherweise bedingt durch den hohen Anteil älterer Teilnehmende, und wies einen höheren Anteil an Personen mit höherem Schulabschluss auf. Rund 30% der Stichprobe hatten einen Realschul- oder Mittleren Schulabschluss und 30% hatten Abitur bzw. einen Fachhochschulabschluss. Das waren verglichen mit dem Mikrozensus jeweils 10 Prozentpunkte mehr in den einzelnen Gruppen.

Zudem beruhten alle Angaben im Fragebogen auf der subjektiven Einschätzung der Teilnehmenden. Dies könnte zur Fehlerfassung aufgrund von Erinnerungslücken für den erfragten Zeitraum oder Fehleinschätzungen bei Häufigkeitsangaben beispielsweise bei der Inanspruchnahme der Arztkontakte geführt haben. Die hohe Anzahl an zu beantwortenden Items erforderte gerade bei älteren Teilnehmenden eine erhöhte Konzentration und könnte ein Grund für fehlende Angaben sein. Eine Missing-Ersetzung wurde in unserer Analyse allerdings

nicht vorgenommen, da unter anderem eine Zuordnung in zufallsbedingte (missing at random) und nicht zufallsbedingte (missing not at random) Fehlwerte nicht valide möglich war.

4.2. Inanspruchnahme medizinischer Leistungen

Krankenhausbehandlung

In der amtlichen Statistik und in den Statistiken der Krankenkassen werden als Indikator zur Erfassung der Inanspruchnahme der Krankenhausbehandlung „Krankenhausfälle pro Bevölkerung“ verwendet. Aus der Statistik geht nicht hervor, welcher Anteil mehr als einen Aufenthalt hatte (74). Daher konnten die Zahlen nicht direkt als Vergleich genutzt werden, denn in dieser Studie wurde ein personenbezogener Indikator, der sich über den Anteil der Befragten mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt in den letzten 12 Monaten definiert, genutzt. Dieser galt auch als Maß in einem repräsentativen Gesundheitssurvey des RKI. Nach den Ergebnissen der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012“ (GEDA) hatten 16,0%, nach den Ergebnissen der GEDA Studie 2014/2015 16,2% der Männer und Frauen mindestens einen Krankenhausaufenthalt (74, 75). Die in der vorliegenden Arbeit untersuchte türkeistämmige Stichprobe lieferte mit einem Anteil von 16,5% ein sehr ähnliches Ergebnis. In einem anderen Bericht (76) des RKI (Ergebnisse des DEGS1, 2008-2011) lag der Anteil, bezogen auf beide Geschlechter, bei 12,9%. Die Analysen des RKI zeigten auch, dass eine signifikante und erwartbare Altersassoziation vorlag: mit Zunahme des Alters nahm die Häufigkeit eines Krankenhausaufenthalts zu. Der gering abweichende Wert (16,5%) in der türkeistämmigen Studienprobe könnte mit dem höheren Alter bzw. mit der eingeschränkten Repräsentativität zusammenhängen. Auch die durchschnittliche Verweildauer von 12,5 Tagen (SD: 27,5, Median: 7,0) lag im Vergleich zu Daten des DEGS1 (9,7 Tage) höher. Das Statistische Bundesamt berichtete für das Jahr 2017 im Mittel 7,3 Tage (77).

Zur Inanspruchnahme der Notaufnahme in einem Krankenhaus aus Patientensicht waren keine vergleichbaren Zahlen bekannt. Insgesamt zeigten Berichte der Krankenkassen und amtliche Krankenhausdaten, dass die Patientenzahlen in den Notaufnahmen in den letzten Jahren zunahmen. Die Gründe hierfür sind vielfältig. Verschiedene Studien und Fachberichte haben gezeigt, dass viele Patienten, die eine Notaufnahme aufsuchten, häufig nicht unter die Definition eines medizinischen Notfalls fielen (78). Nach Berechnungen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung der Bundesrepublik Deutschland (ZI) wurden etwa die Hälfte der Patienten in den Notaufnahmen eines Krankenhauses anschließend stationär behandelt (79). Nach Angaben der Deutschen Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e.V. könnte ein Drittel der in der Notaufnahme vorstelligen Patienten auch in Arztpraxen versorgt

werden, wenn zum Zeitpunkt der Vorstellung ein alternatives Versorgungsangebot verfügbar gewesen wäre (80).

In unserer untersuchten Stichprobe hingegen wurde nur etwa jeder vierte Teilnehmende, der in den letzten 12 Monaten die Notaufnahme aufsuchte, im Anschluss auch stationär behandelt. Dieser Anteil der anschließend stationär aufgenommenen Patienten war somit deutlich geringer als der vom ZI angegebene Wert. Die Frage, ob die Ursache mit einer erhöht unsachgemäßen Nutzung der Notaufnahme, dem Auftreten von Barrieren beim Zugang zur ambulanten Notfallversorgung oder dem sehr hohen Anteil chronisch und multimorbid Erkrankter in der Studienpopulation zusammenhängt, kann nur durch weiterführende Analysen beantwortet werden.

Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen

Nach Angaben des ZI (81-83) zur Teilnahme an gesetzlich verankerten Früherkennungsuntersuchungen nahmen nahezu die Hälfte (48,5% der Frauen und 45,4% der Männer) der Anspruchsberechtigten der deutschen Bevölkerung in den Jahren 2012-2013 den Allgemeinen Gesundheits-Check-Up in Anspruch. Die Werte basierten auf Analysen von Abrechnungsdaten. Beim Gesundheits-Check-Up, dem Hautscreening (2013) und der Koloskopie (2003-2013) gab es kaum Unterschiede zwischen der Inanspruchnahme von Männern und Frauen. Ein deutlicher Unterschied zeigte sich bei der Stuhluntersuchung auf Blut (Männer 20,7% und Frauen 28,1%) (19). Der Vergleich zu den Ergebnissen der türkeistämmigen Studienpopulation war auch hier nicht direkt möglich, da es keine Surveydaten sind und die im Fragebogen mit "regelmäßige Teilnahme" abgefragte Inanspruchnahme gegenüber den festgelegten Zeitintervallen bei Abrechnungsdaten sehr dehnbar ist. Dennoch waren teilweise ähnliche Tendenzen zu erkennen.

Die türkeistämmige Stichprobe nahm ebenso etwa zur Hälfte am Gesundheits-Check-Up teil (50,5 Männer, 54,5% Frauen). Für diesen, das Hautscreening, die Stuhluntersuchung und die zahnärztliche Kontrolluntersuchung gab es nur geringe Geschlechtsunterschiede. Ein deutlicher Unterschied war hingegen bei der Koloskopie festzustellen (51,4% der Männer, 40,4% der Frauen). Neuere Daten aus der Studie GEDA 2014/2015 zeigen, dass 57% der Frauen und 61% der Männer im Alter ab 55 angaben, dass sie in den letzten 10 Jahren eine Koloskopie haben durchführen lassen. (84). Die von türkeistämmigen Frauen am häufigsten in Anspruch genommene Vorsorgeuntersuchung war die Mammographie (86,7%), gefolgt von der Tastuntersuchung der Brust (75,9%). Ergebnisse der GEDA Studie 2014/2015 zeigen, dass bei

74,2% der 50- bis 69-Jährigen eine Mammographie innerhalb der letzten zwei Jahre durchgeführt wurde (85).

Für die Tastuntersuchung der Brust lagen die Zahlen aus der DEGS1 (2008-2011) (86) bei 62,1% und müssen vor dem Hintergrund bewertet werden, dass sie zehn Jahre zurückliegen. Dies galt auch für die Zahlen zur Untersuchung der Prostata, die in der türkeistämmigen Studienpopulation bei 45,3% und in den Ergebnissen des DEGS1 (2008-2011) bei 38,9% lag.

Fachärzte und Therapeuten

Die erfasste Rangfolge der am häufigsten besuchten Ärzte der türkeistämmigen Studienpopulation stimmt mit der Rangfolge aus den Ergebnissen der DEGS1 überein (76). Am häufigsten mindestens einmal in den vergangenen 12 Monaten wurden der Allgemeinarzt mit 86,3% (DEGS1: 79,4%), an zweiter Stelle der Zahnarzt mit 70,5% (DEGS1: 71,7%) und bei Frauen die Gynäkologen mit 70,4% (DEGS1: 69,6%) aufgesucht. Besondere Unterschiede (mehr als zehn Prozentpunkte) waren beim Hals-Nasen-Ohrenarzt, Augenarzt, Neurologen, Psychologen und Orthopäden festzustellen. Diese wurden von der türkeistämmigen Studienpopulation deutlich häufiger besucht. Dies könnte ebenfalls mit dem sehr hohen Anteil chronisch erkrankter und multimorbider Personen in der Stichprobe zusammenhängen. Im Vergleich zu Zahlen der GEDA-Studie 2009 zur Multimorbidität lagen die prozentualen Anteile der Personen mit mehreren chronischen Erkrankungen in der Studienprobe deutlich höher. Beispielsweise betrug der Anteil der Personen mit mindestens fünf chronischen Erkrankungen in der Gruppe der 65- bis 74-Jährigen bei den Frauen 27,3% (19). Dieser Anteil lag für die Teilnehmerinnen der vorliegenden Studie in der Gruppe über 60-Jähriger bei 87,2%.

Mögliche Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme präventiver Leistungen

Die vorliegende Untersuchung bestätigt die allgemeine Erkenntnis aus dem GEDA 2012 Bericht. Eine wichtige Kernaussage des Berichts: „die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen variiert zum Teil deutlich in Abhängigkeit des Geschlechts, Alter, sozioökonomischer Status und Region“ (19) deckt sich mit den Ergebnissen der Regressionsanalyse aus Kapitel 3.5.1.

Die Chance der Inanspruchnahme stieg mit Zunahme des Alters, des Bildungsgrades und war bei Frauen (gegenüber Männern) und Teilnehmenden aus Berlin (gegenüber Teilnehmenden aus Essen) vielfach erhöht. Außerdem sank die Chance der Inanspruchnahme mit Zunahme körperlicher Aktivität.

Die Zunahme der Inanspruchnahme war am größten zwischen den Gruppen der bis 30- Jährigen und 31- bis 40-Jährigen. Es ist naheliegend, dass dieser Sprung mit den Altersbestimmungen

des G-BA zusammenhängt, wonach die meisten Untersuchungen ab dem 35. oder 55. Lebensjahr empfohlen werden. Das Ergebnis, dass Frauen allgemein eine höhere Chance aufwiesen, Früherkennungsuntersuchungen in Anspruch zu nehmen, könnte laut verschiedener Studien daraus resultieren, dass Frauen ohnehin häufiger einen Arzt konsultieren (76, 87).

Ein wichtiges Merkmal zur Ermittlung des sozioökonomischen Status (SES) ist der Schulabschluss (88). Auch wenn der SES bei den vorliegenden Analysen nicht erhoben und als solcher ins Modell einbezogen wurde, lässt die Korrelation mit dem Schulabschluss und vorherige Studienergebnisse, die die Auswirkungen von sozioökonomischen Unterschieden in der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen zeigten (89, 90), einen Zusammenhang vermuten.

Die Korrelation mit der Region könnte unterschiedliche Gründe haben, die in Variationen der Versorgungsstrukturen, aber auch in unterschiedlichen soziodemographischen Charakteristika der Populationen in Essen und Berlin liegen könnten. Auch hier sind weiterführende Erhebungen mit größeren Fallzahlen und nach Region differenzierte detaillierte Analysen nötig.

Die Wechselwirkung von Gesundheit und körperlicher Aktivität ist auf hohem Evidenzniveau belegt (91). Vor dem Hintergrund, dass die körperliche Aktivität einer Person mit dem Gesundheitsbewusstsein, wie auch mit dem Gesundheitsverhalten in Beziehung (92) steht, könnte man eine stärkere Tendenz zur Inanspruchnahme präventiver Angebote bei körperlich aktiveren Personen erwarten. Das Ergebnis der Regressionsanalyse zeigte einen anderen Zusammenhang. Personen in der Studienpopulation, die körperlich aktiver waren, hatten eine geringere Chance, präventive Leistungen in Anspruch zu nehmen. Mögliche Erklärungen könnten darin liegen, dass die körperliche Aktivität positiv mit dem gesundheitlichen Status korreliert (93, 94), Inaktivität das Risiko vieler verschiedener Krankheiten erhöht (95) und Personen mit höherem gesundheitlichen Status seltener den Arzt aufsuchen, wodurch wiederum seltener Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch genommen werden.

4.3. Zufriedenheit mit dem deutschen Gesundheitssystem

Zufriedenheit mit dem letzten Arztkontakt

In verschiedenen internationalen und nationalen Studien mit Migrantenpopulationen wird die unzureichende sprachliche Verständigung zwischen Arzt und Patient als wichtigstes Hindernis in der gesundheitlichen Versorgung diskutiert (60, 96, 97). Im Gegensatz dazu wurden in der vorliegenden Analyse gerade in dieser Kategorie die größten Zufriedenheitswerte verzeichnet. Ein begünstigender Faktor könnte die verhältnismäßig hohe Teilnahme von Personen mit

hohem Bildungsabschluss sein (Kapitel 4.1.). Als weiterer Faktor wäre das ausgeprägte Angebot türkischsprachiger Ärzte in den Großstädten Berlin und Essen denkbar.

Mit knapp einem Viertel der Studienpopulation gab ein recht hoher Anteil an, „bevorzugt türkisch mit dem Hausarzt zu sprechen“. So könnte es sein, dass vor allem Personen mit Sprachproblemen, die in Berlin und Essen eher die Möglichkeit haben einen türkischsprachigen Arzt zu finden, verglichen zu anderen Städten und ländlichen Regionen, zufriedener waren mit der sprachlichen Verständigung.

Ein sehr deutliches Ergebnis zeigte sich in der geringsten Zufriedenheit mit den Aspekten „Wartezeit auf einen Termin“ und „Wartezeit im Wartezimmer“ und wurde auch in anderen Befragungen der deutschen Allgemeinbevölkerung häufig an erster Stelle genannt (98). Genau diese Kategorien wurden auch als Kritik in Form von Freitexten am häufigsten angesprochen.

Mit Ausnahme der beiden Punkte Wartezeit auf einen Termin und im Wartezimmer (Median:3,0) sowie der sprachlichen Verständigung mit dem Arzt (Median:1,0) waren die Teilnehmenden mit allen Aspekten des letzten Arztkontaktes insgesamt zufrieden (Median:2,0). Ähnliche Tendenzen waren auch in der Allgemeinbevölkerung in unterschiedlichen Befragungen z.B. der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) oder des RKI zu finden. Die große Mehrheit der Bevölkerung war zufrieden mit dem deutschen Gesundheitswesen (45, 54). In der GEDA Zusatzbefragung 2009 gaben 88% der Befragten an, mit dem letzten Kontakt im Gesundheitswesen zufrieden oder sehr zufrieden gewesen zu sein (45).

Zufriedenheit mit dem deutschen Gesundheitssystem und mögliche Einflussfaktoren

Jeder zweite Studienteilnehmende (50,6%) gab an, mit dem deutschen Gesundheitssystem im Allgemeinen zufrieden zu sein. Eine repräsentative Versichertenumfrage des Gesundheitsmonitors 2012 ergab ein sehr übereinstimmendes Ergebnis. Mit vergleichbaren Antwortmöglichkeiten auf einer fünfstufigen Skala von sehr zufrieden bis sehr unzufrieden gaben 51% der Befragten an, sehr zufrieden oder zufrieden zu sein (53). Obwohl in der Politik und in den Medien häufig die Benachteiligung der gesetzlich Versicherten gegenüber privat Versicherten diskutiert wird, konnte dieser Zusammenhang in unserer Regressionsanalyse nicht klar bestätigt werden. Allerdings gab die Analyse der Freitextkritik durchaus Hinweise auf die Existenz einer solchen Benachteiligung, denn eine ungleiche Behandlung im Gesundheitssystem von privat und gesetzlich Versicherten wurde von nahezu 20% der Teilnehmenden, die das Freitextfeld nutzten, kritisiert.

Es konnte eine Assoziation zwischen der Zufriedenheit und der Einkommensklasse, der Anzahl von Krankheitstagen, der erlebten Barrieren beim Zugang zu medizinischen Leistungen, der Region und der im Haushalt gesprochenen Sprache gefunden werden.

Die Teilnehmenden im unteren Einkommensbereich (unter 2500€) zeigten die geringsten, diejenigen im mittleren Einkommensbereich (2500- unter 3500€) die höchsten Zufriedenheitswerte. Das Einkommen bildet zusammen mit den Variablen Bildung und berufliche Stellung den SES (88). Der Zusammenhang des SES und die Zufriedenheit konnte bereits durch zahlreiche andere Studien belegt werden. Eine Untersuchung einer repräsentativen Versichertenbefragung des Gesundheitsmonitors 2014 zeigte beispielsweise, dass insbesondere die Angehörigen der unteren sozialen Schicht eine unterdurchschnittliche Zufriedenheit aufwiesen. Mittels multivariabler Analysen konnte bestätigt werden, dass die Personen aus der unteren sozialen Schicht deutlich unzufriedener waren als Angehörige der Mittel- oder Oberschicht. Zwischen allen untersuchten unabhängigen Variablen konnten die größten Differenzen im Sozialstatus festgestellt werden (53). Auch die Analysen der GEDA Zusatzbefragung 2009 des RKI zeigten deutlich, dass Personen mit niedrigem Sozialstatus unterdurchschnittlich zufrieden waren (45).

Wenig überraschend ist auch das Ergebnis, dass sich schlechte Erfahrungen im Gesundheitssystem in der Zufriedenheit bemerkbar machten. Es ist nachvollziehbar, dass Personen, die negative Erfahrungen gemacht haben, eine geringere Zufriedenheit aufwiesen. Das Ergebnis, dass Personen mit weniger Krankheitstagen eine höhere Chance hatten, zufrieden zu sein, könnte möglicherweise darauf zurückzuführen sein, dass Personen mit vielen Krankheitstagen einen schlechteren Gesundheitszustand haben, daher häufiger gesundheitliche Leistungen in Anspruch nehmen und dadurch mehr Raum für Kritik entsteht. Dass die Region ein wichtiger Faktor für die Zufriedenheit, sowie im vorangegangenen Kapitel für die Inanspruchnahme präventiver Angebote, war, verdeutlicht nochmals die Notwendigkeit weiterer nach Region differenzierter Analysen.

Die im Haushalt vorwiegend gesprochene Sprache wurde zum ersten Mal im Jahre 2017 im Mikrozensus erhoben. Hierbei durften die Befragten nur eine Sprache angeben. Die Frage nach der Aussagekraft dieses Parameters wird in der Fachliteratur unterschiedlich diskutiert. So kritisiert die Sprachwissenschaftlerin A. Alfred, dass diese Art der Erfassung einem sogenannten monolingual Bias unterliegt, die soziale Realität nicht abbilden kann und ebenso auch als Maß für Integration nicht wirklich geeignet ist (99). Gerade bei der türkeistämmigen Population in Deutschland spielt die Zweisprachigkeit eine wichtige Rolle. Die vorliegende

Untersuchung zeigte, dass, obwohl die Frage eine einzelne Sprache als Antwort vorsah, dennoch 18,6% der Teilnehmenden zwei Sprachen ankreuzten. Es ist anzunehmen, dass dieser Anteil höher wäre, gäbe es eine passende Antwortkategorie für Mehrsprachigkeit. So müssten Personen, die beide Sprachen in gleichem Ausmaß nutzen, sich nicht aufgrund der eingeschränkten Antwortmöglichkeiten für eine Sprache entscheiden. Das zeigt, dass bei der Erhebung in zukünftigen Studien mit Migranten auf Mehrsprachigkeit als Option zu achten ist. Daher wurde in der vorliegenden Arbeit für die Regressionsanalyse eine weitere Kategorie „mehrere Sprachen gleichzeitig“ für die Variable „Sprache im Haushalt“ gebildet. Die Regressionsanalyse ergab dann auch, dass Teilnehmende, die mehrere Sprachen gleichermaßen im Haushalt verwenden, die höchste Chance hatten, zufrieden zu sein.

4.4. Barrieren beim Zugang zu medizinischen Leistungen

Subjektiv erlebte Barrieren

Das nicht rechtzeitige Erhalten einer notwendigen ärztlichen Untersuchung oder Behandlung stellte die häufigste erlebte Barriere dar (21,6%). Der hierfür mit Abstand häufigste Grund war „keinen Termin beim Arzt bekommen“, welcher bereits im Zusammenhang mit der Zufriedenheit mit dem letzten Arztkontakt und in der Kritik in Freitextform eindeutig identifiziert wurde. Der zweithäufigste Grund war die „fehlende Information über das Gesundheitssystem und bestehende Angebote“. Diese Barriere wird in der Literatur zunehmend unter dem Begriff health-literacy diskutiert. Verschiedene internationale Studien zeigten vielfach, dass Menschen mit Migrationshintergrund häufig eine eingeschränkte health-literacy aufweisen und im Zugang zum Gesundheitssystem dadurch benachteiligt sind (100-102). Auch in Deutschland wird zunehmend die Verbesserung der Gesundheitsinformationen, insbesondere für benachteiligte Bevölkerungsgruppen wie die Gruppe der Migranten, gefordert (28, 103-106).

Die Analyse, wie mit den Problemen beim Zugang zu gesundheitlichen Leistungen umgegangen wurde, stimmt mit dem Ergebnis aus vorausgegangenen Untersuchungen zu Migranten überein, dass eher Hilfe in der Familie und im sozialen Umfeld gesucht und weniger auf alternative Angebote im Gesundheitssystem zurückgegriffen wurde (60).

Mögliche Einflussfaktoren auf subjektiv erlebte Barrieren

Das Ergebnis, dass Personen der höchsten Einkommensklasse die geringste Chance aufwiesen, Barrieren zu erleben, steht in Übereinstimmung mit den Ergebnissen aus den vorherigen Kapiteln. In der qualitativen Analyse kritisierten 26 Teilnehmende zu hohe Kosten in der gesundheitlichen Versorgung. Bei der Angabe von Gründen zu erlebten Barrieren, wurde die

zu hohe finanzielle Belastung 5-mal für ein nicht rechtzeitig erhaltenes Medikament und 7-mal für eine ärztliche Behandlung angegeben. Auch der zuvor beschriebene Zusammenhang, dass Personen der oberen Einkommensklasse mit höherer Chance zufrieden mit dem Gesundheitssystem waren, stützt dieses Ergebnis.

Die Wechselwirkung des SES mit Gesundheit, Mortalität und dem Gesundheitsverhalten ist in internationalen und nationalen Studien belegt. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) stellte in einem Bericht dar, dass Ungleichheiten in der Gesundheit in allen Ländern einem sozialen Gradienten folgen: Je niedriger die sozioökonomische Lage, desto schlechter ist die Gesundheit der Bevölkerung (107). Auch die Gesundheitsberichterstattung des Bundes bestätigte für Deutschland in verschiedenen Berichten, dass ein niedriger SES häufiger mit Krankheiten wie Herzinfarkt, Schlaganfall, Depression oder Diabetes einhergeht (108).

Frauen mit niedrigem Einkommen haben eine um acht Jahre, Männer sogar eine um elf Jahre verkürzte Lebenserwartung (19). Aktuellere Berichte zeigen, dass diese Tendenzen konstant fortbestehen (109). Der Zusammenhang sozialer Ungleichheit und der einzelnen Barrieren im Zugang zu gesundheitlichen Leistungen in Deutschland ist dagegen nur wenig erforscht. Eine vergleichbare japanische Studie, die Barrieren der älteren Bevölkerung im Zugang zum Gesundheitssystem untersuchte, zeigte, dass ältere Menschen mit niedrigem Einkommen mit höherer Wahrscheinlichkeit eine Gesundheitsleistung verspätet oder gar nicht in Anspruch nahmen. Der häufigste angegebene Grund war die zu hohe finanzielle Belastung (110).

Der bereits oben beschriebene Zusammenhang zwischen SES und dem Gesundheitsverhalten, spiegelt sich auch in den Daten zum Tabakkonsum der deutschen Bevölkerung wider. Der Anteil an Rauchern ist in der Gruppe mit niedrigem SES am höchsten (19). Das Ergebnis unserer Analyse, dass Raucher die größte Chance hatten Barrieren erlebt zu haben, könnte mit diesen allgemeinen Zusammenhängen in Beziehung stehen. Ein direkter Zusammenhang konnte in der Literatur allerdings nicht gefunden werden.

Die Korrelation zwischen erlebten Barrieren beim Zugang und der geringeren Zufriedenheit mit dem deutschen Gesundheitssystem zeigte bereits das zweite Regressionsmodell und stützt die angenommene Interaktion. Das Ergebnis, dass Personen ohne eigene Migrationserfahrung und mit höherem Schulabschluss mit höherer Chance Barrieren aufwiesen, erscheint zunächst überraschend. Es könnte daran liegen, dass z.B. der häufigste Grund „keinen Termin bekommen“ unabhängig vom Bildungsstand und Migrationserfahrung eine Barriere darstellt. Es könnte aber auch auf eine höhere Anspruchshaltung im Vergleich zu Personen mit eigener Migrationserfahrung und niedrigem Bildungsabschluss zurückgeführt werden. Diese These

bekräftigt eine Literaturübersicht zum Thema Patientenzufriedenheit von Neugbauer und Porst (2001), aus der hervorgeht, dass eine Vielzahl von Autoren berichten, dass Personen, die jung sind und einen höheren Bildungsabschluss aufweisen, kritischer in der Bewertung von Gesundheitsleistungen sind. Diesen Gruppen fällt es außerdem leichter, Kritik zu äußern (49).

Zum Zusammenhang der Inanspruchnahme alternativmedizinischer Angebote und erlebter Barrieren konnten keine Daten gefunden werden. Mehrfach belegt ist jedoch der Zusammenhang zwischen Inanspruchnahme alternativer Methoden und höherem Bildungsstatus (111). In verschiedenen Studien wurden als Hauptgrund für die Nutzung der Alternativmedizin der Aspekt diskutiert, unzufrieden zu sein mit der schulmedizinischen Versorgung oder mit den konventionellen Therapien keinen Erfolg erzielt zu haben (112, 113). Denkbar wäre, dass Personen mit diesen Motiven dem Gesundheitssystem insgesamt kritischer gegenüberstehen und daher vermehrt Barrieren empfinden.

In verschiedenen Migrantenerhebungen werden sprachliche Barrieren häufig als größtes Hindernis diskutiert (60). Das Ergebnis, dass diejenigen, die zu Hause nicht ausschließlich Deutsch sprechen, deutlich häufiger Barrieren erlebten, könnte diese Annahme stützen. Es lässt sich vermuten, dass Personen mit sprachlichen Schwierigkeiten nicht ausschließlich Deutsch zu Hause sprechen. Andererseits kann das Sprechen einer anderen Sprache im Haushalt kein Indikator dafür sein, wie gut eine Person Deutsch spricht. Die Sprache mit dem Hausarzt konnte als möglicher Einflussfaktor identifiziert werden. Dieser könnte eher mit den deutschen Sprachkenntnissen einer Person zusammenhängen. So ist eine Person mit sprachlichen Schwierigkeiten eher angewiesen auf einen Arzt oder Therapeuten, der die eigene Muttersprache versteht. Doch auch hier ist zu beachten, dass es sicherlich weitere Beweggründe dafür gibt, einen gleichsprachigen Arzt aufzusuchen. Der Anspruch auf kulturelle Sensibilität, dessen Bedarf mehrfach in der Literatur gefordert ist (114), könnte beispielsweise ein Grund sein. Personen, die mehrere Sprachen gleichzeitig mit dem Hausarzt sprechen, haben innerhalb der untersuchten Gruppen die geringste Chance, Barrieren erlebt zu haben. Dagegen haben diejenigen, die nur Türkisch sprechen die höchste Chance. Möglich wäre, dass Personen, die ausschließlich Türkisch mit dem Hausarzt sprechen, eher Sprachschwierigkeiten aufweisen und daher bei anderen medizinischen Versorgungsangeboten, die größtenteils nicht auf Migranten abgestimmt sind, vermehrt Barrieren erleben.

4.5. Schlussfolgerung

Trotz der Vielzahl an Limitationen bietet die vorliegende Arbeit einen in diesem Umfang erstmaligen und aktuellen Überblick über die Inanspruchnahme, die Zufriedenheit und die

erlebten Barrieren im Zugang zum deutschen Gesundheitssystem von türkeistämmigen Erwachsenen in Berlin und Essen. Insgesamt zeigte sich ein deutlich höherer Anteil multimorbid erkrankter Personen. Die Zahlen zur Inanspruchnahme ambulanter und präventiver Angebote sowie die Angaben zur Zufriedenheit mit den einzelnen Aspekten im Gesundheitssystem sind im Allgemeinen mit Zahlen der Allgemeinbevölkerung vergleichbar.

Die türkeistämmigen Personen zeigten sich, anders als bisher angenommen, am meisten zufrieden mit dem Aspekt der sprachlichen Verständigung mit dem Arzt. Die meistgenannten Kritikpunkte, Wartezeit und Terminvergabe, decken sich mit den Kritikpunkten der Allgemeinbevölkerung. Diese waren auch die häufigsten Gründe für empfundene Barrieren. Unterschiede deuteten sich in der stationären Versorgung und der Kontakthäufigkeit einzelner Facharztgruppen an. Außerdem zeigt die qualitative Analyse, dass der Bedarf an mehr Kultursensibilität besteht. Vorherige Erkenntnisse zu Einflussfaktoren wie Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status und Region auf die Inanspruchnahme präventiver Angebote konnten bestätigt werden. Vielfach international und national belegte Zusammenhänge des sozioökonomischen Status und der Inanspruchnahme, Zufriedenheit und dem Auftreten von Barrieren lassen sich auch auf die Türkeistämmigen in Berlin und Essen übertragen: die Inanspruchnahme präventiver Angebote korrelierte mit dem Schulabschluss, die Zufriedenheit mit der Einkommensklasse und das Auftreten von Barrieren mit beiden Variablen. Es lässt sich schlussfolgern, dass innerhalb der türkeistämmigen Gruppe insbesondere diejenigen mit geringem sozioökonomischem Status im Gesundheitssystem benachteiligt sind.

Gerade vor dem Hintergrund des wachsenden Migrantenanteils in der deutschen Bevölkerung, ergibt sich eine zunehmende Notwendigkeit der migrantensensiblen Forschung. Dies sollte Berücksichtigung finden insbesondere durch eine systematische und entsprechend des Bevölkerungsanteils und der Wohnregion repräsentative Einbindung einzelner Migrantengruppen in bevölkerungsweiten Studien. Diese Maßnahmen dienen nicht nur der Generierung von validen und repräsentativen Studienergebnissen, sondern sind eine essentielle Antwort auf die demografischen Entwicklungen.

5. Literatur

1. Statistisches Bundesamt. Bevölkerung und Erwerbstätigkeit-Bevölkerung mit Migrationshintergrund, Ergebnisse des Mikrozensus 2018. 2019;Fachserie 1 Reihe 2.2.
2. Statistisches Bundesamt. Bevölkerung und Erwerbstätigkeit- Ausländische Bevölkerung, Ergebnisse des Ausländerzentralregisters 2018. 2019;Fachserie 1 Reihe 2.
3. Hanrath J. Vielfalt der türkeistämmigen Bevölkerung in Deutschland. Aus Politik und Zeitgeschichte. 2011;43:15-21.
4. Brinkmann HU. Soziodemographische Zusammensetzung der Migrationsbevölkerung: Einwanderungsgesellschaft Deutschland. Entwicklung und Stand der Integration. 2016:144-75.
5. Schührer S. Türkeistämmige Personen in Deutschland. Erkenntnisse aus der Repräsentativuntersuchung „Ausgewählte Migrantengruppen in Deutschland 2015“ (RAM). Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2018;Working Paper 81.
6. Schimany P, Rühl S, Kohls M. Ältere Migrantinnen und Migranten- Entwicklungen, Lebenslagen, Perspektiven. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. 2012;Forschungsbericht 18.
7. Gardemann J. Migration und Gesundheit - der öffentliche Gesundheitsdienst in der Koordination gesundheitlicher Vielfalt. Das Gesundheitswesen. 2001;63(2):115-9.
8. Zeeb* HT, Baune* BT, Vollmer WT, Cremer DT, Krämer AT. Gesundheitliche Lage und Gesundheitsversorgung von erwachsenen Migranten - ein Survey bei der Schuleingangsuntersuchung. Gesundheitswesen. 2004;66(02):76-84.
9. J. C. Welt im Umbruch. Auf dem Wege in das Jahrhundert der Migration. In: Koch E, Özek M, Pfeiffer WM (Hrsg). Psychologie und Pathologie der Migration. Deutsch-Türkische Perspektiven. 1995:31-52.
10. Haasen C, Levit O, Gelbert A, Foroutan N, Norovjav A, Sinaa M, Demiralay C. Zusammenhang zwischen psychischer Befindlichkeit und Akkulturation bei Migranten. Psychiatrische Praxis. 2007;34(07):339-42.
11. Miller AM SO, Wang E, Feetham S, Choi M, Wilbur J. Acculturation, social alienation, and depressed mood in midlife women from the former Soviet Union. . Res Nurs Health. 2006;29:134-46.
12. Paukert AL PJ, Perez M, Walker RL. Affective and attributional features of acculturative stress among ethnic minority college students. J Psychol. 2006;140:405-19.

13. Acculturation, Acculturative Stress, and Depressive Symptoms in International Migrants: A Study with Vietnamese Women in South Korea. *Journal of immigrant and minority health*. 2017;20:1103–8.
14. Knipscheer JW KR. The relative contribution of posttraumatic and acculturative stress to subjective mental health among Bosnian refugees. *J Clin Psychol*.62:339-53.
15. Rommel A, Saß A-C, Born S, Ellert U. Die gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund und die Bedeutung des sozioökonomischen Status. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*. 2015;58(6):543-52.
16. Razum O. Migration, Mortalität und der Healthy-migrant-Effekt. In: Richter M, Hurrelmann K (Hrsg), *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. 2009:267-82.
17. Razum O, Zeeb H, Meesmann U, Schenk L, Bredehorst M, Brzoska P, Dercks T, Glodny S, Menkhaus B, Salman R, Saß A-C, Ulrich R. Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. 2008.
18. Spallek J, Razum O. Erklärungsmodelle für die gesundheitliche Situation von Migrantinnen und Migranten. *Health Inequalities Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit*. 2008;1:271-90.
19. Robert Koch-Institut. *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis*. In: RKI, editor. Berlin2015.
20. Frank L, Rommel A, Lampert T. Die gesundheitliche Situation von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. *GGW*. 2017;Heft 2:7-14.
21. Reeske A, Zeeb H, Razum O, Spallek J. Differences in the Incidence of Gestational Diabetes between Women of Turkish and German Origin: An Analysis of Health Insurance Data From a Statutory Health Insurance in Berlin, Germany (AOK), 2005-2007. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*. 2012;72(4):305-10.
22. Arnold M, Razum O, Coebergh JW. Cancer risk diversity in non-western migrants to Europe: An overview of the literature. *European journal of cancer (Oxford, England : 1990)*. 2010;46(14):2647-59.
23. Wengler A. The health status of first- and second-generation Turkish immigrants in Germany. *International Journal of Public Health*. 2011;56(5):493-501.

24. Wengler A. Ungleiche Gesundheit : Zur Situation türkischer Migranten in Deutschland Campus Verlag GmbH; 2013.
25. Saß A-C, Grüne B, Brettschneider AK, Rommel A, Razum O, Ellert U. Beteiligung von Menschen mit Migrationshintergrund an Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. 2015;58(6):533-42.
26. Reiss K, Dragano N, Ellert U, Fricke J, Greiser KH, Keil T, Krist L, Moebus S, Pundt N, Schlaud M, Yesil-Jürgens R, Zeeb H, Zimmermann H, Razum O, Jöckel K-H, Becher H. Comparing sampling strategies to recruit migrants for an epidemiological study. Results from a German feasibility study. The European Journal of Public Health. 2014;24(5):721-6.
27. Zahn TP, Sindel AC, Müller S-D. Erste „Berliner Migrantenstudie“: Zugang zum Gesundheitswesen und Leistungsanspruchnahme von Migranten in Berlin. Monitor Versorgungsforschung. 2016;9:38-42.
28. Horn A, Vogt D, Messer M, Schaeffer D. Health Literacy von Menschen mit Migrationshintergrund in der Patientenberatung stärken. Ergebnisse einer qualitativen Studie. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. 2015;58(6):577-83.
29. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC public health. 2012;12(1):80.
30. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, Fullam J, Kondilis B, Agrafiotis D, Uiters E. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). European journal of public health. 2015;25(6):1053-8.
31. Rudd RE. Health literacy skills of US adults. American Journal of Health Behavior. 2007;31(1):S8-S18.
32. Schwarz B, Markin K, Salman R, Gutenbrunner C. Barrieren für Migranten beim Zugang in die medizinische Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung. Rehabilitation. 2015;54(06):362-8.
33. Brzoska P, Razum O. Erreichbarkeit und Ergebnisqualität rehabilitativer Versorgung bei Menschen mit Migrationshintergrund. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. 2015;58(6):553-9.
34. Brzoska P, Razum O. Versorgungsprobleme und mögliche Lösungsstrategien bei Menschen mit Migrationshintergrund. Beispiel medizinische Rehabilitation. Deutsche medizinische Wochenschrift. 2014;139(38):1895-7.

35. Walter U, Salman R, Krauth C, Machleidt W. Migranten gezielt erreichen: Zugangswege zur Optimierung der Inanspruchnahme präventiver Maßnahmen. *Psychiatr Prax.* 2007;34(07):349-53.
36. Lindert J, Priebe S, Penka S, Napo F, Schouler-Ocak M, Heinz A. Versorgung psychisch kranker Patienten mit Migrationshintergrund. *Psychiatr Prax.* 2008;58(03/04):123-9.
37. Baschin K, Ülsmann D, Jacobi F, Fydrich T. Inanspruchnahme psychosozialer Versorgungsstrukturen. Theoretisches Modell für Personen mit Migrationshintergrund. *Psychotherapeut.* 2012;57(1):7-14.
38. Walter U, Krauth C, Kurtz V, Salman R, Machleidt W. Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Migranten unter besonderer Berücksichtigung von Sucht. *Nervenarzt.* 2007;78(9):1058-61.
39. Ulusoy N, Gräbel E. Türkische Migranten in Deutschland. Wissens- und Versorgungsdefizite im Bereich häuslicher Pflege- ein Überblick. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie.* 2010;43(5):330-8.
40. Mohammadzadeh Z, Tempel G. Ältere Migrantinnen und Migranten in Bremen: Demografische Struktur, soziale Lage und gesundheitliche Situation. *Gesundheitswesen.* 2005;67(12):832-9.
41. Zeman P. Ältere Migrantinnen und Migranten in der Altenhilfe und kommunalen Alternspolitik. In: Baykara-Krumme H., Schimany P., Motel-Klingebiel A. (eds) *Viele Welten des Alterns. Alter(n) und Gesellschaft.* VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden. 2012;22:449-65.
42. Bungartz J, Joos S, Steinhäuser J, Szecsenyi J, Freund T. Herausforderungen und Potenziale hausärztlicher Versorgung in einer multikulturellen Gesellschaft. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz.* 2011;54(11):1179-86.
43. Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung [24.11.2020]. Available from: www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/.
44. Gemeinsamer Bundesausschuss (2015) Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses [20.02.19]. Available from: www.g-ba.de/informationen/richtlinien/.
45. Horch K, Ryl L, Hintzpeter B, ML D. Kompetenz und Souveränität im Gesundheitswesen- Die Nutzerperspektive. *GBE kompakt 2: Robert Koch-Institut Berlin; 2011.*
46. Crow H, Gage H, Hampson S, Hart J, Kimber A, Storey L, Thomas H. Measurement of satisfaction with health care: Implications for practice from a systematic review of the literature. *Health technology assessment.* 2002.

47. Bruggemann A. Zur Unterscheidung verschiedener Formen von "Arbeitszufriedenheit". 1974:281-4.
48. Wüthrich-Schneider E. Qualitätsmanagement in Spitälern: Ein Modell zur Evaluation der Patientenzufriedenheit: Verlag nicht ermittelbar; 1998.
49. Neugebauer B, Porst R. Patientenzufriedenheit: ein Literaturbericht. 2001.
50. Lungen M, Siegel M, Reihle D. Determinanten der Patientenzufriedenheit in der ambulanten Versorgung. Eine empirische Abschätzung für Deutschland. STUDIEN ZU GESUNDHEIT, MEDIZIN UND GESELLSCHAFT. 2011;16.
51. Sawicki PT. Qualität der Gesundheitsversorgung in Deutschland. Medizinische Klinik. 2005;100(11):755-68.
52. Wagner C, Dobrick K, Verheyen F. Europabefragung 2010. EU-Auslandsbehandlungen: Patientenzufriedenheit, Qualität, Information und Potential [EU Cross-border Health Care Survey 2010 EU Cross-border Treatments: Patient Satisfaction, Quality, Information, and Potential] WINEG Wissen. 2010;2.
53. Scherenberg V. Unterschiedliche Bevölkerungsgruppen und das deutsche Gesundheitssystem: Erfahrungen, Zufriedenheit und Erwartungen. Gesundheitsmonitor. 2014:158-75.
54. Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld GmbH. Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2019. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage. 2019.
55. Huptasch B, Santos S, Suling A, Passon A, Lungen M. Ungleichheiten der Gesundheitsversorgung- Befragung von Bürgern in zwei Kölner Stadtteilen. Studien zu Gesundheit, Medizin und Gesellschaft. 2011;04.
56. Mastaki JK. Migrant patients' satisfaction with health care services: a comprehensive review. Italian Journal of Public Health. 2012;7(1).
57. Borde T, David M, Kentenich H. What Turkish-speaking women expect in a German hospital and how satisfied they are with health care during their stay in a gynaecological hospital in Berlin-a comparative approach. Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)). 2002;64(8-9):476-85.
58. Gerlach H, Becker N, Fuchs A, Wollny A, Abholz H. Discrimination of Blacks on account of their skin colour? Results of focus group discussions with victims in the German health-care system.

Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)). 2008;70(1):47-53.

59. Brandes I, Gerken U, Walter U. Einflussfaktoren auf das gesundheitsbezogene Inanspruchnahmeverhalten türkischsprachiger Migranten. *Z Med Psychol.* 2009;18(08/09):124-34.

60. Bermejo I, Hölzel LP, Kriston L, Härter M. Subjektiv erlebte Barrieren von Personen mit Migrationshintergrund bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz.* 2012;55(8):944-53.

61. Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration FuI. 11. Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration –Teilhabe, Chancengleichheit und Rechtsentwicklung in der Einwanderungsgesellschaft Deutschland. 2016.

62. Maier I, Kriston L, Härter M, Hölzel L, P. Bermejo I. Psychometrische Überprüfung eines Fragebogens zur Erfassung der Barrieren der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch Personen mit Migrationshintergrund. *Gesundheitswesen.* 2015;77:749-56.

63. Maruish ME. User's manual for the SF-12v2 Health Survey: Lincoln; 2012.

64. Leiner D.J. SoSci Survey [computer software] (Version 3.1.06) 2019 [Available from: <https://www.soscisurvey.de>].

65. Brand T, Samkange-Zeeb F, Dragano N, Keil T, Krist L, Yesil-Jürgens R, Schlaud M, Jöckel K-H, Razum O, Reiss K, Greiser KH, Zimmermann H, Becher H, Zeeb H. Participation of Turkish Migrants in an Epidemiological Study: Does the Recruitment Strategy Affect the Sample Characteristics? *Journal of immigrant and minority health.* 2018.

66. Brauns H, Scherer S, Steinmann S. The CASMIN educational classification in international comparative research. *Advances in cross-national comparison: Springer; 2003.* p. 221-44.

67. American Association for Public Opinion Research. Standard definitions: Final dispositions of case codes and outcome rates for surveys. 2011.

68. Mayring P. *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken.* 12., überarbeitete Auflage. Beltz. Weinheim; 2015.

69. Winkler V, Leitzmann M, Obi N, Ahrens W, Edinger T, Giani G, Linseisen J, Löffler M, Michels K, Nöthlings U. Response in individuals with and without foreign background and application to the National Cohort in Germany: which factors have an effect? *International Journal of Public Health.* 2014;59(3):555-63.

70. Frank L, Yesil-Jürgens R, Born S, Hoffmann R, Santos-Hövenner C, Lampert T. Maßnahmen zur verbesserten Einbindung und Beteiligung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in KiGGS Welle 2. *Journal of Health Monitoring*. 2018;3(1).
71. Bartig S, Rommel A, Santos-Hövenner C, Schmich P, von Schenk U, Gößwald A, Lampert T. Das IMIRA-Projekt – Verbesserung der Informationsgrundlagen zur Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund. *Journal of Health Monitoring*. 2018;3(2):6.
72. Lee SK, Sulaiman-Hill CR, Thompson SC. Overcoming language barriers in community-based research with refugee and migrant populations: options for using bilingual workers. *BMC international health and human rights*. 2014;14:11.
73. Schenk L, Neuhauser H. Methodische Standards für eine migrantensensible Forschung in der Epidemiologie. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz*. 2005;48(3):279-86.
74. Robert Koch-Institut. Krankenhausaufenthalt. Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012“. RKI, Berlin 2014.
75. Prütz F, Rommel A. Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlungen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*. 2017;2(4):95-100.
76. Rattay P, Butschalowsky H, Rommel A, Prütz F, Jordan S, Nowossadeck E, Domanska O, Kamtsiuris P. Inanspruchnahme der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*. 2013;56(5-6):832-44.
77. Statistisches Bundesamt (Destatis). Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser 2017. 2018;Fachserie 12 Reihe 6.1.1.
78. Scherer M, Lühmann D, Kazek A, Hansen H, Schäfer I. Patienten in Notfallambulanzen: Querschnittstudie zur subjektiv empfundenen Behandlungsdringlichkeit und zu den Motiven, die Notfallambulanzen von Krankenhäusern aufzusuchen. *Deutsches Ärzteblatt*. 2017;114:645-52.
79. Stillfried D, Czihal T, Erhart M. Rolle der Krankenhäuser in der Notfallversorgung in Deutschland: Daten belegen massiven Reformbedarf. Berlin: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland; 2017.
80. Haas C, Larbig M, Schöpke T, Lübke-Naberhaus K-D, Schmidt C, Brachmann M, Dodt C. Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus – Fallkostenkalkulation und Strukturanalyse der Management Consult Kestermann GmbH (MCK) erstellt in Kooperation mit der DGINA. Hamburg 2015.

81. Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Teilnahme am gesetzlichen Gesundheits-Check-up 2012 bis 2013 2015 [25.02.19]. Available from: www.gbe-bund.de.
82. Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Teilnahme an gesetzlichen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen 2015 [25.02.19]. Available from: www.gbe-bund.de.
83. Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Teilnahme an gesetzlichen Früherkennungsuntersuchungen (fäkaler okkultur Bluttest (FOBT), Koloskopie) und an Beratungen zur Prävention von Darmkrebs 2015 [25.02.19]. Available from: www.gbe-bund.de.
84. Starker A, Buttman-Schweiger N, Kraywinkel K, Kuhnert R. Inanspruchnahme der Darmspiegelung in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*. 2017;2(4):81-7.
85. Starker A, Kraywinkel K, Kuhnert R. Früherkennung von Brustkrebs: Inanspruchnahme der Mammografie in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*. 2017;2(4):74-80.
86. Starker A, Bertz J, Saß A-C. Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen. Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2010“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin. 2010:27-88.
87. Thode N, Bergmann E, Kamtsiuris P, Kurth B-M. Einflussfaktoren auf die ambulante Inanspruchnahme in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt- Gesundheitsforschung- Gesundheitsschutz*. 2005;48(3):296-306.
88. Lampert T, Kroll L, Müters S, Stolzenberg H. Messung des sozioökonomischen Status in der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt- Gesundheitsforschung- Gesundheitschutz*. 2013;56(5-6):631-6.
89. Starker A, Saß A-C. Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt- Gesundheitsforschung- Gesundheitschutz*. 2013;56(5-6):858-67.
90. Richter M, Brand H, Rössler G. Sozioökonomische Unterschiede in der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen und Maßnahmen der Gesundheitsförderung in NRW. *Gesundheitswesen*. 2002;64(07):417-24.
91. Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen. Gesundheit durch Bewegung fördern. Empfehlungen für Wissenschaft und Praxis. LIGA. Fokus 12. 2011.

92. Rütten A, Abu-Omar K, Lampert T, Ziese T. Körperliche Aktivität: Robert Koch-Institut, Gesundheitsberichterstattungen des Bundes; 2005.
93. Warburton DE, Nicol CW, Bredin SS. Health benefits of physical activity: the evidence. *Cmaj*. 2006;174(6):801-9.
94. Belloc NB, Breslow L. Relationship of physical health status and health practices. *Preventive medicine*. 1972;1(3):409-21.
95. Lee I-M, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT, Kahlmeier S. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *The lancet*. 2012;380(9838):219-29.
96. Priebe S, Sandhu S, Dias S, Gaddini A, Greacen T, Ioannidis E, Kluge U, Krasnik A, Lamkaddem M, Lorant V, Riera RP, Sarvary A, Soares JJ, Stankunas M, Strassmayr C, Wahlbeck K, Welbel M, Bogic M. Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC public health*. 2011;11:187.
97. Ullrich S, Briel D, Nesterko Y, Hiemisch A, Brähler E, Glaesmer H. Verständigung mit Patienten und Eltern mit Migrationshintergrund in der stationären allgemeinpädiatrischen Versorgung. *Gesundheitswesen*. 2016;78(04):209-14.
98. de Miranda KL, Prosi D, Schmidt U, Wecker H. Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung: Gibt es strukturelle Unterschiede? *Zeitschrift für Wirtschaftspolitik*. 2018;67(3):288-307.
99. Adler A. Die Frage zur Sprache der Bevölkerung im deutschen Mikrozensus 2017. Ein Arbeitspapier. 2018.
100. Kirsch IS. Adult literacy in America: A first look at the results of the National Adult Literacy Survey: ERIC; 1993.
101. Kreps GL, Sparks L. Meeting the health literacy needs of immigrant populations. *Patient education and counseling*. 2008;71(3):328-32.
102. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of internal medicine*. 2011;155(2):97-107.
103. Quenzel G, Schaeffer D, Messer M, Vogt D, Pelikan J, Röthlin F. Health Literacy–Gesundheitskompetenz vulnerabler Bevölkerungsgruppen. Bielefeld: Universität Bielefeld. 2016.
104. Schaeffer D, Vogt D, Berens E-M, Messer M, Quenzel G, Hurrelmann K. Health literacy in Deutschland. *Health Literacy: Forschungsstand und Perspektiven Hogrefe*, Bern. 2017:129-44.

105. Schaeffer D, Berens E-M, Vogt D. Health literacy in the German population— results of a representative survey. *Deutsches Ärzteblatt International*. 2017;114:53-60.
106. Schaeffer D, Berens E-M, Weishaar H, Vogt D, editors. *Gesundheitskompetenz in Deutschland–Nationaler Aktionsplan*. Public Health Forum; 2017: De Gruyter.
107. World Health Organization. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: Commission on Social Determinants of Health final report*: World Health Organization; 2008.
108. Lampert T, Saß A-C, Häfelinger M, Ziese T. *Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung*. Robert Koch-Institut Berlin; 2005.
109. Lampert T, Hoebel J, Kroll LE. *Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung in Deutschland–Aktuelle Situation und Trends*. *Journal of Health Monitoring*: Robert Koch-Institut, Berlin; 2019. p. 3-14.
110. Murata C, Yamada T, Chen C-C, Ojima T, Hirai H, Kondo K. Barriers to health care among the elderly in Japan. *Int J Environ Res Public Health*. 2010;7(4):1330-41.
111. Frass M, Strassl RP, Friehs H, Müllner M, Kundi M, Kaye AD. Use and acceptance of complementary and alternative medicine among the general population and medical personnel: a systematic review. *Ochsner Journal*. 2012;12(1):45-56.
112. Hentschel C, Kohnen R, Hauser G, Lindner M, Ernst E, Hahn E. Entscheidung zur Komplementärmedizin: sachorientiert oder irrational? *DMW-Deutsche Medizinische Wochenschrift*. 1996;121(50):1553-60.
113. Eardley S, Bishop FL, Prescott P, Cardini F, Brinkhaus B, Santos-Rey K, Vas J, von Ammon K, Hegyi G, Dragan S. A systematic literature review of complementary and alternative medicine prevalence in EU. *Complementary Medicine Research*. 2012;19(Suppl. 2):18-28.
114. Yilmaz-Aslan Y, Brzoska P, Berens EM, Salman R, Razum O. *Gesundheitsversorgung älterer Menschen mit türkischem Migrationshintergrund. Qualitative Befragung von Gesundheitsmediatoren*. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. 2013;46(4):346-52.

Anhang

1. Anhang: Erstes Anschreiben	84
2. Anhang: Teilnehmerinformation	86
3. Anhang: Fragebogen	88

1. Anhang: Erstes Anschreiben



Charité | Campus Mitte | 10098 Berlin

Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie

Direktor: Prof. Dr. Stefan N. Willich, MPH, MBA



Zertifiziert nach DIN EN ISO 9001:2015

Prof. Dr. med. Thomas Keil

Studienärztin Frau Solak

Studienärztin Frau Durak

Tel.: 030/450 529 095

Fax: 030/450 529 902

studie2018@charite.de

<https://epidemiologie.charite.de>

Berlin, 04.03.2019

Einladung zur Teilnahme an der „Studie zur Gesundheit von türkeistämmigen Erwachsenen in Berlin – Zweitbefragung“

Sehr geehrte/r Frau/ Herr «Name»,

wir laden Sie herzlich ein, an der „**Studie zur Gesundheit von türkeistämmigen Erwachsenen in Berlin - Zweitbefragung**“ teilzunehmen. Diese Studie wird vom Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie der Charité – Universitätsmedizin Berlin durchgeführt.

Und darum geht es:

Inwieweit Migration die Gesundheit und die Nutzung medizinischer Angebote beeinflusst, ist bis heute nicht ausreichend verstanden. In Deutschland leben sehr viele Menschen, die selbst oder deren Vorfahren aus der Türkei zugewandert sind. Vor einigen Jahren wurde bereits eine Studie zur Gesundheit von türkeistämmigen Erwachsenen in Berlin durchgeführt. Ziel ist es nun, aktualisierte Informationen über den Gesundheitszustand von türkeistämmigen Berlinern zu sammeln und diese mit den Ergebnissen der ersten Befragung zu vergleichen. Darüber hinaus interessieren uns die Zufriedenheit mit dem deutschen Gesundheitssystem und die Nutzung medizinischer Angebote.

Wie sind wir auf Sie gekommen?

Sie haben bereits vor einigen Jahren an der oben genannten ersten Befragung zur Gesundheit türkeistämmiger Erwachsener in Berlin teilgenommen, die damals gemeinsam vom Robert Koch-Institut und dem Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie durchgeführt wurde. Sie haben bei dieser ersten Befragung angegeben, dass wir Sie wieder kontaktieren dürfen. Daher haben Sie diesen Brief mit der Einladung zur Teilnahme an der Zweitbefragung erhalten.

Ihre Teilnahme ist wichtig!

Die Teilnahme an dieser Studie ist natürlich freiwillig. Es ist aber wichtig, dass möglichst viele der Eingeladenen teilnehmen, um aussagekräftige Daten zu erhalten. Da wir die Vielfaltigkeit der in Deutschland lebenden türkeistämmigen Bevölkerung möglichst gut abbilden möchten, sind Vertreter aller Personengruppen herzlich eingeladen – egal welchen Alters, ob topfit oder gesundheitlich beeinträchtigt, egal welcher Nationalität.

CHARITÉ - UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN

Besucheradresse: Luisenstr. 57, 10117 Berlin
im Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften

Was erwartet mich?

Wir laden Sie ein, für die Studie den mitgesandten Fragebogen zu den Themen Gesundheit, Lebensstil, Nutzung medizinischer Angebote und Probleme im deutschen Gesundheitssystem zu beantworten. Sie haben dabei die Möglichkeit, den Fragebogen als Online-Version oder in Papierform auszufüllen.

Die Teilnahme bringt Ihnen auch einen ganz konkreten Vorteil:

Mit Ihrer Teilnahme tragen Sie dazu bei, dass Probleme im deutschen Gesundheitssystem für türkeistämmige Berliner eher erkannt und verbessert werden. Außerdem erhalten Sie von uns einen **Einkaufsgutschein von REWE im Wert von 15 €**, sobald der ausgefüllte Fragebogen bei uns eingegangen ist.

Der Datenschutz ist uns wichtig.

Ihre Angaben werden nach den Bestimmungen des Berliner Datenschutzgesetzes streng vertraulich behandelt. Sie werden in pseudonymisierter Form (Name und Adresse werden durch eine Nummer ersetzt) erfasst und ausgewertet. Das Studienpersonal unterliegt der Schweigepflicht. Personenidentifizierende Daten werden unter keinen Umständen an Dritte weitergegeben.

Wenn Sie teilnehmen möchten, können Sie den Fragebogen entweder auf **Deutsch** oder **Türkisch** beantworten.

- Für die Studienteilnahme in Form des **Online-Fragebogens** loggen Sie sich bitte auf der folgenden Website

<https://sozmed.charite.de/Gesundheitsstudie/>

mit Ihrem persönlichen Passwort **«Passwort»** ein, bestätigen Ihre Einwilligung zur Teilnahme und füllen den Fragebogen aus.
Bitte behalten Sie eine der von uns zugesandten Einwilligungserklärungen für Ihre Unterlagen.

- Für die Teilnahme in **Papierform** füllen Sie bitte eine der beigefügten Einwilligungserklärungen und den Fragebogen aus.
Senden Sie bitte die **ausgefüllte Einwilligungserklärung und den Fragebogen** per Post in dem beiliegenden Rückumschlag **portofrei** an unser Institut zurück.
Die zweite Einwilligungserklärung behalten Sie bitte selbst für Ihre Unterlagen.

Weitere Informationen zur Studie können Sie der beiliegenden Teilnehmerinformation entnehmen. Falls Sie noch Fragen haben, können Sie sich außerdem telefonisch oder per E-Mail an unsere deutsch- und türkischsprachigen Studienärztinnen (Frau Solak, Frau Durak) wenden.

Telefon: 030/450 529 095
E-Mail: studie2018@charite.de

Über Ihre Teilnahme würden wir uns sehr freuen!

Falls wir in den nächsten 3 Wochen nichts von Ihnen hören, würden wir Sie noch einmal telefonisch oder schriftlich an die Studie erinnern.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. Thomas Keil
Projektleiter

2. Anhang: Teilnehmerinformation



Version 1.1 vom 13.11.2017

Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie

Teilnehmerinformation

Studie zur Gesundheit von türkeistämmigen Erwachsenen in Berlin - Zweitbefragung

Das Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie der Charité - Universitätsmedizin Berlin (im Folgenden „Institut“ genannt) untersucht die Gesundheit und den Lebensstil von türkeistämmigen Erwachsenen in Berlin. Geleitet wird die Studie von dem stellvertretenden Institutsdirektor, Prof. Dr. med. Thomas Keil.

Ziel der Studie

Sie haben vor einigen Jahren bereits an dieser Studie der Charité teilgenommen und wurden zu Ihrer Gesundheit befragt. Die aktuelle Zweitbefragung der Teilnehmer der „Studie zur Gesundheit von türkeistämmigen Erwachsenen in Berlin“ hat das Ziel, aktualisierte Informationen über den Gesundheitszustand von türkeistämmigen Berlinern zu sammeln und diese mit den Ergebnissen der ersten Befragung zu vergleichen. Darüber hinaus interessiert uns Ihre Zufriedenheit mit dem deutschen Gesundheitssystem.

Welche Vorteile habe ich?

Mit Ihrer Teilnahme tragen Sie dazu bei, dass Probleme im deutschen Gesundheitssystem für türkeistämmige Berliner eher erkannt und verbessert werden. Außerdem erhalten Sie von uns einen **Einkaufsgutschein von REWE im Wert von 15 €**, sobald der ausgefüllte Fragebogen bei uns eingegangen ist.

Was erwartet mich?

Für die Studie bitten wir Sie, einen Fragebogen zu den Themen allgemeine Gesundheit, Erkrankungen, Lebensstil, Nutzung medizinischer Angebote und Probleme im deutschen Gesundheitssystem zu beantworten. Sie haben die Möglichkeit, den Fragebogen als Online-Version oder in Papierform auf Deutsch oder Türkisch auszufüllen. Die Beantwortung des Fragebogens wird etwa 20-30 Minuten dauern.

Was sind die nächsten Schritte für mich?

- Sie erhalten mit dem Anschreiben und dieser Teilnehmerinformation sowohl die Papierform des Fragebogens als auch den Link und Ihr Passwort für die Online-Version.
- Wenn Sie sich für die Studienteilnahme in Form des Online-Fragebogens entscheiden, loggen Sie sich bitte auf der im Anschreiben genannten Website mit Ihrem persönlichen Passwort ein, wählen Ihre bevorzugte Sprache, bestätigen Ihre Einwilligung zur Teilnahme und füllen den Fragebogen aus. Bitte behalten Sie eine der von uns zugesandten Einwilligungserklärungen für Ihre Unterlagen.
- Wenn Sie sich für die Studienteilnahme in Papierform entscheiden, füllen Sie bitte eine der beigefügten Einwilligungserklärungen und den Fragebogen in der Sprache Ihrer Wahl aus. Senden Sie bitte beide Formulare per Post in dem beiliegenden Rückumschlag portofrei an das Institut zurück. Die zweite Einwilligungserklärung behalten Sie bitte selbst für Ihre Unterlagen.
- Die Daten werden anschließend vom Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie der Charité ausgewertet.

Ist die Teilnahme freiwillig?

Die Teilnahme an dieser Studie ist freiwillig und kann nur mit Ihrer ausdrücklichen schriftlichen Einwilligung stattfinden. Sie können die Studie jederzeit und ohne Angabe von Gründen abbrechen, ohne dass Ihnen dadurch Nachteile entstehen. Die Studie wurde von der Ethikkommission der Charité genehmigt.

Erklärung zum Datenschutz und zur Vertraulichkeit meiner Angaben

Im Rahmen der Studie wird größter Wert auf die Einhaltung von datenschutzrechtlichen Bestimmungen, der Wahrung der Privatsphäre sowie die Vertraulichkeit der Daten gelegt. Selbstverständlich werden Ihre personenbezogenen Daten nicht an Dritte weitergegeben. Nur einzelne, von der Studienleitung benannte und schriftlich festgelegte, Personen des Instituts haben Zugriff auf Ihre persönlichen Daten. Es werden alle Anforderungen des Berliner Datenschutzgesetzes erfüllt.

Auf der Website des Online-Fragebogens können Sie sich nur mit Ihrem persönlichen Passwort einloggen.

Sobald Sie den Fragebogen vollständig ausgefüllt haben, ist der Link ungültig.

Um Ihre Gesundheitsdaten Ihren persönlichen Daten zuordnen zu können, ist ein Pseudonym, Ihre sogenannte Studien-Identifikationsnummer (ID-S) erforderlich. Dieses wurde im Rahmen der ersten Befragung 2011 erstellt und dient weiterhin als Schlüssel für die Zuordnung der erhobenen Daten. Die Fragebogendaten werden pseudonymisiert und verschlüsselt (HTTPS) an eine geschützte Datenbank übertragen. Die gesendeten Daten lassen keine Rückschlüsse auf Ihre Person zu.

Der Server, auf dem die Website aufgesetzt ist, wird von dem Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie der Charité betrieben. Zugriff zu den eingegebenen Gesundheitsdaten auf der Website haben nur autorisierte Studienmitarbeiter.

Alle wissenschaftlichen Auswertungen werden mit den pseudonymisierten Daten durchgeführt. Das bedeutet, dass später niemand aus den Ergebnissen Rückschlüsse auf Ihre Person ziehen kann.

Was geschieht mit meinen Daten?

Ihre Kontaktdaten und das Original Ihrer Einwilligungserklärung werden getrennt von dem von Ihnen ausgefüllten Fragebogen im Institut für 10 Jahre gesichert aufbewahrt.

Die im Rahmen der Studie erhobenen Daten und Ergebnisse werden für 10 Jahre passwortgeschützt auf den Servern des Instituts elektronisch gespeichert. Die Papier-Fragebögen werden ebenfalls im Institut für 10 Jahre gesichert archiviert.

Wie kann ich meine Einwilligung widerrufen?

Sie können Ihre Einwilligung jederzeit teilweise oder ganz ohne Angabe von Gründen schriftlich widerrufen. Die Adresse, an die Sie Ihren Widerruf richten können, finden Sie auf der Einwilligungserklärung. Wenn Sie die Einwilligung in eine erneute Kontaktaufnahme widerrufen, werden wir Sie zukünftig nicht mehr kontaktieren. Die bis dahin erhobenen Daten dürfen weiterhin anonymisiert für wissenschaftliche Auswertungen verwendet werden.

Ein vollständiger Widerruf führt zu einer Löschung und Vernichtung der neu erhobenen Studiendaten und der personenidentifizierenden Daten. Sie werden mit einem Schreiben über die Umsetzung des Widerrufs informiert und danach nicht mehr kontaktiert.

Die Daten, die zum Zeitpunkt des Widerrufs schon für wissenschaftliche Auswertungen und Analysen genutzt wurden, können nicht mehr aus diesen entfernt wer-

den. Aus den veröffentlichten Studienergebnissen lassen sich durch die Anonymisierung der Daten jedoch keinerlei Rückschlüsse auf die teilnehmende Person ableiten.

Was ist, wenn ich noch Fragen habe?

Wenn Sie Fragen zur Studienteilnahme haben, erreichen Sie unsere deutsch- und türkischsprachigen Studienärztinnen (Frau Solak, Frau Durak) telefonisch

Montag, Mittwoch und Donnerstag

09:00 bis 15:00 Uhr

und

Dienstag

09:00 bis 18:00 Uhr

unter der Rufnummer **030/450 529 095**.

Sie können uns auch eine E-Mail senden an **studie2018@charite.de**.

Wir bedanken uns herzlich für Ihre Unterstützung.

Prof. Dr. med. Thomas Keil, Projektleiter
Charité – Universitätsmedizin Berlin
Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie
und Gesundheitsökonomie
Luisenstraße 57
10117 Berlin

3. Anhang: Fragebogen



Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie

Studie zur Gesundheit von türkeistämmigen Erwachsenen in Berlin – Zweitbefragung

Kontakt: Studienärztin Frau Solak
Studienärztin Frau Durak
030/450 529 095
studie2018@charite.de

Code

Version 1 vom 04.10.2017
Seite 1 von 20

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer,

vor ungefähr fünf Jahren haben Sie das erste Mal an dieser Studie teilgenommen. Damals wurden Sie an der Charité untersucht und zu Ihrer Gesundheit befragt.

Dafür noch einmal herzlichen Dank!

Wir möchten nun gerne wissen, wie es Ihnen aktuell geht und Ihnen daher einige Fragen zu Ihrer gesundheitlichen Situation stellen. Mit Ihrer Teilnahme an der Studie helfen Sie, Erkenntnisse zur Gesundheit und Gesundheitsversorgung türkeistämmiger Berliner zu erlangen.

Wir bitten Sie, den **Fragebogen vollständig auszufüllen** und diesen zusammen mit der **unterschriebenen Einwilligungserklärung** in dem beiliegenden Rückumschlag an uns zurückzusenden. Nachdem der ausgefüllte Fragebogen und die Einwilligungserklärung bei uns eingegangen sind, erhalten Sie von uns einen **Einkaufsgutschein von REWE im Wert von 15 €**. Alle Ihre Antworten werden vertraulich behandelt.

Wir bitten Sie, folgende Hinweise zum korrekten Ausfüllen zu beachten:



→ Richtig: setzen Sie ein Kreuz in die Mitte des Kästchens



→ Falsch: ein Strich wird nicht als Antwort gewertet



→ Korrektur: streichen Sie das falsch gesetzte Kreuz durch

Für die bessere Lesbarkeit wird in den Fragen jeweils nur die männliche Form bei allen Bezeichnungen verwendet. Die weibliche Form ist dennoch immer mit eingeschlossen!

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

A: Fragen zu Ihrer Person

1. Wie viele Personen wohnen dauerhaft in Ihrem Haushalt (inklusive Ihrer eigenen Person)?

1	2	3	4	5	6 und mehr
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Und wie viele Personen davon sind unter 18 Jahren?

0	1	2	3	4	5 und mehr
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Sind Sie derzeit berufstätig?

Ja, ich arbeite 38 Stunden oder mehr pro Woche

Ja, ich arbeite weniger als 38 Stunden pro Woche

Nein, ich bin nicht berufstätig (Hausfrau/Hausmann)

Nein, ich bin aufgrund meiner Erkrankung(en) berentet

Nein, ich bin aufgrund meines Alters berentet

Sonstiges:

4. Bei welcher Krankenversicherung sind Sie versichert?

Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)

Private Krankenversicherung (PKV)

Weiß nicht

Nicht krankenversichert

5. Welche Sprache wird in Ihrem Haushalt vorwiegend gesprochen?

Deutsch

Türkisch

Kurdisch

Sonstiges:

6. Wie hoch ist in etwa das durchschnittliche monatliche Nettoeinkommen Ihres Haushalts?

Das Nettoeinkommen ist das Geld, welches Ihrem Haushalt nach Abzug aller Steuern und Sozialversicherungsbeiträge zur Verfügung steht.

Haushaltsnettoeinkommen

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> unter 500 Euro |
| <input type="checkbox"/> 500 bis unter 750 Euro |
| <input type="checkbox"/> 750 bis unter 1.000 Euro |
| <input type="checkbox"/> 1.000 bis unter 1.500 Euro |
| <input type="checkbox"/> 1.500 bis unter 2.500 Euro |
| <input type="checkbox"/> 2.500 bis unter 3.500 Euro |
| <input type="checkbox"/> 3.500 bis unter 4.500 Euro |
| <input type="checkbox"/> 4.500 bis unter 5.500 Euro |
| <input type="checkbox"/> 5.500 bis unter 6.500 Euro |
| <input type="checkbox"/> über 6.500 Euro |
| <input type="checkbox"/> Keine Angabe |

B: Lebensstil & Gesundheitsstatus

7. Wie viel wiegen Sie zurzeit?

_____ kg

8. Rauchen Sie zurzeit Zigaretten, Zigarren, Zigarillos, Pfeife oder andere Tabakprodukte?

- | | |
|--|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nein, ich habe noch nie geraucht | <i>weiter mit Frage 11.</i> |
| <input type="checkbox"/> Nein, aber ich habe früher geraucht | <i>weiter mit Frage 9.</i> |
| <input type="checkbox"/> Ja | <i>weiter mit Frage 10.</i> |

9. Wann haben Sie endgültig aufgehört zu rauchen?

Geben Sie bitte entweder das Jahr oder, wenn Sie vor weniger als 12 Monaten aufgehört haben, die Anzahl an Monaten an.

Im Jahr _____ *weiter mit Frage 11.*

oder

Vor _____ Monaten *weiter mit Frage 11.*

10. Wie viel rauchen Sie zurzeit durchschnittlich?

Bitte geben Sie jeweils die Anzahl pro Tag oder, wenn Sie gelegentlich rauchen, pro Woche oder pro Monat an.

Anzahl Zigaretten	_____	<input type="checkbox"/> pro Tag	<input type="checkbox"/> pro Woche	<input type="checkbox"/> pro Monat
Anzahl Zigarren, Zigarillos, Pfeife	_____	<input type="checkbox"/> pro Tag	<input type="checkbox"/> pro Woche	<input type="checkbox"/> pro Monat
Anzahl anderer Tabakprodukte	_____	<input type="checkbox"/> pro Tag	<input type="checkbox"/> pro Woche	<input type="checkbox"/> pro Monat

11. Haben Sie jemals eine elektrische Zigarette (E-Zigarette) oder ein ähnliches Produkt benutzt?

<input type="checkbox"/> Nein, ich habe diese noch <u>nie benutzt</u>
<input type="checkbox"/> Ja, ich habe diese <u>mal ausprobiert</u> , aber benutze heute keine mehr
<input type="checkbox"/> Ja, ich habe diese früher <u>regelmäßig</u> benutzt, aber heute nicht mehr
<input type="checkbox"/> Ja, ich benutze diese <u>bis heute</u>

12. An wie vielen Tagen in der Woche sind Sie körperlich so aktiv, dass Sie ins Schwitzen oder außer Atem geraten?

Es geht um eine durchschnittliche Woche.

Anzahl der Tage _____ An keinem Tag, *weiter mit Frage 13.*



Und wie lange sind Sie an diesen Tagen, an denen Sie durch Ihre körperliche Aktivität ins Schwitzen oder außer Atem geraten, durchschnittlich körperlich aktiv?

<input type="checkbox"/> Weniger als 10 Minuten
<input type="checkbox"/> 10 bis unter 30 Minuten
<input type="checkbox"/> 30 bis unter 60 Minuten
<input type="checkbox"/> Mehr als 60 Minuten

13. Wurde bei Ihnen eine der folgenden Herz-, Kreislauf- und Gefäßerkrankungen von einem Arzt festgestellt?

Bitte in jeder Zeile mindestens ein Kästchen ankreuzen. Die Auswahl beider Ja-Kategorien ist möglich.

	Nein	Ja, in den letzten 5 Jahren	Ja, aber bereits vor mehr als 5 Jahren	Weiß nicht
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verengung der Herzkranzgefäße bzw. Angina Pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschwäche bzw. Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schaufensterkrankheit bzw. Durchblutungsstörungen der Beine (Arterielle Verschlusskrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchblutungsstörung des Gehirns (vorübergehende ischämische Attacke)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thrombose der tiefen Beinvenen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Wurde bei Ihnen eine der folgenden Stoffwechselerkrankungen von einem Arzt festgestellt?

Bitte in jeder Zeile mindestens ein Kästchen ankreuzen. Die Auswahl beider Ja-Kategorien ist möglich.

	Nein	Ja, in den letzten 5 Jahren	Ja, aber bereits vor mehr als 5 Jahren	Wie werden Sie zurzeit behandelt?	Weiß nicht	
Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nur mit Insulin <input type="checkbox"/> Nur mit Tabletten <input type="checkbox"/> Mit Insulin und Tabletten <input type="checkbox"/> Nur Sport und Ernährung <input type="checkbox"/> Andere Behandlung <input type="checkbox"/> Keine Behandlung	<input type="checkbox"/>	
Schwangerschaftsdiabetes (Gestationsdiabetes) bitte <u>nicht</u> berücksichtigen.						
Hohe Cholesterin-, oder andere Fettwerte im Blut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Gicht, Harnsäurerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Erkrankung der Schilddrüse (Über- oder Unterfunktion)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

15. Wurde bei Ihnen ein bösartiger Tumor (Krebs) von einem Arzt festgestellt?

Beispiele: Brustkrebs, Prostatakrebs, Lungenkrebs, Darmkrebs, Magenkrebs, Krebs der Mundhöhle/des Rachens, Bauchspeicheldrüsenkrebs, Nierenkrebs, Harnblasenkrebs, Krebs des Gebärmutterkörpers/-halses, Eierstockkrebs, Melanom, Leukämie, Lymphom.

Nein, weiter mit Frage 16.

Ja

Wenn ja:



Bitte geben Sie die genaue Bezeichnung des bösartigen Tumors und das Diagnosejahr an.

Tumorbezeichnung
und betroffenes Organ

Diagnosejahr

16. Wurde bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen der Atmungsorgane von einem Arzt festgestellt?

Bitte in jeder Zeile mindestens ein Kästchen ankreuzen. Die Auswahl beider Ja-Kategorien ist möglich.

	Nein	Ja, in den letzten 5 Jahren	Ja, aber bereits vor mehr als 5 Jahren	Weiß nicht
Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Falls ja, überwiegend allergisch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenemphysem (Chronische Überblähung der Lunge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenembolie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafapnoe (Aussetzen der Atmung während des Schlafes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Wurde bei Ihnen eine der folgenden Allergien von einem Arzt festgestellt?

Bitte in jeder Zeile mindestens ein Kästchen ankreuzen. Die Auswahl beider Ja-Kategorien ist möglich.

	Nein	Ja, in den letzten 5 Jahren	Ja, aber bereits vor mehr als 5 Jahren	Weiß nicht
Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insektengiftallergie (nach Stich durch Biene, Wespe, Hummel, Hornisse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsmittelallergie/Unverträglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausstauballergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tierhaarallergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontaktallergie (z. B. Nickelallergie, Allergie auf Waschmittel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamentenallergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Wurde bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen der Verdauungsorgane (Speiseröhre, Magen, Darm, Gallenblase, Bauchspeicheldrüse, Leber) oder der Niere von einem Arzt festgestellt?

Bitte in jeder Zeile mindestens ein Kästchen ankreuzen. Die Auswahl beider Ja-Kategorien ist möglich.

	Nein	Ja, in den letzten 5 Jahren	Ja, aber bereits vor mehr als 5 Jahren	Weiß nicht
Häufiges Sodbrennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Magenschleimhautentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magengeschwür, Zwölffingerdarmgeschwür	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colitis Ulcerosa, Morbus Crohn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zöliakie (Sprue)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reizdarm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Entzündung der Bauchspeicheldrüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Funktionseinschränkung der Leber, Leberzirrhose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Funktionseinschränkung der Niere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Falls ja, mit Dialyse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Wurde bei Ihnen ein Knochenbruch von einem Arzt festgestellt?

Bitte in jeder Zeile mindestens ein Kästchen ankreuzen. Die Auswahl beider Ja-Kategorien ist möglich.

	Nein	Ja, in den letzten 5 Jahren	Ja, aber bereits vor mehr als 5 Jahren	Weiß nicht
Handgelenk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oberarm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprunggelenk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hüfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Wurde bei Ihnen eine der folgenden anderen Muskel-Skelett-Erkrankungen von einem Arzt festgestellt?

Bitte in jeder Zeile mindestens ein Kästchen ankreuzen. Die Auswahl beider Ja-Kategorien ist möglich.

	Nein	Ja, in den letzten 5 Jahren	Ja, aber bereits vor mehr als 5 Jahren	Weiß nicht
Rückenschmerzen über 3 Monate oder länger, und zwar fast täglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose (Knochenschwund)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Karpaltunnelsyndrom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arthrose bzw. Gelenkverschleiß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatische Gelenkerkrankungen (Chronische Polyarthritis, <u>keine</u> Arthrose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Wurde bei Ihnen eine der folgenden neurologischen oder psychiatrischen Erkrankungen von einem Arzt festgestellt?

Bitte in jeder Zeile mindestens ein Kästchen ankreuzen. Die Auswahl beider Ja-Kategorien ist möglich.

	Nein	Ja, in den letzten 5 Jahren	Ja, aber bereits vor mehr als 5 Jahren	Weiß nicht
Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angsterkrankung, Panikattacke(n)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krampfanfall bzw. epileptischer Anfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parkinson-Krankheit (Schüttellähmung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alzheimer-Krankheit, Demenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C: Nutzung medizinischer Leistungen in Deutschland

22. Haben Sie einen Hausarzt (Allgemeinarzt, praktischer Arzt, hausärztlicher Internist)?

- Nein, weiter mit Frage 23. Ja, weiter mit Frage 22. a)

22. a) Welche Sprache sprechen Sie mit Ihrem Hausarzt?

Deutsch

Türkisch

Kurdisch

Sonstiges:

23. An wie vielen Tagen waren Sie in den letzten 12 Monaten insgesamt so krank, dass Sie Ihrer üblichen Tätigkeit (z.B. im Beruf, im Haushalt) nicht nachgehen konnten?

Bitte berücksichtigen Sie auch die Tage, die Sie möglicherweise im Krankenhaus verbracht haben.

Ungefähr _____ Tage

24. Waren Sie in den letzten 12 Monaten zur stationären Behandlung in einem Krankenhaus?

- Nein, weiter mit Frage 25. Ja, weiter mit Frage 24. a)

24. a) Wie viele Tage waren Sie in einem Krankenhaus?

Ungefähr _____ Tage

25. Waren Sie in den letzten 12 Monaten zur Behandlung in der Notaufnahme eines Krankenhauses?

- Nein, weiter mit Frage 26. Ja, weiter mit Frage 25. a,b)

25. a) Wie oft?

25. b) Wie oft wurden Sie anschließend direkt stationär aufgenommen?

26. Haben Sie in den letzten 12 Monaten an einer Reha teilgenommen (stationär oder ambulant)?

Gemeint sind hier alle Rehabilitationsmaßnahmen bzw. Anschluss-Heilbehandlungen, die auf Antrag von der Kranken-, Renten- oder Unfallversicherung gewährt wurden.

Nein Ja

27. An welchen der folgenden Früherkennungs-/Vorsorgeangeboten nehmen Sie regelmäßig teil?

(Mehrfachantworten möglich)

Allgemeiner Gesundheits-Check-Up ab dem 35. Lebensjahr

Schutzimpfungen

Zahnärztliche Kontrolluntersuchung

Untersuchung des Stuhls auf Blut (Hämoccult-Test, Früherkennung für Darmkrebs)

Darmspiegelung (Früherkennung für Darmkrebs)

Untersuchung der Haut auf Muttermale (Früherkennung für Hautkrebs)

Bei Frauen ♀ :

Tastuntersuchung der Brust durch einen Arzt (Früherkennung für Brustkrebs)

Röntgenuntersuchung der Brust (Mammographie, Früherkennung für Brustkrebs)

Abstrich des Gebärmutterhalses (Früherkennung für Gebärmutterhalskrebs)

Bei Männern ♂ :

Tastuntersuchung der Prostata (Früherkennung für Prostatakrebs)

Bestimmung des PSA-Spiegels (Blutuntersuchung für Prostatakrebs)

Sonstiges:

28. Welche der folgenden Fachärzte oder Therapeuten haben Sie in den letzten 12 Monaten aufgesucht?

Für alle Fachärzte/Therapeuten tragen Sie bitte die zutreffende Anzahl der Besuche in die rechte Spalte ein.

	Anzahl der Besuche in den letzten 12 Monaten
<input type="checkbox"/> Allgemeinmediziner oder Hausarzt	
<input type="checkbox"/> Arzt für Innere Medizin/Internist	
<input type="checkbox"/> Hals-Nasen-Ohrenarzt	
<input type="checkbox"/> Augenarzt	
<input type="checkbox"/> Radiologe (Röntgenarzt)	
<input type="checkbox"/> Neurologe	
<input type="checkbox"/> Psychiater oder Psychologe	
<input type="checkbox"/> Urologe	
<input type="checkbox"/> Orthopäde	
<input type="checkbox"/> Hautarzt/Allergologe	
<input type="checkbox"/> Zahnarzt	
<input type="checkbox"/> Frauenarzt	
<input type="checkbox"/> Heilpraktiker	
<input type="checkbox"/> Krankengymnast, Physiotherapeut	
Sonstiges:	

29. Haben Sie in den letzten 12 Monaten alternativmedizinische Angebote/Heilmethoden (z.B. Akupunktur, Osteopathie, Naturheilverfahren, Schröpfen, Heilkräuter) in Anspruch genommen?

Nein Ja

30. Mussten Sie in den letzten 12 Monaten einen Teil Ihrer medizinischen Versorgung selbst/privat bezahlen (z.B. Zuzahlung zu Medikamenten)?

Nein, weiter mit Frage 31. Ja, weiter mit Frage 30. a)

30. a) Wie hoch war in etwa die Summe aller Zuzahlungen in den letzten 12 Monaten?

Ungefähr _____ Euro






D: Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung in Deutschland

31. Bitte denken Sie an Ihren letzten Arztbesuch. Wo waren Sie?

Hausarzt/Allgemeinarzt Facharzt Krankenhaus/Klinik

32. Bitte denken Sie weiterhin an Ihren letzten Arztbesuch. Wie zufrieden waren Sie mit den folgenden Punkten?

Bitte wählen Sie die am ehesten zutreffende Antwort aus!

						Kann ich nicht beurteilen
Entfernung vom Wohnort/Arbeitsort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Öffnungszeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telefonische Erreichbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wartezeit auf einen Termin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wartezeit im Wartezimmer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausstattung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medizinische Betreuung durch den Arzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betreuung durch das weitere Personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeit, die der Arzt sich genommen hat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertrauensverhältnis zum Arzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprachliche Verständigung mit dem Arzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprachliche Verständigung mit dem weiteren Personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinderfreundlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barrierefreiheit (z. B. Rollstuhl)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berücksichtigung kultureller/religiöser Besonderheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheitsversorgung im Allgemeinen?

					Kann ich nicht beurteilen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E: Probleme beim Zugang zu medizinischen Leistungen in Deutschland

34. Haben Sie in den letzten 5 Jahren schon einmal notwendige Medikamente nicht rechtzeitig erhalten?

- Nein, weiter mit Frage 35. Ja, weiter mit Frage 34. a)

34. a) Was waren die Gründe? (Mehrfachantworten möglich)

Probleme bei der Verständigung mit dem Arzt/Apotheker

Zu hohe finanzielle Belastung

Kein Rezept erhalten

Öffnungszeiten der Arztpraxis/der Apotheke

Keine Apotheke in der Nähe

Sonstiges:

35. Haben Ihnen in den letzten 5 Jahren schon einmal Informationen gefehlt, um notwendige Medikamente einzunehmen?

- Nein, weiter mit Frage 36. Ja, weiter mit Frage 35. a)

35. a) Was waren die Gründe? (Mehrfachantworten möglich)

Probleme bei der Verständigung mit dem Arzt/Apotheker

Probleme beim Lesen/Verstehen der Packungsbeilage

Fehlendes Wissen über Nebenwirkungen

Sonstiges:

36. Haben Sie in den letzten 5 Jahren schon einmal notwendige ärztliche Untersuchungen oder Behandlungen nicht rechtzeitig erhalten?

- Nein, weiter mit Frage 37. Ja, weiter mit Frage 36. a)

36. a) Was waren die Gründe? (Mehrfachantworten möglich)

- Probleme bei der Verständigung mit dem Arzt
- Keinen Termin beim Arzt bekommen
- Zu hohe finanzielle Belastung
- Fehlende Informationen über das Gesundheitssystem und bestehende Angebote
- Unklar, wer der richtige Ansprechpartner ist
- Kein passendes Angebot in der Umgebung

Sonstiges:

37. Falls Sie bei den Fragen 34-36 Probleme angegeben haben: Können Sie sagen, wie Sie damit umgegangen sind? (Mehrfachantworten möglich)

- Ich habe mir Hilfe in der Familie und meinem sozialen Umfeld gesucht.
- Ich habe mir alternative Angebote im Gesundheitswesen gesucht (z.B. Notaufnahme am Wochenende).
- Ich habe die Leistungen verspätet in Anspruch genommen.
- Ich habe auf die Leistungen verzichtet.

Sonstiges:

38. Was würden Sie am deutschen Gesundheitssystem verbessern?

F: Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden

In diesem Fragebogen geht es um die Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes. Der Bogen ermöglicht es, im Zeitverlauf nachzuvollziehen, wie Sie sich fühlen und wie Sie im Alltag zurechtkommen. *Vielen Dank für die Beantwortung dieses Fragebogens!*

Bitte kreuzen Sie für jede der folgenden Fragen das Kästchen der Antwortmöglichkeit an, die am besten auf Sie zutrifft.

39. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

Ausgezeichnet	Sehr gut	Gut	Weniger gut	Schlecht
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

40. Die folgenden Fragen beschreiben Tätigkeiten, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben. Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark?

Ja, stark eingeschränkt	Ja, etwas eingeschränkt	Nein, überhaupt nicht eingeschränkt
▼	▼	▼

- a. Mittelschwere Tätigkeiten, z. B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf spielen..... 1 2 3
- b. Mehrere Treppenabsätze steigen..... 1 2 3

41. **Wie oft hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten beim Arbeiten oder bei anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?**

Immer	Meistens	Manchmal	Selten	Nie
▼	▼	▼	▼	▼

- a. Ich habe weniger geschafft als ich wollte 1 2 3 4 5
- b. Ich konnte nur bestimmte Dinge tun 1 2 3 4 5

42. **Wie oft hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund seelischer Probleme irgendwelche Schwierigkeiten beim Arbeiten oder bei anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z. B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?**

Immer	Meistens	Manchmal	Selten	Nie
▼	▼	▼	▼	▼

- a. Ich habe weniger geschafft als ich wollte 1 2 3 4 5
- b. Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten 1 2 3 4 5

43. **Inwieweit haben Schmerzen Sie in den vergangenen 4 Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert?**

Überhaupt nicht	Etwas	Mäßig	Ziemlich	Sehr
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

44. In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in den vergangenen 4 Wochen gegangen ist. Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile die Zahl an, die Ihrem Befinden am ehesten entspricht. Wie oft waren Sie in den vergangenen 4 Wochen...

	Immer ▼	Meistens ▼	Manchmal ▼	Selten ▼	Nie ▼
a. ruhig und gelassen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. voller Energie?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. entmutigt und traurig?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

45. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?

Immer ▼	Meistens ▼	Manchmal ▼	Selten ▼	Nie ▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Eidesstattliche Versicherung

„Ich, Saliha Solak, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: „Inanspruchnahme, Zufriedenheit und Barrieren in der gesundheitlichen Versorgung türkeistämmiger Erwachsener/ Utilization, satisfaction and barriers of medical care among adults of Turkish descent“ 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 kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) werden von mir verantwortet.

Meine Anteile an etwaigen Publikationen zu dieser Dissertation entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit dem Betreuer, angegeben sind. Für sämtliche im Rahmen der Dissertation entstandenen Publikationen wurden die Richtlinien des ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors) zur Autorenschaft eingehalten. Ich erkläre ferner, dass mir die Satzung der Charité – Universitätsmedizin Berlin zur Sicherung Guter Wissenschaftlicher Praxis bekannt ist und ich mich zur Einhaltung dieser Satzung verpflichte.

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

Datum

Unterschrift

Publikationsliste und Anteilserklärung

Publikation 1:

Dornquast C, **Solak S**, Durak M, Krist L, Danquah I, Jöckel KH, Schramm S, Schmidt B, Keil T, Reinhold T. Vorläufige Ergebnisse zur Inanspruchnahme, Zufriedenheit und Barrieren in der medizinischen Versorgung von türkeistämmigen Erwachsenen in Deutschland. 11. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie e.V. (dggö). Augsburg 18./19.03.2019.

- *Planung der Studie*
- *Mitarbeit bei der Erstellung aller Studienunterlagen (Fragebogen, Teilnehmerinformation, Einwilligungserklärung)*
- *Korrektur der Übersetzung aller Studienunterlagen ins Türkische*
- *Durchführung der Studie mit Datenerhebung und Probandenmanagement: Versendung der Einladungsschreiben, schriftliche und telefonische Erinnerung, Beantwortung von Rückfragen potentieller Probanden, Führung der Verwaltungsdatenbank, Dateneingabe eingegangener Fragebögen*
- *Datenanalyse und Bereitstellung der Ergebnisse für die Erstellung des Posters*
- *Interpretation und Diskussion der Ergebnisse, kritische Revision aller Posterversionen*

Publikation 2:

Dornquast C, Krist L, Reinhold T, **Solak S**, Durak M, Riens B, Icke K, Danquah I, Willich SN, Keil T. Strategien zur Erhöhung der Follow-Up-Teilnahmerate in einer Kohortenstudie von türkeistämmigen Erwachsenen. 12. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie e.V. (dggö). Wuppertal 23./24.03.2020.

- *Planung der Studie*
- *Mitarbeit bei der Erstellung aller Studienunterlagen (Fragebogen, Teilnehmerinformation, Einwilligungserklärung)*
- *Korrektur der Übersetzung aller Studienunterlagen ins Türkische*
- *Durchführung der Studie mit Datenerhebung und Probandenmanagement: Versendung der Einladungsschreiben, schriftliche und telefonische Erinnerung, Beantwortung von Rückfragen potentieller Probanden, Führung der Verwaltungsdatenbank, Dateneingabe eingegangener Fragebögen*
- *Datenanalyse und Bereitstellung der Ergebnisse für die Erstellung des Posters*
- *Interpretation und Diskussion der Ergebnisse*

Publikation 3:

Thomas R, Dornquast C, **Solak S**, Durak D. Inanspruchnahme, Zufriedenheit und Barrieren der medizinischen Versorgung türkeistämmiger Erwachsener in Berlin. 19. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF), sine loco (digital), 30.09.-01.10.2020.[doi: 10.3205/20dkvf244](https://doi.org/10.3205/20dkvf244).

- *Planung der Studie*
- *Mitarbeit bei der Erstellung aller Studienunterlagen (Fragebogen, Teilnehmerinformation, Einwilligungserklärung)*
- *Korrektur der Übersetzung aller Studienunterlagen ins Türkische*
- *Durchführung der Studie mit Datenerhebung und Probandenmanagement: Versendung der Einladungsschreiben, schriftliche und telefonische Erinnerung, Beantwortung von Rückfragen potentieller Probanden, Führung der Verwaltungsdatenbank, Dateneingabe eingegangener Fragebögen*
- *Datenanalyse und Bereitstellung der Ergebnisse für die Erstellung des Kurzvortrages*
- *Interpretation und Diskussion der Ergebnisse*

Publikation 4:

Dornquast C, **Solak S**, Durak M, Krist L, Jöckel KH, Schramm S, Schmidt B, Keil T, Reinhold T. Utilization, satisfaction and barriers of medical care among adults of Turkish descent in Germany. European Journal of Public Health, Volume 29, Issue Supplement_4, November 2019, ckz185.250, <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz185.250>.

- *Planung der Studie*
- *Mitarbeit bei der Erstellung aller Studienunterlagen (Fragebogen, Teilnehmerinformation, Einwilligungserklärung)*
- *Korrektur der Übersetzung aller Studienunterlagen ins Türkische*
- *Durchführung der Studie mit Datenerhebung und Probandenmanagement: Versendung der Einladungsschreiben, schriftliche und telefonische Erinnerung, Beantwortung von Rückfragen potentieller Probanden, Führung der Verwaltungsdatenbank, Dateneingabe eingegangener Fragebögen*
- *Datenanalyse und Bereitstellung der Ergebnisse für die Erstellung des Kurzvortrages*
- *Interpretation und Diskussion der Ergebnisse*

Publikation 5:

Krist L, Dornquast C, Reinhold T, **Solak S**, Durak M, Keil T. Strategies to enhance follow-up response in a cohort study with Berliners of Turkish descent. European Journal of Public Health, Volume 29, Issue Supplement_4, November 2019, ckz186.048, <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz186.048>.

- *Planung der Studie*
- *Mitarbeit bei der Erstellung aller Studienunterlagen (Fragebogen, Teilnehmerinformation, Einwilligungserklärung)*
- *Korrektur der Übersetzung aller Studienunterlagen ins Türkische*
- *Durchführung der Studie mit Datenerhebung und Probandenmanagement: Versendung der Einladungsschreiben, schriftliche und telefonische Erinnerung, Beantwortung von Rückfragen potentieller Probanden, Führung der Verwaltungsdatenbank, Dateneingabe eingegangener Fragebögen*
- *Interpretation und Diskussion der Ergebnisse*

Publikation 6:

Krist L, Dornquast C, Reinhold T, **Solak S**, Durak M, Icke K, Danquah I, Becher H, Willich S N, Keil T. Own migration experience is not a risk factor for incident cardiovascular disease – a cohort study. European Journal of Public Health, Volume 30, Issue Supplement_5, September 2020, ckaa166.733, <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa166.733>.

- *Planung der Studie*
- *Mitarbeit bei der Erstellung aller Studienunterlagen*
- *Korrektur der Übersetzung aller Studienunterlagen ins Türkische*
- *Durchführung der Studie mit Datenerhebung und Probandenmanagement: Versendung der Einladungsschreiben, schriftliche und telefonische Erinnerung, Beantwortung von Rückfragen potentieller Probanden, Führung der Verwaltungsdatenbank, Dateneingabe eingegangener Fragebögen*
-

Publikation 4 und 5 wurden auf der European Public Health Conference in Marseille 2019, sowie Publikation 6 virtuell auf der World Public Health Conference 2020 präsentiert.

Unterschrift, Datum und Stempel des erstbetreuenden Hochschullehrers

Unterschrift der Doktorandin

Lebenslauf

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

Danksagung

Diese Arbeit ist im Rahmen eines Forschungsprojektes am Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie der Charité-Universitätsmedizin Berlin entstanden, bei dessen Teammitgliedern ich mich einzeln bedanken möchte. Ich danke Prof. Dr. Thomas Reinhold für die Aufnahme in sein Forschungsteam und seine Betreuung, sowie Unterstützung in allen Phasen meines Promotionsvorhabens. Bei Dr. Christina Dornquast bedanke ich mich insbesondere für das Einarbeiten in SPSS, wie auch für die weiteren zahlreichen Hilfestellungen während der Erstellung meiner Arbeit. Vielen Dank an Dr. Theresa Keller für die Hilfe rund um meine statistischen Analysen. Ebenso danke ich Dr. Burgi Riens für die Einarbeitung in die Verwaltungsdatenbank, Frau Katja Icke für die Hilfe bei der Datenaufbereitung, meiner Kollegin Melike Durak, für das gemeinsame Erheben der Daten und allen anderen Personen, die zur Planung und Durchführung dieser Studie beigetragen haben. Außerdem möchte ich Prof. Dr. Thomas Keil, Dr. Lilian Krist und meiner Zweitbetreuerin PD Dr. Ina Danquah für die freundliche Zusammenarbeit im gesamten Verlauf der Studie meinen Dank aussprechen.

Vielen Dank an Prof. Dr. Karl-Heinz Jöckel vom Institut für medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie des Universitätsklinikum Essen für das Überlassen der Essener Daten, wie auch seinem Team für die konstruktive Zusammenarbeit.

Außerdem möchte ich mich bei allen Teilnehmenden der Befragungen in Berlin und Essen bedanken.

Nicht zuletzt bedanke ich mich bei allen Korrekturlesenden, meinen Freunden, Kollegen, sowie ganz besonders bei meiner Familie für ihren Zuspruch und ihre Unterstützung in jeder Hinsicht.

Statistikbescheinigung



CharitéCentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften

Charité | Campus Charité Mitte | 10117 Berlin

Institut für Biometrie und klinische Epidemiologie (iBiKE)

Direktor: Prof. Dr. Geraldine Rauch

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

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



Name, Vorname: Solak, Saliha

Emailadresse: [REDACTED]

Matrikelnummer: [REDACTED]

PromotionsbetreuerIn: Prof. Dr. Thomas Reinhold

Promotionsinstitution/ Klinik: Institut für Sozialmedizin,
Epidemiologie und Gesundheitsökonomie

Bescheinigung

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

- Termin 1: 31.07.2019
- Termin 2: per E-Mail

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

- Korrekte Anwendung der binär logistischen Regression
- Interpretation des Odds Ratios mit Konfidenzintervallen

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

Datum: 09.09.2019

Name des Beraters/ der Beraterin: Dr. Theresa Keller

Unterschrift BeraterIn, Institutsstempel


UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN
Institut für Biometrie und Klinische Epidemiologie
Campus Charité Mitte
Charitéplatz 1 | D-10117 Berlin
Besucheranschrift: Rahel-Hirsch-Weg 5