
**Inanspruchnahme von Präventionsangeboten in der
GKV durch türkischstämmige Migranten am Beispiel
von Früherkennungs- und U-Untersuchungen**

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades
Dr. Public Health (Dr. PH)
an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften
der Universität Bielefeld

Vorgelegt von
Tülan Yildirim

November 2016

1. Gutachter: Prof. Dr. Jacob Spallek
Brandenburgische TU Cottbus-Senftenberg
2. Gutachter: Prof. Dr. Thomas Gerlinger
Universität Bielefeld
3. Gutachter: Prof. Dr. Oliver Razum
Universität Bielefeld

Zusammenfassung

Hintergrund: Aufgrund ihres prozentualen Anteils an der Bevölkerung nehmen Migranten in der deutschen Gesellschaft einen wesentlichen Stellenwert ein. Menschen mit türkischem Migrationshintergrund bilden die größte Gruppe innerhalb der Migranten in Deutschland. Umso wichtiger ist es aus Public Health-Sicht, deren gesundheitliche Situation sowie das Inanspruchnahmeverhalten hinsichtlich medizinischen und präventiven Angebote herauszufinden. Denn es gibt Hinweise, dass Zugangsbarrieren ihre Inanspruchnahme beeinflussen. Im Rahmen der Sekundärprävention werden in der GKV zahlreiche Früherkennungs- und U-Untersuchungen angeboten, um Krankheiten frühzeitig zu erkennen. Informationen zur Teilnahme an diesen Untersuchungen - insbesondere durch erwachsene Migranten - liegen für Deutschland kaum vor. Theoretische Modelle sind primär auf die Morbidität und Mortalität in der Bevölkerung fokussiert.

Fragestellung und Methoden: Es soll untersucht werden, ob es Unterschiede in der Teilnahme an den sekundärpräventiven Angeboten zwischen türkischstämmigen Migranten mit Wohnsitz Berlin und einer nicht-türkischstämmigen Vergleichsgruppe gibt und welche Faktoren diese Unterschiede bewirken. Als Datengrundlage dienen Stamm- und Abrechnungsdaten der Jahre 2008 bis 2012 der AOK Nordost, die empirisch analysiert wurden. Zudem sind Aspekte wie Einstellungen sowie Wissensstand für die Inanspruchnahme von präventiven Maßnahmen bedeutsam. Deshalb wurden zusätzlich Interview- und Befragungsergebnisse aus einem Forschungsprojekt für türkischstämmige Migranten herangezogen, um damit die Ergebnisse aus den Routinedaten in Bezug auf Einstellungen und Wissen über Früherkennungs- und U-Untersuchungen zu untermauern.

Ergebnisse: Es zeigen sich relevante Unterschiede in der Inanspruchnahme von Früherkennungs- und U-Untersuchungen zwischen türkischstämmigen Migranten und der Vergleichsgruppe. Türkischstämmige Migranten nehmen alle in die Analysen einbezogenen sekundärpräventiven Angebote häufiger wahr als die Vergleichsgruppe. Allerdings ist eine regelhafte Teilnahme im Sinne der Früherkennungsuntersuchungen für Erwachsene selten gegeben. Faktoren wie Alter, Geschlecht sowie der Migrationshintergrund sind wichtige Einflussfaktoren auf die Teilnahme. Wissensdefizite, fehlende Sprachkenntnisse sowie mangelnde Gesundheitskompetenz werden als relevante Gründe für die eingeschränkte Teilnahme von türkischstämmigen Migranten an Früherkennungsuntersuchungen genannt.

Diskussion und Schlussfolgerung: Obwohl für türkischstämmige Migranten in Berlin im Gegensatz zur nicht-türkischstämmigen Vergleichsgruppe höhere Teilnahmeraten identifiziert wurden, ist im 5-Jahreszeitraum die Zahl der Nicht-Teilnehmer an Früherkennungsuntersuchungen deutlich hoch. Um das gesundheitspolitische Ziel durch Aufbau von Gesundheitskompetenz die Förderung von mündigen und informierten Patienten in der Gesellschaft zu erreichen, sind weitere Maßnahmen notwendig. Deshalb reicht allein die Teilnahmerate als Indikator für die Akzeptanz von Früherkennungsuntersuchungen nicht aus. Es sind im Lebensphasenmodell zusätzliche Einflussfaktoren zu berücksichtigen, die neben den politischen Rahmenbedingungen weitere Aspekte in Betracht ziehen. Zur Förderung einer informierten Entscheidung sollten diese nicht nur auf Migranten zugeschnitten sein, sondern auch auf die Mehrheitsbevölkerung.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	IV
Abkürzungsverzeichnis	VIII
1. Einleitung	1
2. Hintergrund und Forschungsstand	4
2.1 Migranten in Deutschland.....	4
2.2 Türkischstämmige Migranten	9
2.2.1 Türkischstämmige Migranten in Deutschland	9
2.2.2 Türkischstämmige Migranten in Berlin.....	11
2.3 Präventions- und Früherkennungsangebote in der GKV	14
2.4 Migration und Gesundheit	19
2.4.1 Theoretische Erklärungsmodelle zu Migration und Gesundheit	21
2.4.1.1 Der Healthy-Migrant-Effekt	22
2.4.1.2 Migration als "gesundheitlicher Übergang"	23
2.4.1.3 Lebenslauforientiertes Modell	25
2.4.2 Zugangsbarrieren zur Gesundheitsversorgung und Inanspruchnahmeverhalten	28
2.4.2.1 Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen in der Bevölkerung	29
2.4.2.2 Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen durch erwachsene Migranten	32
2.4.2.3 Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen durch Migrantenkinder	34
2.5 Gesundheitspolitische Maßnahmen	37
2.5.1 Nationaler Krebsplan.....	38
2.5.2 Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit	41
2.5.3 Schwerpunktjahr „Gesundheit und Pflege in der Einwanderungsgesellschaft“	43
2.5.4 Das Präventionsgesetz	44
2.6 Maßnahmen und Konzepte für Migranten	45
2.7 Zusammenfassung.....	48
3. Fragestellung und Zielsetzung der Arbeit	51
4. Methodische Vorgehensweisen.....	57
4.1 Literaturrecherche	57
4.2 Evaluationen im Forschungsprojekt GeM.....	58

4.2.1	Qualitative Interviews.....	59
4.2.2	Quantitative Befragungen	61
4.3	Untersuchung von AOK-Routinedaten	62
4.3.1	Einsatz des Namensalgorithmus.....	65
4.3.2	Datenbasis	66
4.4	Empirischer Teil.....	68
4.4.1	Performanz des Namensalgorithmus.....	69
4.4.2	Datenbereinigung	71
4.4.3	Verknüpfung Stamm- und Abrechnungsdaten	73
4.4.4	Statistische Analysen.....	74
4.4.4.1	Deskriptive Statistik	74
4.4.4.2	Regressionsanalysen	76
4.4.4.3	Datenerhebung und -analyse Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche.....	79
4.4.4.4	Datenerhebung und -analyse Früherkennungsuntersuchungen für Erwachsene	80
5.	Empirische Ergebnisse	83
5.1	Deskriptive Ergebnisse auf Basis soziodemografischer Faktoren	83
5.2	Auswertung von ambulanten Arztabrechnungsdaten	90
5.2.1	Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche	90
5.2.2	Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen für Erwachsene.....	95
5.2.2.1	Früherkennungsuntersuchungen für Frauen.....	95
5.2.2.2	Früherkennungsuntersuchungen für Männer	105
5.2.2.3	Früherkennungsuntersuchungen für Männer und Frauen	110
5.3	Ergebnisse im Rahmen des Forschungsprojektes GeM.....	127
5.3.1	Interviewergebnisse mit Ärzten und Multiplikatoren	128
5.3.2	Befragungsergebnisse von türkischstämmigen Versicherten	129
5.3.3	Ergebnisse der bundesweiten CATI-Befragung	131
6.	Diskussion der Ergebnisse	137
6.1	Zusammenfassung und inhaltliche Diskussion der zentralen Ergebnisse.....	137
6.2	Kritische Reflexion des methodischen Vorgehens	149
6.2.1	Möglichkeiten und Grenzen von GKV-Routinedaten	149
6.2.2	Möglichkeiten und Grenzen von Primärerhebungen	155
6.3	Lebenslaufperspektive für die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen in der GKV.....	156

6.4	Schlussfolgerung und Ansätze für weitere Studien.....	161
7.	Fazit.....	170
8.	Literaturverzeichnis	173
	Anhang.....	195
	Danksagung	XI
	Ehrenwörtliche Erklärung	XII

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Anteil Migranten in Deutschland im Jahr 2013.....	5
Abbildung 2: Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund nach Herkunftsregionen (Stand 2014)	6
Abbildung 3: Anzahl Menschen mit Migrationshintergrund nach Herkunftsregionen innerhalb Europas in Tausend (Stand 2014).....	7
Abbildung 4: Altersverteilung nach Migrationshintergrund und -erfahrung (Stand 2014)	8
Abbildung 5: Anteil türkischstämmiger Migranten an der Bevölkerung mit Migrationshintergrund insgesamt (Stand 2014).....	9
Abbildung 6: Altersstruktur türkischstämmiger Migranten in Deutschland (Stand 2014)	11
Abbildung 7: Stadtgebiete von Berlin nach Einwohnerherkunft und Alter (Stichtag: 31. Dezember 2014)	12
Abbildung 8: Anzahl türkischstämmige Migranten in Berlin nach Bezirken (Stichtag: 31.12.2014)	13
Abbildung 9: Altersstruktur türkischstämmiger Migranten in Berlin (Stand 2014)....	14
Abbildung 10: Einflussfaktoren auf die Gesundheit von Migranten im "lebenslauforientierten Modell"	26
Abbildung 11: Einflussfaktoren auf die Gesundheit von Migrantengenerationen im Lebenslauf.....	27
Abbildung 12: Inanspruchnahme von U3- bis U9-Untersuchungen nach Migrationshintergrund (in Prozent)	36
Abbildung 13: Skizze der untersuchten Fragestellung.....	54
Abbildung 14: Methoden in der Dissertation.....	57
Abbildung 15: Vierstufige Verfahrensweise zwecks Aufbereitung und Bereitstellung der AOK-Routinedaten für die Analysen	64
Abbildung 16: Vorgehensweise im empirischen Teil	69
Abbildung 17: Datenbereinigungsprozess Stammdaten der AOK Nordost, 2008- 2012	72
Abbildung 18: Verknüpfung Stamm- und Abrechnungsdaten aus den Jahren 2008 bis 2012.....	73
Abbildung 19: Altersstruktur von türkischstämmigen Versicherten und der Vergleichsgruppe in 2012	84
Abbildung 20: Altersverteilung für türkischstämmige Versicherte im Vergleich zu Berliner Einwohnern mit türkischem Migrationshintergrund und Vergleichsgruppe (Stichtag: 31.12.2012).....	85
Abbildung 21: Mitgliedschaftsstruktur von türkischstämmigen Versicherten und der Vergleichsgruppe in 2012	86
Abbildung 22: Struktur der Familienversicherung von türkischstämmigen Versicherten und der Vergleichsgruppe in 2012.....	87
Abbildung 23: Durchschnittliche Inanspruchnahmerate einzelner Früherkennungsuntersuchungen (U3 bis U9) nach Migrationshintergrund.....	91
Abbildung 24: Teilnahmekontinuität an einzelnen Früherkennungsuntersuchungen (U3 bis U8) nach Migrationshintergrund; Kinder Geburtsjahr 2008	92

Abbildung 25: Teilnahmerate an der J1-Untersuchung differenziert nach Alter und Migrationshintergrund im Jahr 2012	93
Abbildung 26: Teilnahmerate Krebsfrüherkennungsuntersuchungen für Frauen differenziert nach Altersgruppe und Migrationshintergrund im Jahr 2012	97
Abbildung 27: Teilnahmehäufigkeit Krebsfrüherkennungsuntersuchungen für Frauen im Zeitraum 2008 bis 2012 (5 Jahre) differenziert nach Migrationshintergrund.....	98
Abbildung 28: Teilnahmekontinuität Krebsfrüherkennungsuntersuchungen Brust und Zervix im 5-Jahreszeitraum für durchgehend versicherte türkischstämmige Frauen und für die Vergleichsgruppe, 2008 bis 2012.....	99
Abbildung 29: Teilnahmerate Mammographie-Screening differenziert nach Alter und Migrationshintergrund im Jahr 2012	102
Abbildung 30: Teilnahmehäufigkeit Mammographie-Screening im Zeitraum 2008 bis 2012 (5 Jahre) differenziert nach Migrationshintergrund.....	103
Abbildung 31: Teilnahmerate Krebsfrüherkennungsuntersuchung für Männer differenziert nach Altersgruppe und Migrationshintergrund im Jahr 2012	106
Abbildung 32: Teilnahmehäufigkeit Krebsfrüherkennungsuntersuchung für Männer im Zeitraum 2008 bis 2012 (5 Jahre) differenziert nach Migrationshintergrund.....	108
Abbildung 33: Teilnahmekontinuität Krebsfrüherkennungsuntersuchung Mann im 5-Jahreszeitraum bei durchgängig versicherten türkischstämmigen Männern und Männern aus der Vergleichsgruppe, 2008 bis 2012.....	109
Abbildung 34: Teilnahmerate Check-up 35 differenziert nach Altersgruppe und Migrationshintergrund (Frauen) im Jahr 2012.....	112
Abbildung 35: Teilnahmerate Check-up 35 differenziert nach Altersgruppe und Migrationshintergrund (Männer) im Jahr 2012	113
Abbildung 36: Teilnahmehäufigkeit Check-up 35 im Zeitraum 2008 bis 2012 (5 Jahre) differenziert nach Migrationshintergrund.....	114
Abbildung 37: Teilnahmerate Hautkrebs-Screening (EBM 01745 & 01746) nach Altersgruppe und Migrationshintergrund (Frauen) im Jahr 2012.....	117
Abbildung 38: Teilnahmehäufigkeit Hautkrebs-Screening von Frauen im Zeitraum 2009 bis 2012 (4 Jahre) differenziert nach Migrationshintergrund	118
Abbildung 39: Teilnahmerate Untersuchung Blut im Stuhl von weiblichen Versicherten nach Alter und Migrationshintergrund im Jahr 2012.....	121
Abbildung 40: Teilnahmehäufigkeit Untersuchung Blut im Stuhl im Zeitraum 2008 bis 2012 (5 Jahre) von Frauen differenziert nach Migrationshintergrund.....	122
Abbildung 41: Teilnahmeraten Darmkrebsvorsorge ab 55 Jahren differenziert nach Maßnahmen (Frauen) im Jahr 2012	123
Abbildung 42: Teilnahmerate Darmkrebsvorsorge von weiblichen Versicherten nach Altersgruppe und Migrationshintergrund im Jahr 2012	125
Abbildung 43: Wie häufig informieren Sie sich zum Thema...?	134
Abbildung 44: Frage: Welche Vorsorgemöglichkeiten kennen Sie und für wie interessant halten Sie diese?	135
Abbildung 45: Frage: Wie häufig nehmen Sie diese Vorsorgemöglichkeiten für sich selbst (oder Ihr Kind) in Anspruch?	136
Abbildung 46: Einflussfaktoren auf das Inanspruchnahmeverhalten im Lebenslaufmodell	160

Tabelle 1: Früherkennungsuntersuchungen zu Lasten der GKV	19
Tabelle 2: Datenbasis für empirische Analysen.....	67
Tabelle 3: Identifikation von unterschiedlichen Nationalitäten in den Stammdaten der AOK Nordost anhand des Nationalitätenschlüssels, Jahre 2008 bis 2012	69
Tabelle 4: Identifikation von türkischstämmigen Versicherten in den Stammdaten der AOK Nordost anhand des Namensalgorithmus, Jahre 2008 bis 2012.....	70
Tabelle 5: Identifikation von türkischstämmigen Versicherten mit Wohnsitz Berlin in den Stammdaten der AOK Nordost anhand des Namensalgorithmus, Jahre 2008 bis 2012	71
Tabelle 6: Anzahl Versicherte mit Abrechnungsfällen nach Nationalitätenschlüssel, Jahre 2008 bis 2012	74
Tabelle 7: Anzahl Versicherte mit Abrechnungsfällen nach türkischem Migrationshintergrund gemäß dem Namensalgorithmus, Jahre 2008 bis 2012	74
Tabelle 8: Codierung nominaler Variablen für die logistische Regression	78
Tabelle 9: Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche nach Anspruchsalter und EBM-Ziffer	80
Tabelle 10: Übersicht zuzahlungsfreier Früherkennungsuntersuchungen für Erwachsene in der GKV.....	82
Tabelle 11: Anzahl Personen mit türkischem Migrationshintergrund und aus der Vergleichsgruppe in den AOK-Stammdaten, 2008-2012.....	83
Tabelle 12: Versichertenmerkmale der Studienpopulation in 2012.....	89
Tabelle 13: Inanspruchnahme J1-Untersuchung in 2012 – rohe und adjustierte Odds Ratios anhand von Versichertenmerkmalen (logistische Regression)	94
Tabelle 14: Jährliche Teilnahmeraten Krebsfrüherkennungsuntersuchungen für Frauen differenziert nach Migrationshintergrund, 2008 bis 2012.....	96
Tabelle 15: Inanspruchnahme Krebsfrüherkennungsuntersuchung Frau (EBM 01733 Zervix) in 2012 – rohe und adjustierte Odds Ratios anhand von Versichertenmerkmalen (logistische Regression)	100
Tabelle 16: Jährliche Teilnahmerate Mammographie-Screening nach Migrationshintergrund, 2008-2012	101
Tabelle 17: Inanspruchnahme Mammographie-Screening in 2012 – rohe und adjustierte Odds Ratios anhand von Versichertenmerkmalen (logistische Regression)	104
Tabelle 18: Jährliche Teilnahmerate Krebsfrüherkennungsuntersuchung für Männer differenziert nach Migrationshintergrund, 2008 bis 2012	105
Tabelle 19: Inanspruchnahme Krebsfrüherkennungsuntersuchung Mann in 2012 – rohe und adjustierte Odds Ratios anhand von Versichertenmerkmalen (logistische Regression)	110
Tabelle 20: Jährliche Teilnahmerate Check-up 35 (EBM 01732) differenziert nach Geschlecht und Migrationshintergrund, 2008 bis 2012.....	111
Tabelle 21: Inanspruchnahme Check-up 35 in 2012 – rohe und adjustierte Odds Ratios anhand von Versichertenmerkmalen (logistische Regression)	115
Tabelle 22: Jährliche Teilnahmerate Hautkrebs von Frauen differenziert nach EBM-Ziffer und Migrationshintergrund, 2009 bis 2012	117
Tabelle 23: Inanspruchnahme Hautkrebs-Screening von Frauen in 2012 – rohe und adjustierte Odds Ratios anhand von Versichertenmerkmalen (logistische Regression)	119

Tabelle 24: Jährliche Teilnahmerate Untersuchung Blut im Stuhl differenziert nach Migrationshintergrund (Frauen), 2008 bis 2012	121
Tabelle 25: Jährliche Teilnahmerate Untersuchung Blut im Stuhl differenziert nach Migrationshintergrund (Frauen ab 55 Jahren), 2008 bis 2012	124
Tabelle 26: Teilnahmehäufigkeit Darmkrebsvorsorge von Frauen im Zeitraum 2008 bis 2012 (5 Jahre) differenziert nach Migrationshintergrund	126
Tabelle 27: Inanspruchnahme Darmkrebsvorsorge in 2012 – adjustierte Odds Ratios anhand von Versichertenmerkmalen (logistische Regression) für Frauen	127
Tabelle 28: Bundesweite CATI-Befragung in der türkischen Zielgruppe vom 05.-25. Juni 2012, Zusammensetzung der Stichprobe.....	132
Tabelle 29: Jährliche Teilnahmerate Untersuchung Blut im Stuhl differenziert nach Migrationshintergrund (Männer), 2008 bis 2012	195
Tabelle 30: Jährliche Teilnahmerate Darmkrebsvorsorge differenziert nach Migrationshintergrund (Männer ab 55 Jahren), 2008 bis 2012.....	196

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
AGENS	Arbeitsgruppe Erhebung und Nutzung von Sekundärdaten
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
BAMF	Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
BDSG	Bundesdatenschutzgesetz
BKK	Betriebskrankenkasse
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMI	Bundesministerium des Innern
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CATI	Computer Assisted Telephone Interview
COPD	chronic obstructive pulmonary disease
csv	Comma-separated values
DEGS	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland
DMP	Disease-Management-Programm
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
et al.	et alii
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GEDA	Gesundheit in Deutschland aktuell
GeM	Gesundheitsassistent für Migranten
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GONR	Gebührenordnungsnummer
GPS	Gute Praxis Sekundärdatenanalyse
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children
ID	Identifikator
iGeL	individuelle Gesundheitsleistungen
J-Untersuchung	Jugenduntersuchung

KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KFE-RL	Krebsfrüherkennungs-Richtlinie
KFRG	Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz
KHK	Koronare Herzkrankheit
KI	Konfidenzintervall
KIGGS	Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
KM6	Amtliche Statistik der gesetzlichen Krankenversicherung
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVdR	Krankenversicherung der Rentner
LK	Länderkennzeichen
lögd	Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst
Mio.	Millionen
NPK	Nationale Präventionskonferenz
NRW	Nordrhein-Westfalen
o.J.	ohne Jahr
OR	Odds Ratio
PLZ	Postleitzahl
PrävG	Präventionsgesetz
RKI	Robert-Koch Institut
SAS	statistical analysis system (ursprünglicher Name)
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch
SGB X	Sozialgesetzbuch Zehntes Buch
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences (ursprüngl. Name)
StAG	Staatsangehörigkeitsgesetz
vs.	versus
WHO	Weltgesundheitsorganisation, World Health Organisation
WidO	Wissenschaftliches Institut der AOK
ZI	Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung

1. Einleitung

Krebserkrankungen gehören zu den zweithäufigsten Todesursachen in Deutschland. Allein im Jahr 2012 erkrankten 478.000 Menschen neu an Krebs (RKI 2015a). Um Krebserkrankungen frühzeitig zu entdecken und die Mortalitätswahrscheinlichkeit zu senken, werden im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zahlreiche Krebsfrüherkennungsuntersuchungen angeboten. Daneben gibt es zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen weitere Angebote in der GKV. Im Jahr 2014 lebten insgesamt 3,4 Mio. Kinder im Alter von 0 bis einschließlich 5 Jahren in der Bundesrepublik (Statistisches Bundesamt 2015). Diese Kinder haben ab der Geburt Anspruch auf zehn U-Untersuchungen. Im Jugendalter können sie zusätzlich die J1-Untersuchung wahrnehmen.

Zudem ist Deutschland mit 20 Prozent Gesamtanteil an Migranten¹ eindeutig ein Zuwanderungsland. Umso wichtiger ist es, den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten von Menschen mit Migrationshintergrund zu untersuchen. Obwohl der gesetzliche Anspruch auf Gesundheitsversorgung für in Deutschland legal befindliche Menschen gegeben ist, gibt es besonders bei Migranten Hinweise auf gesundheitliche Defizite und Zugangsbarrieren zur Gesundheitsversorgung (Spallek & Razum 2007, RKI 2008a, Borde 2009b, Knipper & Bilgin 2009, Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2014, BMG 2015d). Gesundheitliche Differenzen im Hinblick auf das Inanspruchnahmeverhalten und den Gesundheitszustand innerhalb von Bevölkerungsgruppen können zu gesundheitlicher Ungleichheit führen. Diese zu minimieren hat eine hohe Public Health-Relevanz. Die Ursachen und Einflussfaktoren sind genauer zu untersuchen, um potentielle Mortalitäts- und Morbiditätsrisiken frühzeitig zu reduzieren.

Obwohl das Thema Migration und Gesundheit, wie oben bereits beschrieben, von derart hoher Public Health-Relevanz ist und aufgrund der aktuellen Flüchtlingssituation auch in Zukunft weiterhin relevant sein wird, erschweren bisher fehlende oder unzureichende Informationen zum Migrationsstatus sowie zur sozioökonomischen und gesundheitlichen Lage von Migranten Analysen zu Forschungszwecken. So bleibt es in den bisher durchgeführten Analysen weiterhin unklar, welche Einflussfaktoren für die gesundheitlichen Differenzen in der Bevölkerung verantwortlich sind. Auf

¹ Im Folgenden wird aus Gründen der sprachlichen Vereinfachung nur die männliche Form verwendet. Es sind jedoch stets Personen männlichen und weiblichen Geschlechts gleichermaßen gemeint.

politischer Ebene werden zwar die bereits identifizierten Unterschiede zwischen Migranten und der Mehrheitsbevölkerung diskutiert und durch Maßnahmen und Regelungen gegengesteuert (Die Bundesregierung 2011, Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit 2012, Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2014), dennoch ist es aufgrund der weiterhin bestehenden Differenzen fraglich, ob die bereits umgesetzten Angebote ihren Zweck erfüllen und den Bedürfnissen der Zielgruppe genügen.

Im Fokus der Gesundheitswissenschaften stehen gemäß dem Prinzip „Vorbeugen ist besser als Heilen“ Krankheitsverhütung, Lebensverlängerung und Gesundheitsförderung. Die entsprechenden Präventions- und Versorgungsangebote der GKV zielen darauf ab, vor der Manifestation chronischer Krankheiten die Gesundheitsqualität der Bevölkerung unabhängig von ihrer sozialen Situation zu verbessern und Risikofaktoren frühzeitig zu minimieren. Vor diesem Hintergrund zielt diese Forschungsarbeit darauf ab, aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht das Inanspruchnahmeverhalten von Menschen mit Migrationshintergrund hinsichtlich sekundärpräventiver Angebote theoretisch und empirisch zu untersuchen. Auf Basis von Sekundärdaten einer AOK wird am Beispiel von türkischstämmigen Migranten erstmals empirisch analysiert, inwiefern die Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen durch die Zielgruppe gegeben ist und in welchen Bereichen weiterhin Aufklärungsbedarf herrscht. Die gewonnenen Ergebnisse sollen dazu beitragen, bestehende Ansätze in der Ansprache und Aufklärung von Migranten genauer zu bewerten und gegebenenfalls zu optimieren sowie neue Handlungsempfehlungen zum Abbau von Zugangsbarrieren zu entwickeln. Denn alle gesetzlich versicherten Personen haben zwar die gleiche Zugangsmöglichkeit zur medizinischen Versorgung, dies bedeutet aber nicht, dass sie diese auch gleichermaßen nutzen bzw. in Anspruch nehmen. Die Ursachen für die unterschiedlichen Inanspruchnahmen müssen deshalb untersucht werden. Im Einzelnen sollen die Analysen die Antwort darauf geben, (1) ob es Unterschiede bei der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen zwischen türkischstämmigen Migranten und der Vergleichsgruppe gibt, (2) welche Faktoren die Unterschiede beeinflussen, (3) ob eine regelhafte Inanspruchnahme gegeben ist und (4) welche Gründe für oder gegen eine Inanspruchnahme sprechen.

In den nachfolgenden Kapiteln wird zunächst ein kurzer Überblick über Migranten in Deutschland und deren Situation gegeben. Anschließend erfolgt eine Einführung in die Themen Prävention und Gesundheitsförderung, die aktuellen Leistungen in der ambulanten Versorgung für gesetzlich Krankenversicherte sowie die wesentlichen gesundheitspolitischen Maßnahmen in den letzten Jahren. Darüber hinaus wird der

Forschungsstand zum Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit sowie einige Forschungsergebnisse vorgestellt, die den Gesundheitszustand sowie die Inanspruchnahme von Versorgungs- und Präventionsangeboten von Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur Mehrheitsbevölkerung beschreiben. Der Schwerpunkt wird auf die Nutzung von sekundärpräventiven Früherkennungsuntersuchungen in der GKV gelegt, was auch das Thema dieser Dissertation ist. Da es in der GKV differenzierte zuzahlungsfreie Früherkennungsuntersuchungen für Kinder, Jugendliche sowie Erwachsene gibt, werden die jeweiligen Studienergebnisse vorgestellt (Kapitel 2). Nach Eingrenzung des Forschungsvorhabens und der relevanten Fragestellungen (Kapitel 3) wird in Kapitel 4 die methodische Vorgehensweise beschrieben. Im Anschluss werden die einzelnen empirischen Ergebnisse der Arbeit dargestellt (Kapitel 5). Abschließend werden in Kapitel 6 die Ergebnisse und die Methoden diskutiert. Mit Hilfe der erzielten Ergebnisse wird ein bestehendes theoretisches Modell weiterentwickelt, die gesundheitspolitische sowie -wissenschaftliche Relevanz des Dissertationsthemas herausgearbeitet und ein Ausblick auf mögliche Forschungsvorhaben gegeben.

2. Hintergrund und Forschungsstand

2.1 Migranten in Deutschland

Deutschland ist innerhalb Europas eines der wichtigsten und attraktivsten Einwanderungsländer für Migranten (BAMF 2013). Allgemein werden unter dem Begriff Migration Wanderungsbewegungen von Personen verstanden. Das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge definiert Migration als räumliche Verlegung des Lebensmittelpunktes. Eine internationale Migration liegt vor, wenn Zu- und Fortzüge über Staatsgrenzen hinaus geschehen. Demnach wird zwischen der Binnenwanderung innerhalb eines Landes und einer internationalen Wanderung über die Landesgrenzen hinaus unterschieden (BMI & BAMF 2012).

Bis 2005 wurden zur Quantifizierung von Migranten in den amtlichen Statistiken lediglich Ausländerinnen und Ausländer benannt, die anhand ihrer Staatsangehörigkeit identifiziert wurden. Diese machen in der Bevölkerung einen Anteil von ca. 9 Prozent aus. Das Merkmal ausländischer Staatsangehöriger alleine beschreibt heute nicht mehr alle Migranten in einem Einwanderungsland. Es werden weitere Attribute benötigt, um diese in den amtlichen Daten komplett ausweisen zu können. Mit dem Mikrozensusgesetz 2005 wurde zum ersten Mal für alle nach 1949 Zugewanderten der Begriff „Menschen mit Migrationshintergrund“ eingeführt. Dieser ermöglicht es, zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund sowie mit eigener und ohne eigene Migrationserfahrung zu unterscheiden. Innerhalb der Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund erlaubt diese zusätzliche Differenzierung in den Daten, sowohl Ausländer als auch Deutsche mit eigener und ohne eine eigene Migrationserfahrung² auszuweisen (Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2010, Statistisches Bundesamt Band I 2011, BMI & BAMF 2012).

Laut dem Datenreport 2011 wurden nach dieser Definition im Jahr 2009 zusätzlich zu den rund 7 Mio. Ausländern alle (Spät-)Aussiedlerinnen und Aussiedler, Eingebürgerte sowie deren Kinder subsummiert, unabhängig davon, ob eine eigene Migrationserfahrung bestand oder nicht. Somit lebten in 2009 in Deutschland über 16 Mio. und in 2013 rund 15,9 Mio. Menschen mit Migrationshintergrund. Der Anteil an der Gesamtbevölkerung lag bei rund 20 Prozent (Statistisches Bundesamt Band I 2011, 2014). Aktuelle Mikrozensusdaten aus 2014 beziffern, dass 16,4 Mio. Menschen in

² Hierbei handelt es sich um eingebürgerte Migranten, d.h. um Personen mit Migrationshintergrund, die die deutsche Staatsangehörigkeit angenommen haben.

Deutschland einen Migrationshintergrund im engeren Sinn³ hatten. Für zwei Drittel konnte eine eigene Migrationserfahrung ermittelt werden (erste Generation), während ein Drittel in Deutschland geboren war (zweite oder dritte Generation). 44 Prozent der Zuwanderer hatten eine ausländische Staatsangehörigkeit. Gemessen an der Bevölkerungszahl in 2014 in Deutschland (80,897 Mio.) machten Menschen mit Migrationshintergrund einen Anteil von 20,3 Prozent aus (Statistisches Bundesamt 2015). In 2013 lag der Anteil vergleichsweise noch bei 19,7 Prozent (s. Abbildung 1) (BAMF 2013, Statistisches Bundesamt 2014).

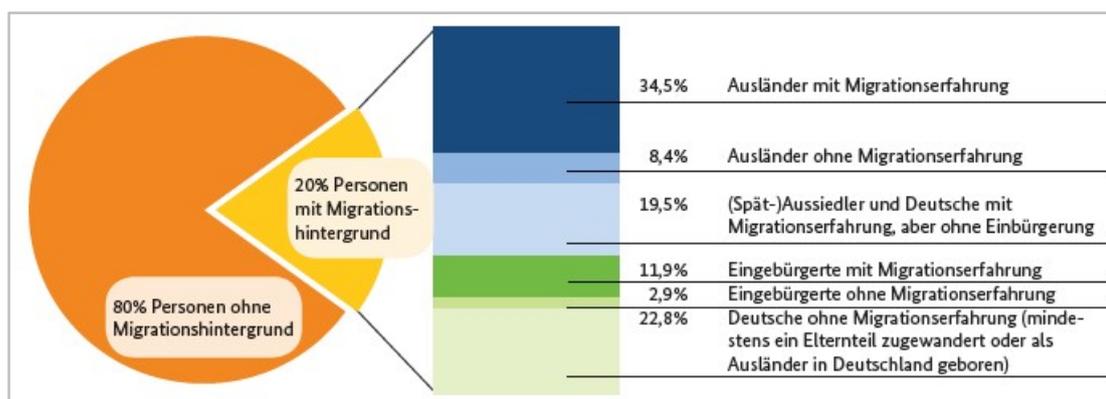


Abbildung 1: Anteil Migranten in Deutschland im Jahr 2013

Quelle: BAMF Migrationsbericht 2013

Im weiteren Verlauf dieser Arbeit werden die Begriffe „Migranten“, „Zuwanderer“ und „Menschen mit Migrationshintergrund“ als Synonyme benutzt, d.h. sowohl Personen mit eigener (erste Generation) als auch ohne eigene Migrationserfahrung (zweite Generation und höher) werden zusammengefasst.

Migranten sind eine heterogene Bevölkerungsgruppe. Sie haben ihre Wurzeln in unterschiedlichen Herkunftsländern und können sich hinsichtlich ihrer differierenden Herkunftseigenschaften sozial, kulturell, religiös und sprachlich unterscheiden. Auch die Gründe für eine Auswanderung sind vielfältig. Neben politischen, sozialen oder wirtschaftlichen Motiven sind Bildung und Familienzusammenführung durch Eheschließungen Anlässe zu migrieren. Die Lebenslage von Menschen mit Migrationshintergrund wird nicht nur wegen der persönlichen Situation und der ethnischen Unterschiede zwischen Herkunftsland und Zielland geprägt, sondern der soziale und rechtliche Status

³ Der Mikrozensus bezeichnet in den Daten „Menschen mit Migrationshintergrund im engeren Sinn“, deren Migrationsstatus bestimmbar ist. Zudem werden sie in den Daten nach derzeitiger bzw. früherer Staatsangehörigkeit ausgewiesen (Statistisches Bundesamt 2014).

im Zielland hat ebenfalls Einfluss auf die Lebenssituation und -gestaltung (Spallek & Razum 2007, Knipper & Bilgin 2009, Hornung 2010).

Rund 70 Prozent der in Deutschland lebenden Migranten haben inklusive der Türkei einen europäischen Migrationshintergrund. 36 Prozent stammten in 2014 aus den sog. Gastarbeiter-Anwerbeländern. Abbildung 2 veranschaulicht die unterschiedlichen Herkunftsregionen von Menschen mit Migrationshintergrund (Statistisches Bundesamt 2015).

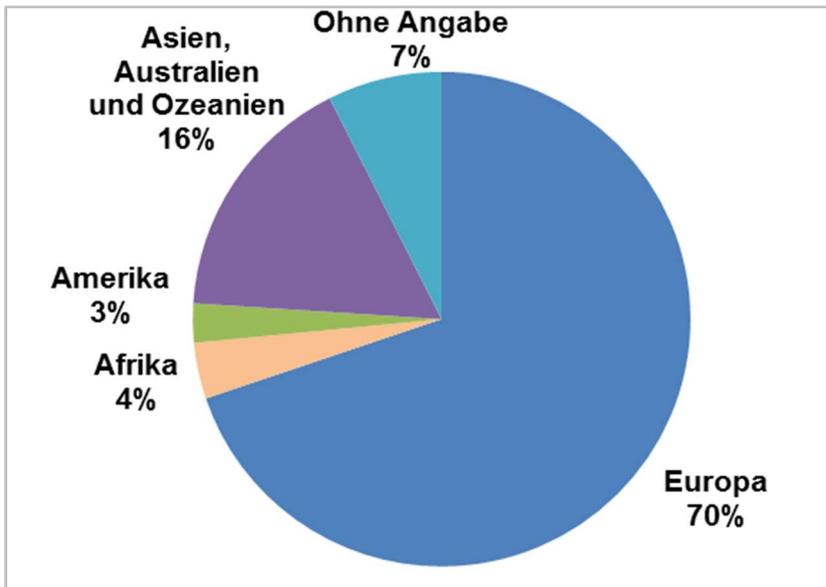


Abbildung 2: Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund nach Herkunftsregionen (Stand 2014)

Quelle: Statistisches Bundesamt 2015, Fachserie 1, Reihe 2.2 (eigene Darstellung)

Innerhalb Europas bilden mit einer Anzahl von rund drei Millionen Menschen mit türkischer Herkunft, d.h. Zuwanderer und deren in Deutschland geborenen Kinder, die größte Gruppe (17,4 Prozent), gefolgt von Migranten aus Polen (9,9 Prozent) und der Russischen Föderation (7,3 Prozent) (s. Abbildung 3) (Statistisches Bundesamt 2015).

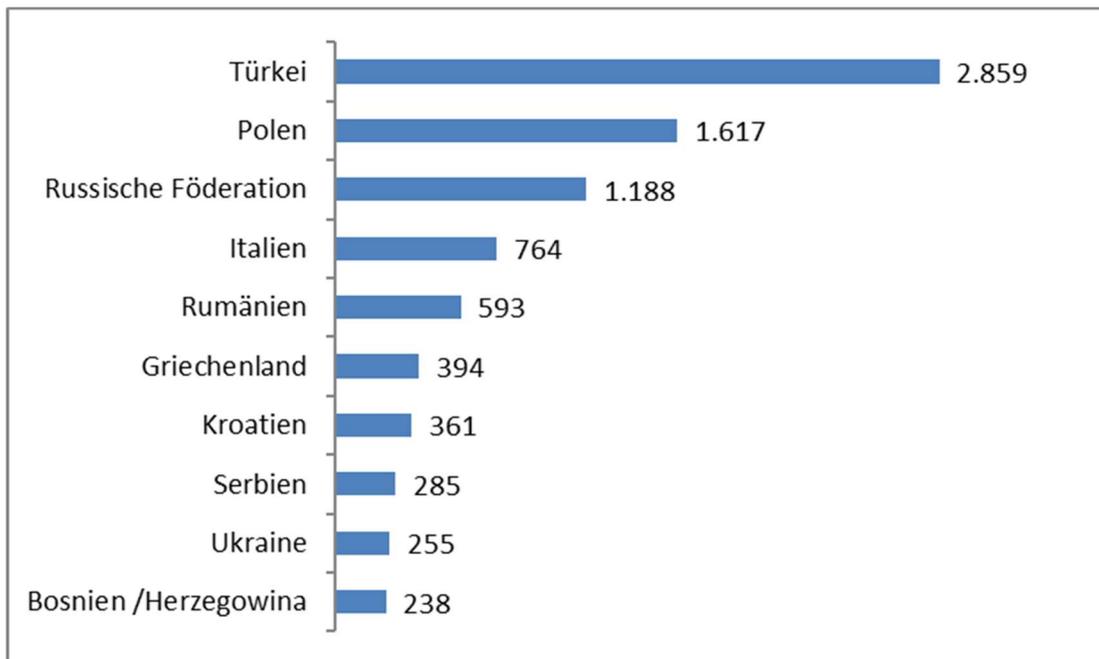


Abbildung 3: Anzahl Menschen mit Migrationshintergrund nach Herkunftsregionen innerhalb Europas in Tausend (Stand 2014)

Quelle: Statistisches Bundesamt 2015, Fachserie 1, Reihe 2.2 (eigene Darstellung)

Im Jahr 2014 lebten ca. 96 Prozent der Menschen mit Migrationshintergrund inkl. Berlin in den alten Bundesländern. Allein 60 Prozent hatten ihren Wohnsitz in den Bundesländern NRW, Baden-Württemberg und Bayern. 5,6 Prozent der Migranten in Deutschland waren in Berlin sesshaft (Statistisches Bundesamt 2015).

Hinsichtlich der Altersstruktur lässt sich feststellen, dass Migranten mit durchschnittlich 35,4 Jahren jünger sind als die einheimische Bevölkerung mit einem Durchschnittsalter von 46,8 Jahren. 73 Prozent der Personen mit Migrationshintergrund aber ohne eine eigene Migrationserfahrung (zweite Generation und höher) ist jünger als 20 Jahre. Die erste Generation bewegt sich dahingegen innerhalb der Altersgruppe 30 bis 50 Jahren (s. Abbildung 4).

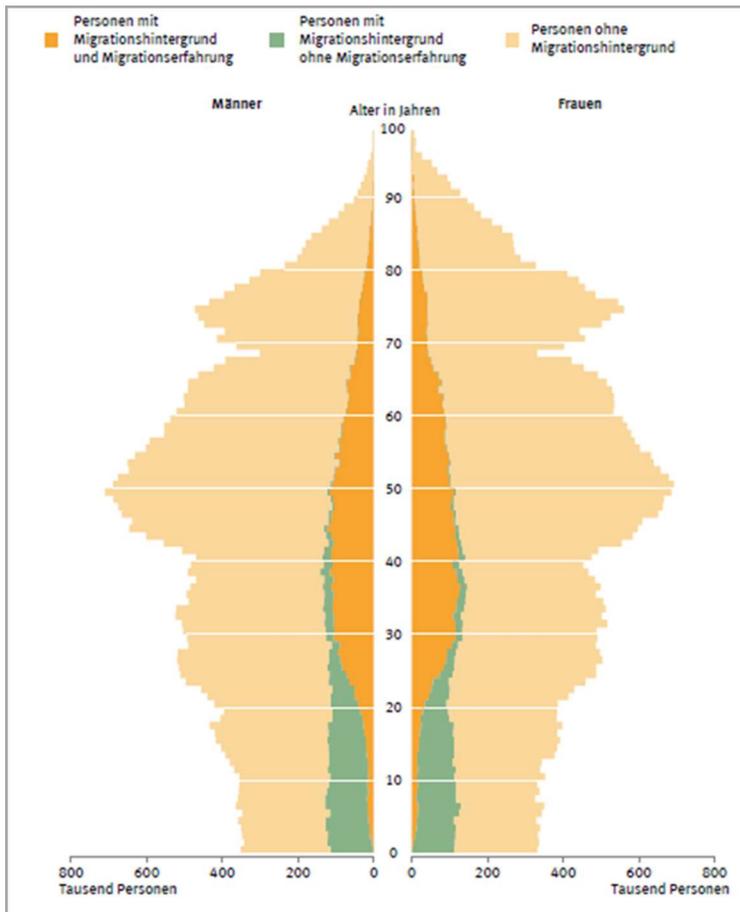


Abbildung 4: Altersverteilung nach Migrationshintergrund und -erfahrung (Stand 2014)

Quelle: Statistisches Bundesamt 2015, Fachserie 1, Reihe 2.2

Migranten haben mehr Kinder und leben im Vergleich zu Personen ohne Migrationshintergrund in größeren Haushalten. Ein Drittel aller Geburten in Deutschland entfällt auf Migrantenfamilien. Die durchschnittliche Zahl der Kinder beträgt 1,8. Bei Personen ohne Migrationshintergrund liegt sie bei 1,6. Aufgrund der jungen Altersstruktur und der höheren Geburtenzahl ist es zu erwarten, dass unabhängig von weiterer Zuwanderung der Anteil von Personen mit Migrationshintergrund an der Gesamtbevölkerung Deutschlands weiter steigen wird. Die soziodemografischen Parameter zeigen, dass Migranten gegenüber Nicht-Migranten eine geringere Schul- und Berufsausbildung, höhere Erwerbslosigkeit, Berufe mit niedrigerem Einkommen und deshalb auch ein höheres Armutsrisiko⁴ haben (Statistisches Bundesamt Band I 2011, Statistisches Bundesamt 2014, 2015, 2016).

⁴ Laut Definition sind in Deutschland diejenigen Personen armutsgefährdet, die im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung weniger als 60 Prozent des mittleren Einkommens der Gesamtbevölkerung zur Verfügung haben. In 2014 lag der Wert für die Armutsgefährdung bei 11.840 Euro pro Jahr bzw. 987 Euro pro Monat (Statistisches Bundesamt 2013, 2016).

2.2 Türkischstämmige Migranten

2.2.1 Türkischstämmige Migranten in Deutschland

Laut Mikrozensusdaten lebten in 2014 insgesamt 2,859 Mio. Migranten mit türkischer Herkunft in Deutschland. Somit repräsentieren sie etwa 4 Prozent der Gesamtbevölkerung (Statistisches Bundesamt 2015). Sie bilden sowohl innerhalb der Menschen mit Migrationshintergrund (Anteil 17,4 Prozent) als auch innerhalb der Ausländer (Anteil 17 Prozent) die größte Migrantenpopulation. Dabei handelt es sich primär um die von 1961 bis 1973 eingereisten Arbeitsmigranten aus der Türkei, sog. Gastarbeiter, und deren hier lebende Familienangehörige in bereits vierter Generation. Aufgrund ihrer Migrationsgeschichte sind die meisten türkischstämmigen Einwohner in den alten Bundesländern inkl. Berlin wohnhaft (s. Abbildung 5) (Statistisches Bundesamt 2015).

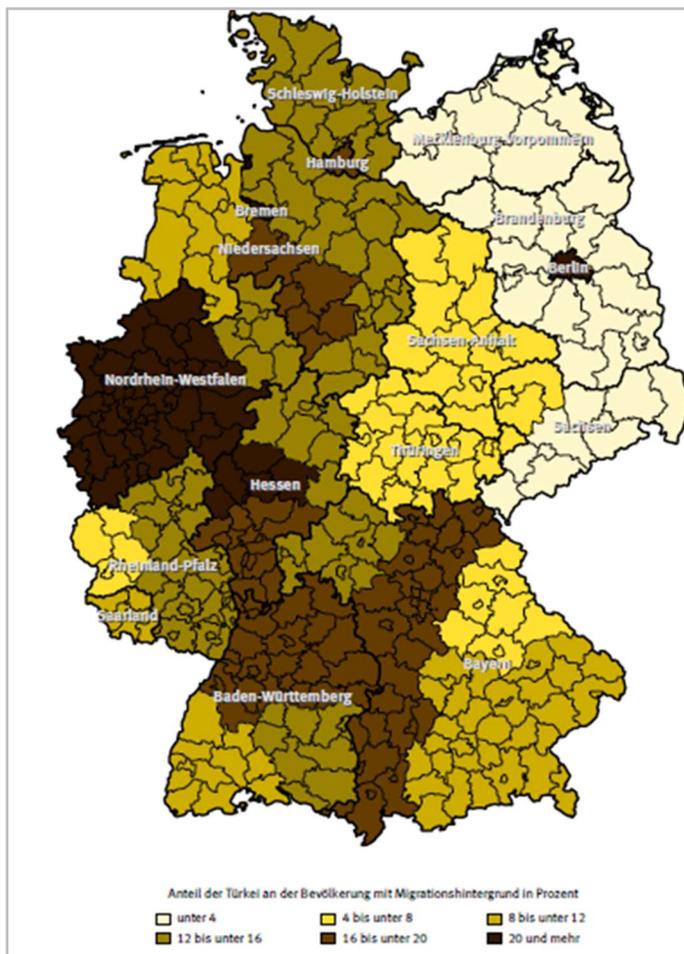


Abbildung 5: Anteil türkischstämmiger Migranten an der Bevölkerung mit Migrationshintergrund insgesamt (Stand 2014)

Quelle: Statistisches Bundesamt 2015, Fachserie 1, Reihe 2.2

Die damaligen Gastarbeiter sind zum Großteil jetzt im Rentenalter. Ihre Nachkommen sind meistens in Deutschland geboren. Fast drei Viertel der türkischstämmigen Personen lebt seit mindestens 20 Jahren in Deutschland, die durchschnittliche Aufenthaltsdauer liegt bei 29,5 Jahren. Rund 48 Prozent der türkischstämmigen Personen weisen eine eigene Migrationserfahrung auf, der Rest ist in Deutschland geboren. Bereits jeder fünfte Türke ab 16 Jahren ist eingebürgert und besitzt somit den deutschen Pass (Statistisches Bundesamt 2015, BMI & BAMF 2015).

Obwohl in Deutschland insgesamt in den letzten Jahren ein Anstieg der Zuzugszahlen verzeichnet wurde, ist bei Migranten aus der Türkei seit 2006 die Zahl der Rückkehrer höher als die der Neuzuwanderer. Im Jahr 2013 verließen insgesamt 33.644 Personen Deutschland (Anteil 4,2 Prozent), während 26.390 Personen aus der Türkei zuwanderten (Anteil 2,2 Prozent). Es fanden insbesondere Fortzüge von türkischen Staatsangehörigen statt (28,6 Prozent), die mindestens 30 Jahre in Deutschland gelebt hatten (BMI & BAMF 2015).

Das Durchschnittsalter von Migranten aus der Türkei liegt bei 32,4 Jahren. Mehr als 55 Prozent ist jünger als 35 Jahre (s. Abbildung 6). Sie sind im Vergleich zu Personen ohne Migrationshintergrund häufiger verheiratet und haben im Durchschnitt 2,0 Kinder. Mit über 34 Prozent weisen sie innerhalb der Migranten ein hohes Armutsrisiko auf. Die Armutsgefährdungsquote liegt insgesamt im Vergleich bei Menschen mit Migrationshintergrund bei 26,7 Prozent. Zudem sind viele türkischstämmige Migranten nicht erwerbsfähig und haben einen sehr hohen Arbeitslosenanteil (über 21 Prozent). Insbesondere ist bei dieser Bevölkerungsgruppe ein hoher Anteil an nicht erwerbstätigen Frauen zu verzeichnen (Statistisches Bundesamt Band I 2011, Statistisches Bundesamt 2015). Somit gehören türkischstämmige Migranten zu den sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen in Deutschland.

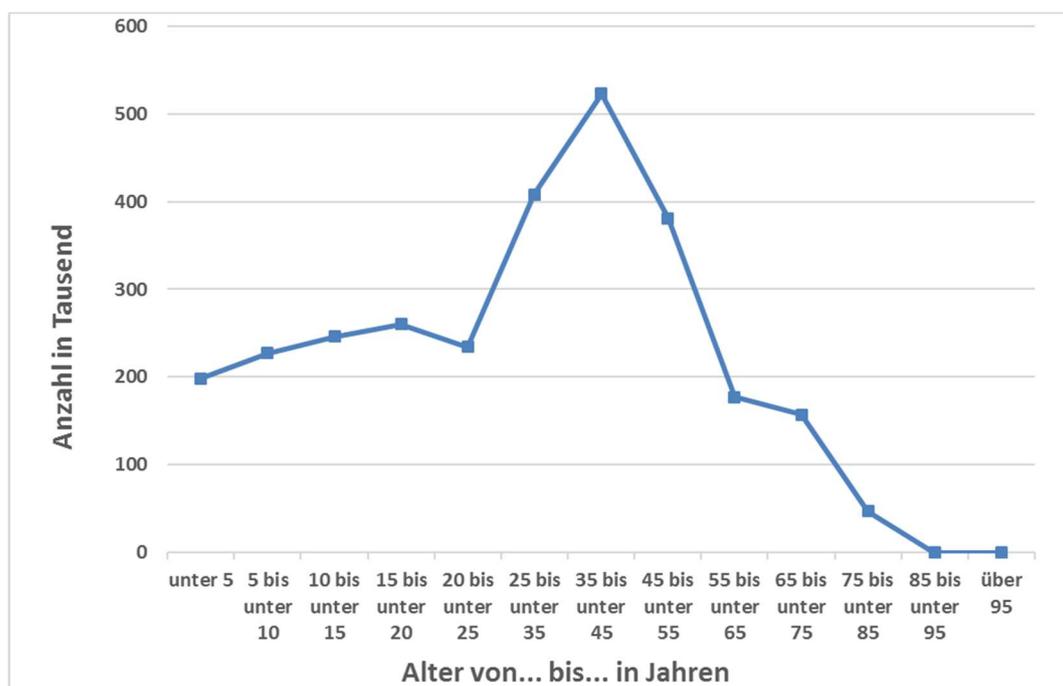


Abbildung 6: Altersstruktur türkischstämmiger Migranten in Deutschland (Stand 2014)

Quelle: Statistisches Bundesamt 2015, Fachserie 1, Reihe 2.2 (eigene Darstellung)

Laut Angaben von 2003 sind ca. 94 Prozent der Migranten in der GKV versichert. Dabei wird die AOK neben der BKK als Krankenkasse präferiert (RKI 2008a). 61 Prozent der gesetzlich pflichtversicherten Migranten mit türkischer Staatsangehörigkeit waren im Juli 2015 bei der AOK versichert (Amtliche Statistik KM6 2015). Im Jahr 2013 waren in Deutschland 521.751 türkische Staatsbürger sozialversicherungspflichtig beschäftigt (Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2014). Die Mehrzahl der türkischstämmigen Gastarbeiter und ihre Nachfahren üben aufgrund ihrer geringen Bildung häufiger körperlich anstrengende Berufe aus (RKI 2007). Die Tätigkeiten im Niedriglohnbereich führen allerdings dazu, dass im Rentenalter niedrigere Einnahmen zur Verfügung stehen.

2.2.2 Türkischstämmige Migranten in Berlin

Zum Stichtag 31.12.2014 lebten nach den Angaben des Amts für Statistik Berlin-Brandenburg insgesamt über 3,5 Mio. Menschen in Berlin. 28,6 Prozent der Einwohner hatten einen Migrationshintergrund. Dieser Wert setzt sich zusammen aus 16,1 Prozent Ausländern und 12,5 Prozent Deutschen mit Migrationshintergrund. Somit hatten in diesem Zeitraum insgesamt über eine Million der in Berlin lebenden Menschen einen Migrationshintergrund (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 2015a). Der

Migrantenanteil in Berlin ist demzufolge höher als im Bundesdurchschnitt mit 20 Prozent (Statistisches Bundesamt 2015).

Die Mehrzahl der Einwohner mit Migrationshintergrund leben in den westlichen Stadtgebieten (s. Abbildung 7). Im Bezirk Mitte (dazu gehören die Stadtteile Moabit und Wedding) hat fast jeder Zweite (48 Prozent), in Neukölln 42,2 Prozent und in Friedrichshain-Kreuzberg 38,7 Prozent ausländische Wurzeln (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 2015a).

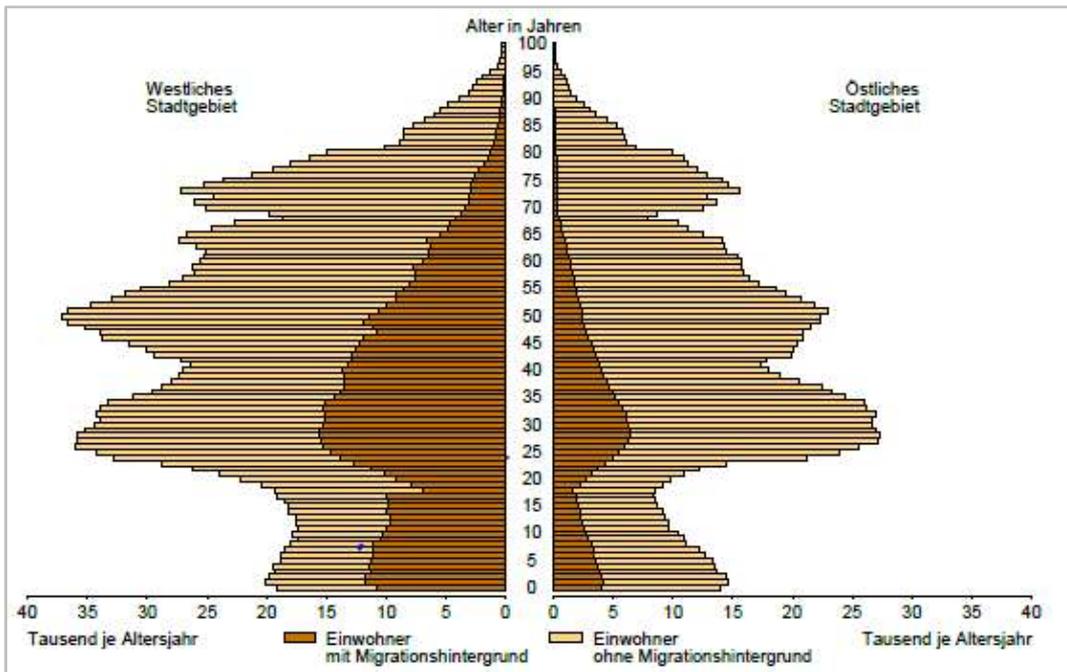


Abbildung 7: Stadtgebiete von Berlin nach Einwohnerherkunft und Alter (Stichtag: 31. Dezember 2014)

Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 2015a

Gemessen am durchschnittlich gewichteten Berliner Nettoäquivalenzeinkommen⁵ waren laut Daten des Sozialstrukturatlas 2013 15,2 Prozent aller Berliner Einwohner armutsgefährdet. Das Armutsrisiko bei Menschen mit Migrationshintergrund lag sogar bei 27,2 Prozent. Differenziert nach Staatsangehörigkeit hatten Ausländer eine Armutsrisikoquote in Höhe von 31,5 Prozent. Insgesamt lag der Anteil der Personen ohne Berufsausbildung bei 24,1 Prozent und die Arbeitslosenquote bei 14,3 Prozent. Die Stadtteile Mitte (18,7 Prozent), Friedrichshain-Kreuzberg (18 Prozent) und Neukölln (17,8 Prozent), in denen die meisten Anwohner nichtdeutscher Herkunft leben, hatten die höchste Arbeitslosenquote (Gesundheitsberichterstattung Berlin 2013).

⁵ Der Landesmedian für einen Einpersonenhaushalt lag in Berlin Stand 2012 bei 798 Euro im Monat (Gesundheitsberichterstattung Berlin 2013).

Im Jahr 2014 bildeten türkischstämmige Migranten mit über 173.000 Einwohnern (98.659 türkische Staatsangehörige und 74.603 eingebürgerte Türken) und einem Anteil von 17 Prozent die größte Migrantengruppe innerhalb der Zuwanderer in Berlin. Ihr Anteil an der Berliner Gesamtbevölkerung lag in 2014 bei 5 Prozent (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 2015a).

Die meisten türkischstämmigen Migranten wohnen ebenfalls vermehrt in den westlichen Stadtteilen Mitte, Neukölln und Friedrichshain-Kreuzberg (s. Abbildung 8) (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 2015a), die zu den Bezirken mit schwieriger sozialer Lage gehören (Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales 2015). Die türkischstämmigen Einwohner dort leben zum Großteil in einfachen Wohnlagen (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 2015a).

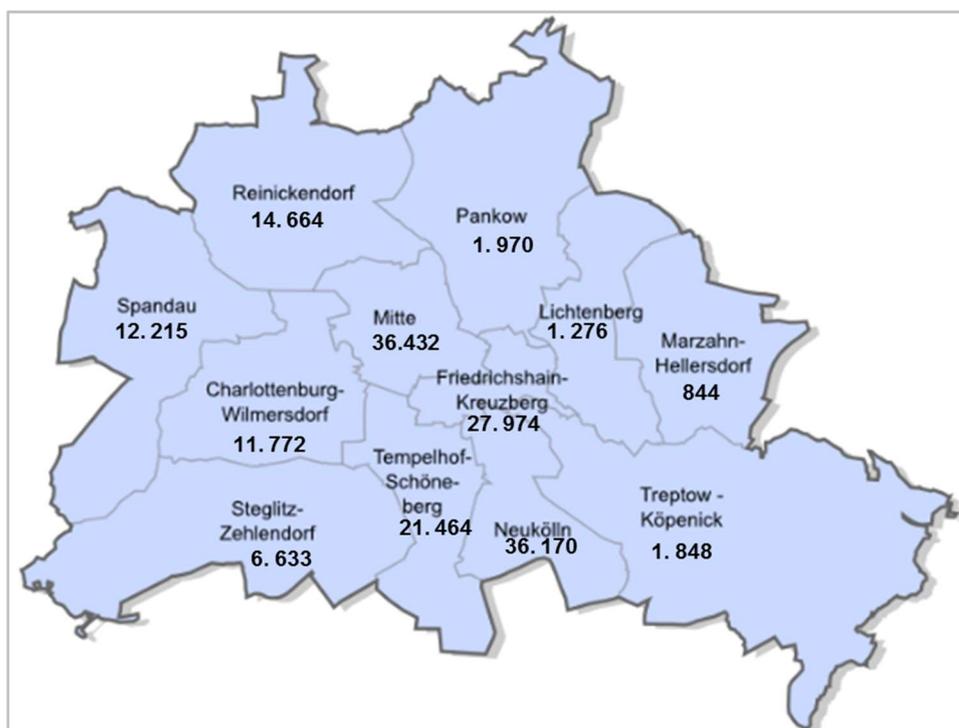


Abbildung 8: Anzahl türkischstämmige Migranten in Berlin nach Bezirken (Stichtag: 31.12.2014)

Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 2015a (eigene Darstellung).

Die Altersstruktur der Berliner zeigt, dass rund 66 Prozent der Migranten mit türkischer Herkunft unter 45 Jahren sind. Der Anteil der Kinder unter 15 Jahren beträgt 23 Prozent, die der unter 5-Jährigen 7 Prozent (s. Abbildung 9). Demzufolge handelt es sich um eine junge Bevölkerungsgruppe. Der Anteil von männlichen Migranten überwiegt dabei mit 52 Prozent (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 2015b).

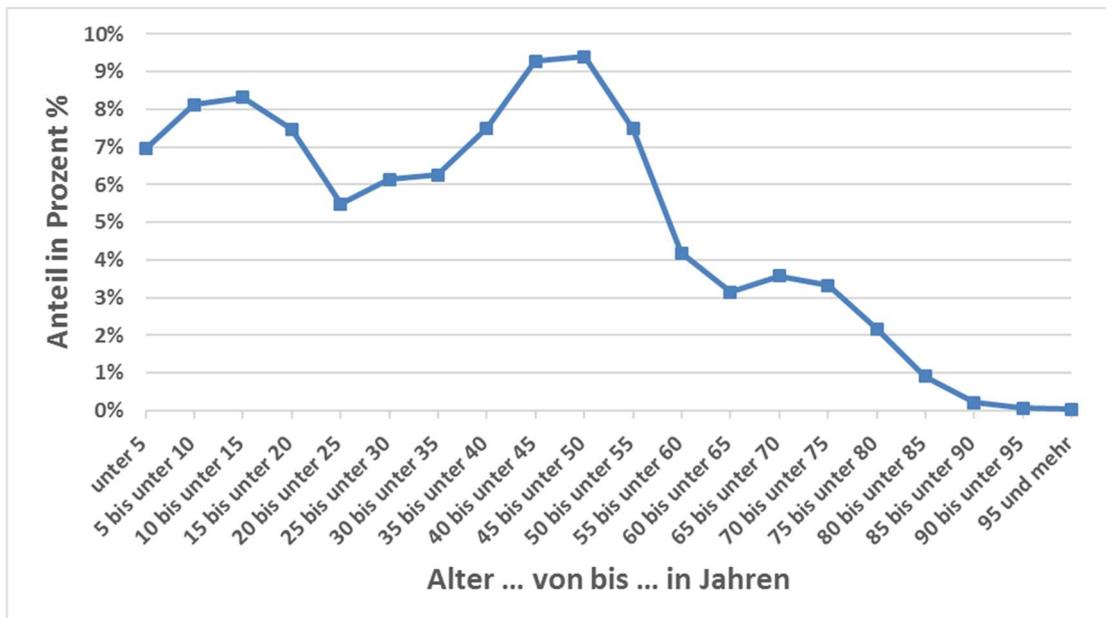


Abbildung 9: Altersstruktur türkischstämmiger Migranten in Berlin (Stand 2014)

Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 2015b (eigene Darstellung)

2.3 Präventions- und Früherkennungsangebote in der GKV

In Deutschland sind etwa 87 Prozent der Bevölkerung gesetzlich krankenversichert⁶ (GKV-Spitzenverband 2015). Alle gesetzlich Versicherten haben im Krankheitsfall den gleichen Anspruch auf eine medizinische Versorgung. Die medizinische Versorgung dient dazu, die Bevölkerung bei ihrer Gesunderhaltung zu unterstützen und bei Krankheiten zu behandeln (Häussler & Gothe 2006). Nach §1 SGB V hat die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) als Solidargemeinschaft die Aufgabe, die Gesundheit ihrer Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern (Sozialgesetzbuch 2015a). Das Solidaritätsprinzip der GKV bietet jedem gesetzlich Versicherten unabhängig vom Einkommen bzw. von der Beitragshöhe und von Krankheitsrisiken Anspruch auf medizinische Leistungen (Ausnahme z.B. beim Krankengeld). Grundsätzlich werden nach dem Sachleistungsprinzip alle Leistungen ohne finanzielle Vorleistungen der Versicherten erbracht (GKV-Spitzenverband 2015). Diese Leistungen müssen nach §12 SGB V dem Wirtschaftlichkeitsgebot genügen, d.h. sie müssen ausreichend, zweckmäßig, notwendig und wirtschaftlich sein (Sozialgesetzbuch 2015a). Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) legt in seinen Richtlinien den Leistungsumfang fest.

⁶ In der GKV sind die Versicherten pflicht-, freiwillig oder familienversichert. Im §5 SGB V ist unabhängig von der Berufs- bzw. Personengruppe die allgemeine Krankenversicherungspflicht gesetzlich festgeschrieben (Sozialgesetzbuch 2015b).

Es gibt unterschiedliche Interventionsmaßnahmen, die auf die Gesunderhaltung ausgerichtet sind. In der internationalen Fachliteratur wird zwischen „Gesundheitsförderung“ und „Krankheitsprävention“ unterschieden. Mit der Ottawa-Charta wurde 1986 der neuere Begriff „Gesundheitsförderung“ eingeführt. Nach den Ansätzen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) stehen hier vor allem gesundheitsförderliche Verhaltensweisen und Maßnahmen im Vordergrund (salutogenetischer Ansatz), die sich insbesondere an die Lebenswelten der Individuen richten sollen (z.B. Arbeits- und Umweltbedingungen). Die Krankheitsprävention (abgekürzt Prävention) richtet sich mit ihren Interventionen währenddessen auf die Vermeidung und Verbreitung von Krankheitsrisiken (pathogenetischer Ansatz) und die Verminderung ihrer Folgen auf Morbidität und Mortalität in der Bevölkerung (WHO 1986, Hurrelmann 2000, Altgeld & Kolip 2004, Klotz et al. 2006, Hurrelmann et al. 2010). Trotz der begrifflichen Unterscheidung haben beide Ansätze das gemeinsame Ziel, durch Verbesserung der Gesundheit⁷ die Lebensqualität in der Bevölkerung zu steigern. Alle gesetzlichen Krankenversicherungen erhalten gemäß §1 SGB V die grundsätzliche Zuständigkeit für Prävention und Gesundheitsförderung und bieten entsprechend ihrem Leistungskatalog Maßnahmen an (Sozialgesetzbuch 2015a).

Zur Förderung der Gesundheit und Verbesserung der Lebensqualität der Bevölkerung werden im Rahmen der präventiven Versorgung u.a. zuzahlungsfreie⁸ Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Erwachsene angeboten. In der Prävention wird je nach Zeitpunkt und Ausrichtung der Interventionsmaßnahme zwischen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention unterschieden (Hornung 2010, Rosenbrock & Gerlinger 2014).

Die Primärprävention umfasste bis Juli 2015 nach §20 Abs. 1 und 2 SGB V alle Leistungen, die den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen sollen. Mit dem Präventionsgesetz (vgl. Kapitel 2.5.4) beschreibt seit Juli 2015 der erweiterte §20 SGB V mit der neuen Überschrift „Primäre Prävention und Gesundheits-

⁷ Die WHO definierte im Jahr 1946 Gesundheit als einen „Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen“ (WHO 2015).

⁸ Im Jahr 2004 wurde mit dem GKV-Modernisierungsgesetz als finanzielles Steuerungsinstrument die Praxisgebühr in Deutschland eingeführt und zum Ende des Jahres 2012 wieder abgeschafft. Patienten waren verpflichtet, bei Inanspruchnahme einer ärztlichen Versorgung pro Quartal eine Zuzahlung in Höhe von 10 EUR zu entrichten. Ausgenommen waren von dieser Regelung Personen mit einem Befreiungsausweis. Allerdings galt die Praxisgebühr u.a. nicht für Untersuchungen im Rahmen der Früherkennung von Krankheiten (Deutscher Bundestag 2003, BMG 2012c).

förderung“ u.a. Krankenkassenleistungen, die Krankheitsrisiken verhindern und vermindern sollen. Diese sollen neben der Verminderung sozial bedingter Ungleichheiten zukünftig auch geschlechtsbezogene Ungleichheit von Gesundheitschancen reduzieren. Hierbei ist es das Ziel, mit entsprechenden Maßnahmen und deren gezielter Ausrichtung Krankheitsrisiken frühzeitig vorzubeugen (Vorsorge). Der Zugang zu den Leistungen steht für alle Versicherten offen und soll insbesondere sozial benachteiligte Menschen, die präventive Angebote weniger in Anspruch nehmen (GKV-Spitzenverband 2014), unterstützen (Sozialgesetzbuch 2015a, 2015b). Die Handlungsfelder und Kriterien für die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen in der Primärprävention waren bislang im Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes festgelegt. Für die Leistungsausgaben galt nach §20 Abs. 2 SGB V ein Richtwert, der in 2010 bei 2,86 EUR pro Versicherte lag (GKV-Spitzenverband 2010). Dieser Wert wurde mit dem neuen Gesetz nach §20 Abs. 6 bis 2015 auf 3,17 EUR pro Versicherten erhöht und ist ab dem Jahr 2016 auf 7 EUR pro Versicherten festgesetzt worden (Sozialgesetzbuch 2015b).

Zur Erreichung der primärpräventiven Ziele gibt es zwei Interventionsansätze: Durch die individuelle Verhaltensänderung (Verhaltensprävention) bspw. durch Vermeidung von Rauchen, Stress oder Fehlernährung können die Gesundheit gefährdende Risiken reduziert werden. Maßnahmen wie Gesundheitsaufklärung, -beratung oder -bildung sollen zusätzlich zur Selbstverantwortung in der Gesellschaft beitragen (Empowerment) und zu einem gesunden Lebensstil führen. Die Verhältnisprävention zielt auf die Umgestaltung der Umwelt- und Lebensbedingungen ab (Setting-Ansatz). Diese setzt zur Einflussnahme auf Gesundheit und Krankheit am Umfeld von Menschen an, in dem diese leben, arbeiten oder lernen (z.B. am Arbeitsplatz, in Schulen, in der Kita) (Leppin 2004, RKI 2007, GKV-Spitzenverband 2010). Der im Zuge des Präventionsgesetzes neu eingeführte §20a SGB V definiert Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten. Der neuere Begriff „Lebenswelten“ umfasst insbesondere abgrenzbare soziale Systeme wie z.B. Wohnraum, Schulen, Sportstätte oder Freizeitgestaltung, die Einfluss auf die Gesundheit haben können. Die Krankenkassen sollen mit ihren gesundheitsförderlichen und präventiven Angeboten in Lebenswelten verstärkt dazu beitragen, gesundheitsfördernde Strukturen aufzubauen und zu stärken (Sozialgesetzbuch 2015b).

Die Sekundärprävention, auch Früherkennung⁹ genannt, hat das Ziel, Erkrankungen in einem möglichst frühen Stadium zu erkennen und durch entsprechende Maßnahmen zu behandeln, um das Risiko für chronische Erkrankungen zu minimieren (§§25, 25a & 26 SGB V). Hierzu zählen u.a. alle Früherkennungsuntersuchungen bzw. Screening-Maßnahmen, die im Rahmen der Krebsfrüherkennung oder der Kinderuntersuchungen zu Lasten der GKV angeboten werden. Die Sekundärprävention richtet sich an gesunde Personen ohne Krankheitssymptome (The Council of the European Union 2003). Der G-BA regelt auf Grundlage des §92 SGB V in Form von Richtlinien die sekundärpräventiven Maßnahmen für die GKV (Sozialgesetzbuch 2015b, G-BA 2015f). Zusätzlich zu opportunistischen Früherkennungsuntersuchungen, d.h. Patienten nehmen aktiv oder auf Anraten des Arztes an Früherkennungsuntersuchungen teil, gibt es organisierte Früherkennungsuntersuchungen, bei denen anspruchsberechtigte Versicherte durch eine zentrale Stelle zur Screening-Untersuchung eingeladen werden (Giersiepen et al. 2007). Diese Verfahrensweise wird aktuell für das bundesweite und qualitätsgesicherte Mammographie-Screening angeboten. Nach §25a sollen organisierte Früherkennungsprogramme gemäß einheitlichen europäischen Leitlinien neben einem Einladungsverfahren zusätzlich Patienten über Vor- und Nachteile von Krebsfrüherkennungsprogrammen informieren sowie Maßnahmen zur Qualitätssicherung einleiten (The Council of the European Union 2003, Europa Donna 2012, Sozialgesetzbuch 2015b).

In der Tertiärprävention soll bei einer bereits eingetretenen Erkrankung dessen Verschlimmerung, Komplikationen und Folgeschäden z.B. durch Rehabilitations- oder Wiedereingliederungsmaßnahmen verhindert und abgemildert werden (Rosenbrock & Gerlinger 2014, G-BA 2015f).

Die GKV bietet auf dieser Basis zahlreiche allgemein zugängliche und zuzahlungsfreie medizinische Vorsorge- und Früherkennungsleistungen an. Leistungen der Früherkennung werden in der Regel extrabudgetär abgerechnet. Während der Schwangerschaft bis nach der Entbindung (§24d SGB V) erfolgen nach den Mutterchafts-Richtlinien des G-BA mehrere Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen, die im Mutterpass dokumentiert werden. Ziel der Untersuchungen ist es, Risikofaktoren für Mutter und Kind frühzeitig zu erkennen und rechtzeitig zu behandeln. Zur Früherkennung von Entwicklungs- und Gesundheitsstörungen bei Säuglingen, Kindern

⁹ Umgangssprachlich werden Früherkennungsuntersuchungen auch als Vorsorgeuntersuchungen bezeichnet, obwohl Maßnahmen im Sinne des „Vorbeugens“ in der Primärprävention verankert sind. Sekundärpräventive Maßnahmen haben das vorrangige Ziel, Krankheiten frühzeitig zu entdecken, um deren Prävalenzraten zu senken.

und Jugendlichen finden gemäß den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen bis zum Schulalter des Kindes in einem festgelegten Rhythmus insgesamt zehn U-Untersuchungen (§26 SGB V) statt. Direkt nach der Geburt des Säuglings erfolgt die U1-Untersuchung (sog. Neugeborenen-Erstuntersuchung) und endet mit der U9 bei Kindern im 6. Lebensjahr. Während der U-Untersuchungen können Ärzte zur Vorbeugung vor Infektionskrankheiten auch die altersspezifischen Schutzimpfungen nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) durchführen (§20i SGB V). Alle Ergebnisse der U-Untersuchungen werden in dem sog. „Gelben Heft“ dokumentiert, alle Impfungen im Impfpass. Einmalig wird für Jugendliche im Alter von 13 bis 14 Jahren die J1-Untersuchung angeboten. Früherkennungsuntersuchungen im Erwachsenenalter umfassen nach den Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien den Check-up 35 (§25 SGB V) und gemäß den Richtlinien zur Krebsfrüherkennung (KFE-RL) unterschiedliche Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, die jeweils ab einem festgelegten Alter in Anspruch genommen werden können (§§25 & 25a SGB V) (Sozialgesetzbuch 2015b, G-BA 2015d, BMG 2015a). Laut den Erhebungen des GKV-Spitzenverbandes haben die gesetzlichen Krankenkassen in 2013 insgesamt 2,01 Milliarden Euro für Früherkennungsmaßnahmen ausgegeben (GKV-Spitzenverband 2015). Nach §65a SGB V können gesetzliche Krankenkassen ihren Versicherten für ein gesundheitsbewusstes Verhalten zusätzlich Boni in Form von Sach- und Geldprämien gewähren (Sozialgesetzbuch 2015b).

In der Prophylaxe hat auch die Zahngesundheit eine bedeutende Rolle. Bereits im Milchzahnalter soll die Zahnpflege für Kinder beginnen. Deshalb haben Kinder bis sechs Jahren Anspruch auf drei kostenlose zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen (FU1 bis FU3). Kinder und Jugendliche zwischen sechs und 17 Jahren sollen einmal pro Kalenderhalbjahr, Erwachsene einmal im Jahr zur Zahnvorsorgeuntersuchung (§22 SGB V) gehen. Die Zahnarztbesuche werden im Bonusheft dokumentiert (Sozialgesetzbuch 2015b, G-BA 2015e, BMG 2015b).

In der Tabelle 1 werden diejenigen Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Erwachsene nach Anspruchsalter und Häufigkeit zusammenfassend aufgeführt, die für diese Arbeit relevant sind und im Verlauf dieser schwerpunktmäßig behandelt werden.

Tabelle 1: Früherkennungsuntersuchungen zu Lasten der GKV

Anspruchsalter	Rhythmus	Untersuchungen
0 - 6 Jahre	zehn U-Untersuchungen (U1-U9, inkl. U7a)	Früherkennung von Krankheiten (gelbes Kinderuntersuchungsheft) sowie Erweitertes Neugeborenen-Screening (Screening auf angeborene Stoffwechselerkrankungen) und Neugeborenen-Hörscreening, Untersuchung der Organe, des Skeletts, der Sinnesorgane, der Zähne, der Motorik und der Nervensysteme
13/14 Jahre	einmalig (J1-Untersuchung)	Jugendgesundheitsuntersuchung
ab 20 Jahre	Jährlich	Krebsfrüherkennung für Frauen : Gezielte Anamnese, Abstrich vom Gebärmutterhals, Untersuchung der inneren und äußeren Geschlechtsorgane
ab 30 Jahre	Jährlich	Erweiterte Krebsfrüherkennung für Frauen : Fragen nach Veränderung von Haut oder Brust, zusätzliches Abtasten von Brust und Achselhöhlen (Lymphknoten), Anleitung zur regelmäßigen Selbstuntersuchung der Brust
ab 35 Jahre	alle zwei Jahre	Gesundheits-Check-Up für Männer und Frauen mit Schwerpunkt Früherkennung von Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie von Diabetes: Anamnese, körperliche Untersuchung, Überprüfung von Blut- und Urin-Werten, Beratungsgespräch
ab 35 Jahre	alle zwei Jahre	Hautkrebscreening für Männer und Frauen
ab 45 Jahre	Jährlich	Krebsfrüherkennung für Männer : Tastuntersuchung der Prostata und der äußeren Genitale
ab 50 Jahre	alle zwei Jahre bis einschließlich 69 Jahre	Brustkrebsfrüherkennung durch das Mammographie-Screening für Frauen : Einladung zum Screening in einer zertifizierten medizinischen Einrichtung, Röntgen der Brüste durch Mammographie
ab 50 Jahre	Jährlich	Darmkrebsfrüherkennung für Männer und Frauen : Untersuchung auf verborgenes (occultes) Blut im Stuhl
ab 55 Jahre	alle zwei Jahre	Darmkrebsfrüherkennung für Männer und Frauen : Stuhluntersuchung oder max. zwei Früherkennungs-Darmspiegelungen (Koloskopien)

Quelle: G-BA 2015e (eigene Darstellung)

2.4 Migration und Gesundheit

Wie bereits in Kapitel 2.1 beschrieben, machen Menschen mit Migrationshintergrund ein Fünftel der Bevölkerung in Deutschland aus. Erkenntnisse über die gesundheitliche Situation dieser Bevölkerungsgruppe sind für die Gesundheitswissenschaften und (Gesundheits-)Politik von entsprechend hoher Bedeutung. Die Gesundheit wird von vielen Faktoren beeinflusst. Neben der individuellen genetischen Disposition ist

sie von Umweltbedingungen sowie den individuellen gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen abhängig. Zahlreiche epidemiologische Forschungen versuchen, einen Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit zu identifizieren.

Die Deutsche Gesellschaft für Public Health e.V. definiert Public Health als „die Wissenschaft und Praxis zur Verhinderung von Krankheiten, zur Verlängerung des Lebens und zur Förderung von physischer und psychischer Gesundheit unter Berücksichtigung einer gerechten Verteilung und einer effizienten Nutzung der vorhandenen Ressourcen.“ Die Kernaufgabe von Public Health ist es daher, unter Hinzuziehung von interdisziplinären Methoden Maßnahmen zu entwickeln, die die Gesunderhaltung der Gesellschaft fördern und gesundheitliche Ungleichheiten verhindern (Deutsche Gesellschaft für Public Health e.V. o.J.). Dies setzt voraus, dass im Krankheitsfall das bestehende Gesundheitssystem allen Menschen gleichermaßen zugänglich ist und zur Erhaltung der Gesundheit bedarfsgerechte Leistungen mit einer klaren Ausrichtung anbietet (Klotz et al. 2006, Razum & Spallek 2009a). Ansätze und Strategien der Prävention, die mit ihren Vorsorge- und Früherkennungsangeboten zur Krankheitsverminderung, Lebensverlängerung und Gesundheitsförderung beitragen, nehmen in den zentralen Handlungsfeldern von Public Health eine bedeutende Rolle ein.

Gemäß den Ziel- und Fragestellungen von Public Health werden bezogen auf Menschen mit Migrationshintergrund unter Berücksichtigung von migrationsspezifischen Risiko- und Einflussfaktoren Untersuchungen zu Krankheitshäufigkeiten, Gesundheitsproblemen und deren Ursachen sowie Unterschiede im Zugang zu und der Nutzung von präventiven Gesundheitsleistungen zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen durchgeführt. Dabei sollen gesundheitliche Ungleichheiten (health inequalities) aufgedeckt werden (Zeeb & Razum 2006). Denn die gesundheitliche Ungleichheit beschreibt die sozialen Unterschiede im Gesundheitszustand, im -verhalten und in der -versorgung der Bevölkerung (Statistisches Bundesamt, Band II, 2011).

Es wird in unterschiedlichen gesundheitsbezogenen Themenfeldern untersucht, ob es Unterschiede im Gesundheitsverhalten und Gesundheitszustand von Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur Bevölkerung im Zielland gibt. Zugangsbarrieren zur Primärversorgung sowie zu Früherkennungsmaßnahmen in der GKV spielen hierbei ebenfalls eine Rolle. Die Ursachen und das Ausmaß dieser Faktoren werden analysiert, um daraus für die Gesundheitswissenschaften theoretische Erklärungsmodelle zur Entstehung dieser Differenzen entwickeln zu können (Zeeb & Razum 2006, RKI 2008a, Spallek & Razum 2008). Aus den wissenschaftlichen Forschungserkenntnissen können Politik sowie Akteure im Gesundheitswesen gemäß

den WHO-Zielen „Gesundheit in allen Politikbereichen - Health in All Policies“ (WHO 2012) intersektorale Handlungsbedarfe für eine bessere gesundheitliche Versorgung von Migranten ableiten, die in Handlungsempfehlungen und Konzepte einfließen können.

2.4.1 Theoretische Erklärungsmodelle zu Migration und Gesundheit

Nationale und internationale Studien weisen darauf hin, dass es Unterschiede im Gesundheitsverhalten und -zustand zwischen Migranten und Nicht-Migranten gibt. Zudem finden Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur Mehrheitsbevölkerung einen erschwerten Zugang zur gesundheitlichen Versorgung und Vorsorge (Stronks et al. 2001, Nazroo 2003, Jass & Massey 2004, Spallek & Razum 2007, Nørredam et al. 2007, 2011, RKI 2008a, European Commission 2008, Borde 2009b, Knipper & Bilgin 2009, WHO 2010, Rechel et al. 2011a, 2013, Wengler 2013, Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2014, Falge & Schmidtke 2015, Anzenberger et al. 2015, BMG 2015d,).

Um Erkenntnisse aus Studien zur Morbidität und Mortalität von Migranten, insbesondere der ersten Zuwanderergeneration, näher erklären zu können, sind theoretische Ansätze zum Zusammenhang von Migration und Gesundheit entwickelt worden, die im Folgenden näher beschrieben werden. Aussagen zum Inanspruchnahmeverhalten werden durch diese Modelle nicht getroffen. Der Fokus liegt vielmehr auf der Mortalität und Morbidität von Migranten im Vergleich zur Mehrheitsbevölkerung. Aufgrund bisher unzureichender Datenlage in amtlichen Statistiken und fehlender Erhebung des Migrationshintergrundes in Studien fehlen zu einigen empirischen Analysen die Belege. Auch sind Aussagen über das Inanspruchnahmeverhalten von Migranten bisher eingeschränkt möglich. Es konnten Analysen zu den gesundheitlichen Einflussfaktoren bislang lediglich bei der einheimischen Bevölkerung zum Teil auf einzelne Regionen begrenzt empirisch untersucht werden, sollen aber für die Entwicklung weiterer theoretischer Modelle Anstöße geben (Schenk et al. 2006, Razum 2006a, Razum & Spallek 2009b, 2012). Generell werden Studien zum Zusammenhang von Migration und Gesundheit als „Black-Box-Epidemiologie“ bezeichnet. Dies wird damit begründet, dass epidemiologische Studien das Merkmal Migration als erklärenden Einflussfaktor auf die Gesundheit identifiziert, obwohl weitere Ursachen für die möglichen Resultate verantwortlich sein können (Knipper & Bilgin 2009, Spallek 2012).

2.4.1.1 Der Healthy-Migrant-Effekt

Menschen mit Migrationshintergrund gehören vermehrt einer niedrigen sozialen Schicht an. Das kann dauerhaft einen negativen Einfluss auf die Gesundheit sowie auf die Nutzung der Gesundheitssysteme haben. Denn es ist gesundheitswissenschaftlich belegt, dass eine niedrige sozioökonomische Lage zu höherer Mortalität führen kann (Schenk 2007, Razum 2006b, Sahrai 2009, Borde 2009b, Lampert & Kroll 2010, 2014, Huster 2012, Hurrelmann & Richter 2013, RKI 2015b). In epidemiologischen Studien zur Gesundheit von Migranten ist allerdings zu beobachten, dass trotz sozioökonomischer Benachteiligung diese im Vergleich zu Nicht-Migranten gesünder sind. Eine mögliche Erklärung für diesen gesundheitlichen Vorteil liefert in Anlehnung an den Healthy-Worker-Effekt der sog. „Healthy-Migrant-Effekt“, der auch als "Phänomen des gesunden Migranten" bezeichnet wird (Razum et al. 1998, Razum & Twardella 2002, Razum 2006a, 2006b, 2007, Borde 2007, Kohls 2008, 2011, Razum & Spallek 2009b, Spallek 2012). Es wird vermutet, dass dieser gesundheitliche Vorteil vorübergehend anhält und mit zunehmendem Aufenthalt abnimmt. Zugangsbarrieren zur Gesundheitsversorgung, sozioökonomische Benachteiligungen sowie schlechte Arbeitsbedingungen sollten sich mit der Zeit in der gesundheitlichen Lage von Migranten widerspiegeln. Ein Anstieg der Mortalität wird erwartet (Razum & Rohrmann 2002, Razum 2006a, Schenk 2007, Spallek 2012).

Als eines der Ursachen für dieses Paradox wird in der Literatur die positive (Selbst-)Selektion von Migranten bei der Anwerbung diskutiert. Demnach durften in der ersten Zuwanderergeneration nach medizinischer Abklärung von etwaigen Krankheitsrisiken vor allem junge und gesunde Menschen auswandern (Selektionsprozess), die mit zunehmendem Alter und bei Krankheit in ihr Heimatland remigrieren würden. Die fehlende Erfassung der Remigration von älteren und kranken Zuwanderern in ihr Herkunftsland sowie die unzureichende Dokumentation von Todesfällen von Migranten in amtlichen Statistiken werden für mögliche Verzerrungen bezüglich der Mortalitätsvorteile von Migranten verantwortlich gemacht (Salmon-Bias-Effekt). Kritisiert wird ebenfalls die Tatsache, dass der beobachtete Mortalitätsvorteil beim Vergleich von Migranten gegenüber der einheimischen Bevölkerung zum Zeitpunkt der Zuwanderung im Zielland auftritt. Aussagen über einen derartigen Vorteil gegenüber der Bevölkerung im Herkunftsland können mangels fehlender Informationen nicht getroffen werden (Abraido-Lanza et al. 1999, Razum & Rohrmann 2002, Razum & Twardella 2002, Razum 2006b, Kohls 2008, 2011, Spallek & Razum 2008, Razum & Spallek 2009b, 2012, Spallek 2012).

Empirische Untersuchungen widerlegen allerdings den temporären Healthy-Migrant-Effekt, d.h. entgegen den Annahmen ist das schnelle Abklingen der geringen Sterblichkeit von Migranten im Laufe der Zeit nicht nachweisbar. Mortalitätsvorteile von Migranten gegenüber Einheimischen sind Jahre später weiterhin erkennbar. Insbesondere auch bei Migranten der nachfolgenden Generationen, obwohl diese mit der Zeit die Gewohnheiten und Lebensstile (Akkulturation) des Ziellandes annehmen. Vermutete Datenartefakte aufgrund von Rückkehreffekten konnten in bisherigen internationalen Studien, in denen Verzerrungen durch "statistische Unsterblichkeit" ausgeschlossen wurden, ebenfalls nicht nachgewiesen werden (Abraido-Lanza et al. 1999, Razum 2006a). Aus diesem Grund wurde unabhängig vom Auswahleffekt und dem Salmon-Bias unter Berücksichtigung weiterer Faktoren ein neues Modell entwickelt, das den gesundheitlichen Vorteil von Migranten gegenüber der Mehrheitsbevölkerung näher erklären soll.

2.4.1.2 Migration als "gesundheitlicher Übergang"

Um den Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit durch weitere Aspekte erklären zu können, wurde der herkömmliche Healthy-Migrant-Effekt durch das Modell des "gesundheitlichen Übergangs" (health transition) erweitert. Das Modell beschreibt, dass mit zunehmendem Aufenthalt von Migranten im Aufnahmeland "der Übergang von einer insgesamt hohen Sterblichkeit überwiegend an Infektionskrankheiten sowie kindlichen und mütterlichen Todesfällen hin zu einer insgesamt niedrigen Sterblichkeit, überwiegend an chronischen, nichtübertragbaren Erkrankungen (den sogenannten Zivilisationskrankheiten)" stattfindet (Razum 2006a, Razum & Spallek 2012). Dieser gesundheitliche Wechsel ist global zu beobachten, in Industrieländern dagegen schneller und weiter fortgeschritten als in weniger entwickelten Nationen, aus denen die meisten Migranten stammen (Spallek 2012).

Nach diesem Modell werden die Unterschiede in der Morbidität und Mortalität zwischen Migranten und der Bevölkerung im aufnehmenden Land durch Faktoren begründet, die sowohl aus deren Herkunfts- als auch aus dem Zielland basieren. Denn im Zuge einer internationalen Migration durchlaufen diese einen gesundheitlichen Übergang aus dem benachteiligten Heimatland in ein fortschrittlicheres Aufnahmeland. Dadurch können sie neben landesspezifischen Gesundheitsvorteilen zusätzlich gesundheitsbelastende Risiken mitbringen, die auf ihre Gesundheit einwirken können. Insofern existieren in ihrem Lebenslauf relativ zum Herkunfts- und Zielland un-

terschiedliche gesundheitliche Risikofaktoren aus unterschiedlichen Phasen des gesundheitlichen Übergangs. Der internationale Migrationsprozess selbst wird folglich als ein gesundheitlicher Übergang definiert, den eine Migrantenpopulation durchläuft (Razum 2006a, Kohls 2011, Spallek et al. 2011, Razum & Spallek 2012).

Der gesundheitliche Übergang wird durch zwei wesentliche Komponenten beschrieben (Spallek et al. 2011): Durch ein besseres Gesundheitssystem im Zielland profitieren Migranten im Vergleich zu den Bedingungen im Herkunftsland von dessen Angebotsvielfalt an Versorgungs- und Vorsorgeangeboten (z.B. Schutzimpfungen oder Schwangerschaftsvorsorge). Dadurch können trotz sozioökonomischer Benachteiligung Mortalitätsrisiken wie mütterliche Sterblichkeit oder Infektionskrankheiten direkt nach der Migration reduziert werden (therapeutische Komponente). Weiterhin wirken bessere hygienische Bedingungen, sauberes Trinkwasser oder bessere Ernährung im Zielland positiv auf das Erkrankungsrisiko und verbessern so den Gesundheitszustand, wohingegen die zunehmende Adaption an den neuen Lebensstil im Zielland gleichzeitig mit neuen Risiken wie Rauchen oder Alkoholkonsum einhergeht, die die Morbidität sowie die Mortalität negativ beeinflussen können (Risikofaktorenkomponente). Chronische Krankheiten wie kardiovaskuläre oder Krebserkrankungen, die zu den häufigsten Todesursachen gehören, können infolge von ungesundem Lebensstil latent im Lebenslauf erst zu einem späteren Zeitpunkt eintreten. Dadurch können Migranten über einen langen Zeitraum ihren Mortalitätsvorteil gegenüber der einheimischen Bevölkerung bewahren (Lynch & Smith 2005). Mit zunehmendem Aufenthalt im Zielland findet unterdessen mit dem „gesundheitlichen Übergang“ eine Anpassung der Mortalität an die der Mehrheitsbevölkerung statt. Betroffen hiervon ist besonders die zweite und dritte Migrantengeneration (Venema et al. 1995, Razum 2006a, Spallek & Razum 2007, Kohls 2008, Knipper & Bilgin 2009) für die bereits heute laut Studien häufiger Adipositas, Diabetesprävalenz oder zunehmende Krebserkrankungen attestiert werden (RKI 2008b, 2015b).

Zusammengefasst werden Migranten durch den gesundheitlichen Wechsel in verschiedenen Phasen während des Migrationsprozesses sowohl mit den Chancen als auch den Risiken der unterschiedlichen Phasen konfrontiert. Eine Lebenslaufperspektive wurde entwickelt, um die gesundheitlichen Einflussfaktoren über alle Facetten berücksichtigen zu können.

2.4.1.3 Lebenslauforientiertes Modell

In ihrer Arbeit entwickelte Liane Schenk unter Berücksichtigung aller bestehenden Erklärungsansätze ein Modell, das alle potentiellen Einflussfaktoren auf die Gesundheit von Migranten sowohl im Herkunfts- als auch im Zielland einschließt. Als wesentliche Faktoren, die zu gesundheitlicher Ungleichheit zwischen Migranten und der einheimischen Bevölkerung führen können, werden folgende Determinanten genannt:

1. Unterschiede gesundheitsrelevanter Bedingungen im Heimat- und Zielland
2. der Migrationsprozess
3. besondere soziale und
4. rechtliche Situation im Zielland
5. ethnische Zugehörigkeit und damit verbundene Ethnisierungsprozesse
6. Zugangsbarrieren zur gesundheitlichen Versorgung

Die Zugangsbarrieren zur gesundheitlichen Versorgung bilden das Bindeglied zum Gesundheits- und Inanspruchnahmeverhalten. Das Modell schafft eine Analysemöglichkeit hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen sozialer und gesundheitlicher Lage von Migranten. Die aufgeführten Einflussfaktoren sowie deren Grad der Wirksamkeit auf die gesundheitliche Situation von Migranten sollen abhängig von der jeweiligen Forschungsfrage jeweils einzeln empirisch analysiert werden. Angesichts der unzureichenden Datenlage konnten allerdings bisher nicht alle Aspekte empirisch untersucht werden (Schenk 2007).

Um die gesamte Migrationsbiografie berücksichtigen zu können, wurde in Anlehnung an die "lebenslaufbezogene Epidemiologie" (Lifecourse Epidemiology) das Erklärungsmodell von Liane Schenk durch Erweiterung um eine Zeitachse weiterentwickelt (Spallek & Razum 2008). Die "lebenslaufbezogene Epidemiologie" ist definiert als die Untersuchung von physischen oder sozialen Expositionen während der Schwangerschaft, Kindheit, Jugend, im jungen und späteren Erwachsenenalter mit dem Ziel, deren langfristigen Auswirkungen auf die spätere Gesundheit oder das Krankheitsrisiko zu erforschen (Ben-Shlomo & Kuh 2002, Kuh et al. 2003, Lynch & Smith 2005, De Stavola et al. 2006), d.h. es werden alle Expositionen im gesamten Lebenslauf berücksichtigt (Razum & Spallek 2009b). Bezogen auf den Migrationsprozess beinhaltet das sog. „lebenslauforientierte Modell“ verschiedenste Faktoren, die im Laufe des Lebens auf die Gesundheit von Migranten einwirken können, d.h. in den Phasen vor, während und nach einer Migration. Somit werden auch diejenigen Faktoren in die

Untersuchungen einbezogen, die charakteristisch für Migranten und deren Lebensphasen sind. Zu nennen sind neben genetischen Faktoren gesundheitsrelevante Bedingungen im Heimatland, der Migrationsprozess sowie die Situation im Zielland (s. Abbildung 10). Das Modell bietet die Möglichkeit, je nach Forschungsfrage Vergleiche mit dem Herkunfts- oder Zielland zu ziehen, erfordert aber auch die Betrachtung verschiedener Phasen und deren Wechselwirkungen untereinander. Die einzelnen Einflussfaktoren und deren Wirkmechanismen sind jedoch empirisch bei Migranten noch zu untersuchen. Hierfür bedarf es weiterer Datenquellen (Spallek & Razum 2008, Razum & Spallek 2009b, Spallek 2012).

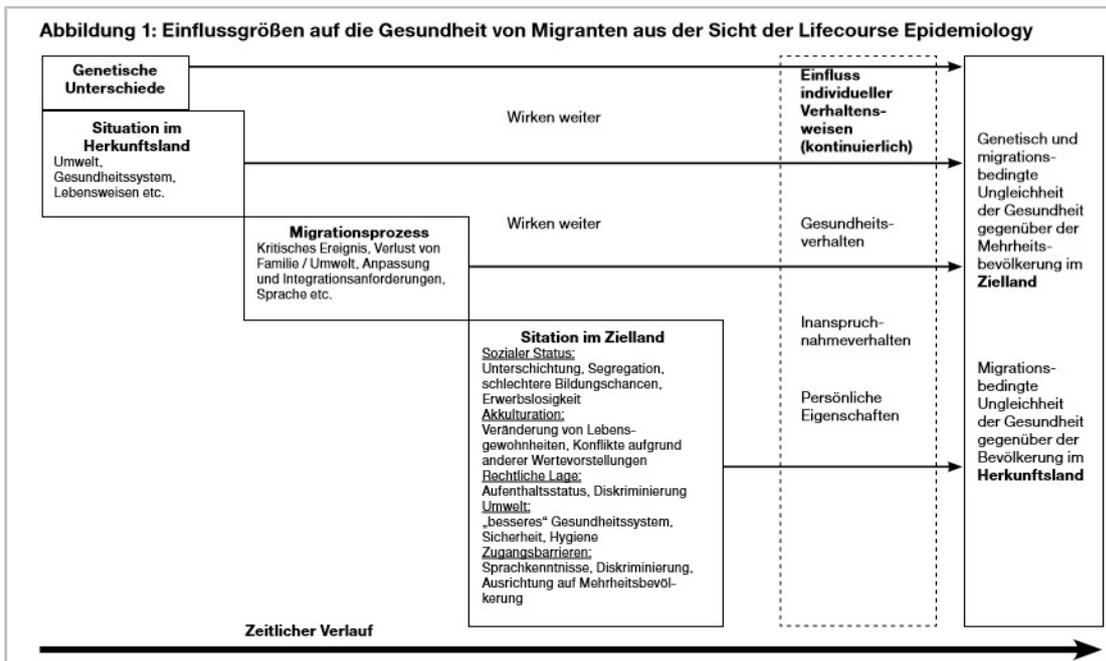


Abbildung 10: Einflussfaktoren auf die Gesundheit von Migranten im "lebenslauforientierten Modell"

Quelle: Razum und Spallek 2009b

Um Aussagen über den Zugang zur Versorgung und die Nutzung von sekundärpräventiven Angeboten von Migranten treffen zu können, eignen sich Erhebungen, die Vergleiche zwischen Migranten und der Mehrheitsbevölkerung im Zielland zulassen. Denn für beide Gruppen gelten in der GKV die gleichen Zugangsvoraussetzungen zum Gesundheitssystem und dessen medizinischen Versorgungsangeboten. Dadurch können etwaige Unterschiede im Inanspruchnahmeverhalten sowie deren entsprechende Einflussfaktoren aufgedeckt werden. Gemäß dem lebenslauforientierten Modell sind dabei jene Faktoren zu berücksichtigen, die das Nutzungsverhalten beeinflussen können. Zugangsbarrieren durch fehlende Sprachkenntnisse oder ein

schlechter sozialer Status im Zielland können sich auf die Teilnahme an Präventionsmaßnahmen negativ auswirken. Für Migranten der ersten Generation, die eine internationale Migration in ihrem Lebenslauf durchgemacht haben, können Aspekte wie das Gesundheitssystem im Herkunftsland als weitere Einflussfaktoren auf das Gesundheits- und Inanspruchnahmeverhalten wirken. Dies kann gleichzeitig aus der mangelnden Kenntnis des Gesundheitssystems des Ziellandes resultieren.

Die Gesundheit von Migranten der zweiten und dritten Generation kann neben Einflüssen aus deren eigenem Lebenslauf zusätzlich auch durch jene der ersten Eltern-generation tangiert werden. Das in Abbildung 10 dargestellte lebenslauforientierte Modell mit seinen drei Phasen ist um weitere Aspekte erweitert worden, die verschiedene Einflussfaktoren der unterschiedlichen Generationen einschließen (s. Abbildung 11). Gründe, die zu einer Migration geführt haben, wie bspw. Kriege oder Naturkatastrophen, sind im Modell ergänzt worden. All diese Faktoren, die ggf. auf die Migranten der ersten Generation und auf ihre soziale und gesundheitliche Situation wirken, können zum Großteil auch bei den Nachfahren auftreten. Neben genetischen Faktoren können Einflussgrößen wie kulturelle oder religiöse Einstellungen sowie die sozioökonomische Lage der Eltern das Gesundheitsverhalten der Nachfolgenerationen prägen. Durch längeren Aufenthalt im Zielland entstehen durch die Adaption an den Lebensstil der Mehrheitsbevölkerung weitere Wirkmechanismen, die sowohl in epidemiologischen Studien als auch bei der Interpretation von Forschungsergebnissen Berücksichtigung finden sollten (Spallek et al. 2011, Spallek 2012, Razum & Spallek 2015).

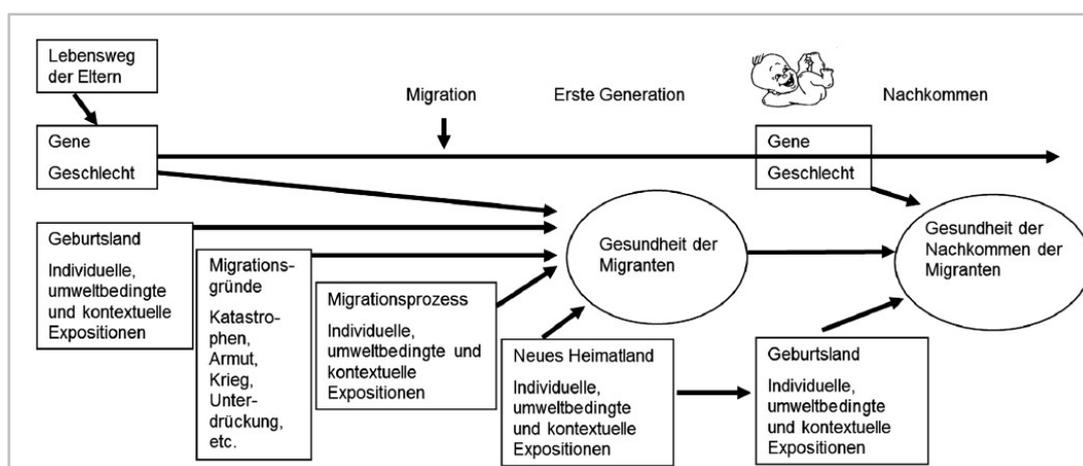


Abbildung 11: Einflussfaktoren auf die Gesundheit von Migrantengenerationen im Lebenslauf

Quelle: Razum & Spallek 2015

2.4.2 Zugangsbarrieren zur Gesundheitsversorgung und Inanspruchnahmeverhalten

Für die Prävention sind durch den Gesetzgeber Ziele festgelegt worden, deren Herausforderung darin liegt, Ungleichheiten in der Inanspruchnahme von Präventionsangeboten durch entsprechenden Zugang zu notwendigen und angemessenen Gesundheitsleistungen abzubauen. Hierzu zählt insbesondere die Förderung der Teilnahme an präventiven Leistungen durch sozial benachteiligte Menschen, zu denen auch ein Großteil der Menschen mit Migrationshintergrund gehört. Diese weisen nämlich eine geringere Bildung, schwierige Arbeits- und Wohnbedingungen und schlechtere Einkommensverhältnisse auf (Razum et al. 2008, Sozialgesetzbuch 2015b). Auf diese ist laut Gesetzgeber ein besonderes Augenmerk zu richten, da sie Präventionsangebote unterproportional nutzen (GKV-Spitzenverband 2014).

Als wesentliche Gründe für die geringe Inanspruchnahme von Gesundheitsangeboten durch Migranten werden Zugangsprobleme durch sprachliche und kulturelle Barrieren genannt. Fehlende Deutschkenntnisse, geringe Lese- und Schreibfähigkeiten erschweren die Kommunikation sowie die Interaktion mit dem Arzt, die mit einer Fehl-, Unter- oder Überversorgung einhergehen kann. Zudem ist der Zugang zu Gesundheitsinformationen erschwert, was zu Wissensdefiziten bezüglich des deutschen Gesundheitswesens und dessen Angeboten führen kann. Bei Migranten aus sozial schwachen Milieus mit einem geringen Bildungsniveau treten laut Studien Versorgungsmängel vermehrt auf (Razum et al. 2004, Geiger & Razum 2006, Spallek & Razum 2007, Borde 2009a, Knipper & Bilgin 2009, Hornung 2010, Nørredam & Krasnik 2011, Bermejo et al. 2012).

Es ist erkennbar, dass vor allem türkischstämmige Migranten statt Nutzung der ambulanten Systeme bei gesundheitlichen Beschwerden als erste Anlaufstelle häufiger Notfallambulanzen aufsuchen als andere Gruppen. Sie zeigen im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung damit ein unterschiedliches Inanspruchnahmeverhalten von Gesundheitsleistungen und -diensten, das neben den differierenden Gesundheitssystemen zwischen Herkunfts- und Zielland auch auf eine fehlende Gesundheitskompetenz (Health Literacy) zurückgeführt werden kann (Borde et al. 2003, Borde 2007). Studien in Dänemark liefern ebenfalls die Erkenntnis, dass Migranten im Krankheitsfall stärker Krankenhäuser aufsuchen als die autochthone Bevölkerung (Nørredam et al. 2011).

2.4.2.1 Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen in der Bevölkerung

Im Leistungskatalog der GKV sind nach dem Sozialgesetzbuch V Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der Sekundärprävention verankert, deren gesetzliche Einführung bis 1971 zurückgeht. In §25 SGB V sind die nach den Krebsfrüherkennungs-Richtlinien festgelegten Verfahren zu Brust-, Gebärmutterhals-, Darm-, Haut- und Prostatakrebsvorsorge sowie der Check-up 35 geregelt. Der §26 SGB V beschreibt die Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche. Diese müssen nach §62 SGB V „ausnahmsweise nicht zwingend“ durchgeführt werden. Grund hierfür ist die Verpflichtung aller Versicherten, durch einen eigenverantwortlichen und gesundheitsbewussten Lebensstil und die Teilnahme an Vorsorgemaßnahmen Krankheitsrisiken zu vermeiden oder Folgeerkrankungen zu minimieren (§1 SGB V) (G-BA 2015a, 2015d, Sozialgesetzbuch 2015b).

Bereits heute zählen Mortalitäten aufgrund von Krebserkrankungen nach Herz-Kreislauferkrankungen zu den zweithäufigsten Todesursachen (RKI 2011, Starker et al. 2012, BMG 2016a). Nach Schätzungen des Zentrums für Krebsregisterdaten (ZfKD) erkrankten allein in 2012 ca. 478.000 Menschen in Deutschland neu an Krebs. Innerhalb der Jahre 2000 und 2012 konnten bei Männern eine Zunahme der Krebsneuerkrankungen um 13 Prozent und bei Frauen um 10 Prozent verzeichnet werden (RKI 2015a). Mit dem demografischen Wandel ist davon auszugehen, dass die Zahl an Krebsneuerkrankungen in den nächsten Jahren in der Bevölkerung weiter steigen wird (Dreier et al. 2012). Um Krankheiten frühzeitig zu entdecken und diese im frühen Stadium zu behandeln, gewinnen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen sowohl auf EU- als auch auf Landes-Ebene gesundheitspolitisch zunehmend an Bedeutung (European Commission 2014, BMG 2016a).

Obwohl die angebotenen vertragsärztlichen Untersuchungsmaßnahmen von allen anspruchsberechtigten gesetzlich Krankenversicherten regelmäßig in Anspruch genommen werden können, weisen Studien auf geringe Teilnahmeraten hin (Barmer/GEK 2012, 2014, 2015). Erhebungen zur Akzeptanz und Kenntnis von präventiven Maßnahmen sowie über deren Nutzen und Risiken zeigen Wissens- und Informationslücken in der Gesamtbevölkerung, die mit geringen Teilnahmeraten einhergehen (Albert et al. 2012, Dreier et al. 2012). Insbesondere weisen Migranten gegenüber der einheimischen Bevölkerung stärkere Defizite in der Inanspruchnahme auf, die laut Studien unter anderem auf sprachliche oder kulturelle Zugangsbarrieren zurückzuführen sind (Razum & Spallek 2015).

Der Nutzen und Erfolg von Früherkennungsprogrammen hängt von der Akzeptanz und der Teilnahmebereitschaft in der Bevölkerung ab. Schätzungen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (ZI) im Auftrag der gemeinsamen Selbstverwaltung für die jährliche Beteiligung an gesetzlichen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen sowie an Beratungen zur Prävention von Darmkrebs auf Basis von Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen zeigen für das Jahr 2002 Teilnehmeraten von 49 Prozent der anspruchsberechtigten Frauen und 20 Prozent der anspruchsberechtigten Männer an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (Scheffer et al. 2006). Auch aktuellere Schätzungen für das Jahr 2011 über die Teilnahmequoten an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen liegen nach Hochrechnungen für die Frauen bei 47,5 Prozent und für die Männer bei 26,8 Prozent. Die geringen Teilnahmequoten differieren nicht nur innerhalb der Geschlechter, sondern auch altersspezifisch (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) 2011).

Für die Nicht-Inanspruchnahme von empfohlenen Früherkennungsuntersuchungen gibt es zahlreiche Gründe. Telefonische Befragungen von anspruchsberechtigten Personen hinsichtlich Kenntnisstand und Teilnahme an medizinischen Früherkennungsuntersuchungen (Krebs und Check-up 35) des Landesinstituts für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (Iögd)¹⁰ in 2002 ergab, dass gegen die Inanspruchnahme als wesentliche Hindernisse eine gewisse Trägheit, Gedankenlosigkeit und Wissensdefizite sprechen. Es wird jedoch von der Mehrzahl der Befragten (74 Prozent vs. 24 Prozent) ein grundsätzlicher Nutzen von Früherkennungsuntersuchungen gesehen (Iögd 2005).

Im Rahmen der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) 2010 wurden vom Robert Koch-Institut in der Zeit von September 2009 bis Juli 2010 deutschsprachige Erwachsene zu ihrem Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten telefonisch befragt. 68,5 Prozent der anspruchsberechtigten Personen gaben an, schon mal an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen teilgenommen zu haben. Auch hier ist der Anteil der Frauen (80 Prozent) höher als der Anteil der Männer (53 Prozent). Unterschiede innerhalb der Bildungsgruppen sind ebenfalls bemerkbar. Informationsdefizite, Unkenntnis und fehlende Notwendigkeit aufgrund von Beschwerdefreiheit sind die am häufigsten genannten Gründe für eine Nicht-Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen (Starker et al. 2012). Darüber hinaus beeinflusst der soziale

¹⁰ Aus dem Iögd und dem LIGA.NRW wurde zum 01.01.2012 das Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW) gegründet (Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen 2016).

Status die Inanspruchnahme. Sozial benachteiligte Personen nehmen laut Studien im Gegensatz zu sozial besser gestellten seltener am Check-up teil (Hoebel et al. 2013).

Zur Erhebung der Gesundheit von Erwachsenen in Deutschland (DEGS1) wurde auf Basis von Daten von 2008 bis 2011 von der in Deutschland lebenden Bevölkerung im Alter von 18 bis 79 Jahren eine Studie durchgeführt. Darin wurde festgestellt, dass die Mehrheit der Befragten die Empfehlungen zur Teilnahme an der Krebsfrüherkennungsuntersuchung kennt, jedoch nur etwa zwei Drittel der Frauen und weniger als die Hälfte der Männer zur Krebsfrüherkennungsuntersuchung geht. Faktoren wie Alter und sozioökonomischer Status beeinflussen die Teilnahmebereitschaft. Je älter die Personen sind, umso bekannter sind die Krebsfrüherkennungsuntersuchungen und umso regelmäßiger ist die Teilnahme an ihnen (Starker & Saß 2013).

Eine Repräsentativ-Umfrage unter GKV-Versicherten des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) bezüglich der Wahrnehmung und zur Akzeptanz von Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der Sekundärprävention kommt zu ähnlichen Ergebnissen. Bei anspruchsberechtigten Personen gibt es Wissensdefizite über die im Rahmen der GKV angebotenen Früherkennungsmaßnahmen. Auch hier zeigen sich geschlechts- und altersspezifische sowie sozioökonomische Unterschiede. Mit zunehmenden Alter und Sozialstatus steigt die Bereitschaft für Untersuchungen. Als wesentliche Hinderungsgründe für die Nicht-Teilnahme werden fehlende Notwendigkeit wegen aktueller Beschwerdefreiheit, Unkenntnis sowie kritische Haltung zur Sinnhaftigkeit der Untersuchungen genannt. Am häufigsten spricht der Aspekt „sich gesund fühlen“ gegen die Inanspruchnahme von Früherkennungsangeboten, obwohl sich sekundärpräventive Leistungen der Definition nach an gesunde bzw. symptomfreie Individuen richten. Diese Aussage widerspricht somit im Grunde nach dem wesentlichen Ziel und Bedeutung von sekundärpräventiven Maßnahmen (Zok 2007). Auch für NRW zeigen sich ähnliche Ergebnisse zur Teilnahmehäufigkeit und den Beweggründen (Streich 2009).

Im Barmer/GEK Arztreport 2012 mit Schwerpunkt Kindergesundheit wurde auf Basis von Abrechnungsdaten aus den Jahren 2008 bis 2010 ermittelt, dass die U-Untersuchungen (vgl. Kapitel 2.4.2.3) für Kinder in der Bevölkerung gut akzeptiert sind. Die Teilnehmeraten an den U3 bis U7 liegen bei etwa 95 Prozent, die der U8 und U9 bei etwa 90 Prozent. Die U7a weist Teilnehmeraten von ca. 86 Prozent auf (Barmer/GEK 2012). Die hohe Beteiligung an den Kinderuntersuchungen wurde in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Jahr 2004 ebenfalls bestätigt. Mit zunehmendem Alter wurde jedoch eine abnehmende

Teilnahme an den Kinderuntersuchungen festgestellt (RKI 2004). Bezüglich der Inanspruchnahme der Jugenduntersuchung J1 wurde auf Basis bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten aus den Jahren 2007 bis 2010 Teilnahmeraten von 43,4 Prozent ermittelt (Riems & Mangiapane 2013).

2.4.2.2 Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen durch erwachsene Migranten

Aktuell gibt es kaum repräsentative Studienergebnisse zum Gesundheitsverhalten von Migranten in Deutschland, die den Zugang zu präventiven Leistungen und die Teilnahme an Früherkennungsangeboten beschreiben. Im Gegensatz zur Mehrheitsbevölkerung fehlen darüber hinaus Informationen über das Wissen und die Einstellung von erwachsenen Migranten hinsichtlich Früherkennungsuntersuchungen. Der Grund dafür ist, dass in den meisten Datensätzen bisher detaillierte Informationen zur Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland nicht erfasst wurden. Mangelnde Angaben und unterschiedliche Definitionen des Migrationsbegriffs (nach Herkunftsland oder Staatsangehörigkeit) erschweren die Repräsentativität der Aussagen sowie die Vergleichbarkeit von Studienergebnissen mit anderen europäischen Ländern. Auch wurden Migranten bisher in Studien und Erhebungen zum Teil aufgrund fehlender Sprachkenntnisse wenig einbezogen, um auf diese Weise deren gesundheitliche Lage zu erforschen und daraus geeignete Modelle und Versorgungskonzepte zu entwickeln (Borde 2007, 2009b, Razum et al. 2008). Die wenigen verfügbaren Untersuchungsergebnisse geben allerdings Hinweise darauf, dass Migranten und deren Kinder Früherkennungsuntersuchungen seltener nutzen (Zeeb et al. 2004, Spallek & Razum 2007, RKI 2008a, 2008b, Razum & Spallek 2009a, Rechel et al. 2013, Rommel et al. 2015, Brand et al. 2015), obwohl der Zugang zur Gesundheitsversorgung allen legal in Deutschland lebenden und krankenversicherten Personen gleichermaßen zur Verfügung steht (Hornung 2010). Begründet wird die geringe Inanspruchnahme zum Teil dadurch, dass das deutsche Gesundheitssystem primär auf Leistungen bei der Behandlung von Krankheiten ausgerichtet ist und weniger präventive Maßnahmen vorsieht (Hurrelmann et al. 2010). Der Anspruch für notwendige Informationen zur Erforschung von migrantenspezifischem Gesundheitsverhalten wird in der Literatur mehrfach betont. Hierfür sind Merkmale zur Erfassung des Migrationsstatus zu Studienzwecken definiert worden (Schenk et al. 2006, Rechel et al. 2011b).

Die aktuelle Forschung konzentriert sich mit den vorhandenen Daten vielmehr auf den Gesundheitszustand bzw. das Krankheitsbild in der Bevölkerung. Der Schwerpunktbericht „Migration und Gesundheit“ des Robert Koch-Instituts (RKI) (2008a) weist bspw. darauf hin, dass sich Krankheitsbilder in der Gesamtbevölkerung unabhängig von der Herkunft ähneln, lediglich wenige Ausnahmen z.B. ausgelöst durch erblich bedingte Stoffwechselerkrankungen bei Migranten bestehen. Migranten tragen im Gegensatz zur Mehrheitsbevölkerung höhere Risiken an Infektionskrankheiten wie Tuberkulose oder Hepatitis zu erkranken und weisen zudem eine höhere Diabetesprävalenz auf. Untersuchungen zu Säuglings- und Müttersterblichkeit bei Ausländern zeigen im Vergleich zu Deutschen zwar höhere Werte, jedoch ist über die Jahre eine rückläufige Tendenz feststellbar. In Bezug auf bestimmte weit verbreitete Erkrankungen wie Krebs oder koronare Herzkrankheit ist die Morbidität bei Migranten sogar geringer (RKI 2008a). Laut deskriptiven Studienergebnissen von Zeeb et al. sind Krebsrisiken bei türkischstämmigen Migranten weniger anzutreffen als bei Einheimischen, jedoch steigt die Krebsmortalität innerhalb der türkischstämmigen Migranten langsam an (Zeeb et al. 2008). Untersuchungen von Spallek et al. bestätigen ebenfalls Unterschiede von Krebsrisiken innerhalb türkischer und nicht-türkischer Einwohner in Deutschland (Spallek et al. 2009). Um das Mortalitätsrisiko zu verringern, können frühzeitige Maßnahmen im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen für diese Zielgruppe an Relevanz gewinnen. Das gesundheitspolitische Ziel sollte daher sein, bestehende gesundheitliche Vorteile von Migranten langfristig zu bewahren und zukünftige Risikofaktoren zu minimieren. Inwiefern die bisherigen Beobachtungen auf den Faktor Migration oder auf andere Einflüsse zurückzuführen sind, bleibt allerdings unklar.

Für die Präventionsarbeit in Deutschland fehlen aufgrund der eingeschränkten Datenlage weiterhin wichtige Erkenntnisse über das Inanspruchnahmeverhalten von erwachsenen Menschen mit Migrationshintergrund, um daraus neue gesundheitsrelevante Ansätze abzuleiten. Anscheinend besteht bei Migranten ein Zugangsproblem zur Gesundheitsversorgung und dessen präventiven Angeboten. Es werden weitere Informationen über Ursachen und Gründe für die geringe Teilnahme von Migranten an präventiven Maßnahmen benötigt (Razum & Spallek 2009a, Spallek et al. 2010).

2.4.2.3 Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen durch Migrantenkinder

Im Rahmen der Sekundärprävention haben Kinder und Jugendliche nach §26 SGB V Anspruch auf Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche oder geistige Entwicklung beeinträchtigen können. Der Umfang der Früherkennungsmaßnahmen ist durch die Kinder-Richtlinie des G-BA festgelegt. Es gibt zehn U-Untersuchungen, für die bestimmte Untersuchungsintervalle vorgegeben sind. Die Untersuchungsergebnisse werden im sog. „Gelben Heft“ dokumentiert. Gemäß den Richtlinien zur Jugendgesundheitsuntersuchung haben Jugendliche im Alter von 13 bis 14 Jahren einmalig Anspruch auf die J1-Untersuchung. Das Ziel dieser Jugenduntersuchung ist u.a. die Früherkennung von Erkrankungen und das frühzeitige Aufdecken von gesundheitsgefährdendem Verhalten, seelischer Entwicklungs- oder Verhaltensstörungen (G-BA 2015b, 2015c, Sozialgesetzbuch 2015b).

Zur Beschreibung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen aus Familien mit Migrationshintergrund fehlten bislang repräsentative Datenquellen. Vorhandene Studien begründen Faktoren wie das Herkunftsland oder den Sozialstatus als Einflussgrößen für die gesundheitliche Lage und das gesundheitliche Verhaltensmuster (RKI 2008b, 2010). Es werden einige Studienergebnisse vorgestellt, die auf Mängel bei der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen bei Migrantenkindern hindeuten.

Im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey des RKI (KIGGS) wurde in den Jahren 2003 bis 2006 im Auftrag der Bundesministerien für Gesundheit (BMG) sowie Bildung und Forschung (BMBF) eine bundesweite bevölkerungsrepräsentative Studie über den Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren in Deutschland durchgeführt. Durch die zusätzliche Erfassung der Staatsangehörigkeit, dem Geburtsland und dem Einreisejahr der Eltern und Kinder, die zu Hause gesprochene Sprache sowie die Zugehörigkeit zu einer Zuwanderergruppe konnten erstmalig Aussagen über die gesundheitliche Lage von Kindern aus Migrantenfamilien getroffen werden. Bei der Datenerhebung wurde nach Kindern und Jugendlichen ohne, mit einseitigem und beidseitigem Migrationshintergrund unterschieden. 17,1 Prozent der untersuchten Kinder und Jugendlichen wiesen einen beidseitigen, weitere 8,3 Prozent einen einseitigen Migrationshintergrund auf. Somit konnten entsprechend ihres Anteils an der Bevölkerung eine repräsentative Anzahl an Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund für die Studie gewonnen werden. Erhebung-

gen von soziodemografischen Merkmalen zeigen, dass Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund deutlich häufiger der Unterschicht angehören und doppelt so viele die Hauptschule besuchen. Rund 71 Prozent der türkischstämmigen Kinder und Jugendlichen stammen aus der untersten Sozialschicht, während Kinder mit einseitigem Migrationshintergrund ähnliche Merkmale aufweisen wie die ohne Migrationshintergrund (RKI 2008b).

Im Hinblick auf den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland zeigt die Studie, dass insbesondere Kinder türkischer Herkunft im Vergleich zu Kindern aus Deutschland eine höhere Prävalenz von Übergewicht (20 Prozent vs. 14 Prozent) und Adipositas (Fettsucht) (9 Prozent vs. 6 Prozent) haben, häufiger an Anämien leiden, jedoch weniger Allergien aufzeigen. Das Risiko an Karies zu erkranken, ist bei Migrantenkindern ebenfalls höher. Als Ursachen werden u.a. hoher Konsum von Süßigkeiten und zuckerhaltigen Getränken, geringere Zahnputzfrequenz sowie geringere Fluoridierung der Zähne genannt. Die Durchimpfungsrate von in Deutschland geborenen Kindern mit Migrationshintergrund ist im Vergleich zu Kindern die nach ihrer Geburt zugewandert sind besser. Kinder und Jugendliche mit beidseitigem Migrationshintergrund konsumieren vergleichsweise weniger Alkohol und rauchen seltener (RKI 2008b).

Bezüglich der kindlichen Früherkennungsuntersuchungen nehmen Kinder und Jugendliche mit beidseitigem Migrationshintergrund im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen ohne oder einseitigem Migrationshintergrund an den U-Untersuchungen seltener teil (s. Abbildung 12). Mit zunehmendem Alter der Kinder sinkt die Inanspruchnahme. Ab der U8 sind Teilnahmequoten unter 90 Prozent festzustellen, bei Kindern mit sowohl einseitigem als auch beidseitigem Migrationshintergrund sind sie deutlich geringer. Während sich an der U3-Untersuchung weit über 80 Prozent der Migrantenkinder beteiligen, nehmen an der U9 lediglich 62 Prozent der Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund teil. 86 Prozent der Kinder ohne Migrationshintergrund und 83 Prozent mit einseitigem Migrationshintergrund nehmen an den U-Untersuchungen komplett teil, indessen nehmen rund 65 Prozent der Kinder und Jugendlichen mit beidseitigem Migrationshintergrund die Untersuchungen in Anspruch. Die Teilnahmerate bei türkischstämmigen Kindern liegt im Vergleich mit einem Anteil von ca. 69 Prozent etwas höher. Überdies können 14 Prozent der Kinder mit Migrationshintergrund gar keine Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen U3 bis U9 nachweisen. Bei Kindern ohne Migrationshintergrund liegt der Wert bei 2 Prozent. Die J1-Untersuchung wird von 26 Prozent der Jugendlichen mit Migrationshintergrund

aufgesucht, die Teilnahmequoten von Jugendlichen ohne Migrationshintergrund liegen bei knapp 40 Prozent (RKI 2008a, 2008b, 2008c).

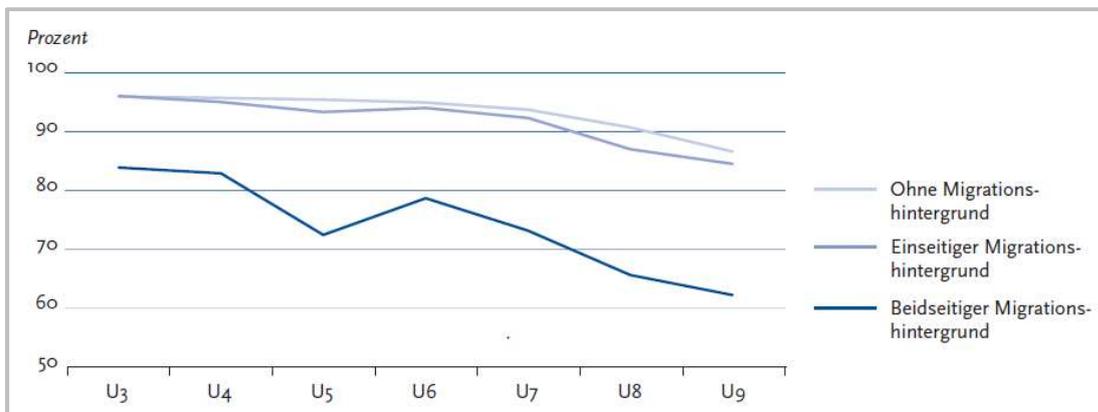


Abbildung 12: Inanspruchnahme von U3- bis U9-Untersuchungen nach Migrationshintergrund (in Prozent)

Quelle: RKI 2008b

Berliner Einschulungsdaten bestätigen zum Großteil die Ergebnisse der KIGGS-Studie. Bei der Datenaufnahme wurden die Staatsangehörigkeit sowie die kulturelle Herkunft der Kinder und ihrer Eltern erfasst. Erhebungen aus den Jahren 2009 und 2011 zeigen, dass Kinder mit türkischem Migrationshintergrund im Vergleich zu deutschen Kindern doppelt so häufig Karies aufweisen, U1- bis U8-Untersuchungen weniger in Anspruch nehmen, stärker übergewichtig und adipös sind. Lediglich weisen sie eine höhere Teilnahmebereitschaft an Impfungen auf, die mit zunehmenden sozialen Status weiter sinkt. Demnach haben Kinder aus der oberen sozialen Schicht öfters Impflücken als Kinder aus der unteren sozialen Schicht (Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz 2011, Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales 2012).

Auch hessische Schuleingangsuntersuchungen an Kindern der Einschulungsjahre 1998 bis 2002 zeigen, dass es geringe Unterschiede im Impfstatus gibt, jedoch deutliche Differenzen bei der vollständigen Teilnahme an den U-Untersuchungen. Lediglich 34 Prozent der Kinder mit Migrationshintergrund konnten durch Vorlage des U-Heftes die Durchführung nachweisen, während der Wert bei deutschen Kindern bei 71 Prozent lag. Übergewicht und Adipositas wurden in diesen Untersuchungen bei Migrantenkindern ebenfalls vermehrt festgestellt (Gawrich 2004). Untersuchungen in Bayern zeigen für das Schuljahr 2010/2011, dass die Teilnahme an allen U-Untersuchungen bei über 90 Prozent liegt. Allerdings lagen die Teilnahmeraten bei Kindern

mit einseitigem Migrationshintergrund bei 80 Prozent und bei Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund bei ca. 72 Prozent (Bayrisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege 2015).

Die skizzierten Studien belegen, dass besonders Kinder aus Migrantenfamilien nicht alle Kinderuntersuchungen wahrnehmen. Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KIGGS) gibt außerdem erstmalig wichtige Erkenntnisse über die gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund und identifiziert gesundheitspolitisch relevante Themenfelder. Dieser weist nach, dass der Gesundheitszustand mit dem sozioökonomischen Zustand assoziiert (RKI 2008b). Die Studie Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2009/2010 kommt zu einem gleichen Ergebnis. Kinder mit Migrationshintergrund oder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus bewerten ihren subjektiven Gesundheitszustand insgesamt schlechter als andere Kinder (HBSC-Team Deutschland 2011).

2.5 Gesundheitspolitische Maßnahmen

Seit 2008 wurden durch die Bundesregierung unterschiedliche gesundheitspolitische Gesetze und Initiativen eingeleitet. Einige davon haben das Ziel, sowohl einen Beitrag zur Förderung der Gesundheit in der Gesamtbevölkerung als auch speziell bei Migranten zu leisten. Die verabschiedeten Gesetze und daraus entwickelten Maßnahmen sollen in der Bevölkerung die Notwendigkeit und die Wichtigkeit von Prävention und Gesundheitsförderung verdeutlichen und gleichzeitig die Teilhabe an präventiven Angeboten stärken.

In der EU wurde darüber hinaus das neue Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ entwickelt und verabschiedet. Das Konzept zielt u.a. darauf ab, gemeinsam Maßnahmen zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden in der Bevölkerung sowie zum Abbau von Ungleichheiten im Gesundheitsbereich zu entwickeln und umzusetzen. Durch die Forderung „Investitionen in Gesundheit durch einen Lebenslaufansatz und Stärkung der Handlungsfähigkeit der Menschen“ erhalten die Interventionen Gesundheitsförderung und Prävention einen hohen Stellenwert im Konzept (WHO 2013a). Einige der dort genannten Ansätze finden sich in den gesundheitspolitischen Entwicklungen in Deutschland wieder (z.B. im Präventionsgesetz).

2.5.1 Nationaler Krebsplan

Das BMG startete in 2008 gemeinsam mit der Deutschen Krebsgesellschaft, der Deutschen Krebshilfe und der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren die Initiative zum Nationalen Krebsplan. Darin sind vier Handlungsfelder¹¹ mit insgesamt 13 Zielen und weiteren Teilzielen definiert (BMG 2012a, 2016a). Im Ziele-Papier 1 des Nationalen Krebsplans, welches die Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung anstrebt, werden Nutzen und Risiken von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen aufgezeigt. Zur Stärkung der Patientensouveränität sollen alle potentiellen Teilnehmer unter Berücksichtigung aller Vor- und Nachteile ihre individuelle Entscheidung für oder gegen eine Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsangeboten treffen können (The Council of the European Union 2003). Als Vorteile werden u.a. die Verbesserung der Lebensqualität, die Reduktion der Mortalität sowie die der Morbidität bei der Entdeckung von Krebs in den Frühstadien aufgezeigt. Nachteilig können sich Komplikationen während der Untersuchungen, körperliche oder seelische Beeinträchtigungen aufgrund von Falschdiagnosen auswirken. Nehmen Patienten zusätzlich an präventionsorientierten Beratungsgesprächen teil, sollen diese die Gesundheitskompetenz sowie das primär- und sekundärpräventive Verhalten fördern. Im Sinne von Public Health wird mit diesen Maßnahmen angestrebt, eine Verbesserung der Teilnahmeraten an den Krebsfrüherkennungsuntersuchungen durch informierte Patienten zu erreichen sowie die Optimierung der Informationsangebote hinsichtlich Nutzen und Risiken von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen zu bewirken (Ziele-Papier 1 des Nationalen Krebsplans 2010, Kraywinkel et al. 2012, BMG 2016a).

Darauf abzielend ist im Zuge der gesetzlichen Neuregelungen der Gesundheitsreform 2007 (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz) zum 01.01.2008 durch den G-BA die einmalige ärztliche Beratung innerhalb von zwei Jahren nach Beginn der jeweiligen Anspruchsberechtigung über Vor- und Nachteile der jeweiligen Früherkennung beschlossen worden. Als Zielgruppen wurden alle Frauen, die nach dem 1. April 1987 und alle Männer, die nach dem 1. April 1962 geboren wurden, definiert. Das Gesetz sah vor, die regelmäßige Inanspruchnahme der gesetzlich vorgesehenen Früherkennungsuntersuchungen finanziell zu belohnen. Denn im Falle einer späteren chronischen Erkrankung würden gemäß der Chroniker-Richtlinie nur Zuzahlungen bis zu einem Prozent des Haushaltseinkommens fällig werden, ansonsten zwei Prozent (§62 SGB V, Sozialgesetzbuch 2012). Die verpflichtende Beratung soll maßgeblich

¹¹ Es handelt sich um die Handlungsfelder „Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung“ (Handlungsfeld 1), Weiterentwicklung der onkologischen Versorgungsstrukturen und der Qualitätssicherung“ (Handlungsfeld 2), „Sicherstellung einer effizienten onkologischen Behandlung“ (Handlungsfeld 3) und „Stärkung der Patientenorientierung“ (Handlungsfeld 4).

dazu beitragen, auf dieser Grundlage eine informierte Entscheidung über die Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen von Brustkrebs (Mammographie-Screening) ab dem Alter von 50 Jahren, von Darmkrebs (Schnelltest auf okkultes Blut oder Früherkennungskoloskopie) ab dem Alter von 50 Jahren und von Gebärmutterhalskrebs (Zervix-Karzinom) ab dem Alter von 20 Jahren treffen zu können (G-BA 2007, Koch & Scheibler 2007, AOK-Bundesverband o.J.).

Zur nachhaltigen Verbesserung von Strukturen, Reichweite, Wirksamkeit und Qualität der bestehenden Krebsfrüherkennungsangebote wurde im Rahmen des Nationalen Krebsplans am 31. Januar 2013 vom Bundestag das neue Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz (KFRG) beschlossen (BMG 2012b, 2013). Der §25a „Organisierte Früherkennungsprogramme“ wurde im April 2013 in das Fünfte Sozialgesetzbuch neu eingefügt. Daraus resultierend wurde die gemäß der Chroniker-Richtlinie für die regelmäßige Inanspruchnahme von chronisch Kranken an den Krebsfrüherkennungsuntersuchungen nach §62 Abs. 1 Satz 3 Nr. 2¹² zuvor festgelegte reduzierte Belastungsgrenze in Höhe von 1 Prozent im April 2013 aus dem Sozialgesetzbuch gestrichen. Auf diese Weise wurde die gesetzlich festgelegte finanzielle Sanktionierung bei einer Nicht-Teilnahme aufgehoben. Mit dem neuen Gesetz soll primär das Ziel erreicht werden, dass die Teilhabe an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen ohne gesetzliche Verpflichtungen ausschließlich durch die freie informierte Entscheidungsfindung (informed choice) der Patienten erfolgt (Sozialgesetzbuch 2015a). Das KFRG sieht u.a. zur Verbesserung der Krebsfrüherkennung und Steigerung der Teilnahmeraten eine regelmäßig persönliche Einladung zu den Gebärmutterhals- und Darmkrebsfrüherkennungsuntersuchungen vor, die im Sinne der Leitlinien der Europäischen Kommission und den Zielen des Nationalen Krebsplans zeitnah in organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme überführt werden sollen. Bislang wird auf Grundlage der europäischen Leitlinien die bevölkerungsbezogene und qualitätsgesicherte Mammographie-Untersuchung¹³ als eine organisierte Früherkennungsmaßnahme in Deutschland angeboten. Durch gezielte Informationen über Nutzen und Risiken der angebotenen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, durch Erhöhung der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung und aufklärende Gespräche beim Arzt sollen an-

¹² Gestrichen wurde folgender Absatz: „2. für nach dem 1. April 1987 geborene weibliche und nach dem 1. April 1962 geborene männliche chronisch kranke Versicherte, die an einer Krebsart erkranken, für die eine Früherkennungsuntersuchung nach § 25 Abs. 2 besteht, und die diese Untersuchung ab dem 1. Januar 2008 vor ihrer Erkrankung nicht regelmäßig in Anspruch genommen haben.“ (Sozialgesetzbuch 2013)

¹³ In den „Europäischen Leitlinien für die Qualitätssicherung des Mammographie-Screenings“ wird eine Teilnahmerate von mindestens 70 Prozent empfohlen (Perry et al. 2006).

spruchsberechtigte Personen bei ihrer freien Entscheidung zur Durchführung der Untersuchungen unterstützt werden. Für die inhaltliche Ausgestaltung der organisierten Krebsfrüherkennungsprogramme ist der G-BA verantwortlich. Dieser soll nach §92 SGB V auf Grundlage von Richtlinien bis zum 30. April 2016 die Durchführung regeln¹⁴ (§25a Abs. 2 SGB V). Der G-BA erhält zusätzlich die Aufgabe, in seinen Richtlinien die Altersgrenzen sowie die Untersuchungsintervalle für Krebsfrüherkennungsuntersuchungen eigenständig festzulegen und diese bei zukünftigen Gegebenheiten flexibel anzupassen. Die hierzu bisherigen im §20 SGB V geregelten gesetzlichen Bestimmungen sind aufgehoben worden (BMG 2012b, 2015a, Walter & Dreier 2014, Sängler 2014, Sozialgesetzbuch 2015a, European Commission 2015, RKI 2015b).

Entgegen der gesundheitspolitischen Aktivitäten wird in der Literatur kontrovers über den Nutzen und die Risiken von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen diskutiert. Da bei den Krebsfrüherkennungsuntersuchungen hauptsächlich gesunde Menschen untersucht werden, bemängeln Kritiker, dass es bislang keinen Wirkungsnachweis über die Erfolge von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen gibt, das Risiko für Schäden durch die Krebsfrüherkennungsuntersuchung größer seien als der tatsächlich erwünschte Nutzen und die Teilnehmer den Nutzen der Krebsfrüherkennungsuntersuchungen überschätzen und die möglichen Schäden unterschätzen würden. Gefordert werden evidenzbasierte Präventionskonzepte (Mühlhauser 2007, 2011, 2014, Gigenzer et al. 2009, Leinmüller 2010, Forum Gesundheitspolitik 2012, Implicon 2014, Diercks & Schmacke 2014, Perleth & Matthias 2014). Befürworter von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen bekräftigen jedoch, dass eine frühe Erkennung von Krebserkrankungen die Heilungschancen erhöhen würden. Zur Verbesserung der Teilnahmeraten sollen zielgruppengerechte und überzeugende Kommunikationsmaßnahmen entwickelt werden, die gezielt über den Nutzen von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen informieren sollen (Deutsche Krebshilfe 2007, Kooperationsgemeinschaft Mammographie 2014). Der G-BA hat für das Mammographie-Screening bereits im Oktober 2015 den Beschluss kommuniziert, dass sowohl das Einladungsschreiben als auch das Merkblatt zugunsten einer informierten und freiwilligen Entscheidung

¹⁴ Laut der Webseite des BMG sind bislang keine Regelungen getroffen worden: „Aktuell hat der G-BA die Aufgabe, seine verschiedenen Richtlinien zur Früherkennung an die gesetzlichen Vorgaben des Krebsfrüherkennungs- und -registergesetzes (KFRG) sowie des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVg) anzupassen, die unlängst verabschiedet worden sind. Das betrifft nach dem KFRG die Einführung organisierter Krebsfrüherkennungsprogramme für Gebärmutterhalskrebs und Darmkrebs. Und entsprechend den Vorgaben des Präventionsgesetzes müssen die jeweiligen Richtlinien zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen sowie bei Erwachsenen angepasst werden.“ (Stand 27.04.2016) (BMG 2016a)

überarbeitet werden. Diese Medien sollen ab 2016 schrittweise in Kraft treten (G-BA 2015g).

2.5.2 Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit

Auf Basis der Ergebnisse der KIGGS-Studie zum Gesundheitszustand und –verhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland hat die Bundesregierung in 2008 unter Beteiligung der verantwortlichen Bundesministerien die „Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit“ initiiert. Hierfür wurden neue Maßnahmen entwickelt, die in drei zentrale Handlungsfelder unterteilt wurden. Die Handlungsfelder zielen im Wesentlichen darauf ab, Prävention und Gesundheitsförderung auszubauen, gesundheitliche Chancengleichheit zu fördern und gesundheitliche Risiken zu mindern. Gleichzeitig sollen kontinuierliche Grundlagenforschung und Gesundheitsmonitoring dabei unterstützen, die durchgeführten Initiativen zur Kindergesundheit anhand identifizierter Risiko- und Schutzfaktoren weiterzuentwickeln (BMG 2015c).

Auf dieser Grundlage wurden nacheinander unterschiedliche Projekte entwickelt und umgesetzt. Diese sollen dabei helfen, körperliche und psychische Gesundheitsrisiken und -störungen von Kindern und Jugendlichen zu minimieren. Besonders Kinder aus sozial schwachen Familien und aus Migrantenfamilien bedürfen stärkerer Förderung, da diese laut KIGGS höheren Gesundheitsrisiken ausgesetzt sind und seltener Früherkennungsuntersuchungen wahrnehmen (RKI 2008b). Die Chance gesund aufzuwachsen, könnte demzufolge sinken.

Die initiierten Maßnahmen beinhalten vorrangig Elemente der Verhaltensprävention: Fehlernährung, Bewegungsmangel und Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen soll präventiv entgegengewirkt und in den Settings Schule und Kindertagesstätten gesundheitsförderlich behandelt werden. Das gesunde Heranwachsen von Kindern und Jugendlichen wird vom Lebensstil und der sozialen Situation der Eltern bedeutend beeinflusst. Deshalb sollen benachteiligte Familien eine frühzeitige Förderung erhalten. Zur weiteren Stärkung der Kindergesundheit und der gleichzeitigen Minimierung von Gesundheitsrisiken sieht die „Strategie der Bundesregierung“ vor, u.a. Themenfeldern aus den Untersuchungsergebnissen der KIGGS-Studie wie Zigaretten- und Alkoholkonsum, häufige Verkehrsunfälle, Allergierisiko, Strahlenbelastung durch Solarien, Chronifizierung von Krankheiten, Vernachlässigung und häusliche Gewalt

bei Kindern und Jugendlichen mit Maßnahmen präventiv entgegenzuwirken. Die Teilnahme an Impfungen sowie an Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche soll erhöht werden (BMG 2008).

Neben den Initiativen zur Umsetzung der Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit erhalten Länder, Städte, Kommunen sowie weitere Akteure im Gesundheitswesen die Verantwortung, Voraussetzungen für gesundheitliche Chancengleichheit zu schaffen und Aktionen und Projekte im Hinblick auf einen gesunden Lebensstil von Kindern und Jugendlichen in Deutschland umzusetzen (BMG 2008). Beispielhafte Projekte werden auf der Internetseite des BMG vorgestellt (BMG 2015c).

Einige Bundesländer haben bereits autonom erste Interventionsmaßnahmen eingeführt, um die Teilnehmeraten an den U-Untersuchungen zu erhöhen und gleichzeitig Fälle von Kindeswohlgefährdungen und -missbrauch frühzeitig zu identifizieren. Es werden Einladungs- und Meldeverfahren für verbindliche Früherkennungsuntersuchungen verschickt, um vor allem schwer erreichbare Gruppen, zu denen auch Familien mit Migrationshintergrund gehören, zur Teilnahme zu motivieren. Erste Erhebungen belegen, dass diese Verfahrensweisen die Teilnahmequoten an den Kinderuntersuchungen erhöhen (NLGA 2008, Thaiss et al. 2010, Hock et al. 2013). Seit 2010 ist auch in Berlin das „Gesetz zur Förderung der Gesundheit von Kindern und des Kinderschutzes“ (Berliner Kinderschutzgesetz – KiSchuG) in Kraft. Das Gesetz zielt laut §1 Abs. 2 u.a. darauf, ab der U4-Untersuchung „die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen von Kindern mit Berliner Wohnsitz“ zu erhöhen. Hierfür wurde eine zentrale Stelle bei der Charité-Universitätsmedizin eingerichtet, um die Teilnahme von Kindern ab dem dritten Lebensmonat bis zum vollendeten zehnten Lebensjahr an den jeweiligen Früherkennungsuntersuchungen zu sichern (§6 Abs. 1 KiSchuG) (Gesetze Berlin 2009).

Am 18.06.2015 gab der G-BA in einer Pressemitteilung bekannt, dass die Richtlinien für die Früherkennungsuntersuchungen für Kinder neu strukturiert werden. Im Hinblick auf etwaige Störungen in der Eltern-Kind-Interaktion soll das „Gelbe Heft“ zukünftig eine herausnehmbare Teilnahmekarte beinhalten, die als Nachweis zur gewissenhaften elterlichen Fürsorge gegenüber Dritten (z.B. Kindergärten) dienen soll (G-BA 2015h). Weitere Überarbeitungen in den Kinder-Richtlinien treten ab September 2016 in Kraft. Das neue Untersuchungsheft für Kinder wird den Leistungserbringern zur Verfügung gestellt (G-BA 2016a).

2.5.3 Schwerpunktjahr „Gesundheit und Pflege in der Einwanderungsgesellschaft“

Für eine bessere gesundheitliche Versorgung in der Bevölkerung hat die Bundesregierung das Schwerpunktjahr Gesundheit 2015 festgelegt. In diesem Rahmen steht das Thema „Gesundheit und Pflege in der Einwanderungsgesellschaft“ im Fokus des Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration. Staatsministerin Aydan Özoğuz möchte mit dieser Initiative die Optimierung und Ausrichtung des Gesundheits- und Pflegewesens an die kulturelle, sprachliche und religiöse Vielfalt einer Einwanderungsgesellschaft schaffen. Ausgangslage für die politischen Bemühungen sind Forschungsergebnisse auf Basis der vorhandenen Daten über die gesundheitliche Situation und Versorgung von Migranten in Deutschland, die zum Teil im Kapitel 2.4 beschrieben wurden. Auf die einzelnen Punkte geht die Staatsministerin im „10. Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland“ im Detail ein und macht dort auf erforderliche Maßnahmen aufmerksam (Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2014). Im Bericht der Bundesregierung zum Nationalen Aktionsplan Integration aus dem Jahre 2011 wurden im Kapitel „Gesundheit und Pflege“ bereits auf die gleichen Problemfelder hingewiesen. Erkenntnisse aus der gesundheitswissenschaftlichen Forschung sowie identifizierte Defizite in den Gesundheitsberichterstattungen wurden aufgegriffen und daraus Handlungsempfehlungen abgeleitet. Sowohl das Dialogforum als auch die Länder definierten zu einzelnen Themenfeldern rund um die Gesundheit und Pflege von Migranten strategische Ziele und Maßnahmen, die umzusetzen sind. Besonders Maßnahmen zur Prävention und zur Gesundheitsförderung sollen Personen mit Migrationshintergrund stärker erreichen und den Zugang zu den Angeboten durch eine informierte Inanspruchnahme verbessern (Die Bundesregierung 2011). Der Arbeitskreis „Migration und öffentliche Gesundheit“, der vom Arbeitsstab der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration koordiniert wird, verfolgt das Ziel, dass alle Menschen die gleichen Chancen für Gesundheit haben. In seinem Positionspapier sind Empfehlungen und Positionen zu einzelnen Themenfeldern beschrieben worden, die im Schwerpunktjahr der Bundesregierung Berücksichtigung finden (Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit 2012).

Bei Migranten bestehen Informationsdefizite und Zugangsbarrieren zur Gesundheitsversorgung und -vorsorge. Das Schwerpunktjahr zielt auf dieser Grundlage darauf ab, Chancengleichheit und gleichberechtigte Teilhabe aller Menschen in der Gesundheitsversorgung zu gewährleisten. Der demografische Wandel in Deutschland betrifft

auch immer mehr Migranten der Erstgenerationen, die mit zunehmendem Alter auf Gesundheits- und Pflegeleistungen angewiesen werden. Um diesem Anspruch gerecht zu werden, sollen kultur- und migrantensensible Angebote im deutschen Gesundheits- und Pflegewesen Einzug finden. Für die Sicherstellung des Zugangs von Migranten zur Gesundheitsversorgung und den Pflegeleistungen werden modellhafte Projekte initiiert und die enge Zusammenarbeit mit Migrantenorganisationen gestärkt. Diskutiert werden aktuell Maßnahmen wie die interkulturelle Öffnung von Gesundheitseinrichtungen wie Krankenhäuser oder Arztpraxen, migrantensensible Präventionsangebote, die Verbesserung der eingeschränkten Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen und Asylbewerbern sowie aufklärende Informationsmaterialien in einem neuen Gesundheitsportal durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (BMG 2015d).

2.5.4 Das Präventionsgesetz

Am 18. Juni 2015 wurde im Bundestag das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) beschlossen und ist am 25. Juli 2015 nach der Veröffentlichung im Bundesgesetzblatt in Kraft getreten. Die finanziellen Regelungen zu den Ausgabenricht- und –mindestwerten sollen allerdings zum 01. Januar 2016 in Kraft treten. Das Ziel des Gesetzes ist es laut dem Gesetzesentwurf vom 11. März 2015, „unter Einbeziehung aller Sozialversicherungsträger sowie der privaten Krankenversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung die Gesundheitsförderung und Prävention insbesondere in den Lebenswelten der Bürgerinnen und Bürger auch unter Nutzung bewährter Strukturen und Angeboten zu stärken, die Leistungen der Krankenkassen zur Früherkennung von Krankheiten weiterzuentwickeln und das Zusammenwirken von betrieblicher Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz zu verbessern“ (BMG 2016b). Mit dem neuen Gesetz sollen u.a. die bestehenden Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene weiterentwickelt werden und sich zukünftig stärker an den individuellen Lebensumständen und an Risikofaktoren für das Entstehen von Krankheiten orientieren. Im neuen §26 Abs. 1 werden die U- und J-Untersuchungen für Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr erweitert. Zudem soll in der Bevölkerung die Impfbereitschaft gestärkt und der Impfstatus routinemäßig überprüft werden. Beispielsweise wird vor der Aufnahme eines Kindes in die Kita eine ärztliche Beratungspflicht zum Impfschutz eingeführt. Die Beratung ist schriftlich nachzuweisen. Verhaltensbezogene Präventionsempfehlungen durch Ärzte werden zukünftig bescheinigt, für die Inanspruchnahme von Satzungsleistungen nach den §§25 und 26 sind durch

Krankenkassen an ihre Versicherten Boni zu gewähren. Darüber hinaus erhalten die Krankenkassen die Aufgabe, die „gesundheitliche Eigenkompetenz und Eigenverantwortung der Versicherten“ zu fördern und geschlechtsspezifische Besonderheiten in ihren Leistungen zu berücksichtigen. Der GKV-Spitzenverband soll bei der Festlegung der Handlungsfelder und Kriterien für die Leistungen präventive und gesundheitsförderliche Gesundheitsziele berücksichtigen, die sich z.B. auf die Erhöhung der gesundheitlichen Kompetenz und Stärkung der Patientensouveränität richten. Die gesetzlichen Neuerungen sind im SGB V geregelt (Bundesgesetzblatt 2015).

Die Art der Zusammenarbeit bei der Gesundheitsförderung und Prävention wird auf Grundlage einer nationalen Präventionsstrategie festgelegt. Gesetzliche Krankenkassen sollen gemeinsam mit den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung und den Pflegekassen eine nationale Präventionsstrategie entwickeln. Die neu zu gründende „Nationale Präventionskonferenz“ (NPK) soll zukünftig für alle Akteure im Gesundheitswesen die präventiven Ziele festlegen und sich für ein gemeinsames Vorgehen (sog. bundeseinheitliche trägerübergreifende Rahmenempfehlungen) verständigen. Die bundeseinheitlichen und trägerübergreifenden Rahmenempfehlungen werden auf Grundlage von gemeinsamen Zielen, vorrangigen Handlungsfeldern und Zielgruppen sowie der zu beteiligenden Organisationen und Einrichtungen festgelegt. Diese sind in den Landesrahmenvereinbarungen zu berücksichtigen. In der NPK sind Sozialversicherungsträger wie die GKV, die gesetzliche Rentenversicherung, die gesetzliche Unfallversicherung, die Soziale Pflegeversicherung und private Krankenversicherungen sowie Bund, Länder, Kommunen, die Bundesagentur für Arbeit und Sozialpartner vertreten. Sie wird von einem Präventionsforum beraten. Ihre Geschäftsstelle liegt bei der BZgA (Bundesgesetzblatt 2015, §§20d & 20e SGB V Sozialgesetzbuch 2015b). Am 26.10.2015 hat sich die NPK nach §94 Absatz 1a SGB X als Arbeitsgemeinschaft konstituiert und wird Empfehlungen erstmals bis zum Jahresende 2015 erstellen (DGUV 2015). Am 19.02.2016 wurden zum ersten Mal bundeseinheitliche trägerübergreifende Bundesrahmenempfehlungen zur Gesundheitsförderung in Lebenswelten und Betrieben verabschiedet. Definiert wurden drei gemeinsame Ziele: „Gesund aufwachsen“, „Gesund leben und arbeiten“ sowie „Gesund im Alter“ (GKV-Spitzenverband 2016).

2.6 Maßnahmen und Konzepte für Migranten

Es existieren viele Präventionsprojekte in Deutschland, die den Zugang zu Gesundheitsleistungen vereinfachen sollen. Die angebotenen Leistungen richten sich jedoch

zum Großteil an die Gesamtbevölkerung. Einige wenige Maßnahmen berücksichtigen die Heterogenität in der Gesellschaft und sind ausschließlich für Menschen mit Migrationshintergrund konzipiert. Zur Erreichung der Voraussetzungen für gesundheitliche Chancengleichheit als eines der grundlegenden Bedingungen von Gesundheit wie in der Ottawa-Charta gefordert (WHO 1986) sind einige Maßnahmen und Konzepte für Menschen mit Migrationshintergrund entwickelt worden. Zu nennen sind migrantenspezifische Beiträge der BZgA wie die Unterstützung durch bilinguale Schlüsselpersonen oder die Bereitstellung von fremdsprachigen Medien, das bundesweite Beratungstelefon sowie Webseiten in türkischer und russischer Sprache durch die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) oder das MiMi-Mit Migranten für Migranten-Projekt vom Ethno-Medizinischen Zentrum e.V. zum Wissensaufbau über die Gesundheit und das Gesundheitssystem in Deutschland durch Mediatoren (BZgA 2015, UPD 2016, MiMi-Mit Migranten für Migranten o.J.).

Die angebotenen Maßnahmen beruhen entweder auf einer „Komm-Strategie“ oder einer „Zugeh-Strategie“. Die beiden Ansätze unterscheiden sich darin, dass bei der Komm-Strategie z.B. Einladungen zur Teilnahme an gesundheitlichen Angeboten über öffentliche Medien verkündet werden. Die Zugeh-Strategie basiert dagegen auf aktiver Kommunikation mit der Zielgruppe, bspw. durch telefonische Kontakte. Diese direkte strategische Maßnahme ermöglicht es, besonders schwer erreichbare Zielgruppen zur Teilnahme an Gesundheitsprogrammen zu gewinnen, verursacht jedoch hohe Kosten (Walter et al. 2007).

Zur Verbesserung der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen gibt es z.B. zahlreiche zum Teil regional ausgerichtete Medien, die in unterschiedliche Sprachen übersetzt sind. Auch diverse migrantenspezifische Programme und Projekte von Krankenversicherungen oder Gesundheitsverbänden haben das Ziel, Zugangsbarrieren zu minimieren und über die Angebote im Gesundheitswesen zu informieren. Über Wirksamkeit und Nutzen von Präventionsprojekten sind bislang kaum Evaluationen durchgeführt worden. Aussagen, ob und inwiefern die Zielgruppen erreicht werden und in welchen Themenfeldern noch Handlungsbedarf herrscht, können daher wenig getroffen werden (Spallek & Razum 2007). Es gibt weiterhin Diskussion, ob die Angebote für Migranten eher migrantenspezifisch oder migrantensensibel aufbereitet werden sollen. Die jeweiligen Ansätze haben ihre Vor- und Nachteile. Nachteilig können die geringe Ausrichtung der Angebote auf die Bedürfnisse der Zielgruppe, fehlende interkulturelle Kompetenz in den Gesundheitsberufen sowie Vorurteile gegenüber Menschen mit Migrationshintergrund wirken. Diese erschweren zu-

sätzlich die Kommunikation und Interaktion im Gesundheitssektor. Deshalb wird empfohlen, in den Ansätzen stärker auf die Heterogenität in der Bevölkerung einzugehen (Spallek & Razum 2007, Razum & Spallek 2014, Razum & Stronks 2014, Seeleman et al. 2015, Brand et al. 2015). Zum besseren Umgang mit der Vielfalt in der Bevölkerung werden sog. „Diversity Management“ Ansätze diskutiert. Diese sollen durch eine bessere Ausrichtung der Gesundheitsangebote an die Bedürfnisse der Zielgruppe angemessene Zugangswege zur Versorgung schaffen. Sprachbarrieren bei Menschen mit Migrationshintergrund kann z.B. durch Dolmetscherdienste in Krankenhäusern oder Arztpraxen sowie durch kultursensibles mehrsprachiges Informationsmaterial entgegengewirkt werden. Viele migrantenspezifische Konzepte scheitern allerdings aufgrund fehlender Finanzierungsmöglichkeiten (Razum et al. 2004, Walter et al. 2007, Borde 2007, Geiger 2008, Geiger & Razum 2012, Razum & Spallek 2014).

Neben der besseren Ausrichtung der Gesundheitsangebote an den vielfältigen Versorgungsbedürfnissen der Patienten (migrationsspezifischer Ansatz) sollen Wissensdefizite über das komplexe deutsche Gesundheitssystem und dessen Versorgungsangebote wie gesundheitspolitisch gefordert durch eine bessere Selbstbestimmung und Selbstverantwortung über die eigene Gesundheit (Empowerment) abgebaut werden. Seit einiger Zeit gibt es Diskussionen über das Erfordernis zum Aufbau von Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung. Im angelsächsischen Raum wird dies „Health Literacy“ genannt und bereits in mehreren Bereichen erforscht. Der Health Literacy Ansatz wurde ursprünglich in den USA und Kanada eingesetzt und hat mittlerweile auch auf die politische Agenda in Europa Einzug erlangt (HLS-EU Consortium 2012a, 2012 b, Sørensen et al. 2015). Erste Studien auf EU-Ebene zeigen, dass 46,3 der Befragten aus Deutschland mit Wohnort NRW eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz angeben (Sørensen et al. 2015). Erhebungen bei Menschen mit Migrationshintergrund weisen für NRW nach, dass 79,4 Prozent der befragten Migranten eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz haben (Quenzel & Schaeffer 2016).

Es gibt unterschiedliche Definitionen von Health Literacy. Das European Health Literacy Consortium versteht darunter folgendes: „Health literacy is linked to literacy and entails people’s knowledge, motivation and competences to access, understand, appraise and apply health information in order to make judgements and take decisions in everyday life concerning health care, disease prevention and health promotion to maintain or improve quality of life during the life course“ (Sørensen et al. 2012, WHO 2013b). Durch die entsprechende Kompetenz sollen u.a. vulnerable Gruppen wie Migranten dazu befähigt werden, bestehende gesundheitsrelevante Informationen zu

finden, zu verstehen, zu bewerten und mit konkreten Entscheidungen und Handlungen ihr Gesundheitsverhalten zu verbessern. Dies umfasst auch alle Gesundheitsinformationen im Rahmen der Prävention, Früherkennung und Gesundheitsförderung. Damit soll Kommunikationsproblemen sowie Stereotypisierungen im Arzt-Patienten-Verhältnis gegengesteuert und die Inanspruchnahme von Präventions- und Früherkennungsangeboten erhöht werden. Die Voraussetzung für den Aufbau von „Literacy“ ist allerdings Bildung bzw. Lese- und Schreibfähigkeit. Viele ältere türkischstämmige Migranten weisen jedoch Analphabetismus sowie geringe schulische Bildung auf. Diese Faktoren können die Verbesserung von Health Literacy erschweren. Dies setzt voraus, dass zur Förderung der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung verständliche und leicht zugängliche Informationen und Kommunikationsmittel seitens der Anbieter zur Verfügung gestellt werden. Auf dieser Grundlage sind Konzepte und Maßnahmen zu entwickeln, die diese Defizite berücksichtigen und so benachteiligte Bevölkerungsgruppen an der Gesundheitsförderung, an der Krankheitsprävention sowie am Versorgungsgeschehen teilhaben lassen (Kickbusch et al. 2005, HCC-Lab 2005, Walter et al. 2007, U.S. Department of Health and Human Services 2010, Stutz Steiger 2011, Ingleby 2011, Harris 2012, WHO 2013b, Zok 2014, Horn et al 2015, Messer et al. 2015, Quenzel & Schaeffer 2016).

2.7 Zusammenfassung

Die vorgestellten Studienergebnisse zeigen, dass in der epidemiologischen Forschung Aspekte wie der Gesundheitszustand oder die Krankheitsprävalenz von Menschen mit Migrationshintergrund im Vordergrund stehen. Obwohl Themen wie die Teilnahme und Akzeptanz von Früherkennungsuntersuchungen in der Gesundheitspolitik immer mehr an Bedeutung gewinnen, sind Informationen über die Inanspruchnahme an diesen von erwachsenen Migranten in Deutschland unzureichend. Erste Erkenntnisse über das Gesundheitsverhalten und den -zustand von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund konnte die bundesweit repräsentative KIGGS-Studie liefern. Regional durchgeführte Schuleingangsuntersuchungen, die seit einiger Zeit den Migrationshintergrund erheben, bekräftigen deren Ergebnisse. Diese weisen auf Mängel bei der Inanspruchnahme von kindlichen Früherkennungsuntersuchungen hin, die unter Public Health-Gesichtspunkten weiter zu erforschen sind.

Gesundheitliche Ungleichheiten können durch gezielte Präventionsangebote minimiert werden. Es sind an den Bedürfnissen orientierte gesundheitliche Angebote zu entwickeln, die besonders gefährdete und schwer zugängliche Bevölkerungsgruppen

erreichen und sie in ihrer individuellen Gesundheitskompetenz stärken sollen. Diese Angebote sollen wie von der Politik gefordert für die Zielgruppe in verständlicher Form aufbereitet sein. Neben migrationspezifischen Angeboten verfolgen immer mehr gesundheitsrelevante Maßnahmen das Ziel des mündigen Patienten, der seine Gesundheitsentscheidungen bewusst treffen kann. Auch das im Rahmen des Nationalen Krebsplans verabschiedete Krebsfrüherkennungs- und –registergesetz (KFRG) hat das Ziel, die Akzeptanz sowie die Teilnahmequoten an den Krebsfrüherkennungsuntersuchungen durch informierte Entscheider zu steigern, indem sich alle anspruchsberechtigten Personen über die Vor- und Nachteile von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen informieren, diese bewerten und über deren Durchführung entscheiden.

Die beleuchteten theoretischen Modelle zeigen, dass zur Erklärung von Einflussfaktoren auf die gesundheitliche Lage und das Verhalten von Migranten der gesamte Lebenslauf betrachtet werden sollte. Hierfür sind repräsentative Daten erforderlich, die Angaben über den Gesundheitszustand sowie die soziale Lage von Menschen mit Migrationshintergrund enthalten, um anhand von migrations- und statusbedingten Ursachen Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung und im Inanspruchnahmeverhalten erklären zu können.

In dieser Arbeit wird unabhängig von der Diskussion über Nutzen und Risiken von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen der Fokus auf die Inanspruchnahme von (Krebs-)Früherkennungsuntersuchungen durch erwachsene Migranten sowie die Teilnahme von Migrantenkindern an den U-Untersuchungen und der J1-Untersuchung gelegt. Es handelt sich um Interventionen, die früh in der Lebensphase starten und im Erwachsenenalter fortgesetzt werden können.

Wie schon in Kapitel 2.1 dargestellt, sind Menschen mit Migrationshintergrund heterogen. Sie unterscheiden sich untereinander aufgrund ihrer Migrationsbiografie, ihrer Sprache, ihrer kulturellen Zugehörigkeit oder ihrem ethnischen Hintergrund. Zudem gehören sie verschiedenen sozialen Schichten an. Diese Faktoren beeinflussen die Gesundheitssituation und das Nutzungsverhalten von medizinischen und präventiven Angeboten unterschiedlich. Aus diesem Grund erfordert die wissenschaftliche Analyse von gesundheitlichen Ungleichheiten und Gesundheitsrisiken die gesonderte Betrachtung einzelner Migrantengruppen und erlaubt keine Verallgemeinerung (Borde 2009a, Razum & Spallek 2009b, Knipper & Bilgin 2010). Deshalb wird in dieser Arbeit der Fokus auf türkischstämmige Migranten gelegt. Es handelt sich nicht nur um die größte Migrantengruppe in Deutschland, sondern auch um diejenige in Berlin. Am

Beispiel von türkischstämmigen Migranten soll untersucht werden, ob es Unterschiede in der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen gibt.

3. Fragestellung und Zielsetzung der Arbeit

Vor dem Hintergrund, dass Migranten in den bisherigen Studien zur Gesundheit unterrepräsentiert sind, es zur Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen durch erwachsene Migranten kaum Erhebungen gibt, die Teilnahmeraten von Migrantenkindern an den U- und J-Untersuchungen unter denen der Nicht-Migranten liegen, Maßnahmen zur Teilnahmeförderung und Informationsaufbau wenig Wirkung zeigen, soll in dieser Forschungsarbeit aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht das Inanspruchnahmeverhalten von gesetzlich krankenversicherten Menschen mit türkischem Migrationshintergrund aus Berlin theoretisch und empirisch untersucht werden.

Im theoretischen Teil der Arbeit geben die skizzierten Studienergebnisse zu den Unterschieden im Gesundheitsverhalten und -zustand zwischen Migranten und der Mehrheitsbevölkerung Hinweise darauf, dass Menschen mit Migrationshintergrund Versorgungs- und Vorsorgeangebote seltener in Anspruch nehmen, obwohl medizinische und präventive Leistungen allen gesetzlich Versicherten zugänglich sind. Früherkennungsuntersuchungen, die ein wichtiger Bestandteil der Prävention sind und damit Public Health-Relevanz haben, erreichen demnach nicht alle Bevölkerungsgruppen gleichermaßen.

Im empirischen Teil der Arbeit sollen etwaige Unterschiede im Gesundheitsverhalten von Menschen mit Migrationshintergrund aufgezeigt und die möglichen Gründe für diese Unterschiede dargelegt werden. Hierfür werden Routinedaten einer AOK am Beispiel türkischstämmiger Migranten aus Berlin geprüft. Türkischstämmige Migranten bilden nicht nur die größte ethnische Gruppe der Nichtdeutschen in Berlin, sondern auch in der Gesamtbevölkerung Deutschlands. Es stehen sowohl versichertenbezogene Daten (pseudonymisiert) von anspruchsberechtigten Versicherten der AOK Nordost¹⁵ als auch deren tatsächlich wahrgenommenen Leistungen in Form von vertragsärztlichen Abrechnungsdaten zur Verfügung. Die Zielsetzung ist, unabhängig von einer Nutzen-Risikobetrachtung die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen durch anspruchsberechtigte Personen mit türkischem Migrationshintergrund zu betrachten. Diesen wird eine Vergleichsgruppe gegenübergestellt. Als Vergleichsgruppe sind all diejenigen Versicherten definiert, die in den Datensätzen der AOK Nordost als deutsch gekennzeichnet sind und gleichzeitig nicht-türkische Wurzeln besitzen.

¹⁵ Die AOK Nordost ist durch die Fusion der ehemaligen AOKen Berlin-Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern im Jahr 2011 entstanden. Sie hat derzeit rund 1,8 Mio. Versicherte (AOK Nordost 2015).

Analysiert werden auf der Basis von ambulanten Abrechnungsdaten die Teilnahmeraten an sekundärpräventiven Maßnahmen, die zu Lasten der GKV angeboten werden. Diese umfassen die U-Untersuchungen inkl. J1, Check-up 35 und Krebsfrüherkennungsuntersuchungen. Weitere präventive Maßnahmen wie Impfungen oder Schwangerenvorsorge wurden in den Analysen nicht betrachtet¹⁶. Darüber hinaus wird gemäß den Richtlinien zu Früherkennungsuntersuchungen erforscht, ob und wie regelmäßig einzelne Früherkennungsuntersuchungen durch Menschen mit türkischer Herkunft nachgefragt werden. Denn der vorrangige Zweck von Früherkennungsuntersuchungen ist es, die alters- und geschlechtsspezifischen Angebote innerhalb der empfohlenen Untersuchungsintervalle wahrzunehmen, damit Gesundheitsrisiken frühzeitig entdeckt und behandelt werden können. Dazu wird in den Analysen ein Zeitraum von fünf Jahren betrachtet (Jahre 2008 bis 2012).

Um alle türkischstämmigen Versicherten in den Routinedaten erfassen zu können, wird, da das Merkmal Staatsangehörigkeit nicht ausreicht, ein Namensalgorithmus angewendet, der anhand des Vor- und Familiennamens türkischstämmige Migranten identifizieren soll (Razum et al. 2001). Das Verfahren wird in Kapitel 4 „Methodische Vorgehensweise“ ausführlich beschrieben. Zusammenhänge zwischen Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen und Faktoren wie Alter, Geschlecht und Versichertenart (z.B. Rentner, Mitglieder, Familienangehörige) werden ebenfalls geprüft.

Die Forschungsergebnisse sollen Aufschluss darüber geben, ob es in der Bevölkerung Differenzen in der Nutzung von Früherkennungsuntersuchungen gibt und welche Einflussfaktoren diese Unterschiede bewirken. Werden in der Zielgruppe statt generellen Versorgungslücken lediglich Defizite bei der Nutzung von einzelnen Früherkennungsuntersuchungen aufgedeckt, macht sich unter Public Health-Gesichtspunkten der Bedarf für gezielt auf Migranten ausgerichtete Aufklärungsmaßnahmen in spezifischen Themengebieten bemerkbar. Vorhandene Defizite und Barrieren, die grundsätzlich mit einer geringeren Inanspruchnahme von Früherkennungsangeboten einhergehen, sind abzubauen und bedarfsgerechte Ansätze zu entwickeln. Die Forschungsergebnisse können dann von allen Akteuren im Gesundheitswesen als Anregung verwendet werden, um daraus Ansätze zur Optimierung bzw. Anpassung be-

¹⁶ Der Grund für den Ausschluss war, dass es einerseits bereits mehrere empirische Untersuchungen zu diesen Interventionen gibt. Andererseits war die Erhebung der Sekundärdaten zu komplex.

stehender Prozesse sowie die Entwicklung neuer Maßnahmen und Versorgungskonzepte abzuleiten. Diese sollen gemäß den Handlungsfeldern des Nationalen Krebsplans dazu beitragen, Migranten zu informierten und kompetenten Entscheidern in der Gesundheitsversorgung zu befähigen und in der Gesellschaft gesundheitliche Chancengleichheit zu erreichen.

Darüber hinaus sollen die Analyseergebnisse dazu genutzt werden, die bisherigen theoretischen Erkenntnisse und Erklärungsansätze rund um den Themenkomplex „Migration und Gesundheit“ erneut aufzugreifen. Es ist wissenschaftlich anerkannt, dass die Teilhabe an Gesundheitsangeboten durch die sozioökonomische Lage (Einkommen, Beruf, Bildung), durch Faktoren wie Geschlecht, fehlende Gesundheitskompetenz oder migrationsassoziierte Merkmale (z.B. Migrantengeneration) beeinflusst wird. Diese Aspekte definieren somit das gesundheitsrelevante Verhalten und den Zugang zur Versorgung, die u.a. im Lebenslaufmodell dargestellt wurden. Deshalb soll überprüft werden, ob die aus der Forschung abgeleiteten Einflussfaktoren auch für die Gruppe der türkischstämmigen Migranten Gültigkeit haben. Unter Berücksichtigung einiger dieser Determinanten (z.B. Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund) in den Datenanalysen soll dazu beigetragen werden, aktuelle Forschungslücken im Hinblick auf die Versorgung von Migranten zu schließen und für weitere Forschungsaktivitäten Anstöße zu geben (z.B. Ausweitung der Analysen auf andere Bundesländer oder ländliche Regionen).

Obwohl Sekundärdaten von gesetzlichen Krankenversicherungen umfangreiche Informationen zu abgerechneten medizinischen Leistungen ihrer Versicherten enthalten, haben Studien, die auf reinen Routinedaten basieren den Nachteil, dass sie kaum Erklärungen über die Gründe und Motive einer Nicht-Teilnahme an Versorgungsangeboten liefern können. Zudem sind auch Einstellungen zu gewissen Versorgungsthemen durch Routinedaten nicht messbar. Deshalb werden in dieser Arbeit zusätzlich Ergebnisse aus einer Studie zum Gesundheitsverhalten von türkischstämmigen Migranten herangezogen, die im Rahmen eines Forschungsprojektes „GeM“ in Form von Interviews und Befragungen erhoben wurden. Diese sollen bei der Interpretation der im empirischen Teil ermittelten Ergebnisse zum Inanspruchnahmeverhalten von Personen mit türkischem Migrationshintergrund unterstützen und einen Überblick über mögliche Einflussfaktoren auf das Inanspruchnahmeverhalten geben.

Zusammengefasst soll in dieser Arbeit schwerpunktmäßig sowohl auf Basis von Sekundärdaten als auch auf Basis von qualitativen Studienergebnissen ein Gesamtbild

über das Inanspruchnahmeverhalten von türkischstämmigen Erwachsenen und Kindern hinsichtlich Früherkennungsuntersuchungen in der GKV geschaffen werden. Es soll nicht nur die Häufigkeit der Inanspruchnahme für die Einzeljahre 2008 bis 2012 dargestellt werden, sondern auch ob und in welchem Umfang türkischstämmige Migranten einzelne Früherkennungsuntersuchungen wahrnehmen. Das Ziel ist es, zur Minimierung von Versorgungslücken in der Gesellschaft und zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit in der Bevölkerung Einflussfaktoren zu identifizieren, die zur mangelnden gesundheitlichen Versorgung von Migranten führen könnten. Auf Grundlage der Ergebnisse können etwaige Interventionsmaßnahmen abgeleitet werden. Zudem soll überprüft werden, inwiefern diese Forschungsergebnisse einen Beitrag zu den vorhandenen Erklärungsmodellen zum Zusammenhang von Migration und Gesundheit leisten können (s. Abbildung 13).

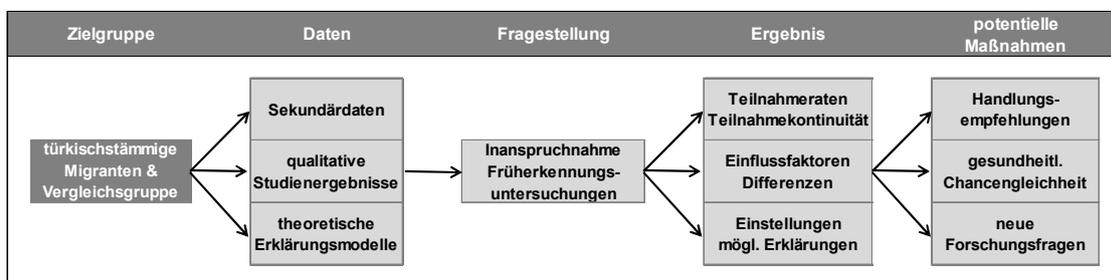


Abbildung 13: Skizze der untersuchten Fragestellung

Quelle: Eigene Darstellung

Anhand der Sekundärdaten der AOK ist in Bezug auf die Einzeljahre 2008 bis 2012 (querschnittliche Analyse) für den empirischen Teil der Arbeit folgende Forschungsfrage von Interesse:

Gibt es Unterschiede bei der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen zwischen anspruchsberechtigten türkischstämmigen Migranten und der nicht-türkischstämmigen Vergleichsgruppe?

Weitere Fragestellungen lauten wie folgt:

- Wie hoch sind in den jeweiligen Beobachtungsjahren die Teilnehmeraten an den einzelnen Früherkennungsuntersuchungen durch die Studienpopulation?
- Welcher Anteil der Versicherten nimmt nicht teil?
- Gibt es alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Inanspruchnahme?
- Hat der Migrationshintergrund einen nachweisbaren Einfluss auf die Inanspruchnahme?

- Gibt es weitere Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme?

Daraus leiten sich folgende Hypothesen ab:

H₀: Es gibt keine Unterschiede in der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen zwischen anspruchsberechtigten Migranten mit türkischer Herkunft und der nicht-türkischstämmigen Vergleichsgruppe.

H₁: Es gibt Unterschiede in der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen zwischen anspruchsberechtigten Migranten mit türkischer Herkunft und der nicht-türkischstämmigen Vergleichsgruppe.

Im Rahmen von Längsschnittanalysen soll zusätzlich erforscht werden, **ob die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen durch durchgängig AOK-Versicherte im 5-Jahreszeitraum regelhaft, d.h. gemäß den empfohlenen Untersuchungsintervallen, erfolgt**. Die Hypothesen hierfür sind wie folgt:

H₀: Es gibt keine Unterschiede in der regelmäßigen Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen gemäß den empfohlenen Untersuchungsintervallen zwischen anspruchsberechtigten Migranten mit türkischer Herkunft und der nicht-türkischstämmigen Vergleichsgruppe.

H₁: Es gibt Unterschiede in der regelmäßigen Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen gemäß den empfohlenen Untersuchungsintervallen zwischen anspruchsberechtigten Migranten mit türkischer Herkunft und der nicht-türkischstämmigen Vergleichsgruppe.

Weitere Fragestellungen in diesem Zusammenhang sind:

- Wie oft nehmen Sie an den jeweiligen Untersuchungen teil?
- Wie hoch ist der Anteil der Nicht-Teilnehmer?
- Gibt es Unterschiede in der Inanspruchnahme innerhalb der Geschlechter?

Die Interview- und Befragungsergebnisse sollen dabei unterstützen, Einstellungen von türkischstämmigen Migranten zu Versorgungsthemen sowie deren Motive bzgl. der Leistungsanspruchnahme zu erklären. Folgende Fragestellungen werden untersucht:

- Wie ist der Wissensstand von türkischstämmigen Migranten bezüglich Früherkennungsuntersuchungen?

- Welche Gründe sprechen für oder gegen eine Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen? Sind diese migrationsassoziiert?
- Was beeinflusst ihr Inanspruchnahmeverhalten?

4. Methodische Vorgehensweisen

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurden drei verschiedene Methoden angewendet. Vor allem bildeten Routinedaten einer AOK die Datenbasis für die empirischen Analysen. Die Vorgehensweise ist in Abbildung 14 skizziert. Diese wird im Folgenden näher erläutert.

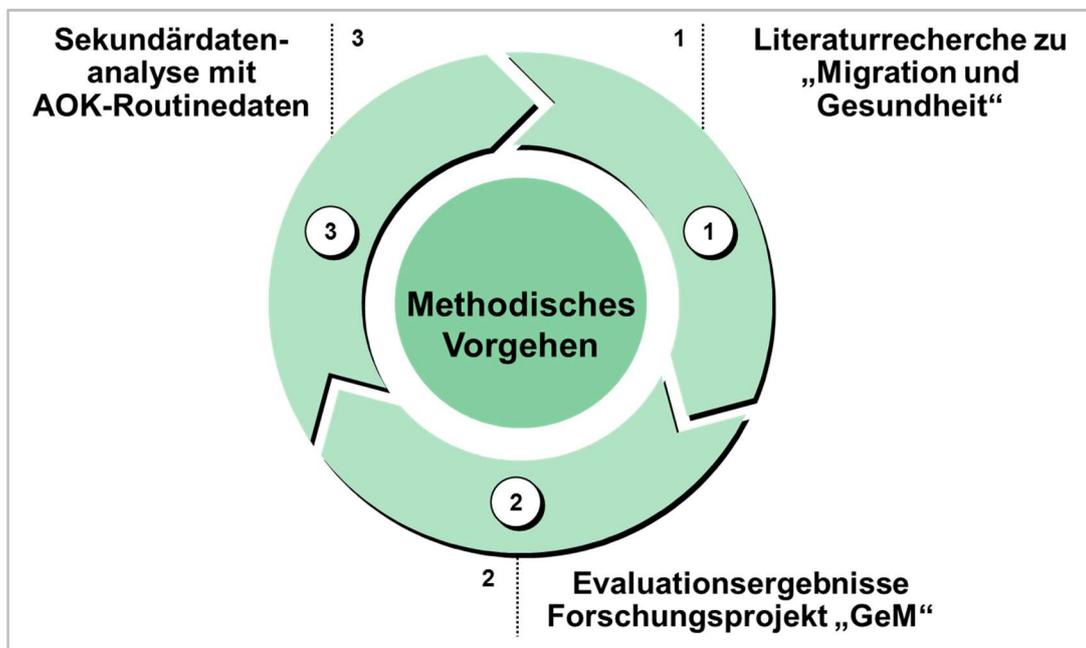


Abbildung 14: Methoden in der Dissertation

Quelle: Eigene Darstellung

4.1 Literaturrecherche

Epidemiologische Publikationen rund um die Thematik „Migration und Gesundheit“ sind vielfältig. Im Hinblick auf die Gesundheit von Migranten stehen derzeit im Fokus der Gesundheitswissenschaften Fragestellungen zu migrationsbedingten Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung und deren Einflussfaktoren auf die Morbidität und Mortalität. Unterschiede im Gesundheitsverhalten und Gesundheitszustand von Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur Bevölkerung im Zielland sollen dabei aufgedeckt werden. Die Ursachen hierfür und daraus abgeleitete Erklärungsmodelle sollen bei der Entwicklung von Konzepten und Handlungsempfehlungen hinsichtlich der gesundheitlichen Versorgung dieser Bevölkerungsgruppe helfen. Fehlende Datenquellen zu gesundheitsrelevanten Aspekten von Migranten, unzureichende Informationen zum Migrationshintergrund in amtlichen Statistiken sowie die eingeschränkte Berücksichtigung von Migranten in Studien erschweren es allerdings

der Forschung, das Versorgungsgeschehen in der Bevölkerung insgesamt zu bewerten (vgl. Kapitel 2.4).

Um die Fragestellungen in dieser Arbeit beantworten zu können, wurden u.a. über die Datenbanken Pubmed und Google Scholar nach nationalen und internationalen Artikeln gezielt recherchiert. Als weitere Datenquellen wurden die Webseiten von RKI, BMG, WHO, Statistisches Bundesamt, G-BA oder von gesetzlichen Krankenkassen genutzt. Darüber hinaus wurden Artikel in diversen Zeitschriften wie Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitswesen oder Public Health nach Relevanz überprüft. Für diese Arbeit lag der Schwerpunkt der Recherchen auf gesundheitswissenschaftlichen Publikationen, die den allgemeinen Gesundheitszustand sowie die Nutzungsintensität von sekundärpräventiven Angeboten in der GKV – insbesondere durch türkischstämmige Personen - beschreiben. Zu diesem Zweck wurden aktuelle gesundheitswissenschaftliche Modelle, Fragestellungen, Methoden und Forschungsergebnisse analysiert, gesundheitspolitische Maßnahmen untersucht und zum Teil in Kapitel 2 vorgestellt. Es ist erkennbar, dass die sekundärpräventive Versorgung von Migranten in Deutschland bisher wenig erforscht wurde.

Studien zum generellen Zugang zur medizinischen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund sowie Forschungsfelder wie das Health Literacy wurden näher betrachtet, um daraus ggf. Ansätze und Handlungsbedarfe für die in dieser Arbeit definierte Zielgruppe ableiten zu können. Die relevanten Forschungsergebnisse und Modelle wie z.B. das „lebenslauforientierte Modell“ wurden bereits im theoretischen Teil der Arbeit näher beschrieben und werden in weiteren Kapiteln dieser Dissertation aufgegriffen.

4.2 Evaluationen im Forschungsprojekt GeM

Von September 2010 bis August 2012 hat der AOK-Bundesverband gemeinsam mit der Technischen Universität Berlin und dem damaligen Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS)¹⁷ ein Forschungsvorhaben mit dem Titel „GeM - Gesundheitsassistent für Migranten“ durchgeführt. Das Vorhaben wurde vom BMBF gefördert. Das Ziel im Forschungsprojekt war es, mit Hilfe von Informations- und Kommunikationstechnologie einen innovativen Gesundheitsassistenten für Mig-

¹⁷ Die BIPS wurde während der Projektphase im Rahmen der Umwandlung in ein Leibniz-Institut umbenannt in: BIPS – Institut für Epidemiologie und Präventionsforschung.

ranten zu entwickeln. Dieser soll bei der Aufklärung von Gesundheitsthemen unterstützen, um Zugangsbarrieren zur Gesundheitsversorgung bei Personen mit Migrationshintergrund abzubauen. Das Konzept sah vor, einen webbasierten prototypischen Gesundheitsassistenten zunächst für türkischstämmige Migranten zu entwickeln, der sich aus einem Gesundheitsinformationsdienst und einem Präventionsdienst zusammensetzt. Der erste Dienst soll zur Stärkung der Gesundheitskompetenz gesundheitsrelevante Informationen zur Verfügung stellen, der zweite Dienst den Zugang zu Präventionsmaßnahmen erleichtern. Beide Dienste wurden zweisprachig umgesetzt. Deshalb war es möglich, abhängig von den vorhandenen Sprachkenntnissen innerhalb der beiden zur Verfügung stehenden Sprachen „deutsch“ und „türkisch“ zu wechseln. Zur Realisierung des elektronischen Gesundheitsassistenten für türkischstämmige Migranten wurden in der Konzeptphase Anforderungsanalysen in der Zielgruppe durchgeführt. Hierfür wurden zunächst nach gesundheitswissenschaftlichen Studien und Forschungsergebnissen recherchiert. Danach folgten mehrere Interviews und Befragungen.

Als Kernthemen wurden im Gesundheitsinformationsdienst Diabetes, Adipositas und Schwangerschaftsvorsorge aufgegriffen. Der Grund hierfür war der zunehmende Anstieg der Indikationen Diabetes und Adipositas in den letzten Jahren in der türkischen Zielgruppe (RKI 2008a, Knipper & Bilgin 2009). Bezüglich der Schwangerschaftsvorsorge gibt es in der Literatur Hinweise, dass Frauen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur autochthonen Bevölkerung mit den Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen später starten (Reeske 2011, Brenne et al. 2015).

Die durchgeführten Erhebungen im Rahmen des GeM-Projektes konnten zu einem ersten Erkenntnisgewinn hinsichtlich der Einstellung zu Früherkennungsuntersuchungen und dessen Inanspruchnahme durch türkischstämmige Migranten beitragen (AOK-Bundesverband 2012). Diese Befunde sollen im weiteren Verlauf der Dissertation dabei unterstützen, die auf Basis von AOK-Routinedaten ermittelten empirischen Ergebnisse zu erklären. Hierfür wurden insgesamt drei verschiedene Methoden angewendet, die näher erläutert werden.

4.2.1 Qualitative Interviews

In der Konzeptionsphase des Forschungsprojektes hat der AOK-Bundesverband zunächst strukturierte qualitative Interviews mit Ärzten und Multiplikatoren durchgeführt. Als Multiplikatoren werden Personen verstanden, die einen engen Kontakt zur Ziel-

gruppe haben und gleichzeitig in der Regel türkischer Abstammung sind. Die Zielstellung war, aus Sicht der Interviewpartner die Bedürfnisse der türkischstämmigen Zielgruppe hinsichtlich Gesundheitsthemen zu erheben und deren Anforderungen an einen Gesundheitsassistenten zu definieren. Im zweiten Schritt erfolgten Befragungen bei türkischstämmigen Personen zu deren Nutzungsverhalten und Anforderungen in Bezug auf Gesundheitsthemen.

Von Februar bis April 2011 erfolgten insgesamt 13 qualitative persönliche Interviews mit Ärzten und Multiplikatoren aus den Bundesländern Berlin, Hessen und NRW. Diese wurden zum Großteil über die AOKen Nordost, Hessen und Rheinland/Hamburg rekrutiert. Die Interviews dauerten zwischen 35 und 150 Minuten und wurden alle aufgezeichnet. Zu diesem Zweck wurde ein Interviewleitfaden mit sechs Themenblöcken entwickelt:

1. Unterschiedliche Krankheitsbilder bei Deutschen und Migranten
2. Unterschiede in Nutzung und Zugang zum deutschen Gesundheitswesen
3. Arzt-Patienten-Verhältnis
4. Unterschiede in den Risikofaktoren
5. Kulturelle Vorstellungen in Bezug auf Gesundheit und Krankheit
6. Elektronischer Gesundheitsassistent als Intervention zum Abbau der Unterschiede

Neben der eigentlichen Kernfrage, ob sich ein elektronischer Gesundheitsassistent zu Interventionszwecken eignet, wurden im Interviewleitfaden in den ersten fünf Themenblöcken Fragestellungen berücksichtigt, die im Zusammenhang von Migration und Gesundheit in der Literatur als wichtige Erkenntnisse genannt werden und für diese Arbeit Relevanz haben. Hierbei ging es darum, die Unterschiede zwischen Deutschen und türkischstämmigen Migranten bezogen auf die Themenfelder unterschiedliche Krankheitsbilder, unterschiedliches Inanspruchnahmeverhalten, mögliche Zugangsbarrieren zur Gesundheitsversorgung, Unterschiede in der Arzt-Patienten-Beziehung sowie in den Risikofaktoren herauszufinden. Die Interviews erfolgten in deutscher Sprache. Die Interviewergebnisse wurden vollständig wortwörtlich transkribiert, entsprechend der Themenblöcke inhaltlich analysiert sowie strukturiert und im Anschluss im Projektabschlussbericht zusammenfassend dargestellt.

4.2.2 Quantitative Befragungen

Für die Befragung von türkischstämmigen Personen entwickelte der AOK-Bundesverband einen Fragebogen in deutscher und türkischer Sprache. Der Fragebogen basierte inhaltlich im Wesentlichen auf dem Interviewleitfaden für die Ärzte und Multiplikatoren. Dadurch sollte die Vergleichbarkeit der beiden Befragungsergebnisse sichergestellt werden. Der Fragebogen umfasste folgende fünf Themenblöcke:

1. Allgemeine Angaben zur Person und zum Haushalt
2. Vorhandensein von Informationen über das deutsche Gesundheitswesen
3. Allgemeines Gesundheitsverhalten
4. Verhalten bei Krankheit und Arztbesuchen
5. Nutzung eines elektronischen Gesundheitsassistenten

Im Befragungszeitraum Mai bis Juni 2011 wurden 90 Fragebögen ausgefüllt. Die Teilnehmer der Befragung kamen aus den Bundesländern Berlin und NRW und besaßen alle, mit Ausnahme einer Bulgarin, einen türkischen Migrationshintergrund. Für die Befragung in Berlin wurde die Geschäftsstelle der AOK Nordost im Stadtteil Wedding genutzt. Besucher der Geschäftsstelle wurden zur Teilnahme an der Befragung persönlich angesprochen. Die Teilnahmen aus NRW kamen durch persönliche Kontakte zustande.

Das Ziel war es, die anonymen Fragebögen nach unterschiedlichen Einflussfaktoren deskriptiv auswerten zu können. Deshalb enthielt der Themenblock „Allgemeine Angaben zur Person und zum Haushalt“ Fragen zu soziodemografischen Faktoren wie das Geschlecht, das Alter, die Schulbildung, die Güte der Sprachkenntnisse (deutsch und türkisch) sowie die Aufenthaltsdauer. Für die Auswertung wurden drei Altersgruppen gebildet: die der unter 35-jährigen ($n=21$), die der 35- bis 54-jährigen ($n=41$) und die der über 55-jährigen ($n=15$). Der Bildungsstand wurde nach einem hohen Schulabschluss, d.h. (Fach-)Hochschulreife bzw. -abschluss, einem niedrigen Schulabschluss (Hauptschule und Mittlere Reife) und keinem Schulabschluss klassifiziert. Da nicht alle Befragten alle Fragen vollständig beantwortet hatten, konnten nur diese in die Analysen einbezogen werden, von denen die entsprechenden Informationen vorlagen.

Nach Fertigstellung des Gesundheitsassistenten als Prototyp folgte eine zweite Evaluation in der türkischen Zielgruppe. Im Auftrag des AOK-Bundesverbandes führte in der Feldphase 05. bis 25. Juni 2012 ein Marktforschungsinstitut mit 250 repräsentativ ausgewählten Personen mit türkischen Wurzeln und deutschem Wohnsitz ein Com-

puter Assisted Telephone Interview (CATI) durch. Für die Interviews war ein strukturierter Fragebogen mit geschlossenen und offenen Fragen in Deutsch und Türkisch entwickelt worden, der von zweisprachigen Interviewern eingesetzt wurde. Die Befragten konnten jeweils zu Beginn entscheiden, in welcher der beiden Sprachen das Interview erfolgen soll. Die Befragungen dauerten im Durchschnitt 18 Minuten und umfassten folgende Inhalte:

- Mediennutzung
- Informationsverhalten zu Gesundheitsthemen
- Bewertung von Informationsquellen und –qualitäten
- Interesse und Nutzung von Gesundheitsangeboten
- Akzeptanz ausgewählter GeM-Elemente
- Angaben zur Person

Im Block „Angaben zur Person“ wurden verschiedene Merkmale erfragt, um später in den Auswertungen unterschiedliche Aspekte und Einflussfaktoren berücksichtigen zu können. Neben dem Geburtsland und der Staatsangehörigkeit wurden Kriterien wie Aufenthaltsdauer und die Güte der deutschen und türkischen Sprachkenntnisse erfragt (vgl. Kapitel 5.3.3) (AOK-Bundesverband 2012).

4.3 Untersuchung von AOK-Routinedaten

Routinedaten, auch Sekundärdaten genannt, gewinnen zur Bearbeitung von gesundheitswissenschaftlichen Forschungsfragen zunehmend an Bedeutung. Hierzu gehören Daten der gesetzlichen Kranken-, Renten- und Unfallversicherung (Sozialdaten) (AGENS 2012). Für epidemiologische Studien sowie für die Versorgungsforschung z.B. in Form von Berichten zu Fehlzeiten, Versorgung, Arzneiverordnungen oder Krankenhaus werden seit Jahren Routinedaten herangezogen (Grobe 2008, Schubert et al. 2008, Kajüter et al. 2012, Schwarzkopf et al. 2012, WidO o.J.). Die Übermittlung von Sozialdaten für die Forschung und Planung ist im §75 SGB X geregelt (Sozialgesetzbuch 2015a).

Der §284 SGB V ermöglicht den gesetzlichen Krankenkassen zur Feststellung des Versichertenverhältnisses und der Mitgliedschaft das Erheben und Speichern von Daten ihrer Versicherten, sog. Versichertenstammdaten. Darüber hinaus werden Sozialdaten zur Abrechnung mit Leistungserbringern sowie zur Prüfung der Rechtmäßigkeit und Plausibilität der Abrechnung erfasst. Gemäß §295 SGB V sind „die an der

vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen dazu verpflichtet, in den Abrechnungsunterlagen ihre erbrachten Leistungen einschließlich des Tages der Behandlung, bei ärztlicher Behandlung mit Diagnosen, bei zahnärztlicher Behandlung mit Zahnbezug und Befunden aufzuzeichnen und zu übermitteln“ (Sozialgesetzbuch 2015a). Diese versichertenbezogenen Leistungsdaten werden maschinell quartalsweise als Abrechnungsdaten durch die Leistungserbringer wie bspw. Kassenärztliche Vereinigungen (KV) den gesetzlichen Krankenkassen zur Verfügung gestellt (Kerek-Bodden et al. 2005).

Obwohl Routinedaten zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben primär für administrative Zwecke erhoben werden, bieten sie aufgrund ihrer Informationsvielfalt zum Leistungsgeschehen Möglichkeiten, epidemiologische Fragestellungen im Rahmen der alltäglichen Gesundheitsversorgung zu bearbeiten (Schubert et al. 2008, PMV/FEISA 2010, Brzoska et al. 2012, Schwarzkopf et al. 2012). Im Zuge des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes im Jahr 2004 und des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes in 2007 wurde der Informationsgehalt von GKV-Routinedaten um zusätzliche Angaben (bspw. Diagnosedaten) erweitert (Schubert et al. 2005, 2008, 2010).

Der Vorteil von GKV-Routinedaten ist, dass es sich um unverzerrte Daten handelt, die im Gegensatz zu kostenintensiveren Primärerhebungen keinen Verzerrungen durch Interviewer oder Beobachter ausgesetzt sind. Die fehlende Selbstselektion lässt es zu, dass Daten von allen Versicherten zur Verfügung stehen. Gerade Personen, die durch herkömmliche Befragungsmethoden kaum erreicht werden, können so in Studien aufgenommen werden. Infolge der administrativen Dokumentationspflicht der GKV-Daten liegen diese für längere Beobachtungszeiträume vollständig und sektorübergreifend vor und erlauben aufgrund ihres Personenbezugs (pseudonymisiert) fall- und versichertenbezogene Auswertungen im Zeitverlauf (Grobe & Ihle 2005, Hoffmann et al. 2008, Schubert et al. 2008, PMV/FEISA 2010, Swart & Ihle 2010). Dennoch sind GKV-Routinedaten auch Grenzen gesetzt. Soziodemografische Merkmale wie Nationalität oder schulische Bildung können für epidemiologische Studien nicht valide ausgewertet werden, da diese unvollständig oder ungenau in den Daten vorliegen können (PMV/FEISA 2010). Auch werden keine Informationen zum Migrationshintergrund oder Geburtsort erfasst.

Bei Sekundärdaten von gesetzlichen Krankenversicherungen handelt es sich um Sozialdaten, die zum Großteil schutzbedürftig sind. Deshalb wurden unter Wahrung datenschutz- und sozialrechtlicher Rahmenbedingungen diese erst nach Abschluss ei-

nes vierstufigen Verfahrens durch die AOK Nordost für die weitere Nutzung zur Verfügung gestellt (s. Abbildung 15): Zunächst fand unter Anwendung eines Namensalgorithmus (Razum et al. 2000, 2001) die Identifikation der Studienpopulation im Versichertenbestand der AOK Nordost statt. Die identifizierten türkischstämmigen Versicherten wurden anschließend in die Datenbanken der AOK Nordost eingespielt und mit einem Kennzeichen versehen. Im letzten Schritt wurden die für diese Dissertation benötigten durch das Pseudonymisierungsverfahren faktisch anonymisierten Daten zuzüglich soziodemografischer Variablen wie Geburtsjahr, Geschlecht und die Versichertenart zur weiteren Bearbeitung zur Verfügung gestellt. Das Pseudonymisierungsverfahren ist derart gestaltet, dass „Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse nicht mehr oder nur mit einem unverhältnismäßig großen Aufwand an Zeit, Kosten und Arbeitskraft einer bestimmten oder bestimmbarer natürlichen Person zugeordnet werden können“ (§3 (6) Bundesdatenschutzgesetz) (BDSG 2015). Das vierstufige Verfahren wurde mit den Datenschutzbeauftragten der AOK Nordost und des AOK-Bundesverbandes abgestimmt und vertraglich geregelt.

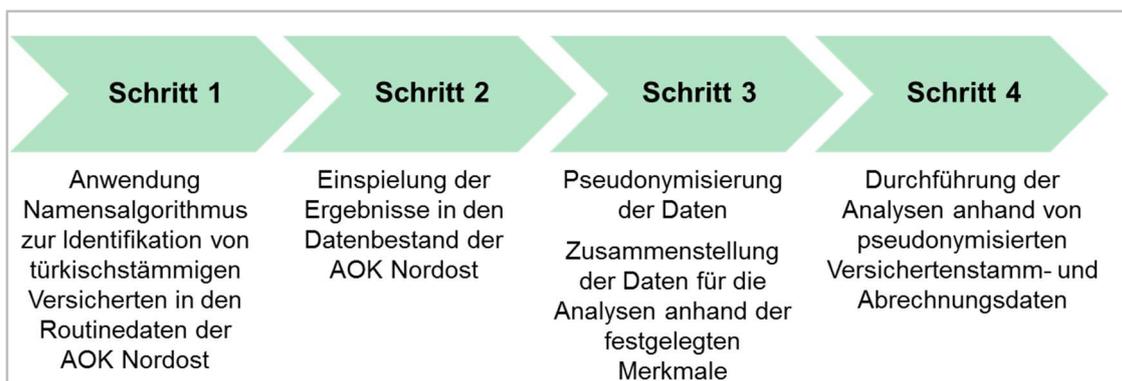


Abbildung 15: Vierstufige Verfahrensweise zwecks Aufbereitung und Bereitstellung der AOK-Routinedaten für die Analysen

Quelle: Eigene Darstellung

Die Durchführung der Sekundärdatenanalyse basiert auf der sogenannten „Gute Praxis Sekundärdatenanalyse (GPS)“ der „Arbeitsgruppe Erhebung und Nutzung von Sekundärdaten (AGENS)“, der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSM) und der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie (DGEpi). Die GPS dient als „Richtschnur bei der Planung, Durchführung und Analyse von Studien auf der Basis von Sekundärdaten“. In dieser Arbeit war der Einbezug einer Ethikkommission nicht erforderlich, da ausschließlich Sekundärdaten ohne jeglichen Personenbezug als Datenbasis dienen (AGENS 2012).

4.3.1 Einsatz des Namensalgorithmus

In den Versichertenstammdaten von gesetzlichen Krankenkassen wird die jeweilige Staatsangehörigkeit ihrer Versicherten mit einem dreistelligen Nationalitätenschlüssel gekennzeichnet. Haben Versicherte mit Migrationshintergrund jedoch bspw. im Rahmen einer Einbürgerung die Staatsangehörigkeit des eingewanderten Landes angenommen, können diese wegen fehlender Rückschlüsse auf die Herkunft anhand des Nationalitätenschlüssels nicht identifiziert werden. Insbesondere ist es seit Inkrafttreten des Staatsangehörigkeitsgesetzes (StAG) im Jahr 2000 schwieriger geworden, Kinder aus Migrantenfamilien in amtlichen Statistiken zu identifizieren. Das Gesetz ermöglicht es diesen Kindern, unter bestimmten Voraussetzungen bei Geburt in Deutschland bis zum 21. Lebensjahr automatisch die deutsche Staatsangehörigkeit zu erwerben (ius soli, §4 Abs. 3 StAG)¹⁸. Mit Vollendung des 21. Lebensjahres greift die Optionspflicht (§29 StAG), d.h. diese Kinder müssen ab diesem Zeitpunkt entscheiden, ob sie die deutsche Staatsangehörigkeit oder die ihrer ausländischen Eltern behalten wollen (BMI o.J., Auswärtiges Amt 2015, BMJV 2015).

Die somit eingeschränkte Nutzung des Nationalitätenschlüssels lässt keine validen Erhebungen über den Gesundheitsstatus und das Inanspruchnahmeverhalten von Migranten in den Routinedaten zu. Wegen fehlender Informationen zur ethnischen Herkunft würde eine Datenselektion allein nach der Staatsangehörigkeit nur einen Teil der Menschen mit Migrationshintergrund abbilden (Spallek et al. 2006, Brzoska et al. 2012). Aus diesem Grund wurde zur Identifikation von türkischstämmigen Versicherten im nicht anonymisierten Datensatz der AOK Nordost eine onomastische Verfahrensweise angewendet, der sog. Namensalgorithmus (Razum et al. 2001). Die Durchführung erfolgte unter Berücksichtigung aller Datenschutzbestimmungen durch die Universität Bielefeld eintägig vor Ort in Berlin.

Bei diesem Ansatz handelt es sich um ein SAS-Programm mit einer Liste türkischer Vor- und Nachnamen, das unabhängig von der Staatsangehörigkeit türkischstämmige Migranten anhand des Vor- und Nachnamens erkennt (Brzoska et al. 2012, Spallek 2012). Die Anwendung des Namensalgorithmus findet in zwei Schritten statt. In einem automatischen Part werden alle eindeutigen und möglichen türkischen Namen in den Datensätzen durch das Programm identifiziert und einer türkischen Herkunft zugeordnet. In einem manuellen Part werden nicht eindeutige Fälle zusätzlich durch eine türkischstämmige Person überprüft und manuell zugeordnet. Dabei kann

¹⁸ Durch die ius-soli-Regelung wurde seit dem Jahr 2000 rund 460.000 Kindern die deutsche Staatsangehörigkeit zugesprochen (BMI 2014).

es sich um sog. Dubletten handeln, d.h. um Namen, die es sowohl in der Türkei als auch in Deutschland gibt. Unter Hinzuziehung weiterer Merkmale werden diese Fälle entsprechend ihrer Herkunft eingeteilt (Spallek et al. 2006, 2012, Spallek 2012).

Der Namensalgorithmus wurde zur Identifikation von türkischstämmigen Personen von Razum et al. entwickelt (Razum et al. 2001) und bereits als Instrument in zahlreichen epidemiologischen Untersuchungen erfolgreich eingesetzt (Razum et al. 2000, 2001, Zeeb et al. 2002, Spallek et al. 2006, 2008, 2012, Reeske et al. 2012, Makarova et al. 2013). Ermöglicht wird diese Verfahrensweise aufgrund eines Gesetzes aus dem Jahre 1934 in der Türkei, dem sog. „Soyadı Kanunu“ (Nummer 2525), wonach alle Bürger verpflichtet wurden, neben dem Vornamen einen Nachnamen mit türkischer Bedeutung zu führen. Namen ausländischen Ursprungs oder Namen die auf Dienstgrade, Ämter oder Stämme verweisen, waren verboten (§3) (Generaldirektion für Personenstands- und Bürgerschaftsangelegenheiten 1934).

Das Identifikationsproblem von Migranten in amtlichen Datenquellen besteht auch in weiteren Zuwanderungsländern. Der onomastische Ansatz wurde in Ländern wie Kanada, USA und England bei bestimmten Migrantenpopulationen ebenfalls wirksam angewendet (Choi et al. 1993, Razum et al. 2000, 2001).

4.3.2 Datenbasis

Nach Anwendung des Namensalgorithmus erfolgten für die Bearbeitung der Forschungsfrage alle weiteren Analysen auf der Grundlage von ausschließlich pseudonymisierten Routinedaten. Die selektierten Daten wurden seitens der AOK Nordost im Februar 2014 in zwei csv-Dateien zur Verfügung gestellt. Die erste Datei enthielt alle Stammdaten von Versicherten, die in den Kalenderjahren 2008 bis 2012 bei der AOK Nordost versichert waren. Die zweite basierte auf ambulanten vertragsärztlichen Behandlungsfällen, die nach §295 Abs. 2 SGB V für den gleichen Zeitraum je Quartal mit der AOK Nordost abgerechnet wurden (s. Tabelle 2) (Sozialgesetzbuch 2015a):

Tabelle 2: Datenbasis für empirische Analysen

Versichertenstammdaten	Abrechnungsdaten
- Berichtsjahr	- Behandlungsjahr
- Versichertenpseudonym & Versicherten-ID	- Versichertenpseudonym & Versicherten-ID
- Geschlecht	- Leistungsquartal
- Geburtsjahr & Alter	- Kassenkennzeichen
- Todesdatum	- Behandlungsfall
- Wohnregion, PLZ, Bundesland	- GONR mit EBM-Ziffer
- Länderkennzeichen	- Facharztgebiet & -gruppe
- Versicherungsdauer	- Behandlungstag
- Letzte Versicherungsart, letzte Versicherung	- Lebenslange Arztnummer (Pseudonym)
- Teilnahme DMP-Programm	
- Zuzahlungsbefreiung	
- Nationalität	
- Ergebnis Namensalgorithmus mit Kennzeichen „türkisch“	

Quelle. Eigene Darstellung

Die Datei mit den pseudonymisierten Versichertenstammdaten enthielt für den Untersuchungszeitraum 2008 bis 2012 insgesamt 9.530.230 Datensätze. Die jeweilige Pseudo-ID war jedem Versicherten eindeutig zugeordnet und ermöglichte dadurch versichertenbezogene Auswertungen. Mit dem Merkmal „türkisch“ „ja – nein“ konnte darüber hinaus festgestellt werden, ob ein Versichertenpseudonym eine türkische Herkunft besaß oder nicht.

Zur Messung der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen wurden vertragsärztliche Abrechnungsdaten aus der ambulanten Versorgung untersucht, die den Krankenkassen gemäß §295 SGB V quartalsweise von der KV als abrechnungsbe gründende Unterlagen zur Verfügung gestellt werden (Sozialgesetzbuch 2015a). Innerhalb der GKV orientiert sich die Berechnung der ärztlichen Leistungen am einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), d.h. die ambulant erbrachten Leistungen finden sich in den Daten je Facharztgruppe in Form einer abgerechneten EBM-Ziffer wieder. Dies ist im §87 SGB V geregelt (Kerek-Bodden et al. 2005, KBV 2015, Sozialgesetzbuch 2015a). Die Datei mit den versichertenbezogenen Abrechnungsdaten aus der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung hatte für den gleichen Zeitraum insgesamt 7.530.052 Abrechnungsfälle¹⁹. Bei den darin verwendeten EBM-Ziffern handelte es

¹⁹ Die von Ärzten für jeden Patienten quartalsweise abgerechneten Leistungen werden als Abrechnungs- bzw. Behandlungsfälle bezeichnet. Der behandelnde Patient verursacht bei jeder Leistungsanspruchnahme einen Abrechnungsfall. Gehen Patienten in einem Quartal zu mehreren Ärzten, dann verursachen diese auch mehrere Abrechnungsfälle pro Quartal (Gerste & Günster 2014, Barmer/GEK 2015).

sich ausschließlich um die für die Forschungsfrage relevanten Untersuchungsleistungen, die von Ärzten im Zeitraum 2008 bis 2012 für U- und J-Untersuchungen sowie Früherkennungsuntersuchungen für Frauen und Männer erbracht wurden (vgl. Kapitel 4.4.4.3 und 4.4.4.4). Die Leistungen umfassten alle versichertenbezogenen Behandlungsfälle, die ein Vertragsarzt pro Quartal mit seiner KV abgerechnet hat und bildeten die Grundlage für die Identifikation der wahrgenommenen Früherkennungsuntersuchungen durch die Studienpopulation. Zur Auswertung von Abrechnungen nach Facharztgebieten lagen valide Daten ab dem Jahr 2009 vor.

4.4 Empirischer Teil

Um die Performanz des Namensalgorithmus im Vorfeld bewerten zu können, wurden im ersten Schritt die pseudonymisierten Versichertenstammdaten ausgewertet. Im zweiten Schritt fand eine Qualitätssicherung der Daten sowie deren Bereinigung statt. Es erfolgte unter Berücksichtigung von Ein- und Ausschlusskriterien eine Selektion, um die für die weiteren Analysen relevanten Daten zu erhalten. Im Anschluss wurden die Stammdaten mit den Abrechnungsdaten verknüpft, um auf dieser Grundlage die Leistungsanspruchnahme der Studienpopulation untersuchen zu können. Zur Bewertung der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen durch türkischstämmige Versicherte mit Wohnsitz Berlin musste eine Vergleichsgruppe gebildet werden. Diese umfasste alle anderen mit dem Nationalitätenschlüssel „deutsch“ gekennzeichneten Versicherten der AOK Nordost mit Wohnsitz Berlin. Nachfolgend werden die einzelnen Vorgehensweisen detailliert beschrieben (s. Abbildung 16).

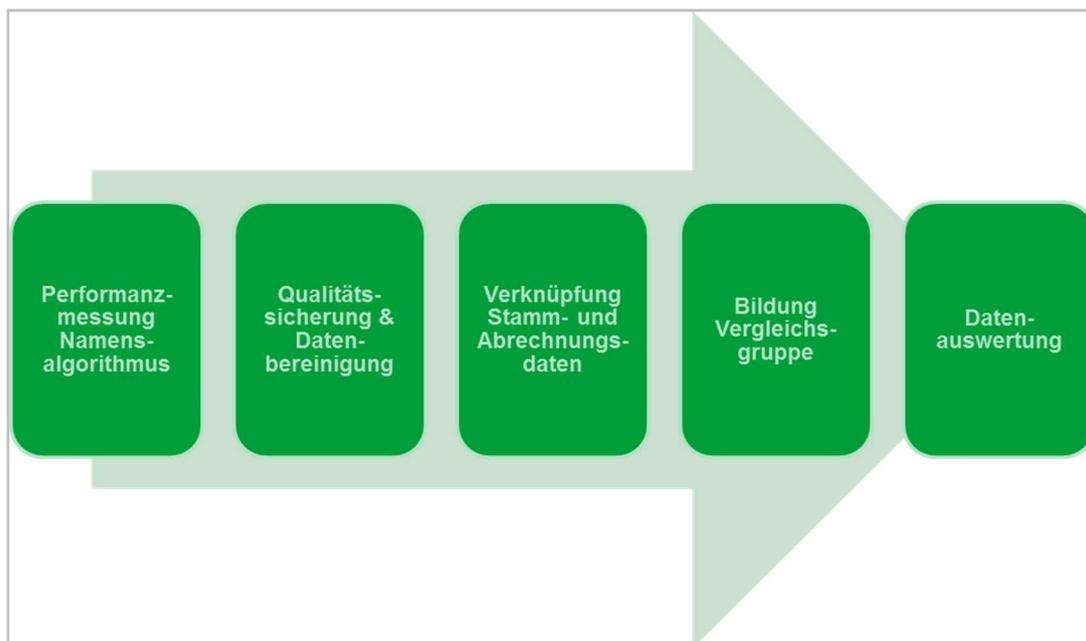


Abbildung 16: Vorgehensweise im empirischen Teil

Quelle: Eigene Darstellung

4.4.1 Performanz des Namensalgorithmus

Die pseudonymisierten Stammdaten der AOK Nordost mit insgesamt 9.530.230 Fällen (inklusive verstorbener Versicherten und Kassenwechsler) wiesen für die Jahre 2008 bis 2012 anhand des Merkmals „Nationalitätenschlüssel“ folgende Nationalitäten auf (s. Tabelle 3):

Tabelle 3: Identifikation von unterschiedlichen Nationalitäten in den Stammdaten der AOK Nordost anhand des Nationalitätenschlüssels, Jahre 2008 bis 2012

Jahr	Türkisch	Deutsch	Sonstige Ausländer	Missing Values	Gesamtergebnis
2008	74.728	1.730.770	110.681	5.447	1.921.626
2009	73.991	1.689.525	114.934	5.533	1.883.983
2010	74.178	1.698.427	120.351	5.624	1.898.580
2011	75.568	1.703.388	133.145	5.771	1.917.872
2012	75.275	1.677.382	149.544	5.968	1.908.169

Quelle: Eigene Berechnung

Somit waren über die fünf Jahre im Mittel ca. 74.750 türkische Staatsbürger bei der AOK Nordost versichert. Dies macht einen Anteil von ca. 4 Prozent aus.

In den Datensätzen befanden sich zusätzlich Fälle ohne Angaben zu ihrer Nationalität („leere“ oder „n/V“), sog. Missing Values. Es könnte sich hierbei zwar um weitere Versicherte mit Migrationshintergrund handeln, diese wurden jedoch aufgrund fehlender

Zuordnung im Zuge der Datenbereinigung (vgl. Kapitel 4.4.2) aus den Datensätzen ausgeschlossen.

Die Versichertenstammdaten der AOK Nordost wurden darüber hinaus anhand des Kennzeichens „türkisch – ja/nein“ ausgewertet. Das Kennzeichen „ja“ hatten all diejenigen Versicherten, die aufgrund des im Kapitel 4.3.1 beschriebenen Verfahrens mit dem Namensalgorithmus als türkischstämmige Personen ermittelt wurden. Identifiziert wurden anhand des Vor- und Nachnamens für die Jahre 2008 bis 2012 insgesamt 587.077 Versichertenpseudonyme mit eindeutiger Zuordnung zum türkischen Migrationshintergrund. Demnach waren pro Jahr im Durchschnitt 117.415 Personen mit türkischem Migrationshintergrund bei der AOK Nordost versichert (s. Tabelle 4). Im Gegensatz zu den Ergebnissen auf Basis des Nationalitätenschlüssels stammten im Untersuchungszeitraum folglich rund 6 Prozent der Versicherten aus der Türkei. Mit dieser Methode war es möglich, pro Jahr durchschnittlich rund 42.690 zusätzliche (plus 57 Prozent) türkischstämmige Migranten in den Stammdaten der AOK Nordost nachzuweisen. Gleichzeitig ergab die Auswertung, dass durchschnittlich 36 Prozent der türkischstämmigen Versicherten eine deutsche Staatsbürgerschaft besitzen.

Tabelle 4: Identifikation von türkischstämmigen Versicherten in den Stammdaten der AOK Nordost anhand des Namensalgorithmus, Jahre 2008 bis 2012

Türkischer Migrationshintergrund				
Jahr	ja	nein	Missing Values	Gesamtergebnis
2008	114.151	1.807.002	473	1.921.626
2009	114.347	1.769.142	494	1.883.983
2010	116.206	1.781.829	545	1.898.580
2011	120.690	1.796.654	528	1.917.872
2012	121.683	1.785.905	581	1.908.169

Quelle: Eigene Berechnung

Bezogen auf Versicherte mit Wohnort Berlin zeigt Tabelle 5 folgende jährliche Verteilung von Personen mit türkischem Migrationshintergrund in den Daten:

Tabelle 5: Identifikation von türkischstämmigen Versicherten mit Wohnsitz Berlin in den Stammdaten der AOK Nordost anhand des Namensalgorithmus, Jahre 2008 bis 2012

Türkischer Migrationshintergrund				
Jahr	ja	nein	Missing Values	Gesamtergebnis
2008	106.359	618.081	205	724.645
2009	107.050	612.712	217	719.979
2010	108.889	619.944	243	729.076
2011	113.182	639.551	216	752.949
2012	114.382	642.929	229	757.540

Quelle: Eigene Berechnung

Im Jahr 2010 waren z.B. laut dem Nationalitätenschlüssel 71.052 türkische Staatsbürger mit Wohnsitz Berlin bei der AOK Nordost versichert. Im gleichen Zeitraum waren 104.556 Türken melderechtlich in Berlin als Einwohner registriert. Demzufolge gehörten in diesem Zeitraum 68 Prozent der Berliner Einwohner mit türkischer Staatsbürgerschaft der AOK Nordost als Versicherte an. Mit Hilfe des Namensalgorithmus konnten für dasselbe Jahr im Bestand der AOK Nordost 108.889 Versicherte mit türkischem Migrationshintergrund mit Wohnsitz Berlin ermittelt werden (s. Tabelle 5). In den Meldedaten waren 2010 insgesamt 175.913 Personen mit türkischem Migrationshintergrund registriert. Dies macht unter allen Berlinern mit türkischem Migrationshintergrund einen Anteil von 62 Prozent aus (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 2011). Diese Ergebnisse verdeutlichen exemplarisch die Größe der Studienpopulation, deren Anteil an der Berliner Bevölkerung sowie im Versichertenbestand der AOK. Aktuellere Meldedaten, die in Kapitel 2.2 vorgestellt wurden, bestätigen ebenfalls die gesamtgesellschaftliche Bedeutung von türkischstämmigen Einwohnern in Berlin.

4.4.2 Datenbereinigung

Um valide Daten nach den für diese Arbeit festgelegten Prämissen auswerten zu können, wurden die Stammdaten der AOK Nordost nach bestimmten Kriterien bereinigt (s. Abbildung 17):

1. Alle pseudonymisierten Fälle, die nicht durch den Namensalgorithmus bewertet werden konnten (Missing Values), wurden gelöscht. Es handelt sich um insgesamt 2.621 Datensätze.

2. Versicherten-IDs mit Todesdatum wurden in den Datensätzen ebenfalls nicht berücksichtigt (insgesamt 216.336 Datensätze).
3. Da in dieser Arbeit nur Versicherte mit Wohnort Berlin (Wohnortprinzip) näher untersucht werden sollen, wurden alle anderen mit Wohnort außerhalb von Berlin nicht berücksichtigt. Auch wurden Fälle mit Länderkennzeichen (LK) außerhalb Deutschlands (DE) und der Türkei (TR) ausgeschlossen (insgesamt 5.722.509 Datensätze).
4. Zum Ausschluss von Kassenwechslern wurden ausschließlich alle Pseudonyme mit einer Versichertendauer von mindestens 360 Tagen pro Jahr in die Analysen einbezogen. Ausgenommen wurden hiervon Kinder im Rahmen der U-Untersuchungen, die aufgrund ihres Alters die 360 Versichertentage nicht erfüllen können (insgesamt 384.009 Datensätze).
5. Im letzten Schritt wurden alle Duplikate sowie inkonsistente Datensätze identifiziert und bereinigt. Ausländische Versicherte, die mit ihrem jeweiligen Nationalitätenschlüssel in den Versichertendaten der AOK Nordost gekennzeichnet waren und somit weder den deutschen Nationalitätenschlüssel hatten noch als türkisch identifiziert wurden, wurden ebenfalls nicht in die Analysen einbezogen (insgesamt 423.084 Datensätze).

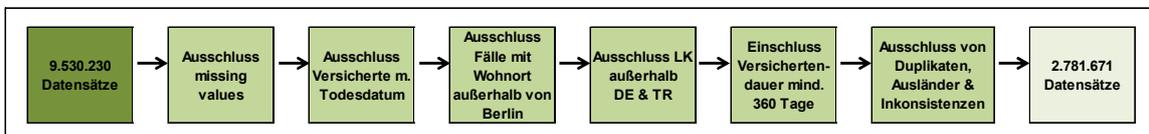


Abbildung 17: Datenbereinigungsprozess Stammdaten der AOK Nordost, 2008-2012

Quelle: Eigene Darstellung

LK=Länderkennzeichen, DE=Deutschland, TR=Türkei

Nach erfolgter Datenbereinigung standen für die gesamten Beobachtungsjahre 2008 bis 2012 insgesamt 2.781.671 Versichertenpseudonyme zu Analysezwecken zur Verfügung. Davon konnten durch den Namensalgorithmus für den 5-Jahreszeitraum insgesamt 471.818 Versichertenpseudonyme mit türkischer Herkunft ermittelt werden, d.h. es lagen im Durchschnitt für über 94.300 Versicherte mit türkischem Migrationshintergrund Daten vor, die pro Kalenderjahr mindestens 360 Versichertentage bei der AOK Nordost nachweisen konnten.

Als „Vergleichsgruppe“ wurden die Versichertenpseudonyme definiert, die auf Basis des Nationalitätenschlüssels als „deutsch“ gekennzeichnet waren und gleichzeitig

durch die Untersuchungsergebnisse des Namensalgorithmus nicht als türkischstämmig identifiziert wurden. Für die Vergleichsgruppe standen für den 5-Jahreszeitraum 2.309.853 Datensätze zur Verfügung. Aufgrund der in Kapitel 4.3.1 beschriebenen Identifikationsproblematik im Versichertenbestand kann die Vergleichsgruppe allerdings weitere eingebürgerte Personen mit nichtdeutscher Herkunft enthalten. Dieser Aspekt wurde jedoch in den Auswertungen vernachlässigt.

4.4.3 Verknüpfung Stamm- und Abrechnungsdaten

Um die eigentlichen Datenanalysen durchführen zu können, wurden die bereinigten Stammdaten über den eindeutigen Schlüssel „Pseudo-ID“ und dem jeweiligen Berichtsjahr mit den Abrechnungsdaten verknüpft. Dadurch standen nun insgesamt 2.351.343 Abrechnungsfälle mit Informationen zu abgerechneten Leistungen von Früherkennungsuntersuchungen für die Auswertungsjahre 2008 bis 2012 zur Verfügung (s. Abbildung 18). Zur Messung des Inanspruchnahmeverhaltens wurde die Vergleichsgruppe im Zuge der empirischen Auswertungen türkischstämmigen Migranten gegenübergestellt.

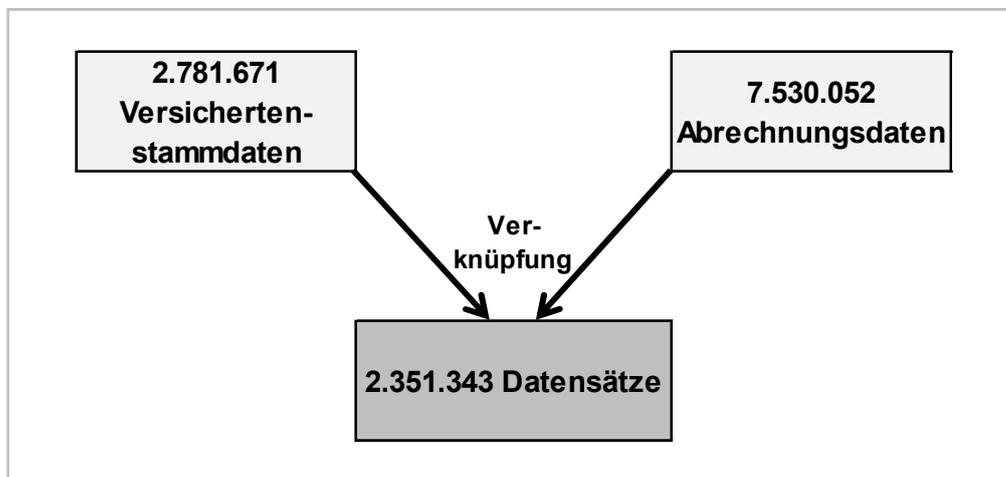


Abbildung 18: Verknüpfung Stamm- und Abrechnungsdaten aus den Jahren 2008 bis 2012

Quelle: Eigene Darstellung

Anhand des Merkmals „Nationalitätenschlüssel“ konnten im 5-Jahreszeitraum für durchschnittlich 23.616 türkische Staatsbürger Abrechnungsfälle zu Früherkennungsuntersuchungen identifiziert werden (s. Tabelle 6).

Tabelle 6: Anzahl Versicherte mit Abrechnungsfällen nach Nationalitätenschlüssel, Jahre 2008 bis 2012

Nationalitätenschlüssel			
Jahr	türkisch	deutsch	Gesamtergebnis
2008	23.007	194.378	217.385
2009	23.602	202.156	225.758
2010	23.458	198.733	222.191
2011	23.608	203.330	226.938
2012	24.405	207.246	231.651

Quelle: Eigene Berechnung

Bezogen auf die Ermittlungsergebnisse des Namensalgorithmus änderte sich am Gesamtergebnis der durchgängig Versicherten mit Abrechnungsfällen für die Einzeljahre zwar nichts, jedoch fand eine Umverteilung innerhalb der beiden Gruppen statt. Diese wird in Tabelle 7 skizziert.

Tabelle 7: Anzahl Versicherte mit Abrechnungsfällen nach türkischem Migrationshintergrund gemäß dem Namensalgorithmus, Jahre 2008 bis 2012

Türkischer Migrationshintergrund			
Jahr	ja	nein	Gesamtergebnis
2008	32.833	184.552	217.385
2009	34.424	191.334	225.758
2010	34.997	187.194	222.191
2011	36.309	190.629	226.938
2012	38.279	193.372	231.651

Quelle: Eigene Berechnung

In den Leistungsdaten standen schließlich im Durchschnitt die für diese Arbeit relevanten jährlich abgerechneten EBM-Ziffern von über 35.360 Versicherten (Anteil 16 Prozent) mit türkischem Migrationshintergrund zur Verfügung. Diese repräsentieren rund 20 Prozent der türkischstämmigen Einwohner (n= 176.742) von Berlin (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 2011).

4.4.4 Statistische Analysen

4.4.4.1 Deskriptive Statistik

Auf Basis von soziodemografischen Faktoren in den rohen Stammdaten wurden zunächst deskriptive Analysen durchgeführt. Neben der allgemeinen Charakterisierung

der Studienpopulation in den Einzeljahren 2008 bis 2012 fanden zusätzlich Vergleiche mit türkischstämmigen Einwohnern in Berlin statt. Für das Jahr 2012 wurden darüber hinaus anhand der Versichertenmerkmale Alter bzw. Altersgruppen, Geschlecht, Versichertenart, Wohnbezirke, DMP-Teilnahme und Zuzahlungsbefreiung absolute und relative Häufigkeiten (bivariate Verfahrensweise) für die Studienpopulation mit Kreuztabellen errechnet und auf Signifikanz überprüft. Mit Chi-Quadrat-Tests (5%-Signifikanzniveau) wurden auf Grundlage der Versichertenmerkmale untersucht, ob es Unterschiede zwischen Personen mit Migrationshintergrund und der Vergleichsgruppe gibt.

Berechnung der Teilnahmeraten

Zur Bewertung der Inanspruchnahme von einzelnen Früherkennungsuntersuchungen durch anspruchsberechtigte türkischstämmige Migranten erfolgten die Auswertungen der abgerechneten Leistungsdaten nach ihren EBM-Ziffern. Es wurden alle Versicherten mit einer abgerechneten EBM-Ziffer im Auswertungszeitraum 2008 bis 2012 als Teilnehmer bzw. Abrechnungsfall für das jeweilige Jahr und die jeweilige Untersuchung berücksichtigt (Querschnittsanalyse). Um sowohl die jährlichen als auch die durchschnittlichen²⁰ Teilnahmeraten berechnen zu können, wurden die an den Früherkennungsuntersuchungen tatsächlich teilgenommenen Versicherten (Zähler) mit allen anspruchsberechtigten Versicherten (Nenner) in Relation gesetzt. Hierfür mussten grundsätzlich alle Fälle im jeweiligen Beobachtungsjahr jeweils eine Versicherungszeit von mindestens 360 Tagen nachweisen. Darüber hinaus wurden die Beteiligungsdaten nach Altersgruppen und falls möglich auch nach Geschlecht differenziert untersucht. Für altersspezifische Auswertungen sind zum Teil 5-Jahres-Altersgruppen gebildet worden. Zur Identifikation der Studienpopulation anhand des Migrationshintergrunds in den Datensätzen wurden ausschließlich die Ergebnisse aus dem Verfahren mit dem Namensalgorithmus benutzt. Mittels Chi-Quadrat-Berechnungen wurde zusätzlich bivariat analysiert, ob es Assoziationen zwischen der Teilnahme an einer Früherkennungsuntersuchung und der einzelnen Versichertenmerkmale gibt. Hierfür wurde ebenfalls das 5%-Signifikanzniveau festgelegt. Die Anzahl der an den jeweiligen Untersuchungen teilgenommenen Personen wird mit „n“ gekennzeichnet, währenddessen die Anzahl aller anspruchsberechtigten Personen in den Analysen mit „N“ angegeben wird.

²⁰ Durchschnittswerte wurden über das arithmetische Mittel erzeugt.

Da zum Teil pro Beobachtungsjahr mehr als eine abgerechnete EBM-Ziffer zu den jeweiligen Früherkennungsuntersuchungen festgestellt werden konnte, sind Mehrfachinanspruchnahmen pro Fall im jeweiligen Abrechnungsjahr grundsätzlich nicht gezählt worden. EBM-Ziffern, die nicht gemäß den Vorgaben in den G-BA-Richtlinien abgerechnet worden waren (z.B. Versichertenpseudonym ist aufgrund seines Alters nicht anspruchsberechtigt), sind aufgrund fehlender Detailinformationen zum Abrechnungshintergrund in den Auswertungen als Kodierfehler interpretiert und in den Analysen nicht weiter berücksichtigt worden.

Berechnung der Teilnahmekontinuität

Um die regelmäßige Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen im 5-Jahreszeitraum abbilden zu können, wurden zwei Methoden gewählt:

1. Durch einen retrospektiven Ansatz wurde eine Teilnehmerkohorte im Behandlungsjahr 2008 erhoben und dessen Teilnahmekontinuität nach dem in den Richtlinien festgelegten Rhythmus innerhalb der fünf Beobachtungsjahre analysiert (Längsschnittanalyse). Teilnahmen mit Unterbrechungen wurden ausgeschlossen, so dass der Anteil der Teilnehmer über die gesamte Beobachtungszeit dargestellt werden konnte.
2. Darüber hinaus ist untersucht worden, wie oft innerhalb der fünf Beobachtungsjahre die einzelnen Patienten die jeweiligen Früherkennungsuntersuchungen wahrnehmen bzw. nicht wahrnehmen. Aufgezeigt werden die relativen Häufigkeiten. Als Bezugspopulation wurden Versicherte des Jahres 2012 herangezogen.

Die Durchführung beider Methoden war möglich, da sowohl die Stammdaten als auch die Abrechnungsdaten aus einheitlichen Datenquellen herrührten. Dadurch konnten auf Basis der eindeutigen Versichertenpseudonyme personenbezogene Analysen erfolgen. Für beide Methoden mussten alle Versichertenpseudonyme eine durchgängige Versicherung für fünf Jahre nachweisen, d.h. mindestens 5x360 Versichertentage.

4.4.4.2 Regressionsanalysen

Um den Zusammenhang zwischen Versichertenmerkmalen (erklärende Variable) und der Inanspruchnahme an den einzelnen Früherkennungsuntersuchungen (nominal abhängige Variable) untersuchen zu können, wurden zwei separate binär logistische Regressionsmodelle angewendet.

Einfache logistische Regressionsanalysen

Mit logistischen Regressionsmodellen wurde ermittelt, ob einzelne Versichertenmerkmale Einfluss auf die Teilnahmebereitschaft an den Früherkennungsuntersuchungen haben. Für die Analysen wurden als unabhängige Variablen die Merkmale Alter bzw. Altersgruppen (zum Zeitpunkt der Leistungserbringung), Geschlecht, Migrationshintergrund, Versichertenart, Wohnbezirk, DMP-Teilnahme und die Zuzahlungsbefreiung einzeln herangezogen. Als abhängige Variable wurde die Inanspruchnahme innerhalb der einzelnen Beobachtungsjahre definiert. Da es sich um eine dichotome abhängige Variable handelt (Teilnahme ja/nein), wurde die binäre logistische Regression angewendet (Bender et al. 2002, Backhaus et al. 2016). Alle nominalen Variablen wurden im Vorfeld codiert und zum Teil dichotomisiert (s. Tabelle 8). Die einzelnen Zusammenhänge zwischen der Teilnahme an den jeweiligen Früherkennungsuntersuchungen und den Versichertenmerkmalen werden durch das Effektmaß Odds Ratio (OR) ausgedrückt, d.h. als Verhältnis zwischen zwei Chancen. Chancen (odds) sind definiert als:

$$\text{Chance}_{\text{Teilnahme}} = \frac{\text{Wahrscheinlichkeit}_{\text{Teilnahme}}}{\text{Wahrscheinlichkeit}_{\text{Nicht-Teilnahme}}} = \frac{p}{1-p}$$

und drücken das Verhältnis der Teilnahme-Wahrscheinlichkeit zu der Wahrscheinlichkeit einer Nicht-Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen aus. Die logistische Regressionsgleichung lautet:

$$P(Y) = \frac{1}{1+e^{-(a+bx_i)}} \quad \text{mit } e^b \text{ als Effekt-Koeffizient bzw. odds ratio}$$

Die logistische Regression zielt darauf ab, die Eintrittswahrscheinlichkeit für ein Ereignis – hier die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen – in Abhängigkeit von verschiedenen Einflussfaktoren zu berechnen. Hierzu werden im Vergleich zu einer Referenzkategorie zu den einzelnen Merkmalsausprägungen jeweils OR mit 95%-Konfidenzintervall als Chancenverhältnisse ermittelt. Diese widerspiegeln die Einflussstärke der unabhängigen Variablen auf die Eintrittswahrscheinlichkeit. Sie bringen zum Ausdruck, um welchen Faktor sich die Teilnahmechance an den Früherkennungsuntersuchungen im Vergleich zur Referenzkategorie verändert, wenn die unabhängige Variable sich um 1 erhöht.

Multiple logistische Regressionsanalysen

Mit multipler logistischer Regression wurde zusätzlich in einem Gesamtmodell unter Einbezug aller Versichertenmerkmale untersucht, ob besondere Faktoren die Teilnahme an den jeweiligen Früherkennungsuntersuchungen in den einzelnen Beobachtungsjahren als Prädiktoren beeinflussen. Zu den jeweiligen Versichertenmerkmalen wurden die adjustierten OR mit 95%-Konfidenzintervall berechnet. Die adjustierten OR bilden sich als Maß für die Stärke des Zusammenhangs aus den Regressionskoeffizienten und werden als Chancenverhältnisse interpretiert.

Im empirischen Teil der Arbeit werden die OR für das Beobachtungsjahr 2012 dargestellt. Diese wurden in der Analysephase mit den Auswertungsergebnissen der Jahre 2008 bis 2011 verglichen. Die statistischen Auswertungen erfolgten mit dem Statistikprogramm SPSS Version 23 und Excel PowerPivot 2010 von Microsoft.

Tabelle 8: Codierung nominaler Variablen für die logistische Regression

Abhängige Variable	Codierung
Teilnahme an Untersuchungen	ja = 1 nein = 0
Unabhängige Variable	Codierung
türk. Migrationshintergrund	ja = 1 nein = 0
Geschlecht	m = 1 w = 2
Versichertenart	Familie = 1 Mitglied = 2 Rentner = 3
Zuzahlungsbefreiung	ja = 1 nein = 0
DMP-Teilnahme	ja = 1 nein = 0
Wohnbezirke	
Mitte	1
Friedrichshain-Kreuzberg	2
Pankow	3
Charlottenburg-Wilmersdorf	4
Spandau	5
Steglitz-Zehlendorf	6
Tempelhof-Schöneberg	7
Neukölln	8
Treptow-Köpenick	9
Marzahn-Hellersdorf	10
Lichtenberg	11
Reinickendorf	12

Quelle: Eigene Darstellung

4.4.4.3 Datenerhebung und -analyse Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche

Nach den Richtlinien der Kinderuntersuchungen haben Kinder ab der Geburt bis zum sechsten Lebensjahr Anspruch auf zehn U-Untersuchungen. Darin sind das Anspruchsalter sowie der Umfang der U-Untersuchungen durch den Gesetzgeber vorgegeben (G-BA 2015b). Die ersten zwei Untersuchungen (U1 & U2) werden in der Regel in den ersten Lebensstagen in den Krankenhäusern automatisch bei allen Säuglingen durchgeführt. Entsprechend können diese Maßnahmen nicht im Rahmen von ambulanten Leistungen abgerechnet werden. Deshalb wurden die U1- und U2-Untersuchungen bei der Datenerhebung ausgeschlossen.

Die Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern und Jugendlichen werden nach einem festgelegten Rhythmus in der ambulanten Versorgung angeboten (G-BA 2015b, 2015c). Basis für die Auswertungen in diesem Forschungsvorhaben waren vertragsärztliche Abrechnungsdaten über die Inanspruchnahme von U3- bis U9-Untersuchungen sowie die J1-Untersuchung von Kindern und Jugendlichen mit türkischer Abstammung im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen aus der Vergleichsgruppe. Früherkennungsuntersuchungen, die im Rahmen von Selektivverträgen angeboten werden (z.B. U10, J2) wurden in den Analysen nicht betrachtet.

Die Analysen beschränkten sich zunächst auf die Art und Häufigkeit der in Anspruch genommenen Leistungen zwischen den beiden Gruppen (deskriptive Analyse). Für die Analysen der Inanspruchnahme von einzelnen U-Untersuchungen lagen valide Daten für die Zeiträume 2008 bis 2012 vor, so dass versichertenbezogene Auswertungen über längere Beobachtungsjahre möglich waren. Aufgrund von fehlenden Informationen zum Geburtstag und -monat der Studienpopulation konnten zur Überprüfung der regelmäßigen Teilnahme an einzelnen U-Untersuchungen, die zum Teil kurze Untersuchungsintervalle haben, lediglich Teilnahmeraten auf Basis des Geburtsjahres ermittelt werden (s. Tabelle 9). Neugeborene, die im Laufe des Jahres geboren werden, können grundsätzlich die komplette Versichertendauer von mindestens 360 Tagen nicht nachweisen. Damit alle anspruchsberechtigten Kinder in die Auswertungen einbezogen werden konnten, wurde obwohl für diese Arbeit als Einschlusskriterium eine Versichertendauer von mindestens 360 Tagen definiert war, diese Bedingung bei den U-Untersuchungen aufgehoben.

Zur Bewertung der Teilnahmekontinuität an den U-Untersuchungen wurde retrospektiv vorgegangen. Es wurden zunächst alle Kinder identifiziert, die in 2008 geboren wurden und jemals an der U3-Untersuchung teilgenommen hatten. Diese Kinder

mussten zusätzlich eine durchgehende Versicherung für die Folgejahre nachweisen. So konnte sichergestellt werden, dass diese Kinder bis ins Jahr 2012 im Hinblick auf die Inanspruchnahme weiterer U-Untersuchungen beobachtet werden konnten. Durch eine regelmäßige Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen für Kinder innerhalb von fünf Jahren war es möglich, in den Datensätzen Informationen bis zur vollständigen Teilnahme an der U8 zu erlangen.

Zur Bewertung der Teilnahme an den J1-Untersuchungen fanden alters- und geschlechtsspezifische Analysen statt. Da die J1 pro Kind einmal in Anspruch genommen werden kann, wurde zusätzlich für die Jahre 2008 bis 2012 die kumulierte Teilnehmerate berechnet.

Tabelle 9: Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche nach Anspruchsalter und EBM-Ziffer

U-Untersuchung	Alter des Kindes (Toleranzgrenze)	EBM-Ziffer	Geburtsjahr von untersuchten Kindern
U3	4. - 5. Lebenswoche	01713	2008-2011
	(3. - 8. Lebenswoche)		
U4	3. - 4. Lebensmonat	01714	2008-2011
	(2. - 4 1/2. Lebensmonat)		
U5	6. - 7. Lebensmonat	01715	2008-2011
	(5. - 8. Lebensmonat)		
U6	10. - 12. Lebensmonat	01716	2007-2011
	(9. - 14. Lebensmonat)		
U7	21. - 24. Lebensmonat	01717	2006-2010
	(20. - 27. Lebensmonat)		
U7a*	34. - 36. Lebensmonat	01723	2006-2009
	(33. - 38. Lebensmonat)		
U8	46. - 48. Lebensmonat	01718	2004-2008
	(43. - 50. Lebensmonat)		
U9	60.-64. Lebensmonat	01719	2003-2007
	(58. - 66. Lebensmonat)		
J1	vollend. 13. – vollend. 14. Leb.jahr	01720	1993-2000
	(13. – 15. Lebensjahr)		

Quelle: G-BA 2015b, 2015 c, eigene Darstellung.

*U7a wurde zum 01.07.2008 eingeführt.

4.4.4.4 Datenerhebung und -analyse Früherkennungsuntersuchungen für Erwachsene

Im Rahmen der Sekundärprävention gibt es für gesetzlich Versicherte je nach Anspruchsalter und Geschlecht unterschiedliche Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, die in den Richtlinien des G-BA empfohlen werden. Zudem umfassen diese mit Be-

ginn des 35. Lebensjahres den Check-up 35 (G-BA 2015a, 2015d). Die in die Analysen jeweils einbezogenen Früherkennungsuntersuchungen sind in Tabelle 10 dargestellt. Gemäß dem EBM ärztlicher Leistungen sind laut dem Unterabschnitt „KFU: 1.7.2 - Früherkennung von Krankheiten bei Erwachsenen“ unterschiedliche EBM-Ziffern vorgegeben und zu Lasten der GKV abrechenbar (KBV 2015):

- a) Frauen ab dem 20. Lebensjahr haben jährlich Anspruch auf Krebsfrüherkennungsuntersuchungen des Gebärmutterhalses und des Genitals. Ab dem 30. Lebensjahr können zusätzlich durch Abtasten der Brust Untersuchungen zur Früherkennung von Brustkrebs durchgeführt werden (EBM-Ziffer 01730). Darüber hinaus sieht die Krebsfrüherkennungs-Richtlinie zytologische Abstrichuntersuchungen vor (EBM-Ziffer 01733).
- b) Frauen zwischen dem 50. und dem 70. Lebensjahr haben alle zwei Jahre Anspruch auf ein Mammographie-Screening. Hierfür werden anspruchsberechtigte Frauen über ein Einladungsverfahren von einer zentralen Stelle in das nächstgelegene Mammographiezentrum eingeladen. Für diese Leistung können Ärzte u.a. gemäß der EBM-Ziffer 01750 die Röntgenuntersuchung im Rahmen des Mammographie-Screenings sowie nach 01752 die Beurteilung der Mammographieaufnahmen abrechnen.
- c) Männer ab 45 Jahren haben einen jährlichen Anspruch auf Krebsfrüherkennungsuntersuchung der Prostata und des äußeren Genitals. Für diese Untersuchungen gilt die EBM-Ziffer 01731.
- d) Ab 35 Jahren können Erwachsene alle zwei Jahre am sog. Check-up 35 (EBM-Ziffer 01732) teilnehmen und dabei gleichzeitig die Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs beim Hausarzt wahrnehmen. Dies wird als Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 01732 gewährt (EBM-Ziffer 01746).
- e) Neben der Früherkennung auf Hautkrebs im Rahmen des Check-up 35 gibt es darüber hinaus Leistungen zum Hautkrebs-Screening, die ab 35 Jahren alle zwei Jahre in Anspruch genommen werden können. Dieser Untersuchung ist die EBM-Ziffer 01745 zugewiesen. Die Krebsfrüherkennungsuntersuchung wurde im Juli 2008 als EBM eingeführt und kann sowohl durch Haus- als auch Hautärzte abrechnet werden.
- f) Frauen und Männer haben im Rahmen der Darmkrebsvorsorge zwischen dem 50. und 55. Lebensjahr den jährlichen Anspruch, den Stuhl auf nicht sichtbares Blut untersuchen zu lassen (EBM-Ziffer 01734). Ab 55 Jahren gibt es weitere Krebsfrüherkennungsuntersuchungen. Anspruchsberechtigte Versicherte können entweder die erste Koloskopie durchführen lassen (EBM-Ziffer 01741) oder alle zwei

Jahre sich auf okkultes Blut im Stuhl untersuchen lassen (EBM-Ziffer 01734). Die zweite Koloskopie kann erst nach zehn Jahren wiederholt werden. Darüber hinaus besteht der Anspruch auf die zweite Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms (EBM-Ziffer 01740).

Die Altersempfehlungen sowie der Rhythmus für die einzelnen Früherkennungsuntersuchungen sind relevant für die Datenerhebung. Sekundärpräventive Maßnahmen zielen darauf ab, Krankheiten frühzeitig zu erkennen und zu behandeln. Daher ist nicht die einmalige Durchführung der empfohlenen Untersuchungen maßgeblich, sondern deren Nutzungshäufigkeit im Zeitverlauf. Im Rahmen der Querschnittsanalysen wurden alle anspruchsberechtigten Frauen und Männer, die eine bestehende Versichertendauer von mindestens 360 Tagen im jeweiligen Beobachtungsjahr hatten, nach den Merkmalen Alter und Geschlecht analysiert. Bei den Längsschnittanalysen fanden alle Versicherten Berücksichtigung, die im 5-Jahreszeitraum durchgehend versichert waren. Neben der Berechnung von Inanspruchnahmeraten auf Basis der Behandlungshäufigkeit innerhalb der fünf Beobachtungsjahre wurde zusätzlich für beide Gruppen eine Kohorte gebildet, die in 2008 erstmalig die jeweiligen Leistungen in Anspruch nahmen und in den Folgejahren die Untersuchungen kontinuierlich fortsetzten. Dadurch konnte abgebildet werden, wie die Inanspruchnahme einer Kohorte sich im Zeitverlauf verhält. Auf weitere Kriterien wie Anspruchsalter und Untersuchungsintervalle wurde in den jeweiligen empirischen Analysen hingewiesen.

Tabelle 10: Übersicht zuzahlungsfreier Früherkennungsuntersuchungen für Erwachsene in der GKV

Alter	Frauen	Rhythmus	Männer	Rhythmus
ab 20 Jahren	Früherkennung Gebärmutterhalskrebs und Krebserkrankungen des Genitales	jährlich		
ab 30 Jahren	Früherkennung Brustkrebs	jährlich		
ab 35 Jahren	Check-up 35	alle 2 Jahre	Check-up 35	alle 2 Jahre
ab 35 Jahren	Früherkennung Hautkrebs	alle 2 Jahre	Früherkennung Hautkrebs	alle 2 Jahre
ab 45 Jahren			Früherkennung Krebserkrankungen der Prostata und des äußeren Genitals	jährlich
ab 50 bis 55 Jahren	Früherkennung Darmkrebs	bis 55 Jahre jährlich Test auf nicht sichtbares Blut im Stuhl	Früherkennung Darmkrebs	bis 55 Jahre jährlich Test auf nicht sichtbares Blut im Stuhl
ab 50 Jahren bis einschließlich 69 Jahre	Früherkennung Brustkrebs - Mammographie-Screening	alle 2 Jahre bis einschließlich 69 Jahre		
ab 55 Jahren	Früherkennung Darmkrebs	Test Blut im Stuhl alle 2 Jahre oder einmalig Darmspiegelung, nach 10 Jahren zweite Darmspiegelung	Früherkennung Darmkrebs	Test Blut im Stuhl alle 2 Jahre oder einmalig Darmspiegelung, nach 10 Jahren zweite Darmspiegelung

Quelle: G-BA 2015a,2015d, eigene Darstellung.

5. Empirische Ergebnisse

Die bereinigten Stammdaten der AOK Nordost für Versicherte mit Wohnort Berlin wurden zunächst deskriptiv nach soziodemografischen Merkmalen untersucht. Im Anschluss fanden die Analysen hinsichtlich der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen von türkischstämmigen Migranten statt. Die Zuordnung von türkischstämmigen Migranten erfolgte in den Auswertungen ausschließlich anhand der Identifikationsergebnisse des Namensalgorithmus.

5.1 Deskriptive Ergebnisse auf Basis soziodemografischer Faktoren

Im Vorfeld der Auswertungen der Inanspruchnahmeraten in Verbindung mit den versichertenbezogenen Abrechnungsdaten wurden aus der Türkei stammende Versicherte und Personen aus der Vergleichsgruppe auf Basis der rohen Daten näher untersucht. Tabelle 11 gibt einen Überblick über die Verteilung der Studienpopulation innerhalb der Untersuchungszeiträume 2008 bis 2012. Zusätzlich wurden zur Bewertung und Einordnung der Studienpopulation die Daten von in Berlin sesshaften türkischstämmigen Migranten anhand des Berliner Einwohnerregisters für die Einzeljahre erhoben. Demnach waren im Jahr 2012 63 Prozent der türkischstämmigen Berliner mindestens ein Tag und 57 Prozent mindestens 360 Versichertentage bei der AOK versichert. Zudem konnte festgestellt werden, dass 69.206 türkischstämmige Versicherte und 359.061 Personen aus der Vergleichsgruppe innerhalb des 5-Jahreszeitraums durchgehend bei der AOK versichert waren.

Tabelle 11: Anzahl Personen mit türkischem Migrationshintergrund und aus der Vergleichsgruppe in den AOK-Stammdaten, 2008-2012

Jahr:	AOK Daten (komplett)		AOK Daten (mind. 360 Versichertentage)		Berliner Einwohnerregister		
	Personen mit türkischem Migrationshintergrund N=	Vergleichsgruppe N=	Personen mit türkischem Migrationshintergrund N=	Vergleichsgruppe N=	Personen mit türkischem Migrationshintergrund		
					N=	Anteil AOK Versicherte komplett	mind. 360 VD
2008	104.526	509.710	90.057	467.424	176.857	59%	51%
2009	105.161	500.044	91.410	459.951	176.769	59%	52%
2010	106.946	501.359	93.759	455.063	175.913	61%	53%
2011	110.920	511.151	96.299	458.127	176.742	63%	54%
2012	112.101	505.730	100.293	469.288	176.743	63%	57%

Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 2015a, eigene Berechnung
AOK Nordost-Versicherte: komplette Daten und Versichertendaten mit jeweils mind. 360 Versichertentagen in den Jahren 2008 bis 2012. Kinder mit 0 Jahren sind in den Daten mit mind. 360 Versichertentagen unterrepräsentiert.

In Bezug auf weitere Parameter wurden nachfolgend die Daten derjenigen Personen aus der Studienpopulation ausgewertet, für die im Jahr 2012 mindestens 360 Versichertentage nachgewiesen werden konnten. Die Signifikanzprüfung ($p < 0,05$) zeigte,

dass bezogen auf alle untersuchten Merkmale die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen statistisch hoch signifikant ($p < 0,001$) waren.

Im Jahr 2012 waren jeweils rund 50 Prozent Männer und Frauen mit türkischem Migrationshintergrund bei der AOK Nordost versichert. Die Vergleichsgruppe dahingegen bestand durchschnittlich aus 48 Prozent männlichen und 52 Prozent weiblichen Versicherten.

Die Selektion nach Alter verdeutlicht, dass türkischstämmige Versicherte jünger sind als Personen in der Vergleichsgruppe (s. Abbildung 19). Das Durchschnittsalter lag bei diesen bei etwa 34 Jahren und in der Vergleichsgruppe bei rund 53 Jahren. Während türkischstämmige Migranten in 2012 in der Altersverteilung häufiger in den jüngeren Altersgruppen und bis zum Ende des 50. Lebensjahres vertreten waren, wurde die Vergleichsgruppe vor allem in den Altersklassen zwischen 48 und 84 Jahren stark repräsentiert. In der Vergleichsgruppe überwog ab dem 50. Lebensjahr der Anteil der Versicherten den der türkischstämmigen Migranten und erreichte zwischen den 68. und 78. Lebensjahren seine Höchstwerte.

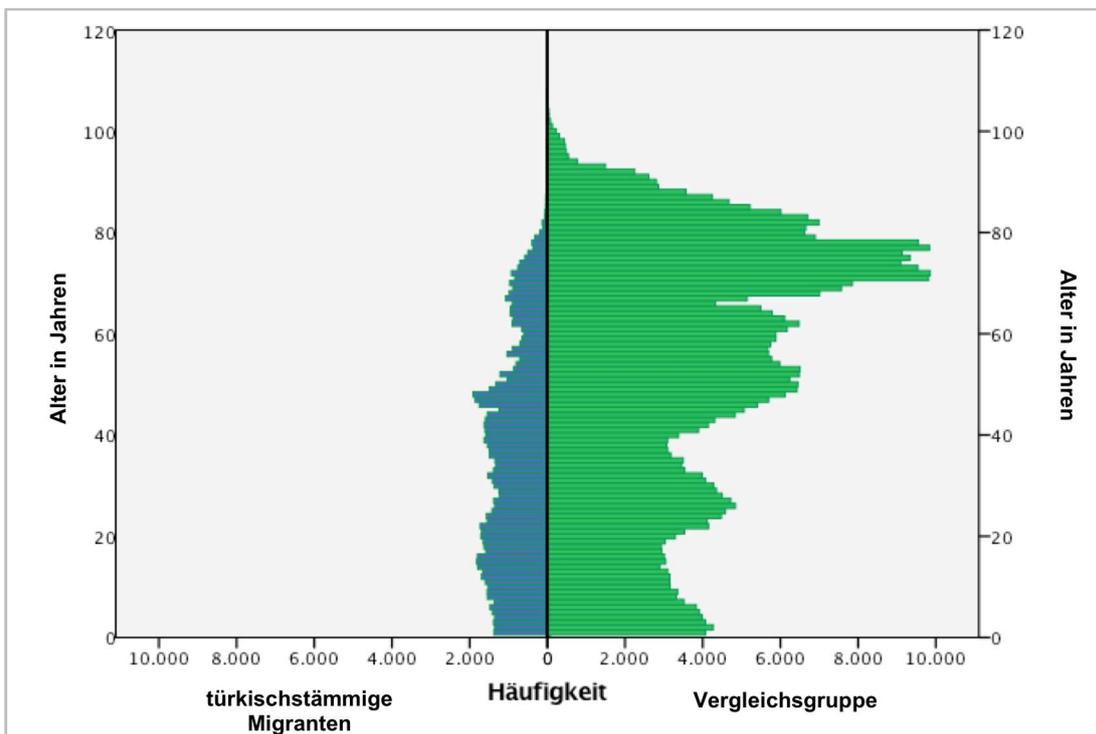


Abbildung 19: Altersstruktur von türkischstämmigen Versicherten und der Vergleichsgruppe in 2012

Quelle: Eigene Berechnung

AOK Nordost-Versicherte mit mind. 360 Versichertentagen in 2012. Kinder mit 0 Jahren sind deshalb unterrepräsentiert.

Erhebungen zum Stichtag 31.12.2012 zeigen, dass die Altersverteilung türkischstämmiger Versicherten und die der Berliner Einwohnerregister ähnlich verlaufen. Die Vergleichsgruppe ist dahingegen in den älteren Altersgruppen stärker vertreten (s. Abbildung 20).

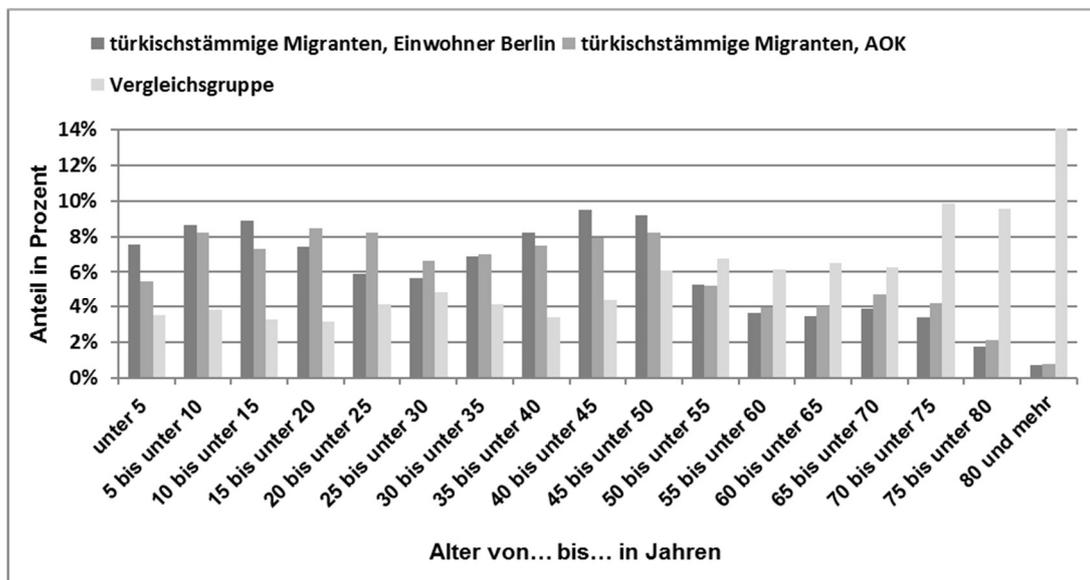


Abbildung 20: Altersverteilung für türkischstämmige Versicherte im Vergleich zu Berliner Einwohnern mit türkischem Migrationshintergrund und Vergleichsgruppe (Stichtag: 31.12.2012)

Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 2015b, eigene Berechnung
 AOK Nordost-Versicherte mit mind. 360 Versichertentagen in 2012. Kinder mit 0 Jahren sind deshalb unterrepräsentiert.
 Einwohner Berlin N= 176.743; türkischstämmige Migranten AOK N= 100.293; Vergleichsgruppe N=469.288

Im Hinblick auf die Versichertenarten (z.B. Rentner, sozialversicherungspflichtig beschäftigt, freiwillig versichert, Student, Arbeitslose, Familienangehörige) sind ebenfalls Unterschiede festzustellen. In 2012 waren 85 Prozent der türkischstämmigen Migranten als Mitglied oder Familienangehöriger bei der AOK Nordost versichert. Fast jede zweite Person mit türkischem Migrationshintergrund war somit im Rahmen der Familienversicherung versichert. Der Anteil der Rentner lag bei 15 Prozent. Versicherte aus der Vergleichsgruppe hatten mit 82 Prozent entweder eine eigene Mitgliedschaft oder eine Krankenversicherung der Rentner (KVdR). Jeder fünfte Versicherte war familienversichert. Der hohe Anteil der Mitglieder im Rahmen der KVdR (Anteil 42 Prozent) spiegelt die in der Vergleichsgruppe identifizierte hohe Altersstruktur wider.

Bei den türkischstämmigen Versicherten teilt sich die Gruppe der Mitglieder folgendermaßen auf: 47 Prozent hatten eine Mitgliedschaft als pflichtversicherte Arbeitnehmer, 40 Prozent als ALG II (Arbeitslosengeld II) Pflichtversicherter und 6 Prozent als freiwillige Versicherte. In der Vergleichsgruppe waren 45 Prozent krankenversicherungspflichtige (KV) Beschäftigte und 34 Prozent als ALG II-Bezieher pflichtversichert. Der Anteil an freiwillig Versicherten lag bei 11 Prozent (s. Abbildung 21).

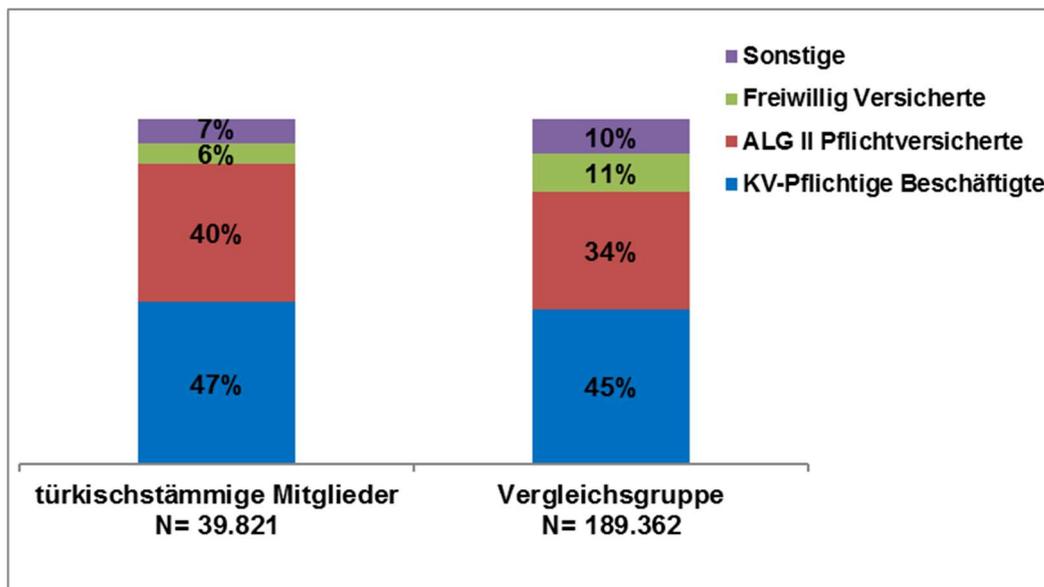


Abbildung 21: Mitgliedschaftsstruktur von türkischstämmigen Versicherten und der Vergleichsgruppe in 2012

Quelle: Eigene Berechnung

AOK Nordost-Versicherte mit mind. 360 Versichertentagen in 2012. Kinder mit 0 Jahren sind deshalb unterrepräsentiert.

ALG II = Arbeitslosengeld II-Bezieher; KV-Pflichtige = krankenversicherungspflichtige

45 Prozent der türkischstämmigen Personen und 18 Prozent der Vergleichsgruppe sind im Rahmen einer Familienversicherung bei der AOK versichert. Die Verteilung innerhalb der Familienversicherung verdeutlicht, dass der Anteil der familienversicherten Ehepartner bei türkischstämmigen Personen stärker ausgeprägt war als in der Vergleichsgruppe. Darüber hinaus waren neben ausländischen Familienangehörigen ein großer Anteil an Kindern familienversichert, die bereits in der jungen Altersstruktur von türkischstämmigen Migranten dargestellt wurden (s. Abbildung 22).

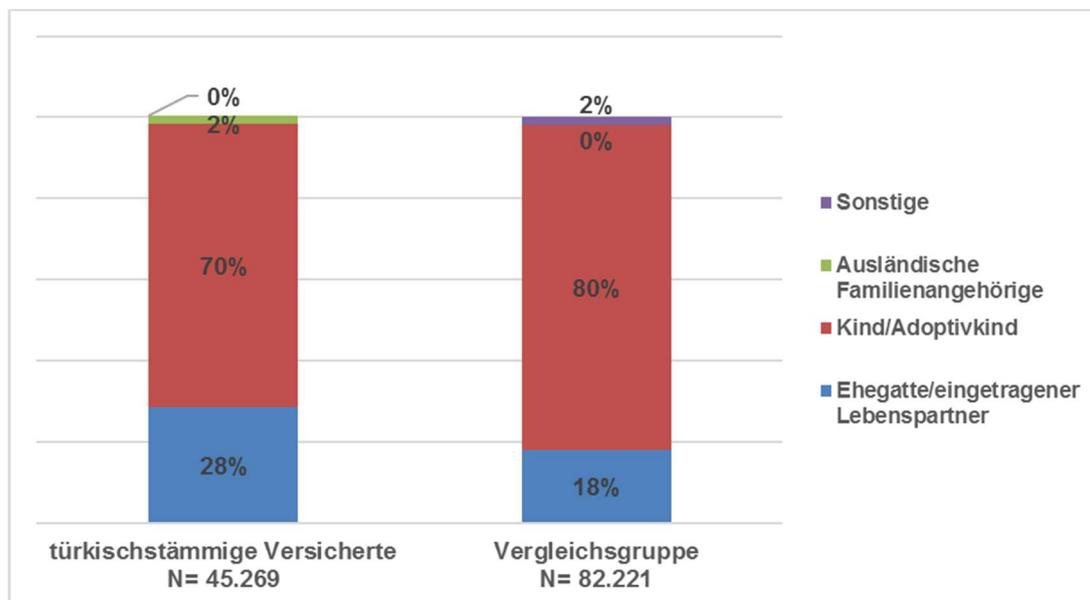


Abbildung 22: Struktur der Familienversicherung von türkischstämmigen Versicherten und der Vergleichsgruppe in 2012

Quelle: Eigene Berechnung

AOK Nordost-Versicherte mit mind. 360 Versichertentagen in 2012. Kinder mit 0 Jahren sind deshalb unterrepräsentiert.

Die Mehrheit der türkischstämmigen Versicherten wohnte in den Berliner Bezirken Neukölln und Mitte gefolgt von Kreuzberg-Friedrichshain und Tempelhof-Schöneberg. In den Gebieten ehemals Ost-Berlins waren sie kaum wohnhaft. Versicherte der Vergleichsgruppe waren indessen über alle Stadtbezirke verteilt. Aus den sozial schwachen Bezirken Marzahn-Hellersdorf, Lichtenberg und Neukölln kam der größte Versichertenanteil der Vergleichsgruppe. Türkischstämmige repräsentieren ebenfalls mit den Wohngebieten Neukölln, Kreuzberg und Wedding (Bezirk Mitte) ähnliche soziale Strukturen. Dieses Resultat untermauert die Auswertungsergebnisse zum sozialen Status im Hinblick auf die Versichertenart sowie die Ergebnisse in Kapitel 2.2.2.

Im Jahr 2012 nahmen darüber hinaus 11 Prozent der türkischstämmigen Migranten und 17 Prozent der Vergleichsgruppe an einem Disease-Management-Programm (DMP) teil. 6 Prozent der türkischstämmigen Versicherten und 8 Prozent der Vergleichsgruppe waren im DMP-Programm Diabetes Typ 2 eingeschrieben, weitere in den Programmen für Asthma, COPD (chronic obstructive pulmonary disease) und Koronare Herzkrankheit (KHK).

Für 16 Prozent der türkischstämmigen Versicherten (vs. 15 Prozent) konnte eine Zahlungsbefreiung mit einer Belastungsgrenze in Höhe von 1 Prozent ermittelt werden. Hierbei handelt es sich um chronisch kranke Versicherte, deren jährliche Zuzah-

lungen ein Prozent des Bruttoeinkommens überschreiten. Für alle anderen Versicherten gilt als Belastungsgrenze zwei Prozent des jährlichen Bruttoeinkommens. Insgesamt liegt der Anteil an Zuzahlungsbefreiungen von türkischstämmigen Versicherten mit 29 Prozent höher als bei der Vergleichsgruppe mit 22 Prozent.

Tabelle 12 gibt einen Überblick über die Verteilung der einzelnen Versichertenmerkmale innerhalb der Studienpopulation im Jahr 2012. Um eindeutige Aussagen über die sozioökonomischen Verhältnisse der beiden Studienpopulationen machen zu können, werden zusätzliche Informationen über die Merkmale Bildung, Beruf und Einkommen benötigt (Mielck 2000). Diese Informationen standen in den bereitgestellten Datensätzen der AOK Nordost nicht zur Verfügung.

Tabelle 12: Versichertenmerkmale der Studienpopulation in 2012

Versichertenmerkmale	Personen mit türkischem Migrationshintergrund	Vergleichsgruppe
	N (%)	N (%)
	100.293 (17,6%)	469.288 (82,4%)
Geschlecht:		
männlich	50.167 (50%)	224.946 (47,9%)
weiblich	50.126 (50%)	244.342 (52,1%)
Altersgruppen in Jahren:		
0 bis 19 Jahre	29.576 (29,5%)	64.767 (13,8%)
20 bis 39 Jahre	29.393 (29,3%)	77.787 (16,6%)
40 bis 59 Jahre	25.412 (25,3%)	109.664 (23,4%)
60 bis 79 Jahre	15.137 (15,1%)	150.860 (32,1%)
80 Jahre und mehr	775 (0,8%)	66.210 (14,1%)
Versichertenart:		
AKV-Fami	45.269 (45,1%)	82.221 (17,5%)
AKV-Mitglied	39.821 (39,7%)	189.362 (40,4%)
KVdR-Versicherter	15.203 (15,2%)	197.705 (42,1%)
Wohngebiete:		
Mitte	23.138 (23,1%)	43.000 (9,2%)
Friedrichshain-Kreuzberg	18.481 (18,4%)	27.732 (5,9%)
Pankow	729 (0,7%)	45.091 (9,6%)
Charlottenburg-Wilmersdorf	5.548 (5,5%)	31.373 (6,7%)
Spandau	6.084 (6,1%)	36.937 (7,9%)
Steglitz-Zehlendorf	2.795 (2,8%)	27.857 (5,9%)
Tempelhof-Schöneberg	11.850 (11,8%)	44.160 (8,9%)
Neukölln	21.719 (21,7%)	47.116 (10,0%)
Treptow-Köpenick	830 (0,8%)	36.482 (7,8%)
Marzahn-Hellersdorf	495 (0,5%)	47.155 (10,0%)
Lichtenberg	683 (0,7%)	44.284 (9,4%)
Reinickendorf	7.941 (7,9%)	40.513 (8,6%)
DMP-Teilnahme:		
Astma	1.635 (1,6%)	5.853 (1,2%)
Brustkrebs	41 (0,0%)	918 (0,2%)
COPD	1.071 (1,1%)	7.671 (1,6%)
Diabetes Typ 1	119 (0,1%)	1.116 (0,2%)
Diabetes Typ 2	5.582 (5,9%)	38.535 (8,2%)
KHK	2.140 (2,1%)	24.910 (5,3%)
Nicht-DMP-Teilnehmer	89.405 (89,1%)	390.285 (83,2%)
Zuzahlungsbefreiung:		
Arztl. Besch. Chron.	571 (0,6%)	5.355 (1,1%)
Ausweis Belastungsgrenze 1 %	16.155 (16,1%)	69.862 (14,9%)
Ausweis Belastungsgrenze 2 %	6.817 (6,8%)	8.893 (1,9%)
Belastungsgrenze 1 %	588 (0,6%)	12.219 (2,6%)
Belastungsgrenze 1 % mit Sozialhilfe	2.090 (2,1%)	3.924 (0,8%)
Belastungsgrenze 2 %	250 (0,2%)	603 (0,1%)
Belastungsgrenze 2 % mit Sozialhilfe	2.149 (2,1%)	3.114 (0,7%)
nein	71.673 (71,5%)	365.318 (77,8%)

Quelle: Eigene Berechnung

AOK Nordost-Versicherte mit mind. 360 Versichertentagen in 2012. Kinder mit 0 Jahren sind deshalb unterrepräsentiert. Alle Versichertenmerkmale sind statistisch hoch signifikant ($p < 0,001$).

AKV=Allgemeine Krankenversicherung, Fami=Familienversicherung, KVdR=Krankenversicherung der Rentner, Arztl. Besch. Chron. = Ärztliche Bescheinigung für Chroniker

5.2 Auswertung von ambulanten Arztabrechnungsdaten

Zur Bewertung der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen auf Grundlage von abgerechneten Behandlungsfällen durch anspruchsberechtigte türkischstämmige Migranten wurden die in Kapitel 4 aufgeführten EBM-Ziffern ausgewertet.

5.2.1 Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche

Im Rahmen der ambulanten Versorgung werden bei Kindern in der Regel die U3- bis U9-Untersuchungen durchgeführt. Im Zeitraum 2008 bis 2012 waren insgesamt 25.245 Kinder bei der U3-Untersuchung. Jedes vierte Kind hatte eine türkische Abstammung. Zur Messung der Inanspruchnahmeraten wurden Kinder nach ihren Geburtsjahren identifiziert und gemäß den Richtlinien ihrem Anspruchsalter zugeordnet. Zur Berechnung der Inanspruchnahmeraten für die U3 wurden Kinder mit den Geburtsjahrgängen 2008 bis 2011 berücksichtigt. Dabei handelte es sich um insgesamt 20.159 Kinder. Für türkischstämmige Kinder konnte eine Teilnahmerate in Höhe von durchschnittlich 88 Prozent berechnet werden. Die Teilnahmerate in der Vergleichsgruppe lag bei 86 Prozent. Die gleiche Methode wurde jeweils für die U4- und U5-Untersuchungen angewendet. Insgesamt konnten für türkischstämmige Kinder Teilnahmeraten von 91 bzw. 90 Prozent ermittelt werden. Die Teilnahmeraten für die U4- bzw. U5-Untersuchungen lagen bei der Vergleichsgruppe im Durchschnitt bei 89 bzw. 90 Prozent. Abbildung 23 zeigt die durchschnittliche Verteilung der Inanspruchnahmeraten für alle U-Untersuchungen. Beide Zielgruppen weisen bis zur U6 ähnliche Teilnahmeraten auf. Ab der U7 wurden die nachfolgenden Früherkennungsuntersuchungen von türkischstämmigen Kindern stärker wahrgenommen als von der Vergleichsgruppe²¹.

²¹ Die U7a wurde erstmals zum 01. Juli 2008 als Leistung der GKV eingeführt. Anspruchsberechtigt sind hierfür Kinder zwischen dem 34. und 36. Lebensmonat. Aus diesem Grund liegen für Kinder, die im Jahr 2005 geboren wurden, keine validen Daten vor.

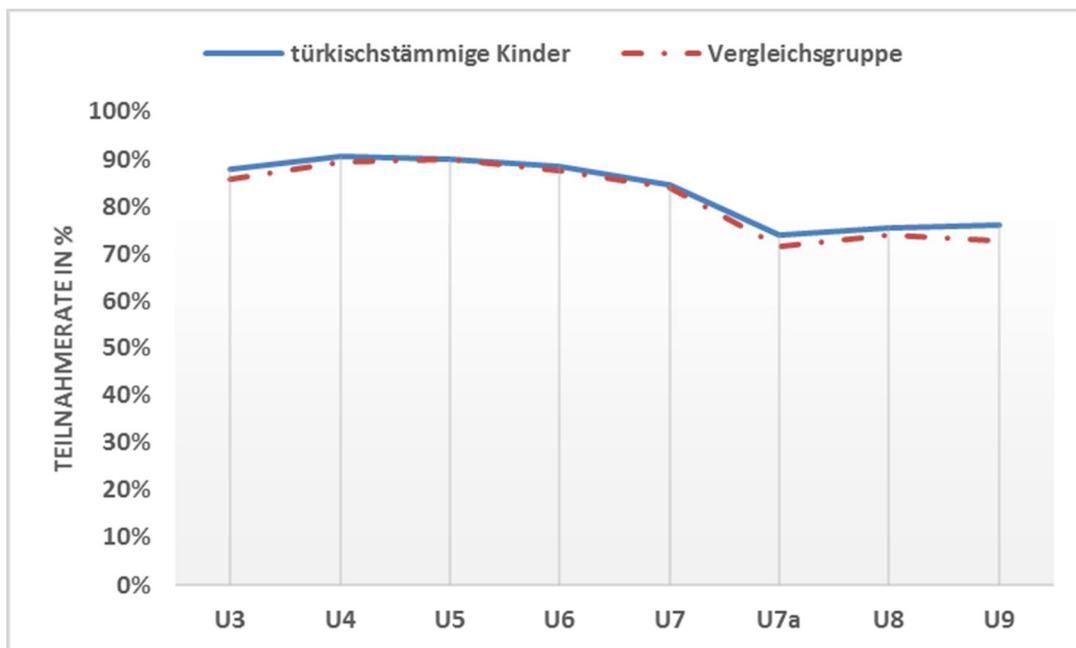


Abbildung 23: Durchschnittliche Inanspruchnahmerate einzelner Früherkennungsuntersuchungen (U3 bis U9) nach Migrationshintergrund

Quelle: Eigene Berechnung

AOK Nordost Versicherte Kinder wurden den einzelnen U-Untersuchungen nach ihren Geburtsjahrgängen (GJ) zugeordnet: U3, U4 & U5: GJ 2008 bis 2011; U6: GJ 2007 bis 2011; U7: GJ 2006 bis 2010; U7a: GJ 2006 bis 2009; U8: GJ 2004 bis 2008; U9: GJ 2003 bis 2007

Es konnten insgesamt 1.259 türkischstämmige Kinder und 3.622 Kinder aus der Vergleichsgruppe ermittelt werden, die im Jahr 2008 geboren wurden und die U3 erhalten haben. 1.164 Migrantenkinder und 3.112 Kinder aus der Vergleichsgruppe waren von 2008 bis 2012 durchgehend bei der AOK Nordost versichert. Diese Kinder wurden als Kohorte gewählt, um zu untersuchen, wie sich die kontinuierliche Teilnahme entwickelt. Abbildung 24 zeigt, dass 95 Prozent der türkischstämmigen Kinder aus der Kohorte und 93 Prozent der Kinder aus der Vergleichsgruppe sich an der U4 beteiligten. Der Anteil der kontinuierlichen Teilnehmer an den U-Untersuchungen nahm mit zunehmendem Alter ab. Jeweils 56 Prozent der durchgehend versicherten Kinder, die 2008 geboren wurden, nahmen schließlich an den U8-Untersuchungen teil. Somit können 44 Prozent der in 2008 geborenen Kinder bis zur U8 keine vollständige Inanspruchnahme nachweisen. Differenziert nach Geschlechtern ist festzustellen, dass es innerhalb der Vergleichsgruppe kaum Unterschiede gibt, während bei türkischstämmigen Kindern die Teilnahmekontinuität bei Mädchen gegenüber Jungen geringer ausfällt (52 Prozent vs. 59 Prozent).

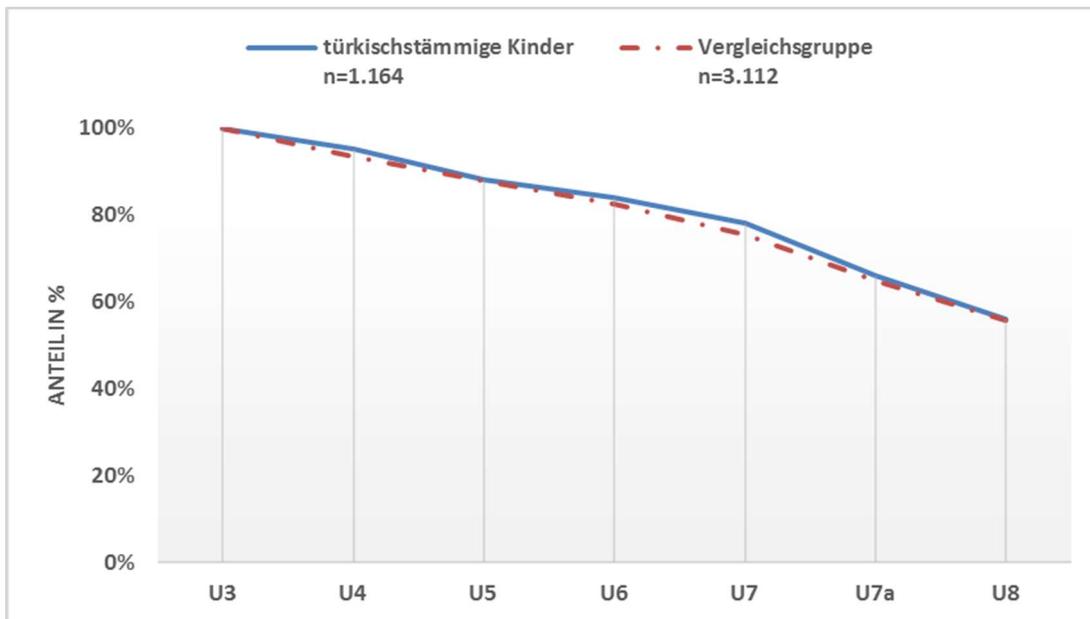


Abbildung 24: Teilnahmecontinuität an einzelnen Früherkennungsuntersuchungen (U3 bis U8) nach Migrationshintergrund; Kinder Geburtsjahr 2008

Quelle: Eigene Berechnung

Messung kontinuierliche Inanspruchnahme der einzelnen U-Untersuchungen; Grundlage Kinder mit Geburtsjahr 2008, die erstmalig an der U3-Untersuchung teilgenommen haben und durchgehend versichert waren.

Die Auswertungen mit binär logistischer Regression für die einzelnen Untersuchungen ergaben, dass es statistisch keinen signifikanten Zusammenhang zwischen der Teilnahme an den U-Untersuchungen und den Versichertenmerkmalen Migrationshintergrund, Geschlecht oder Zuzahlungsbefreiung gibt. Deshalb wurde auf die Darstellung der Ergebnisse verzichtet.

J1-Untersuchung

Jugendliche zwischen 13 und 14 Jahren (+/- 1 Jahr) haben einen einmaligen Anspruch auf die J1-Untersuchung. Von 2008 bis 2012 waren im Alter von 12 bis 15 Jahren insgesamt 4.290 Jugendliche mit türkischer Herkunft und 5.410 Jugendliche aus der Vergleichsgruppe bei der J1-Untersuchung. Gleichzeitig waren im 5-Jahreszeitraum im Durchschnitt 6.691 türkischstämmige Jugendliche und 11.519 Jugendliche aus der Vergleichsgruppe anspruchsberechtigt. Die Teilnehmeraten für die Einzeljahre belegen, dass türkischstämmige Jugendliche häufiger für dieses Angebot ihren Arzt aufsuchten. In 2012 lag die Teilnehmerate insgesamt bei 12 Prozent und die der Vergleichsgruppe bei 10 Prozent. Insbesondere konnte für türkischstämmige Jugendliche im Alter von 13 Jahren die höchste Behandlungsrate (18 Prozent) festgestellt werden. Jugendliche aus der Vergleichsgruppe wiesen im Alter von 14 Jahren

mit 14 Prozent die höchste Rate auf (s. Abbildung 25). Die altersspezifischen Unterschiede zwischen den Jugendlichen sind statistisch hoch signifikant ($p < 0,001$).

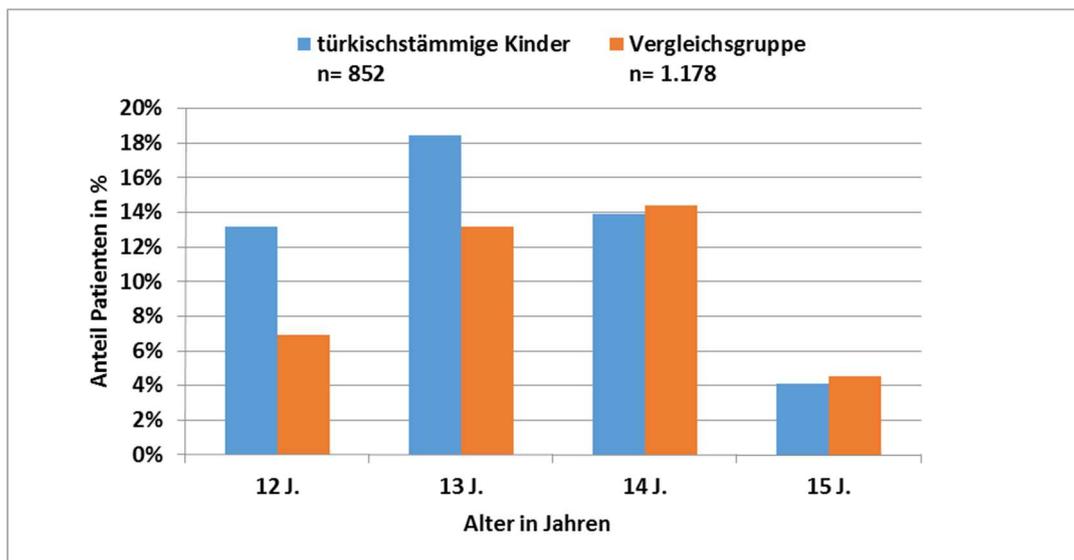


Abbildung 25: Teilnehmerate an der J1-Untersuchung differenziert nach Alter und Migrationshintergrund im Jahr 2012

Quelle: Eigene Berechnung

AOK Nordost-Versicherte Jugendliche mit mind. 360 Versichertentagen im Jahr 2012.

Basis: anspruchsberechtigte Jugendliche mit jeweils mind. 360 Versichertentagen im gleichen Zeitraum.

Insgesamt waren in den Jahren 2008 bis 2012 kumuliert 64 Prozent der türkischstämmigen Jugendlichen und 47 Prozent der Jugendliche aus der Vergleichsgruppe bei der J1-Untersuchung. Hinsichtlich des Geschlechts gab es innerhalb der Zielpopulationen kaum Unterschiede in der Inanspruchnahme. Die Geschlechtsunterschiede sind statistisch nicht signifikant. Auch spielte die Staatsangehörigkeit (Eingebürgerte vs. türkische Staatsbürger) innerhalb der türkischstämmigen Jugendlichen bei der Inanspruchnahme keine Rolle. Für die Leistungsanspruchnahme wählten beide Gruppen vor allem den Kinderarzt (über 70 Prozent).

Die Ergebnisse der Regressionsanalysen sind in Tabelle 13 dargestellt. Sowohl vor als auch nach Adjustierung der Einflussfaktoren in den Analysen werden die bivariaten Ergebnisse bestätigt. Merkmale wie das Alter oder der Migrationshintergrund haben statistisch signifikant positive Effekte auf die Inanspruchnahme. Analog den Auswertungen mit den rohen Daten haben Jugendliche zwischen 13 und 14 Jahren eine höhere Teilnahmechance. Im Vergleich zu den 12-jährigen Jugendlichen erhöht sich bei beiden Gruppen außer bei den 15-jährigen die Chance für die Teilnahme an der J1-Untersuchung um das 1,7-Fache. Jugendliche mit Migrationshintergrund nehmen

insgesamt gegenüber der Vergleichsgruppe häufiger das Angebot in Anspruch (adjustiertes OR: 1,17; 95%-KI: 1,05-1,30). Der Einfluss der Zuzahlungsbefreiung ist bei der einfachen logistischen Regression statistisch signifikant. Nach Adjustierung sind die Unterschiede nicht signifikant. Andere Merkmale konnten als Einflussgrößen nicht signifikant nachgewiesen werden.

Tabelle 13: Inanspruchnahme J1-Untersuchung in 2012 – rohe und adjustierte Odds Ratios anhand von Versichertenmerkmalen (logistische Regression)

Merkmal	einfache logistische Regression			multiple logistische Regression		
	rohes Odds Ratio	95%-KI	p-Wert	adjustiertes Odds Ratio	95%-KI	p-Wert
Alter						
12 (Referenz)	1			1		
13	1,77	1,56 - 2,00	,000	1,77	1,57 - 2,00	,000
14	1,65	1,45 - 1,88	,000	1,64	1,44 - 1,87	,000
15	0,45	0,38 - 0,54	,000	0,44	0,37 - 0,53	,000
Geschlecht						
M	0,96	0,87 - 1,05	,344	0,95	0,87 - 1,05	,298
W (Referenz)	1			1		
türk. Migrationshintergrund						
Ja	1,30	1,19 - 1,43	,000	1,17	1,05 - 1,30	,004
Nein (Referenz)	1			1		
Zuzahlungsbefreiung						
Ja	1,17	1,05 - 1,32	,006	1,11	0,98 - 1,25	,097
Nein (Referenz)	1			1		
DMP-Teilnahme						
Ja	1,28	0,88 - 1,86	,194	1,25	0,85 - 1,83	,254
Nein (Referenz)	1			1		
Versichertenart						
Familie	1,02	0,76 - 1,38	,892	1,01	0,75 - 1,37	,949
Mitglied	0,97	0,42 - 2,24	,943	1,51	0,64 - 3,55	,344
Rentner (Referenz)	1			1		
Wohnbezirke						
Mitte	1,24	1,03 - 1,50	,022	1,19	0,98 - 1,44	,074
Friedrichshain-Kreuzberg	1,08	0,88 - 1,32	,461	1,02	0,83 - 1,26	,853
Pankow	0,91	0,70 - 1,19	,476	0,95	0,73 - 1,25	,725
Charlottenburg-Wilmersdorf	0,90	0,69 - 1,17	,417	0,89	0,68 - 1,16	,400
Spandau	0,79	0,63 - 1,00	,051	0,79	0,63 - 1,00	,053
Steglitz-Zehlendorf	1,18	0,90 - 1,55	,244	1,19	0,90 - 1,57	,219
Tempelhof-Schöneberg	1,17	0,95 - 1,44	,145	1,18	0,96 - 1,46	,116
Neukölln	1,01	0,84 - 1,23	,894	0,97	0,80 - 1,18	,751
Treptow-Köpenick	0,69	0,50 - 0,94	,018	0,69	0,51 - 0,95	,023
Marzahn-Hellersdorf	0,80	0,63 - 1,02	,068	0,85	0,66 - 1,08	,180
Lichtenberg	0,52	0,39 - 0,70	,000	0,53	0,39 - 0,72	,000
Reinickendorf (Referenz)	1			1		

Quelle: Eigene Berechnung

Rohe Odds Ratios auf Basis einfacher logistischer Regression und multiple Odds Ratios unter gleichzeitiger Betrachtung aller Merkmale.

N= 19.125

5.2.2 Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen für Erwachsene

Gemäß den Richtlinien der Krebsfrüherkennung sowie der Gesundheitsuntersuchungen gibt es Früherkennungsuntersuchungen ausschließlich für Frauen oder Männer sowie Untersuchungen gemeinsam für beide Geschlechter. Im Folgenden werden für einzelne Früherkennungsuntersuchungen zunächst im Rahmen der deskriptiven Statistik die Teilnahmeraten und die Teilnahmekontinuitäten sowie deren bivariate Analysen mit Chi-Quadrat dargestellt. Im zweiten Schritt werden jeweils die Auswertungen mit logistischer Regression beschrieben.

5.2.2.1 Früherkennungsuntersuchungen für Frauen

Die Stammdaten der AOK Nordost zeigen, dass in den Jahren 2008 bis 2012 durchschnittlich 33.111 türkischstämmige Frauen ab 20 Jahren für diese Leistungen anspruchsberechtigt waren. In der Vergleichsgruppe hatten insgesamt 212.610 Frauen Anspruch. Der Anteil der türkischstämmigen Frauen lag damit bei 13 Prozent.

29.074 türkischstämmige Frauen und 133.156 Frauen aus der Vergleichsgruppe waren innerhalb der fünf Untersuchungsjahre mindestens einmal beim Frauenarzt. Die abgerechneten Leistungsdaten belegen, dass die Teilnahmeraten türkischstämmiger Frauen an den Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (Brust und Zervix) innerhalb einzelner Kalenderjahre jeweils höher waren als bei der Vergleichsgruppe (s. Tabelle 14). Während die Teilnahmerate bei türkischstämmigen Frauen im Durchschnitt bei 48 Prozent lag, wies die Vergleichsgruppe eine Rate von durchschnittlich 33 Prozent auf. Dieser Effekt trat auch ein, wenn die Abrechnungsdaten nach einzelnen Maßnahmen (Brust oder Zervix) separat ausgewertet wurden.

Tabelle 14: Jährliche Teilnehmeraten Krebsfrüherkennungsuntersuchungen für Frauen differenziert nach Migrationshintergrund, 2008 bis 2012

Jährliche Teilnehmerate KFU für Frauen ab 20 Jahren		
Jahr	türkischstämmige Frauen	Vergleichsgruppe
2008	51%	33%
2009	49%	33%
2010	48%	33%
2011	47%	34%
2012	47%	33%

Quelle: Eigene Berechnung

AOK Nordost-Versicherte Frauen ab 20 Jahren mit jeweils mind. 360 Versichertentagen in den Jahren 2008-2012.

Basis: anspruchsberechtigte Frauen mit jeweils mind. 360 Versichertentagen im gleichen Zeitraum.

KFU = Krebsfrüherkennungsuntersuchung

In 2012 waren türkischstämmige Frauen im Vergleich zu den anderen Altersgruppen im Alter zwischen 25 und 54 Jahren häufiger zur Krebsfrüherkennungsuntersuchung beim Arzt. Im gesamten Beobachtungszeitraum konnte für diese Altersgruppe an den Zervix- und Brustuntersuchungen eine Teilnehmerate von über 50 Prozent nachgewiesen werden. Türkischstämmige Frauen zwischen 20 und 24 Jahren lagen mit einer Rate von 27 Prozent auf einem niedrigen Niveau. Ab dem 55. Lebensjahr ist eine kontinuierliche Abnahme der Inanspruchnahme durch türkischstämmige Frauen zu beobachten. Bei der Vergleichsgruppe war die Teilnehmerate in den Altersgruppen von 20 bis 34 Jahren mit über 50 Prozent am höchsten. Ab 35 Jahren ging die Teilnehmerate langsam zurück, die jedoch zwischen dem 60. und 74. Lebensjahr kurz etwas anstieg (s. Abbildung 26). Die altersspezifischen Unterschiede sind hoch signifikant ($p < 0,001$).

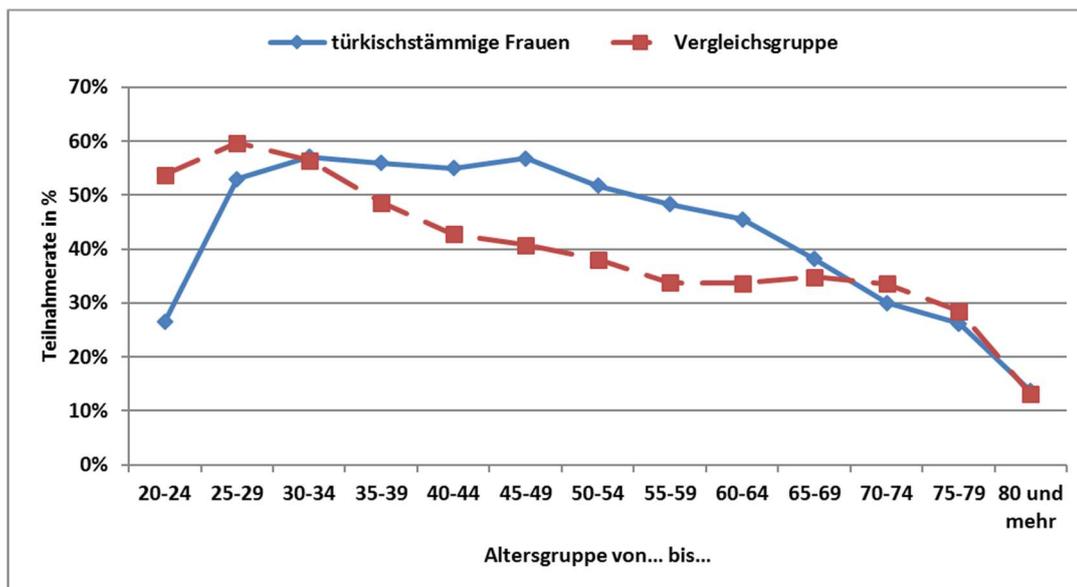


Abbildung 26: Teilnehmerate Krebsfrüherkennungsuntersuchungen für Frauen differenziert nach Altersgruppe und Migrationshintergrund im Jahr 2012

Quelle: Eigene Berechnung

AOK Nordost-Versicherte Frauen mit mind. 360 Versichertentagen im Jahr 2012.

Türkischstämmige Frauen: n=16.794; Vergleichsgruppe: n=70.955

Innerhalb der an den Krebsfrüherkennungsuntersuchungen teilgenommenen Frauen konnten zusätzliche Teilnahmen an den DMP-Programmen identifiziert werden. 2 Prozent der teilgenommenen türkischstämmigen Frauen nahmen gleichzeitig am DMP für COPD (vs. 2 Prozent in der Vergleichsgruppe), 9 Prozent für Diabetes Typ 2 (vs. 8 Prozent), 2 Prozent für KHK (vs. 4 Prozent) und 4 Prozent für Asthma (vs. 3 Prozent) teil. 33 Prozent der türkischstämmigen Teilnehmer hatten zusätzlich einen Ausweis zur Zuzahlungsbefreiung (Ausweis Belastungsgrenze 1 Prozent oder 2 Prozent). Der Anteil der Ausweisinhaberinnen aus der Vergleichsgruppe lag bei 19 Prozent. Alle Unterschiede sind hoch signifikant ($p < 0,001$).

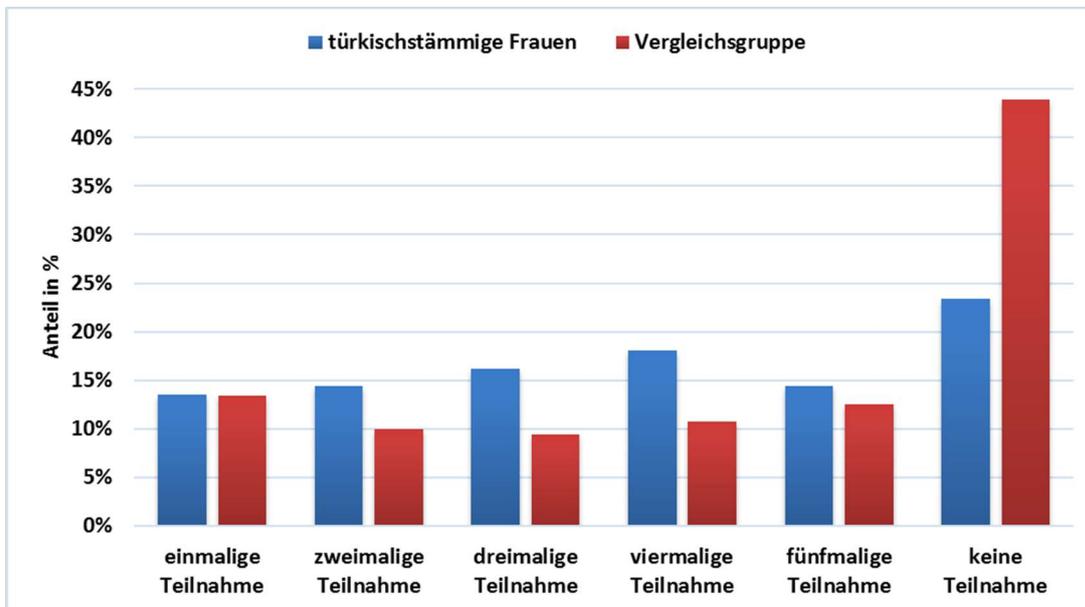


Abbildung 27: Teilnahmehäufigkeit Krebsfrüherkennungsuntersuchungen für Frauen im Zeitraum 2008 bis 2012 (5 Jahre) differenziert nach Migrationshintergrund

Quelle: Eigene Berechnung

AOK Nordost-Versicherte Frauen mit mind. 360 Versichertentagen im Zeitraum 2008 bis 2012, d.h. durchgehend versichert (5x360 Versichertentage)

Türkischstämmige Frauen: N= 26.958; Vergleichsgruppe: N= 175.383

Im 5-Jahreszeitraum 2008 bis 2012 waren insgesamt 20.655 durchgehend versicherte türkischstämmige Frauen und 98.335 Frauen aus der Vergleichsgruppe bei der Krebsfrüherkennungsuntersuchung. 14 Prozent der türkischstämmigen Frauen und 13 Prozent aus der Vergleichsgruppe nahmen innerhalb der fünf Beobachtungsjahre genau einmal an der Krebsfrüherkennungsuntersuchung teil. Eine regelmäßige Teilnahme nach den Richtlinien der Krebsfrüherkennungsuntersuchung besteht, wenn im untersuchten 5-Jahreszeitraum eine anspruchsberechtigte Frau fünfmal an den Untersuchungen teilnimmt und damit dem jährlichen Anspruch nachkommt. Für 14 Prozent der türkischstämmigen Frauen und 12 Prozent der Frauen aus der Vergleichsgruppe konnte eine fünfmalige Teilnahme nachgewiesen werden. Insgesamt nahmen im Zeitraum 2008 bis 2012 kumuliert 77 Prozent der türkischstämmigen und 56 Prozent der Frauen aus der Vergleichsgruppe die Krebsfrüherkennungsuntersuchung in Anspruch. Dies bedeutet gleichzeitig, dass innerhalb der fünf Jahre 23 Prozent der anspruchsberechtigten türkischstämmigen Frauen und 44 Prozent aus der Vergleichsgruppe niemals eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung in Anspruch genommen haben (s. Abbildung 27).

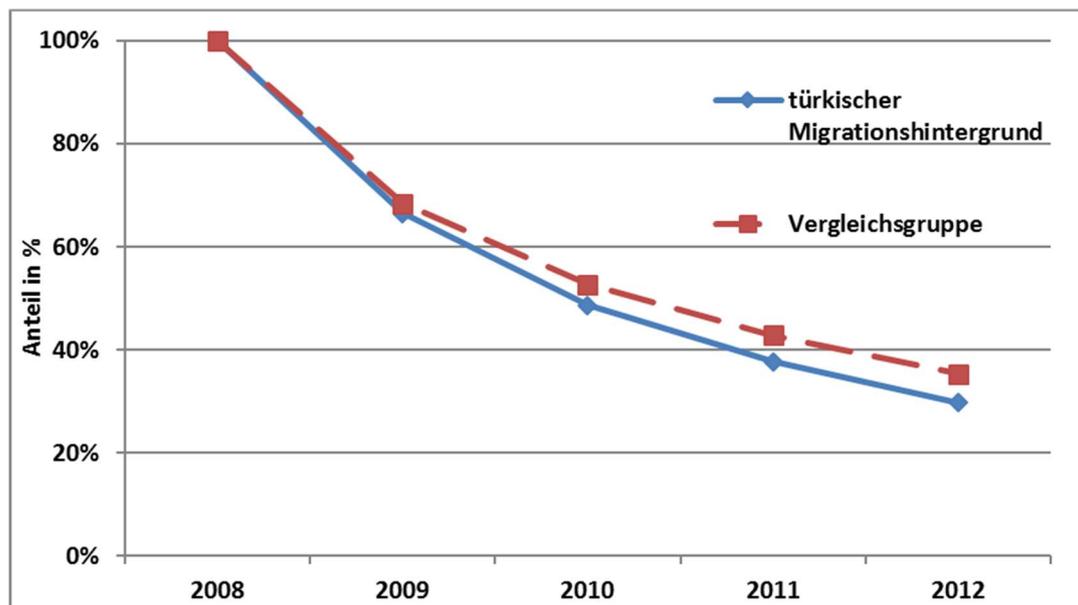


Abbildung 28: Teilnahmekontinuität Krebsfrüherkennungsuntersuchungen Brust und Zervix im 5-Jahreszeitraum für durchgehend versicherte türkischstämmige Frauen und für die Vergleichsgruppe, 2008 bis 2012

Quelle: Eigene Berechnung

Kohorte von durchgängig versicherten Frauen (5x360 Versichertentage), die in 2008 an den Krebsfrüherkennungsuntersuchungen teilgenommen haben:

Türkischstämmige Frauen: n= 13.073 (in 2008); Vergleichsgruppe: n= 61.781 (in 2008)

Obwohl türkischstämmige Frauen in allen fünf Beobachtungsjahren eine höhere Teilnehmerate aufwiesen als die Vergleichsgruppe, war die Teilnahmekontinuität bezogen auf eine Kohorte jedoch bei der Vergleichsgruppe höher. Im Jahr 2008 nahmen insgesamt 13.073 durchgängig versicherte türkischstämmige Frauen und 61.781 Frauen aus der Vergleichsgruppe an den Zervix- und Brustuntersuchungen teil. Bis 2012 konnten für 3.892 Frauen mit türkischer Herkunft und 21.875 Frauen aus der Vergleichsgruppe kontinuierlich abgerechnete Leistungen identifiziert werden. Während lediglich 30 Prozent aller teilgenommenen türkischstämmigen Frauen im 5-Jahreszeitraum regelmäßig an den Untersuchungen teilnahmen, nahmen 35 Prozent der Frauen aus der Vergleichsgruppe jährlich diese Leistungen in Anspruch. Die Teilnahmekontinuität und damit der Anteil der bereits in 2008 teilgenommenen Frauen nahmen bei türkischstämmigen Frauen über die fünf Jahre stärker ab als bei der Vergleichsgruppe. Der Verlauf wird in Abbildung 28 verdeutlicht.

Tabelle 15: Inanspruchnahme Krebsfrüherkennungsuntersuchung Frau (EBM 01733 Zervix) in 2012 – rohe und adjustierte Odds Ratios anhand von Versichertenmerkmalen (logistische Regression)

Merkmal	einfache logistische Regression			multiple logistische Regression		
	rohes Odds Ratio	95%-KI	p-Wert	adjustiertes Odds Ratio	95%-KI	p-Wert
Altersgruppe						
20-24 (Referenz)	1			1		
25-29	1,62	1,55 - 1,70	,000	1,69	1,61 - 1,77	,000
30-34	1,50	1,43 - 1,58	,000	1,55	1,48 - 1,63	,000
35-39	1,22	1,16 - 1,28	,000	1,23	1,17 - 1,29	,000
40-44	1,01	0,96 - 1,06	,667	1,00	0,96 - 1,05	,887
45-49	0,93	0,89 - 0,97	,001	0,91	0,87 - 0,95	,000
50-54	0,78	0,74 - 0,81	,000	0,75	0,72 - 0,79	,000
55-59	0,66	0,63 - 0,69	,000	0,61	0,58 - 0,64	,000
60-64	0,65	0,62 - 0,68	,000	0,58	0,55 - 0,60	,000
65-69	0,64	0,61 - 0,67	,000	0,54	0,51 - 0,57	,000
70-74	0,58	0,56 - 0,61	,000	0,49	0,46 - 0,51	,000
75-79	0,46	0,44 - 0,48	,000	0,38	0,36 - 0,40	,000
80 und mehr	0,18	0,17 - 0,18	,000	0,15	0,14 - 0,16	,000
türk. Migrationshintergrund						
Ja	1,71	1,67 - 1,75	,000	1,11	1,08 - 1,14	,000
Nein (Referenz)	1			1		
Zuzahlungsbefreiung						
Ja	0,95	0,93 - 0,97	,000	1,16	1,14 - 1,19	,000
Nein (Referenz)	1			1		
DMP-Teilnahme						
Ja	0,86	0,84 - 0,88	,000	1,22	1,20 - 1,25	,000
Nein (Referenz)	1			1		
Versichertenart						
Familie	2,42	2,36 - 2,49	,000	0,97	0,93 - 1,01	,105
Mitglied	2,28	2,24 - 2,32	,000	0,87	0,85 - 0,90	,000
Rentner (Referenz)	1			1		
Wohnbezirke						
Mitte	1,05	1,01 - 1,09	,015	0,87	0,83 - 0,90	,000
Friedrichshain-Kreuzberg	1,12	1,08 - 1,17	,000	0,91	0,87 - 0,95	,000
Pankow	0,86	0,83 - 0,90	,000	0,99	0,95 - 1,04	,718
Charlottenburg-Wilmersdorf	0,91	0,87 - 0,95	,000	0,96	0,92 - 1,00	,064
Spandau	0,97	0,93 - 1,01	,119	0,92	0,89 - 0,97	,000
Steglitz-Zehlendorf	0,96	0,92 - 1,00	,064	1,15	1,10 - 1,21	,000
Tempelhof-Schöneberg	1,06	1,02 - 1,11	,002	1,05	1,01 - 1,09	,022
Neukölln	1,08	1,04 - 1,12	,000	0,93	0,90 - 0,97	,001
Treptow-Köpenick	0,92	0,88 - 0,96	,000	1,14	1,10 - 1,20	,000
Marzahn-Hellersdorf	1,03	0,99 - 1,07	,178	1,02	0,98 - 1,07	,304
Lichtenberg	1,05	1,01 - 1,10	,012	1,17	1,12 - 1,22	,000
Reinickendorf (Referenz)	1			1		

Quelle: Eigene Berechnung

Rohe Odds Ratios auf Basis einfacher logistischer Regression und multiple Odds Ratios unter gleichzeitiger Betrachtung aller Merkmale.

N= 248.649

Die logistische Regression wurde beispielhaft für die Krebsfrüherkennungsuntersuchungen mit der EBM 01733 (Zervix) durchgeführt (s. Tabelle 15). Die Auswertungen zeigen bei beiden Analysen (einfache und multiple logistische Regression), dass im Vergleich zur Referenzgruppe die Teilnahmewahrscheinlichkeit bei Frauen im Alter von 25 bis 39 Jahren höher ist. Die Unterschiede sind statistisch hoch signifikant

($p < 0,001$). Insbesondere ist die Wahrscheinlichkeit bei Frauen mit Migrationshintergrund (OR 1,71; KI 95%: 1,67-1,75), Mitgliedern (OR 2,28; KI 95%: 2,24-2,32) sowie Familienversicherten (OR 2,42; KI 95%: 2,36-2,49) im Vergleich zu den jeweiligen Referenzgruppen in den Einzelanalysen fast bis doppelt so hoch. Bei Frauen, die am DMP-Programm teilnehmen oder eine Zuzahlungsbefreiung haben, ist die Wahrscheinlichkeit einer Teilnahme an der Krebsfrüherkennungsuntersuchung geringer als bei Personen, die keine dieser beiden Angebote in Anspruch nehmen. Der Effekt zeigt allerdings in der multiplen Regression eine höhere Teilnahmechance. Die Merkmale Migrationshintergrund und Versichertenart verlieren nach Adjustierung in der multiplen Regression an Wirkung.

Mammographie-Screening

In den Jahren 2008 bis 2012 waren mit einem Anteil von 14 Prozent durchschnittlich 9.461 türkischstämmige Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren für das Mammographie-Screening anspruchsberechtigt. In der Vergleichsgruppe gab es im Durchschnitt 55.894 anspruchsberechtigte Frauen. Im Hinblick auf die Teilnahmeraten weisen türkischstämmige Frauen gegenüber den Frauen in der Vergleichsgruppe eine höhere Teilnahmerate auf (27 Prozent vs. 23 Prozent). Insbesondere konnten für die Beobachtungsjahre 2010 und 2012 Raten von über 30 Prozent berechnet werden (s. Tabelle 16).

Tabelle 16: Jährliche Teilnahmerate Mammographie-Screening nach Migrationshintergrund, 2008-2012

Jahr	türkischstämmige Frauen	Vergleichsgruppe
2008	27%	24%
2009	19%	20%
2010	32%	24%
2011	20%	22%
2012	36%	24%

Quelle: Eigene Berechnung

AOK Nordost-Versicherte Frauen mit jeweils mind. 360 Versichertentagen in den Jahren 2008-2012.

Basis: anspruchsberechtigte Frauen mit jeweils mind. 360 Versichertentagen im gleichen Zeitraum.

Abbildung 29 veranschaulicht die altersspezifischen Teilnahmeraten der anspruchsberechtigten Frauen. Bis 54 Jahren waren in der Inanspruchnahme von beiden Gruppen hohe Schwankungen ersichtlich. Türkischstämmige Frauen zwischen den Altersgruppen 50 und 54 Jahren hatten eine Inanspruchnahmerate von 24 bis 41 Prozent.

Ab 55 Jahren waren Raten von um die 40 Prozent feststellbar. Die Beteiligungsrate erlebte einen Rückgang insbesondere bei Frauen ab 62 Jahren. Die Teilnehmerate bei der Vergleichsgruppe bewegte sich in der Bandbreite zwischen 14 und 28 Prozent. Die geringsten Schwankungen waren ab dem Alter von 55 Jahren feststellbar.

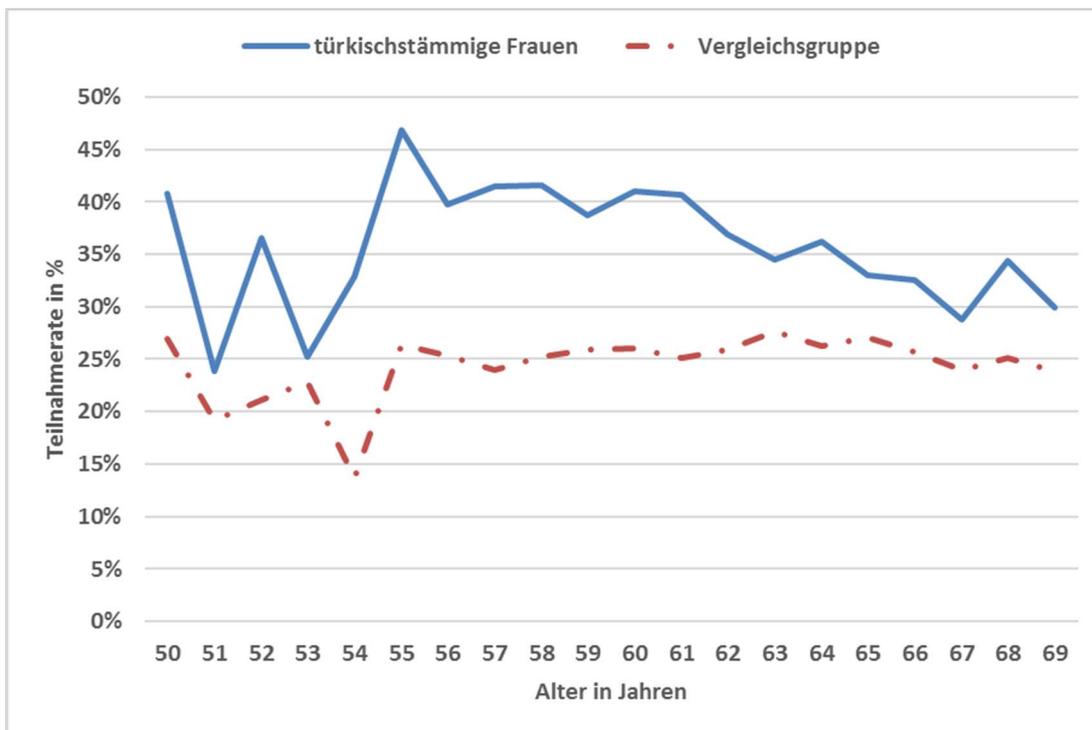


Abbildung 29: Teilnehmerate Mammographie-Screening differenziert nach Alter und Migrationshintergrund im Jahr 2012

Quelle: Eigene Berechnung

AOK Nordost-Versicherte Frauen mit mind. 360 Versichertentagen im Jahr 2012.

Türkischstämmige Frauen: n= 9.964; Vergleichsgruppe: n= 54.501

Im Jahr 2012 konnte festgestellt werden, dass innerhalb der am Screening teilgenommenen durchgängig versicherten Frauen fast jede vierte türkischstämmige Frau gleichzeitig am DMP-Programm für Diabetes Typ 2 teilnimmt. Innerhalb der Vergleichsgruppe liegt der Anteil bei 11 Prozent. Zudem konnte vor allem für 48 Prozent der türkischstämmigen Frauen der Besitz eines Ausweises zur Zuzahlungsbefreiung (Ausweis Belastungsgrenze 1 Prozent) nachgewiesen werden. Insgesamt liegt der Anteil der teilgenommenen Frauen mit Zuzahlungsbefreiung bei 60 Prozent. In der Vergleichsgruppe waren lediglich 30 Prozent der Teilnehmerinnen von der Zuzahlung befreit.

Innerhalb des 5-Jahreszeitraums nahmen insgesamt 6.342 türkischstämmige Frauen und 32.290 Frauen aus der Vergleichsgruppe, die durchgehend versichert waren (5x360 Versichertentage), mindestens einmal am Mammographie-Screening teil. 25

Prozent der anspruchsberechtigten türkischstämmigen Frauen und 20 Prozent der Frauen aus der Vergleichsgruppe nahmen in diesem Zeitraum genau einmal, 27 Prozent genau zweimal (vs. 22 Prozent) und 12 Prozent genau dreimal (vs. 9 Prozent) das Screening wahr. Insgesamt konnten von 2008 bis 2012 für 36 Prozent der Frauen mit türkischer Herkunft und 48 Prozent der Frauen aus der Vergleichsgruppe keine Teilnahme am Mammographie-Screening berechnet werden (s. Abbildung 30).

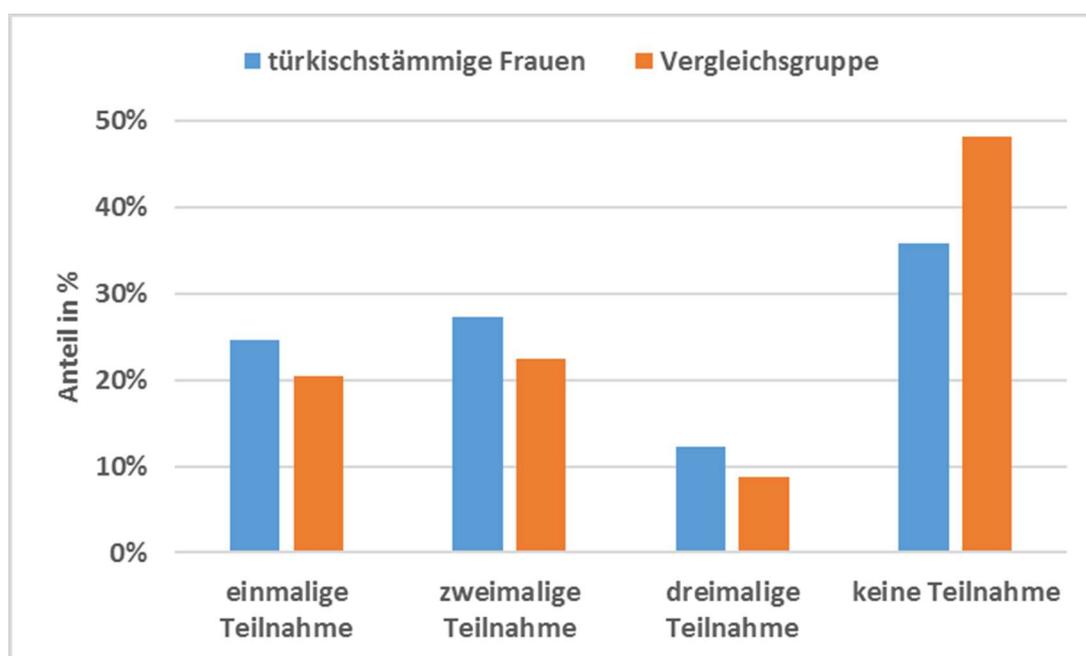


Abbildung 30: Teilnahmehäufigkeit Mammographie-Screening im Zeitraum 2008 bis 2012 (5 Jahre) differenziert nach Migrationshintergrund

Quelle: Eigene Berechnung

AOK Nordost-Versicherte Frauen mit mind. 360 Versichertentagen im Zeitraum 2008 bis 2012, d.h. durchgehend versichert (5x360 Versichertentage)

Türkischstämmige Frauen: N= 9.876; Vergleichsgruppe: N= 62.450

Anspruchsberechtigte Frauen werden alle zwei Jahre zum Mammographie-Screening eingeladen. Damit der 2-Jahresrhythmus für die regelmäßige Teilnahme am Screening abgebildet werden kann, wurden einerseits die Beobachtungsjahre 2008, 2010 und 2012 (dreimalige Teilnahme) sowie die Jahre 2009 und 2011 (zweimalige Teilnahme) betrachtet. Die Abrechnungsdaten belegen, dass der Anteil der türkischstämmigen Frauen, die durchgehend fünf Jahre bei der AOK Nordost versichert waren und sich jeweils in den Jahren 2008, 2010 und 2012 röntgen ließen, bei 49 Prozent lag. In absoluten Zahlen ausgedrückt bedeutet dies, dass von 2.308 behandelten Frauen, die im Jahr 2008 beim Screening waren, lediglich 1.142 erneut in den Daten von 2012 nachgewiesen werden konnten. Für die Jahre 2009 und 2011 konnte bei 58 Prozent der türkischstämmigen Frauen eine regelmäßige Teilnahme festgestellt werden. Für

die gleichen Untersuchungszeiträume wurde für die Vergleichsgruppe ein Anteil von 41 Prozent bzw. 62 Prozent ermittelt.

Tabelle 17: Inanspruchnahme Mammographie-Screening in 2012 – rohe und adjustierte Odds Ratios anhand von Versichertenmerkmalen (logistische Regression)

Merkmal	einfache logistische Regression			multiple logistische Regression		
	rohes Odds Ratio	95%-KI	p-Wert	adjustiertes Odds Ratio	95%-KI	p-Wert
Altersgruppe						
50-54 (Referenz)	1			1		
55-59	1,31	1,24 - 1,38	,000	1,29	1,23 - 1,36	,000
60-64	1,33	1,26 - 1,40	,000	1,27	1,21 - 1,34	,000
65-69	1,21	1,15 - 1,27	,000	1,15	1,08 - 1,22	,000
türk. Migrationshintergrund						
Ja	1,71	1,64 - 1,79	,000	1,46	1,39 - 1,54	,000
Nein (Referenz)	1			1		
Zuzahlungsbefreiung						
Ja	1,24	1,19 - 1,28	,000	1,09	1,05 - 1,13	,000
Nein (Referenz)	1			1		
DMP-Teilnahme						
Ja	1,33	1,28 - 1,39	,000	1,20	1,14 - 1,25	,000
Nein (Referenz)	1			1		
Versichertenart						
Familie	1,06	1,00 - 1,12	,037	0,98	0,92 - 1,05	,601
Mitglied	0,88	0,85 - 0,92	,000	0,96	0,92 - 1,01	,130
Rentner (Referenz)	1			1		
Wohnbezirke						
Mitte	0,76	0,70 - 0,82	,000	0,68	0,63 - 0,74	,000
Friedrichshain-Kreuzberg	0,97	0,89 - 1,05	,420	0,84	0,77 - 0,91	,000
Pankow	0,56	0,51 - 0,61	,000	0,58	0,53 - 0,64	,000
Charlottenburg-Wilmersdorf	0,67	0,61 - 0,73	,000	0,66	0,61 - 0,72	,000
Spandau	0,59	0,54 - 0,64	,000	0,59	0,54 - 0,64	,000
Steglitz-Zehlendorf	0,55	0,50 - 0,60	,000	0,56	0,51 - 0,62	,000
Tempelhof-Schöneberg	0,91	0,85 - 0,99	,020	0,88	0,82 - 0,95	,001
Neukölln	1,27	1,18 - 1,36	,000	1,18	1,10 - 1,27	,000
Treptow-Köpenick	0,32	0,29 - 0,36	,000	0,33	0,30 - 0,37	,000
Marzahn-Hellersdorf	0,74	0,68 - 0,80	,000	0,77	0,71 - 0,84	,000
Lichtenberg	0,75	0,69 - 0,81	,000	0,78	0,72 - 0,85	,000
Reinickendorf (Referenz)	1			1		

Quelle: Eigene Berechnung

Rohe Odds Ratios auf Basis einfacher logistischer Regression und multiple Odds Ratios unter gleichzeitiger Betrachtung aller Merkmale.

N= 64.465

Die logistische Regression bestätigt (s. Tabelle 17), dass die Wahrscheinlichkeit einer Teilnahme am Mammographie-Screening bei Frauen ab 55 Jahren höher ist als bei jüngeren Frauen. Daher ist die Inanspruchnahme von Rentnern im Vergleich zu den beiden anderen Versichertenarten stärker. Die Unterschiede sind statistisch hoch signifikant ($p < 0,001$). Der Effekt der Herkunft hat ebenfalls eine hohe Wirkung auf die Teilnahme (OR 1,71; KI 95%: 1,64-1,79). Der Effekt nimmt allerdings in der multiplen Regression (adjustiertes OR 1,46; KI 95%: 1,39-1,54) ab. Die Daten zeigen analog

den Berechnungen zu den Teilnahmeraten, dass die Merkmale Zuzahlungsbefreiung und Teilnahme am DMP die Teilnahmewahrscheinlichkeit fördern. Die Unterschiede sind ebenfalls statistisch hoch signifikant. Frauen aus Neukölln und Reinickendorf gehen öfters zur Vorsorge als Frauen aus den anderen Berliner Bezirken. Die Unterschiede sind statistisch hoch signifikant ($p < 0,001$).

5.2.2.2 Früherkennungsuntersuchungen für Männer

Männer ab 45 Jahren haben jährlich einen Anspruch auf Krebsfrüherkennungsuntersuchungen der Prostata und des äußeren Genitals (EBM-Ziffer 01731). Mit einem Anteil von 10 Prozent hatten in 2012 16.331 türkischstämmige Männer Anspruch auf diese Leistung. Für die Vergleichsgruppe konnten für den gleichen Zeitraum 140.356 anspruchsberechtigte Männer identifiziert werden.

Im Zeitraum 2008 bis 2012 hatten insgesamt 8.360 türkischstämmige Männer (davon 6.769 durchgehend versichert) und 61.219 Männer aus der Vergleichsgruppe (davon 50.301 durchgehend versichert) mindestens einmal eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung in Anspruch genommen. Tabelle 18 stellt die jährlichen Teilnahmeraten an den Krebsfrüherkennungsuntersuchungen zwischen den beiden Gruppen dar. Demnach nahmen im Durchschnitt in den Einzeljahren jeder vierte türkischstämmige Mann und jeder Fünfte aus der Vergleichsgruppe diese Leistung in Anspruch. Bei durchgängig versicherten Männern lagen die Werte in ähnlichem Verhältnis.

Tabelle 18: Jährliche Teilnahmerate Krebsfrüherkennungsuntersuchung für Männer differenziert nach Migrationshintergrund, 2008 bis 2012

Jahr	türkischstämmige Männer	Vergleichsgruppe
2008	22%	19%
2009	25%	20%
2010	25%	20%
2011	26%	20%
2012	26%	20%

Quelle: Eigene Berechnung

AOK Nordost-Versicherte Männer ab 45 Jahren mit jeweils mind. 360 Versichertentagen in den Jahren 2008-2012.

Basis: anspruchsberechtigte Männer mit jeweils mind. 360 Versichertentagen im gleichen Zeitraum.

Bezogen auf die Altersgruppen ist bei beiden Gruppen mit zunehmendem Alter ein Anstieg der Inanspruchnahme zu beobachten. Bei türkischstämmigen Männern stieg

bis zum Alter von 69 Jahren die Behandlungsrate kontinuierlich an. Ab dem 70. Lebensjahr konnte ein deutlicher Rückgang der Rate ermittelt werden. Bei der Vergleichsgruppe war mit zunehmendem Alter für alle Untersuchungszeiträume ein steiler Anstieg der Teilnehmerate zu verzeichnen. Erst ab 80 Jahren ging die Behandlungshäufigkeit zurück. Insgesamt war die Teilnehmerate bei türkischstämmigen Männern stärker ausgeprägt als bei der Vergleichsgruppe (s. Abbildung 31). Insbesondere erreichten türkischstämmige Männer in der Altersgruppe 45 bis 49 Jahren und somit mit Beginn der Anspruchsberechtigung eine höhere Teilnehmerate als die Vergleichsgruppe (15 Prozent vs. 6 Prozent). Innerhalb der Teilnehmer war jeder zweite türkischstämmige Mann ein Rentner. Bei der Vergleichsgruppe hatte rund 73 Prozent den Status Rentner. Die altersspezifischen Unterschiede sind hochsignifikant.

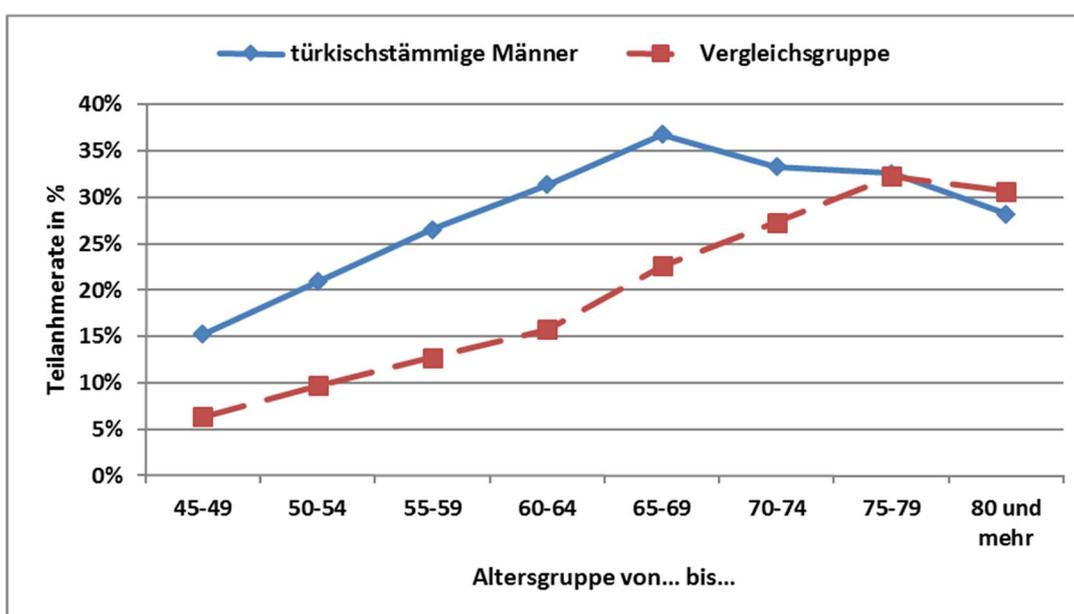


Abbildung 31: Teilnehmerate Krebsfrüherkennungsuntersuchung für Männer differenziert nach Altersgruppe und Migrationshintergrund im Jahr 2012

Quelle: Eigene Berechnung

AOK Nordost-Versicherte Männer mit mind. 360 Versichertentagen im Jahr 2012.

Türkischstämmige Männer: n=4.184; Vergleichsgruppe: n=28.169

Innerhalb der in 2012 an der Krebsfrüherkennungsuntersuchung teilgenommenen männlichen Patienten konnten für 6 Prozent der türkischstämmigen Männer eine Teilnahme am DMP für COPD (3 Prozent Vergleichsgruppe), für 20 Prozent für Diabetes Typ 2 (16 Prozent Vergleichsgruppe) und 13 Prozent an KHK (16 Prozent Vergleichsgruppe) nachgewiesen werden. Darüber hinaus hatten 52 Prozent der türkischstämmigen Teilnehmer einen Ausweis zur Zuzahlungsbefreiung (Ausweis Belastungsgrenze 1 Prozent und 2 Prozent). Insbesondere waren Männer ab 65 Jahren häufiger

von der Zuzahlung befreit. Bei der Vergleichsgruppe hatten 24 Prozent der Männer einen Ausweis zur Zuzahlungsbefreiung. Dort lag das Alter der Zuzahlungsbefreiten bei mindestens 70 Jahren. Die Unterschiede sind hoch signifikant.

Zur Durchführung der Untersuchungen ließen sich 80 Prozent der Patienten aus der Vergleichsgruppe beim Urologen behandeln. Bei türkischstämmigen Männern waren es knapp über 60 Prozent. Die restlichen Männer suchten ihren Hausarzt (Allgemeinmediziner oder Internisten) auf.

Im Untersuchungszeitraum 2008 bis 2012 standen von insgesamt 6.769 durchgehend versicherten türkischstämmigen Männern und 50.301 Männern aus der Vergleichsgruppe abgerechnete Leistungen zur Verfügung. Innerhalb der fünf Beobachtungsjahre nahmen 20 Prozent der anspruchsberechtigten Männer mit türkischer Herkunft und 16 Prozent der Männer aus der Vergleichsgruppe genau einmal an der Krebsfrüherkennungsuntersuchung teil. Eine fünfmalige Teilnahme, d.h. eine regelhafte Inanspruchnahme im 5-Jahreszeitraum, konnten für 5 Prozent der türkischstämmigen Männer und 6 Prozent der anspruchsberechtigten Männer aus der Vergleichsgruppe ermittelt werden. Insgesamt lag der Anteil der türkischstämmigen Männer, die im Zeitraum 2008 bis 2012 die Krebsfrüherkennungsuntersuchung in Anspruch genommen hatten, bei 51 Prozent. Für die Männer aus der Vergleichsgruppe konnte für den gleichen Zeitraum ein Anteil von 42 Prozent berechnet werden. Im Umkehrschluss haben innerhalb der Jahre 2008 bis 2012 fast jeder zweite türkischstämmige Mann und 58 Prozent der Männer aus der Vergleichsgruppe nicht an der jährlichen Krebsfrüherkennungsuntersuchung teilgenommen (s. Abbildung 32).

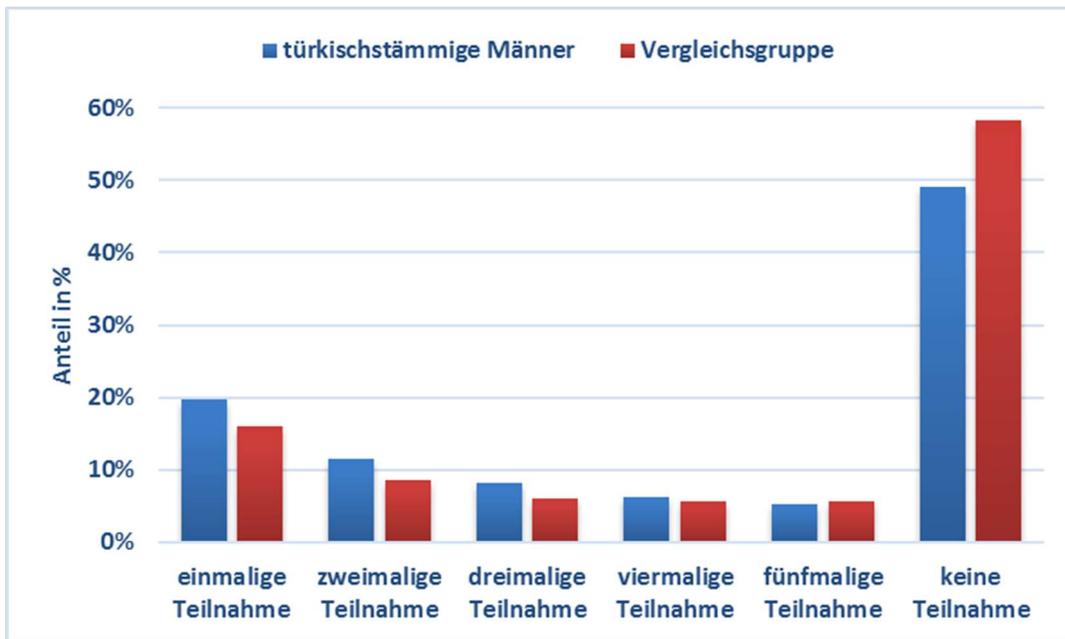


Abbildung 32: Teilnahmehäufigkeit Krebsfrüherkennungsuntersuchung für Männer im Zeitraum 2008 bis 2012 (5 Jahre) differenziert nach Migrationshintergrund

Quelle: Eigene Berechnung

AOK Nordost-Versicherte Männer mit mind. 360 Versichertentagen im Zeitraum 2008 bis 2012, d.h. durchgehend versichert (5x360 Versichertentage)

Türkischstämmige Männer: N= 13.306; Vergleichsgruppe: N= 120.401

Mit einem retrospektiven Ansatz wurde zusätzlich ermittelt, für wieviel Prozent der durchgehend versicherten Männer, die in 2008 an der Krebsfrüherkennungsuntersuchung teilgenommen haben (Kohorte), bis 2012 eine regelmäßige Teilhabe identifiziert werden kann. Insgesamt 2.498 türkischstämmige Männer und 22.253 Männer aus der Vergleichsgruppe nahmen in 2008 die Krebsfrüherkennungsuntersuchung wahr. Obwohl für türkischstämmige Versicherte gegenüber der Vergleichsgruppe insgesamt eine höhere Teilnahmerate aufgezeigt werden konnte, ist bei der Analyse einer Kohorte eine regelmäßige Inanspruchnahme im 5-Jahreszeitraum bei 28 Prozent der durchgängig versicherten türkischstämmigen Männer und 30 Prozent der Männer aus der Vergleichsgruppe zu beobachten (s. Abbildung 33). Somit nimmt innerhalb der 5-Beobachtungsjahre mehr als jeder vierte Mann aus beiden Gruppen jährlich an der Krebsfrüherkennungsuntersuchung teil. Diese Erkenntnis bestätigt die Berechnungen in Abbildung 32, wonach die fünfmalige Teilnahme bei der Vergleichsgruppe leicht über dem der türkischstämmigen Männer lag.

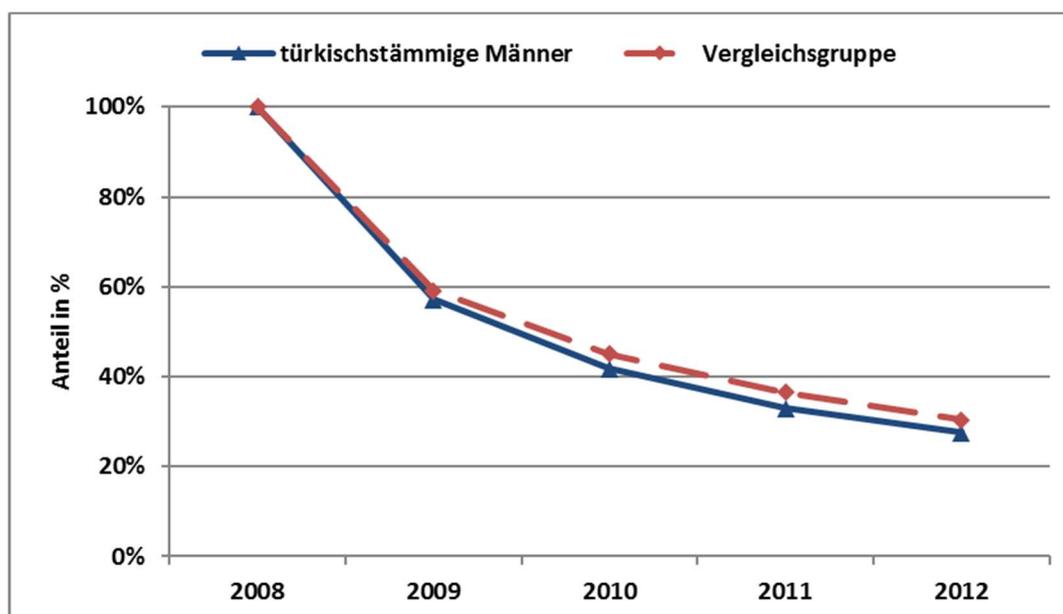


Abbildung 33: Teilnahmekontinuität Krebsfrüherkennungsuntersuchung Mann im 5-Jahreszeitraum bei durchgängig versicherten türkischstämmigen Männern und Männern aus der Vergleichsgruppe, 2008 bis 2012

Quelle: Eigene Berechnung

Kohorte von durchgängig versicherten Männern (5x360 Versichertentage), die in 2008 an der Krebsfrüherkennungsuntersuchung teilgenommen haben:

Türkischstämmige Männer: n= 2.498 (in 2008); Vergleichsgruppe: n= 22.253 (in 2008)

Die Regressionsanalysen für das Jahr 2012 sind in Tabelle 19 abgebildet. Alle einbezogenen Versichertenmerkmale waren sowohl einzeln als auch im Gesamtmodell sehr ($p < 0,01$) bis hoch signifikant ($p < 0,001$). Mit zunehmendem Alter erhöhen sich die rohen Odds Ratios um das 4- bis 5-Fache. Im Gesamtmodell haben die Alterseffekte allerdings einen leichten Rückgang. Personen mit Migrationshintergrund haben im Verhältnis zur Vergleichsgruppe eine Teilnahmechance um das 1,37-fache. Bei Berücksichtigung aller Variablen steigen die Effekte der Herkunft bis auf das doppelte (adjustiertes OR 1,96; KI 95%: 1,88-2,05). Männer mit Zuzahlungsbefreiung (OR 1,61; KI 95%: 1,57-1,65) oder Teilnehmer am DMP-Programm (OR 2,05; KI 95%: 2,00-2,11) haben ebenfalls höhere Chancen, die Krebsfrüherkennungsuntersuchung in Anspruch zu nehmen. Die Berechnungen zeigen, dass Männer im Rentnerstatus häufiger das Angebot der Krebsfrüherkennungsuntersuchung nutzen als Mitglieder oder Familienversicherte. Bezogen auf die Wohnbezirke ist die Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme bei Männern aus Mitte und Spandau im Vergleich zum Referenzbezirk geringer. Alle anderen Bezirke weisen höhere Odds Ratios auf.

Tabelle 19: Inanspruchnahme Krebsfrüherkennungsuntersuchung Mann in 2012 – rohe und adjustierte Odds Ratios anhand von Versichertenmerkmalen (logistische Regression)

Merkmal	einfache logistische Regression			multiple logistische Regression		
	rohes Odds Ratio	95%-KI	p-Wert	adjustiertes Odds Ratio	95%-KI	p-Wert
Altersgruppe						
45-49 (Referenz)	1			1		
50-54	1,40	1,31 - 1,50	,000	1,43	1,34 - 1,53	,000
55-59	1,84	1,72 - 1,96	,000	1,83	1,71 - 1,95	,000
60-64	2,27	2,13 - 2,41	,000	2,17	2,03 - 2,32	,000
65-69	3,57	3,36 - 3,79	,000	2,96	2,77 - 3,17	,000
70-74	4,29	4,06 - 4,54	,000	3,51	3,29 - 3,75	,000
75-79	5,31	5,01 - 5,62	,000	4,28	4,00 - 4,58	,000
80 und mehr	4,91	4,63 - 5,20	,000	4,05	3,78 - 4,34	,000
türk. Migrationshintergrund						
Ja	1,37	1,32 - 1,42	,000	1,96	1,88 - 2,05	,000
Nein (Referenz)	1			1		
Zuzahlungsbefreiung						
Ja	1,61	1,57 - 1,65	,000	1,27	1,23 - 1,30	,000
Nein (Referenz)	1			1		
DMP-Teilnahme						
Ja	2,05	2,00 - 2,11	,000	1,48	1,44 - 1,53	,000
Nein (Referenz)	1			1		
Versichertenart						
Familie	0,50	0,47 - 0,55	,000	0,82	0,75 - 0,89	,000
Mitglied	0,37	0,36 - 0,38	,000	0,83	0,79 - 0,86	,000
Rentner (Referenz)	1			1		
Wohnbezirke						
Mitte	0,90	0,85 - 0,96	,001	0,90	0,85 - 0,96	,002
Friedrichshain-Kreuzberg	1,18	1,11 - 1,26	,000	1,16	1,09 - 1,24	,000
Pankow	1,61	1,52 - 1,71	,000	1,64	1,54 - 1,74	,000
Charlottenburg-Wilmersdorf	1,37	1,29 - 1,47	,000	1,42	1,33 - 1,52	,000
Spandau	0,88	0,82 - 0,94	,000	0,90	0,84 - 0,97	,004
Steglitz-Zehlendorf	1,13	1,05 - 1,21	,001	1,11	1,03 - 1,19	,004
Tempelhof-Schöneberg	1,19	1,12 - 1,27	,000	1,18	1,11 - 1,26	,000
Neukölln	1,33	1,26 - 1,41	,000	1,35	1,27 - 1,43	,000
Treptow-Köpenick	1,43	1,34 - 1,52	,000	1,34	1,26 - 1,43	,000
Marzahn-Hellersdorf	1,24	1,16 - 1,32	,000	1,34	1,26 - 1,43	,000
Lichtenberg	1,69	1,59 - 1,79	,000	1,73	1,63 - 1,84	,000
Reinickendorf (Referenz)	1			1		

Quelle: Eigene Berechnung

Rohe Odds Ratios auf Basis einfacher logistischer Regression und multiple Odds Ratios unter gleichzeitiger Betrachtung aller Merkmale.

N= 156.687

5.2.2.3 Früherkennungsuntersuchungen für Männer und Frauen

Im Rahmen der Gesundheitsuntersuchungen können Männer und Frauen ab 35 Jahren alle zwei Jahre am sog. Check-up 35 (EBM-Ziffer 01732) teilnehmen. Es ist möglich, entweder gleichzeitig die Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs beim Hausarzt durchführen zu lassen (EBM-Ziffer 01746) oder separat beim Haut- oder Hausarzt (EBM-Ziffer 01745).

Check-up 35

Innerhalb der fünf Auswertungsjahre lag der durchschnittliche Anteil türkischstämmiger Frauen an den anspruchsberechtigten Personen bei 11 Prozent, der von türkischstämmigen Männern bei rund 12 Prozent. Innerhalb der Jahre 2008 bis 2012 nahmen insgesamt 20.990 Frauen und 18.034 Männer mit türkischer Herkunft mindestens einmal am Check-up 35 teil. Die Anzahl der Frauen und Männer aus der Vergleichsgruppe lag bei 150.652 bzw. 119.575 Teilnehmern.

Es konnten sowohl für türkischstämmige Frauen als auch für Männer für alle Beobachtungsjahre eine höhere Teilnahmerate aufgezeigt werden als für die Vergleichsgruppe (s. Tabelle 20). Fast 40 Prozent der zuzahlungsbefreiten und 44 Prozent der türkischstämmigen DMP-Teilnehmer nahmen am Check-up 35 teil. Bei der Vergleichsgruppe lagen die Werte bei 30 bzw. 36 Prozent. Während die Teilnahmeraten innerhalb der drei Versichertenarten bei den türkischstämmigen Versicherten ähnlich hoch war, nahmen in der Vergleichsgruppe primär Versicherte im Rentenstatus die Gesundheitsuntersuchungen in Anspruch.

Tabelle 20: Jährliche Teilnahmerate Check-up 35 (EBM 01732) differenziert nach Geschlecht und Migrationshintergrund, 2008 bis 2012

Check-up 35 Jahr	Teilnahmerate Frauen		Teilnahmerate Männer	
	türkischstämmig	Vergleichsgruppe	türkischstämmig	Vergleichsgruppe
2008	36%	27%	29%	24%
2009	38%	30%	30%	26%
2010	36%	29%	28%	25%
2011	37%	30%	29%	26%
2012	36%	29%	29%	25%

Quelle: Eigene Berechnung

AOK Nordost-Versicherte mit jeweils mind. 360 Versichertentagen in den Jahren 2008-2012. Basis: anspruchsberechtigte Frauen und Männer mit jeweils mind. 360 Versichertentagen im gleichen Zeitraum.

Die weibliche Vergleichsgruppe weist mit zunehmendem Alter einen Anstieg der Inanspruchnahme auf. Die Teilnahmerate sinkt erst ab dem 80. Lebensjahr wieder. Die höchste Rate ist in der Altersgruppe zwischen 60 und 79 Jahren zu beobachten. Dennoch bleibt sie insgesamt unter 35 Prozent. Türkischstämmige Frauen haben bereits in den frühen Anspruchsjahren (Altersgruppe 35 bis 39 Jahren) höhere Beteiligungsraten als Frauen in der Vergleichsgruppe. Dies hält in den nachfolgenden Altersgruppen an. Es werden teilweise Teilnahmeraten um die 40 Prozent erreicht. Die höchsten

Raten sind zwischen den Altersgruppen 50 und 64 Jahren zu finden (s. Abbildung 34). Die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen sind hoch signifikant.

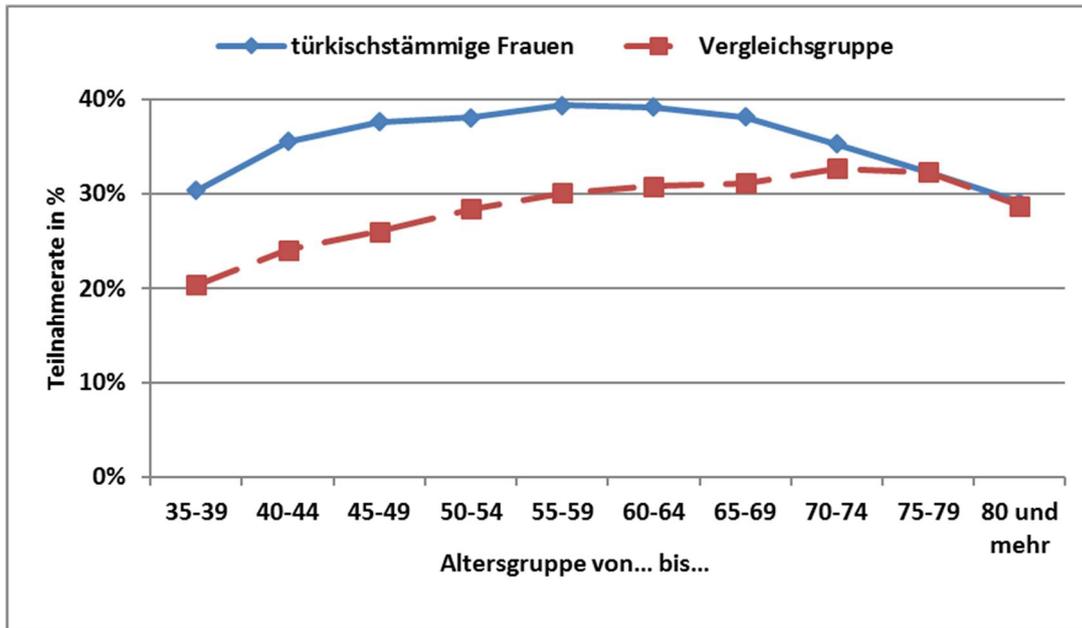


Abbildung 34: Teilnahmerate Check-up 35 differenziert nach Altersgruppe und Migrationshintergrund (Frauen) im Jahr 2012

Quelle: Eigene Berechnung

AOK Nordost-Versicherte Frauen mit mind. 360 Versichertentagen im Jahr 2012

Türkischstämmige Frauen: n= 8.935; Vergleichsgruppe: n= 53.564

Bei der männlichen Vergleichsgruppe steigt die Inanspruchnahme ebenfalls mit zunehmendem Alter an. Das Maximum wird bei Männern ab 70 Jahren erreicht. Bis zum 49. Lebensjahr nahm weniger als ein Fünftel an den Früherkennungsuntersuchungen teil, während dessen mindestens jeder fünfte türkischstämmige Mann eine Inanspruchnahme nachweisen konnte. Die Teilnahme erreichte ihren Höhepunkt in der Altersgruppe 55 bis 64 Jahren. Abbildung 35 visualisiert die altersspezifischen Teilnahmeraten für den Check-up 35 im Jahr 2012. Insgesamt hatten türkischstämmige Personen sowohl differenziert nach Altersgruppen als auch nach Geschlecht höhere Teilnahmeraten als die Vergleichsgruppe.

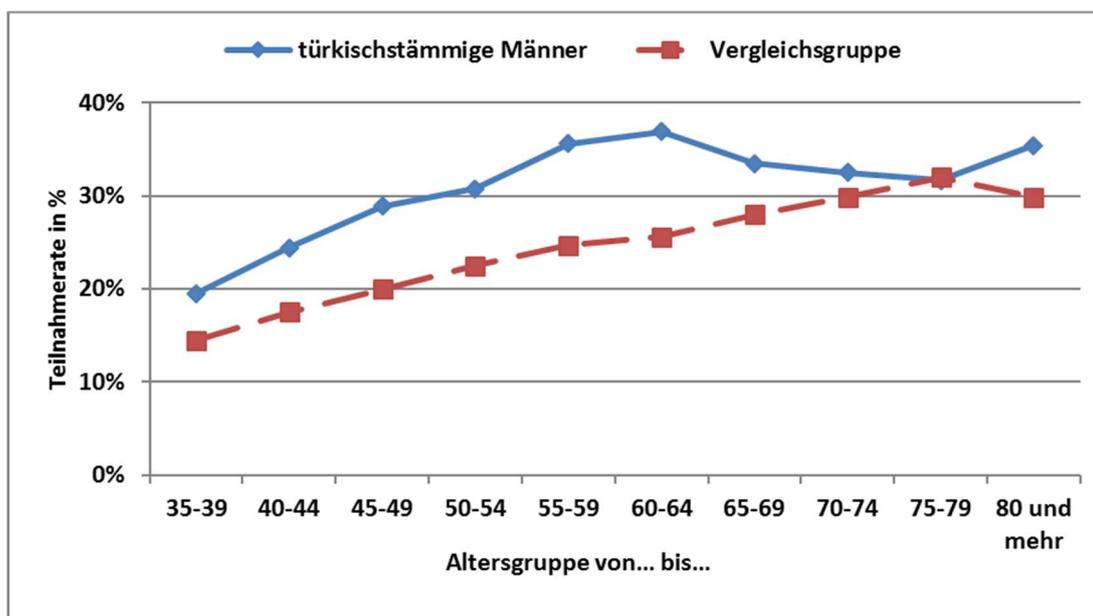


Abbildung 35: Teilnehmerate Check-up 35 differenziert nach Altersgruppe und Migrationshintergrund (Männer) im Jahr 2012

Quelle: Eigene Berechnung

AOK Nordost-Versicherte Männer mit mind. 360 Versichertentagen im Jahr 2012

Türkischstämmige Männer: n= 6.924; Vergleichsgruppe: n= 40.807

Patienten können alle zwei Jahre am Check-up 35 teilnehmen. Innerhalb der fünf Untersuchungszeiträume waren insgesamt 16.837 Frauen und 13.672 Männer mit türkischem Migrationshintergrund durchgängig fünf Jahre versichert und nahmen in diesem Zeitraum mindestens einmal den Check-up 35 in Anspruch. 121.717 weibliche und 94.248 männliche Patienten aus der Vergleichsgruppe nahmen in diesem Zeitraum ebenfalls die Gesundheitsuntersuchung wahr. Die Teilnahmehäufigkeit im Untersuchungszeitraum 2008 bis 2012 wird in Abbildung 36 dargestellt. Demnach ließ sich die Mehrheit der durchgängig versicherten Frauen und Männer im 5-Jahreszeitraum zweimal untersuchen. Innerhalb der fünf Jahre nahmen allerdings mehr als jeder vierte Mann und jede fünfte Frau an keinen der Untersuchungen teil.

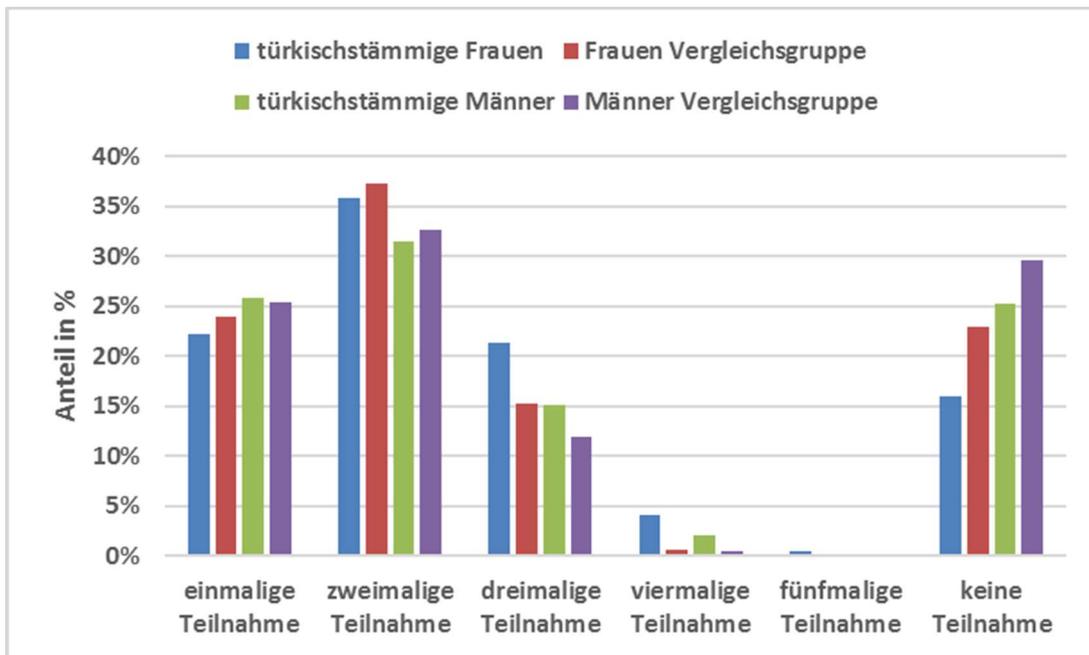


Abbildung 36: Teilnahmehäufigkeit Check-up 35 im Zeitraum 2008 bis 2012 (5 Jahre) differenziert nach Migrationshintergrund

Quelle: Eigene Berechnung

AOK Nordost-Versicherte mit mind. 360 Versichertentagen im Zeitraum 2008 bis 2012, d.h. durchgehend versichert (5x360 Versichertentage)

Türkischstämmige Frauen: N= 20.044, türkischstämmige Männer: N= 18.303; Vergleichsgruppe (Frauen): N= 157.933, Vergleichsgruppe (Männer): N= 133.804

Bezogen auf durchgehende Versicherte, die in 2008 am Check-up 35 teilnahmen (Kohorte), ergaben im gesamten 5-Jahreszeitraum für türkischstämmige Versicherte niedrigere Behandlungsraten. Innerhalb des Jahres 2008 ließen sich 6.528 durchgängig versicherte türkischstämmige Frauen und 4.859 Männer behandeln. Von dieser Bezugspopulation konnten aufgrund des 2-Jahresrhythmus innerhalb der Behandlungszeiträume 2008/2010/2012 für lediglich 33 Prozent bzw. 32 Prozent Leistungsdaten identifiziert werden. Für die Vergleichsgruppe konnten im Rahmen der Gesundheitsuntersuchungen dahingegen für den gleichen Erhebungszeitraum eine Teilnahmekontinuität von 41 Prozent bzw. 38 Prozent ermittelt werden. In den Behandlungsjahren 2009 und 2011 waren 54 Prozent der weiblichen und 52 Prozent der männlichen türkischstämmigen Versicherten zweimal beim Check-up. Bei der Vergleichsgruppe lagen die Werte bei 60 Prozent bzw. 58 Prozent.

Tabelle 21: Inanspruchnahme Check-up 35 in 2012 – rohe und adjustierte Odds Ratios anhand von Versichertenmerkmalen (logistische Regression)

Merkmal	einfache logistische Regression			multiple logistische Regression		
	rohes Odds Ratio	95%-KI	p-Wert	adjustiertes Odds Ratio	95%-KI	p-Wert
Altersgruppe						
35-39 (Referenz)	1			1		
40-44	1,22	1,17 - 1,28	,000	1,23	1,18 - 1,28	,000
45-49	1,35	1,30 - 1,41	,000	1,36	1,31 - 1,42	,000
50-54	1,46	1,41 - 1,52	,000	1,48	1,42 - 1,54	,000
55-59	1,62	1,56 - 1,69	,000	1,58	1,52 - 1,65	,000
60-64	1,69	1,63 - 1,76	,000	1,57	1,51 - 1,64	,000
65-69	1,79	1,72 - 1,86	,000	1,60	1,53 - 1,67	,000
70-74	1,89	1,82 - 1,96	,000	1,69	1,62 - 1,77	,000
75-79	1,94	1,87 - 2,02	,000	1,72	1,65 - 1,80	,000
80 und mehr	1,68	1,62 - 1,74	,000	1,51	1,44 - 1,57	,000
Geschlecht						
M	0,80	0,79 - 0,81	,000	0,82	0,81 - 0,83	,000
W (Referenz)	1			1		
türk. Migrationshintergrund						
Ja	1,27	1,24 - 1,29	,000	1,37	1,34 - 1,41	,000
Nein (Referenz)	1			1		
Zuzahlungsbefreiung						
Ja	1,29	1,27 - 1,31	,000	1,10	1,09 - 1,12	,000
Nein (Referenz)	1			1		
DMP-Teilnahme						
Ja	1,72	1,70 - 1,75	,000	1,59	1,56 - 1,61	,000
Nein (Referenz)	1			1		
Versichertenart						
Familie	0,99	0,96 - 1,02	,341	1,03	1,00 - 1,07	,061
Mitglied	0,74	0,73 - 0,76	,000	0,97	0,94 - 0,99	,007
Rentner (Referenz)	1			1		
Wohnbezirke						
Mitte	0,94	0,91 - 0,97	,000	0,92	0,89 - 0,95	,000
Friedrichshain-Kreuzberg	1,05	1,02 - 1,09	,003	1,02	0,98 - 1,05	,381
Pankow	0,92	0,89 - 0,95	,000	0,92	0,90 - 0,96	,000
Charlottenburg-Wilmersdorf	1,03	0,99 - 1,06	,166	1,04	1,00 - 1,07	,054
Spandau	1,03	0,99 - 1,07	,103	1,04	1,01 - 1,08	,015
Steglitz-Zehlendorf	1,01	0,98 - 1,05	,476	1,02	0,99 - 1,06	,213
Tempelhof-Schöneberg	1,05	1,02 - 1,08	,004	1,04	1,00 - 1,07	,034
Neukölln	0,95	0,92 - 0,98	,001	0,92	0,89 - 0,95	,000
Treptow-Köpenick	0,93	0,90 - 0,96	,000	0,92	0,89 - 0,95	,000
Marzahn-Hellersdorf	0,91	0,88 - 0,94	,000	0,92	0,88 - 0,95	,000
Lichtenberg	0,93	0,90 - 0,96	,000	0,93	0,90 - 0,96	,000
Reinickendorf (Referenz)	1			1		

Quelle: Eigene Berechnung

Rohe Odds Ratios auf Basis einfacher logistischer Regression und multiple Odds Ratios unter gleichzeitiger Betrachtung aller Merkmale.

N= 391.487

Die Ergebnisse der logistischen Regression in Tabelle 21 zeigen, dass die Unterschiede zum Großteil hoch signifikant ($p < 0,001$) sind. Die größten Effekte wiesen die Altersgruppe und die DMP-Teilnahme auf. Mit steigendem Alter ist bei den Odds Ratios ein Anstieg zu beobachten. Darüber hinaus zeigen die berechneten Werte, dass die Teilnahmechance bei Frauen, Personen mit Migrationshintergrund (OR 1,27; KI

95%: 1,24-1,29), Rentner, Versicherte mit Zuzahlungsbefreiung (OR 1,29; KI 95%: 1,27-1,31) oder DMP-Teilnahme (OR 1,72; KI 95%: 1,70-1,75) im Vergleich zum Referenzwert höher sind. In der multiplen Regressionsanalyse waren die Odds Ratios von Migranten (adjustiertes OR 1,37; KI 95%: 1,34-1,41) höher als in der einfachen logistischen Regression.

Hautkrebs-Screening

Das Hautkrebs-Screening kann von allen Versicherten ab 35 Jahren alle zwei Jahre in Anspruch genommen werden. Die EBM-Ziffer 01745 ist abrechenbar durch den Haus- oder Hautarzt. Hausärzte können im Rahmen der Check-up 35 ihre Leistungen als Zuschlag mit der EBM 01746 abrechnen. Das Hautkrebs-Screening wurde erstmals im Juli 2008 als Früherkennungsuntersuchung eingeführt.

Im Zeitraum 2008 bis 2012 waren insgesamt 10.181 türkischstämmige Frauen und 68.548 Frauen aus der Vergleichsgruppe mindestens einmal beim Screening. Die Zahl der teilgenommenen Männer lag bei 241 türkischstämmigen Männern und 938 Männern aus der Vergleichsgruppe. Die Anzahl anspruchsberechtigter türkischstämmiger Versicherter ist für beide Geschlechter ähnlich hoch.

Das Angebot zum Hautkrebs-Screening wurde erst ab Juli 2008 eingeführt. Um die Ergebnisse nicht zu verfälschen, wurden die Abrechnungsdaten von 2008 in die Analysen nicht einbezogen. Aufgrund der geringen Inanspruchnahme von Männern werden diese in den weiteren Ausführungen vernachlässigt. Tabelle 22 stellt deshalb nur die Teilnehmeraten für die weiblichen Versicherten differenziert nach ihren EBM-Ziffern dar. Demnach werden Krebsfrüherkennungsuntersuchungen der Haut direkt im Rahmen des Hautkrebs-Screenings präferiert. Die Teilnehmeraten während des Check-up 35 fallen für beide Gruppen geringer aus. Insgesamt überwiegen in allen Einzeljahren die Teilnehmeraten von türkischstämmigen Frauen die der Vergleichsgruppe.

Tabelle 22: Jährliche Teilnehmerate Hautkrebs von Frauen differenziert nach EBM-Ziffer und Migrationshintergrund, 2009 bis 2012

Jahr	türkischstämmige Frauen		Vergleichsgruppe	
	01745	01746	01745	01746
2009	10%	6%	9%	4%
2010	9%	6%	7%	4%
2011	9%	6%	8%	4%
2012	8%	7%	7%	4%

Quelle: Eigene Berechnung

AOK Nordost-Versicherte Frauen mit jeweils mind. 360 Versichertentagen in den Jahren 2009-2012. Basis: anspruchsberechtigte Frauen mit jeweils mind. 360 Versichertentagen im gleichen Zeitraum.

01745=Hautkrebs-Screening, 01746=Hautkrebs-Screening im Rahmen von Check-up 35

Eine Auswertung nach Altersgruppen zeigt für 2012, dass türkischstämmige Frauen bis zum 59. Lebensjahr steigende Teilnehmeraten hatten und danach diese steil abfielen. Frauen aus der Vergleichsgruppe hatten dagegen mit zunehmendem Alter kontinuierlich steigende Raten. Eine rückläufige Tendenz ist ab dem 75. Lebensjahr beobachtbar (s. Abbildung 37). Auswertungen nach der Versichertenart zeigen, dass innerhalb der Teilnehmerinnen insbesondere Rentner aus der Vergleichsgruppe das Screening stärker wahrnehmen. Innerhalb der Türkinnen waren es Mitglieder oder Rentner. Alle anhand der Versichertenmerkmale durchgeführten Signifikanztests waren hoch signifikant ($p < 0,001$).

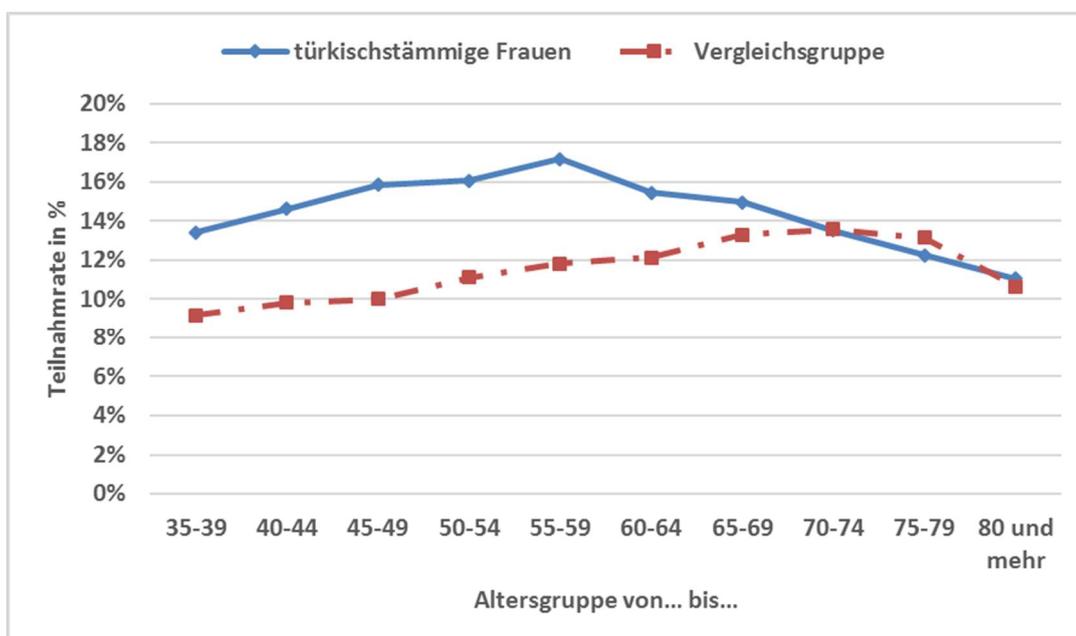


Abbildung 37: Teilnehmerate Hautkrebs-Screening (EBM 01745 & 01746) nach Altersgruppe und Migrationshintergrund (Frauen) im Jahr 2012

Quelle: Eigene Berechnung

AOK Nordost-Versicherte Frauen mit jeweils mind. 360 Versichertentagen im Jahr 2012.

Türkischstämmige Frauen: n=3.592; Vergleichsgruppe: n=20.839

Unabhängig davon bei welchem Arzt sie waren und nach welcher EBM-Ziffer die Früherkennungsuntersuchung abgerechnet wurde, waren von 2009 bis 2012 insgesamt 8.077 durchgehend versicherte türkischstämmige Frauen und 55.055 Frauen aus der Vergleichsgruppe beim Hautkrebs-Screening. In dieser Zeit suchten 24 Prozent der anspruchsberechtigten Frauen mit türkischer Herkunft und 23 Prozent der Frauen aus der Vergleichsgruppe genau einmal ihren Arzt auf. Insgesamt lag innerhalb der vier Jahre die Inanspruchnahmerate von weiblichen türkischstämmigen Versicherten bei 40 Prozent, die der Vergleichsgruppe bei 35 Prozent. 60 Prozent der anspruchsberechtigten türkischstämmigen Frauen waren innerhalb der vier Jahre bei keinen der Untersuchungen. Der Wert für die Nicht-Teilnahme lag bei der Vergleichsgruppe bei 65 Prozent (s. Abbildung 38).

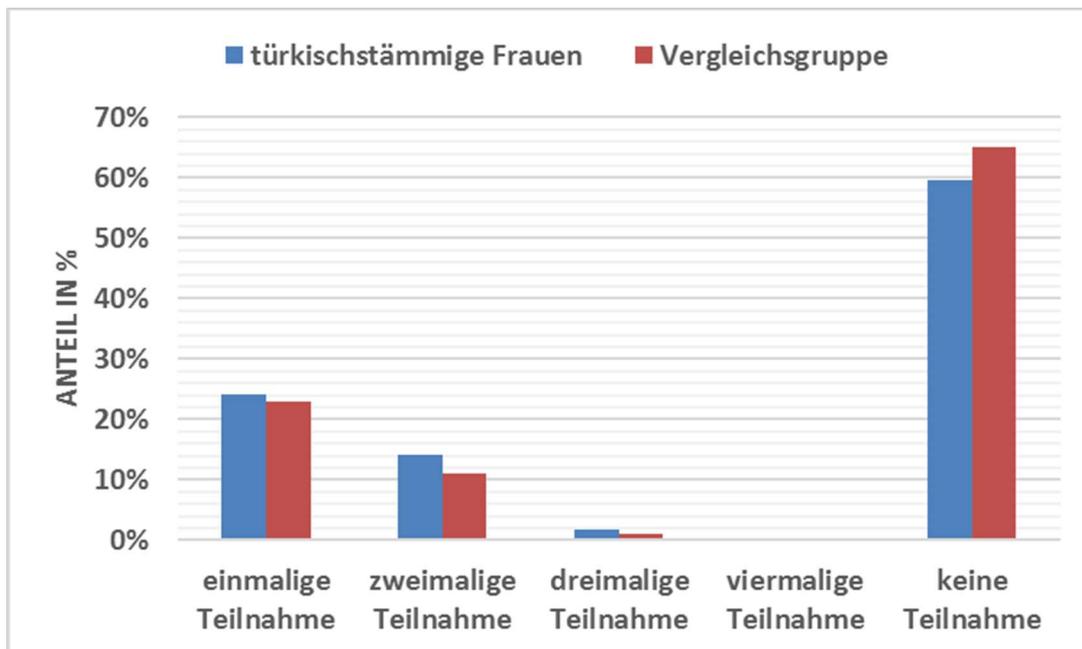


Abbildung 38: Teilnahmehäufigkeit Hautkrebs-Screening von Frauen im Zeitraum 2009 bis 2012 (4 Jahre) differenziert nach Migrationshintergrund

Quelle: Eigene Berechnung

AOK Nordost-Versicherte mit mind. 360 Versichertentagen im Zeitraum 2009 bis 2012, d.h. durchgehend versichert (4x360 Versichertentage)

Türkischstämmige Frauen: N= 20.044, Vergleichsgruppe: N= 157.933

Hinsichtlich der regelmäßigen Teilnahme (Kohorte) nahmen im 4-Jahreszeitraum (2009-2012) jeweils 39 Prozent der dauerhaft versicherten anspruchsberechtigten türkischstämmigen Frauen kontinuierlich im Zwei-Jahres-Rhythmus in den jeweiligen Jahren 2009/2011 und 2010/2012 am Hautkrebs-Screening teil. Der Anteil der regelmäßig behandelnden Frauen aus der Vergleichsgruppe lag für die gleichen Zeiträume bei 35 bis 36 Prozent.

42 Prozent der türkischstämmigen Screening-Teilnehmerinnen nahmen die Untersuchungen im Rahmen des Check-up 35 wahr. Die restlichen 58 Prozent nahmen das Hautkrebs-Screening direkt wahr. Mehr als jede dritte türkischstämmige Frau suchte hierfür den Hautarzt auf. Die restlichen Frauen präferierten den Hausarzt. Jede dritte Frau aus der Vergleichsgruppe führte die Untersuchungen während der Check-up 35 durch. Der Großteil (68 Prozent) war beim Screening. Für die Untersuchungen wurde vorrangig der Dermatologe aufgesucht.

Tabelle 23: Inanspruchnahme Hautkrebs-Screening von Frauen in 2012 – rohe und adjustierte Odds Ratios anhand von Versichertenmerkmalen (logistische Regression)

Merkmal	einfache logistische Regression			multiple logistische Regression		
	rohes Odds Ratio	95%-KI	p-Wert	adjustiertes Odds Ratio	95%-KI	p-Wert
Altersgruppe						
35-39 (Referenz)	1			1		
40-44	1,10	0,99 - 1,22	,086	1,07	0,96 - 1,19	,224
45-49	1,07	0,96 - 1,18	,211	1,01	0,91 - 1,12	,814
50-54	1,19	1,07 - 1,31	,001	1,11	1,00 - 1,23	,056
55-59	1,28	1,16 - 1,42	,000	1,14	1,03 - 1,27	,011
60-64	1,35	1,22 - 1,49	,000	1,14	1,03 - 1,26	,015
65-69	1,56	1,42 - 1,72	,000	1,25	1,12 - 1,40	,000
70-74	1,64	1,49 - 1,79	,000	1,33	1,19 - 1,48	,000
75-79	1,53	1,40 - 1,68	,000	1,24	1,12 - 1,39	,000
80 und mehr	1,18	1,08 - 1,29	,000	0,99	0,89 - 1,10	,886
türk. Migrationshintergrund						
Ja	1,09	1,03 - 1,14	,001	1,11	1,05 - 1,18	,000
Nein (Referenz)	1			1		
Zuzahlungsbefreiung						
Ja	1,35	1,31 - 1,40	,000	1,24	1,20 - 1,29	,000
Nein (Referenz)	1			1		
DMP-Teilnahme						
Ja	1,60	1,55 - 1,66	,000	1,49	1,43 - 1,54	,000
Nein (Referenz)	1			1		
Versichertenart						
Familie	0,83	0,78 - 0,89	,000	0,86	0,80 - 0,93	,000
Mitglied	0,80	0,77 - 0,83	,000	0,93	0,87 - 0,98	,012
Rentner (Referenz)	1			1		
Wohnbezirke						
Mitte	0,66	0,61 - 0,71	,000	0,65	0,60 - 0,70	,000
Friedrichshain-Kreuzberg	0,68	0,62 - 0,74	,000	0,65	0,59 - 0,71	,000
Pankow	0,76	0,70 - 0,82	,000	0,74	0,68 - 0,79	,000
Charlottenburg-Wilmersdorf	0,88	0,81 - 0,95	,001	0,89	0,82 - 0,96	,004
Spandau	0,99	0,92 - 1,07	,765	1,00	0,92 - 1,07	,911
Steglitz-Zehlendorf	0,68	0,63 - 0,74	,000	0,70	0,64 - 0,76	,000
Tempelhof-Schöneberg	0,63	0,59 - 0,68	,000	0,63	0,58 - 0,68	,000
Neukölln	0,95	0,89 - 1,02	,132	0,93	0,87 - 1,00	,047
Treptow-Köpenick	0,74	0,68 - 0,80	,000	0,72	0,67 - 0,78	,000
Marzahn-Hellersdorf	0,73	0,68 - 0,79	,000	0,72	0,66 - 0,78	,000
Lichtenberg	0,66	0,61 - 0,71	,000	0,64	0,59 - 0,70	,000
Reinickendorf (Referenz)	1			1		

Quelle: Eigene Berechnung

Rohe Odds Ratios auf Basis einfacher logistischer Regression und multiple Odds Ratios unter gleichzeitiger Betrachtung aller Merkmale. Auswertungen nur für weibliche Studienpopulation mit EBM 01745.

N= 206.500

Aufgrund der stärkeren Präferenz das Screening unabhängig von den Gesundheitsuntersuchungen durchführen zu lassen, wurden die logistischen Auswertungen für das Hautkrebs-Screening mit EBM 01745 berechnet (s. Tabelle 23). Fast alle Merkmale sind hoch signifikant ($p < 0,001$). Versichertenmerkmale wie der Migrationshintergrund (OR 1,11; KI 95%: 1,05-1,18), eine bestehende Zuzahlungsbefreiung (OR 1,24; KI 95%: 1,20-1,29) oder eine DMP-Teilnahme (OR 1,49; KI 95%: 1,43-1,54) erhöhen sowohl adjustiert als auch mit rohen Daten die Chance, am Hautkrebs-Screening teilzunehmen. Im Vergleich zur Referenzgruppe zeigen Frauen in den Altersgruppen 55 bis über 80 Jahren hoch signifikante ($p < 0,001$) Unterschiede, d.h. mit zunehmendem Alter steigt die Teilnahmewahrscheinlichkeit. Dies erklärt auch, dass die Teilnahmewahrscheinlichkeit von weiblichen Rentnern (Referenzgruppe) höher ist als die von Mitgliedern (OR 0,93; KI 95%: 0,87-0,98) oder von Familienversicherten (OR 0,86; KI 95%: 0,80-0,93). Zudem haben Frauen aus Reinickendorf die höhere Chance, zum Screening zu gehen.

Darmkrebsvorsorge ab 50 Jahren

Im Alter von 50 bis 54 Jahren können Versicherte im Rahmen der Darmkrebsvorsorge jährlich den Test auf okkultes Blut im Stuhl durchführen (EBM-Ziffer 01734). Im Zeitraum 2008 bis 2012 ließen insgesamt 2.220 türkischstämmige Frauen und 8.746 Frauen aus der Vergleichsgruppe mindestens einmal ihren Stuhl auf okkultes Blut testen. Bei der männlichen Studienpopulation konnten innerhalb des 5-Jahreszeitraums 9 bzw. 16 Patienten identifiziert werden. Trotz der hohen Anzahl der anspruchsberechtigten Männer in beiden Gruppen ist die Teilnehmerate an der Darmkrebsvorsorge für die Einzeljahre nahezu Null (s. Anhang Tabelle 29). Deshalb wurden männliche Versicherte aus den nachfolgenden Analysen ausgeschlossen. Die Teilnehmerate innerhalb der weiblichen Versicherten lag bei türkischstämmigen Frauen bei durchschnittlich 34 Prozent und die der Vergleichsgruppe bei rund 22 Prozent. Demnach nahmen pro Jahr im Durchschnitt rund jede fünfte anspruchsberechtigte Frau aus der Vergleichsgruppe und mehr als jede dritte türkischstämmige Frau mindestens einmal an der Darmkrebsvorsorge teil. Die Raten für die Einzeljahre werden in Tabelle 24 dargestellt.

Tabelle 24: Jährliche Teilnahme rate Untersuchung Blut im Stuhl differenziert nach Migrationshintergrund (Frauen), 2008 bis 2012

Jahr	türkischstämmige Frauen	Vergleichsgruppe
2008	38%	23%
2009	37%	22%
2010	33%	22%
2011	32%	22%
2012	31%	22%

Quelle: Eigene Berechnung

AOK Nordost-Versicherte Frauen mit jeweils mind. 360 Versichertentagen in den Jahren 2008-2012.

Basis: anspruchsberechtigte Frauen mit jeweils mind. 360 Versichertentagen im gleichen Zeitraum.

Differenziert nach Alter ist festzustellen, dass ca. 13 Prozent der teilgenommenen weiblichen Personen aus der Vergleichsgruppe 50 Jahre alt waren. Ab dem 51. Lebensjahr steigt die Inanspruchnahmerate und bewegt sich zwischen 23 und 24 Prozent. Türkischstämmige Frauen im Alter von 50 Jahren weisen gegenüber den anderen Altersklassen ebenfalls ein niedriges Niveau auf. Ab 51 Jahren schwankt die Beteiligungsrate zwischen 31 und 39 Prozent und erreicht ihr Maximum bei Personen im Alter von 52 Jahren (s. Abbildung 39).

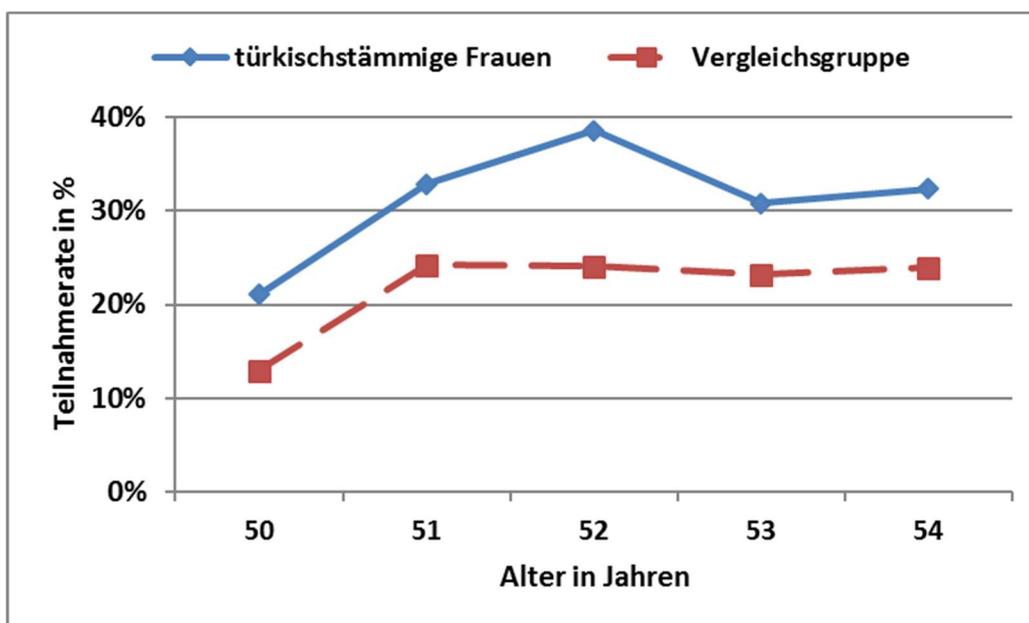


Abbildung 39: Teilnahme rate Untersuchung Blut im Stuhl von weiblichen Versicherten nach Alter und Migrationshintergrund im Jahr 2012

Quelle: Eigene Berechnung

AOK Nordost-Versicherte Frauen mit jeweils mind. 360 Versichertentagen im Jahr 2012.

Türkischstämmige Frauen: n=765; Vergleichsgruppe: n=2.926

Innerhalb der Teilnehmerinnen haben rund 50 Prozent der türkischstämmigen Frauen eine Zuzahlungsbefreiung (vs. 28 Prozent in der Vergleichsgruppe), 27 Prozent (vs. 13 Prozent) nehmen an einem DMP-Programm teil. Die Unterschiede sind hoch signifikant ($p < 0,001$). Fast alle Untersuchungen wurden beim Frauenarzt durchgeführt.

Innerhalb der fünf Jahre waren insgesamt 1.830 durchgängig türkischstämmige Versicherte und 7.371 Frauen aus der Vergleichsgruppe bei der Darmkrebsvorsorge. In diesem Zeitraum waren 51 Prozent der Frauen mit türkischer Herkunft und 39 Prozent aus der Vergleichsgruppe mindestens einmal bei der Krebsfrüherkennungsuntersuchung. Insgesamt 7 Prozent der türkischstämmigen Frauen und 31 Prozent der Vergleichsgruppe haben innerhalb des Beobachtungszeitraumes an keiner Krebsfrüherkennungsuntersuchung teilgenommen. Die einzelnen Werte werden in Abbildung 40 veranschaulicht.

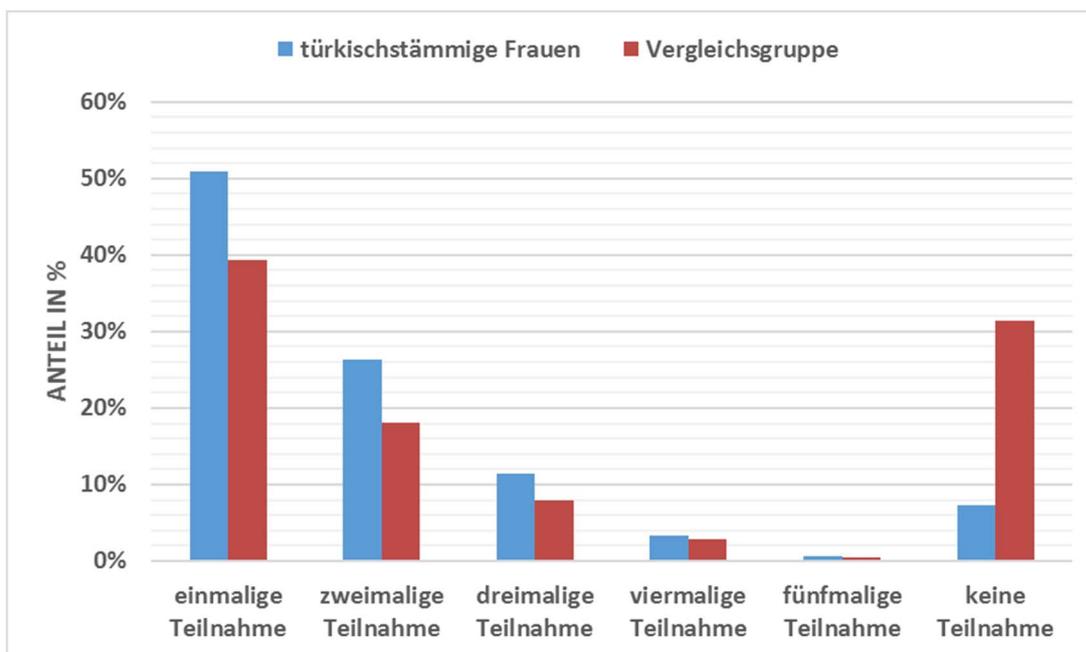


Abbildung 40: Teilnahmehäufigkeit Untersuchung Blut im Stuhl im Zeitraum 2008 bis 2012 (5 Jahre) von Frauen differenziert nach Migrationshintergrund

Quelle: Eigene Berechnung

AOK Nordost-Versicherte Frauen mit mind. 360 Versichertentagen im Zeitraum 2008 bis 2012, d.h. durchgehend versichert (5x360 Versichertentage)

Türkischstämmige Frauen: N=1.973; Vergleichsgruppe: N=10.743

Darmkrebsvorsorge ab 55 Jahren

Ab dem 55. Lebensjahr können anspruchsberechtigte Versicherte im Rahmen der Darmkrebsvorsorge entweder alle zwei Jahre den Stuhl auf okkultes Blut testen lassen (EBM-Ziffer 01734) oder die erste Koloskopie durchführen lassen (EBM-Ziffer

01741). Die zweite Darmspiegelung kann erst nach zehn Jahren wieder durchgeführt werden. Zusätzlich findet in dieser Phase die Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms (EBM-Ziffer 01740) statt.

Für männliche Versicherte aus beiden Gruppen konnte bei diesen Vorsorgeuntersuchungen erneut eine Inanspruchnahmerate nahe null Prozent ermittelt werden (s. Anhang Tabelle 30). Diese wurden deswegen in den weiteren Analysen nicht weiter betrachtet. Die Teilnahmeraten von weiblichen Versicherten für die einzelnen Vorsorgeangebote werden in Abbildung 41 dargestellt. Für türkischstämmige Frauen sind im Jahr 2012 bei allen erhobenen Maßnahmen höhere Teilnahmeraten als bei Frauen aus der Vergleichsgruppe nachweisbar. Zum Teil erreichen sie bei den jeweiligen Leistungen doppelt so hohe Beteiligungsraten.

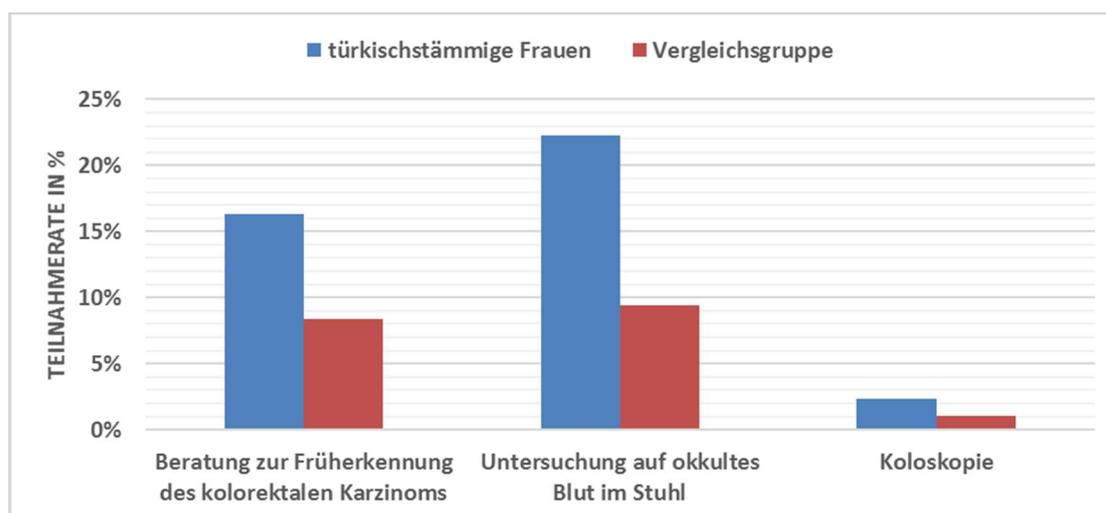


Abbildung 41: Teilnahmeraten Darmkrebsvorsorge ab 55 Jahren differenziert nach Maßnahmen (Frauen) im Jahr 2012

Quelle: Eigene Berechnung

AOK Nordost-Versicherte Frauen mit mind. 360 Versichertentagen im Jahr 2012.

Beratung zur Früherkennung: türkischstämmige Frauen: n= 1.767,

Vergleichsgruppe: n= 11.809

Test auf okkultes Blut: türkischstämmige Frauen: n= 2.408, Vergleichsgruppe: n= 13.264

Koloskopie: türkischstämmige Frauen: n= 251, Vergleichsgruppe: n= 1.526

Die Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms wird im Jahr 2012 von 16 Prozent der türkischstämmigen Frauen und von 8 Prozent der weiblichen Versicherten aus der Vergleichsgruppe wahrgenommen. Innerhalb der 5-Beobachtungsjahre liegen die Werte im Durchschnitt bei 23 Prozent bzw. 12 Prozent bei der Vergleichsgruppe. Die jährlichen Teilnahmeraten schwanken zwischen 16 und 30 Prozent (bzw. zwischen 8 und 17 Prozent bei der Vergleichsgruppe). Insgesamt nahmen 65 Prozent der türkischstämmigen Frauen und 44 Prozent der Frauen aus der Ver-

gleichsgruppe innerhalb der fünf Jahre an einem Beratungsgespräch teil. Die Inanspruchnahme ist bei beiden Zielpopulationen in den Altersgruppen 55 bis 64 Jahren am höchsten. Mit zunehmendem Alter nimmt die Rate kontinuierlich ab. Das Ergebnis spiegelt zum Teil die Empfehlungen in den Gesundheits-Richtlinien wider, wonach eine zweite Beratung möglichst frühzeitig nach Vollendung des 55. Lebensjahres erfolgen sollte (G-BA 2016b).

Von den insgesamt identifizierten türkischstämmigen Patientinnen (n= 6.099), die im 5-Jahreszeitraum durchgehend versichert waren und sich mindestens einmal beraten ließen, nahmen 35 Prozent der türkischstämmigen Migrantinnen die Beratung genau einmal wahr, während 29 Prozent dieser Frauen die Leistung mehrfach in Anspruch genommen haben. Allerdings konnte für 35 Prozent der anspruchsberechtigten türkischstämmigen Frauen in diesem Zeitraum gar keine Leistungsanspruchnahme nachgewiesen werden. Bei der Vergleichsgruppe (n= 55.704) lag die einmalige Beratungshäufigkeit im 5-Jahreszeitraum bei 30 Prozent. 14 Prozent der Frauen aus der Vergleichsgruppe waren mehrfach bei der Beratung, jedoch konnte für mehr als jede zweite Frau aus der Vergleichsgruppe keine Inanspruchnahme festgestellt werden.

Die Koloskopie wurde jeweils in den Einzeljahren 2008 bis 2012 nahezu von 2 bis 4 Prozent der türkischstämmigen Migrantinnen und 1 bis 2 Prozent der Vergleichsgruppe durchgeführt. Diese Maßnahme erfolgte insbesondere in den ersten Jahren der Anspruchsberechtigung. Im 5-Jahreszeitraum wurden von durchgängig versicherten Frauen kumulierte Teilnahmeraten von 14 Prozent bzw. 7 Prozent erreicht.

Im Gegensatz dazu wurden für Untersuchungen auf Blut im Stuhl für die Einzeljahre Teilnahmeraten von rund 25 Prozent bei türkischstämmigen Frauen und 11 Prozent bei der Vergleichsgruppe errechnet (s. Tabelle 25).

Tabelle 25: Jährliche Teilnahmerate Untersuchung Blut im Stuhl differenziert nach Migrationshintergrund (Frauen ab 55 Jahren), 2008 bis 2012

Jahr	türkischstämmige Frauen	Vergleichsgruppe
2008	30%	13%
2009	27%	12%
2010	25%	11%
2011	22%	10%
2012	22%	9%

Quelle: Eigene Berechnung

AOK Nordost-Versicherte Frauen mit jeweils mind. 360 Versichertentagen in den Jahren 2008-2012.

Basis: anspruchsberechtigte Frauen mit jeweils mind. 360 Versichertentagen im gleichen Zeitraum.

Die Mehrheit der anspruchsberechtigten Personen lassen die jeweiligen Untersuchungen vor allem in den Altersgruppen 55 bis 64 Jahren durchführen. Mit zunehmenden Alter sinkt die Teilnahmebereitschaft bei den Frauen (s. Abbildung 42).

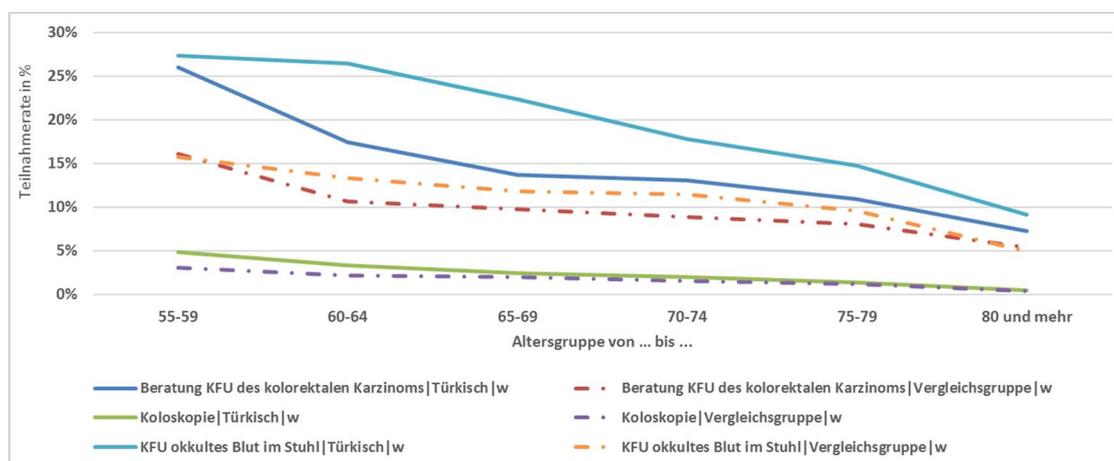


Abbildung 42: Teilnehmerate Darmkrebsvorsorge von weiblichen Versicherten nach Altersgruppe und Migrationshintergrund im Jahr 2012

Quelle: Eigene Berechnung

AOK Nordost-Versicherte Frauen mit jeweils mind. 360 Versichertentagen im Jahr 2012. Beratung zur Früherkennung: türkischstämmige Frauen: n= 1.767, Vergleichsgruppe: n= 11.809

Test auf okkultes Blut: türkischstämmige Frauen: n= 2.408, Vergleichsgruppe: n= 13.264

Koloskopie: türkischstämmige Frauen: n= 251, Vergleichsgruppe: n= 1.526

Bezogen auf durchgängig versicherte Frauen im 5-Jahreszeitraum wurden von 2008 bis 2012 für die Untersuchungen auf okkultes Blut im Stuhl bei türkischstämmigen Frauen Teilnehmeraten von insgesamt 59 Prozent bzw. 32 Prozent in der Vergleichsgruppe erreicht. Dies bedeutet im Umkehrschluss, dass innerhalb der fünf Beobachtungsjahre 41 Prozent der türkischstämmigen Frauen und 68 Prozent der Vergleichsgruppe niemals an einer Darmkrebsfrüherkennungsuntersuchung teilgenommen haben. Da es sich um eine Maßnahme handelt, die im Zwei-Jahres-Rhythmus durchgeführt werden kann, waren in den Jahren 2011/2012 kumuliert 35 Prozent der türkischstämmigen und 17 Prozent der Frauen aus der Vergleichsgruppe bei der Untersuchung. Tabelle 26 gibt einen Überblick über die Teilnahmehäufigkeit an den unterschiedlichen Angeboten.

Innerhalb der teilnehmenden Versicherten haben 62 Prozent (vs. 34 Prozent in der Vergleichsgruppe) der türkischstämmigen Frauen eine Zuzahlungsbefreiung, 42 Prozent (vs. 29 Prozent) nehmen an einem DMP-Programm teil und rund zwei Drittel der türkischstämmigen Teilnehmerinnen sind Rentner (vs. 76 Prozent).

Tabelle 26: Teilnahmehäufigkeit Darmkrebsvorsorge von Frauen im Zeitraum 2008 bis 2012 (5 Jahre) differenziert nach Migrationshintergrund

Darmkrebsvorsorge	türkischstämmige Frauen N= 9.403	Vergleichsgruppe N= 126.390
	Teilnahmeraten	Teilnahmeraten
Beratung kolor. Karzinom		
einmalige Teilnahme	35%	30%
zweimalige Teilnahme	19%	11%
dreimalige Teilnahme	8%	3%
viermalige Teilnahme	2%	1%
fünfmalige Teilnahme	0%	0%
keine Teilnahme	35%	56%
	Teilnahmeraten	Teilnahmeraten
Koloskopie		
einmalige Teilnahme	14%	7%
zweimalige Teilnahme	0%	0%
keine Teilnahme	86%	93%
	Teilnahmeraten	Teilnahmeraten
Test okkultes Blut		
einmalige Teilnahme	25%	16%
zweimalige Teilnahme	17%	9%
dreimalige Teilnahme	10%	4%
viermalige Teilnahme	6%	2%
fünfmalige Teilnahme	2%	1%
keine Teilnahme	41%	68%

Quelle: Eigene Berechnung

AOK Nordost-Versicherte Frauen mit mind. 360 Versichertentagen im Zeitraum 2008 bis 2012, d.h. durchgehend versichert (5x360 Versichertentage)

Türkischstämmige Frauen: N=9.403; Vergleichsgruppe: N=126.390

Es konnte zusätzlich festgestellt werden, dass im Durchschnitt mehr als jede zweite türkischstämmige Frau und mehr als jede dritte Frau aus der Vergleichsgruppe nach einer Beratung zum kolorektalen Karzinom am Test für okkultes Blut teilgenommen hat. Der Anteil der Koloskopie-Teilnehmerinnen nach einem Beratungsgespräch lag bei beiden Gruppen bei 4 Prozent.

Mit multiplen logistischen Regressionsanalysen konnten auf Basis aller Versichertenmerkmale für alle drei Maßnahmen im Rahmen der Darmkrebsvorsorge jeweils die Einflussfaktoren ermittelt werden. Aufgrund der Übersichtlichkeit wurde auf die einfache logistische Regression verzichtet. Tabelle 27 gibt einen Überblick über diese Effekte. Versichertenmerkmale wie die Altersgruppe oder der Migrationshintergrund zeigen für alle drei Leistungen hoch signifikante ($p < 0,001$) Unterschiede. Frauen in den Altersgruppen zwischen 55 und 59 Jahren sowie Migrationshintergrund haben eine höhere Teilnahmechance an allen drei Angeboten. Versicherte, die an einem DMP-

Programm teilnehmen oder von Zuzahlungen befreit sind, haben eine höhere Wahrscheinlichkeit an Beratungen teilzunehmen oder ihren Stuhl auf okkultes Blut testen zu lassen. Alle weiteren Versichertenmerkmale sind entweder nicht signifikant oder haben keine Effekte auf die Teilnahmewahrscheinlichkeit. Lediglich weisen einzelne Wohnbezirke einen hoch signifikanten Effekt auf die Teilnahmechance am Test für okkultes Blut auf.

Tabelle 27: Inanspruchnahme Darmkrebsvorsorge in 2012 – adjustierte Odds Ratios anhand von Versichertenmerkmalen (logistische Regression) für Frauen

Merkmal	Koloskopie			Beratung kolor. Karzinom			Test okkultes Blut		
	multiple logistische Regression			multiple logistische Regression			multiple logistische Regression		
	adjustiertes Odds Ratio	95%-KI	p-Wert	adjustiertes Odds Ratio	95%-KI	p-Wert	adjustiertes Odds Ratio	95%-KI	p-Wert
Altersgruppe									
55-59 (Referenz)	1			1			1		
60-64	0,60	0,52 - 0,70	,000	0,61	0,57 - 0,65	,000	0,82	0,77 - 0,87	,000
65-69	0,51	0,43 - 0,61	,000	0,53	0,50 - 0,58	,000	0,67	0,63 - 0,72	,000
70-74	0,39	0,32 - 0,46	,000	0,49	0,46 - 0,53	,000	0,62	0,58 - 0,67	,000
75-79	0,28	0,24 - 0,34	,000	0,44	0,41 - 0,48	,000	0,51	0,48 - 0,55	,000
80 und mehr	0,09	0,08 - 0,12	,000	0,30	0,28 - 0,32	,000	0,26	0,24 - 0,27	,000
türk. Migrationshintergrund									
Ja	1,34	1,15 - 1,55	,000	1,52	1,43 - 1,61	,000	1,81	1,71 - 1,91	,000
Nein (Referenz)	1			1			1		
Zuzahlungsbefreiung									
Ja	0,97	0,88 - 1,08	,585	1,16	1,11 - 1,20	,000	1,12	1,08 - 1,16	,000
Nein (Referenz)	1			1			1		
DMP-Teilnahme									
Ja	1,05	0,94 - 1,17	,386	1,19	1,15 - 1,24	,000	1,21	1,17 - 1,26	,000
Nein (Referenz)	1			1			1		
Versichertenart									
Familie	0,92	0,76 - 1,12	,411	1,00	0,92 - 1,08	1,000	0,96	0,89 - 1,03	,234
Mitglied	0,96	0,83 - 1,11	,583	1,03	0,97 - 1,09	,370	0,91	0,86 - 0,96	,001
Rentner (Referenz)	1			1			1		
Wohnbezirke									
Mitte	0,73	0,58 - 0,92	,008	0,70	0,64 - 0,76	,000	1,23	1,14 - 1,33	,000
Friedrichshain-Kreuzberg	1,17	0,93 - 1,47	,182	0,77	0,70 - 0,84	,000	1,04	0,95 - 1,14	,350
Pankow	0,99	0,79 - 1,24	,955	0,53	0,49 - 0,58	,000	1,07	0,98 - 1,16	,116
Charlottenburg-Wilmersdorf	0,98	0,78 - 1,23	,852	0,80	0,73 - 0,87	,000	1,02	0,94 - 1,11	,671
Spandau	0,86	0,68 - 1,09	,225	0,79	0,72 - 0,86	,000	1,14	1,05 - 1,24	,002
Steglitz-Zehlendorf	0,91	0,72 - 1,16	,464	0,62	0,56 - 0,68	,000	1,18	1,08 - 1,28	,000
Tempelhof-Schöneberg	1,13	0,92 - 1,38	,257	0,77	0,71 - 0,83	,000	1,24	1,15 - 1,34	,000
Neukölln	1,04	0,85 - 1,28	,719	0,81	0,75 - 0,87	,000	1,09	1,01 - 1,18	,034
Treptow-Köpenick	0,85	0,67 - 1,09	,200	0,74	0,68 - 0,81	,000	0,90	0,83 - 0,98	,021
Marzahn-Hellersdorf	0,93	0,74 - 1,17	,549	0,77	0,71 - 0,83	,000	0,84	0,77 - 0,92	,000
Lichtenberg	0,93	0,74 - 1,17	,552	0,70	0,64 - 0,76	,000	1,02	0,94 - 1,11	,624
Reinickendorf (Referenz)	1			1			1		

Quelle: Eigene Berechnung

Multiple Odds Ratios unter gleichzeitiger Betrachtung aller Merkmale.

N= 151.077

5.3 Ergebnisse im Rahmen des Forschungsprojektes GeM

In den folgenden Kapiteln werden die durch den AOK-Bundesverband im Forschungsprojekt „GeM - Gesundheitsassistent für Migranten“ erzielten Evaluationsergebnisse vorgestellt. Zwar bildeten Fragen zum elektronischen Gesundheitsassistenten den Schwerpunkt der Interviews und Befragungen, jedoch waren Themen wie Gesundheitsverhalten und -zustand von türkischen Migranten ebenfalls Gegenstand

der Untersuchungen. Deshalb werden die für diese Dissertation essentiellen Aussagen der Interviewpartner und Befragungsergebnisse zusammenfassend dargestellt. Es handelt sich somit um einen Auszug der Evaluationsergebnisse.

5.3.1 Interviewergebnisse mit Ärzten und Multiplikatoren

Aufgrund ihrer Erfahrungen bestätigt mehr als die Hälfte der interviewten Ärzte Unterschiede in der Nutzung des deutschen Gesundheitswesens durch türkischstämmige Migranten. Als wesentliche Zugangsbarrieren zum Gesundheitswesen werden mangelnde Sprachkenntnisse und schlechte Schulbildung genannt. Sprachliche Barrieren sind insbesondere bei Migranten der ersten Generation beobachtbar, die zudem aufgrund einer unzureichenden schulischen Bildung Analphabetismus aufweisen können. Sprachliche Defizite und geringe Bildung innerhalb der Menschen mit türkischem Migrationshintergrund sind nach Aussagen der Befragten wesentliche Gründe für fehlende Kenntnisse über das deutsche Gesundheitswesen und einzelne Krankheitsbilder. Im Bereich der Prävention mangelt es besonders an entsprechenden Informationen. Die Interviewten weisen darauf hin, dass innerhalb der deutschen Bevölkerung diejenigen mit geringer Bildung ebenfalls kaum Präventionsleistungen in Anspruch nehmen. Von den Befragten wurde zusätzlich vielfach angemerkt, dass türkische Migranten bei akuten Beschwerden anstatt des Hausarztes primär eine Klinikambulanz aufsuchen, um eine schnelle medizinische Versorgung zu erhalten.

In der Arzt-Patienten-Kommunikation ist laut Aussagen der Interviewpartner für türkische Migranten ein besonderes Vertrauensverhältnis zum behandelnden Arzt wichtig. Demnach benötigt der türkische Patient viel mehr persönliche Zuwendung als der deutsche Patient. Auch wird türkischen Patienten eine geringere Therapietreue (Compliance) zugesprochen. Finden z.B. Medikamente ihre erwünschte Wirkung nicht, werden diese sofort abgesetzt.

In Bezug auf die kulturellen Vorstellungen hinsichtlich Gesundheit und Krankheit sind Unterschiede zwischen deutschen und türkischstämmigen Patienten beobachtbar. In der türkischen Gesellschaft werden Ärzte als Autoritätsperson gesehen, dessen Anweisungen und Ratschläge zu befolgen sind. Diese werden in erster Linie bei akuten Beschwerden aufgesucht, so dass präventive Maßnahmen in der Zielgruppe eine geringere Rolle spielen. Als weiteren Unterschied wird die Esskultur genannt. Diese fördert aufgrund ihres hohen Fett- und Mehlgehalts bei türkischstämmigen Migranten Übergewicht und Adipositas.

Grundsätzlich weisen alle Befragten darauf hin, dass Informationen über Gesundheitsthemen und sich daraus ableitende Verhaltensänderungen insbesondere in dieser Zielgruppe durch persönliche Kontakte unterstützt werden können. Für präventive Maßnahmen ist darüber hinaus eine stärkere persönliche Ansprache notwendig. Neben der persönlichen Betreuung kann die Einbeziehung des Umfeldes ebenfalls zu Verhaltensänderungen beisteuern.

5.3.2 Befragungsergebnisse von türkischstämmigen Versicherten

Die Fragebögen wurden zunächst nach den persönlichen Angaben zu Alter, Geschlecht und Bildungsstand ausgewertet. Daraus resultierten drei Altersgruppen (unter 35, zwischen 35 und 55, über 55 Jahre). Der Bildungsstand wurde unterteilt in hoher, niedriger und kein Schulabschluss.

Die Studienpopulation setzte sich aus 40 Prozent männlichen und 53 Prozent weiblichen Personen zusammen. 7 Prozent der Befragten hatten kein Geschlecht angegeben. 32 Prozent weisen einen niedrigen, 54 Prozent einen hohen und 10 Prozent keinen Bildungsabschluss auf. Für 3 Prozent liegen keine Informationen über ihren Bildungsabschluss vor. 26 Prozent der Befragten gehören der Altersklasse der unter 35-jährigen an, 49 Prozent sind zwischen 35 und 55 Jahren und 18 Prozent sind über 55 Jahren. Bei 8 Prozent der Befragten fehlt die Altersangabe²². Setzt man das Alter in Relation zur Bildung, zeigen jüngere türkische Migranten höhere Bildungsabschlüsse. Für die Teilnehmer konnte eine Aufenthaltsdauer in Deutschland von im Durchschnitt zwischen 25 und 27 Jahren ermittelt werden.

Die Anzahl der Kinder im Haushalt geht mit dem Bildungsstand einher: Je höher der Bildungsstand, desto geringer die Zahl der Kinder. Die durchschnittliche Anzahl der Kinder im Haushalt von höher Gebildeten liegt bei 2,4 ansonsten bei 3,0.

Aufgrund des relativ hohen Anteils der Personen mit höherer Schulbildung, die an der Befragung teilgenommen haben, haben 61 Prozent der Teilnehmer gute bis sehr gute Deutschkenntnisse. Mit zunehmendem Alter und abnehmendem Bildungsgrad sind geringere Deutschkenntnisse anzutreffen.

Die meisten Teilnehmer bejahen, nicht gut über das deutsche Gesundheitswesen informiert zu sein. Lediglich 41 Prozent der befragten Migranten gaben an, gut oder

²² Aufgrund von Rundungsfehlern kann die Summe von 100 Prozent über- oder unterschritten werden.

sehr gut informiert zu sein. Der Informationsgrad variiert mit dem Alter und Bildungsabschluss. 32 Prozent derjenigen mit geringer Bildung fühlen sich gut oder sehr gut informiert. In der Altersgruppe der über 55-jährigen liegt der Anteil bei 18 Prozent. Bei den Befragten stehen im Fokus der Interessen allgemeine Informationen über das deutsche Gesundheitssystem und Informationen über Vorsorgethemen. Im Rahmen der Vorsorge interessieren sich die Befragungsteilnehmer vor allem für Themen rund um die Zahn- und Krebsvorsorge. Das größere Interesse für Vorsorgethemen tritt stärker bei Frauen, bei niedrig bis hochgebildeten Personen und Personen zwischen 35 und 55 Jahren auf.

Als primäre Informationsquellen wird unabhängig vom Geschlecht das Fernsehen/Radio und der behandelnde Arzt präferiert. Das Internet und die Familie bzw. Freunde werden als weitere Quellen genannt. Das Medium Internet spielt insbesondere bei den Befragten unter 35 Jahren (60 Prozent) sowie bei Personen mit guter schulischer Bildung (65 Prozent) eine größere Rolle. Diese Ergebnisse decken sich zum Großteil mit den Aussagen der Ärzte und Multiplikatoren. Die Suche von Informationen zum Gesundheitswesen erfolgt meistens in Deutsch oder bilingual. Nur 22 Prozent der Befragten informieren sich ausschließlich in türkischer Sprache. Die türkische Sprache hat bei älteren türkischen Migranten und bei Personen mit einer geringeren Bildung eine stärkere Bedeutung.

Auf die Frage, ob Präventionsangebote in Anspruch genommen werden, bestätigen lediglich 33 Prozent die Inanspruchnahme. Prävention wird vor allem von den über 54-jährigen Personen betrieben (53 Prozent). Als Gründe für die Nichtnutzung werden „mangelnde Zeit“, „fehlende Notwendigkeit“ oder „fehlendes Interesse“ genannt. Vielfach sind Präventionsangebote bei den Befragten nicht bekannt.

28 Prozent der Befragten gaben an, sich im Vergleich zu ihren deutschen Bekannten bzw. Arbeitskollegen kränker zu fühlen. 53 Prozent konnten diesen Zustand nicht bestätigen, während 19 Prozent (vor allem Frauen) antworteten, dies nicht zu wissen. Ansonsten fühlen sich ältere Menschen gegenüber jüngeren und geringqualifizierte gegenüber hochqualifizierten Personen kränker. Als Krankheitsbilder wurden insbesondere orthopädische Schäden, Cholesterin, Bluthochdruck, Diabetes und Depressionen genannt.

47 Prozent aller Befragten waren in den letzten drei Monaten dreimal oder öfter beim Arzt, während 19 Prozent gar keine Arztbesuche aufweisen konnten. Frauen gehen häufiger zum Arzt als Männer. Fast 90 Prozent der Frauen sind in den letzten drei Monaten zumindest einmal beim Arzt gewesen. Bei den Männern sind es knapp über

70 Prozent. Faktoren wie Alter und Bildungsstand hatten keinen Einfluss auf die Arztbesuche. Bei Beschwerden wird zunächst der Hausarzt aufgesucht. Knapp ein Drittel konsultiert einen Facharzt und lediglich 10 Prozent - vor allem von älteren Personen mit niedrigem Bildungsstand - nennen die Klinikambulanz als weitere Anlaufstelle.

In der Arzt-Patienten-Kommunikation haben 20 Prozent der Befragten Verständigungsprobleme mit ihrem Arzt. Fast 10 Prozent der Befragten gehen nur zu türkischsprachigen Ärzten. Für die weiblichen Studienteilnehmer konnten größere Verständigungsprobleme ermittelt werden als für die männlichen Befragten. Personen mit einem niedrigen Bildungsgrad und höherem Alter weisen stärkere Probleme auf. In diesem Falle unterstützen Familienangehörige oder das Praxispersonal des Arztes bei der Kommunikation.

Etwa 40 Prozent der Befragten wünscht sich vor dem Arztbesuch mehr Informationen. Das Informationsbedürfnis ist vor allem bei den Befragten mit einem niedrigen Bildungsabschluss (47 Prozent), bei Männern (47 Prozent) und bei den über 34-jährigen (45 Prozent) höher. Jüngere, hochgebildete und Frauen haben dagegen einen geringeren Bedarf.

Nach dem Arztbesuch sinkt das Informationsbedürfnis in der Studienpopulation. Nur 28 Prozent der Befragten geben an, nach dem Arztbesuch nicht ausreichend informiert zu sein. Als Gründe werden Zeitmangel des Arztes, Informationsdefizite über Diagnosen und deren Behandlungsmethoden, geringe Aufklärung über Nebenwirkungen verordneter Medikamente und alternative Behandlungsmethoden genannt. Die Patienten vermuten sogar, dass Ärzte notwendige Untersuchungen aus Desinteresse vorenthalten würden. Deshalb holen 29 Prozent der Befragten eine Zweitmeinung ein.

Mehr als die Hälfte der Befragten gibt an, bei Beschwerden zusätzlich einen Arzt in der Türkei aufzusuchen. Als Gründe werden vor allem „ein größeres Vertrauen“ in türkische Ärzte, eine „bessere sprachliche Verständigung“ und eine vermutete „höhere Kompetenz“ der Ärzte in der Türkei genannt.

5.3.3 Ergebnisse der bundesweiten CATI-Befragung

Die Zusammensetzung der Stichprobe im Rahmen der bundesweit durchgeführten Telefonbefragung, die sog. CATI-Befragung, wird in der nachfolgenden Tabelle vorgestellt (s. Tabelle 28).

Tabelle 28: Bundesweite CATI-Befragung in der türkischen Zielgruppe vom 05.-25. Juni 2012, Zusammensetzung der Stichprobe

Kriterien (laut Quota)	Ausprägung	N (absolut)	N (relativ)
Geschlecht	Männlich	130	52%
	Weiblich	120	48%
Alter	Unter 20 Jahre	53	21%
	20 bis 45 Jahre	121	48%
	45 bis 65 Jahre	54	22%
	65 Jahre und älter	22	9%
Schulbildung ¹⁾	Hauptschule	74	30%
	Realschule	36	14%
	(Fach-) Hochschulreife	42	17%
	Noch in Ausbildung	46	18%
	Keine	52	21%
Einkommen (monatl. HH-Netto)	Unter 1.000 Euro	35	14%
	1.000 bis unter 1.500 Euro	62	25%
	1.500 bis unter 2.000 Euro	45	18%
	2.000 bis unter 2.500 Euro	44	18%
	2.500 bis unter 3.500 Euro	25	10%
	3.500 bis unter 4.500 Euro	19	8%
	4.500 Euro und mehr	7	3%
Familienstand	Verheiratet	139	56%
	Verwitwet	5	2%
	Geschieden/Getrennt lebend	11	4%
	Ledig (mit festem Partner)	48	19%
	Ledig (ohne festen Partner)	47	19%
Kinder	Keine Kinder	104	42%
	1 Kind	24	10%
	2 Kinder	49	20%
	3 Kinder	40	16%
	4 Kinder oder mehr	34	12%
Beschäftigungssituation	Arbeiter	68	27%
	Angestellter	41	16%
	Beamter	3	1%
	Selbständig	8	3%
	Hausfrau/Hausmann	40	16%
	Im Ruhestand	19	8%
	In Ausbildung	51	20%
	Arbeitslos	18	7%
Geburtsland	Deutschland	115	46%
	Türkei	135	54%
In Deutschland seit... ³⁾	Weniger als 10 Jahre	9	7%
	Zwischen 10 und 19 Jahren	23	18%
	Zwischen 20 und 29 Jahren	25	27%
	Zwischen 30 und 39 Jahren	34	32%
	40 Jahre und länger	11	16%
Staatsangehörigkeit	Deutsch	147	59%
	Türkisch	98	39%
	Deutsch-Türkisch (doppelt)	5	2%
Sprachkenntnisse Deutsch	Sehr gut	103	41%
	Gut	99	40%
	Weniger gut	43	17%
	Gar nicht	5	2%
Sprachkenntnisse Türkisch	Sehr gut	137	55%
	Gut	82	33%
	Weniger gut	26	10%
	Gar nicht	5	2%

Quelle: AOK-Bundesverband, Ergebnisbericht CATI-Befragung, 2012

Innerhalb der 250 repräsentativ ausgewählten türkischstämmigen Teilnehmer waren 52 Prozent männlich, 69 Prozent gehörten der Altersgruppe unter 45 Jahren an und 44 Prozent wiesen einen Haupt- oder Realschulabschluss auf. Der Großteil der Befragten (57 Prozent) hatte ein monatliches Haushaltsnettoeinkommen von unter 2.000 Euro. Neben weiteren Kriterien wurden darüber hinaus die vorhandenen Sprachkenntnisse der Befragten erfragt. Hierbei gaben etwa 80 Prozent der Interviewten an, sowohl Deutsch als auch Türkisch gut sprechen zu können.

Die Interviewpartner der CATI-Studie wurden zunächst neben weiteren generellen Themenfeldern gefragt, wie häufig sie sich zum Thema Gesundheit informieren. 53 Prozent der Befragten informieren sich häufig oder sehr häufig über Gesundheitsthemen. Somit ist Gesundheit für türkischstämmige Personen ein relevantes Thema. Insbesondere setzen sich chronisch Kranke intensiver mit Gesundheitsthemen auseinander als andere Personenkreise. Als Hauptargument gegen den Informationsbedarf zu gesundheitlichen Themen wird die aktuelle Beschwerdefreiheit angegeben. Mehrheitlich fühlen sich die befragten Migranten in Bezug auf Gesundheit ausreichend gut informiert. Dies trifft allerdings nicht für alle Gruppierungen gleichermaßen zu. Insbesondere Befragte mit weniger guten Deutschkenntnissen, Frauen und chronisch Kranke geben an, sich zum Thema „Gesundheit“ schlechter informiert zu fühlen.

Als vorrangige Informationsquelle für Gesundheitsinformationen wird am häufigsten der Arzt genannt. Darüber hinaus werden TV, Print und Internet als weitere Quellen zu gesundheitlichen Themen genutzt. Jüngere Befragte (bis 45 Jahre) informieren sich deutlich häufiger über das Internet und konsultieren seltener den Arzt als Ansprechpartner. Befragte mit weniger guten Sprachkenntnissen informieren sich häufiger via TV und Video bzw. im Bekanntenkreis. Insgesamt wird der Arzt als vertrauenswürdigster Informationsgeber empfunden, gefolgt von Fernsehen/TV, den Krankenkassen und dem Internet. Der Arzt wird somit als primäre und qualitativ beste Quelle bei der Gesundheitsinformation gesehen.

Hinsichtlich der Themeninteressen ergibt sich ein ausgewogenes Bild. Während Informationen zu einer gesunden Lebensführung von 53 Prozent der Befragten sehr häufig und häufig recherchiert werden, interessieren sich für Vorsorgethemen lediglich 38 Prozent der Befragten (s. Abbildung 43). Vor allem Frauen interessieren sich für „Gesunde Lebensführung“ stärker als Männer.

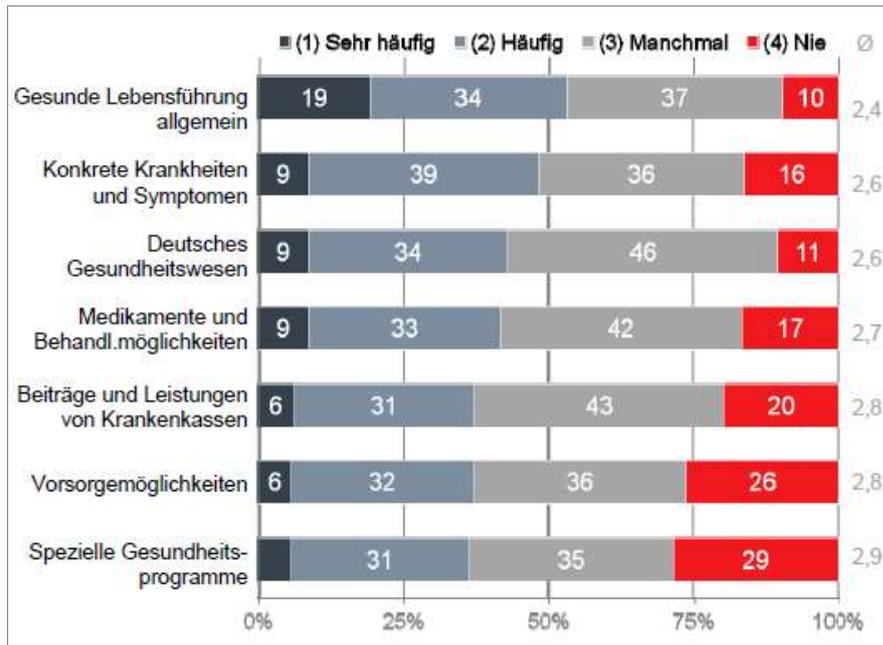


Abbildung 43: Wie häufig informieren Sie sich zum Thema...?

Quelle: AOK-Bundesverband, Ergebnisbericht CATI-Befragung, 2012
 Basis: n=228 Befragte, die sich zum Thema „Gesundheit“ informieren.
 Darstellung: Anteil Befragte in Prozent und Mittelwerte

49 Prozent der Interviewten informieren sich über Gesundheitsthemen häufiger in Deutsch, etwa 21 Prozent in Türkisch. 30 Prozent geben an, in beiden Sprachen zu recherchieren. Türkischsprachige Informationen werden besonders von denjenigen mit geringeren Deutschkenntnissen präferiert. Zudem bestehen Unterschiede bezüglich Alter und Geschlecht: Personen ab 45 Jahren und Frauen nutzen wesentlich häufiger nur türkischsprachige Informationen.

Bei der Frage zum allgemeinen Gesundheitszustand schätzen Migranten mit geringen Deutschkenntnissen ihren allgemeinen Gesundheitszustand subjektiv schlechter ein als diejenigen mit guten Deutschkenntnissen. Diese weisen darüber hinaus im Vergleich zu den Befragten mit guten Deutschkenntnissen mit knapp 30 Prozent einen dreimal so höheren Anteil an chronischen Erkrankungen auf.

Als erste Anlaufstelle bei Beschwerden wird unabhängig von individuellen Sprachkenntnissen der Hausarzt genannt. Türkische Migranten mit weniger guten Deutschkenntnissen suchen etwas häufiger direkt einen Facharzt (18 Prozent vs. 14 Prozent) bzw. eine Klinik oder Ambulanz (10 Prozent vs. 6 Prozent) auf. Auch zeigen die Befragungsergebnisse, dass Migranten mit geringen Deutschkenntnissen öfter zum Arzt gehen. Dies wird zum Teil mit der höheren chronischen Erkrankung in dieser Migrantengruppe begründet. Bei der Wahl der Ärzte bevorzugen Migranten mit weniger guten Deutschkenntnissen häufiger türkischsprachige Ärzte (16 Prozent vs. 2 Prozent).

Auf die Frage, welche Vorsorgemöglichkeiten bekannt sind und für wie interessant diese gehalten werden, stellt sich als interessanteste Möglichkeit die Zahnvorsorge heraus. U-Untersuchungen und Schwangerschaftsvorsorge werden als „Frauen-Themen“ bewertet und stoßen somit nicht bei allen Befragten auf Interesse. Regelmäßige Gesundheits-Checks sowie Krebsvorsorge/Früherkennung werden von ca. 75 Prozent als sehr interessant bzw. interessant genannt. Jüngere Befragte (bis 20 Jahre) interessieren sich weniger für Themen rund um Kinder und Schwangerschaft und Ältere (ab 45 Jahre) weniger für Möglichkeiten der Zahnvorsorge. Befragte mit weniger guten Deutschkenntnissen erweisen sich in sämtlichen Bereichen (abgesehen von Schwangerschaftsvorsorge und U-Untersuchungen) als tendenziell weniger interessiert (s. Abbildung 44).

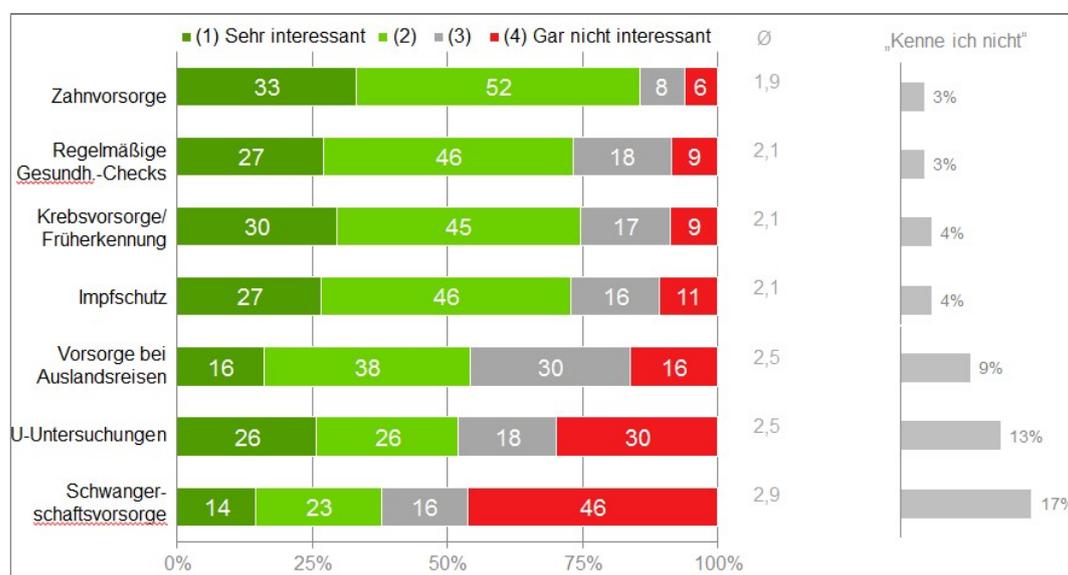


Abbildung 44: Frage: Welche Vorsorgemöglichkeiten kennen Sie und für wie interessant halten Sie diese?

Quelle: AOK-Bundesverband, Ergebnisbericht CATI-Befragung, 2012

Basis: n („Kenne ich nicht“) =250, n (Interesse) = Anzahl Befragte, denen jeweilige Vorsorgemöglichkeit bekannt ist

Darstellung: Anteil Befragte in Prozent

Zusätzlich zum Bekanntheitsgrad der Vorsorgemöglichkeiten wurde auch die Inanspruchnahme der einzelnen Präventionsmöglichkeiten erfragt. Die Studienergebnisse zeigen, dass am häufigsten die Zahnvorsorge gefolgt von Impfungen genutzt wird. Die Schwangerschaftsvorsorge wird von türkischen Migrantinnen selten wahrgenommen. Als Gründe für die Nicht-Nutzung der angebotenen Vorsorgemaßnahmen werden „Zeitmangel“, „sich gesund fühlen“ oder „Beschwerdefreiheit“ genannt.

Alters- und geschlechterspezifische Unterschiede zeigen sich bei Jüngeren (bis 45 Jahre), die nicht sehr oft Gesundheitschecks und Krebsvorsorgeuntersuchungen

wahrnehmen und Ältere, die seltener Zahnvorsorgeangebote in Anspruch nehmen. Frauen nehmen U-Untersuchungen mit ihren Kindern sowie Angebote der Krebsvorsorge bzw. Früherkennung deutlich häufiger wahr als Männer. Befragte, die sich allgemein nicht zum Thema „Gesundheit“ informieren, nehmen speziell Vorsorgemöglichkeiten wie Krebsvorsorge/Früherkennung und regelmäßige Gesundheitschecks seltener in Anspruch (s. Abbildung 45).

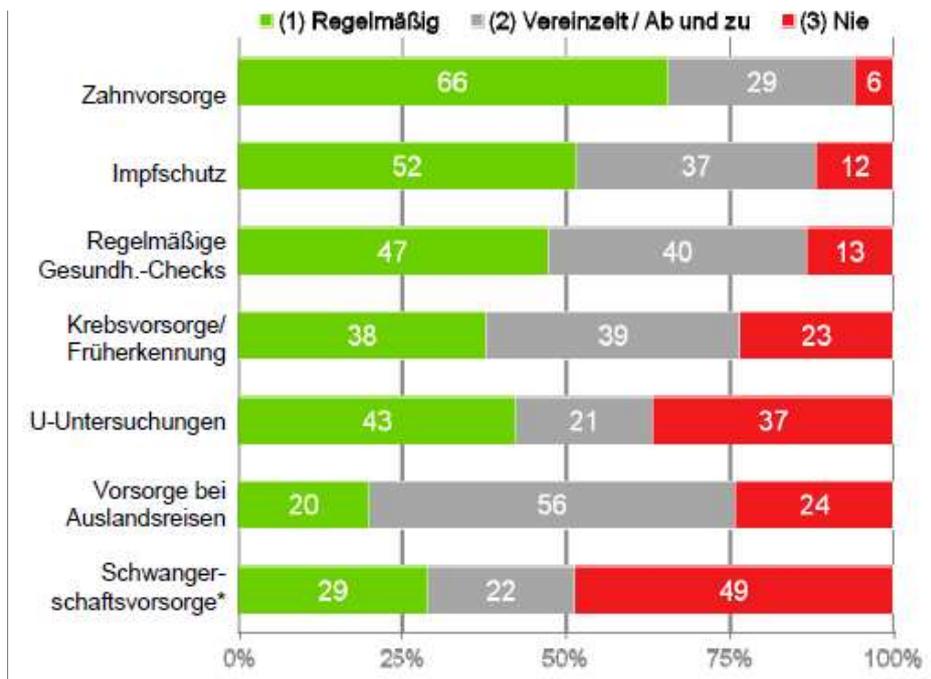


Abbildung 45: Frage: Wie häufig nehmen Sie diese Vorsorgemöglichkeiten für sich selbst (oder Ihr Kind) in Anspruch?

Quelle: AOK-Bundesverband, Ergebnisbericht CATI-Befragung, 2012

Basis: n = Anzahl Befragte, denen jeweilige Vorsorgemöglichkeit bekannt ist | *Nur Frauen: n=107

Darstellung: Anteil Befragte in Prozent

Zusammenfassend zeigen die CATI-Befragungsergebnisse, dass Präventionsthemen bei türkischstämmigen Migranten nicht sehr stark verankert sind. Der fehlende Bedarf wird besonders auf eine aktuelle Beschwerdefreiheit zurückgeführt. Demzufolge ist das Interesse für Präventionsmöglichkeiten im Sinne von Krankheitsvorbeugung und gesunder Lebensführung wenig vorhanden, die mit einer tendenziell geringeren Inanspruchnahme einhergeht. Nutzungsbarrieren im Zusammenhang mit der Nachfrage von konkreten Gesundheitsangeboten sind teilweise auf unzureichende Deutschkenntnisse zurück zu führen. Faktoren wie Alter und Geschlecht beeinflussen ebenfalls das Inanspruchnahmeverhalten.

6. Diskussion der Ergebnisse

Die vorliegende Forschungsarbeit beschreibt erstmals auf Grundlage von GKV-Abrechnungsdaten die Inanspruchnahme von sekundärpräventiven Früherkennungsuntersuchungen durch türkischstämmige Migranten am Beispiel von Berlin. Das Ziel dieser Dissertation ist es, Unterschiede in der Inanspruchnahme zwischen türkischstämmigen Migranten und der Vergleichsgruppe herauszufinden, um auf diese Weise etwaige Versorgungslücken in der Bevölkerung aufzudecken. Die Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen sowie die Unterschiede in der Teilnahme zwischen Migranten und Nicht-Migranten ist trotz ihrer Public Health-Relevanz in Deutschland bisher wenig erforscht worden. Gemäß dem in dieser Arbeit beschriebenen Lebenslaufansatz wurde die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen durch Neugeborene, Kinder, Jugendliche sowie Erwachsene näher betrachtet und etwaige Einflussfaktoren auf die Teilnahme empirisch analysiert.

Im Folgenden werden zunächst die zentralen Ergebnisse unter Einbezug der Fragestellungen in dieser Dissertation zusammenfassend dargestellt und mit den bisherigen Forschungsergebnissen aus der Literatur vergleichend diskutiert. Im Anschluss wird die methodische Vorgehensweise kritisch betrachtet. Abschließend erfolgt auf Grundlage der wesentlichen Einflussfaktoren eine Anpassung des lebenslauforientierten Modells auf die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen. Ansätze für weitere Forschungsvorhaben und ein Ausblick runden die Arbeit ab.

6.1 Zusammenfassung und inhaltliche Diskussion der zentralen Ergebnisse

Auf Basis von Abrechnungsdaten aus der ambulanten ärztlichen Versorgung der AOK Nordost konnten die Teilnahmeraten von Personen mit und ohne türkischen Migrationshintergrund an unterschiedlichen sekundärpräventiven Maßnahmen statistisch analysiert werden. Ergebnisse aus Interviews und Befragungen reflektieren zusätzlich die grundsätzliche Einstellung und das Wissen von türkischstämmigen Migranten in Deutschland hinsichtlich Früherkennungsuntersuchungen. Die in Kapitel 3 aufgestellten Fragestellungen und Unterfragen können wie folgt beantwortet werden:

Gibt es Unterschiede in der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen zwischen anspruchsberechtigten türkischstämmigen Migranten und der nicht-türkischstämmigen Vergleichsgruppe?

Früherkennungsuntersuchungen für Erwachsene

Unter Berücksichtigung von unterschiedlichen Versichertenmerkmalen konnten in den eigenen empirischen Untersuchungen signifikante sowie relevante Unterschiede in der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen zwischen türkischstämmigen Migranten und der Vergleichsgruppe gefunden werden. Entgegen den bisherigen Annahmen und empirischen Analyseergebnissen in der Literatur (z.B. Razum & Spallek 2009a, 2015, Rechel et al. 2013, Rommel et al. 2015, Falge & Schmidtke 2015) liegen die ermittelten Teilnahmeraten für die einzelnen Früherkennungsuntersuchungen durch erwachsene Personen mit türkischer Herkunft über denen der Vergleichsgruppe. Demnach nehmen bezogen auf die Einzeljahre 2008 bis 2012 anspruchsberechtigte türkischstämmige Personen Früherkennungsuntersuchungen häufiger wahr. Auf Grundlage der ermittelten Odds Ratios - sowohl adjustiert als auch unadjustiert – konnte gezeigt werden, dass der Migrationshintergrund einen positiven Effekt auf die Teilnahmechance an den Früherkennungsuntersuchungen hat. Der Nutzen und Erfolg von Früherkennungsprogrammen hängt von der Akzeptanz und der Teilnahmebereitschaft in der Bevölkerung ab (Starker et al. 2012, Starker & Saß 2013). Bezogen auf die ermittelten Teilnahmeraten in den jeweiligen Angeboten werden die Früherkennungsuntersuchungen nach dieser These von türkischstämmigen Migranten stärker akzeptiert als in der Vergleichsgruppe. Somit konnte die aufgestellte Hypothese (H_1) bestätigt werden.

Am Beispiel vom Mammographie-Screening wird deutlich, dass die in den Europäischen Leitlinien empfohlenen Teilnahmeraten insgesamt in Deutschland nicht erreicht werden. Dort gibt es für das Mammographie-Screening die Empfehlung, Teilnahmeraten von mindestens 70 Prozent zu erzielen (Perry et al. 2006). Die eigenen Berechnungen zeigen für die Jahre 2011/2012 eine kumulierte Teilnahmerate für durchgehend versicherte türkischstämmige Frauen in Höhe von 54 Prozent. Die Teilnahmerate der Vergleichsgruppe lag für den gleichen Zeitraum bei 44 Prozent. Andere Analyseergebnisse auf Basis von Routinedaten beziffern für Deutschland Teilnahmeraten am Mammographie-Screening für Frauen mit türkischem Migrationshintergrund von etwa 52 Prozent. Die Teilnahmeraten von Nicht-Migrantinnen liegen bei 49 Prozent (Berens et al. 2014, Berens 2015). Somit ähneln die ermittelten Werte für Deutschland denen der AOK-versicherten Frauen aus Berlin. Studien aus den Niederlanden für die Jahre 2007 bis 2008 ermitteln für türkischstämmige Frauen Teilnahmeraten von 62 Prozent, die von niederländischen Frauen lag hingegen bei 83 Prozent und somit im Bereich der empfohlenen Werte (Vermeer & Van den Muijsenbergh 2010).

Teilnahmeraten in der Türkei fallen laut Angaben des türkischen Gesundheitsministeriums sowie dem Verein von Experten für öffentliche Gesundheit allerdings geringer aus (Hasuder 2014, T.C. Sağlık Bakanlığı 2015). Insgesamt weisen die Studienergebnisse darauf hin, dass die Teilnahmeraten für das Mammographie-Screening nicht nur bei türkischstämmigen Frauen die empfohlenen Raten unterschreiten, sondern generell bei allen Frauen in Deutschland ein zu niedriges Niveau erreichen.

Alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Inanspruchnahme

Es konnten wie in der Literatur und in anderen Studien schon bekannt (Scheffer et al. 2006, Koch & Scheibler 2007, Riens et al. 2011, Starker et al. 2012, Hurrelmann & Richter 2013, Starker & Saß 2013) alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede in der Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen ermittelt werden. Männliche Versicherte wurden zum Teil als „Vorsorgemuffel“ identifiziert. Die Teilnahmeraten an den Untersuchungen im Rahmen der Darm- oder Hautkrebsfrüherkennung waren nahezu Null, obwohl Darmkrebs zu einer der häufigsten Krebserkrankungen bei Männern und Frauen gehört (RKI 2013). Die Ausnahme bildete der Check-up 35. Diese Angebote wurden mit einer Teilnahmerate von 29 Prozent der türkischstämmigen männlichen Patienten und von 25 Prozent der Männer in der Vergleichsgruppe in 2012 relativ häufig angenommen und wahrscheinlich im Zuge der Regelversorgung durchgeführt. Im Vergleich zwischen Frauen und Männern war die Nachfrage von weiblichen Versicherten an den Krebsfrüherkennungsuntersuchungen höher als bei männlichen Versicherten. Eine mögliche Erklärung hierfür kann sein, dass Frauen gegenüber Männern mit den Früherkennungsuntersuchungen bereits im frühen Alter von 20 Jahren starten und deshalb diese bei ihnen bekannter sind (Zok 2007). Früherkennungsuntersuchungen bei Männern starten hingegen erst mit 45 Jahren. Insgesamt nehmen türkischstämmige Frauen häufiger an der Krebsfrüherkennungsuntersuchung für Frauen teil, während bei Männern mit türkischer Herkunft der Check-up 35 stärker Akzeptanz findet. Bei der Vergleichsgruppe sind ähnliche Ergebnisse festzustellen.

Generell zeigen die Analyseergebnisse hohe Alterseffekte. Die Inanspruchnahme steigt mit zunehmendem Alter an und hat ihren Rückgang im hohen Alter. Dieser Verlauf ist bei Männern stärker ausgeprägt als bei Frauen. Beispielweise nehmen Männer mit zunehmendem Alter verstärkt an den Prostata-Untersuchungen teil (rohes $OR_{50-54 \text{ Jahre}}$: 1,40; 95%-KI: 1,31-1,50 vs. rohes $OR_{75-79 \text{ Jahre}}$: 5,30; 95%-KI: 5,01-5,62). Bei Personen aus der Vergleichsgruppe reicht die Teilnahmebereitschaft an einigen Untersuchungen bis zum 79. Lebensjahr, während türkischstämmige Personen bis

zum 69. Lebensjahr hohe Teilnahmeraten aufweisen. Deshalb gehörten die meisten Teilnehmer an den Früherkennungsuntersuchungen dem Rentenstatus an. Anders ist dies bei den Krebsfrüherkennungsuntersuchungen für Frauen und den Darmkrebsfrüherkennungsuntersuchungen ab 55 Jahren. Dort nimmt mit zunehmendem Alter der Frauen die Teilnahmebereitschaft an den Untersuchungen ab. Beispielsweise findet bei Frauen die Inanspruchnahme an den Zervixuntersuchungen häufiger in den jüngeren Jahren statt (rohes $OR_{25-29 \text{ Jahre}}$: 1,62; 95%-KI: 1,55-1,70 vs. rohes $OR_{75-79 \text{ Jahre}}$: 0,47; 95%-KI: 0,45-0,49). Rückinger et al. kommen bei ihren Untersuchungen über die Teilnahme an Zervixuntersuchungen in Bayern zu gleichen Ergebnissen. Mit zunehmendem Alter sinkt die Teilnahme (Rückinger et al. 2008). Ein ähnlicher Verlauf findet sich in den ZI-Daten von 2011 (Zentralinstitut für kassenärztliche Versorgung (ZI) 2011) und von 2007/2008 zu Darmkrebsfrüherkennungsuntersuchungen wieder. Allerdings ermittelten Riens et al. auf Basis von Abrechnungsdaten von 2007/2008 für in Berlin wohnhafte Männer und Frauen durchschnittliche Teilnahmeraten für den Okkultbluttest von 10,5 Prozent bzw. 21 Prozent und an der Koloskopie 3,2 Prozent bzw. 3,1 Prozent (Riens et al. 2011). Die errechneten Werte anhand der AOK-Daten zeigten für Männer Teilnahmeraten nahe null Prozent.

Weitere Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme

Versichertenmerkmale wie Zuzahlungsbefreiung oder DMP-Teilnahme wurden bei einigen Früherkennungsuntersuchungen als förderliche Effekte identifiziert. Eine Zuzahlungsbefreiung erhalten wie in Kapitel 5.1 beschrieben chronisch kranke Versicherte, deren jährliche Gesundheitsausgaben 1 Prozent ihres Jahreseinkommens überschreiten. Für alle anderen gilt eine Belastungsgrenze von 2 Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen (§62 SGB V) (Sozialgesetzbuch 2015b). Die Stammdaten aus 2012 weisen für 28,5 Prozent der türkischstämmigen Versicherten eine Zuzahlungsbefreiung aus. Hierbei handelt es sich um Versicherte, die ihre Belastungsgrenze (1 Prozent oder 2 Prozent) überschritten haben. Fast 23 Prozent besitzen einen Befreiungsausweis (ca. 17 Prozent in der Vergleichsgruppe) (vgl. Tabelle 12). Der positive Einfluss dieser beiden Faktoren kann eventuell darauf zurückgeführt werden, dass Personen im Rahmen einer DMP-Teilnahme oder chronischen Erkrankung öfter ihren Arzt aufsuchen und dadurch mit Zugangsbarrieren seltener konfrontiert werden. Auf diese Weise erhalten sie einen schnelleren Zugang zu präventiven Maßnahmen. Eine bestehende Zuzahlungsbefreiung kann auch indirekt auf eine niedrige soziale Lage deuten. Denn 24 Prozent der türkischstämmigen Ausweisbesitzer mit einer Belastungsgrenze von 2 Prozent und 34 Prozent aus der Vergleichsgruppe sind ALG II-Bezieher.

Eine detaillierte Auswertung der Krebsfrüherkennungsuntersuchungen nach Versichertenart zeigt, dass alle Untersuchungen vorrangig durch Personen im Rentenstatus in Anspruch genommen werden (Ausnahme Brust- und Zervixuntersuchungen bei türkischstämmigen Frauen). Die Inanspruchnahme durch Rentner ist in der Vergleichsgruppe wesentlich stärker ausgeprägt als bei den türkischstämmigen Migranten. Diese sind auch diejenigen, die im Gegensatz zu türkischstämmigen Migranten primär den Befreiungsausweis mit einer Belastungsgrenze von 1 Prozent haben (76 Prozent vs. 42 Prozent). Es wird zudem ersichtlich, dass innerhalb der Teilnehmer an Früherkennungsuntersuchungen der Anteil von pflichtversicherten Arbeitnehmern und von freiwilligen Versicherten (nach §9 Abs. 1 Nr. 1 SGB V) im Vergleich zu den restlichen Teilnehmern deutlich geringer ausfällt. Die hohe Anzahl an Familienversicherten in der türkischstämmigen Versichertenstruktur wird auch innerhalb der Teilnehmer sichtbar. Nach den Rentnern bilden sie im Durchschnitt den größten Teilnehmeranteil an den Früherkennungsuntersuchungen. In der türkischstämmigen Versichertengruppe ist auffällig, dass innerhalb der Teilnehmer jeder fünfte ALG II-Empfänger Hautkrebsuntersuchungen, Check-up 35 sowie Krebsfrüherkennungsuntersuchungen für Frauen in Anspruch nimmt. In der Vergleichsgruppe ist die Inanspruchnahme durch diese Personengruppen wesentlich geringer.

Aufgrund fehlender konkreter Merkmale zum Sozialstatus konnte hingegen nicht explizit festgestellt werden, ob es eine Assoziation zwischen der Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen und dem Sozialstatus gibt. Grundsätzlich zeigen die Stammdaten sowohl bei türkischstämmigen Migranten als auch bei der Vergleichsgruppe eine ähnliche Sozialstruktur. Aus den aufgeführten Ergebnissen zu den Zuzahlungsbefreiungen kann ggf. abgeleitet werden, dass eine niedrigere soziale Lage in diesem Fall einen gegenteiligen Effekt hat. Personen mit einer Zuzahlungsbefreiung haben eine höhere Wahrscheinlichkeit an Untersuchungen zur Früherkennung teilzunehmen. Somit dürften für jede vierte türkischstämmige Person und jede Fünfte aus der Vergleichsgruppe etwaige Einschränkungen aufgrund von finanziellen Ressourcen keine Zugangsbarrieren darstellen. Zumal für die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen laut Gesetz die Erhebung einer Praxisgebühr nicht galt, die bis 2012 gesetzlich festgeschrieben war (Deutscher Bundestag 2003, BMG 2012c) und deshalb eine bestehende Zuzahlungsbefreiung im eigentlichen Sinne keinen förderlichen Effekt haben sollte.

U-Untersuchungen

Die AOK-Daten belegen einen gleichmäßigen Verlauf für die einzelnen U-Untersuchungen. Für Kinder mit türkischer Herkunft konnten entgegen den Aussagen in anderen Studien (RKI 2008b, Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales 2012, Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege 2015) insgesamt im Durchschnitt höhere Teilnahmeraten ermittelt werden als bei der Vergleichsgruppe. Beispielsweise zeigen KIGGS-Daten, dass Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund im Vergleich zu denjenigen ohne und mit einseitigem Migrationshintergrund seltener an den U-Untersuchungen teilnehmen (RKI 2008a, 2008b, 2008c). In den eigenen Erhebungen war keine Differenzierung zwischen beid- und einseitigem Migrationshintergrund möglich. Deshalb wird der Migrationshintergrund als genereller Einflussfaktor betrachtet.

Auswertungen von Barmer/GEK auf Basis von Sekundärdaten zeigten für das Jahr 2010 Teilnahmeraten an den U-Untersuchungen bis zur U9 zwischen 90 und 96 Prozent. Die Ausnahme bildete die U7a mit rund 86 Prozent. Bundeslandspezifische Erhebungen belegen, dass Barmer/GEK-versicherte Kinder aus Berlin im Vergleich zu anderen Bundesländern U-Untersuchungen weniger wahrnehmen und somit unter dem Bundesdurchschnitt liegen (Barmer/GEK 2012). Die empirischen Ergebnisse dort ähneln den AOK-Daten.

Alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Inanspruchnahme

Aus früheren empirischen Analysen zu den Teilnahmeraten an den U-Untersuchungen ist es bekannt, dass diese in der Bevölkerung eine hohe Akzeptanz haben, jedoch mit zunehmendem Alter abnehmen (RKI 2004, RKI 2008b, Barmer/GEK 2012). Insbesondere seit der Einführung von Einladungs- und Erinnerungswesen in vielen Bundesländern ist eine stärkere Teilnahme an den U-Untersuchungen zu verzeichnen (Thaiss et al. 2010, Hock et al. 2013). Bezogen auf die Teilnahmen in den eigenen Analysen ist in den Einzeljahren über die Jahre eine leichte Erhöhung der Teilnahmeraten an den U-Untersuchungen erkennbar. Die durchschnittliche Teilnahmerate liegt für beide Gruppen bis zur U7 zwischen 80 und 90 Prozent. Mit zunehmendem Alter ist hierbei ebenfalls ein Abwärtstrend zu beobachten. Die Verbesserung der Teilnahmeraten ist gegebenenfalls auf das in 2010 eingeführte Gesetz zum Schutze von Kindern zurückzuführen, das die Beteiligung von Kindern an den Früherkennungsuntersuchungen in Berlin ab der U4 fördern soll (Gesetze Berlin 2009). Für konkrete Aus-

sagen liegen jedoch etwaige Evaluationen zur Wirkung der Maßnahmen in Berlin derzeit nicht vor. Mögliche signifikante Zusammenhänge zwischen der Inanspruchnahme und dem Geschlecht konnten nicht in den Daten festgestellt werden.

Weitere Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme

Anhand der vorliegenden Versichertenmerkmale konnte kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Teilnahme an den U-Untersuchungen und den einzelnen Merkmalen identifiziert werden. Der Grund hierfür kann sein, dass Kleinkinder von ihren Eltern zu den U-Untersuchungen gebracht werden. Es ist zu vermuten, dass die Teilnahme an den U-Untersuchungen von Faktoren beeinflusst wird, die mit den Versichertenmerkmalen der Eltern assoziiert sind. In den Datensätzen standen keine Beziehungsmerkmale innerhalb der Pseudonyme zur Verfügung. Deshalb konnte diese Annahme nicht empirisch belegt werden.

Rattay et al. fanden beim Vergleich der KIGGS Basiserhebung (Zeitraum 2003 bis 2006) mit der KIGGS Welle 1 (Zeitraum 2009 bis 2012) heraus, dass die Teilnahmequoten an den U-Untersuchungen im Laufe der Jahre insgesamt angestiegen sind, jedoch Kinder, die bei der AOK versichert sind, im Vergleich zu Kindern, die einer anderen gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung angehören, U-Untersuchungen seltener wahrnehmen. Auch ist die Vollständigkeitsquote bei AOK-versicherten Kindern signifikant geringer als bei anderen Kindern (Rattay et al. 2014). Auf Basis einer in 2008 geborenen Kohorte, die bis 2012 durchgehend versichert war, konnte in den eigenen Untersuchungen bei beiden Gruppen bis zur U8 eine Vollständigkeitsquote von jeweils 56 Prozent ermittelt werden. Berliner Einschulungsdaten aus 2011 beziffern auf Grundlage des Vorsorgeheftes bei türkischstämmigen Kindern mit Geburtsland Deutschland dagegen eine Vollständigkeitsquote bis zur U8 von 70,6 Prozent. Insgesamt lag der Wert für 2011 bei 78,8 Prozent (Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales 2012). Demnach weisen Kinder aus den eigenen Erhebungen vergleichsweise eine geringere Vollständigkeitsquote auf.

Weitere Untersuchungen im Hinblick auf die Krankenkassenzugehörigkeit zeigen, dass AOK-versicherte Kinder aus sozial schwächeren Familien stammen als Kinder, die bei anderen Kassenarten versichert sind (Hoffmann & Bachmann 2014). Unabhängig von der Krankenkassenzugehörigkeit konnte festgestellt werden, dass Kinder mit niedrigem Sozialstatus seltener (74,1 Prozent) alle Früherkennungsuntersuchungen wahrnehmen als Kinder mit hohem Sozialstatus (87,3 Prozent) (Lampert & Kuntz 2015). Demnach hat ein niedriger Sozialstatus einen negativen Einfluss auf die Inan-

spruchnahme. Die ermittelten Teilnahmequoten basieren allerdings auf Selbstangaben der KIGGS-Teilnehmer und können deshalb gewisse Verzerrungen beinhalten. Etwaige Evaluationen auf Basis von Routinedaten durch andere Kassenarten standen vergleichsweise nicht zur Verfügung. Diese Analyseergebnisse lassen vermuten, dass es eine starke Assoziation zwischen der sozialen Lage und der Teilnahmebereitschaft an den U-Untersuchungen gibt. Mangels Daten konnte dieser Zusammenhang in den eigenen Analysen nicht näher untersucht werden.

J1-Untersuchung

Die Teilnahme an den J1-Untersuchungen ist insgesamt bei türkischstämmigen Jugendlichen höher. Innerhalb des 5-Jahreszeitraums liegt die kumulierte Rate bei 64 Prozent. In der Vergleichsgruppe geht innerhalb der fünf Beobachtungsjahre weniger als jeder zweite Jugendliche zur Früherkennungsuntersuchung. Dies bedeutet im Umkehrschluss, dass von 2008 bis 2012 36 Prozent der türkischstämmigen Jugendlichen und 53 Prozent der Jugendlichen aus der Vergleichsgruppe an keiner J1-Untersuchung teilgenommen haben. Im Rahmen der KIGGS-Studie konnte im Zeitraum von 2003 bis 2006 bei Migranten eine Teilnehmerate von 26 Prozent ermittelt werden. Für Nicht-Migranten wurden Werte in Höhe von 40 Prozent nachgewiesen (RKI 2008c, 2008d). Hochgerechnet auf fünf Jahre würde bei Nicht-Migranten eine Teilnehmerate von ca. 50 Prozent erreicht werden. Dieser Wert ähnelt dem in den AOK-Daten ermittelten kumulierten Wert in Höhe von 47 Prozent. Allerdings weist die KIGGS-Studie für Migranten einen niedrigeren Wert aus. Dieser Wert schließt alle Migrantengruppen aus ganz Deutschland ein, wohingegen in dieser Studie nur türkischstämmige Jugendliche aus Berlin betrachtet wurden. Grundsätzlich werden J1-Untersuchungen im Vergleich zu U-Untersuchungen weniger nachgefragt (Weissenrieder & Stier 2006), was hier ebenfalls nachgewiesen werden konnte. Studien nennen mangelnde Kenntnis als Hauptursache für die geringe Inanspruchnahme (Hölscher et al. 2016).

Alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Inanspruchnahme

Als Einflussfaktor konnte in den eigenen Auswertungen u.a. das Alter ermittelt werden. Besonders Kinder zwischen dem 13. und 14. Lebensjahr haben eine signifikant höhere Chance, an den J1-Untersuchungen teilzunehmen. Auch Riens und Mangiapane ermittelten in ihren Untersuchungen 13,4 Jahre als Durchschnittsalter für die J1-Teilnehmer (Riens & Mangiapane 2013).

Weitere Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme

Der Migrationshintergrund hat insgesamt einen signifikant positiven Effekt auf die Teilnahme (rohes OR: 1,30; 95%-KI: 1,19-1,43). Demzufolge bestätigt sich die Hypothese (H_1) höherer Teilnahmeraten bei jungen Migranten mit türkischer Herkunft im Gegensatz zur nicht-türkischstämmigen Vergleichsgruppe an den J1-Untersuchungen. Weitere Merkmale konnten als Einflussfaktoren in den Daten nicht signifikant ermittelt werden.

Erfolgt die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen durch durchgängig AOK-Versicherte im 5-Jahreszeitraum regelhaft, d.h. gemäß den empfohlenen Untersuchungsintervallen?

Auf Basis der Abrechnungsdaten von fünf Jahren war es möglich, die regelmäßige Teilnahme gemäß den G-BA-Richtlinien von durchgehend versicherten Personen mit zwei Methoden zu erheben. Bezogen auf alle angebotenen Früherkennungsuntersuchungen stellt sich heraus, dass es einen großen Anteil an Versicherten gibt, die Früherkennungsuntersuchungen unregelmäßig oder sogar gar nicht wahrnehmen. Retrospektive Analysen auf Basis einer Teilnehmerkohorte aus dem Jahr 2008 zeigen, dass Personen aus der Vergleichsgruppe im Rahmen der G-BA-Richtlinien Früherkennungsuntersuchungen regelmäßiger in Anspruch nehmen. Werden allerdings die Teilnahmehäufigkeiten von durchgehend Versicherten insgesamt betrachtet und mit der Grundgesamtheit in 2012 in Relation gesetzt, dann finden sich bei türkischstämmigen Versicherten häufiger regelmäßige Teilnahmen als in der Vergleichsgruppe. Insbesondere werden die Krebsfrüherkennungsuntersuchungen für Frauen, Darmkrebsvorsorge ab 50 Jahren und der Check-up 35 von türkischstämmigen Frauen regelmäßiger nachgefragt. Dennoch ist die Nicht-Teilnahme bei einigen Früherkennungsuntersuchungen höher als die eigentliche Teilnahme. Daraus lässt sich ableiten, dass innerhalb der 5-Beobachtungsjahre insgesamt die Früherkennungsuntersuchungen von den anspruchsberechtigten Personen gemäß den empfohlenen Untersuchungsintervallen zwar nicht regelmäßig wahrgenommen werden, jedoch anspruchsberechtigte Migranten mit türkischer Herkunft laut den empfohlenen Untersuchungsintervallen regelmäßiger an den Früherkennungsuntersuchungen teilnehmen als die Vergleichsgruppe. Somit wird die aufgestellte Hypothese (H_1) bestätigt.

Geschlechtsspezifische Unterschiede

Beim Vergleich der Geschlechter ist festzustellen, dass Frauen Gesundheitsuntersuchungen regelmäßiger wahrnehmen als Männer. Auch beim direkten Vergleich zwischen den Krebsfrüherkennungsuntersuchungen für Frauen und Männer konnten wesentliche Unterschiede hinsichtlich der regelmäßigen Teilnahme unter den Geschlechtern aufgezeigt werden. Während 77 Prozent der türkischstämmigen Frauen (56 Prozent Vergleichsgruppe) innerhalb der fünf Beobachtungsjahre mindestens einmal bei der Krebsfrüherkennungsuntersuchung für Frauen waren, waren im gleichen Zeitraum 51 Prozent der türkischstämmigen Männer (42 Prozent Vergleichsgruppe) mindestens einmal bei der Krebsfrüherkennungsuntersuchung für Männer.

Wie ist der Wissensstand von türkischstämmigen Migranten bezüglich Früherkennungsuntersuchungen? Welche Gründe sprechen für oder gegen eine Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen? Was beeinflusst ihr Inanspruchnahmeverhalten?

Die Ergebnisse aus den durchgeführten Erhebungen im GeM-Projekt konnten zu einem ersten Erkenntnisgewinn hinsichtlich der Einstellung zu Früherkennungsuntersuchungen, des Inanspruchnahmeverhaltens und des Gesundheitszustandes von türkischstämmigen Migranten beitragen. Die aufgeführten Evaluationsergebnisse kommen zu ähnlichen Ergebnissen wie sie bereits allgemein über das Gesundheitsverhalten und den Gesundheitszustand von türkischstämmigen Migranten in früheren Studien beschrieben werden: Fehlende Deutschkenntnisse und eine unzureichende Bildung sind wesentliche Zugangsbarrieren zur Versorgung und führen nicht nur zu generellen Informationsdefiziten über das deutsche Gesundheitswesen und dessen Angebote, sondern erschweren zusätzlich die Arzt-Patienten-Kommunikation. Auch wird bei akuten Beschwerden das häufigere Aufsuchen von Klinikambulanzen durch Patienten mit türkischem Migrationshintergrund und weniger guten Deutschkenntnissen bestätigt (Borde 2007, Borde et al. 2003). Diese Probleme treten häufiger bei Personen der ersten Migrantengeneration auf, bei denen im Gegensatz zu den Personen aus den Nachfolgenerationen fehlende Gesundheitskompetenz stärker anzutreffen ist. Dennoch wird von den befragten Ärzten darauf hingewiesen, dass geringe Bildung in der autochthonen Bevölkerung ebenfalls mit mangelnder Leistungsanspruchnahme von präventiven Maßnahmen assoziiert ist.

Zwei Drittel der befragten Migranten gaben an, sich nur unzureichend oder gar nicht über das deutsche Gesundheitssystem informiert zu fühlen. Zwar wird in allen Evaluationsergebnissen vor allem der Arzt als primäre und vertrauenswürdigste Quelle für

medizinische Informationen gesehen, dieser wird jedoch aus Sicht der Befragten seiner Rolle als Informationslieferant nicht immer gerecht. Aus diesem Grund nutzen türkische Migranten vor allem das Fernsehen/Radio und das Internet als alternative Informationsquellen. So haben 40 Prozent der Befragten vor dem Arztbesuch und immer noch 28 Prozent nach einem Arztbesuch das Bedürfnis nach weiteren Informationen. Faktoren wie Alter, Geschlecht und Bildung beeinflussen das Gesundheitsverhalten. Wie in den empirischen Analyseergebnissen entsprechend dargestellt, nehmen Frauen Früherkennungsuntersuchungen häufiger wahr als Männer, Ältere häufiger als Jüngere. Zusätzlich zu den CATI-Ergebnissen bekräftigen Ärzte Zugangsprobleme aufgrund von sprachlichen Barrieren. Neben diesem Faktor führt eine geringe Bildung zu fehlender Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung.

Nur ein Drittel der Studienteilnehmer bekunden ihr Interesse für Vorsorgethemen. Zahnvorsorge wird als die interessanteste Möglichkeit genannt, die auch von der Mehrheit regelmäßig in Anspruch genommen wird. Diejenigen, die sich grundsätzlich nicht zum Thema „Gesundheit“ informieren, nehmen Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen weniger in Anspruch. Gegen das Interesse an Informationen zum Thema Gesundheit und die Nutzung von präventiven Untersuchungen sprechen vor allem eine aktuelle Beschwerdefreiheit und die fehlende Notwendigkeit. Beim Thema Krebsvorsorge/Früherkennung werden für das fehlende Interesse Gründe wie Zeitmangel, fehlende Bedenken und zu junges Alter für eine mögliche Krebserkrankung genannt. In den Gesprächen mit den Ärzten wird darauf hingewiesen, dass türkischstämmige Personen vorrangig bei akuten Beschwerden einen Arzt aufsuchen und deshalb präventive Angebote für sie eine nachrangige Bedeutung haben. Diese Aussagen sind konsistent mit Ergebnissen aus anderen Forschungsaktivitäten. In Erhebungen über die Gründe zur Nicht-Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen werden von den Studienteilnehmern ähnliche Aussagen getroffen, die bereits in Kapitel 2.4.2.1 für die Mehrheitsbevölkerung skizziert wurden (z.B. Zok 2007, Starker et al. 2012). Die genannten Gründe widersprechen dagegen dem grundlegenden Ziel und der Ausrichtung von sekundärpräventiven Maßnahmen, wonach symptomlose Personen an den Früherkennungsuntersuchungen teilnehmen sollen.

In den Interviews verdeutlichen die Ärzte, dass zur Teilnahme an präventiven Angeboten eine persönliche Ansprache in der Zielgruppe erfolgen muss. Bezogen auf die AOK-Daten konnte am Beispiel der Darmkrebsfrüherkennung untersucht werden, welcher Anteil der Versicherten nach einer ärztlichen Beratung zur Darmkrebsfrüherkennung einen Okkultbluttest oder eine Koloskopie durchführen ließen. Jede zweite türkischstämmige Frau und mehr als jede dritte Frau aus der Vergleichsgruppe nahm

nach einem Beratungsgespräch am Okkultbluttest teil. Der Anteil der Teilnehmer an einer Koloskopie lag bei beiden Gruppen bei 4 Prozent. Dies zeigt, dass die Bereitschaft nach einer Beratung einen Okkultbluttest durchzuführen bei türkischstämmigen Frauen höher ist als bei der Vergleichsgruppe. Dennoch nimmt eine Mehrzahl an weiblichen Patienten Darmkrebsfrüherkennungsuntersuchungen nicht in Anspruch. Auf Basis der Sekundärdaten kann die ärztliche Beratung und die anschließende Teilnahme bzw. Nicht-Teilnahme an der Krebsfrüherkennungsuntersuchung als ein Indiz über ein erfolgtes Shared-Decision-Making gedeutet werden, das im Anschluss zu einer informierten Entscheidung des Versicherten geführt hat.

Zusammenfassend wirken laut den Befragungs- und Interviewergebnissen Sprachbarrieren, fehlende Gesundheitskompetenz aufgrund mangelnder Bildung sowie die Unkenntnis über den Zweck von sekundärpräventiven Angeboten einschränkend auf die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen durch türkischstämmige Migranten. Aussagen zu einer bewussten Ablehnung oder zu einer informierten Entscheidung werden nicht gemacht. Insgesamt ist die Nachfrage an Früherkennungsuntersuchungen bei türkischstämmigen Frauen größer als bei Männern. Da in den Studien nur türkischstämmige Migranten im Fokus der Befragungen und Interviews standen, liegen keine direkten Informationen über die Einstellung und die Inanspruchnahme der Mehrheitsbevölkerung an Früherkennungsuntersuchungen zugrunde. Obwohl in der GKV aufgrund identischer Zugangsvoraussetzungen sowie dem Gleichbehandlungsprinzip die soziale Lage als Faktor die Inanspruchnahme nicht beeinflussen sollte, ist gemäß den Aussagen von Ärzten und Multiplikatoren jedoch eine unzureichende Teilnahme an der Sekundärprävention bei Personen aus der Mehrheitsbevölkerung mit ähnlicher sozialer Lage (bspw. Bildungsferne) ebenfalls zu beobachten. Für eine informierte Entscheidung ist es im Allgemeinen notwendig, dass Patienten die Ziele und den Zweck von Früherkennungsuntersuchungen verstehen, deren Nutzen und Risiken kennen und abwägen können. Daraus kann letztlich die Bereitschaft oder die Ablehnung an den Leistungsangeboten teilzunehmen resultieren. Die Interviewergebnisse zeigen, dass keines der Kriterien in der türkischstämmigen Bevölkerung erfüllt ist, um eine informierte Teilnahmeentscheidung treffen zu können. Verglichen mit den Aussagen zu der allgemeinen Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen in der Bevölkerung (vgl. Kapitel 2.4.2.1) stellt sich heraus, dass es sich hierbei nicht um ein migrantenspezifisches Problem handelt, sondern um ein generelles. Eine repräsentative Umfrage zur Gesundheitskompetenz bei gesetzlich Versicherten ab 18 Jahren in Deutschland belegt, dass 12,1 Prozent der Befragten es nicht verstehen, warum sie Vorsorgeuntersuchungen benötigen. Männern

fällt es mit 14,4 Prozent häufiger schwierig, den Zweck von Vorsorgeuntersuchungen zu verstehen. Jeder Fünfte hat darüber hinaus Schwierigkeiten, Informationen zu Vorsorgeuntersuchungen zu finden. Insgesamt liegt der durchschnittliche Gesundheitskompetenz-Wert bei 31,9 Prozent. Dabei weisen 14,5 Prozent der Befragten eine unzureichende und 45 Prozent eine problematische Gesundheitskompetenz auf. Im Hinblick auf Prävention geben 59,6 Prozent an, nicht über ausreichend Gesundheitskompetenz zu verfügen (Zok 2014, Kolpatzik 2014).

Auch die Analyseergebnisse auf Basis der AOK-Abrechnungsdaten zeigen, dass die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen zwar bei türkischstämmigen Migranten stärker ausgeprägt ist als bei der Vergleichsgruppe, dennoch die empfohlenen Werte insgesamt nicht erreicht werden. Bei einigen Früherkennungsuntersuchungen ist der Anteil der Nicht-Teilnehmer häufiger als der Anteil der regelmäßigen Teilnehmer. Darüber hinaus kann anhand der errechneten Teilnahmeraten keine klaren Aussagen darüber getroffen werden, ob türkischstämmige Versicherte an den jeweiligen Früherkennungsuntersuchungen bewusst teilgenommen haben oder andere Gründe hierfür verantwortlich waren. Dies gilt auch in Bezug auf die niedrigeren Teilnahmeraten in der Vergleichsgruppe. Umgekehrt können die genannten Zugangsbarrieren in den Interviews und Befragungen aus dem GeM-Projekt, die zum Großteil mit anderen Forschungsergebnissen konsistent sind, als Indiz für den Grund einer Nicht-Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen herangezogen werden.

Die ermittelten Ergebnisse sowohl auf Basis der Abrechnungsdaten als auch auf Basis der GeM-Daten werden unter Hinzuziehung der theoretischen Modelle nachfolgend im Kapitel 6.3 näher betrachtet und in einem erweiterten Modell illustrativ dargestellt.

6.2 Kritische Reflexion des methodischen Vorgehens

6.2.1 Möglichkeiten und Grenzen von GKV-Routinedaten

Routinedaten von gesetzlichen Krankenversicherungen haben in der empirischen Forschung einen hohen Stellenwert (vgl. Kapitel 4.3). Da es in Deutschland die gesetzlich festgeschriebene Krankenversicherungspflicht gibt (Sozialgesetzbuch 2015b), sind über 80 Prozent der Bevölkerung in der GKV versichert. Diese Daten enthalten wichtige Informationen z.B. zum Versicherten (Versichertenstammdaten) oder über dessen abgerechnete Leistungen, die zu Forschungszwecken untersucht werden.

Für diese Arbeit lagen Stamm- und Abrechnungsdaten der AOK Nordost aus den Jahren 2008 bis 2012 vor. Diese enthielten umfangreiche Informationen zu einzelnen Versichertenpseudonymen sowie zu deren abgerechneten Leistungen an Früherkennungsuntersuchungen. Im Gegensatz zu anderen Studien (Kerek-Bodden et al. 2010, Riens & Mangiapane 2013) war es aufgrund identischer Datenquellen und des eindeutigen Personenbezugs möglich, sowohl die anspruchsberechtigten als auch die Leistung tatsächlich abgerufenen Versicherten zu ermitteln und in Teilnahmeraten auszudrücken. Zudem standen Daten von fünf Beobachtungsjahren zur Verfügung. Dadurch konnten zusätzlich zu den Querschnittsanalysen umfangreiche Längsschnittanalysen durchgeführt werden, um die kontinuierlichen Teilnahmen von durchgehend Versicherten zu erheben. Auch konnte dargelegt werden, bei welchen Facharztgruppen die einzelnen Leistungen abgerufen wurden. Durch die Definition von Ein- und Ausschlusskriterien wurde die Validität der Daten überprüft und sichergestellt. Eine Einschränkung bspw. auf mindestens 360 Versichertentage diente dem Ziel, Kassenwechsler aus der Studie auszuschließen. So wurde sichergestellt, dass etwaige Verzerrungen durch Kassenwechsel vermieden werden konnten.

Routinedaten von Krankenversicherungen werden primär zu Abrechnungszwecken erhoben. Deshalb zählen zu den weiteren Stärken die hohe Vollständigkeit der Datensätze, keine Informationsverzerrungen durch Selbstangaben bzw. subjektive Einschätzungen der Versicherten oder fehlende Selektionsbias. Es stehen unabhängig von der sozialen Lage oder etwaiger Zugangsbarrieren Informationen von allen Versicherten zur Verfügung. Dadurch beinhalten die Daten hohe Fallzahlen, die in Primärerhebungen vergleichsweise nicht erreicht werden können (Grobe & Ihle 2005, Hoffmann et al. 2008, Schubert et al. 2008, PMV/FEISA 2010, Swart & Ihle 2010). In den eigenen Daten lagen Informationen von rund 20 Prozent der türkischstämmigen Einwohner aus Berlin zu Analysezielen vor.

Sowohl in Primärstudien als auch bei der Nutzung von Routinedatensätzen gibt es in Deutschland keine einheitliche Definition zur Bestimmung des Migrationshintergrundes. Zudem werden Informationen zum Migrationsstatus in Deutschland in amtlichen Statistiken unzureichend erfasst (Schenk & Neuhauser 2005, Schenk et al. 2006). Manche Studien ziehen die Staatsangehörigkeit heran, andere beziehen sich auf das Geburtsland. Dies erschwert eine Vergleichbarkeit von vorhandenen Forschungsergebnissen. Für die epidemiologische Forschung sind Mindestindikatoren definiert worden, die bei der Datenerhebung berücksichtigt werden sollten. Diese Mindestindikatoren wie Einreisejahr, Muttersprache oder Geburtsland der Eltern sind für Routinedaten in der GKV nicht anwendbar (Schenk et al. 2006). Denn es handelt sich nicht

um Sozialdaten für Zwecke der Krankenversicherung (§284 SGB V) (Sozialgesetzbuch 2015b).

Wegen der fehlenden näheren Angaben wurde zur Identifikation von türkischstämmigen Versicherten in den AOK-Datensätzen der Namensalgorithmus eingesetzt (Razum et al. 2001). Denn das Merkmal Nationalität allein reicht nicht mehr aus, um Personen mit Migrationshintergrund in Routinedaten valide zu ermitteln. Auswertungen zur Performanz des Namensalgorithmus im Vergleich zum Nationalitätenschlüssel zeigen eine höhere Trefferzahl an türkischstämmigen Versicherten im Bestand der AOK. Allerdings konnte dieses Verfahren bei der Vergleichsgruppe nicht angewendet werden, um weitere Personen mit Migrationshintergrund auszuschließen. Deshalb können in der Vergleichsgruppe eingebürgerte Versicherte mit Nationalitätenschlüssel „deutsch“ enthalten sein. Auch in der Gruppe der türkischstämmigen Studienpopulation können Personen mit verschiedenen Herkunftsgruppen vertreten sein, die türkischklingende Namen haben. Diese Tatsache wurde in den Auswertungen vernachlässigt, da man davon ausgehen kann, dass diese im Laufe des Migrationsprozesses mit ähnlichen Chancen und Barrieren konfrontiert werden. Darüber hinaus liefern weder der Algorithmus noch die Routinedaten Informationen über die Migrantengeneration bzw. die Länge des Aufenthaltes im Zielland der Migration oder ob es sich um einen einseitigen oder beidseitigen Migrationshintergrund handelt. Dennoch hat das Verfahren im Vergleich zu Primärerhebungen erhöhte Vorteile, um eine hohe Zahl an Migranten in Analysen einzubeziehen. Somit steht mit Hilfe des Namensalgorithmus eine umfangreiche Datenbasis mit Informationen zum Inanspruchnahmeverhalten von türkischstämmigen Migranten bzgl. Früherkennungsuntersuchungen zur Verfügung, die sonst bspw. in Primärerhebungen nicht erzielt hätte werden können. Aus diesen Gründen bieten sich türkischstämmige Berliner als Untersuchungsgruppe mit Routinedaten bestens an.

Der Nachteil von Routinedaten ist es, dass diese keine Angaben zu Einstellungen, Beweggründen oder Zugangsbarrieren von Versicherten beinhalten. Daher kann anhand der Abrechnungsdaten nicht festgestellt werden, aus welchen Gründen eine Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen abgelehnt wurde oder ob eine bestehende Teilnahme oder Ablehnung ggf. auf einer informierten Entscheidung beruht. Die Ermittlung der jeweiligen Teilnahmeraten ist nur ein Indikator für die Nutzung der Gesundheitsversorgung, aber weder ein Indikator für vorhandene Gesundheitskompetenz in der Studienpopulation noch ein Maßstab für gleiche Zugangschancen zur Gesundheitsversorgung. In den Analysen wurde eine starke Rate an Personen

ermittelt, die Früherkennungsuntersuchungen innerhalb der fünf Jahre gar nicht wahrgenommen haben. Umgekehrt lassen sich anhand dieser Werte keine Rückschlüsse über eine bestehende oder nicht-bestehende Gesundheitskompetenz in Form einer informierten Entscheidung ziehen. Deshalb kann nicht ausgeschlossen werden, dass diese Faktoren ebenfalls das Inanspruchnahmeverhalten beeinflussen können.

Fehlende Angaben zu Einkommen, Bildung oder Beruf führten dazu, dass Auswertungen zur sozialen Lage der Studienpopulation nicht durchgeführt werden konnten. Deshalb war es nicht möglich, den Einfluss der sozialen Lage auf die Inanspruchnahme zu messen und etwaige Confounder zu kontrollieren. Versichertenmerkmale wie die Versichertenart (z.B. Anzahl an ALG II-Beziehern) oder eine Zuzahlungsbe-freiung können indirekt als Faktoren für die soziale Lage genutzt werden.

Durch die Nutzung von GKV-Daten können einige im lebenslauforientierten Modell skizzierte Determinanten (vgl. Kapitel 2.4.1.3) vernachlässigt werden. Aufgeführte Einflussfaktoren auf die Gesundheit von Migranten wie die rechtliche Lage oder grundsätzliche Zugangsbarrieren gelten im Grunde genommen für in der GKV versicherte Personen nicht so stark wie etwa für andere Personenkreise (z.B. Asylsuchende). Denn alle gesetzlich krankenversicherten Migranten haben einen legalen Aufenthalt in Deutschland und für sie gelten die gleichen Zugangsvoraussetzungen zur Versorgung wie für die Mehrheitsbevölkerung. Faktoren wie Sprachbarrieren oder Wissensdefizite können den Zugang zur medizinischen Versorgung einschränken. Diese Faktoren lassen sich allerdings auf Basis von Routinedaten nicht messen.

Darüber hinaus fehlte in den Daten das exakte Geburtsdatum von den Versicherten. Es standen lediglich das Geburtsjahr und das Alter für die Einzeljahre zur Verfügung. Dies erschwerte eine genaue Zuordnung der Versicherten in die jeweiligen Leistungs-jahre. Zur Ermittlung der Inanspruchnahme von U-Untersuchungen durch anspruchsberechtigte Kinder wurden diese aufgrund der kurzen Intervalle anhand ihres Geburtsjahres zugeordnet. Dies machte vor allem die Berechnung der Teilnahmeraten von Personen schwierig, die zum Jahreswechsel geboren wurden. Versicherte, die bspw. zum Jahreswechsel geboren wurden, richtigerweise im Folgejahr die Leistung beanspruchten, werden auch in den Daten des Folgejahres ermittelt, jedoch mit einem Alter von $X+1$. Aufgrund der Diskrepanz zwischen Alter und Lebensjahr kann es in den Auswertungen zu Beginn der Leistungsanspruchnahme eine Unterschätzung der Teilnehmer bzgl. ihres Alters geben.

Zum Teil waren in den Datensätzen fehlerhafte Kodierungen durch Ärzte identifizierbar. Diese Fälle wurden aus den Analysen ausgeschlossen. Ausgeschlossen wurden

auch Mehrfachinanspruchnahmen, da aufgrund von fehlenden Detailinformationen die Gründe hierfür nicht nachvollziehbar waren. Durch klare Ein- und Ausschlusskriterien fand ein fünfstufiger Datenbereinigungsprozess statt. Dadurch konnte sichergestellt werden, dass innerhalb der Datenauswertungen Vergleiche zwischen den beiden Gruppen erfolgen können. Der klare Personenbezug sowohl in den Stammdaten als auch in den Abrechnungsdaten ermöglichte exakte Erhebungen von anspruchsberechtigten und die Leistungen tatsächlich abgerufenen Versicherten. Trotz dieser Vorteile wurden aufgrund fehlender Informationen bei der Berechnung der Teilnehmeraten im Nenner anspruchsberechtigte Personen einbezogen, die ggf. Krebspatienten oder in bestimmter kurativer Behandlung sind und entsprechend nicht an einer sekundärpräventiven Früherkennungsuntersuchung teilnehmen können bzw. dürfen. Somit kann die Anzahl der anspruchsberechtigten Versicherten leicht überschätzt bzw. die ermittelten Teilnehmeraten unterschätzt worden sein.

Insgesamt haben die Analyseergebnisse aufgrund der Größe der Studienpopulation eine gute Aussagekraft und geben einen guten Überblick über das Inanspruchnahmeverhalten von türkischstämmigen Versicherten in Berlin. Denn bezogen auf das Berliner Einwohnerregister ist mehr als jeder zweite Berliner bei der AOK versichert (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 2015a). Für die Methode sprechen die hohen Fallzahlen, die Vollständigkeit der Datensätze, eine genaue Identifikation der Zielgruppe anhand des Namensalgorithmus, Daten aus fünf Beobachtungsjahren, die einen Verlauf in der Teilhabe an der Gesundheitsversorgung abbilden, eine einheitliche Datenquelle für Stamm- und Abrechnungsdaten und somit der eindeutige Personenbezug. Da Primärerhebungen zum Großteil auf Selbstangaben der Teilnehmer basieren und folglich zu Überschätzungen führen können, sind GKV-Routinedaten im Vergleich belastbarer.

Die Analyse füllt eine entscheidende Lücke und beschreibt erstmals die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen durch türkischstämmige Migranten exemplarisch auf Grundlage von Abrechnungsdaten der AOK Nordost. Dennoch handelt es sich um eine exemplarische Studie, die für AOK Nordost versicherte Berliner repräsentativ ist und eine bevölkerungsweite Aussage nicht zulässt. Denn Analysen von Vogt et al. zeigen, dass die Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen innerhalb der Bundesländer variieren kann (Vogt et al. 2014). Unterschiedliche Arztdichte, unterschiedliche Arztnetzwerke, bundeslandspezifische Gesetze oder unterschiedliche regionale Angebote und Kooperationen zur Förderung der Teilhabe an Früherkennungsuntersuchungen können unterschiedliche Effekte auf Versicherte ausüben. In Berlin gibt es z.B. über 90 Ärzte, die türkische Wurzeln haben.

Insgesamt 188 Arztpraxen weisen aus, dass in der Praxis, sei es durch die Ärzte selbst oder durch das Personal, türkisch gesprochen wird (KV Berlin o.J.). Zudem berücksichtigt Berlin als erstes Bundesland sozioökonomische Faktoren für die vertragsärztliche Versorgung, d.h. Bezirken mit hoher sozialer Belastung werden mehr Ärzte zugeordnet als Bezirken mit guter Sozialstruktur (Gesundheitsberichterstattung Berlin 2013). All diese Faktoren können dazu beitragen, den Zugang zur medizinischen Versorgung für benachteiligte Personen zu vereinfachen. Hierbei kann die Benachteiligung z.B. auf Sprachbarrieren oder auf generelle soziale Umstände beruhen. Dies kann in anderen Bundesländern mit differierenden Strukturen anders aussehen, was in weiteren Studien empirisch analysiert werden könnte.

Zudem gibt es innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherungen verschiedene Versichertenklientele mit unterschiedlicher Sozialstruktur. Deshalb können Analyseergebnisse mit AOK-Daten nicht auf Kunden anderer Kassenarten übertragen werden. Untersuchungen von Rattay et al. haben bspw. innerhalb der Krankenversicherungen unterschiedliche Teilnahmeraten an den U-Untersuchungen ermittelt (Rattay et al. 2014). Hoffmann und Bachmann weisen bei AOK-versicherten Kindern auf eine niedrigere soziale Lage hin als bei Kindern aus anderen Kassenarten (Hoffmann & Bachmann 2014). Auf Basis ihrer Analyseergebnisse schlussfolgern Hoffmann und Icks, dass es zwischen den Krankenkassen Unterschiede in der Versicherten- und Morbiditätsstruktur gibt (Hoffmann & Icks 2012). Zur Erforschung des Inanspruchnahmeverhaltens ist es aufgrund dieser Tatsache ratsam, weitere empirische Analysen auf Basis von Daten einer oder mehrerer Kassenarten durchzuführen, um neue Erkenntnisse über das Inanspruchnahmeverhalten von türkischstämmigen Migranten oder aber auch der Mehrheitsbevölkerung zu erhalten. Dadurch kann überprüft werden, ob Einschränkungen in der Teilnahme von strukturellen oder vielmehr von individuellen Faktoren abhängen.

Es wurden Abrechnungsdaten innerhalb der Regelleistungen in der GKV untersucht. Etwaige IGeL-Leistungen oder Teilnahmen durch Privatversicherte oder weitere Migrantengruppen mit eingeschränktem Zugang zur Gesundheitsversorgung (z.B. Flüchtlinge, Asylsuchende) werden hiermit nicht berücksichtigt. Zudem handelt es sich bei Migranten um eine heterogene Gruppe. Erkenntnisse über eine Migrantenpopulation – hier türkischstämmige Migranten - können nicht auf andere Migrantengruppen übertragen werden.

6.2.2 Möglichkeiten und Grenzen von Primärerhebungen

Zur Darstellung der Einstellung und des Wissensstandes von türkischstämmigen Migranten wurden Ergebnisse aus unterschiedlichen Primärerhebungen benutzt. In Interviews mit Ärzten und Multiplikatoren, die einen engen Kontakt zu türkischstämmigen Migranten haben und selbst zum Teil türkischer Abstammung sind, berichteten diese von ihren Erfahrungen in der Arzt-Patienten-Kommunikation und dem täglichen Ablauf in der Gesundheitsversorgung. Dadurch konnte aus einem anderen Blickwinkel die Situation von Migranten im Gesundheitswesen betrachtet werden. Die Ausführungen der Interviewteilnehmer ähnelten sich zum Großteil, so dass darauf verzichtet wurde, weitere Ärzte und Multiplikatoren in die Interviews einzubeziehen.

In die Interviews und Befragungen wurden nur türkischstämmige Personen einbezogen. Um gewisse Einflussfaktoren erkennen zu können, wurden folgende Merkmale erfasst: Aufenthaltsdauer, Sprachkenntnisse (Deutsch und/oder Türkisch), Staatsangehörigkeit und Geburtsland. Somit wurden viele der Mindestindikatoren erhoben, die zur Erfassung des Migrationsstatus in Studien definiert waren (Schenk et al. 2006). Darüber hinaus wurde anhand der Kriterien Bildung, Einkommen und Beruf die soziale Lage abgefragt. Als wesentliche Einflussfaktoren wurden das Alter, das Geschlecht sowie die Bildung identifiziert. Mit einer geringen Bildung gehen Sprachbarrieren und fehlende Gesundheitskompetenz einher. In der Ergebnisdarstellung fehlen hierzu detaillierte Auswertungen, um die Einflussfaktoren anhand dieser Merkmale abbilden zu können. Aufgrund einer anderen Zielrichtung im GeM-Projekt wurde dort auf ausführliche statistische Auswertungen verzichtet, so dass Zusammenhänge nicht auf Signifikanz überprüft wurden. Mit einem Anteil von 54 Prozent weisen die Teilnehmer an den Befragungen einen hohen Bildungsabschluss auf. Dies ist bei der Deutung der Ergebnisse nicht zu vernachlässigen.

Die Befragungs- und Interviewergebnisse lieferten grundsätzlich gute Erkenntnisse über die Einstellung zu Früherkennungsuntersuchungen und dessen Inanspruchnahme durch türkischstämmige Migranten in Deutschland. Viele der Angaben spiegeln Ergebnisse aus früheren Studien wider. Auch sind die individuellen Aussagen von türkischstämmigen Personen konsistent mit den Expertenaussagen in den Interviews. Es handelt sich bei den Befragungs- und Interviewergebnissen mit türkischstämmigen Migranten um Selbstangaben, die verzerrt sein können. Zudem ist mit einem Selektionsbias zu rechnen.

Da der Fokus im GeM-Projekt nur bei türkischstämmigen Migranten lag, gibt es in diesem Zusammenhang vergleichsweise kaum Aussagen über die Mehrheitsbevölkerung. Während es sich bei einem Großteil der Befragungsteilnehmer um AOK-Versicherte mit Berliner Wohnsitz handelt, fanden die CATI-Interviews hingegen bundesweit statt. Somit haben diese einen sehr geringen Bezug zu den Versicherten in den Routinedaten. Dennoch erfüllen sie ihren Zweck, in dem anhand der Aussagen allgemein festgestellt werden kann, ob es bei der Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen migrationspezifische Aspekte gibt oder weitere Faktoren wie der soziale Status die Inanspruchnahme wesentlich beeinflussen.

6.3 Lebenslaufperspektive für die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen in der GKV

In dem in Kapitel 2.4.1.3 beschriebenen Modell werden die Einflussfaktoren bezogen auf die Gesundheit von Migranten einer lebenslauforientierten Betrachtung zugeschrieben. Das Modell basiert auf der lebenslaufbezogenen Epidemiologie (Ben-Shlomo & Kuh 2002, Kuh et al. 2003, Lynch & Smith 2005, De Stavola et al. 2006). Eine migrationsbedingte gesundheitliche Ungleichheit kann danach durch eine Vielzahl von Einflussfaktoren in den unterschiedlichsten Phasen des Lebenslaufs verursacht werden, die sich auch auf das Inanspruchnahmeverhalten auswirken können (Razum & Spallek 2009b, Spallek et al. 2011, Razum & Spallek 2015). Es bleibt im Modell allerdings offen, welche Faktoren den größten Einfluss auf das Inanspruchnahmeverhalten von Migranten haben. Zudem wird im Modell die Gesundheitskompetenz als weiterer Einflussfaktor nicht berücksichtigt, die laut den eigenen Ergebnissen eine wesentliche Bedeutung zur Bildung von gesundheitlicher Eigenverantwortung hat. Auch wird nicht erwähnt, ab welchem Zeitpunkt der Aspekt „Migrationshintergrund“ und dessen Effekte an Relevanz verlieren. Aufgrund der zunehmenden Adaption an das Zielland, der steigenden Anzahl der Einbürgerungen sowie Geburten der Nachfahren im Zielland werden die heutigen Definitionen des Migrationshintergrunds mit der Zeit nicht mehr auf alle Nachfolgegenerationen zutreffen können, so dass deren Identifikation in amtlichen Daten weiterhin erschwert sein wird. Ferner können heute geltende migrationsassoziierte Einflussfaktoren auf die Gesundheit zu einem späteren Zeitpunkt nicht mehr für alle Migrantengruppen gleichermaßen zutreffen. Ausgehend von einer niedrigen sozialen Lage bei Migranten der ersten Generation identifizierten sowohl der Healthy-Migrant-Effekt als auch das Modell des

„gesundheitlichen Übergangs“ bei ihnen gesundheitliche Vorteile. Allerdings wird darauf hingewiesen, dass bei den Nachfolgenerationen dieser Vorteil mit der Zeit zurückgehen kann (Razum & Twardella 2002, Razum 2006a, 2006b, Kohls 2008, Knipper & Bilgin 2009). Das Ziel sollte aus Public Health-Sicht daher sein, diesen Vorteil in dieser Bevölkerungsgruppe beizubehalten und etwaigen Risiko- und Einflussfaktoren durch entsprechende Interventionen entgegen zu wirken. Aufgrund der eingeschränkten Datensituation bleibt es weiterhin erschwert, die wesentlichen Gründe für die Nicht-Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen empirisch zu erklären. Vergleiche mit internationalen Studien sind schwer durchführbar, da alle verschiedene Migrantendefinitionen nutzen, unterschiedliche Daten sowie differierende Präventionsmaßnahmen haben und innerhalb ihres Gesundheitssystems unterschiedliche Konzepte verfolgen.

In der Literatur bleibt es weiterhin offen, ob der Aspekt Migrationshintergrund oder vielmehr die soziale Lage die Gesundheit und das Inanspruchnahmeverhalten negativ beeinflussen (Razum et al. 2008, RKI 2008a, Razum & Spallek 2009a, Hornung 2010). Vereinzelt beschreiben Studien Zugangsbarrieren wie Sprache oder Wissenslücken als Haupthinderungsgründe (Spallek & Razum 2007, RKI 2008a, Hornung 2010, Rechel et al. 2013,). Die eigenen empirischen Analyseergebnisse auf Basis der Sekundärdaten deuten auf unterschiedliche Einflussfaktoren bei türkischstämmigen Migranten hin. Neben dem Migrationshintergrund üben die Merkmale Alter, Geschlecht, DMP-Teilnahme oder Zuzahlungsbefreiung einen relevanten positiven Einfluss auf die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen aus. Entgegen den Ausführungen in der Literatur konnte für Berlin gezeigt werden, dass türkischstämmige Personen Früherkennungsuntersuchungen häufiger wahrnehmen als die Vergleichsgruppe. Insgesamt liegen die Teilnahmeraten in der Studienpopulation jedoch nicht auf dem gewünschten Niveau. So kann daraus abgeleitet werden, dass für die generelle Nicht-Teilnahme an sekundärpräventiven Angeboten offensichtlich migrationsassoziierte Faktoren nicht der alleinige Grund sein können, sondern weitere Faktoren zu berücksichtigen sind.

Die Befragungsergebnisse identifizieren weitere Einflussfaktoren: Geringe Bildung, Zugangsbarrieren durch Sprachprobleme oder fehlende Gesundheitskompetenz beeinträchtigen das Gesundheitsverhalten. Eine fehlende Gesundheitskompetenz wird laut den Ansätzen von Health Literacy u.a. auf Sprach- und Bildungsdefizite zurückgeführt (Kickbusch et al. 2005, Stutz Steiger 2011, WHO 2013b, Messer et al. 2015). Oft weisen Migranten gegenüber der Mehrheitsbevölkerung eine geringere Bildung,

eine höhere Arbeitslosenquote und ein geringeres Einkommen auf (Statistisches Bundesamt et al. 2016). Eine fehlende Gesundheitskompetenz ist jedoch nicht allein ein negativer Einflussfaktor auf das Gesundheitsverhalten von Migranten, sondern ein gesamtgesellschaftliches Problem. Auf diese Situation wird immer stärker in der Literatur eingegangen (Dreier et al. 2012, Zok 2014, Razum & Spallek 2015). Denn Befragungen bei der autochthonen Bevölkerung über die Nutzung von Früherkennungsuntersuchungen belegen ebenfalls geringe Teilnahmeraten. Als wesentliche Hauptgründe für die Nicht-Inanspruchnahme werden u.a. fehlende Kenntnisse bzw. Wissensdefizite über die jeweiligen Leistungen genannt (vgl. Kapitel 2.4.2.1), die auf strukturelle Probleme zurückzuführen sind. Da der Zugang zur gesundheitlichen Versorgung in der GKV unabhängig von der sozialen Lage einheitlich geregelt ist, kann davon ausgegangen werden, dass auf das Inanspruchnahmeverhalten von türkischstämmigen Personen ähnliche Faktoren einwirken wie bei der autochthonen Bevölkerung.

Bei türkischstämmigen Migranten ist der Migrationsprozess zum Großteil abgeschlossen²³. Aktuelle Statistiken zeigen sogar, dass diese in ihr Herkunftsland eher zurückkehren als nach Deutschland migrieren (BMI & BAMF 2015). Im Vergleich zur Mehrheitsbevölkerung handelt es sich um eine junge Bevölkerungsgruppe, die größtenteils keine eigene Migrationserfahrung nachweisen kann. Jede zweite türkischstämmige Person lebt seit ihrer Geburt in Deutschland, durchlebt das deutsche Bildungswesen und hat sich an das hiesige Gesundheitssystem adaptiert. Kinder, die in Deutschland geboren werden, profitieren seit ihrer Geburt von der Gesundheitsversorgung.

Unabhängig vom Migrationsprozess oder -hintergrund verdeutlicht das lebenslauforientierte Modell im Allgemeinen, dass die Bedingungen in der Kindheit und die individuellen Lebensgewohnheiten im Jugend- und Erwachsenenalter eine wesentliche Rolle für die Gesundheit der Menschen im Laufe ihres Lebens spielen. Die einzelnen Interventionsmaßnahmen, die in dieser Arbeit betrachtet wurden, tangieren unterschiedliche Altersgruppen und im Erwachsenenalter auch unterschiedliche Geschlechter. Somit setzen sie an einzelnen Lebensphasen eines Individuums ein: Geburt und Kindheit, Jugend und das Erwachsensein. Unter Berücksichtigung der zuvor genannten Aspekte und Erkenntnisse aus den eigenen Analysen kann das lebenslauforientierte Modell wie in Abbildung 46 dargestellt hinsichtlich der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der GKV mit Ansätzen von

²³ Dies müsste größtenteils auf alle Menschen mit Migrationshintergrund zutreffen, die aus den ehemaligen Gastarbeiterländern stammen und seit mehreren Generationen in Deutschland leben.

Health Literacy (Sørensen et al. 2012) weiterentwickelt werden: Die einzelnen Früherkennungsmaßnahmen werden entsprechend ihrer Ausrichtung im Lebenslauf abgebildet. Hierbei wirken unterschiedliche Einflussfaktoren in den verschiedenen Lebensphasen auf die Inanspruchnahme. Es wurden diejenigen in dieser Arbeit identifizierten Einflussfaktoren einbezogen, die eine wesentliche Wirkung auf die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen durch gesetzlich Versicherte haben können. Diese sind bspw. Alter, Geschlecht oder Bildung. Unter dem Gesichtspunkt, dass die Nicht-Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen nicht nur migrationspezifisch ist, sondern ein gesamtgesellschaftliches Problem darstellt - bei sozial schwachen Personen aus der Mehrheitsbevölkerung ist ein ähnliches Gesundheitsverhalten zu beobachten - wird das Merkmal Migrationshintergrund als Indikator generell in das Modell integriert. Der im lebenslauforientierten Modell von Spallek et al. beschriebene Migrationsprozess (Spallek et al. 2011) wird für gesetzlich Versicherte somit vernachlässigt, kann allerdings für andere Personengruppen (z.B. Flüchtlinge) in anderen Modellen wieder relevant sein.

Aus Public Health-Sicht ist es von hoher Bedeutung, dass die Individuen sich mit präventiven Angeboten frühzeitig beschäftigen, damit sie in den späteren Lebensphasen keine gesundheitlichen Einschränkungen entwickeln. Hierfür sollte frühzeitig Gesundheitskompetenz in der Gesellschaft aufgebaut werden, um darauf anknüpfend als mündiger Patient die Inanspruchnahme weiterer im Lebenslauf angebotener Interventionen unter Nutzen-Risiko-Abwägung eigenverantwortlich beurteilen zu können. Deshalb wird im Modell als weiterer relevanter Einflussfaktor die Gesundheitskompetenz berücksichtigt. Es ist gesundheitswissenschaftlich belegt, dass fehlende Gesundheitskompetenz in der Gesamtbevölkerung die Inanspruchnahme hemmen kann. Für die informierte Entscheidung sollte eine gewisse Gesundheitskompetenz vorhanden sein, die dazu befähigt, gesundheitsrelevante Informationen zu erkennen, zu verstehen, zu bewerten und schließlich anzuwenden. Diese sollte in der individuellen Lebensphase eines jeden Menschen frühzeitig aufgebaut werden. Bei Kindern und Jugendlichen wird die Inanspruchnahme durch die informierte Entscheidung der Eltern beeinflusst. Dieser Umstand könnte den positiven Effekt haben, dass Eltern sich frühzeitig mit präventiven Maßnahmen auseinandersetzen müssen. Die informierte Entscheidung soll dazu beitragen, Wissen über Nutzen und Risikofaktoren ausreichend aufzubauen, damit sowohl eine bewusste Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen als auch ein bewusster Verzicht auf Früherkennungsuntersuchungen erfolgen kann. Das Erreichen hoher Teilnahmezahlen erhält dadurch

eine nachrangige Bedeutung. All dies setzt voraus, dass zum Wissensaufbau die entsprechenden Informationen über Vor- und Nachteile zur Verfügung stehen müssen. Deshalb sind im Modell als übergeordnetes Kriterium politische sowie gesetzliche Rahmenbedingungen aufgenommen worden, die zum Gelingen der (gesundheits-) politischen Zielsetzungen (z.B. informierte Entscheidung, Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit) die entsprechenden Voraussetzungen schaffen müssen. Damit eine informierte Entscheidung auf das Inanspruchnahmeverhalten positiv wie negativ wirken kann, sollten für die unterschiedlichen Früherkennungsuntersuchungen entsprechende gesundheitsrelevante Informationen in leicht verständlicher Form und jedem zugänglich zur Verfügung gestellt werden. Bei organisierten Früherkennungsuntersuchungen sollten die jeweiligen Informationen mit den schriftlichen Einladungen bereitgestellt werden. Opportunistische Programme ermöglichen es Versicherten, bspw. im Arzt-Patienten-Gespräch über Nutzen und Risiken aufgeklärt zu werden, um darauf basierend eine informierte Entscheidung zu treffen.

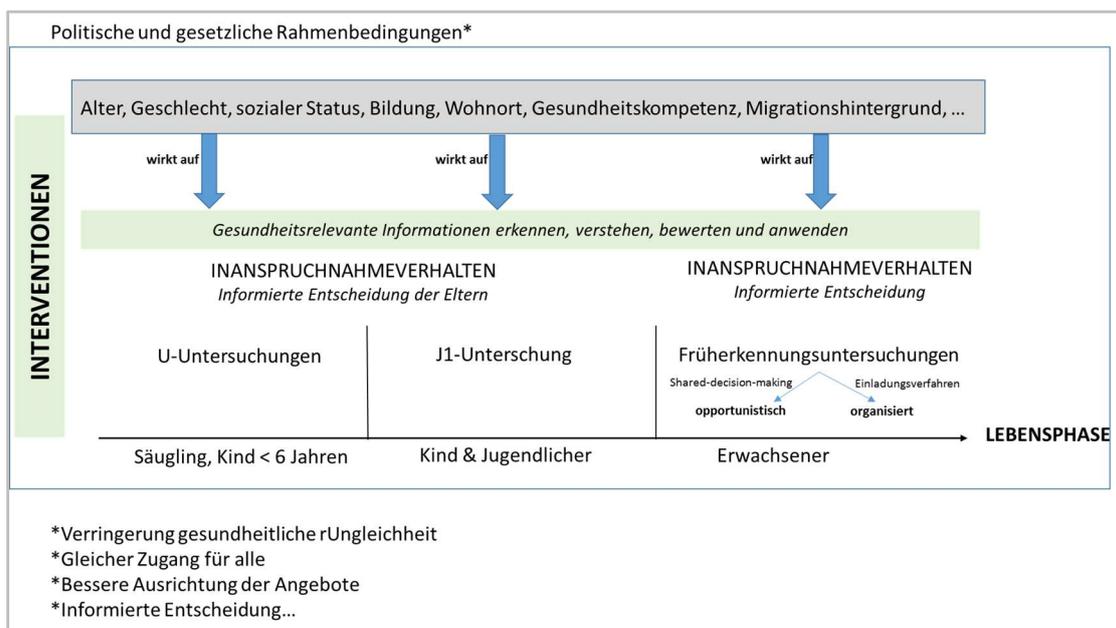


Abbildung 46: Einflussfaktoren auf das Inanspruchnahmeverhalten im Lebenslaufmodell

Quelle: Eigene Darstellung

Das entwickelte Modell dient dazu, unter Berücksichtigung weiterer Aspekte im Zusammenhang von Migration und Gesundheit einerseits und der allgemeinen Inanspruchnahme von medizinischen Angeboten andererseits in der Gesellschaft die Wirkmechanismen darzustellen. Die Herangehensweise zur Entwicklung des Modells beruht lediglich auf den empirischen und erhobenen Daten, die zur Feststellung der

Inanspruchnahme von sekundärpräventiven Angeboten durch türkischstämmige Migranten analysiert wurden. Damit sollen weitere Diskussionen und neue Hypothesen angestoßen werden, die in weiteren Forschungsaktivitäten empirisch untersucht werden können.

6.4 Schlussfolgerung und Ansätze für weitere Studien

Die vorliegende Dissertation leistet u.a. aufgrund ihrer hohen Fallzahlen, einer genauen Zuordnung der einzelnen Informationen auf die jeweiligen Versichertenpseudonyme sowie den Einbezug von Versichertenmerkmalen einen wichtigen Beitrag zur Erforschung des Zugangs von türkischstämmigen Migranten zur medizinischen Versorgung. Es lassen sich aber auch weitere Forschungslücken erkennen. Denn eine stärkere Teilnahmerate durch türkischstämmige Migranten an allen analysierten Früherkennungsuntersuchungen kann auf den ersten Blick ein positives Signal in die Gesundheitsforschung setzen. Dennoch handelt es sich um Erkenntnisse, die allein auf türkischstämmige Migranten in Berlin zutreffen und nicht auf andere Migranten-Gruppen übertragbar sind. Zudem zeigen die ermittelten Werte am Beispiel vom Mammographie-Screening, dass die Nutzung von sekundärpräventiven Angeboten in Deutschland im europäischen Vergleich insgesamt niedriger ist. Aus den abgeleiteten Erkenntnissen und der Bedeutung des Themas sowohl für die (Gesundheits-)Politik als auch für die gesundheitswissenschaftliche Forschung können weitere Ansätze und Fragestellungen verfolgt werden, um den allgemeinen Zugang zur medizinischen Versorgung in Deutschland weiter zu verbessern und ggf. Anpassungen durchzuführen. Nachfolgend werden einige Anregungen und Handlungsempfehlungen beschrieben, die nicht nur die informierte Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen fördern sollen, sondern auch die weitere Forschung in diesem Themenfeld.

Strategien und Maßnahmen für Kinder und Jugendliche

Präventive Interventionen sollten möglichst frühzeitig im Lebenslauf ansetzen. Hierfür hat der Gesetzgeber bereits einige politische Grundlagen geschaffen. Neben den Regularien im SGB V soll die Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit in den frühen Jahren bei Kindern und Jugendlichen ansetzen und das gesunde Heranwachsen stärken. Ihre Ziele sind, die gesundheitliche Chancengleichheit in der Bevölkerung zu verbessern, Prävention und Gesundheitsförderung auszubauen sowie gesundheitliche Risiken zu minimieren. Hierfür wurden die Ergebnisse der KIGGS-Studie herangezogen, die erstmals Kinder mit Migrationshintergrund in

repräsentativ hoher Zahl in einer Studie einbezog. Auf Grundlage der dort identifizierten Defizite in der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen durch Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund soll diesen sowohl mit primär- als auch sekundärpräventiven Initiativen und Projekten entgegengewirkt werden. Kinder aus Migrantinnen- und sozial schwachen Familien wurden stärker in den Fokus genommen (vgl. Kapitel 2.5.2) (BMG 2008, 2015c). Die eigenen Erhebungen und Ergebnisse aus der Literatur zeigen, dass U-Untersuchungen grundsätzlich eine hohe Akzeptanz in der Gesellschaft haben. Es müssten allerdings Strategien initiiert werden, die den Abwärtstrend ab der U7 minimieren und somit eine möglichst vollständige Teilnahme an den U-Untersuchungen gewährleisten. Die eingeführten bundeslandspezifischen Einladungs- und Meldewesen für verbindliche Früherkennungsuntersuchungen zum Zwecke der Teilnahmeerhöhung erfüllen laut Studien ihre Zielsetzung (NLG 2008, Thaiss et al. 2010, Hock et al. 2013). Die schriftlichen Einladungen sollten inhaltlich dahingehend überprüft werden, ob diese insbesondere Familien mit Migrationshintergrund oder mit einem niedrigen sozialen Status effizient erreichen. Regionale Vergleiche können dabei helfen, die Wirksamkeit der Maßnahmen zu bewerten.

Auch sollte die J1-Untersuchung eine stärkere gesundheitspolitische Aufmerksamkeit erlangen. Teilnahmeraten von unter 50 Prozent deuten auf Informationsdefizite und eine mangelnde Ausrichtung der J1-Angebote auf die Zielgruppe hin. Schriftliche Einladungen analog den U-Untersuchungen, stärkere Bewerbungen an Settings wie Schulen oder Kinderärzte sollten Wissensdefizite bei Jugendlichen und ihren Eltern abbauen. Zudem bietet die BZgA auf ihrer Internetseite kindergesundheit-info.de zahlreiche Informationen rund um die Kindergesundheit an (BZgA 2016). Die dort zur Verfügung gestellten Broschüren und Plakate sollten auf ihre Ausrichtung überprüft und in der Öffentlichkeit stärker beworben werden.

Im Bereich der Kindergesundheit bietet die KIGGS-Studie aus Public Health-Sicht gute Ansätze zur Erforschung der subjektiven Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland und deren Inanspruchnahmeverhalten. Diese Studien sollten regelmäßig fortgesetzt werden, um Veränderungen im Zeitablauf darstellen zu können. Die Basispublikation von KIGGS Welle 1 liefert neue Erkenntnisse. Rattay et al. berichten zum Beispiel, dass AOK-versicherte Kinder vergleichsweise Früherkennungsuntersuchungen geringer nutzen (Rattay et al. 2014). Das AOK-System sollte deshalb zur Verbesserung der Prävention von Kindern ihre Ansätze und Konzepte weiterentwickeln, um eine vollständige Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen zu unterstützen. Diese könnten bspw. zeitnahe Informationen über einzelne U-Untersuchungen enthalten oder in die AOK-Initiative „Gesunde Kinder – gesunde Zukunft“

integriert werden, die zur Minimierung gesundheitlicher Risiken schwerpunktmäßig primärpräventive Maßnahmen und Informationen zu Bewegung, Ernährung und seelisches Wohlbefinden für Kita's und Familien anbietet (AOK 2016a). Somit kann die durch das Präventionsgesetz festgelegte Forderung, Früherkennungsuntersuchungen stärker an die individuellen Belastungen und an Risikofaktoren für das Entstehen von Krankheiten auszurichten, erfüllt werden (BMG 2016b).

Darüber hinaus geben Einschulungsuntersuchungen einen guten Überblick über die Versorgungssituation von Kindern. Die Erhebung des Migrationshintergrundes bei den Einschulungsuntersuchungen erlaubt es, besonders auf die gesundheitliche Situation von Migrantenkindern aufmerksam zu machen. Hierfür sollte ein bundesweit einheitliches Verfahren entwickelt werden, um Vergleiche innerhalb der einzelnen Bundesländer und Regionen ziehen zu können. In einem Modellprojekt wird schrittweise eine einheitliche Datenerhebung des Migrationshintergrundes bei den Einschulungsuntersuchungen bundesweit eingeführt, das in Berlin erstmals für das Schuljahr 2015/16 eingesetzt wird. Eine einheitliche Datenerhebung erlaubt es, zukünftig zwischen Kindern mit einseitigem und beidseitigem Migrationshintergrund zu unterscheiden (Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales 2014). Weitere Bundesländer sollten mit der Einführung zeitnah starten, damit bundeslandspezifische Vergleiche durchgeführt und etwaige Maßnahmen daraus abgeleitet werden können.

Strategien und Maßnahmen für Erwachsene

Krebsfrüherkennungsuntersuchungen haben in den letzten Jahren in Deutschland gesundheitspolitisch einen hohen Stellenwert erhalten. Deshalb ist es von hohem Interesse, die Teilnahmeraten von den jeweiligen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen zu messen. Mit dem Nationalen Krebsplan hat der Ansatz einer informierten Entscheidung einen Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik herbeigeführt. Im Vordergrund stehen höhere Patientensouveränität, ausreichendes Wissen über Nutzen und Risiken von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen und daraus ableitend höhere Teilnahmeraten durch informierte Patienten (Ziele-Papier 1 des Nationalen Krebsplans 2010, Kraywinkel et al. 2012, BMG 2016a). Das Schwerpunktjahr „Gesundheit und Pflege in der Einwanderungsgesellschaft“ macht zusätzlich auf die gesundheitliche Situation und Versorgung von Migranten aufmerksam und versucht mit Maßnahmen und Konzepten im Rahmen der Prävention und Gesundheitsförderung u.a. die informierte Inanspruchnahme von Migranten zu verbessern. In Kapitel 2.5 wurden die Ansätze und Gesetzesänderungen ausführlich beschrieben. All diese politischen Maßnahmen deuten darauf hin, dass zukünftig in epidemiologischen Studien neben

der Messung der Teilnahmeraten auch die Erhebung der Gesundheitskompetenz erfolgen sollte. Dadurch kann geklärt werden, ob Zugangsbarrieren vorrangig auf den Migrationshintergrund oder auf andere Faktoren zurück zu führen sind, die z.B. durch vorhandene Patientensouveränität ausgelöst werden können.

Krebsfrüherkennungsuntersuchungen sind aufgrund ihres bisher als gering erwiesenen Nutzens in der Wissenschaft umstritten. Studien zeigen, dass anspruchsberechtigte Personen den Nutzen von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen überschätzen und mögliche Schäden unterschätzen. Die eigenen Untersuchungen weisen auf geschlechtsspezifische Unterschiede in der Inanspruchnahme hin. Das geringe Interesse von Männern an Gesundheitsthemen sollten in zukünftigen Konzepten stärker berücksichtigt werden. Interview- und Befragungsergebnisse bestätigen Wissensdefizite über den Zweck von sekundärpräventiven Angeboten und eine fehlende Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung (Zok 2014). Eine der Grundvoraussetzungen für die informierte Entscheidung ist eine genügend vorhandene Gesundheitskompetenz. Laut Definition von Health Literacy können Patienten dazu befähigt werden, mit konkreten Entscheidungen und Handlungen ihr Gesundheitsverhalten zu verbessern, wenn gesundheitsrelevante Informationen verständlich aufbereitet und jedem zugänglich bereitgestellt werden. Hierfür sind angemessene, niedrighschwellige sowie evidenzbasierte Informationsmaterialien und zielgruppengerechte Kommunikationsstrategien notwendig, die die Voraussetzungen für eine informierte Entscheidungsfindung schaffen (Walter et al. 2015).

Um die Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen zu erhöhen, sind bereits zahlreiche Aktivitäten umgesetzt worden. Neben den gängigen print- und onlinebasierten Informationsmaterialien schreiben immer mehr gesetzliche Krankenversicherungen aktiv ihre Versicherten persönlich per Brief an und laden sie zu Krebsfrüherkennungsuntersuchungen ein. Berichtet werden ein Anstieg der Teilnahmeraten und die höhere Beteiligung von Männern an den Untersuchungen, die bisher vergleichsweise geringe Teilnahmeraten aufzeigen (Ärzte Zeitung 2013, LebensBlicke 2016). Um das Interesse für gesundheitliche Themen bei männlichen Versicherten zu stärken, gibt es einige Onlineangebote speziell für Männer. Als Beispiele sind das „Männergesundheitsportal“ des BZgA oder das Portal „MännerGesundheit“ der Betriebskrankenkassen (BZgA o.J., BKK o.J.) zu nennen. Auch bieten einige Krankenversicherungen Erinnerungsservices oder Vorsorgemanager an, die an Vorsorgetermine erinnern sollen. Die AOK hat einen deutsch-türkischen Vorsorgemanager als App entwickelt, die zweisprachig über alle gesetzlichen Früherkennungsuntersuchungen in-

formiert und gleichzeitig die Vorsorgetermine verwaltet. Darüber hinaus belohnen gesetzliche Krankenversicherungen ihre Versicherten für ein gesundheitsbewusstes Verhalten nach §65a SGB V mit Bonusangeboten. Diese umfassen auch die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen (Sozialgesetzbuch 2015b). Die aufgeführten Beispiele dienen hauptsächlich dazu, Versicherte über Gesundheitsthemen zu sensibilisieren und sie darin zu motivieren, an Früherkennungsuntersuchungen teilzunehmen.

Im Rahmen der informierten Entscheidung sind in den letzten Jahren weitere Ansätze entstanden. Medizinische Entscheidungshilfen zielen erstmals darauf ab, unter Abwägung von Nutzen und Risiken sich für oder gegen eine Inanspruchnahme zu entscheiden. Der G-BA hat in einer Pressemitteilung angekündigt, Anpassungen hinsichtlich des Einladungswesens und des Merkblattes zugunsten einer informierten Entscheidung zum Mammographie-Screening vorzunehmen, wonach das Merkblatt im nächsten Schritt zu einer Entscheidungshilfe weiterentwickelt werden soll (G-BA 2015g, IQWiG 2015). Darüber hinaus hat die AOK gemeinsam mit dem Max-Planck-Institut auf ihrer Webseite mit AOK-Faktenboxen ein neues Format publiziert, das übersichtlich über Nutzen und Risiken zu ausgewählten Themen informiert und zur Entscheidungsfindung beitragen soll. Krebsfrüherkennungsuntersuchungen sind allerdings bisher nicht berücksichtigt worden (AOK 2016b). Die genannten Angebote greifen zwar die gesundheitspolitischen Ziele auf, allerdings gibt es kaum Evaluationsergebnisse, die über den Erfolg bzw. Nutzen der Angebote berichten. Deshalb sollten verstärkt Evaluationen in der Bevölkerung mit der Zielsetzung folgen, ob die angebotenen Maßnahmen die Eigenverantwortung in der Gesellschaft stärken, zu einer informierten Entscheidung beitragen und ggf. die Teilnahmen an präventiven Leistungen erhöhen. Weitere Studien sollten zeigen, ob mit den neuen Instrumenten die von der Politik als Zielsetzung definierte Verringerung sozial bedingter und geschlechtsbezogener gesundheitlicher Ungleichheit erreicht wird. Denn Befragungen bei türkischstämmigen Migranten im GeM-Projekt weisen bspw. darauf hin, dass diese den Arzt als Autoritäts- und Kompetenzperson ansehen und deshalb die Entscheidung zur Inanspruchnahme dem Arzt überlassen könnten. Die Wahrscheinlichkeit hierfür ist in der ersten Generation aufgrund mangelnder Sprach- und Bildungsdefizite höher als in den Nachfolgenerationen. Deshalb bedarf es neben der Bereitstellung von migrantensensiblen Informationen Ärzten und ärztlichem Personal im Sinne von Diversity dahingehend zu schulen, benachteiligte Patienten bei der partizipativen Entscheidungsfindung stärker zu unterstützen (Walter et al. 2015).

Darüber hinaus haben türkischstämmige Migranten aufgrund ihrer Heimatverbundenheit den Vorteil, sich zusätzlich über türkische Medien zu Präventionsangeboten zu informieren. Insbesondere nutzen Personen der ersten Generation verstärkt türkischsprachige Medien wie Fernseher oder Zeitungen. Vor allem in den türkischsprachigen Fernsehkanälen werden seit den letzten Jahren durch das türkische Gesundheitsministerium Aufklärungsspots zu unterschiedlichen Gesundheitsthemen geschaltet, um die Bevölkerung hinsichtlich Gesundheitserhaltung und -förderung zu sensibilisieren. Auch gibt es zahlreiche Sendungen mit Ärzten, die über unterschiedliche Gesundheitsthemen im Fernsehen aufklären, um auf diesem Weg die Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung zu erhöhen. Inwieweit diese zusätzlichen Angebote die Gesundheitskompetenz von türkischstämmigen Personen in Deutschland stärkt sowie den Zugang zur präventiven Versorgung schafft, ist bisher nicht erforscht worden. Die aufgeführten Ansätze könnten allerdings in Primärstudien zum Wissenstand von türkischstämmigen Migranten hinsichtlich Gesundheitsthemen einbezogen und dessen Wirkung in der Zielgruppe gemessen werden.

Zusammenfassung

Im Vergleich zu anderen Studien zeigen die eigenen Analyseergebnisse, dass türkischstämmige Migranten im Rahmen von Früherkennungsuntersuchungen keineswegs grundsätzlich schlecht erreicht werden. Dennoch sind die Ergebnisse nicht repräsentativ für alle Migrantengruppen in Deutschland. Um im Sinne von Public Health Chancengleichheit durch gleichen Zugang zur medizinischen Versorgung zu erreichen, ist unter den aktuellen Gegebenheiten als weiteres Ziel anzustreben, den gleichen Zugang zu evidenzbasierten Informationen zu schaffen. Dadurch kann die informierte Entscheidung in der Gesellschaft erhöht werden. Hierzu sollten schnell verfügbare Informationsquellen eingerichtet werden, die nicht nur über die einzelnen präventiven Themenfelder informieren, sondern auch eine migrantensensible oder geschlechtsspezifische Ausrichtung verfolgen, um weitere Zielgruppen effizient erreichen zu können. Dies setzt voraus, dass der Bekanntheitsgrad der einzelnen Präventionsangebote in der Bevölkerung erhöht werden muss, um auf Basis dessen kritisch abwägen zu können, ob eine Teilnahme Nutzen stiftet oder nicht. Zusätzlich zum Bekanntheitsgrad sollte das Ziel sein, in der Allgemeinbevölkerung das Bewusstsein für präventives Verhalten zu stärken bzw. durch Angebote zu fördern. Hierfür ist es notwendig, dass Wissen über den Nutzen und den Zweck von einzelnen präventiven Maßnahmen in der Bevölkerung einfach und verständlich vermittelt wird. All diese Maßnahmen und die Forderung nach einer stärkeren informierten Entscheidung von

Patienten kann sich allerdings negativ auf die Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen auswirken.

Auch hat die Politik in Deutschland erkannt, dass es in der Gesellschaft gesundheitliche Ungleichheit gibt. Dies drückt sich in unterschiedlichster Weise aus. Menschen mit Migrationshintergrund stehen Zugangsbarrieren gegenüber, sozial schwache Bevölkerungsgruppe weisen Versorgungsprobleme auf. Die in den letzten Jahren avisierten Maßnahmen und Gesetzesänderungen zur Prävention und Gesundheitsförderung bieten erste Ansätze, um an den maßgeblichen Problemen und Ursachen anzupacken. Bestimmte Ansätze basieren sogar auf epidemiologischen Forschungsergebnissen. Zum Teil adressieren diese verhaltensbezogene Maßnahmen (wie Ernährung, Bewegung, etc.) und haben weniger Ansätze, die im Gesamtkontext zu betrachten sind. Dies führt dann zu einem einseitigen Verhalten, das nicht alle Faktoren berücksichtigen kann. Für die Präventionsarbeit lässt sich daraus folgern, Strategien und Maßnahmen bereits in der frühkindlichen Phase aufzusetzen, die sich zur Ansprache von unterschiedlichen Zielgruppen eignen. Zur Reduzierung der gesundheitlichen Ungleichheit ist das WHO-Ziel „Health in All Policies“ stärker auszubauen. Zur Verbesserung der Gesundheit in der Bevölkerung kann aufgrund der identifizierten Zugangsbarrieren Maßnahmen des Gesundheitssystems alleine nicht ausreichen. Deshalb werden alle notwendigen Politikfelder wie Bildungs-, Familien- und Sozialpolitik in die Pflicht gerufen, auf allen Ebenen Risikofaktoren abzubauen und ganzheitliche Lösungen anzubieten, um die Gesundheit in der Bevölkerung effektiv und effizient zu verbessern (WHO 2012, Leppo et al. 2013).

Weitere Forschungsfragen

Die vorliegende Arbeit gibt einen Überblick über das Inanspruchnahmeverhalten und die Akzeptanz von Früherkennungsuntersuchungen durch die in der GKV krankenversicherten Personen mit türkischer Herkunft. Somit bieten die Ergebnisse eine empirische Grundlage zur Erforschung weiterer Fragestellungen. Die Analysen beschränken sich auf Berlin und damit auf eine Großstadt mit einer hohen Arztdichte. Eine Ausweitung der Analysen auf weitere Regionen und andere Kassenarten kann neue Erkenntnisse über das Inanspruchnahmeverhalten von türkischstämmigen Migranten liefern. Zur besseren Einschätzung, warum gewisse Früherkennungsuntersuchungen mehr und manche weniger wahrgenommen werden, könnte die Sekundärdatenanalyse durch eine parallele Befragung zum Gesundheitswissen und -verständnis in der Studienpopulation begleitet werden. Dadurch könnten die Gründe für eine

Teilnahme bzw. Nicht-Teilnahme näher analysiert und die Beweggründe bezüglich einer „informierten Entscheidung“ beurteilt werden.

Insgesamt ist es weiterhin schwierig zu bewerten, ob der Migrationshintergrund oder die soziale Lage die Teilnahmebereitschaft an Präventionsangeboten beeinflussen. Die AOK-Daten zeigen für Berlin am Beispiel von türkischstämmigen Migranten einen positiven Einfluss des Migrationshintergrundes. Die Interviewergebnisse deuten auf gleiche Barrieren wie in der autochthonen Bevölkerung hin. Gewisse Zugangshindernisse wie Sprachprobleme sind vermehrt bei Migranten der ersten Generation anzutreffen. Da es weiterhin unklar ist, ob die soziale Lage oder weitere Faktoren einen hohen Einfluss auf die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen haben, sollten bei weiteren Sekundärdatenanalysen die Daten zusätzlich um die Determinanten Bildung, Einkommen und Beruf erweitert werden. Im Vorfeld ist jedoch die Validität der Informationen zu prüfen. Außerdem werden diese Merkmale im Rahmen der GKV nur für Pflichtmitglieder gespeichert, die vom Arbeitgeber als sog. Tätigkeits-schlüssel elektronisch übermittelt werden. Somit stehen die Informationen nicht für alle Versichertengruppen zur Verfügung, was eine Analyse und die Repräsentativität der Daten zusätzlich erschweren kann.

Die Förderung der Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen hat eine hohe Public Health-Relevanz. Das Thema hat auch in den letzten Jahren gesundheitspolitisch eine hohe Bedeutung erlangt. Umso wichtiger ist es, wenn valide Daten zum Versorgungsgeschehen bereitstehen. In gesundheitswissenschaftlichen Analysen und auch in dieser Arbeit wurde zur Identifikation von Personen mit Migrationshintergrund der Namensalgorithmus erfolgreich eingesetzt. Dieser wurde allerdings in Deutschland bisher - aufgrund der Eindeutigkeit im Namen – nur bei türkischstämmigen Migranten angewendet. Neben türkischstämmigen Migranten gibt es in Deutschland weitere Migrantengruppen, deren Gesundheitsverhalten von Interesse sein kann. Deshalb bedarf es einer eindeutigen Verfahrensweise zur Erlangung weiterer Informationen zum Migrationshintergrund sowie Migrationserfahrung in Routinedaten oder amtlichen Statistiken. Erste Ansätze werden bereits schrittweise im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen eingeführt.

In Berlin wurde das Einladungswesen für die U-Untersuchungen im Jahr 2010 eingeführt. Um die Wirkung des Einladungswesens auf die Inanspruchnahme besser beurteilen zu können, sind weitere Studien, die die Jahre nach 2012 berücksichtigen, sinnvoll. Zudem sollten auf Basis dieser Verfahrensweisen stärker eruiert werden, wie

eine komplette Teilnahme an den U-Untersuchungen gewährleistet werden kann und welche Maßnahmen ggf. hierfür notwendig sein können.

7. Fazit

Türkischstämmige Personen machen nicht nur innerhalb der Migranten in Deutschland oder in Berlin einen hohen Anteil aus, sie sind auch innerhalb der AOK-Versicherten mit hoher Zahl vertreten. Erkenntnisse über deren gesundheitliches Inanspruchnahmeverhalten sind somit wichtig und haben in der Public Health-Forschung eine hohe Bedeutung. Die Zielsetzung dieser Dissertation ist es, hierfür einen Beitrag zu leisten. Mit Hilfe der eingesetzten Daten konnte analysiert werden, ob es Unterschiede in der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen zwischen türkischstämmigen Migranten und einer Vergleichsgruppe gibt und welche Faktoren die Inanspruchnahme sowohl positiv als auch negativ beeinflussen können. Die Ergebnisse dieser Dissertation zeigen, dass türkischstämmige Migranten aus Berlin im Rahmen der GKV Früherkennungsuntersuchungen insgesamt häufiger in Anspruch nehmen als die nicht-türkischstämmige Vergleichsgruppe. Diese Ergebnisse widersprechen den in der Literatur beschriebenen Erkenntnissen aus anderen Studien.

Trotz dieser Unterschiede gibt es dennoch bei der Inanspruchnahme von bspw. Krebsfrüherkennungsuntersuchungen insgesamt einen hohen Anteil an Nicht-Teilnehmern in der Studienpopulation. Gesundheitspolitische Maßnahmen und EU-Leitlinien, die das Ziel einer hohen Teilnehmerate haben, erreichen dies anscheinend nicht. Besonders ist dies bei männlichen Versicherten ersichtlich, die einige Früherkennungsuntersuchungen kaum in Anspruch nehmen. Neben den eruierten Teilnehmeraten an den einzelnen Früherkennungsuntersuchungen konnte zusätzlich festgestellt werden, dass weitere Faktoren wie Gesundheitskompetenz oder Einstellung zu einzelnen medizinischen Leistungen auf die Inanspruchnahme wirken können. Die dabei identifizierten Einflussfaktoren sind konsistent mit anderen Studienergebnissen. Diese Ergebnisse bekräftigen die Notwendigkeit für den Aufbau von Gesundheitskompetenz in der Gesellschaft. Die einzelnen Faktoren wurden schließlich in einem lebenslauforientierten Modell zusammengefasst. Denn diese können auf die Inanspruchnahme von unterschiedlichen sekundärpräventiven Interventionen wirken, die gesetzlich versicherten Personen in unterschiedlichen Lebensphasen angeboten werden. Dadurch bietet das Modell neue Ansatzpunkte für die Prävention.

Aus Public Health-Sicht sollten in den Analysen die Determinanten Berücksichtigung finden, die auf die Gesundheit und das Inanspruchnahmeverhalten der Individuen Einflüsse haben. Aus den eigenen empirischen Ergebnissen lässt sich schlussfolgern, dass es sich hierbei nicht nur um ein migrantenspezifisches Problem, sondern um ein gesellschaftliches Problem handelt. Daraus resultiert, dass der Fokus nicht

auf reine migrantenassoziierte Ursachen gelegt werden kann, sondern Faktoren einzubeziehen sind, die übergeordnet sich auf eine breitere Masse auswirken können. Sowohl die eigenen Analyseergebnisse als auch die aus früheren Studien zeigen, dass es um den Zugang zur Versorgung zu erleichtern nicht nur einer migrationspezifischen Ansprache bedarf, sondern auch differenziert nach Geschlecht und sozialer Lage eine Anpassung der Ausrichtung der Angebote an die Bedürfnisse und Anforderungen der einzelnen Zielgruppen erreicht werden sollte. Dies setzt jedoch voraus, dass die Datenlage in Bezug auf Migrationshintergrund und Sozialstatus in Deutschland verbessert wird, einheitliche Kriterien bzw. Indikatoren genutzt sowie standardisierte Erhebungen durchgeführt werden, die europäische Vergleiche erlauben.

In dieser Dissertation wurde beispielhaft auf Basis der Daten einer AOK das Inanspruchnahmeverhalten von türkischstämmigen Migranten mit Wohnsitz Berlin erforscht. Zur Anwendung dessen wurde der Namensalgorithmus eingesetzt. Um jedoch genaue Kenntnisse über die gesundheitliche Situation und das Inanspruchnahmeverhalten von Menschen mit Migrationshintergrund in der Gesundheitsversorgung insgesamt gewinnen und daraus ableitend zielgruppengerechte Ansätze entwickeln zu können, sind weitere Forschungsaktivitäten zu deren gesundheitlicher Versorgung notwendig. Denn die unterschiedlichen Definitionen von Migranten in Statistiken, die bisher unzureichende Datenlage hinsichtlich ihrer Gesundheitslage sowie fehlender repräsentativer Daten zum Inanspruchnahmeverhalten von Vorsorgeangeboten liefern wenige Erkenntnisse. Das Ziel der Gesundheitsforschung sollte daher sein, Menschen mit Migrationshintergrund stärker in Erhebungen einzubeziehen, damit gesundheitspolitisch und volkswirtschaftlich bedeutende Problemfelder frühzeitig identifiziert werden können. Dabei sollte die gesundheitswissenschaftliche Forschung nicht nur den Fokus auf Teilnahmeraten legen, sondern auch Themen wie „Gesundheitskompetenz“ oder „informierte Entscheidung“ in der Bevölkerung zielgruppengerecht erheben und bewerten. Dadurch können Aussagen darüber getroffen werden, wie die angebotenen Leistungen der GKV sowohl durch die Gesamtbevölkerung insgesamt als auch durch Subgruppen genutzt werden und ob die bisher eingesetzten Instrumente und Maßnahmen dazu beitragen konnten, diese zum selbstbestimmten Handeln zu befähigen. Allerdings erlauben Sekundärdaten von gesetzlichen Krankenkassen trotz ihrer Informationsvielfalt nicht, Versichertendaten neben der Nationalität um die Merkmale Migrationshintergrund oder sozialen Status anzureichern, um für Forschungszwecke valide Daten zu erhalten. Auch werden keine Angaben zur Gesundheitskompetenz erhoben. Für die weitere Forschung ist es deshalb notwendig, Me-

thoden anzuwenden, die alle Voraussetzungen erfüllen, um Aussagen über die Inanspruchnahme von präventiven Maßnahmen durch Menschen mit Migrationshintergrund treffen zu können.

8. Literaturverzeichnis

Abraido-Lanza A., Dohrenwend B., Ng-Mak D., Turner J. (1999): The Latino Mortality Paradox: A Test of the „Salmon Bias“ and Healthy Migrant Hypotheses. *American Journal of Public Health*. October 1999, Vol. 89, No. 10. 1543-1548.

Albert U., Schulte H., Nass-Griegoleit I. (2012): Wissenschaftlicher Bericht: „Inanspruchnahme des qualitätsgesicherten Mammographie-Screenings – Follow-Up Studie 2012“. Frauenselbsthilfe nach Krebs e.V. und WHC e.V. gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit.

Altgeld Th., Kolip P. (2004): Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, K., Klotz, Th., Haisch, J. (Hrsg.): *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. Verlag Hans Huber, Bern 2004. S. 41-49.

Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (Hrsg.) (2015a): *Statistischer Bericht A I 5 – hj 2 / 14. Einwohnerinnen und Einwohner im Land Berlin am 31. Dezember 2014*. Februar 2015.

Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (Hrsg.) (2011): *Statistischer Bericht A I 5 – hj 2/10. Melderechtlich registrierte Einwohner im Land Berlin am 31. Dezember 2010*. Januar 2011.

Amtliche Statistik KM6 (2015): *Mitgliederstatistik KM6 zum Stichtag 01. Juli 2015*. AOK-Bundesverband.

Anzenberger J., Bodenwinkler A., Breyer E. (2015): *Migration und Gesundheit. Wissenschaftlicher Ergebnisbericht Im Auftrag der Arbeiterkammer Wien und des Bundesministeriums für Gesundheit. Literaturbericht zur Situation in Österreich*. Januar 2015.

AOK-Bundesverband (2012): *GeM - Gesundheitsassistent für Migranten. Ergebnisbericht CATI-Befragung. Durchgeführt von facit digital im Auftrag des AOK-Bundesverbandes*. München 29.06.2012.

Arbeitsgruppe Erhebung und Nutzung von Sekundärdaten (AGENS) der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSM) und der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie (DGEpi) (2012): *Gute Praxis Sekundärdatenanalyse (GPS). Leitlinien und Empfehlungen. 3. Fassung 2012*. S.1-12.

Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit (2012): *Bundesweiter Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit. POSITIONSPAPIER*. Berlin.

Backhaus K., Erichson B., Plinke W., Weiber R. (2016): *Multivariate Analysemethoden. Eine anwendungsorientierte Einführung*. 14. Auflage. Springer Gabler Verlag.

BARMER GEK (2015): *Barmer GEK Arztreport 2015. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 30. Auswertungen zu Daten bis 2013. Schwerpunkt: Gebärmutterhalskrebs*. Barmer GEK (Hrsg.) Februar 2015.

BARMER GEK (2014): *Barmer GEK Arztreport 2014. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 24. Auswertungen zu Daten bis 2012. Schwerpunkt: Hautkrebs*. Barmer GEK (Hrsg.) Februar 2014.

BARMER GEK (2012): *Barmer GEK Arztreport 2012. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 12. Auswertungen zu Daten bis 2010. Schwerpunkt: Kindergesundheit*. Barmer GEK (Hrsg.) Januar 2012.

Bayrisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (Hrsg.) (2015): Bayerischer Kindergesundheitsbericht. Juni 2015. S. 21.

Ben-Shlomo Y., Kuh D. (2002): A life course approach to chronic disease epidemiology: conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives. *International Journal of Epidemiology* 2002;31:285-293.

Bender R., Ziegler A., Lange St. (2002): Logistische Regression. – Artikel Nr. 14 der Statistik-Serie in der DMW -. *Dtsch Med Wochenschr* 2002; 127:T11-T13.

Berens E. (2015): Teilnahme am Mammographie-Screening bei Frauen mit Migrationshintergrund. *Public Health Forum* 2015; 23(2): 70-72.

Berens E., Stahl L., Yilmaz-Aslan Y., Sauzet O., Spallek J., Razum O. (2014): Participation in breast cancer screening among women of Turkish origin in Germany – a register-based study. *BMC Women's Health* 2014, 14:24.

Bermejo I., Hölzel L.P., Kriston, L., Härter M. (2012): Subjektiv erlebte Barrieren von Personen mit Migrationshintergrund bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen. *Bundesgesundheitsbl* 2012 55:944-953.

Borde T. (2009a): Interkulturelle Öffnung in der Gesundheitsversorgung; was heißt das? *Impulse, Newsletter zur Gesundheitsförderung*, 62, 2009: 2-3.

Borde T. (2009b): Datenlage und Forschungsstand zur gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.) *Gesundheitliche Versorgung von Personen mit Migrationshintergrund. Dokumentation des Expertenworkshops zur gesundheitlichen Versorgung von Personen mit Migrationshintergrund in Berlin am 5.5.2009*, S. 10-24.

Borde T. (2007): Migrantinnen und Migranten in der deutschen Gesundheitsversorgung – Auch nach 50 Jahren der Zuwanderung noch ein Problem? (Imigranci w niemieckiej opiece zdrowotnej. Czy po pięćdziesięciu latach naplywu imigrantow do RFN objecie ich opieka zdrowotna jest nadal problemem? In: Kollak I, Kolodziej-Durnas A: *Formy zycia społecznego w wielokulturowej Europie. Polsko-niemieckie introspekcje*. Szczecin: *Economicus* 2007: 47-54

Borde T., Braun T., David M. (2003): Unterschiede in der Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen durch deutsche Patienten/innen und Migranten/innen. Problembeschreibung, Ursachenanalyse, Lösung. Schlussbericht zum Forschungsprojekt (BMBF/Spitzenverbände der Krankenkassen, Förderkennzeichen 01 GL 0009) Berlin.

Brand T., Kleer D., Samkange-Zeeb F., Zeeb H. (2015): Prävention bei Menschen mit Migrationshintergrund. Teilnahme, migrationssensible Strategien und Angebotscharakteristika. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*. Published online: 10. April 2015.

Brenne S., David M., Borde T., Breckenkamp J., Razum O. (2015): Werden Frauen mit und ohne Migrationshintergrund von den Gesundheitsdiensten gleich gut erreicht? Das Beispiel Schwangerenvorsorge in Berlin. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 2015 58:569-576.

Brzoska P., Voigtländer S., Spallek J., Razum O. (2012): Die Nutzung von Routinedaten in der rehabilitationswissenschaftlichen Versorgungsforschung bei Menschen mit Migrationshintergrund: Möglichkeiten und Grenzen. *Gesundheitswesen* 2012; 74: 371-378.

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2013): Migrationsbericht 2013 - Zentrale Ergebnisse. S. 1-10. URL: http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Migrationsberichte/migrationsbericht-2013-zentrale-ergebnisse.html;jsessionid=9E24620E8A340C3E67AE463E3A6F445B.1_cid359?nn=1663558

Bundesministerium des Innern (Hrsg.), Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2015): Migrationsbericht des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge im Auftrag der Bundesregierung. Migrationsbericht 2013. Januar 2015. URL: http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Migrationsberichte/migrationsbericht-2013.html;jsessionid=9E24620E8A340C3E67AE463E3A6F445B.1_cid359?nn=1663558

Bundesministerium des Innern (Hrsg.) (2014): Migration und Integration. Aufenthaltsrecht, Migrations- und Integrationspolitik in Deutschland. Juli 2014.

Bundesministerium des Innern (Hrsg.), Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2012): Migrationsbericht des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge im Auftrag der Bundesregierung, Migrationsbericht 2010. URL: http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Migrationsberichte/migrationsbericht-2010.html;jsessionid=9E24620E8A340C3E67AE463E3A6F445B.1_cid359?nn=1663558

Bundesministerium für Gesundheit (2012a): Nationaler Krebsplan. Handlungsfelder, Ziele und Umsetzungsempfehlungen. Stand: Januar 2012.

Bundesministerium für Gesundheit (2008): Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit. Stand: Mai 2008, 1. Auflage. Quelle: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/redaktion/pdf_misc/psychische-Gesundheit_01.pdf

Choi B. C. K., Hanley A. J. G., Holowaty E. J., Dale D. (1993): Use of Surnames to Identify Individuals of Chinese Ancestry. *American Journal of Epidemiology*. Vol. 138, No. 9. S. 723-734.

De Stavola B. L., Nitsch D., dos Santos Silva I., McCormack V., Hardy R., Mann V., Cole T. J., Morton S., Leon D. A. (2006): Practice of Epidemiology. Statistical Issues in Life Course Epidemiology. *Am J Epidemiol* 2006;163:84–96.

Deutsche Krebshilfe e.V. (2007): Sachstandserhebung „Krebs-Früherkennung“ der Deutschen Krebshilfe. Stand Januar 2007.

Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.) (2014): 10. Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland (Oktober 2014). S. 255-271.

Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.) (2010): 8. Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland. Juni 2010. S. 24 ff.

Die Bundesregierung (Hrsg.) (2011): Nationaler Aktionsplan Integration. Zusammenhalt stärken – Teilhabe verwirklichen. URL: <https://www.bundesregierung.de/Content/DE/Anlagen/IB/2012-01-31-nap-gesamt-barrierefrei.pdf?blob=publication-File&v=5>

Diercks M.-L., Schmacke N. (2014): Mammografie-Screening und informierte Entscheidung: mehr Fragen als Antworten. S. 55-91. In: Gesundheitsmonitor 2014. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Böcken, J., Braun, B. & Meierjürgen, R. (Hrsg.). Bertelsmann Stiftung BARMER GEK.

Dreier M., Borutta B., Töppich J., Bitzer E.M., Walter U. (2012): Früherkennung von Brust- und Gebärmutterhalskrebs – ein systematischer Review zu Wissen, Einstellungen und Inanspruchnahmeverhalten der Frauen in Deutschland. Gesundheitswesen 2012; 74:722-735.

Europa Donna (2012): Kurzfassung der Europäischen Leitlinien zur Qualitätssicherung bei Screening und Diagnose von Brustkrebs. Europa Donna. The European Breast Cancer Coalition. Abgerufen unter: http://www.breasthealth-day.org/documents/2012/ED-Short_Guide-de.pdf

European Commission (2015): Cancer. Cancer Screening. Link einfügen. (Überprüft am 28.04.2015).

European Commission (2014): Report from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. Implementation of the Communication from the Commission, from 24 June 2009, on Action Against Cancer: European Partnership [COM (2009) 291 final] and Second Implementation Report on the Council Recommendation of 2 December 2003 on cancer screening (2003/878/EC). Brussels, 23.9.2014 COM (2014) 584 final.

European Commission (2008): Quality in and Equality of Access to Healthcare Services. European Commission. Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities. European Communities, 2008.

Falge Ch., Schmidtke O. (2015): Migration und Gesundheit: Deutschland, Kanada und Italien im Vergleich. Migration and health: Germany, Canada and Italy compared. Public Health Forum 2015; 23(2): 119-120.

Forum Gesundheitspolitik (2012): Gesundheitsuntersuchungen oder der Check-up-35 haben wahrscheinlich keinen Nutzen, erhöhen aber das Risiko von Überdiagnostik.

Gawrich Stefan Dr., Dillenburg (2004): Wie gesund sind unsere Schulanfänger? – Zur Interpretation epidemiologischer Auswertungen der Schuleingangsuntersuchung. Hessisches Ärzteblatt 2/2004, S. 73-76.

Geiger I., Razum O. (2012): Migration und Gesundheit. In: Hurrelmann K./ Razum O. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften, 5., vollständig überarbeitete Auflage. Beltz Juventa. Weinheim und Basel. S. 609-637.

Geiger I. (2008): Migrants, Diversity Management. In: Kirch W. (ed.): Encyclopedia of public health. Springer Netherlands, Berlin. S. 939-942.

Geiger I., Razum O. (2006): Migration: Herausforderungen für die Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann K./ Laaser U./ Razum O. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften, 4. Auflage. Weinheim und München: Juventa, S. 719-746.

Gerste B., Günster Ch. (2014): Diagnosehäufigkeit und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. In: Klauber J., Günster Ch., Gerste B., Robra B.-P., Schmacke N. (Hrsg.): Versorgungsreport 2013/2014. Schwerpunkt Depression. Schattauer GmbH 2014.

Gesundheitsberichterstattung Berlin (2013): Handlungsorientierter Sozialstrukturatlas Berlin 2013. Ein Instrument der quantitativen, interregionalen und intertemporalen Sozialraumanalyse und -planung. Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (Hrsg.).

Giersiepen K., Hense H.-W., Klug St. J., Antes G., Zeeb H. (2007): Entwicklung, Durchführung und Evaluation von Programmen zur Krebsfrüherkennung – Ein Positionspapier. Z. ärztl. Fortbild. Qual. Gesundh. wes. (ZaeFQ) 101 (2007) 43-49.

Gigerenzer G., Mata J., Frank R., Feufel M. (2009): Europaweite Studie erfasst Kenntnisstand. Wie informiert ist die Bevölkerung über den Nutzen der Krebsfrüherkennung? 05/2009 Onkologie.

GKV-Spitzenverband (2015): Kennzahlen der gesetzlichen Krankenversicherung. März 2015.

GKV-Spitzenverband (2014): Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Dezember 2014.

GKV-Spitzenverband (2010): Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. August 2010.

Grobe T.G. (2008): Arbeiten mit Daten der Gmünder Ersatzkasse. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 2008 51:1106-1117.

Grobe T.G., Ihle P. (2005): Versichertenstammdaten und sektorübergreifende Analyse. In: Swart E, Ihle P (Hrsg.) Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven. Bern: Hans Huber Verlag. 2005:17-34.

Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) (2014): Türkiye Sağlık Raporu 2014. Onlineveröffentlichung seit Dezember 2014 unter http://halksaqliqiokulu.org/ana-sayfa/components/com_booklibrary/ebooks/TSR2014T.PDF.

Harris M.F. (2012): Access to preventive care by immigrant populations. BMC Medicine 2012, 10:55.

Häussler B., Gothe H. (2006): Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen. In: Hurrelmann K./ Laaser U./ Razum O. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften, 4. Auflage. Weinheim und München: Juventa, S. 719-746.

HBSC-Team Deutschland (2011): Studie Health Behaviour in School-aged Children - Faktenblatt „Subjektive Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“. Bielefeld: WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion.

HCC-Lab (2005): Denkanstöße für ein Rahmenkonzept zu Health Literacy. Forschungsbereich Health Literacy: Health Care Communication Laboratory, Università della Svizzera italiana im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz.

HLS-EU Consortium (2012a): The European Health Literacy Project 2009-2012. Final Report. Executive summary (D17). The HLS-EU Consortium 2012.

HLS-EU Consortium (2012b): Comparative Report on Health Literacy in Eight EU Member States. The European Health Literacy survey HLS-EU. Online publication: <http://www.health-literacy.eu>.

Hock S., Berchner Y., Blankenstein O., Buschbaum T., Ellsäßer G., Heuermann M.W., Klein R., Kolbow D., Metzner F., Röhlich-Pause K., Thaiss H., Untze P., Zimmermann E., Kieslich M. (2013): Zum aktuellen Stand der Kindervorsorgeprogramme. Ergebnisse des ersten bundesweiten Arbeitstreffens 2011 in Frankfurt am Main. *Gesundheitswesen* 2013; 75: 143-148.

Hoebel J., Richter M., Lampert Th. (2013): Social Status and Participation in Health Checks in Men and Women in Germany. Results from the German Health Update (GEDA), 2009 and 2010. *Deutsches Ärzteblatt International* 2013; 110(41): 679-85.

Hoffmann F., Bachmann C.J. (2014): Unterschiede in den soziodemografischen Merkmalen, der Gesundheit und Inanspruchnahme bei Kindern und Jugendlichen nach ihrer Krankenkassenzugehörigkeit. *Bundesgesundheitsbl* 2014 57:455-463.

Hoffmann F., Icks A. (2012): Unterschiede in der Versichertenstruktur von Krankenkassen und deren Auswirkungen für die Versorgungsforschung: Ergebnisse des Bertelsmann Gesundheitsmonitors. Structural Differences between Health Insurance Funds and their Impact on Health Services Research: Results from the Bertelsmann Health-Care Monitor. *Gesundheitswesen* 2012; 74: 291– 297.

Hoffmann W., Bobrowski C., Fendrich K. (2008): Sekundärdatenanalyse in der Versorgungsepidemiologie. Potenzial und Limitationen. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 2008 51:1193-1201.

Hölscher G., Brockow I., Walentzak B., Nennstiel-Ratzel U. (2016): Warum geht kaum einer zur J1? Ergebnisse zur Teilnahme an der Jugendgesundheitsuntersuchung J1 aus einer Befragung von Jugendlichen und Eltern. *Gesundheitswesen* 2016; 78 - P51.

Horn A., Vogt D., Messer M., Schaeffer D. (2015): Health Literacy von Menschen mit Migrationshintergrund in der Patientenberatung stärken. Ergebnisse einer qualitativen Evaluation. *Bundesgesundheitsbl* 2015 58:577-583.

Hornung R. (2010): Prävention und Gesundheitsförderung bei Migranten. In: Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Hurrelmann K., Klotz Th. & Haisch, J. 3. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Huber Verlag. S. 359-366.

Hurrelmann K., Richter M. (2013): Gesundheits- und Medizinsoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung. 8. Auflage. 2013 Beltz Juventa Weinheim und Basel.

Hurrelmann K., Klotz Th., Haisch J. (2010): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Verlag Hans Huber Bern 2004, S. 13-23.

Hurrelmann K. (2000): Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Juventa Verlag Weinheim und München 2000, S. 95-101.

Huster St. (2012): Soziale Gesundheitsgerechtigkeit. Sparen, umverteilen, vorsorgen? Schriftenreihe Band 1249. Lizenzausgabe für die Bundeszentrale für politische Bildung (bpb). Bonn 2012.

Implicon – Gesundheitspolitische Analysen (2014): Der überschätzte Nutzen der Früherkennung – Eine kritische Bilanz der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie. 04/2014. S. 1-7.

Ingleby D. (2011): Good practice in health service provision for migrants. In: Rechel B., Mladovsky P., Devillé W., Rijks B., Petrova-Benedict R., McKee M.: Migration and

health in the European Union. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press. S. 227-242.

Jass G., Massey D.S. (2004): Immigrant health: Selectivity and acculturation. IFS Working Papers, Institute for Fiscal Studies (IFS), No. 04/23. <http://dx.doi.org/10.1920/wp.ifs.2004.0423>

Kajüter H., Batzler W.U., Krieg V., Heidinger O., Hense H.-W. (2012): Abgleich von Sekundärdaten mit einem epidemiologischen Krebsregister auf der Basis verschlüsselter Personendaten – Ergebnisse einer Pilotstudie in Nordrhein-Westfalen. Linkage of Secondary Data with Cancer Registry Data on the Basis of Encrypted Personal Identifiers – Results from a Pilot Study in North Rhine-Westphalia. *Gesundheitswesen* 2012; 74: e84-e89.

Kerek-Bodden H., Altenhofen L., Brenner G., Franke A. (2010): Inanspruchnahme der Früherkennung auf Zervixkarzinom in den Jahren 2002-2004. Eine Untersuchung auf der Basis von Sekundärdaten im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 91 SGB V. Wissenschaftliche Reihe – Band 62. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland.

Kerek-Bodden H., Heuer J., Brenner G., Koch H., Lang A. (2005): Morbiditäts- und Inanspruchnahmeanalysen mit personenbezogenen Abrechnungsdaten aus Arztpraxen. In: Swart E, Ihle P (Hrsg.). *Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven*. Bern: Hans Huber Verlag 2005:35-56.

Kickbusch I., Maag D., Saan, H. (2005): Enabling healthy choices in modern health societies. Background paper for Parallel Forum F6. European Health Forum Badgastein 2005. Partnerships for Health.

Klotz Th., Haisch J., Hurrelmann K. (2006): Prävention und Gesundheitsförderung. Ziel ist anhaltend hohe Lebensqualität. *Deutsches Ärzteblatt*. Jg. 103. Heft 10. 10. März 2006. A606-609.

Knipper M., Bilgin Y. (2010): Migration und andere Hintergründe. *Deutsches Ärzteblatt* 2010; 107(3): A 76-9.

Knipper M., Bilgin Y. (2009): Migration und Gesundheit. Konrad Adenauer Stiftung e.V., Sankt Augustin.

Koch K., Scheibler F. (2007): Einstellungen und Informationsstand zur Früherkennung: Informiert und doch getäuscht? In: *Gesundheitsmonitor 2007. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten*. Böcken, J., Braun, B. & Amhof, R. (Hrsg.). Verlag Bertelsmann Stiftung.

Kohls M. (2011): Morbidität und Mortalität von Migranten in Deutschland. Forschungsbericht 9. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hrsg.).

Kohls M. (2008): Healthy-Migrant-Effect, Erfassungsfehler und andere Schwierigkeiten bei der Analyse der Mortalität von Migranten. Eine Bestandsaufnahme. Working Paper 15 der Forschungsgruppe des Bundesamtes. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hrsg.).

Kolpatzik, K. (2014): Lücken beim Gesundheitswissen. *Health Literacy. Gesundheit und Gesellschaft*. Ausgabe 7-8/14, 17. Jahrgang. S. 27-30.

Kooperationsgemeinschaft Mammographie (2014): Mammographie-Screening in der Kritik. Wird durch das Brustkrebsfrüherkennungsprogramm Leben gerettet? Pressemitteilung am 21.07.2014.

Kraywinkel K., Bertz J., Laudi A., Wolf U. (2012): Epidemiologie und Früherkennung häufiger Krebserkrankungen in Deutschland. Hrsg. Robert Koch Institut, GBE kompakt 3 (4). Stand 06.08.2012.

Kuh D., Ben-Shlomo Y., Lynch J., Hallqvist J., Power C. (2003): Life course epidemiology. *J Epidemiol Community Health* 2003;57:778–783.

Lampert T., Kuntz B., KIGGS Study Group (2015): Gesund aufwachsen – Welche Bedeutung kommt dem sozialen Status zu? Hrsg. Robert Koch-Institut, Berlin. GBE kompakt 6(1). www.rki.de/gbe-kompakt (Stand: 01.03.2015).

Lampert T., Kroll L.E. (2014): Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung. Hrsg. Robert-Koch Institut, Berlin. GBE kompakt 5(2). www.rki.de/gbe-kompakt (Stand: 07.04.2014).

Lampert T., Kroll L.E. (2010): Armut und Gesundheit. Hrsg. Robert-Koch Institut Berlin. GBE kompakt 5/2010. www.rki.de/gbe-kompakt (Stand: 01.12.2010).

Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (Iögd) (2005): Früherkennungsuntersuchungen – Wissen, Einstellungen, Beweggründe. In *Gesundheit in NRW, kurz und informativ*. Stand: Juni 2005.

Leinmüller R. (2010): Mammographie-Screening: Der Streit um den Nutzen geht in die nächste Runde. *Dtsch Arztebl* 2010; 107(15): A-698/B-607/C-599.

Leppin A. (2004): Konzepte und Strategien der Krankheitsprävention. In: Hurrelmann K., Klotz Th., Haisch J. (Hrsg.): *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. Verlag Hans Huber, Bern 2004. S. 31-40.

Leppo K., Ollila E., Peña S., Wismar M., Cook S. (2013). Health in All Policies. Seizing opportunities, implementing policies. Ministry of Social Affairs and Health, Finland, 2013. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/188809/Health-in-All-Policies-final.pdf

Lynch J., Smith G. D. (2005): A life course approach to chronic disease epidemiology. *Annu. Rev. Public Health* 2005. 26:1–35.

Makarova N., Reiss K., Zeeb H., Razum O., Spallek J. (2013): Verbesserte Möglichkeiten zur Identifikation von Menschen mit Migrationshintergrund für die Mortalitätsforschung am Beispiel Bremens. Improved Opportunities for the Identification of People with a Migrant Background for Mortality Research using the Example of Bremen. *Gesundheitswesen* 2013; 75: 360-365.

Messer M., Vogt D., Quenzel G., Schaeffer D. (2015): Health Literacy bei Menschen mit Migrationshintergrund. Health Literacy among immigrants. *Public Health Forum* 2015; 23(2): 121-123.

Mielck A. (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. 1. Auflage – Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Huber, 2000.

Mühlhauser I. (2014): Zur Überschätzung des Nutzens von Prävention. On the overestimation of the benefit of prevention. Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZEFQ) (2014) 108, 208-218.

Mühlhauser I. (2011): Vorsorge und Früherkennung – Präventionshandeln zwischen gesellschaftlicher Verpflichtung und individueller Selbstbestimmung. S. 229-247. P. Hensen, C. Kölzer (Hrsg.). Die gesunde Gesellschaft. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH 2011.

Mühlhauser I. (2007): Ist Vorbeugen besser als Heilen? Z. ärztl. Fortbild. Qual. Gesundheitswes. (ZaeFQ) 101 (2007) 293-299.

Nazroo J. Y. (2003): The Structuring of Ethnic Inequalities in Health: Economic Position, Racial Discrimination, and Racism. Public Health Matters. February 2003, Vol 93, No. 2. American Journal of Public Health. 277-284.

NLG (2008): Entwicklung der Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen für Kinder. Eine Auswertung des Niedersächsischen Landesgesundheitsamtes. Gesundheitsberichterstattung Report 6, 2008.

Nørredam M.L., Kastrup M, Helweg-Larsen K. (2011): Applications of danish registers in research. Register-based studies on migration, ethnicity, and health. Scandinavian Journal of Public Health, 2011; 39(Suppl 7): 201-205.

Nørredam M., Krasnik A. (2011): Migrants' access to health services. In Rechel B., Mladovsky P., Devillé W., Rijks B., Petrova-Benedict R., McKee M. (2011): Migration and health in the European Union. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press. S. 67-78.

Nørredam M.L., Nielsen A.S., Krasnik A. (2007): Migrants' access to healthcare. Danish Medical Bulletin Vol. 54 No. 1, February 2007, 48-9.

Perleth M., Matthias K. (2014): Die Gesundheitsuntersuchung: Vom Gesetz zur Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZEFQ) (2014) 108, 192-195.

Perry N., Broeders M., de Wolf C., Törnberg S., Holland R., von Karsa L. (2006): European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis. 4th Edition. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2006.

PMV forschungsguppe/FEISA (2010): Expertise für Bundesärztekammer im Rahmen der Förderinitiative zur Versorgungsforschung. Expertise zum Thema: Notwendigkeit des Datenzugangs und der Datentransparenz für ärztliche Körperschaften. 2010. S. 1-123.

Quenzel G., Schaeffer D. (2016): Health Literacy – Gesundheitskompetenz vulnerabler Bevölkerungsgruppen. Bielefeld: Universität Bielefeld.

Rattay P., Starker A., Domanska O., Butschalowsky H., Gutsche J., Kamtsiuris P., KIGGS Study Group (2014): Trends in der Inanspruchnahme ambulant-ärztlicher Leistungen im Kindes- und Jugendalter. Ergebnisse der KIGGS-Studie – Ein Vergleich von Basiserhebung und erster Folgebefragung (KIGGS Welle 1). Bundesgesundheitsbl 2014 57:878-891.

Razum O., Spallek J. (2015): Migration und Gesundheit. Migration and health. Public Health Forum 2015; 23(2): 54–57.

Razum O., Spallek J. (2014): Addressing health-related interventions to immigrants: migrant-specific or diversity-sensitive? Int J Public Health (2014) 59:893-895.

Razum O., Stronks K. (2014): The health of migrants and ethnic minorities in Europe: where do we go from here? European Journal of Public Health, Vol. 24, No. 5, 701-702.

Razum O., Spallek J. (2012): Erklärungsmodelle zum Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit im Alter. In: H. Baykara-Krumme et al. (Hrsg.), Viele Welten des Alterns. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Springer Fachmedien Wiesbaden 2012. S. 161-180.

Razum O., Spallek J. (2009a): Zugangsbarrieren zur gesundheitlichen Versorgung. Bundeszentrale für politische Bildung (bpb). URL: <http://www.bpb.de/gesellschaft/migration/dossier-migration/57307/barrieren-praevention>.

Razum O., Spallek J. (2009b): Wie gesund sind Migranten? Erkenntnisse und Zusammenhänge am Beispiel Zuwanderer in Deutschland. focus Migration. Kurzdossier Nr. 12.

Razum O., Zeeb H., Schenk L. (2008): Migration und Gesundheit. Ähnliche Krankheiten, unterschiedliche Risiken. Deutsches Ärzteblatt Jg. 105 Heft 47, 21. November 2008.

Razum O. (2007): Erklärungsmodelle für den Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit. Int J Public Health 52 (2007) 75–77.

Razum O. (2006a): Migration, Mortalität und der Healthy-migrant-Effekt. In Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Edited by Richter M., Hurrelmann K. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2006: 255-270

Razum O. (2006b): Commentary: Of salmon and time travellers – musing on the mystery of migrant mortality. International Journal of Epidemiology 2006;35:919-921.

Razum O., Geiger I., Zeeb H., Ronellenfisch U. (2004): Gesundheitsversorgung von Migranten. Deutsche Ärzteblatt, 101(43): A-2882/ B-2439 / C-2326

Razum O., Twardella D. (2002): Viewpoint: Time travel with Oliver Twist – Towards an explanation for a paradoxically low mortality among recent immigrants. Tropical Medicine and International Health. Volume 7 No 1 PP 4-10 January 2002.

Razum O., Rohrmann S. (2002): Der Healthy-migrant-Effekt: Bedeutung von Auswahlprozessen bei der Migration und Late-entry-Bias. The Healthy Migrant Effect: Role of Selection and Late Entry Bias. Gesundheitswesen 2002; 64:82-88.

Razum O., Zeeb H., Akgün S. (2001): How useful is a name-based algorithm in health research among Turkish migrants in Germany. Tropical Medicine and International Health. Volume 6 No 8 PP 654-661 August 2001.

Razum O., Zeeb H., Beck K., Becher H., Ziegler H., Stegmaier C. (2000): Combining a name algorithm with a capture-recapture method to retrieve cases of Turkish descent from a German population-based cancer registry. European Journal of Cancer 36 (2000) 2380-2384.

Razum O., Zeeb H., Akgün S., Yilmaz S. (1998): Low overall mortality of Turkish residents in Germany persists and extends into a second generation: merely a healthy migrant effect? *Tropical Medicine and International Health*. Volume 3 No 4 PP 297-303 April 1998.

Rechel B., Mladovsky P., Ingleby D., Mackenbach J. P., McKee M. (2013): Health in Europe 5. Migration and health in an increasingly diverse Europe. *Lancet* 2013; 381: 1235-45.

Rechel B., Mladovsky P., Devillé W., Rijks B., Petrova-Benedict R., McKee M. (2011a): Migration and health in the European Union. *European Observatory on Health Systems and Policies Series*. Open University Press.

Rechel B., Mladovsky P., Devillé W. (2011b): Monitoring the health of migrants. In Rechel B., Mladovsky P., Devillé W., Rijks B., Petrova-Benedict R., McKee M.: Migration and health in the European Union. *European Observatory on Health Systems and Policies Series*. Open University Press. S. 81-98.

Reeske A., Zeeb H., Razum O., Spallek J. (2012): 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. *Gebutsh Frauenheilk* 2012; 72: 305-310.

Reeske A. (2011): Inanspruchnahme von Schwangerenvorsorge – Literaturübersicht. In: Razum O., Reeske A., Spallek J. (Hrsg.) (2011): *Gesundheit von Schwangeren und Säuglingen mit Migrationshintergrund (Challenges in Public Health)*, Bd. 59). Peter Lang Verlag. Frankfurt am Main 2011.

Riens B., Mangiapane S. (2013): Teilnahme an der Jugendgesundheitsuntersuchung J1 – Eine retrospektive Kohortenstudie. *Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland*. Veröffentlicht am 26.04.2013.

Riens B., Schäfer M., Altenhofen L. (2011): Teilnehmeraten zur Beratung über Darmkrebs und zur Früherkennung im regionalen Vergleich. *Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland*. Veröffentlicht am 18.11.2011.

Robert Koch-Institut (2015a): *Krebs in Deutschland 2011/2012*. 10. Ausgabe. Robert Koch-Institut (Hrsg) und die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (Hrsg). Berlin, 2015

Robert Koch-Institut (Hrsg) (2015b): *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin.

Robert Koch-Institut (2013): *Krebs in Deutschland 2009/2010*. 9. Ausgabe. Robert Koch-Institut (Hrsg) und die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (Hrsg). Berlin, 2013.

Robert Koch-Institut (Hrsg) (2011): *Sterblichkeit, Todesursachen und regionale Unterschiede. Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Heft 52. RKI, Berlin.

Robert Koch Institut (2010): *Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut.

Robert Koch Institut (2008a): *Migration und Gesundheit*. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut.

Robert Koch Institut (2008b): Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KIGGS) 2003-2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut.

Robert Koch Institut (Hrsg.), Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2008c): Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Robert Koch-Institut, Berlin. S. 127-133.

Robert Koch Institut (2008d) (Hrsg.): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Bericht für den Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Robert Koch-Institut, Berlin 2008. S. 177-179.

Robert Koch-Institut (2007): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt. Berlin, 2. Auflage Februar 2007.

Robert Koch-Institut (2004): Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin 2004.

Rommel A., Saß A.C., Born S., Ellert U. (2015): Die gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund und die Bedeutung des sozioökonomischen Status. Erste Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt, Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015.

Rosenbrock R., Gerlinger Th. (2014): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. 3., vollständig überarbeitete Auflage. Verlag Hans Huber Bern, 2014.

Rückinger S., Tauscher M., Redel R., Munter A., Walchner-Bonjean M., Hess J., Schneider A., von Kries R. (2008): Participation in Cervical Cancer Screening by Age and Region – A Cohort Study with a 3 ½ year Follow-up on 2.223.135 Women in Bavaria. Gesundheitswesen 2008; 70:e17-e21.

Sahrai D. (2009): Healthy Migrants oder besondere Risikogruppe? Zur Schwierigkeit des Verhältnisses von Ethnizität, Migration, Sozialstruktur und Gesundheit. Jahrbuch für kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften. S. 70-94.

Sänger S. (2014): Was hindert und was fördert die Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen? In: Gesundheitsmonitor 2014. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Böcken, J., Braun, B. & Meierjürgen, R. (Hrsg.). Bertelsmann Stiftung BARMER GEK. S. 28-54.

Scheffer S., Dauven S., Sieverding M. (2006): Soziodemographische Unterschiede in der Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (KFU) in Deutschland – Eine Übersicht. Gesundheitswesen 2006; 68:139-146.

Schenk L. (2007): Migration und Gesundheit – Entwicklung eines Erklärungs- und Analyse-modells für epidemiologische Studien. Int J Public Health 52 (2007) 87-96. Birkhäuser Verlag, Basel.

Schenk, L., Bau, A.-M., Borde, T., Butler, J., Lampert, T., Neuhauser, H., Razum, O. & Weilandt, C. (2006): Mindestindikatorensatz zur Erfassung des Migrationsstatus. Empfehlungen für die epidemiologische Praxis. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 2006. 49:853-860. Springer Medizin Verlag 2006.

Schenk L., Neuhauser H., Robert Koch Institut, Berlin (2005): Methodische Standards für eine migrantensensible Forschung in der Epidemiologie. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 2005. 48:279-286.

Schubert I., Ihle P., Köster I. (2010): Interne Validierung von Diagnosen in GKV-Routinedaten: Konzeption mit Beispielen und Falldefinition. Gesundheitswesen 2010; 72: 316-322.

Schubert I., Ihle P., Köster I. (2008): Versorgungsmonitoring mit Routinedaten. Versichertenstichprobe AOK Hessen/KV Hessen. In: Kurth B-M (Hrsg). Monitoring der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland. Konzepte, Anforderungen, Datenquellen. Report Versorgungsforschung Band 1., Köln: Deutscher Ärzte Verlag, 2008a:9-19.

Schubert I., Ihle P., Köster I. (2005): Verwendung von GKV-Diagnosen in der Sekundärdatenforschung. In: Swart E, Ihle P (Hrsg.). Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven. Bern: Hans Huber Verlag 2005:235-241.

Schwarzkopf L., Menn P., Holle R. (2012): Methodische Ermessensspielräume bei der Sekundärdatenanalyse von GKV-Daten und ihre Auswirkungen – explorative Darstellung am Beispiel einer Kostenstudie zu Demenz. Discretionary Decisions in Claims Data Analyses and their Effects – An Explorative Comparison using the Example of a Cost of Illness Study on Dementia. Gesundheitswesen 2012; 74: e76-e83.

Seeleman C., Essink-Bot M.-L., Stronks K., Ingleby D. (2015): How should health service organizations respond to diversity? A content analysis of six approaches. BMC Health Services Research (2015) 15:510.

Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales. Referat A: (2012): Grundauswertung der Einschulungsdaten in Berlin 2011.

Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz. Referat A: (2011): Grundauswertung der Einschulungsdaten in Berlin 2009.

Sørensen K., Pelikan J. M., Röthlin F., Ganahl K., Slonska Z., Doyle G., Fullam J., Kondilis B., Agrafiotis D., Uiters E., Falcon M., Mensing M., Tchamov K., van den Broucke St., Brand H. on behalf of the HLS-EU Consortium (2015): Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). The European Journal of Public Health Advance Access published April 5, 2015. European Journal of Public Health, 1–6.

Sørensen K., Van den Broucke St., Fullam J., Doyle G., Pelikan J., Slonska Z., Brand H. (2012) Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health 2012, 12:80.

Sozialgesetzbuch (2015a): SGB 2015. Stand 1. Januar 2015. SGB V S. 35601-36100. SGB X S. 37001-37100. CW Haarfeld GmbH.

Sozialgesetzbuch (2015b): SGB 2015. Stand 1. August 2015. SGB V S. 35601-36100. CW Haarfeld GmbH. Sozialgesetzbuch SGB (2012): SGB V S. 35601-36100. CW Haarfeld GmbH.

Sozialgesetzbuch SGB (2013): SGB V S. 35601-36100. CW Haarfeld GmbH.

Sozialgesetzbuch SGB (2012): SGB V S. 35601-36100. CW Haarfeld GmbH.

Spallek J., Reeske A., Grosser A., Schwabe W., Rieger M., Krahn U., Razum O. (2012): Pflegebedürftigkeit bei türkischstämmigen und nicht-türkischstämmigen

Säuglingen. Eine Analyse der Pflegegutachten des MDK Westfalen-Lippe von 2004 bis 2008. *Gesundheitswesen* 2012; 74: 485-487.

Spallek, J. (2012): Migrantengesundheit. Die Sicht der Life-Course-Epidemiologie am Beispiel von Krebs bei türkischen Zuwanderern. 2012 Beltz Juventa Weinheim und Basel.

Spallek J., Zeeb H., Razum O. (2011): What do we have to know from migrants' past exposures to understand their health status? a life course approach. *Emerging Themes in Epidemiology* 2011 8:6.

Spallek J., Zeeb H., Razum O. (2010): Prevention among immigrants: the example of Germany. *BMC Public Health* 2010 10:92.

Spallek J., Arnold M., Hentschel St., Razum O. (2009): Cancer incidence rate ratios of Turkish immigrants in Hamburg, Germany: A registry based study. *Cancer Epidemiology* 33 (2009) 413-418.

Spallek J., Razum O. (2008): Erklärungsmodelle für die gesundheitliche Situation von Migrantinnen und Migranten. In: Bauer U., Bittlingmayer U.H. und Richter M. (Hrsg.): *Health Inequalities – Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit*. Wiesbaden: VS-Verlag. S. 271-288.

Spallek J., Spix C., Zeeb H., Kaatsch P., Razum O. (2008): Cancer patterns among children of Turkish descent in Germany: A study at the German Childhood Cancer Registry. *BMC Public Health* 2008, 8:152.

Spallek J., Razum O. (2007): Gesundheit von Migranten: Defizite im Bereich der Prävention. *Medizinische Klinik (München)* 102 (6):451-456.

Spallek J., Kaatsch P., Spix C., Ulusoy N., Zeeb H., Razum O. (2006): Namensbasierte Identifizierung von Fällen mit türkischer Herkunft im Kinderkrebsregister Mainz. *Name-Based Identification of Cases of Turkish Origin in the Childhood Cancer Registry in Mainz*. *Gesundheitswesen* 2006; 68: 1-7.

Starker A., Saß A.-C. (2013): Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsbl* 2013. 56:858-867.

Starker A., Bertz J., Saß A.-C. (2012): Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen. In: Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2012): *Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2010 (GEDA 2010)*. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin. S. 27-38.

Statistisches Bundesamt (Destatis) & WZB in Zusammenarbeit mit SOEP am DIW Berlin (2016): *Datenreport 2016. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland*.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2015): *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2014*. Fachserie 1 Reihe 2.2, Erschienen am 03. August 2015. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2015.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2014): *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2013*. Fachserie 1 Reihe 2.2, Erschienen am 14. November 2014, korrigiert am 26.02.2015. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2014.

Statistisches Bundesamt (Destatis), WZB & Zentrales Datenmanagement in Zusammenarbeit mit SOEP am DIW Berlin (2013): Datenreport 2013. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland.

Statistisches Bundesamt (Destatis) & WZB in Zusammenarbeit mit SOEP am DIW (2011): Datenreport 2011. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Band I. S. 188 ff.

Statistisches Bundesamt (Destatis) & WZB in Zusammenarbeit mit SOEP am DIW (2011): Datenreport 2011. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Band II. S. 247 ff.

Streich W. (2009): Ist die Teilnahme an Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen wirklich zu gering? Is Participation in Regular Screening Programmes in Germany Really too Low? DOI 10.3238/zfa.2009.0284. S. 284-289.

Stronks K., Ravelli A.C.J., Reijneveld S.A. (2001): Immigrants in the Netherlands: Equal access for equal needs? J. Epidemiol Community Health 2001;55:701-707.

Stutz Steiger, Th. (2011): Gesundheitskompetenz – ein Thema auch für die Weiterbildung. Education Permanente 2011-4. S. 4-6.

Swart E., Ihle P. (2010): Methoden der Sekundärdatenanalyse. Gesundheitswesen 2010; 72: 315.

T.C. Sağlık Bakanlığı (2015): Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, 2015. <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-101702/h/yilliktr.pdf>.

Thaiss H., Klein R., Schumann E.C., Ellsäßer G., Breitkopf H., Reinecke H., Zimmermann E. (2010): Früherkennungsuntersuchungen als Instrument im Kinderschutz. Erste Erfahrungen der Länder bei der Implementation appellativer Verfahren. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 10 2010. 53:1029-1047. Springer Verlag 2010.

The Council of the European Union (2003): Council Recommendation of 2 December 2003 on cancer screening (2003/878/EC). Official Journal of the European Union. 16.12.2013. L 327/34-L 327/38.

U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion (2010): National Action Plan to Improve Health Literacy, Washington, DC: Author.

Vermeer B., Van den Muijsenbergh M. (2010): The attendance of migrant women at the national breast cancer screening in the Netherlands 1997-2008. European Journal of Cancer Prevention 2010, 19:195-198.

Venema H.P.U., Garretsen H.F.L., van der Maas P.J. (1995): Health of Migrants and Migrant Health Policy, the Netherlands as an example. Soc. Sci. Med. Vol. 41, No. 6, pp. 809-818, 1995.

Vogt V., Siegel M., Sundmacher L. (2014): Examining regional variation in the use of cancer screening in Germany. Social Science & Medicine 110 (2014) 74-80.

Walter U., Töppich J., Dreier M. (2015): Neue Herausforderungen in der Prävention: Evidenzbasierung und informierte Entscheidung am Beispiel der Krebsfrüherkennung. In: Walter U., Koch U., unter Mitarbeit Plaumann M.: Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland. Konzepte, Strategien und Interventionsansätze der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. In: Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Sonderheft 01. Köln: BZgA, 2015; S. 160-171.

Walter U., Dreier M. (2014): Das Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz: ein Schritt zur informierten Entscheidung? (S. 12-27). In: Gesundheitsmonitor 2014. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Böcken J., Braun B. & Meierjürgen R. (Hrsg.). Bertelsmann Stiftung BARMER GEK.

Walter, U., Salman, R., Krauth, Ch. & Machleidt, W. (2007): Migranten gezielt erreichen: Zugangswege zur Optimierung der Inanspruchnahme präventiver Maßnahmen. Psychiat Prax 2007. 34:349-353. Georg Thieme Verlag KG Stuttgart, New York.

Weissenrieder N., Stier B. (2006): Jugendgesundheitsuntersuchung J1. In: Stier B., Weissenrieder N. (Hrsg.): Jugendmedizin. Gesundheit und Gesellschaft. Springer Medizin Verlag Heidelberg 2006.

Wengler A. (2013): Ungleiche Gesundheit. Zur Situation türkischer Migranten in Deutschland. Akteure und Strukturen. Studien zur vergleichenden empirischen Sozialforschung. Herausgegeben von Hans-Jürgen Andreß, Detlef Fetchenhauer, Karsten Hank, André Kaiser und Heiner Meulemann, Universität Köln. Band 2. Campus Verlag Frankfurt/New York 2013.

WHO (2013a): Gesundheit 2020. Europäisches Rahmenkonzept für gesamtstaatliches und gesamtgesellschaftliches Handeln zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden. WHO Regionalbüro für Europa. (Quelle: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/215757/Health2020-Long-Ger.pdf?ua=1)

WHO (2013b): Health literacy. The solid facts. World Health Organization. Regional Office for Europe. Editors: Ilona Kickbusch, Jürgen M. Pelikan, Franklin Apfel & Agis D. Tsouros.

WHO (2012): Aktionsplan zur Umsetzung der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2012–2016). WHO Regionalbüro für Europa.

WHO (2010): How health systems can address health inequities linked to migration and ethnicity. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010.

Zeeb H., Spallek J., Razum O. (2008): Epidemiologische Perspektiven der Migrationsforschung am Beispiel von Krebserkrankungen. Psychother Psych Med 2008. 58:130-135.

Zeeb H., Razum O. (2006): Epidemiologische Studien in der Migrationsforschung. Ein einleitender Überblick. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 2006, 49:845–852.

Zeeb H., Baune B.T., Vollmer W., Cremer D., Krämer A. (2004): Gesundheitliche Lage und Gesundheitsversorgung von erwachsenen Migranten – ein Survey bei der Schulleitungsuntersuchung. Gesundheitswesen 2004; 66(2): 76-84.

Zeeb H., Razum O., Blettner M., Stegmaier C. (2002): Transition in cancer patterns among Turks residing in Germany. *European Journal of Cancer* 38 (2002) 705-711.

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) (2011): Teilnahme an gesetzlichen Früherkennungsuntersuchungen und an Beratungen zur Prävention des Darmkrebs (in Prozent der anspruchsberechtigten Altersgruppe) im Jahr 2011 - Deutschland. Stand: 30.08.2012 http://www.zi.de/cms/fileadmin/images/content/PDFs_alle/Beteiligungsdaten_2011_Deutschland_erw.pdf, 2011.

Ziele-Papier 1: „Inanspruchnahme Krebsfrüherkennung“, Handlungsfeld 1 „Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung“ des Nationalen Krebsplans. Stand 21.07.2010.

Zok K. (2014): Unterschiede bei der Gesundheitskompetenz. Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativ-Umfrage unter gesetzlichen Versicherten. Hrsg.: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO). *WidO-monitor* 2014; 11(2):1-12. Ausgabe 2/2014.

Zok K. (2007): Wahrnehmung und Akzeptanz von Früherkennungsuntersuchungen. Ergebnisse einer Repräsentativ-Umfrage unter GKV-Versicherten. Hrsg.: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO). *WidO-monitor* 2007;4(3):1-7.

Internetquellen mit Datum des letzten Zugriffs:

Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (2015b) unter <https://www.statistik-berlin-brandenburg.de/statis/login.do?quest=quest&db=EWRBEE> (Überprüft am 30.10.2015).

AOK (2016a): Gesunde Kinder – gesunde Zukunft unter <https://gesundheit.aok.de/> (Überprüft am 28.08.2016).

AOK (2016b): Faktenboxen: Orientierung für Ihre Gesundheit unter <https://www.aok.de/inhalt/faktenboxen-gesundheit/> (Überprüft am 28.08.2016).

AOK-Bundesverband (o.J): Chroniker-Regelung für Zuzahlungen unter http://aok-bv.de/zahlen/gesundheitswesen/index_00538.html (Überprüft am 01.11.2015).

AOK Nordost: Daten und Zahlen (Stand Januar 2015) unter http://www.aok.de/nordost/die-aok/daten_und_zahlen_165279.php (Überprüft am 04.09.2015).

Ärzte Zeitung online: Darmkrebs-Vorsorge. Ein Brief, der bei Männern ankommt. Veröffentlicht am 24.10.2013 unter http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/praevention/article/848743/darmkrebs-vorsorge-brief-maennern-ankommt.html (Überprüft am 28.08.2016).

Auswärtiges Amt: Staatsangehörigkeitsrecht (Stand 28.01.2015) unter http://www.auswaertiges-amt.de/DE/EinreiseUndAufenthalt/Staatsangehoerigkeitsrecht_node.html (Überprüft am 31.08.2015).

BKK (o.J.): MännerGesundheit. Ein Service Ihrer BKK unter <http://www.bkk-maennergesundheits.de/> (Überprüft am 31.09.2016).

Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) (Stand 25.02.2015) unter:
http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/bdsg_1990/gesamt.pdf
(Überprüft am 31.08.2015).

Bundesgesetzblatt: Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) vom 17. Juli 2015 (Stand 24.07.15) unter
http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&start=/*%255B@attr_id='bgbl115s1368.pdf%255D#_bgbl_%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl115s1368.pdf%27%5D_1446457755057 (Überprüft am 01.11.2015).

Bundesministerium des Innern (BMI) (o.J.): Was versteht man unter dem Geburtsortsprinzip? unter: http://www.bmi.bund.de/SharedDocs/FAQs/DE/The-men/Migration/Staatsang/erwerb_der_deutschen_staatsangehoerigkeit_durch_ge-burt_geburtsortsprinzip.html.
(Überprüft am 31.08.2015).

Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz (BMJV) (2015): Staatsangehörigkeitsgesetz (StAG). Stand 28.10.2015 unter <https://www.gesetze-im-internet.de/rustag/BJNR005830913.html> (Überprüft am 18.04.2016).

Bundesministerium für Gesundheit (2016a): Der Nationale Krebsplan stellt sich vor. (Stand: 20.01.2016) unter
<http://www.bmg.bund.de/themen/praevention/nationaler-krebsplan/der-nationale-krebsplan-stellt-sich-vor.html> (Überprüft am 10.06.2016).

Bundesministerium für Gesundheit (2016b): Präventionsgesetz. (Stand: 29.02.2016) unter
<http://www.bmg.bund.de/themen/praevention/praeventionsgesetz.html> (Überprüft am 10.06.2016).

Bundesministerium für Gesundheit (2015a): Früherkennung. (Stand: 12.10.2015) unter
<http://www.bmg.bund.de/glossarbegriffe/f/frueherkennung.html> (Überprüft am 30.10.2015)

Bundesministerium für Gesundheit (2015b): Zahnvorsorge-Untersuchungen. (Stand: 12.10.2015) unter
http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/F/Frueherkennung_und_Vorsorgeleistungen_der_GKV/Zahnvorsorge_Vorsorge-_und_Frueherkennungsleistungen.pdf.pdf
(Überprüft am 30.10.2015)

Bundesministerium für Gesundheit (2015c): Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit (Stand: 17.08.2015) unter
<http://www.bmg.bund.de/themen/praevention/kindergesundheit/kindergesundheit.html>
(Überprüft am 30.10.2015)

Bundesministerium für Gesundheit (2015d): Bundesgesundheitsministerium unterzeichnet Charta der Vielfalt. (Stand: 03.03.2015) unter
<http://www.bmg.bund.de/ministerium/meldungen/2015/charta-der-vielfalt.html>
(Überprüft am 10.06.2016)

Bundesministerium für Gesundheit (BMG): Bedeutender Tag für die Krebsbekämpfung – Krebsfrüherkennungs- und –registriergesetz vom Deutschen Bundestag beschlossen (Stand 01.02.2013) unter:

<http://www.bmg.bund.de/ministerium/presse/pressemitteilungen/2013-01/kfrg-vom-bundestag-beschlossen.html>

(Überprüft am 31.08.2015)

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2012b): Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und zur Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister (Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz - KFRG) (Stand 31.10.2012) unter:

<http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/112/1711267.pdf>

(Überprüft am 31.08.2015)

Bundesministerium für Gesundheit (2012c): Bundestag beschließt Assistenzpflegegesetz und Abschaffung der Praxisgebühr (Stand 09.11.2012) unter

<http://www.bmg.bund.de/presse/pressemitteilungen/2012-04/bundestag-ende-der-praxisgebuehr.html> (Überprüft am 30.10.2015)

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (o.J.): Männergesundheitsportal unter <http://www.maennerggesundheitsportal.de/> (Überprüft am 31.09.2016)

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2016): kindergesundheit-info.de unter <http://www.kindergesundheit-info.de/themen/>

(Überprüft am 27.08.2016)

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (o.J.): Gesundheitsförderung für Menschen mit Migrationshintergrund unter

<http://www.bzga.de/themenschwerpunkte/gesundheitsfoerderung-fuer-menschen-mit-migrationshintergrund/>

(Überprüft am 31.08.2015)

Deutsche Gesellschaft für Public Health e.V. (o.J.): Was ist Public Health? unter

<http://www.deutsche-gesellschaft-public-health.de/informationen/public-health/>

(Überprüft am 14.06.2016)

Deutscher Bundestag: Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) (Stand 08.09.2003) unter <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/15/015/1501525.pdf>

(Überprüft am 30.10.2015)

DGUV Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung: Nationale Präventionskonferenz konstituiert sich (Stand 26.10.2015) unter http://www.dguv.de/de/mediencenter/pm/Pressearchiv/2015/quartal_4/details_q4_117057.jsp (Überprüft am

01.11.2015)

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2016a): Pressemitteilung „Neue Kinder-Richtlinie tritt am 1. September 2016 in Kraft“ (Stand 23.08.2016) unter

<https://www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/636/> (Überprüft am

01.09.2016)

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2016b): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinie / KFE-RL) in der Fassung vom 18. Juni 2009 veröffentlicht im Bundesanzeiger 2009, Nr. 148a in Kraft getreten am 3. Oktober 2009 zuletzt geändert am 21. April 2016, veröffentlicht im Bundesanzeiger AT 08.07.2016 B2, in Kraft getreten am 1. Oktober 2016 unter https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1255/KFE-RL_2016-04-21_iK-2016-10-01.pdf (Überprüft am 07.10.2016)

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2015a): Früherkennung von Krankheiten bei Erwachsenen. (Stand 06.07.15) unter <http://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/frueherkennung/erwachsene/> (Überprüft am 31.08.2015)

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2015b): Früherkennung von Krankheiten bei Kindern. (Stand 06.07.15) unter <https://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/frueherkennung/kinder/> (Überprüft am 31.08.2015)

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2015c): Früherkennung von Krankheiten bei Jugendlichen. (Stand 06.07.15) unter <http://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/frueherkennung/jugendliche/> (Überprüft am 31.08.2015)

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2015d): Krebsfrüherkennung. (Stand 06.07.15) unter <http://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/frueherkennung/krebsfrueherkennung/> (Überprüft am 31.08.2015)

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2015e): Früherkennungsuntersuchungen, die zulasten der GKV angeboten werden. (Stand 06.07.15) unter <http://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/frueherkennung/ueberblick/> (Überprüft am 31.08.2015)

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2015f): Früherkennung/Prävention (Stand 23.04.2015) unter <https://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/frueherkennung/> (Überprüft am 30.10.2015)

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2015g): Pressemitteilung „Methodenbewertung. Mammographie-Screening: Einladungsschreiben und Merkblatt überarbeitet“ (Stand 15.10.2015) unter https://www.g-ba.de/downloads/34-215-589/25-2015-10-15-KFE-RL_Mammographie-%20Merkblatt.pdf (Überprüft am 10.12.2015)

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2015h): Pressemitteilung „Früherkennungsuntersuchungen für Kinder: Neustrukturierung der Richtlinie beschlossen“ (Stand 18.06.2015) unter <https://www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/580/> (Überprüft am 18.06.2015)

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): Chroniker-Richtlinie (Ausnahmen für die Pflicht zur Teilnahme an Gesundheits- und Krebsfrüherkennungsuntersuchungen) (Stand 3.10.07) unter <https://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/458/> (Überprüft am 30.10.2015)

Generaldirektion für Personenstands- und Bürgerschaftsangelegenheiten: Gesetz zum Namensreform „Soyadi Kanunu“ (Stand 02.07.1934) unter http://www.nvi.gov.tr/Files/File/Mevzuat/Nufus_Mevzuati/Kanun/pdf/soyadi_kanunu.pdf (Überprüft am 31.08.2015)

Gesetze Berlin: Gesetz zur Förderung der Gesundheit von Kindern und des Kinderschutzes (Berliner Kinderschutzgesetz - KiSchuG) vom 17. Dezember 2009. (Stand 17.12.2009) unter <http://gesetze.berlin.de/jportal/?quelle=jlink&query=KiSchutzG+BE&psml=bsbeprod.psml&max=true&aiz=true> (Überprüft am 30.10.2015)

GKV-Spitzenverband (2016): Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz nach §20d Abs. 3 SGB V – verabschiedet am 19.02.2016 unter

https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2016/Praevention_NPK_BRE_verabschiedet_am_19022016.pdf (Überprüft am 01.10.2016).

GKV-Spitzenverband: Gesetzliche Krankenversicherung (Stand 30.07.2015) unter https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenversicherung_grundprinzipien/grundprinzipien.jsp (Überprüft am 30.10.2015)

IQWiG (2015): Frauen verständlich über Nutzen und Schaden des Mammografie-Screenings informieren. IQWiG publiziert Entwürfe für künftiges Einladungsschreiben und Merkblatt (Stand: 20.04.2015) unter <https://www.iqwig.de/de/presse/pressemitteilungen/pressemitteilungen/frauen-verstandlich-uber-nutzen-und-schaden-des-mammografie-screenings-informieren.6654.html> (Überprüft am 28.08.2016)

Kassenärztliche Bundesvereinigung: Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM). Online-Version des EBM (Stand 02.07.15) unter: <http://www.kbv.de/html/online-ebm.php> (Überprüft am 31.08.2015)

Kassenärztliche Vereinigung (KV) Berlin (o.J.): Arztsuche unter <https://www.kvberlin.de/60arztsuche/suche.php> (Überprüft am 23.10.2016).

Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen: Wir über uns (Stand 03.05.16) unter <https://www.lzg.nrw.de/service/wir/index.html> (Überprüft am 01.09.2016)

LebensBlicke: Darmkrebsvorsorge: Einladungsverfahren äußerst effektiv. Veröffentlicht am 6. Mai 2016 unter <http://www.lebensblicke.de/darmkrebsvorsorge-einladungsverfahren-aeusserst-effektiv/> (Überprüft am 31.08.2015)

MiMi – Mit Migranten für Migranten (o.J.): http://www.ethno-medizinisches-zentrum.de/index.php?option=com_content&view=article&id=28 (Überprüft am 31.08.2015)

Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (2015): Grundausswertung der Einschulungsdaten in Berlin 2013 vorgelegt. Pressemitteilung vom 12.06.2015 unter <http://www.berlin.de/sen/gessoz/presse/pressemitteilungen/2015/pressemitteilung.329261.php> (Überprüft am 25.01.2016)

Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (2014): Daten der Einschulungsuntersuchungen in den Bundesländern werden miteinander vergleichbar. Pressemitteilung vom 18.02.2014 unter <http://www.berlin.de/sen/gessoz/presse/pressemitteilungen/2014/pressemitteilung.150844.php> (Überprüft am 25.08.2016)

Unabhängige Patientenberatung: (Stand 05.04.16) unter <https://www.patientenberatung.de/de/kontakt> (Überprüft am 10.06.2016)

Wissenschaftlicher Institut der AOK (WidO) (o.J.): Übersicht der Publikationen unter: <http://www.wido.de/> (Überprüft am 31.08.2015)

WHO: Health (Stand 2015) unter <http://www.who.int/trade/glossary/story046/en/> (Überprüft am 30.10.2015)

WHO: Ottawa Charter for Health Promotion, 1986 (Stand 2015)
unter <http://www.euro.who.int/de/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986>
(Überprüft am 30.10.2015)

Anhang

Tabelle 29: Jährliche Teilnahmerate Untersuchung Blut im Stuhl differenziert nach Migrationshintergrund (Männer), 2008 bis 2012

Teilnahmerate	Türkisch EBM 01734	Vergleichsgruppe EBM 01734
2008	0,1%	0,0%
2009	0,3%	0,0%
2010	0,0%	0,0%
2011	0,0%	0,0%
2012	0,0%	0,0%

Quelle: Eigene Berechnung

AOK Nordost-Versicherte Männer mit jeweils mind. 360 Versichertentagen in den Jahren 2008-2012.

Basis: anspruchsberechtigte Männer mit jeweils mind. 360 Versichertentagen im gleichen Zeitraum.

Tabelle 30: Jährliche Teilnahme rate Darmkrebsvorsorge differenziert nach Migrationshintergrund (Männer ab 55 Jahren), 2008 bis 2012

Teilnahmerate	Türkisch EBM 01740	Vergleichsgruppe EBM 01740
2008	0,3%	0,1%
2009	0,4%	0,1%
2010	0,2%	0,1%
2011	0,4%	0,1%
2012	0,2%	0,1%
Teilnahmerate	Türkisch EBM 01741	Vergleichsgruppe EBM 01741
2008	0,1%	0,0%
2009	0,1%	0,0%
2010	0,0%	0,0%
2011	0,0%	0,0%
2012	0,0%	0,0%
Teilnahmerate	Türkisch EBM 01734	Vergleichsgruppe EBM 01734
2008	0,0%	0,0%
2009	0,1%	0,0%
2010	0,0%	0,0%
2011	0,0%	0,0%
2012	0,0%	0,0%

Quelle: Eigene Berechnung

AOK Nordost-Versicherte Männer mit jeweils mind. 360 Versichertentagen in den Jahren 2008-2012.

Basis: anspruchsberechtigte Männer mit jeweils mind. 360 Versichertentagen im gleichen Zeitraum.

EBM 01740 = Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms

EBM 01741 = Koloskopie

EBM 01734 = Untersuchung auf okkultes Blut im Stuhl

Danksagung

Ich möchte mich ganz herzlichst bei denjenigen bedanken, die zum Gelingen dieser Arbeit mich unterstützt haben.

Ich bedanke mich bei Prof. Dr. Jacob Spallek dafür, dass er sich bereit erklärt hat, mich als meinen Doktorvater zu betreuen. Seine Anmerkungen haben mir dabei geholfen, die Zielsetzung der Arbeit nicht aus den Augen zu verlieren. Vielen Dank auch an Prof. Dr. Thomas Gerlinger und Prof. Dr. Oliver Razum für ihre Bereitschaft, als Gutachter die Arbeit zu betreuen.

Mein großer Dank gilt der AOK Nordost und dem AOK-Bundesverband. Ohne deren Daten gäbe es heute diese Dissertation nicht. In diesem Zusammenhang möchte ich Dr. Kolpatzik für seine fachliche und Frank Kimmel für seine juristische Unterstützung danken.

Darüber hinaus haben mich einige Personen tatkräftig unterstützt, die ich hier explizit nennen möchte. Besonders danke ich Christina für das ständige Korrekturlesen und für die vielen Ratschläge, Swen für seine kritischen Anmerkungen, Robert und Semsı für ihre IT-Unterstützung sowie weiteren KollegINNen, die durch einfaches Gegenlesen oder Tipps mir neue Ideen und Anregungen vermittelt haben.

Ich bedanke mich auch bei all denjenigen, die mich ständig nur gefragt haben: „Wann bist du fertig? Wann gibst du ab?“ und mich dadurch immer wieder motiviert haben, am Ball zu bleiben.

Zu guter Letzt möchte ich mich bei meiner Familie ganz herzlich für ihre Unterstützung danken. Und meinem Ehemann Yilmaz für die mentale Betreuung sei es durch schön dekorierte Obstteller oder motivierende Worte.

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst und keine anderen Quellen und Hilfsmittel als die angegebenen benutzt habe. Alle Stellen der Arbeit, die wörtlich oder sinngemäß aus anderen Quellen übernommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht.

Zudem versichere ich, dass die vorliegende Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch bei keiner Prüfungsbehörde eingereicht wurde und ich bisher keine weiteren Versuche zur Promotion unternommen habe.

Berlin, den 07.11.2016

Tülan Yildirim