

Hausärztliche Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades

der Hohen Medizinischen Fakultät

der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität

Bonn

Maja Pauline Stephanie Oberholz

aus Euskirchen

2024

Angefertigt mit der Genehmigung
der Medizinischen Fakultät der Universität Bonn

1. Gutachterin: Prof. Dr. med. Birgitta Weltermann, MPH (USA)
2. Gutachter: PD Dr. Jan-Christian Wasmuth

Tag der Mündlichen Prüfung: 10.07.2024

Aus dem Institut für Hausarztmedizin
Direktorin: Prof. Dr. med. Birgitta Weltermann, MPH (USA)

Widmung

Ich widme diese Arbeit meiner Familie und meinem Lebensgefährten, die mich in diesem Prozess stets unterstützt und mir Mut zugesprochen haben.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	7
1. Einleitung	8
1.1 Migrationshintergrund: Definition und Relevanz	8
1.2 Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund (MH)	8
1.3 Hausärztliche Versorgung von Menschen mit MH	9
1.4 Zielsetzung der Studie	10
2. Material und Methoden	11
2.1 Studiendesign	11
2.2 Sekundärdaten der DEGS1	11
2.3 Primärdaten der GPCare1-Studie	12
2.3.1 Auswahl der Praxen und Rekrutierung	12
2.3.2 Der Fragebogen	13
2.4 Statistische Analysen	14
2.4.1 DEGS1	14
2.4.2 GPCare1	15
3. Ergebnisse	15
3.1 DEGS1-Ergebnisse	15
3.1.1 Soziodemographische Charakteristika	15
3.1.2 Unterschiede zwischen Teilnehmenden mit und ohne MH	16
3.1.3 Ergebnisse der Quasi-Poisson-Regressionsanalyse	18
3.2 GPCare1-Ergebnisse	20
3.2.1 Soziodemographische Charakteristika und Stratifizierung nach MH	20
3.2.2 Ergebnisse der Quasi-Poisson-Regressionsanalyse	22
4. Diskussion	24
4.1 Zusammenfassung der Ergebnisse	24
4.2 Inanspruchnahme medizinischer Leistungen	24
4.3 Arzt-Patienten-Beziehung und -Kommunikation	25
4.4 Lösungsansätze	26
4.5 Stärken und Schwächen der Studie	27
4.6 Anknüpfungspunkte für zukünftige Forschung	28

5.	Zusammenfassung	29
6.	Tabellenverzeichnis	31
7.	Literaturverzeichnis	32
8.	Danksagung	3

Abkürzungsverzeichnis

DEGS1 - Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland, erhoben vom Robert-Koch-Institut (2008-2011)

GPCare1 - General Practice Care1-Studie vom Institut für Hausarztmedizin der Universität Bonn, 2020

MH - Migrationshintergrund

MMH - Menschen mit Migrationshintergrund

MoMH - Menschen ohne Migrationshintergrund

RKI – Robert Koch-Institut

SD - Standardabweichung

SES – Sozioökonomischer Status

1. Einleitung

1.1 Migrationshintergrund: Definition und Relevanz

Das Statistische Bundesamt definiert Menschen mit Migrationshintergrund (MMH) als Personen, die selbst im Ausland geboren sind oder mindestens einen im Ausland geborenen Elternteil haben (REF Statistisches Bundesamt). Eine weitere Unterteilung kann nach einseitigem oder beidseitigem Migrationshintergrund (MH) oder nach der Migrationsgeneration erfolgen. MMH stellen national wie international eine stetig wachsende Bevölkerungsgruppe dar: 2020 waren die USA mit 50,6 Millionen Menschen das Land mit der größten MH-Bevölkerung, gefolgt von Deutschland mit 15,8 Millionen Menschen (Migration Data Portal, 18.11.2022). Im Jahr 2022 wiesen erste Ergebnisse des Mikrozensus bereits 23,8 Millionen MMH in Deutschland aus, dies entsprach 28,7 % der deutschen Privathaushalte in diesem Jahr (Statistisches Bundesamt, 2022a). Das häufigste Geburtsland der MMH bzw. ihrer Eltern in Deutschland war die Türkei, gefolgt von Polen, Russland, Kasachstan und Syrien (Bund-Länder-Demographie-Portal). MMH waren im Jahr 2022 durchschnittlich 36 Jahre alt und damit deutlich jünger als Menschen ohne Migrationshintergrund (MoMH), die ein Durchschnittsalter von 47 Jahren aufwiesen. Migration ist hierbei als dynamischer Prozess zu verstehen, der sich aufgrund von verschiedenen politischen, humanitären und/ oder sozialen Situationen weltweit stetig verändert: Aufgrund des Kriegszustandes in der Ukraine und der daraus resultierenden humanitären Situation hat sich laut einer Rohdatenzählung des Ausländerzentralregisters beispielsweise die Zahl von Ukrainerinnen und Ukrainern in Deutschland zum Stichtag 31.12.2022 im Vergleich zum Vorjahr versiebenfacht (Statistisches Bundesamt, 2022b).

1.2 Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund

Aus der nationalen und internationalen Literatur sind bereits Unterschiede im Gesundheitszustand von MMH im Vergleich zu MoMH bekannt: So stellt der MH einen Risikofaktor für chronische Erkrankungen wie Diabetes mellitus, arterielle Hypertonie, metabolisches Syndrom, Adipositas und Niereninsuffizienz (Modesti et al., 2016a; Modesti et al., 2016b), aber auch für übertragbare Krankheiten dar (Rechel et al., 2013).

Ebenso sind MMH häufiger von Schizophrenie betroffen, und insbesondere MMH der ersten Generation leiden häufiger an Depressionen, Angststörungen und posttraumatischen Belastungsstörungen (Cantor-Graae und Selten, 2005).

Diese gesundheitlichen Unterschiede könnten durch sozioökonomische Ungleichheiten noch verstärkt werden: Im Vergleich zu MoMH sind MMH häufiger von Arbeitslosigkeit, einem niedrigen sozioökonomischen Status (SES) und geringer sozialer Unterstützung betroffen (Lampert und Richter, 2016). Diese Determinanten sind gleichermaßen mit einem erhöhten Risiko für psychische und physische Gesundheitseinschränkungen assoziiert. In einem systematischen Übersichtsartikel aus dem Jahr 2020 konnte herausgearbeitet werden, dass sowohl eine geringe soziale Unterstützung als auch der MH eine wichtige Rolle bei der Entstehung von kolorektalen Karzinomen spielen (Coughlin, 2020). Sie können auch das kardiovaskuläre Risiko erhöhen (Mannoh et al., 2021).

Demgegenüber steht der sogenannte „Healthy Migrant“-Effekt: Er beschreibt das Phänomen, dass MMH sowohl international als auch national niedrigere Mortalitätsraten aufweisen als gleichaltrige MoMH. Es wird vermutet, dass dieser Effekt auf Selektionsprozessen beruht, da insbesondere junge und gesunde Personen migrieren (Markides und Rote, 2019).

1.3 Hausärztliche Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund

Eine wichtige Ressource sowohl für die Unterstützung als auch für die Gesundheitsversorgung sind Hausärzte, da sie die erste Anlaufstation für Patientinnen und Patienten in der medizinischen Versorgung darstellen. Gemäß dem biopsychosozialen Modell stellen Hausärzte eine wesentliche Quelle medizinischer und sozialer Unterstützung für Patienten dar. Bisherige wissenschaftliche Publikationen weisen jedoch auf eine eher unzureichende hausärztliche Versorgung von MMH hin. Eine Studie aus England mit fast 60.000 Teilnehmern konnte eine geringere Inanspruchnahme hausärztlicher Leistungen bei MMH feststellen (Saunders et al., 2021). Inwieweit diese Forschungsergebnisse auf MMH in Deutschland übertragbar sind, ist bislang unklar. Bekannt ist jedoch, dass MMH in Deutschland seltener Präventionsprogramme oder

Facharztbesuche in Anspruch nehmen (Klein und Knesebeck, 2018). Stattdessen beanspruchen sie eher akutmedizinische Behandlungsangebote wie den vertragsärztlichen Notdienst oder die Notaufnahme in Krankenhäusern (Graetz et al., 2017). Neben der quantitativ messbaren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen sind auch die Qualität der Arzt-Patienten-Kommunikation, vor allem hinsichtlich psychosozialer Belastungen und diesbezügliche Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne MH von großer Bedeutung: Eine internationale Übersichtsarbeit konnte zeigen, dass MMH gegenüber ihrem Arzt emotionales Verhalten vermeiden und seltener über soziale Probleme sprechen. Auch zeigten Ärzte eher weniger Empathie und vermieden Gespräche über soziale Themen mit MMH (Schouten und Meeuwesen, 2006).

1.4 Zielsetzung der Studie

Sowohl die Anzahl der Hausarztbesuche als auch die Wahrnehmung der Hausarzt-Patienten-Kommunikation von MMH in Deutschland sind in der bisherigen Literatur unterrepräsentiert. Die vorliegende Studie hat sich daher zum Ziel gesetzt, diese Forschungslücke zu schließen und diese beiden Aspekte näher zu untersuchen. Dazu wurde auf zwei Datensätze zurückgegriffen:

Zum einen wurden Daten der für Deutschland repräsentativen DEGS1-Studie des Robert Koch-Instituts (RKI) verwendet, um die Anzahl der Hausarztbesuche von Personen mit und ohne MH zu vergleichen. Zudem wurde untersucht, welche soziodemographischen Determinanten mit der Anzahl an Hausarztbesuchen assoziiert sind. Zum anderen wurden die nicht repräsentativen Daten unserer GPCare1-Studie genutzt, um die Qualität der Arzt-Patienten-Kommunikation von Menschen mit und ohne MH hinsichtlich psychosozialer Belastungen zu vergleichen. Schließlich wurde der Zusammenhang zwischen weiteren soziodemographischen Merkmalen und der wahrgenommenen Qualität der Arzt-Patienten-Kommunikation untersucht.

2. Material und Methoden

2.1 Studiendesign

Um sowohl Aussagen zur Anzahl der Hausarztbesuche als auch zur Arzt-Patienten-Kommunikation zu treffen, wurden in der vorliegenden Studie zwei Datensätze berücksichtigt: Zum einen wurden Sekundärdaten der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) des Robert Koch-Instituts genutzt, um die Auswirkung verschiedener soziodemographischer Merkmale, einschließlich MH, auf die Anzahl der Hausarztbesuche zu untersuchen. Unter anderem wurde anhand einer Regressionsanalyse erforscht, inwiefern der MH eine unabhängige Determinante hinsichtlich der Anzahl der Hausarztbesuche ist.

Da die erlebte Qualität der Arzt-Patienten-Kommunikation im DEGS1 nicht erhoben wurde, wurde im Rahmen des strukturierten Promotionsprogramms eine eigene Datenerhebung im Querschnittsdesign durchgeführt, die neben verschiedenen soziodemographischen und gesundheitsbezogenen Merkmalen auch die Arzt-Patienten-Kommunikation hinsichtlich psychosozialer Belastungen abbildete. Die Primärdaten dieser „General-Practitioner-Care-1“-Studie (GPCare1) wurden genutzt, um die Auswirkung von soziodemographischen Faktoren auf die erlebte Arzt-Patienten-Kommunikation zu beurteilen. Es wurde dabei in einer zweiten Regressionsanalyse untersucht, inwiefern insbesondere der MH die erlebte Arzt-Patienten-Kommunikation beeinflussen könnte.

In beiden Studien wurde dabei die Definition des MH genutzt, die im DEGS1 Anwendung fand, um eine Vergleichbarkeit der Resultate zu gewährleisten: Demnach wurden MMH als solche definiert, die entweder selbst im Ausland geboren waren oder mindestens einen im Ausland geborenen Elternteil hatten (Saß et al., 2015).

2.2 Sekundärdaten des DEGS1

DEGS1 ist eine Querschnittsstudie des RKI, die erhobenen Daten sind dabei durch die Nutzung von Gewichtungsfaktoren repräsentativ für die deutsche Bevölkerung und somit Teil des deutschen Gesundheitsmonitorings. Genauere Informationen zur

Repräsentativität der Daten sind durch das RKI bereits veröffentlicht worden (Scheidt-Nave et al., 2012; Kamtsiuris et al., 2013; Kurth, 2009; Gößwald et al., 2013).

Im Zeitraum von 2008 bis 2011 wurden 7987 Teilnehmende in die Studie eingeschlossen, die Altersspanne lag zwischen 18 und 79 Jahren. Zum einen sollten die Teilnehmenden einen Fragebogen ausfüllen, zum anderen wurden sie durch geschultes Studienpersonal befragt und mussten sich zudem einer medizinischen Untersuchung unterziehen (Scheidt-Nave et al., 2012).

Es wurden unter anderem folgende soziodemographische Variablen erfragt: *Alter* (in Jahren), *Geschlecht* (männlich, weiblich), *Familienstand* (verheiratet, in einer festen Partnerschaft, ledig, geschieden, verwitwet), *Erwerbsstatus* (arbeitend, arbeitssuchend), *Migrationshintergrund* (ja, nein bzw. einseitig, beidseitig bzw. nach Migrationsgeneration). Der *SES* (niedrig, mittel, hoch) wurde mithilfe der „European Socio-Economic Classification“ anhand der Variablen Alter, Geschlecht, Haushaltseinkommen, Bildungsabschluss, Erwerbsstatus und Jobposition errechnet (Müller et al., 2006). Die erlebte *soziale Unterstützung* wurde anhand der validierten „Oslo-Skala“ gemessen (niedrig, mittel, hoch) (Kocalevent et al., 2018).

Zudem wurden gesundheitsbezogene Merkmale erfasst: allgemeiner Gesundheitszustand (auf einer Skala von 1= schlecht bis 5= ausgezeichnet), chronische Krankheit (ja, nein), ärztlich diagnostizierte Depression in der Vergangenheit (ja, nein).

Die Inanspruchnahme der hausärztlichen Versorgung wurde anhand der folgenden beiden Items gemessen: Ob Teilnehmende zum Befragungszeitpunkt einen Hausarzt hatten (ja/nein) sowie die Anzahl der Hausarztbesuche im letzten Jahr.

2.3 Primärdaten der GPCare1-Studie

2.3.1 Auswahl der Praxen und Rekrutierung

Die GPCare1-Studie wurde im Rahmen des strukturierten Promotionsprogramms des Instituts für Hausarztmedizin des Universitätsklinikums Bonn durchgeführt. Unter dem Oberthema „*The questions rarely asked: Biopsychosoziale Aspekte der hausärztlichen*

Patientenbehandlung“ wurde eine Arbeitsgruppe von Medizinstudierenden zusammengestellt, die gemeinsam mit Betreuenden und unter der Leitung von Frau Prof. Dr. Weltermann einen Fragebogen entwickelten, der insbesondere die Prävalenz psychosozialer Belastungen und soziodemographischer Merkmale sowie die erlebte Qualität der Arzt-Patientenkommunikation hinsichtlich psychosozialer Belastungen erfasste.

Die Studie mit 813 Teilnehmenden wurde zwischen Juni und August 2020 in insgesamt 12 hausärztlichen Lehrpraxen des Instituts durchgeführt. Die Auswahl der Praxen erfolgte anhand soziodemografischer Merkmale unter Verwendung regionaler Daten, welche Alter, Einkommen, Erwerbsstatus und auch den MH berücksichtigten (Landesbetrieb IT.NRW, 2021). Der anonyme Fragenbogen wurde durch die Sprechstundenhilfe an alle Patienten und Patientinnen über 18 Jahren ausgehändigt und im Wartezimmer durch diese selbst ausgefüllt. Dem Fragebogen lag ebenfalls ein Informationsblatt über die Ziele der Studie und Datenschutzaspekte bei. Die Beantwortung des Fragebogens war in verschiedenen Sprachen (Deutsch, Englisch, Arabisch, Türkisch) möglich, um Selektionsverzerrungen zu vermeiden und Sprachbarrieren zu minimieren.

2.3.2 Der Fragebogen

Der Fragebogen der GPCare1-Studie erfasste ebenfalls soziodemographische und gesundheitsbezogene Merkmale der Teilnehmenden. Die meisten Charakteristika wurden analog zum DEGS1 erfragt, da es sich um validierte Messinstrumente handelte, allerdings wurden kleinere Modifizierungen an einzelnen Items vorgenommen: Die Variable *Familienstand* wurde auf die Antwortmöglichkeiten „in einer Beziehung: ja/ nein“ reduziert, während der *sozioökonomische Status* anhand des Bildungsstatus bestimmt wurde. Wir führten zudem für das Merkmal *Geschlecht* die Antwortmöglichkeit „divers“ ein, um möglichst alle Teilnehmenden zu inkludieren. Die Variablen *Alter*, *chronische Erkrankungen*, *MH*, *Depression*, *soziale Unterstützung* und *allgemeiner Gesundheitszustand* wurden analog zum DEGS1 bestimmt.

Zusätzlich zu den oben genannten Charakteristika wurden weitere Items entwickelt, die eine Einschätzung der Qualität der Arzt-Patienten-Kommunikation hinsichtlich

psychosozialer Belastungen erlaubten. Diese Aussagen orientierten sich an bereits existierenden Erhebungsinstrumenten (Wolf et al., 1978; Valori et al., 1996; Brenk-Franz et al., 2016) und die Zustimmung dazu konnten mithilfe einer Fünf-Punkte-Likert-Skala (*stimme gar nicht zu bis stimme voll zu*) beantwortet werden. Folgende Aussagen wurden im Fragebogen abgefragt:

- „*Mein Hausarzt fragt nach persönlichen Belastungen.*“
- „*Mein Hausarzt gibt mir genügend Raum, persönliche Belastungen zu schildern.*“
- „*Mein Arzt sorgt dafür, dass ich mich im Gespräch über sensible Dinge wohlfühle.*“
- „*Ich habe das Gefühl, dass mein Arzt meine Probleme ernst nimmt.*“

Es wurde vor der Datenerhebung ein Pretest des Fragebogens an 40 Personen durchgeführt, anschließend wurden kleine Änderungen zur Verbesserung der Verständlichkeit der Fragen vorgenommen.

Die Ethikkommission der *Charité* genehmigte die DEGS1-Studie im Jahr 2008 (Nr. EA2/047/08). Zustimmung zur GPCare1-Studie wurde durch die Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Universität Bonn im Juni 2020 erteilt (Nr. BO 215/20), zudem wurde sie im *Deutschen Register für Klinische Studien* registriert (DRKS00022330).

2.4 Statistische Analysen

2.4.1 DEGS1

Für die soziodemografischen Merkmale *Hausarztkontakte*, *allgemeiner Gesundheitszustand*, *chronische Krankheiten*, *Depression* und *soziale Unterstützung* sowie *MH* wurden deskriptive Analysen durchgeführt (Tab. 1). Im zweiten Schritt wurde eine Quasi-Poisson-Regressionsanalyse durchgeführt, welche die Auswirkungen dieser Merkmale auf die Anzahl der Hausarztbesuche untersuchen sollte. Dabei wurden die Hausarztbesuche als Quasi-Poisson-Verteilung modelliert, um eine möglichen Überdispersion auszugleichen (Tab. 2). Die Linearität des kontinuierlichen Prädiktors *Alter* wurde durch Analyse der Abweichung eines Modells mit linearen, quadratischen und kubischen Effekten im Vergleich zu einem Modell mit nur linearen Effekten bewertet, das

Modell enthielt schlussendlich quadratische und kubische Effekte. Fehlende Werte wurden durch Pooling der geschätzten Parameter mit multipler Imputation auf der Grundlage von verketteten Gleichungen berücksichtigt (van Buuren, 2012).

2.4.2 GPCare1

Analog zu den Analysen des DEGS1 wurden sowohl deskriptive Analysen zur Verteilung der soziodemographischen Variablen (Tab. 3) als auch eine weitere Quasi-Poisson-Regressionsanalyse (Tab. 4) durchgeführt, um zu untersuchen, welche soziodemografischen und gesundheitsbezogenen Merkmale mit der wahrgenommenen Qualität der Arzt-Patienten-Kommunikation assoziiert sind. Hierzu wurde ein zusammenfassender Score für die vier Kommunikationsitems berechnet: ein höherer Score bedeutete hierbei eine bessere wahrgenommene Kommunikationsqualität und dadurch wurde ein neuer numerischer Parameter generiert, der nun wiederum als Quasi-Poisson-Verteilung modelliert wurde, um eine mögliche Überdispersion zu berücksichtigen. Die Linearität des kontinuierlichen Prädiktors *Alter* wurde erneut durch Analyse der Abweichung eines Modells mit linearen, quadratischen und kubischen Effekten im Vergleich zu einem Modell mit nur linearen Effekten bewertet. Fehlende Werte wurden analog zur ersten Quasi-Poisson-Regressionsanalyse (van Buuren, 2012) berücksichtigt. Darüber hinaus wurde ein lineares Regressionsmodell als Sensitivitätsmodell durchgeführt, um die angewandte Poisson-Regression aus unserem Hauptmodell erneut zu überprüfen (Tab. 5).

3. Ergebnisse

3.1 DEGS1-Ergebnisse

3.1.1 Soziodemographische Charakteristika

Von den insgesamt 7.897 Teilnehmenden des DEGS1 waren 50,3 % (n=4.198) weiblich, das Durchschnittsalter betrug 47,4 Jahre (SD = 16,7). Fast jeder Fünfte hatte einen MH

(n = 1.107, 19,8 %), die meisten darunter gehörten der ersten Migrationsgeneration an (n = 655, 66,1 %) und hatten eine beidseitigen MH (n = 756, 76 %). Die überwiegende Mehrheit der Teilnehmenden lebte in einer Beziehung (n = 6.395, 80,8 %) und berichtete über ein moderates Maß an sozialer Unterstützung (n = 3.965, 50,2 %), allerdings gehörten 12 % (n = 911) zu der Risikogruppe mit geringer sozialer Unterstützung. Die Mehrheit (n = 4.743, 60,3 %) hatte einen mittleren SES und 74,4 % (n = 5.815) gaben einen guten allgemeinen Gesundheitszustand an. Bei 11,6 % (n = 924) war durch einen Arzt eine Depression diagnostiziert worden. Die durchschnittliche Anzahl der Hausarztkontakte im letzten Jahr betrug unter den Studienteilnehmenden 3,2 (SD 4,6). Obwohl 90,5 % angaben, einen Hausarzt zu haben (n = 7.141), hatte fast jeder Fünfte (n = 1.550, 21,3 %) im vergangenen Jahr seinen Hausarzt nicht konsultiert.

3.1.2 Unterschiede zwischen Teilnehmenden mit und ohne MH

Bei der genauen Betrachtung von MMH fielen signifikante Unterschiede zu MoMH auf: MMH waren jünger (42 Jahre [SD = 16,1] vs. 48 Jahre [SD 16,5]; $p < 0,001$), gehörten häufiger zur Gruppe mit niedrigem SES (29,4 % vs. 16 %, $p < 0,001$) und waren häufiger arbeitssuchend (9,5 % vs. 6,0 %, $p = 0,003$). Sie litten seltener an chronischen Erkrankungen (24,7 % vs. 31,6 %, $p < 0,001$), berichteten allerdings häufiger über eine niedrige soziale Unterstützung (15 % vs. 10,7 %; $p < 0,001$) und wiesen eine höhere Prävalenz ärztlich diagnostizierter Depression auf (13,5 % vs. 11,0 %; $p = 0,046$). Darüber hinaus hatten MMH seltener einen Hausarzt (85,2 % vs. 91,9 %; $p < 0,001$), die Anzahl der jährlichen Hausarztbesuche unterschied sich hierbei nicht signifikant von MoMH (3,0 [SD = 4,8] vs. 3,2 [SD = 4,4], $p = 0,190$).

Tab. 1: Soziodemographische und gesundheitsbezogene Charakteristika der Studienteilnehmenden von DEGS1 (n=7.897)

Variable	N* (n=7.897)	%*	95% Konfidenzintervall
Soziodemographische Variablen			
Alter, Jahre, Mittelwert (SD)	47.4 (16.7)		
Weibliches Geschlecht	4198	50.3	48.9 – 51.8
Migrationshintergrund	1107	19.8	17.9 – 22.0
• Erste Generation	655	66.1	62.3 – 69.7
• Zweite Generation	452	33.9	30.3 – 37.7
Sozioökonomischer Status			
• niedrig	1238	19.7	18.3 – 21.3
• mittel	4743	60.3	58.7 – 61.8
• hoch	1916	20	18.5 – 21.6
Verheiratet/ In einer Beziehung	6395	80.8	79.5 – 82.1
arbeitssuchend	372	6.9	5.9 – 8.0
Soziale Unterstützung			
• niedrig	911	12.0	11.0 – 13.0
• mittel	3965	50.2	48.7 – 51.7
• hoch	2990	37.8	36.3 – 39.4
Gesundheitsbezogene Variablen			
Diagnostizierte Depression	924	11.6	10.7 – 12.6
Guter subjektiver Gesundheitsstatus	5815	74.4	73.4 – 76.0
Mindestens eine chronische Erkrankung	2575	30.5	29.1 – 32.0
Hausarztkontakte			
Hat einen Hausarzt	7141	90.5	89.3 – 91.6
Anzahl der Hausarztbesuche im letzten Jahr, Mittelwert (SD)	3.2 (4.6)		3.02 – 3.36

*falls nicht gesondert angegeben

3.1.3 Ergebnisse der Quasi-Poisson-Regressionsanalyse

Die gepoolte Überdispersion der Regressionsanalyse betrug $5,159 > 1$, was darauf hinwies, dass die beobachteten Werte stärker variierten als bei einer Poisson-Verteilung. Der gepoolte p-Wert der Abweichungsanalyse zur Überprüfung der Linearität betrug $4,812 \cdot 10^{-3}$; das endgültige Modell umfasste daher quadratische und kubische Effekte. Frauen (OR = 1.1072, $p < 0.001$) sowie Teilnehmende mit mindestens einer chronischen Krankheit (OR = 1.9927, $p < 0.001$), diagnostizierter Depression (OR = 1.4238, $p < 0.001$) oder niedrigem SES (OR = 1.2619, $p < 0.001$) hatten dem Modell zufolge ein höheres Risiko für eine höhere Anzahl an Hausarztkontakten. MH (OR = 0.9605, $p = 0.377$) und geringe soziale Unterstützung (OR = 1.0675, $p = 0.254$) sowie Partnerschaft (OR = 1.0224, $p = 0.654$) waren nicht mit einer vermehrten Inanspruchnahme von Hausärzten verbunden.

Tab. 2: Quasi-Poisson-Regressionsanalyse zum Einfluss von sozioökonomischen Faktoren auf die Anzahl der Hausarztbesuche (DEGS1)

Variable	Koeffizient	95%- Konfidenzintervall	p-Wert
Konstante	4.4199	2.2835–8.5552	<0.001
Alter	0.9495	0.9052–0.9959	0.035
Alter 2	1.001	0.9999–1.0021	0.069
Alter 3	1	1–1	0.14
Weibliches Geschlecht	1.1072	1.0433–1.175	<0.001
Migrationshintergrund	0.9605	0.8784–1.0502	0.377
Niedriger SES (Ref.: mittel und hoch)	1.2619	1.1601–1.3726	<0.001
Niedrige soziale Unterstützung (Ref.: mittel und hoch)	1.0675	0.9549–1.1935	0.254
In einer festen Beziehung	1.0224	0.928–1.1265	0.654
Mindestens eine chronische Erkrankung	1.9927	1.8683–2.1253	<0.001
Diagnostizierte Depression	1.4238	1.31–1.5474	<0.001

3.2 GPCare1-Ergebnisse

3.2.1 Soziodemographische Charakteristika und Stratifizierung nach MH

Insgesamt nahmen 813 Patienten an der Studie teil. Durchschnittlich waren die Teilnehmenden 51 Jahre alt (SD = 18,7), über die Hälfte waren weiblich (59,3 % n = 474) und 25 % hatten einen MH (n = 194). 43,5 % (n = 336) gehörten der Gruppe mit mittlerem SES an und 69,9 % (n = 560) lebten in einer Beziehung. 20,5 % (n = 157) schätzten ihre erlebte soziale Unterstützung als gering ein. Darüber hinaus hatten 15 % (n = 116) eine ärztlich diagnostizierte Depression (Tab. 3).

Im direkten Vergleich mit MoMH waren MMH jünger (44 vs. 53 Jahre; $p < 0,001$) und gehörten häufiger zur Risikogruppe der geringen sozialen Unterstützung (n = 49, 27,2 % vs. n = 105, 18,6 %; $p = 0,030$).

Von allen Patienten gaben 53,3 % (n = 392) an, dass ihr Hausarzt sie nach Stress durch persönliche Probleme frage, und 62,3 % (n = 456) stimmten zu, dass ihnen genügend Raum gegeben werde, um persönliche Belastungen zu beschreiben. Ebenso fühlten sich 66,4 % (n = 478) beim Arzt wohl, wenn sie über sensible Themen sprachen. 71,6 % (n = 529) gaben an, dass ihre Probleme von ihrem Hausarzt ernst genommen würden.

Im Vergleich zu MoMH gaben MMH seltener an, genügend Raum zu haben, um über persönliche Belastungen zu sprechen (55,6 % vs. 64,4 %, $p = 0,011$). Ebenso fühlten sie sich seltener wohl dabei, über sensible Themen zu sprechen (57,8 % vs. 69,2 %, $p = 0,009$) und hatten seltener das Gefühl, dass ihre Probleme ernst genommen würden (62,9 % vs. 74,2 %, $p = 0,016$).

Tab. 3: Soziodemographische und gesundheitsbezogene Charakteristika der Studienteilnehmenden der GPCare1-Studie sowie Kommunikationserfahrungen mit den Hausärzten

Variable	N* (n = 813)	(%)*
Alter, Jahre, Mittelwert (SD)	51.61 (18.666)	
Weibliches Geschlecht	474	59.3
Migrationshintergrund	194	25
Sozioökonomischer Status		
• niedrig	247	32.0
• mittel	336	43.5
• hoch	190	24.6
Verheiratet/ in einer Beziehung	560	69.9
Soziale Unterstützung		
• niedrig	157	20.5
• mittel	398	52.0
• hoch	210	27.5
Gesundheitsvariablen		
Diagnostizierte Depression	116	15.0
Mindestens eine chronische Erkrankung	537	69.5
Kommunikationserfahrungen (stimme voll zu / stimme zu)		
Mein Hausarzt fragt nach persönlichen Belastungen.	392	53.3
Mein Hausarzt gibt mir genügend Raum, persönliche Belastungen zu schildern.	456	62.3
Mein Arzt sorgt dafür, dass ich mich im Gespräch über sensible Dinge wohlfühle.	478	66.4
Ich habe das Gefühl, dass mein Arzt meine Probleme ernst nimmt.	529	71.6

* falls nicht gesondert angegeben

3.2.2 Ergebnisse der Quasi-Poisson-Regressionsanalyse

Die gepoolte Überdispersion betrug $1,907 > 1$, was darauf hinwies, dass die beobachteten Werte stärker variierten als bei einer Poisson-Verteilung. Der gepoolte p-Wert der Abweichungsanalyse zur Überprüfung der Linearität betrug 0,2406.

Die Chance für eine besser wahrgenommene Qualität der Arzt-Patienten-Kommunikation war bei Patienten mit geringer sozialer Unterstützung signifikant höher (OR = 1.1882, $p = <0.001$), während sie bei Patienten in einer Beziehung (OR = 0.9069, $p = 0.0141$) und bei älteren Patienten (OR = 0.9967, $p = 0.0018$) niedriger war. Es wurde kein Zusammenhang zwischen der Wahrnehmung der hausärztlichen Kommunikation und den Faktoren MH, weiblichem Geschlecht, niedrigem SES, Depression oder chronischen Erkrankungen gefunden.

Tab. 4: Quasi-Poisson-Regressionsanalyse zum Einfluss von sozioökonomischen Faktoren auf die Qualität der Arzt-Patienten-Kommunikation (GPCare1)

Variable	Koeffizient	95%- Konfidenzintervall	p-Wert
Konstante	10.634	9.3917–12.0406	<0.001
Alter	0.9967	0.9946–0.9988	0.002
Weibliches Geschlecht	0.9624	0.8957–1.0341	0.296
Migrationshintergrund	1.0697	0.9866–1.1599	0.103
Niedriger SES (Ref.: mittel und hoch)	1.005	0.9329–1.0826	0.896
Niedrige soziale Unterstützung (Ref.: mittel und hoch)	1.1882	1.0869–1.2989	<0.001
In einer festen Beziehung	0.9069	0.8392–0.9801	0.014
Mindestens eine chronische Erkrankung	0.9757	0.8953–1.0634	0.576
Diagnostizierte Depression	1.0193	0.9147–1.1358	0.73

Ein Sensitivitätsmodell in Form einer weiteren linearen Regressionsanalyse zeigte ebenfalls, dass der MH nicht mit einem höheren Risiko für bessere oder schlechter wahrgenommene Arzt-Patienten-Kommunikation hinsichtlich psychosozialer Belastungen assoziiert ist (Tab. 5).

Tab. 5: Lineare Regressionsanalyse zum Einfluss von sozioökonomischen Faktoren auf die Qualität der Arzt-Patienten-Kommunikation (GPCare1): Eine Sensitivitätsanalyse

Variable	Koeffizient	Standard-Fehler	p-Wert	95%-Konfidenzintervall
Intercept	9.793	0.556	<0.001	8.968, 11.240
Alter	-0.023	0.01	0.02	-0.042, -0.004
Weibliches Geschlecht	-0.311	0.325	0.339	-0.948, 0.327
Migrationshintergrund	0.668	0.391	0.088	-0.100, 1.437
Niedriger SES (Ref.: mittel und hoch)	0.101	0.343	0.767	-0.572, 0.774
Niedrige soziale Unterstützung (Ref.: mittel und hoch)	1.654	0.431	<0.001	-1.714, -0.242
In einer festen Beziehung	-0.978	0.375	0.009	-1.714, -0.242
Mindestens eine chronische Erkrankung	0.033	0.399	0.935	0.807, 2.502
Diagnostizierte Depression	0.072	0.528	0.891	-0.964, 1.108

4. Diskussion

4.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

In dieser Studie wurden sowohl ein deutschlandweit repräsentativer Datensatz als auch eigens erhobene patientenbasierte Daten aus Hausarztpraxen untersucht. Basierend auf den Analysen der repräsentativen DEGS1-Daten legen die Ergebnisse unserer Auswertung nahe, dass MMH häufiger unter einer niedrigen sozialen Unterstützung, einem niedrigen SES sowie an diagnostizierter Depression litten, jedoch seltener chronisch erkrankt waren als MoMH. Außerdem gaben MMH häufiger an, keinen Hausarzt zu haben. Anhand der durchgeführten Regressionsanalyse hingegen konnte festgestellt werden, dass der MH unter Kontrolle der Drittvariablen nicht mit mehr oder weniger Hausarztkontakten assoziiert war. Im Gegensatz dazu zeigten Frauen, chronisch erkrankte Teilnehmende sowie solche mit diagnostizierter Depression oder mit einem niedrigen SES ein höheres Risiko für eine höhere Anzahl an Hausarztkontakten.

4.2 Inanspruchnahme medizinischer Leistungen

Die bisherige Studienlage hinsichtlich der Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen unter MMH ist international sowie national heterogen: Eine Übersichtsarbeit von *Norredam et al.* aus dem Jahr 2009 zeigte eine höhere Anzahl von Hausarztkontakten pro Person unter MMH verglichen mit MoMH (Norredam et al., 2010). Die Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen war hierbei ähnlich hoch wie bei MoMH (Norredam et al., 2010). *Graetz et al.* hingegen konnten innerhalb einer Review-Studie aus dem Jahr 2017 zeigen, dass MMH in Europa häufiger notfallmedizinische Angebote in Anspruch nahmen als MoMH, die Inanspruchnahme von Hausärzten zeigte innerhalb der untersuchten Studien keinen eindeutigen Trend (Graetz et al., 2017). Allerdings wurden Vorsorgeuntersuchungen und ambulante Versorgungsangebote seltener in Anspruch genommen (Graetz et al., 2017). *Klein und von dem Knesebeck* konnten in einer weiteren systematischen Review-Studie feststellen, dass MMH in Deutschland Fachärzte, Präventionsangebote und Rehabilitationsmaßnahmen seltener in Anspruch nahmen als MoMH (Klein und Knesebeck, 2018). Dies konnte insbesondere bei MMH der ersten

Migrationsgeneration sowie bei solchen mit einem beidseitigen MH festgestellt werden. Nicht nur der Migrationsstatus selbst, sondern auch die im Gastgeberland verbrachte Zeitperiode scheint eine Rolle in der Inanspruchnahme allgemeinmedizinischer Leistungen zu spielen: Im Vereinigten Königreich zeigte eine Querschnittserhebung von *Saunders et al.* aus dem Jahr 2021, dass MMH, die erst kürzlich zugewandert waren, allgemeinmedizinische Angebote seltener in Anspruch nahmen als MoMH. Bei MMH, die seit mindestens zehn Jahren im Vereinigten Königreich lebten, stieg die Anzahl der Hausarztbesuche wiederum auf das Niveau der MoMH (*Saunders et al.*, 2021). Die Ergebnisse unserer Analysen deuten darauf hin, dass Teilnehmende des DEGS1 mit MH unter Kontrolle von Drittvariablen keine Unterschiede in der Anzahl der Hausarztbesuche aufwiesen, verglichen mit Teilnehmenden ohne MH. Diese Ergebnisse stehen teilweise im Widerspruch und teilweise im Einklang mit der oben genannten Fachliteratur und unterstreichen die Notwendigkeit weiterer Forschungen auf diesem Gebiet. Zusätzliche Untersuchungen sind erforderlich, um ein umfassenderes Verständnis dieser Zusammenhänge zu erlangen.

4.3 Arzt-Patienten-Beziehung und -Kommunikation

Die unterschiedliche Inanspruchnahme hausärztlicher Leistungen bei MMH könnte durch Unterschiede in der Arzt-Patienten-Beziehung sowie -Kommunikation begründet sein oder bestärkt werden: Eine qualitative Studie von *Bachmann et al.* konnte zeigen, dass russischsprachige MMH in Deutschland eine höhere Unzufriedenheit mit ihrem Hausarzt aufwiesen als MoMH, was sich insbesondere auf eine als schwächer wahrgenommene Arzt-Patienten-Beziehung zurückführen ließ (*Bachmann et al.*, 2014). *Cheng et al.* identifizierten in einer Review-Studie Schwierigkeiten, mit denen sich MMH in der hausärztlichen Versorgung konfrontiert sahen: darunter waren vor allem eine schlecht bewertete Arzt-Patienten-Beziehung, Sprachbarrieren und Schwierigkeiten beim Zugang zu Hausarztpraxen sowie kulturelle Unterschiede in der Akzeptanz von Gesundheitsversorgung von Bedeutung (*Cheng et al.*, 2015). Besonders der Sprache scheint hierbei in der gesundheitlichen Versorgung eine besondere Rolle zuzukommen: So zeigt eine Review-Studie von *Cano-Ibanez et al.* aus dem Jahr 2021, dass Sprachkonkordanz zwischen Patienten und Ärzten zu besseren gesundheitlichen, klinisch

messbaren Ergebnissen führte (Cano-Ibáñez et al., 2021). Insgesamt lässt sich allerdings feststellen, dass die wahrgenommene Qualität in der Arzt-Patienten-Kommunikation bei MMH national sowie international in der bisherigen Literatur unterrepräsentiert ist.

Die deskriptiven Analysen unserer GPCare1-Studie legen nahe, dass die Wahrnehmung der Kommunikation sich zwischen MMH und MoMH hinsichtlich einzelner Fragestellungen unterscheidet. Im Vergleich zu MoMH gaben MMH seltener an, genügend Raum zu haben, um über persönliche Belastungen zu sprechen, fühlten sich seltener wohl dabei, über sensible Themen zu sprechen und hatten seltener das Gefühl, dass ihre Probleme ernst genommen würden. Die Regressionsanalyse allerdings legt nahe, dass der MH nicht mit einer insgesamt schlechteren Wahrnehmung der Kommunikation korreliert, sondern dass Kompositions- und/ oder Morbiditätsdeterminanten (Kontrollvariablen) für diese Unterschiede verantwortlich sind.

4.4 Lösungsansätze

Priebe et al. trugen im Rahmen eines länderübergreifenden Artikels Probleme und dazugehörige Lösungsansätze zusammen, die im Umgang mit Patienten mit MH in der gesundheitlichen Versorgung gehäuft auftraten. Darunter wurden vor allem Sprachbarrieren, kulturelle Unterschiede, traumatische Erfahrungen, unterschiedliche Auffassung von Krankheit, der fehlender Zugriff auf die medizinische Vorgeschichte, fehlende Erfahrung mit dem Gesundheitssystem des Gastgeberlands, Behandlung von Patienten ohne Krankenversicherung sowie eine negative Haltung des Personals und soziale Isolation von MMH genannt. Lösungsansätze umfassten dabei Flexibilität in der Praxis-Organisation, das Konsultieren von Dolmetschern, kulturelle Sensibilisierung des Praxis-Personals inklusive entsprechenden Lehrangebots, Informationsmaterial für MMH, klare Richtlinien sowie eine positive und stabile Arzt-Patienten-Beziehung (Priebe et al., 2011).

Zusammenfassend wurde durch *Brandenberger et al.* das „3C-Modell“ mit den hauptsächlichen Herausforderungen „*Communication*“, „*Continuity of care*“ und „*Confidence*“ entwickelt (Brandenberger et al., 2019). Es konnte gezeigt werden, dass alle diese Faktoren auch gegenseitig miteinander korrelierten und die Kenntnis dieser Herausforderungen die Versorgung der MMH verbessern können.

4.5 Stärken und Schwächen der Studie

Bei allen Analysen zu MMH muss berücksichtigt werden, dass es in der untersuchten internationalen Literatur eine fehlende Trennschärfe zwischen den Begriffen „migrants“, „asylum seekers“, „immigrants“ und „refugees“ besteht. Zudem wurden nicht allen berücksichtigten Studien dieselbe Definition sowie Operationalisierung von MH zugrunde gelegt. Es liegt nahe, dass der Aufenthaltsstatus von MMH eine erhebliche Rolle in der gesundheitlichen Versorgung spielt. Einem Artikel der Bundesärztekammer zufolge lag die Anzahl der MMH ohne legalen Aufenthaltsstatus in Deutschland im Jahr 2013 schätzungsweise zwischen 200.000 und 600.000 Personen. Zwar besteht auch bei diesen Patienten die ärztliche Schweigepflicht, zur Kostenabrechnung über das zuständige Sozialamt kann es allerdings zu einem Datenabgleich mit den Registern der Ausländerbehörde kommen. Dieser Umstand und letztlich die Angst vor der Abschiebung führen dazu, dass MMH ohne legalen Aufenthaltsstatus erst spät und häufig dann in Notfallsituationen medizinische Hilfe in Anspruch nehmen (Bundesärztekammer, November 2013).

Sowohl im DEGS1 als auch in unserer GPCare1-Studie wurden ausschließlich Teilnehmende mit legalen Aufenthaltsstatus eingeschlossen. Ein Inklusionskriterium des DEGS1 war nämlich das Vorhandensein eines registrierten deutschen Wohnsitzes. Daher können durch die vorliegenden Ergebnisse keine Rückschlüsse auf die gesundheitliche Versorgung von MMH ohne Krankenversicherung, ohne legalen Aufenthaltsstatus oder sich noch im Asylprozess befindliche Menschen gezogen werden. Zudem spiegeln die beiden Datensätze nicht die jüngsten Migrationsströme nach Deutschland wider, da beispielsweise humanitäre Krisen wie die Kriegssituation in der Ukraine die Migrationsverhältnisse kurzfristig beeinflussen können (Statistisches Bundesamt, 2022b). Außerdem sind MMH nicht als eine homogene Gruppe zu verstehen, sondern unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Herkunftsländer, religiösen sowie kulturellen Aspekten und vielen weiteren Kriterien. Dies beeinflusst insbesondere auch die Anforderungen an die medizinische Versorgung und die Wahrnehmungen der Arzt-Patienten-Beziehung (Rechel et al., 2013).

Mit über 1000 Teilnehmenden mit MH konnte im DEGS1 eine große Studienpopulation erreicht werden, die valide Rückschlüsse auf die Inanspruchnahme hausärztlicher Leistungen von MMH zuließ. Durch das querschnittliche Studiendesign beider Erhebungen können jedoch lediglich Assoziationen beobachtet, nicht aber Kausalitäten abgeleitet werden. Zudem sind weitere Einschränkungen der DEGS1-Daten (nicht detaillierte Messung des Bildungsniveaus, Messung der Staatsangehörigkeit) an anderer Stelle zu finden (Saß et al., 2015). Die GPCare1-Studie ist durch die regionale Begrenzung (Lehrarztpraxen der Universität Bonn) zwar nicht als repräsentativ für die deutsche Allgemeinbevölkerung anzusehen, allerdings erfasste sie mit über 800 Teilnehmenden eine große Patientenpopulation und lieferte erste innovative Informationen über die von MMH erlebte Qualität der hausärztlichen Versorgung in Deutschland. Zudem half die Übersetzung des Fragebogens in Englisch, Türkisch und Arabisch dabei, Sprachbarrieren abzubauen und einen Selektionsbias diesbezüglich zu reduzieren. Eine Einschränkung der GPCare1-Daten ist darin zu sehen, dass die Studie im Zeitrahmen der COVID-19-Pandemie stattfand und die Ergebnisse, vor allem hinsichtlich der erlebten sozialen Unterstützung und des allgemeinen Gesundheitszustands durch die Kontaktbeschränkungen beeinflusst worden sein könnte.

4.6 Anknüpfungspunkte für zukünftige Forschung

Die vorliegende Studie konnte für unsere selektierte Patientenpopulation keine signifikante Assoziation zwischen MH und der wahrgenommenen Hausarzt-Patientenkommunikation bezüglich psychosozialer Belastung feststellen. Es wäre allerdings von größter Relevanz, diese Fragestellung auf national-repräsentativer Ebene zu evaluieren, um Handlungsbedarfe frühzeitig zu erkennen und darauf reagieren zu können. Es sollte zudem eine Stratifizierung der Population mit MH, beispielsweise anhand von Herkunftsland, kulturellem Hintergrund o.Ä. vorgenommen werden, um besondere Risikofaktoren für eine schlechter wahrgenommene gesundheitliche Versorgung unter Berücksichtigung der verschiedensten kulturellen Hintergründe identifizieren zu können.

Von großer Relevanz wäre es zudem, gezielter die Wünsche und Präferenzen von MMH hinsichtlich der hausärztlichen Versorgung abzufragen und daraus Konsequenzen für die

Praxis abzuleiten. Außerdem, wenn auch methodisch schwierig umzusetzen, sollten auch MMH ohne Aufenthaltsgenehmigung als besondere Risikogruppe für schlechte medizinische Versorgung in den Fokus gerückt werden, da vor allem hierzu in der bisherigen Literatur große Forschungslücken existieren.

5. Zusammenfassung

MMH stellen sowohl national als auch international eine große und stetig wachsende Population dar. Umso wichtiger ist die gesundheitliche Versorgung dieser Bevölkerungsgruppe, die für einige Erkrankungen ein erhöhtes Risiko aufweist, darunter chronische somatische sowie psychiatrische Erkrankungen. Dies könnte durch die schlechtere sozioökonomische Situation von MMH beeinflusst werden: MMH sind häufiger von einer niedrigen sozialen Unterstützung, einer Arbeitslosigkeit oder einem schlechten sozioökonomischen Status betroffen. Trotz der höheren Anfälligkeit für bestimmte Erkrankungen und der schlechteren psychosozialen Situation wird die medizinische Versorgung von Patienten mit MH in bisheriger Forschung als unzureichend beschrieben: MMH nehmen seltener Präventionsprogramme oder Facharztbesuche in Anspruch und konsultieren dagegen häufiger notfallmedizinische Angebote. Die Inanspruchnahme von Hausärzten hingegen ist in der bisherigen Literatur kontrovers. Es konnte allerdings gezeigt werden, dass die Arzt-Patienten-Kommunikation von MMH sich von MoMH unterscheidet, sodass Ärzte Patienten mit MH gegenüber weniger Empathie zeigten und Gespräche über soziale Themen vermieden. Ziel dieser Studie war es, die Anzahl der Hausarztbesuche und die Wahrnehmung der Arzt-Patienten-Kommunikation von MMH zu untersuchen. Hierzu wurden zum einen Daten der bundesweit repräsentativen DEGS1-Studie, erhoben durch das RKI, verwendet, um die Anzahl der Hausarztbesuche von Personen mit und ohne MH zu vergleichen. In einer aufbauenden Regressionsanalyse wurde untersucht, welche weiteren demographischen Merkmale mit einer höheren Konsultationsrate bei Hausärzten assoziiert sein könnten. Zum anderen wurden Daten unserer GPCare1-Studie genutzt, um die Qualität der Arzt-Patienten-Kommunikation hinsichtlich psychosozialer Probleme von Menschen mit und ohne MH zu vergleichen. Eine weitere Regressionsanalyse untersuchte, welche weiteren

soziodemographischen Charakteristika mit der wahrgenommenen Qualität der Arzt-Patienten-Kommunikation assoziiert sein könnten.

Im DEGS1 hatte fast jeder fünfte Teilnehmende einen MH. Verglichen mit Teilnehmenden ohne MH waren sie im Durchschnitt jünger, häufiger arbeitssuchend und gehörten häufiger zur Gruppe mit einem niedrigen SES. Zudem litten sie seltener an chronischen Erkrankungen, dafür aber häufiger an ärztlich diagnostizierter Depression und einer niedrigen sozialen Unterstützung. Sie gaben seltener an, einen Hausarzt zu haben, die jährliche Kontaktanzahl unterschied sich hierbei nicht signifikant. Die Ergebnisse der Regressionsanalyse wiesen darauf hin, dass Frauen, chronisch erkrankte Teilnehmende, solche mit einer diagnostizierten Depression oder mit einem niedrigen SES ein höheres Risiko für eine höhere Anzahl an Hausarztkontakten hatten, wohingegen ein MH nicht mit einer vermehrten Inanspruchnahme verbunden war. In der GPCare1-Studie hatte jeder vierte Teilnehmende einen MH. MMH fühlten sich im Vergleich zu MoMH seltener wohl dabei, über sensible Themen mit Ihrem Hausarzt zu sprechen. Zudem hatten MMH seltener das Gefühl, dass ihre Probleme ernst genommen würden und gaben seltener an, genügend Raum zu haben, um über persönliche Belastungen zu sprechen. Die Regressionsanalyse konnte allerdings kein höheres Risiko für eine insgesamt schlechter oder besser wahrgenommene Qualität bei MMH unter Kontrolle von Drittvariablen feststellen. Insgesamt war der MH in unserer Studie weder mit einem erhöhten Risiko für weniger oder mehr Hausarztkontakte noch mit einem erhöhten Risiko für eine schlechter bewertete Arzt-Patientenkommunikation assoziiert. Zukünftige Forschung sollte ein besonderes Augenmerk auf MMH ohne legalen Aufenthaltsstatus legen, welche in dieser Studie nicht berücksichtigt werden konnten. Weiterhin sollten gezielt auch Wünsche hinsichtlich der Arzt-Patienten-Kommunikation von MMH abgefragt werden, um die Versorgung langfristig zu verbessern.

6. Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Soziodemographische und gesundheitsbezogene Charakteristika der Studienteilnehmenden von DEGS1 (n=7,897) 17

Tab. 2: Quasi-Poisson-Regressionsanalyse des Einflusses von sozioökonomischen Faktoren auf die Anzahl der Hausarztbesuche (DEGS1) 19

Tab. 3: Soziodemographische und gesundheitsbezogene Charakteristika der Studienteilnehmenden von GPCare1 sowie Kommunikationserfahrungen mit den Hausärzten 21

Tab. 4: Quasi-Poisson-Regressionsanalyse des Einflusses von sozioökonomischen Faktoren auf die Qualität der Arzt-Patienten-Kommunikation (GPCare1) 22

Tab. 5: Lineare Regressionsanalyse des Einflusses von sozioökonomischen Faktoren auf die Qualität der Arzt-Patienten-Kommunikation (GPCare1); Eine Sensitivitätsanalyse 23

7. Literaturverzeichnis

Bachmann V, Völkner M, Bösnerr S, Donner-Banzhoff N. The experiences of Russian-speaking migrants in primary care consultations. *Deutsches Arzteblatt international* 2014; 111: 871–876

Brandenberger J, Tylleskär T, Sontag K, Peterhans B, Ritz N. A systematic literature review of reported challenges in health care delivery to migrants and refugees in high-income countries - the 3C model. *BMC Public Health* 2019; 19: 755

Brenk-Franz K, Hunold G, Galassi JP, Tiesler F, Herrmann W, Freund T, Steurer-Stey C. Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung–Evaluation der deutschen Version des Patient Reactions Assessment Instruments (PRA-D). *ZFA Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 2016: 103–108

Bundesärztekammer. Patientinnen und Patienten ohne legalen Aufenthaltsstatus in Krankenhaus und Praxis. Berlin

Bund-Länder-Demographie-Portal. Bevölkerung mit Migrationshintergrund 2021.

Verfügbar unter <https://www.demografie-portal.de/DE/Fakten/bevoelkerung-migrationshintergrund.html;jsessionid=4004E96CC09B793E1FB450D87468EFD7.intranet251> (Zugriffsdatum: 11.08.2023)

Cano-Ibáñez N, Zolfaghari Y, Amezcua-Prieto C, Khan KS. Physician-Patient Language Discordance and Poor Health Outcomes: A Systematic Scoping Review. *Frontiers in public health* 2021; 9: 629041

Cantor-Graae E, Selten J-P. Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. *The American journal of psychiatry* 2005; 162: 12–24

Cheng I-H, Drillich A, Schattner P. Refugee experiences of general practice in countries of resettlement: a literature review. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners* 2015; 65: e171-6

Coughlin SS. Social determinants of colorectal cancer risk, stage, and survival: a systematic review. *International journal of colorectal disease* 2020; 35: 985–995

Gößwald A, Lange M, Dölle R, Hölling H. Die erste Welle der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1): Robert Koch-Institut, Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung 2013

Graetz V, Rechel B, Groot W, Norredam M, Pavlova M. Utilization of health care services by migrants in Europe-a systematic literature review. *British medical bulletin* 2017; 121: 5–18

Kamtsiuris P, Lange M, Hoffmann R, Schaffrath Rosario A, Dahm S, Kuhnert R, Kurth BM. Die erste Welle der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1): Stichprobendesign, Response, Gewichtung und Repräsentativität. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 2013; 56: 620–630

Klein J, Knesebeck O von dem. Inequalities in health care utilization among migrants and non-migrants in Germany: a systematic review. *International journal for equity in health* 2018; 17: 160

Kocalevent R-D, Berg L, Beutel ME, Hinz A, Zenger M, Härter M, Nater U, Brähler E. Social support in the general population: standardization of the Oslo social support scale (OSSS-3). *BMC Psychol* 2018; 6: 1–8

Kurth B-M. DEGS - Projektbeschreibung 2009

Lampert T, Richter M. Soziale Ungleichheit und Gesundheit. *Bundesgesundheitsbl.* 2016; 59: 153–165

Landesbetrieb IT.NRW. 2021. Gebiet und Bevölkerung

Mannoh I, Hussien M, Commodore-Mensah Y, Michos ED. Impact of social determinants of health on cardiovascular disease prevention. *Current opinion in cardiology* 2021; 36: 572–579

Markides KS, Rote S. The Healthy Immigrant Effect and Aging in the United States and Other Western Countries. *The Gerontologist* 2019; 59: 205–214

Migration Data Portal. Total number of international migrants at mid-year 2020 (Zugriffsdatum: 18.11.2022)

Modesti PA, Perticone F, Parati G, Agabiti Rosei E, Prisco D. Chronic disease in the ethnic minority and migrant groups: time for a paradigm shift in Europe. *Internal and emergency medicine* 2016a; 11: 295–297

Modesti PA, Reboldi G, Cappuccio FP, Agyemang C, Remuzzi G, Rapi S, Perruolo E, Parati G. Panethnic Differences in Blood Pressure in Europe: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS ONE* 2016b; 11: e0147601

Müller W, Wirth H, Bauer G, Pollak R, Weiss F. ESeC - Kurzbericht zur Validierung und Operationalisierung einer Europäischen Sozioökonomischen Klassifikation. Mannheim 2006

Norredam M, Nielsen SS, Krasnik A. Migrants' utilization of somatic healthcare services in Europe--a systematic review. *European Journal of Public Health* 2010; 20: 555–563

Priebe S, Sandhu S, Dias S, Gaddini A, Greacen T, Ioannidis E, Kluge U, Krasnik A, Lamkaddem M, Lorant V, Riera RP, Sarvary A, Soares JJF, Stankunas M, Strassmayr C, Wahlbeck K, Welbel M, Bogic M. Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC Public Health* 2011; 11: 187

Rechel B, Mladovsky P, Ingleby D, Mackenbach JP, McKee M. Migration and health in an increasingly diverse Europe. *The Lancet* 2013; 381: 1235–1245

Saß A-C, Grüne B, Brettschneider A-K, Rommel A, Razum O, Ellert U. Beteiligung von Menschen mit Migrationshintergrund an Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts. *Bundesgesundheitsbl.* 2015; 58: 533–542

Saunders CL, Steventon A, Janta B, Stafford M, Sinnott C, Allen L, Deeny SR. Healthcare utilization among migrants to the UK: cross-sectional analysis of two national surveys. *Journal of health services research & policy* 2021; 26: 54–61

Scheidt-Nave C, Kamtsiuris P, Gößwald A, Hölling H, Lange M, Busch MA, Dahm S, Dölle R, Ellert U, Fuchs J, Hapke U, Heidemann C, Knopf H, Laussmann D, Mensink GBM, Neuhauser H, Richter A, Sass A-C, Schaffrath Rosario A, Stolzenberg H, Thamm M, Kurth B-M. German health interview and examination survey for adults (DEGS) - design, objectives and implementation of the first data collection wave. *BMC Public Health* 2012; 12: 1–16

Schouten BC, Meeuwesen L. Cultural differences in medical communication: A review of the literature. *Patient Education and Counseling* 2006; 64: 21–34

Statistisches Bundesamt. 2022a. Mikrozensus - Bevölkerung nach Migrationshintergrund - Erstergebnisse 2022. Verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Publikationen/_publikationen-innen-migrationshintergrund.html (Zugriffsdatum: 11.08.2023)

Statistisches Bundesamt. 2022b. Rohdatenausählung ausländische Bevölkerung. Verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft->

Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Tabellen/rohdaten-auslaendische-bevoelkerung-zeitreihe.html (Zugriffsdatum: 11.08.2023)

Valori R, Woloshynowych M, Bellenger N, Aluvihare V, Salmon P. The Patient Requests Form: A way of measuring what patients want from their general practitioner. *Journal of Psychosomatic Research* 1996; 40: 87–94

van Buuren S. *Flexible imputation of missing data*. Boca Raton: CRC Press 2012

Wolf MH, Putnam SM, James SA, Stiles WB. The medical interview satisfaction scale: Development of a scale to measure patient perceptions of physician behavior. *J Behav Med* 1978; 1: 391–401

8. Danksagung

Ich danke allen Menschen, die direkt und indirekt an der Planung, Durchführung und insgesamt am Prozess dieser Dissertation beteiligt waren.

Großer Dank gebührt vor allem meiner Doktormutter Frau Prof. Dr. Birgitta Weltermann: Sie haben stets eine umfassende Betreuung, Unterstützung in jeglicher Hinsicht und Ermutigung sichergestellt, selbst in den besonders kritischen Phasen des Prozesses. Ich möchte zudem weiteren Mitarbeitenden des Instituts danken: Danke an Frau Dr. Stefanie Kasten und Frau Samira Sommer für die Konzeption des ersten Promotionsprogrammes des Instituts, ich bin stolz und dankbar, Teil davon gewesen zu sein. Herrn Dr. Thomas Welchowski und Frau Manuela Schmidt bin ich unendlich dankbar für die statistische Unterstützung. Ein großer Dank gebührt auch Frau Yelda Krumpholtz, ohne die gerade die Finalisierungsphase dieser Dissertationsschrift nicht möglich gewesen wäre. Vielen Dank auch an Herrn Benjamin Aretz für die Unterstützung und den wertvollen Austausch zur Finalisierung.

Auch den anderen Teilnehmenden des Promotionsprogramms Carmen, Luisa, Boris, Nur, Florian und Joana möchte ich danken: Danke für euren konstruktiven Input, die gute Zusammenarbeit und die insgesamt schöne Zeit, die wir gemeinsam verbracht haben.

Eine weitere Danksagung gebührt dem Robert-Koch-Institut für die Bereitstellung der DEGS1-Daten sowie nicht zuletzt den Lehrarztpraxen des Instituts, die es vor allem im Rahmen der Corona-Pandemie schafften, uns wertvolle Einblicke in die direkte Patientenversorgung zu ermöglichen. Danke auch an alle teilnehmenden Patienten, ohne die dieses Forschungsprojekt nicht möglich gewesen wäre.

Zudem möchte ich meiner Familie danken: Danke an meine Eltern Bert und Sabine Oberholz, meine Schwester Lilli und an meine Großeltern, die mich stets ermutigt und unterstützt haben. Danke an meinen Partner Constantin, der mir emotional, aber auch methodisch und inhaltlich immer zur Seite stand. Ich möchte meinen Freunden danken, insbesondere Julia und Nina – ihr habt immer zugehört und mir wertvolle Tipps gegeben.