

Bundesgesundheitsbl 2020 · 63:103–112
<https://doi.org/10.1007/s00103-019-03069-8>
 Online publiziert: 4. Dezember 2019
 © Springer-Verlag GmbH Deutschland, ein Teil
 von Springer Nature 2019



Laura K. Frank¹ · Liane Schenk² · Alexander Rommel¹ · Roma Thamm¹ · Ute Ellert¹ · Thomas Lampert¹

¹ Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Robert Koch-Institut, Berlin, Deutschland

² Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland

Inanspruchnahme ambulant ärztlicher Leistungen und Zufriedenheit mit der Versorgung bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund – Ergebnisse der KiGGS-Studie

Einleitung

Deutschland ist wie viele andere europäische Gesellschaften durch ethnische und kulturelle Vielfalt geprägt. Nicht erst die jüngsten Zuwanderungswellen infolge der weltweiten Zunahme von internationalen Konflikten bringen spezifische Herausforderungen für eine angemessene gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund mit sich. Nahezu ein Drittel der unter 20-Jährigen in Deutschland wächst in Familien mit Zuwanderungsgeschichte auf [1]. Ein Großteil dieser Kinder und Jugendlichen ist in Deutschland geboren und damit Teil der zweiten oder dritten Einwanderergeneration. Obgleich die Bundesrepublik auf eine inzwischen recht lange Migrationsgeschichte blickt, werden nach wie vor kultur- und migrationspezifische Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem konstatiert. Ein illegalisierter respektive ungesicherter Aufenthaltsstatus bedeutet in den meisten europäischen Ländern eine der gravierendsten Versorgungshürden [2]. Sprachbarrieren, Diskriminierungserfahrungen, kulturspezifische Krankheitskonzepte, eine migrationsbe-

dingt ungleiche Verteilung von Gesundheitskompetenz, einschließlich fehlender Kenntnisse über das Gesundheitssystem und über bestehende Ansprüche auf medizinische Leistungen im Zuwanderungsland, werden als Zugangsbarrieren für die Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten diskutiert [3–6].

Internationale Studien, die migrationsbedingte Differenzen im Zugang zum Gesundheitssystem untersuchen, zeichnen kein einheitliches Bild. In Abhängigkeit vom Versorgungssektor, von der Versorgungsleistung und dem untersuchten Land weisen Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur Mehrheitsbevölkerung geringere, ähnliche oder höhere Nutzungsraten auf [7–9]. Die Studienlage in Deutschland zur Nutzung von Gesundheitsleistungen durch zugewanderte Eltern und ihre Kinder erweist sich als vergleichsweise mager. Keine nennenswerten migrationsbedingten Differenzen in der Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorge stellte eine Studie in drei Berliner Geburtskliniken fest [10]. Auf einer allgemeinpädiatrischen Klinikstation hingegen schätzten sowohl Ärztinnen und Ärzte als auch das Pflegepersonal die Verständigung mit den Eltern der Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund signifikant schlechter ein als mit jenen

ohne Migrationshintergrund [11]. Solche Barrieren in der Arzt-Patienten-Interaktion scheinen mit geringeren Zufriedenheitswerten einherzugehen. So zeigten Befragungen in einer pädiatrischen nephrologischen Klinikambulanz der Berliner Charité eine signifikant geringere Patientenzufriedenheit von Familien mit Zuwanderungsgeschichte gegenüber jenen ohne einen Migrationshintergrund [12].

Bundesweite Informationen zur Inanspruchnahme ambulanter Versorgungsangebote durch Kinder und Jugendliche in Deutschland liefert bislang einzig die „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ (KiGGS) des Robert Koch-Instituts (RKI). Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund nutzen nach Auswertungen der KiGGS-Basiserhebung die Leistungen von Allgemeinärztinnen und -ärzten seltener und von Kinderärztinnen und -ärzten häufiger als Kinder ohne Migrationshintergrund [13]. Bei Kindern im Vorschulalter zeigte sich eine geringere Inanspruchnahme auch für Heilmittel wie Physio- und Ergotherapie [14, 15]. Ziel dieses Beitrags ist es, mithilfe der KiGGS-Basiserhebung migrationspezifische Faktoren zu identifizieren, die mit der Nutzung von ärztlichen Leistungen in der ambulanten Versorgung

Die Autorinnen L. K. Frank und L. Schenk teilen sich die Erstautorenschaft dieses Artikels.

durch Kinder und Jugendliche und der subjektiven Patientenzufriedenheit im Zusammenhang stehen und Unterschiede nach Migrationshintergrund erklären können.

Methode

Die KiGGS-Basiserhebung wurde in den Jahren 2003 bis 2006 als kombinierter Untersuchungs- und Befragungssurvey durchgeführt [16, 17]. Insgesamt beteiligten sich 17.640 Kinder und Jugendliche im Alter von 0–17 Jahren und ihre Eltern in 167 für die Bundesrepublik Deutschland repräsentativen Städten und Gemeinden an dieser Querschnittstudie [17]. Ein spezielles Vorgehen zur Gewinnung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund ermöglichte es, diese entsprechend ihres Anteils an der Bevölkerung in Deutschland in der Studie zu repräsentieren [18, 19].

Die Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen in den letzten 12 Monaten vor der Erhebung wurde per Fragebogen erfasst und für die folgenden Analysen in Facharztbesuche für Kinderheilkunde, für Allgemeinmedizin und für spezialisierte Fachrichtungen differenziert (Augen-, Hals-Nasen-Ohren- und Frauenheilkunde, Dermatologie, Radiologie, Orthopädie, Urologie, Chirurgie, Psychiatrie sowie Psychotherapie und innere Medizin). Gefragt wurde zudem nach der Zufriedenheit mit der letzten medizinischen Behandlung mittels der Kategorien sehr zufrieden, zufrieden, unzufrieden und sehr unzufrieden. Da 96% der Befragten sehr zufrieden und zufrieden mit der letzten medizinischen Behandlung waren, wurden für die logistischen Regressionsanalysen die Kategorien „zufrieden“, „unzufrieden“ und „sehr unzufrieden“ zu einer Kategorie zusammengefasst, die die Vergleichskategorie gegenüber „sehr zufrieden“ bildete.

Der Migrationshintergrund wurde auf Basis von Angaben zum Geburtsland des Kindes sowie der Staatsangehörigkeit und dem Geburtsland der Eltern definiert. Waren im Elternfragebogen keine Informationen über die Herkunft der Familie vorhanden, wurden die Angaben von Kindern und Jugendlichen ab

11 Jahren zum Geburtsland von Mutter und Vater genutzt. Ein einseitiger Migrationshintergrund wurde Kindern und Jugendlichen zugewiesen, die in Deutschland geboren wurden und von denen ein Elternteil aus einem anderen Land zugewandert und/oder nichtdeutscher Staatsangehörigkeit ist. Ein beidseitiger Migrationshintergrund wurde Kindern und Jugendlichen zugewiesen, die selbst aus einem anderen Land zugewandert sind und von denen mindestens ein Elternteil nicht in Deutschland geboren wurde oder von denen beide Eltern zugewandert oder nichtdeutscher Staatsangehörigkeit sind. Bei alleinerziehenden Eltern war der Status des sorgeberechtigten Elternteils ausschlaggebend für den Migrationshintergrund des Kindes [18]. Die Aufenthaltsdauer der Eltern in Deutschland wurde anhand des Zuwanderungsjahres rekonstruiert [18]. Da sich die Inanspruchnahme bei einer Aufenthaltsdauer der Eltern >20 Jahre von jener bei Kindern und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund nicht unterschied, dienten beide Gruppen zusammengefasst als Referenzkategorie in der multivariaten Analyse.

Die Deutschkenntnisse der teilnehmenden Eltern und Kinder wurden durch die Interviewerinnen und Interviewer in fließende/relativ flüssige, gebrochene oder eingeschränkte/keine eingeschätzt [19]. Die Ausprägungen gebrochene, eingeschränkte und keine Kenntnisse wurden aufgrund der geringen Fallzahl bei den 14- bis 17-Jährigen in der logistischen Regressionsanalyse zu einer Kategorie zusammengefasst.

Die Herkunftsländer wurden in den Elternfragebögen erfasst und kategorisiert. Bei einseitigem Migrationshintergrund bestimmte das zugewanderte Elternteil das Herkunftsland. Stammten Mutter und Vater aus verschiedenen Ländern, war für einen beidseitigen Migrationshintergrund das Geburtsland der Mutter entscheidend. Herkunftsländer wurden isoliert betrachtet, sofern sie ausreichend große Fallzahlen für weitere Berechnungen aufwiesen. Bei geringen Fallzahlen ($N \leq 100$) wurden die Länder nach soziokulturellen und geografischen Aspekten zusammengefasst [18].

Auf Basis der Elternangaben zu ihrer schulischen und beruflichen Ausbildung, zu ihrer beruflichen Stellung und ihrem bedarfsgewichteten Haushaltsnettoeinkommen wurde der sozioökonomische Status (SES) anhand eines am RKI entwickelten Index gebildet. Er ermöglicht eine Einteilung in eine niedrige, mittlere und hohe Statusgruppe [20].

Zur Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes wurden die Angaben der Eltern sowie der Jugendlichen selbst genutzt (sehr gut, gut, mittelmäßig/schlecht/sehr schlecht).

Anhand der Einwohnerzahl wurde die Wohnortgröße in ländlich (<5000 Einwohner), kleinstädtisch (5000 bis < 20.000 Einwohner), mittelstädtisch (20.000 bis < 100.000 Einwohner) und großstädtisch (≥ 100.000 Einwohner) kategorisiert.

Statistische Methoden

Die Auswertungen beziehen sich auf die Angaben der Eltern der 0- bis 13-Jährigen sowie auf Selbstangaben der Jugendlichen im Alter von 14 bis 17 Jahren. Es wurden Prävalenzen mit 95%-Konfidenzintervallen (95%-KI) für die Inanspruchnahme ambulanter Versorgungsleistungen in den letzten 12 Monaten sowie der Zufriedenheit mit der letzten medizinischen Behandlung berechnet. Mithilfe multivariater binärlogistischer Regressionsanalysen wurde der Zusammenhang zwischen dem Migrationshintergrund (Modelle A) und den Herkunftsländern (Modelle B) als abhängige Variablen und der Inanspruchnahme von Fachärztinnen und Fachärzten sowie der Zufriedenheit mit der letzten medizinischen Behandlung unter den 0- bis 17-Jährigen insgesamt und altersstratifiziert unter den 0- bis 13-Jährigen und 14- bis 17-Jährigen untersucht. Alter, Geschlecht, SES, Gemeindegröße und allgemeiner Gesundheitszustand erwiesen sich in früheren Analysen als signifikante Einflussfaktoren für die Inanspruchnahme [13], daher wurde in Modell 1 für diese Variablen adjustiert. Um migrationsspezifische Determinanten für die Inanspruchnahme zu untersuchen, wurden jeweils zusätzlich zu Modell 1 die deutschen Sprachkenntnisse (Modell 2)

L. K. Frank · L. Schenk · A. Rommel · R. Thamm · U. Ellert · T. Lampert

Inanspruchnahme ambulant ärztlicher Leistungen und Zufriedenheit mit der Versorgung bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund – Ergebnisse der KiGGS-Studie

Zusammenfassung

Hintergrund und Ziel. Gründe für eine geringere Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund (MH) sind bislang nicht untersucht. Ziel ist es daher, Faktoren zu identifizieren, die mit der Inanspruchnahme der ambulanten ärztlichen Versorgung und der subjektiven Patientenzufriedenheit im Zusammenhang stehen und Unterschiede im Inanspruchnahmeverhalten von Kindern und Jugendlichen mit und ohne MH erklären.

Methodik. Auf Basis der „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ (KiGGS, Basiserhebung: 2003–2006), an der 17.640 Kinder und Jugendliche teilnahmen, wurden Prävalenzen mit 95 %-Konfidenzintervallen sowie

multivariate binärlogistische Regressionsanalysen zum Zusammenhang zwischen MH, Herkunftsland und Inanspruchnahme von ambulanten Versorgungsleistungen in den letzten 12 Monaten sowie der Zufriedenheit mit der letzten ambulanten Behandlung berechnet.

Ergebnisse. Null- bis 13-Jährige mit beidseitigem MH hatten im Vergleich zu jenen ohne MH eine geringere Inanspruchnahme spezialisierter Fachärztinnen und Fachärzte (OR = 0,64 [0,56–0,74]). Bei den 14- bis 17-Jährigen hingegen unterschied sich die Inanspruchnahme nicht signifikant (OR = 0,79 [0,60–1,03]). Die geringere Inanspruchnahme steht in Zusammenhang mit einer kürzeren Aufenthaltsdauer der Eltern und einge-

schränkten Deutschkenntnissen. Zudem sind aus Polen und der früheren Sowjetunion stammende Eltern, unabhängig von Deutschkenntnissen und Aufenthaltsdauer, seltener sehr zufrieden mit der letzten ambulanten Behandlung ihres 0- bis 13-jährigen Kindes. **Diskussion.** Um Kindern mit MH den Zugang zu fachärztlichen Leistungen zu erleichtern, ist es wichtig, Sprachbarrieren in der ambulanten ärztlichen Versorgung abzubauen und Prozesse der interkulturellen Öffnung voranzutreiben.

Schlüsselwörter

Zugang zur Gesundheitsversorgung · Patientenzufriedenheit · Migration · Diversität · Kinder- und Jugendgesundheitsurvey

Utilization of outpatient medical services and satisfaction with care in children and adolescents with a migration background—results of the KiGGS study

Abstract

Background and aim. Reasons for lower use of medical services by children and adolescents with migration background have not yet been investigated. The aim is therefore to identify factors that are related to the utilization of outpatient medical care and subjective patient satisfaction as well as explain differences according to migration background.

Methods. On the basis of the “German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents” (KiGGS, baseline study: 2003–2006), in which 17,640 children and adolescents participated, prevalences with 95% confidence intervals as well as multivariate binary logistic regression

analyzes on the relationship between migration background, country of origin, the use of outpatient medical care services in the last 12 months, and satisfaction with the last medical treatment were calculated.

Results. Children up to age 13 with two-sided migration background had lower utilization of specialist doctors compared to those without migration background (OR = 0.64 [0.56–0.74]). However, among the 14- to 17-year-olds, the utilization did not differ significantly (OR = 0.79 [0.60–1.03]). The lower use of outpatient medical care is associated with a shorter length of stay and limited German language skills. In addition, parents from Poland and the former Soviet Union are

less likely to be very satisfied with the last outpatient treatment of their 0- to 13-year-old child, even after adjustments for German language skills and length of stay.

Conclusion. To make it easier for children with migration background to access specialist services, it is important to reduce language barriers in outpatient medical care and to promote processes of intercultural opening.

Keywords

Access to healthcare · Patient satisfaction · Migration · Diversity · German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents

und die Aufenthaltsdauer der Eltern (Modell 3) angenommen.

Um repräsentative Aussagen treffen zu können, wurden alle Analysen mit einem Gewichtungsfaktor durchgeführt, der Abweichungen der Stichprobe von der Bevölkerungsstruktur (Stand 31.12.2004) hinsichtlich Alter, Geschlecht, Region, Staatsangehörigkeit, Gemeindetyp und Bildungsstand des Haushaltsvorstandes korrigiert. Um sowohl die Gewichtung als auch die

Korrelation der Teilnehmenden innerhalb einer Gemeinde zu berücksichtigen, wurden die Konfidenzintervalle und *p*-Werte mit Verfahren für komplexe Stichproben berechnet. Gruppenunterschiede wurden mit dem nach Rao-Scott über die F-Verteilung korrigierten Chi-Quadrat-Test für komplexe Stichproben auf Signifikanz geprüft. Unterschiede werden als statistisch signifikant angesehen, wenn sich die Konfidenzintervalle nicht überschneiden beziehungsweise die *p*-

Werte kleiner als 0,05 sind. Alle Analysen wurden mithilfe des Softwareproduktes SAS Version 9.2 (SAS Institute, Cary, NC, USA) durchgeführt.

Ergebnisse

■ **Tab. 1** zeigt die Studienpopulation nach migrationspezifischen Merkmalen.

Tab. 1 Beschreibung der Studienpopulation nach migrationspezifischen Determinanten ($n = 17.640$); Datenbasis: KiGGS-Basiserhebung (2003–2006)

	n	%
<i>Migrationshintergrund (MH)</i>		
Ohne	13.678	74,2
Einseitig	1292	8,2
Beidseitig	2590	17,6
<i>Deutsche Sprachkenntnisse</i>		
Muttersprache (ohne MH)	13.629	81,2
Fließend, relativ flüssig	1845	13,8
Gebrochen	415	2,9
Eingeschränkt, keine	280	2,1
<i>Aufenthaltsdauer</i>		
Ohne MH	13.678	75,9
>20 Jahre	972	7,1
16–20 Jahre	524	3,7
11–15 Jahre	892	6,2
6–10 Jahre	683	4,3
0–5 Jahre	486	2,9
<i>Aufenthaltsstatus</i>		
Ohne MH	13.678	78,6
Sicher	2517	17,7
Unsicher	298	1,96
<i>Herkunftsland</i>		
Deutschland	13.678	73,9
Türkei	876	6,8
Frühere Sowjetunion	679	4,1
Polen	378	2,4
Mittel- und Südeuropa	738	5,0
Westeuropa, USA, Kanada	488	2,9
Arabische Länder	309	2,0
Andere Länder ^c	494	2,9

^a 95 %-KI: 95 %-Konfidenzintervall

^b Korrigierter Chi²-Test nach Rao-Scott

^c Andere Länder: verschiedene weitere Länder in Afrika, Asien, Lateinamerika

Inanspruchnahme ambulanter Versorgung

In den letzten 12 Monaten vor der Erhebung hatten Kinder und Jugendliche mit einem ein- oder beidseitigen Migrationshintergrund signifikant häufiger eine Praxis für Kinderheilkunde aufgesucht als Kinder und Jugendliche ohne Migrationshintergrund (einseitig: 66,7 % [62,9–70,2 %]; beidsei-

Tab. 2 Inanspruchnahme von spezialisierten Fachärztinnen und Fachärzten in den letzten 12 Monaten nach migrationspezifischen Determinanten ($n = 17.340$); Datenbasis: KiGGS-Basiserhebung (2003–2006)^d

	% (95 %-KI ^a)	p-Wert ^b
<i>Migrationshintergrund (MH)</i>		
Ohne	52,9 (51,6–54,2)	<0,001
Einseitig	49,2 (45,6–52,7)	
Beidseitig	44,2 (41,7–46,8)	
<i>Deutsche Sprachkenntnisse</i>		
Muttersprache (ohne MH)	52,9 (51,6–54,2)	<0,001
Fließend, relativ flüssig	46,3 (43,5–49,1)	
Gebrochen	35,6 (29,0–42,8)	
Eingeschränkt, keine	26,7 (20,6–33,9)	
<i>Aufenthaltsdauer der Eltern</i>		
Ohne MH	52,9 (51,6–54,2)	<0,001
>20 Jahre	54,3 (50,2–58,3)	
16–20 Jahre	46,5 (40,7–52,4)	
11–15 Jahre	41,9 (37,8–46,2)	
6–10 Jahre	41,3 (36,9–45,7)	
0–5 Jahre	37,7 (32,2–43,4)	
<i>Aufenthaltsstatus</i>		
Ohne MH	52,9 (51,6–54,2)	<0,001
Sicher	45,2 (42,8–47,7)	
Unsicher	42,5 (35,8–49,3)	
<i>Herkunftsland</i>		
Deutschland	52,9 (51,6–54,2)	<0,001
Türkei	44,8 (40,9–48,8)	
Frühere Sowjetunion	42,4 (37,8–47,0)	
Polen	50,0 (43,9–56,1)	
Mittel- und Südeuropa	43,6 (39,1–48,3)	
Westeuropa, USA, Kanada	53,0 (48,2–57,7)	
Arabische Länder	51,6 (45,7–57,6)	
Andere Länder ^c	44,4 (38,2–50,7)	

^a 95 %-KI: 95 %-Konfidenzintervall

^b Korrigierter Chi²-Test nach Rao-Scott

^c Andere Länder: verschiedene weitere Länder in Afrika, Asien, Lateinamerika

^d Ohne Kinderheilkunde und Allgemeinmedizin

tig: 67,1 % [64,6–69,0 %]; ohne: 58,0 % [55,9–60,0 %]). Im Gegensatz hierzu waren die häufigsten Allgemeinarztbesuche unter Kindern und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund zu verzeichnen (ohne: 39,4 % [36,8–42,1 %]; einseitig: 30,3 % [26,5–34,3 %]; beidseitig: 25,7 % [23,3–28,3 %]). Wird die Inanspruchnahme im Altersgang betrachtet, so zeigte sich erwartungsgemäß, dass mit zunehmendem Alter ein Wechsel von Ärztinnen und Ärzten der Pädiatrie zur Allgemeinmedizin erfolgt (Abb. 1). Kinder und Jugendliche mit einem beidseitigen Migrationshintergrund schei-

nen – im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen ohne oder mit einem einseitigen Migrationshintergrund – länger bei Ärztinnen und Ärzten der Pädiatrie zu verbleiben.

Keine signifikanten Differenzen in der betrachteten Jahresprävalenz der Inanspruchnahme spezialisierter Fachärztinnen und Fachärzte, also jener ohne Kinderheilkunde und Allgemeinmedizin, fanden sich zwischen Kindern und Jugendlichen mit einem einseitigen und jenen ohne Migrationshintergrund (Tab. 2). Deutlich seltener suchten hingegen Kinder und Jugendliche mit einem

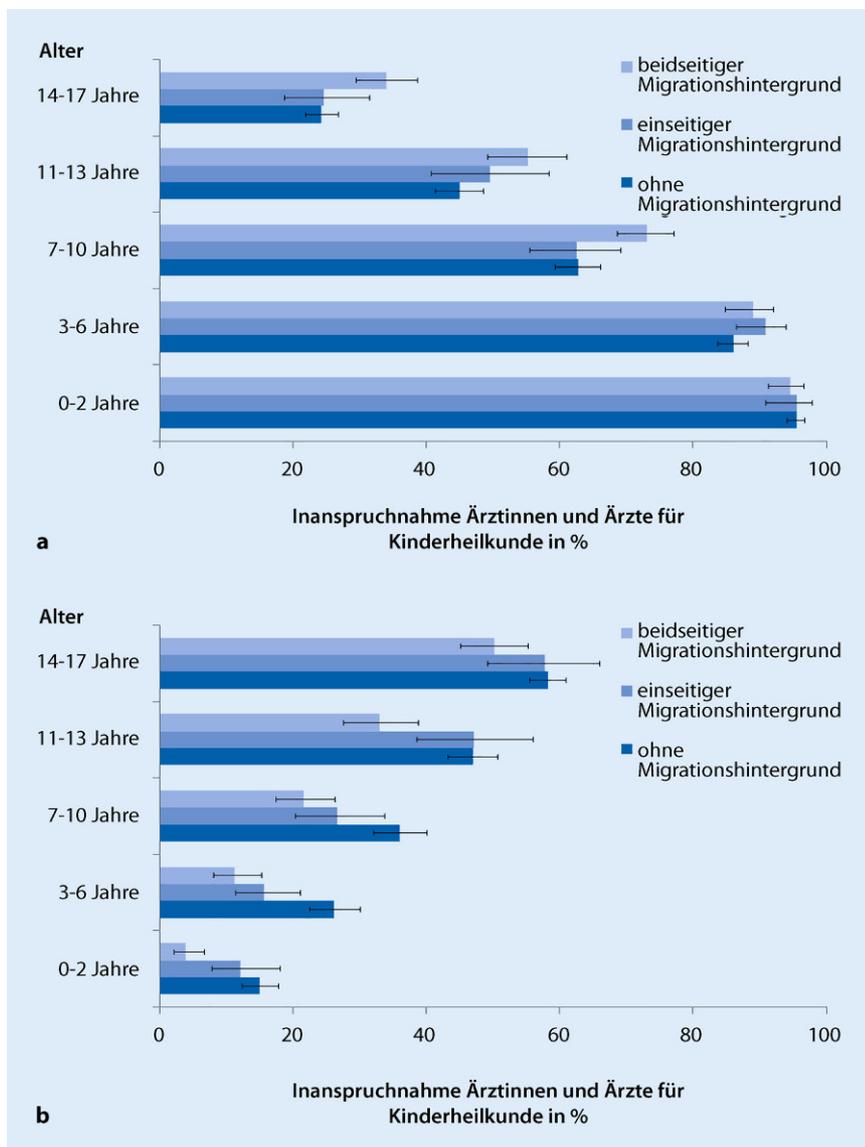


Abb. 1 ▲ Inanspruchnahme von Ärztinnen und Ärzten für Kinderheilkunde (a) und Allgemeinmedizin (b) in den letzten 12 Monaten stratifiziert nach Migrationshintergrund; Datenbasis: KIGGS-Basiserhebung (2003–2006)

beidseitigen Migrationshintergrund eine spezialisierte Fachärztin oder einen spezialisierten Facharzt auf. Zudem standen eingeschränkte bzw. keine deutschen Sprachkenntnisse und eine kurze Aufenthaltsdauer der Eltern in einem signifikanten bivariaten Zusammenhang mit einer niedrigeren Inanspruchnahme. Des Weiteren wiesen im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund Kinder aus der Türkei, der früheren Sowjetunion, aber auch aus anderen Ländern signifikant niedrigere Raten der Inanspruchnahme von Fachärztinnen und Fachärzten auf.

Auch im Ergebnis der multivariaten Analyse zeigte sich, dass Kinder und Jugendliche mit beidseitigem Migrationshintergrund (0 bis 17 Jahre) im Vergleich zu jenen ohne Migrationshintergrund eine signifikant geringere Chance hatten, spezialisierte Fachärztinnen und Fachärzte in Anspruch zu nehmen (Tab. 3, Modell A1). Kinder und Jugendliche mit einseitigem Migrationshintergrund unterschieden sich hingegen nicht in ihrer Inanspruchnahme fachärztlicher Praxen von 0- bis 17-Jährigen ohne Migrationshintergrund. Verglichen mit Personen ohne Migra-

tionshintergrund hatten Personen mit eingeschränkten/keinen Deutschkenntnissen sowie jene mit einer kürzeren Aufenthaltsdauer der Eltern eine geringere Chance für eine fachärztliche Inanspruchnahme (0- bis 17-Jährige, Modell A2 und A3). Nach Kontrolle für die Sprachkenntnisse (Modell A2) und die Aufenthaltsdauer der Eltern (Modell A3) war der Zusammenhang zwischen einem beidseitigen Migrationshintergrund und der Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen bei den 0- bis 17-Jährigen nicht statistisch signifikant. Die nach Alter stratifizierten Analysen zeigten unterschiedliche Effekte hinsichtlich migrationspezifischer Determinanten. Während bei den 0- bis 13-Jährigen sowohl der ein- als auch der beidseitige Migrationshintergrund (Modell A1), geringere Deutschkenntnisse der Eltern und eine kürzere Aufenthaltsdauer der Eltern in Deutschland (Modell A2 und A3) mit einer niedrigeren Inanspruchnahme von Fachärztinnen und Fachärzten assoziiert sind, trifft dies auf die 14- bis 17-Jährigen nicht zu (Modell A2 und A3). Durch Hinzunahme der Deutschkenntnisse der Eltern war der Zusammenhang zwischen einem Migrationshintergrund und der Nutzung spezialisierter fachärztlicher Leistungen bei den 0- bis 13-Jährigen nicht statistisch signifikant. Bei den 14- bis 17-Jährigen waren die eigenen Deutschkenntnisse und die Aufenthaltsdauer der Eltern hingegen nicht statistisch signifikant mit der Inanspruchnahme assoziiert (Modell A2 und A3).

In einem weiteren Modell (Modell B), welches das Herkunftsland anstatt des Migrationshintergrunds berücksichtigte, zeigten sich nach Kontrolle aller relevanten Merkmale wie SES, Alter, Geschlecht, Wohnortgröße, allgemeiner Gesundheitszustand, Deutschkenntnisse und Aufenthaltsdauer der Eltern keine Unterschiede in der fachärztlichen Inanspruchnahme (Tab. 3, Modell B2 und B3).

Zufriedenheit mit letzter medizinischer Behandlung

Insgesamt waren rund 46 % der Befragten sehr zufrieden mit der letzten medizini-

Tab. 3 Multivariat adjustierter Zusammenhang zwischen Migrationshintergrund und der Inanspruchnahme von Fachärztinnen und Fachärzten bei Kindern und Jugendlichen; Ergebnisse binärologistischer Regression (Odds Ratios; 0- bis 17-Jährige: $n = 17.054$, 0- bis 13-Jährige: $n = 13.534$, 14- bis 17-Jährige: $n = 3529$); Datenbasis: KiGGS-Basiserhebung (2003–2006)

	0- bis 17-Jährige			0- bis 13-Jährige			14- bis 17-Jährige		
	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 1	Modell 2	Modell 3
	OR (95 %-KI)	OR (95 %-KI)	OR (95 %-KI)	OR (95 %-KI)					
<i>A Migrationshintergrund</i>									
Ohne	1,00 (Ref.)	1,00 (Ref.)	1,00 (Ref.)	1,00 (Ref.)					
Einseitig	0,89 (0,78–1,02)	0,89 (0,55–1,43)	1,07 (0,89–1,30)	0,84 (0,72–0,98)	0,90 (0,50–1,63)	0,99 (0,79–1,24)	1,17 (0,83–1,67)	0,70 (0,23–2,14)	1,47 (1,00–2,15)
Beidseitig	0,67 (0,59–0,75)	0,86 (0,53–1,39)	0,86 (0,72–1,04)	0,64 (0,56–0,74)	0,89 (0,48–1,65)	0,80 (0,65–0,99)	0,79 (0,60–1,03)	0,57 (0,21–1,54)	1,06 (0,67–1,67)
<i>Deutsche Sprachkenntnisse</i>									
Muttersprache (ohne MH)	–	1,00 (Ref.)	–	–	1,00 (Ref.)	–	–	1,00 (Ref.)	–
Fließend, relativ flüssig	–	0,80 (0,49–1,29)	–	–	0,74 (0,40–1,39)	–	–	1,34 (0,49–3,68)	–
Gebrochen	–	0,59 (0,33–1,03)	–	–	0,56 (0,28–1,12)	–	–	1,19 (0,17–8,42)	–
Eingeschränkt, keine	–	0,44 (0,23–0,83)	–	–	0,42 (0,20–0,91)	–	–	–	–
<i>Aufenthaltsdauer der Eltern</i>									
Ohne MH/>20 Jahre	–	–	1,00 (Ref.)	–	–	1,00 (Ref.)	–	–	1,00 (Ref.)
16–20 Jahre	–	–	0,75 (0,55–1,01)	–	–	0,76 (0,54–1,07)	–	–	0,69 (0,41–1,15)
11–15 Jahre	–	–	0,71 (0,58–0,99)	–	–	0,76 (0,60–1,06)	–	–	0,60 (0,33–1,11)
6–10 Jahre	–	–	0,76 (0,58–0,99)	–	–	0,80 (0,60–1,06)	–	–	0,75 (0,34–1,65)
0–5 Jahre	–	–	0,64 (0,47–0,86)	–	–	0,65 (0,47–0,90)	–	–	0,71 (0,32–1,58)
<i>B Herkunftsland</i>									
Deutschland	1,00 (Ref.)	1,00 (Ref.)	1,00 (Ref.)	1,00 (Ref.)					
Türkei	0,74 (0,63–0,87)	0,93 (0,47–0,85)	0,92 (0,75–1,14)	0,74 (0,62–0,89)	1,08 (0,40–2,88)	0,89 (0,71–1,11)	0,76 (0,43–1,31)	0,54 (0,18–1,65)	1,00 (0,54–1,85)
Frühere Sowjet- union	0,60 (0,50–0,73)	0,75 (0,37–1,50)	0,86 (0,66–1,13)	0,57 (0,46–0,71)	0,82 (0,30–2,20)	0,77 (0,57–1,03)	0,71 (0,48–1,05)	0,51 (0,17–1,49)	1,14 (0,62–2,10)
Polen	0,86 (0,68–1,11)	0,90 (0,46–1,78)	1,10 (0,82–1,47)	0,84 (0,67–1,07)	1,05 (0,38–2,64)	1,03 (0,78–1,38)	0,98 (0,55–1,75)	0,64 (0,20–2,00)	1,30 (0,64–2,64)
Mittel- und Süd- europa	0,70 (0,57–0,86)	0,75 (0,38–1,51)	0,86 (0,68–1,10)	0,64 (0,51–0,81)	0,80 (0,30–2,13)	0,77 (0,58–1,09)	1,00 (0,67–1,49)	0,65 (0,24–1,79)	1,26 (0,82–1,95)
Westeuropa, USA, Kanada	1,00 (0,82–1,22)	0,99 (0,47–2,07)	1,26 (1,00–1,60)	0,93 (0,73–1,19)	1,06 (0,40–2,86)	1,13 (0,82–1,55)	1,39 (0,84–2,29)	0,83 (0,28–2,48)	1,90 (1,08–3,37)
Arabische Länder	0,75 (0,58–0,96)	0,91 (0,46–1,80)	1,10 (0,75–1,35)	0,69 (0,53–0,91)	0,97 (0,36–2,64)	0,90 (0,65–1,23)	1,24 (0,55–2,78)	0,85 (0,24–3,09)	1,69 (0,76–3,80)
Anderer Länder ^a	0,68 (0,51–0,91)	0,77 (0,36–1,61)	0,90 (0,64–1,27)	0,70 (0,50–0,97)	0,91 (0,33–2,52)	0,88 (0,60–1,29)	0,62 (0,33–1,15)	0,39 (0,13–1,20)	0,83 (0,43–1,63)

Modell A1 + B1: adjustiert für Alter, Geschlecht, SES, Wohnortgröße und allgemeiner Gesundheitszustand

Modell A2 + B2: adjustiert für Alter, Geschlecht, SES, Wohnortgröße und allgemeiner Gesundheitszustand + deutsche Sprachkenntnisse

Modell A3 + B3: adjustiert für Alter, Geschlecht, SES, Wohnortgröße und allgemeiner Gesundheitszustand + Aufenthaltsdauer

^a Andere Länder: Afrika, Asien, Lateinamerika

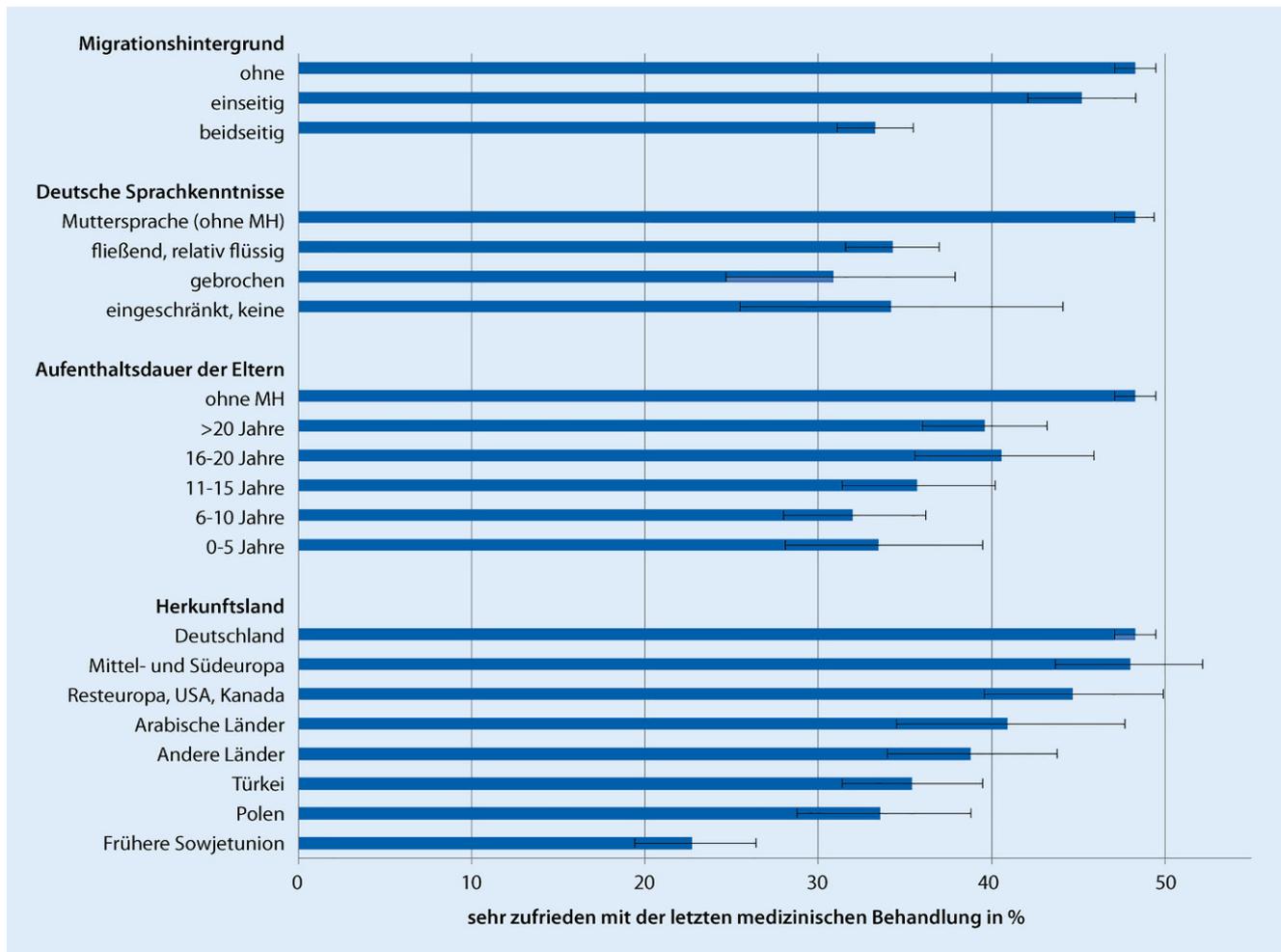


Abb. 2 ▲ Zufriedenheit (sehr zufrieden) mit der letzten medizinischen Behandlung nach Migrationshintergrund, deutschen Sprachkenntnissen, Aufenthaltsdauer der Eltern und Herkunftsland ($n = 16.956$); Datenbasis: KIGGS-Basiserhebung (2003–2006)

schon Behandlung. Jedoch waren Personen mit beidseitigem Migrationshintergrund signifikant seltener sehr zufrieden mit der letzten Behandlung der Kinder und Jugendlichen als jene ohne Migrationshintergrund (Abb. 2). Zudem erlebten Personen mit gebrochenen oder eingeschränkten Deutschkenntnissen ihren Arztbesuch seltener als sehr zufriedenstellend verglichen mit jenen ohne Migrationshintergrund. Je länger die Familie in Deutschland lebte, desto positiver fiel die Einschätzung der letzten Behandlung aus. Ein Vergleich nach den Herkunftsländern der Familien zeigte, dass Personen aus der früheren Sowjetunion mit der letzten medizinischen Behandlung ihrer Kinder und Jugendlichen am seltensten sehr zufrieden waren.

Auch in der multivariaten Analyse war die Chance, mit der letzten medizinischen Behandlung der Kinder und Jugendlichen sehr zufrieden zu sein, bei Personen mit beidseitigem Migrationshintergrund im Vergleich zu jenen ohne Migrationshintergrund geringer (Tab. 4, 0- bis 17-Jährige, Modell A1). Nach Kontrolle der Sprachkenntnisse war dieser Zusammenhang in allen Altersgruppen nicht statistisch signifikant. Unter den 14- bis 17-Jährigen waren jene mit fließenden bzw. relativ flüssigen Sprachkenntnissen seltener sehr zufrieden mit dem letzten Arztbesuch verglichen zu jenen ohne Migrationshintergrund (Modell A2). Dies betrifft aber nur die Jugendlichen mit beidseitigem Migrationshintergrund, wie eine Sensitivitätsanalyse zeigte (Daten nicht gezeigt).

Nach Kontrolle der Aufenthaltsdauer der Eltern war ein beidseitiger Migrationshintergrund mit einer geringeren Zufriedenheit bei 0- bis 17-jährigen sowie 0- bis 13-jährigen Kindern und Jugendlichen assoziiert (Modell A3). Besonders Kinder und Jugendliche mit einer kürzeren Aufenthaltsdauer der Eltern hatten eine geringere Chance, sehr zufrieden mit der letzten medizinischen Behandlung zu sein (0- bis 17-Jährige, Modell A3). Des Weiteren hatten, selbst nach Kontrolle der Deutschkenntnisse und Aufenthaltsdauer der Eltern, 0- bis 17-Jährige sowie 0- bis 13-jährige Kinder und Jugendliche, die aus der früheren Sowjetunion und Polen stammen, eine signifikant geringere Chance, sehr zufrieden mit der letzten medizinischen Behandlung zu sein (Modell B2 und B3).

Tab. 4 Multivariat adjustierter Zusammenhang zwischen Migrationshintergrund bzw. Herkunftsland und der Zufriedenheit (sehr zufrieden) mit der letzten medizinischen Behandlung; Ergebnisse binärlogistischer Regression (Odds Ratios; 0-bis 17-Jährige: n = 16.743, 0- bis 13-Jährige: n = 13.273, 14- bis 17-Jährige: n = 3480); Datenbasis: KiGGS-Basierhebung (2003–2006)

	0- bis 17-Jährige			0- bis 13-Jährige			14- bis 17-Jährige		
	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 1	Modell 2	Modell 3
	OR (95 %-KI)	OR (95 %-KI)							
<i>A Migrationshintergrund</i>									
Ohne	1,00 (Ref.)	1,00 (Ref.)							
Einseitig	0,81 (0,71–0,93)	0,74 (0,38–1,44)	0,85 (0,71–1,01)	0,75 (0,64–0,89)	0,64 (0,27–1,51)	0,81 (0,65–1,01)	1,11 (0,80–1,52)	2,74 (1,04–7,22)	0,96 (0,65–1,42)
Beidseitig	0,55 (0,49–0,62)	0,55 (0,29–1,07)	0,62 (0,51–0,75)	0,50 (0,43–0,57)	0,46 (0,19–1,10)	0,58 (0,46–0,72)	0,72 (0,56–0,93)	1,93 (0,79–4,71)	0,67 (0,43–1,07)
<i>Deutsche Sprachkenntnisse</i>									
Muttersprache (ohne MH)	–	1,00 (Ref.)	–	–	1,00 (Ref.)	–	–	1,00 (Ref.)	–
Fließend, relativ flüssig	–	1,00 (0,52–1,91)	–	–	1,08 (0,45–2,58)	–	–	0,36 (0,14–0,89)	–
Gebrochen	–	0,86 (0,42–1,78)	–	–	0,99 (0,40–2,46)	–	–	1,17 (0,19–7,36)	–
Eingeschränkt, keine	–	0,85 (0,30–1,91)	–	–	0,94 (0,36–2,48)	–	–	–	–
<i>Aufenthaltsdauer der Eltern</i>									
Ohne MH/>20 Jahre	–	–	1,00 (Ref.)	–	–	1,00 (Ref.)	–	–	1,00 (Ref.)
16–20 Jahre	–	–	1,09 (0,82–1,45)	–	–	0,97 (0,71–1,34)	–	–	1,44 (0,83–2,50)
11–15 Jahre	–	–	0,88 (0,68–1,14)	–	–	0,90 (0,70–1,16)	–	–	0,91 (0,48–1,72)
6–10 Jahre	–	–	0,68 (0,52–0,90)	–	–	0,69 (0,51–0,93)	–	–	0,80 (0,39–1,76)
0–5 Jahre	–	–	0,77 (0,56–1,05)	–	–	0,74 (0,52–1,05)	–	–	1,30 (0,61–2,78)
<i>B Herkunftsland</i>									
Deutschland	1,00 (Ref.)	1,00 (Ref.)							
Türkei	0,58 (0,48–0,71)	0,46 (0,21–1,00)	0,60 (0,48–0,76)	0,53 (0,42–0,67)	0,32 (0,10–1,07)	0,57 (0,44–0,75)	0,84 (0,55–1,26)	2,20 (0,83–3,86)	0,70 (0,41–1,17)
Frühere Sowjetunion	0,34 (0,28–0,42)	0,27 (0,12–0,58)	0,39 (0,30–0,52)	0,29 (0,23–0,37)	0,17 (0,05–0,59)	0,34 (0,24–0,48)	0,54 (0,35–0,85)	1,41 (0,55–3,57)	0,54 (0,27–1,07)
Polen	0,53 (0,42–0,67)	0,38 (0,18–0,82)	0,54 (0,42–0,70)	0,50 (0,38–0,66)	0,27 (0,08–0,90)	0,54 (0,39–0,74)	0,57 (0,34–0,96)	1,37 (0,48–3,95)	0,47 (0,28–0,83)
Mittel- und Südeuropa	0,97 (0,80–1,17)	0,71 (0,33–1,49)	0,99 (0,80–1,29)	0,89 (0,73–1,09)	0,50 (0,15–1,59)	0,94 (0,74–1,19)	1,22 (0,76–1,96)	2,95 (1,08–8,02)	1,17 (0,71–1,93)
Westeuropa, USA, Kanada	0,83 (0,67–1,03)	0,57 (0,26–1,27)	0,85 (0,65–1,11)	0,77 (0,60–0,99)	0,40 (0,12–1,37)	0,82 (0,61–1,11)	1,06 (0,66–1,70)	2,31 (0,84–6,39)	0,88 (0,50–1,58)
Arabische Länder	0,70 (0,53–0,93)	0,54 (0,25–1,15)	0,76 (0,56–1,03)	0,65 (0,47–0,88)	0,38 (0,12–1,19)	0,73 (0,52–1,03)	0,86 (0,38–1,93)	2,17 (0,67–7,03)	0,70 (0,31–1,58)
Anderer Länder ^a	0,67 (0,54–0,85)	0,49 (0,23–1,05)	0,71 (0,53–0,95)	0,64 (0,49–0,83)	0,36 (0,11–1,13)	0,71 (0,50–0,99)	0,85 (0,46–1,57)	1,85 (0,63–5,46)	0,71 (0,37–1,37)

Modell A1 + B1: adjustiert für Alter, Geschlecht, SES, Wohnortgröße und allgemeiner Gesundheitszustand

Modell A2 + B2: adjustiert für Alter, Geschlecht, SES, Wohnortgröße und allgemeiner Gesundheitszustand + deutsche Sprachkenntnisse

Modell A3 + B3: adjustiert für Alter, Geschlecht, SES, Wohnortgröße und allgemeiner Gesundheitszustand + Aufenthaltsdauer

^a Andere Länder: Afrika, Asien, Lateinamerika

Diskussion

Die Inanspruchnahme der ambulanten ärztlichen Versorgung weist strukturelle Unterschiede nach Migrationshintergrund auf. Das Muster eines häufigeren Besuchs von Kinderarztpraxen und einer geringeren Inanspruchnahme von Ärztinnen und Ärzten der Allgemeinmedizin durch Kinder und Jugendliche mit einem beidseitigen Migrationshintergrund manifestiert sich im gesamten Altersverlauf. Ein beidseitiger Migrationshintergrund ist außerdem mit selteneren Besuchen von spezialisierten Fachärztinnen und Fachärzten assoziiert. Dieser Effekt zeigt sich unter Adjustierung relevanter Kontrollvariablen wie dem selbst berichteten Gesundheitszustand und dem SES. Eine altersdifferenzierte Betrachtung verdeutlicht indes, dass migrationsbedingte Unterschiede in der diesbezüglichen Inanspruchnahme statistisch nur bei jüngeren Kindern und Jugendlichen bis 13 Jahre nachweisbar sind. In jungen Jahren veranlassen und begleiten in der Regel die Eltern den Arztbesuch ihrer Kinder, sodass dieser Effekt Ausdruck eines unterschiedlichen Inanspruchnahmeverhaltens von Kinder- und Elterngeneration sein kann. Bereits frühere KiGGS-Analysen zum Gesundheitsverhalten deuteten darauf hin, dass der Einfluss des Migrationshintergrundes im Jugendalter an Relevanz verliert [18].

Vorherige KiGGS-Analysen zum Inanspruchnahmeverhalten (ausgewählter) ärztlicher Angebote in der ambulanten Versorgung berücksichtigten den Migrationshintergrund als solitäre Determinante, ohne weitere migrations-spezifische Kovariablen zu untersuchen [13–15]. Mit der vorliegenden Analyse kann gezeigt werden, dass eingeschränkte Deutschkenntnisse sowie eine kürzere Aufenthaltsdauer der Eltern mit einer geringeren Inanspruchnahme von spezialisierten Fachärztinnen und Fachärzten durch die 0- bis 13-jährigen Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund assoziiert sind. Studien zur gesundheitlichen Versorgung von Erwachsenen mit Migrationshintergrund in Deutschland konnten insbesondere fehlende Deutschkenntnisse [6, 10, 11]

sowie eine kürzere Aufenthaltsdauer [10] als Risikofaktoren für den Zugang zum Gesundheitssystem ermitteln. Die Gegenüberstellung von „Deutschkenntnissen“ und „Aufenthaltsdauer der Eltern“ in der multivariaten Betrachtung bestätigt nun, dass vor allem die Sprachbarriere zur Erklärung der Differenzen in der Inanspruchnahme nach Migrationshintergrund beiträgt. Es kann weiterhin gezeigt werden, dass sich mit zunehmendem Grad der Deutschkenntnisse die Chance auf eine Inanspruchnahme erhöht. Der Grad der Deutschkenntnisse fungiert als Indikator für Akkulturationsprozesse im Zuge einer Zuwanderung und mag die Aneignung von Orientierungskompetenzen für das deutsche Gesundheitssystem widerspiegeln. Sprache ist aber auch soziales und ethnisches Distinktionsmerkmal, welches sich mit Stereotypisierungen und Exklusionsmechanismen seitens des Versorgungssystems verknüpfen kann. Internationale Studien zeigen, dass implizite und explizite Stereotype in Bezug auf die ethnische Herkunft sowie auf den Aufenthalts- und Versichertenstatus der Patientinnen und Patienten die Behandlungsentscheidung des ärztlichen Personals beeinflussen [21, 22].

Seltener Arztbesuche können Ausdruck einer geringeren Patientenzufriedenheit sein. Im Einklang mit unseren Ergebnissen wurden in anderen Studien geringere Zufriedenheitswerte bei Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund gefunden [12, 23–25]. Danach hatten Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit türkischer Staatsangehörigkeit im Vergleich zu jenen mit deutscher Staatsangehörigkeit eine höhere Chance, eine allenfalls moderate oder geringe Zufriedenheit mit der rehabilitativen Versorgung aufzuweisen [24]. Niedrigere Zufriedenheitswerte wurden ebenfalls bei türkeistämmigen Migrantinnen mit geringen Deutschkenntnissen in einer Studie zur stationären Versorgungssituation in einer Berliner Frauenklinik [25] sowie bei Personen mit keinen bzw. geringen Deutschkenntnissen in der vorstationären Notfallversorgung berichtet [26]. Unsere Ergebnisse zeigen niedrigere Zufriedenheitswerte der türkeistämmigen, aber auch der aus

Polen und der früheren Sowjetunion stammenden Befragten. Bemerkenswert ist, dass in der multivariaten Betrachtung weder Deutschkenntnisse noch die Aufenthaltsdauer der Eltern einen signifikanten Effekt auf die Beurteilung des letzten Arztbesuchs haben. Die Herkunftsländer können als ein Indikator für die Pluralität von Gesundheitskonzepten, Schmerz- und Krankheitserleben, aber auch von Äußerung und Umgang mit Schmerz und Krankheit betrachtet werden. Damit können entsprechende Erwartungen an das Gesundheitspersonal einhergehen [27]. Gründe für eine geringere Zufriedenheit können aber auch unreflektierte Stereotypisierungen seitens des Gesundheitspersonals sein, die Folgen für die Anamnese, Diagnose und Behandlung haben [28].

Limitationen

Der Erhebungszeitraum der Daten liegt mehr als 10 Jahre zurück. Im Hinblick auf Größe des Migrantensubsamples und die Differenzierungsmöglichkeiten in den statistischen Analysen ist die KiGGS-Basiserhebung auch im Vergleich zu nachfolgenden KiGGS-Wellen eine wertvolle Datenbasis. Insbesondere die Einbeziehung der migrations-spezifischen Determinanten in dieser Analyse liefert zusätzliche Erkenntnisse. Gleichwohl mögen zu geringe Fallzahlen in einigen Subgruppen erklären, warum sich fehlende oder geringe Deutschkenntnisse und eine kürzere Aufenthaltsdauer der Eltern in der Gruppe der 14- bis 17-Jährigen nicht in geringeren Inanspruchnahmeraten niederschlagen. Nicht zuletzt ist dies auf eine vermutlich generell geringere Teilnahme von Eltern resp. Jugendlichen mit nur wenigen Deutschkenntnissen zurückzuführen, zumal die Erhebungsmaterialien nicht in alle Sprachen übersetzt werden konnten.

Die erfassten Deutschkenntnisse beruhen auf Beobachtungen. Trotz intensiver Schulung, die auf Beobachterübereinstimmung zielte, können Einschätzungen subjektiv gefärbt sein. In der Befragung wurde weiterhin die Zufriedenheit mit dem *letzten* Arztbesuch erfasst, der nicht typisch für alle Inanspruch-

nahmen und daher nicht generalisierbar sein muss. Allerdings wurde unabhängig vom Migrationshintergrund nach dem letzten Arztbesuch gefragt, sodass davon ausgegangen wird, dass die gemessenen migrationspezifischen Differenzen nicht zufällig sind. Zufriedenheitsbewertungen können aber von kulturspezifischen Maßstäben geleitet sein. Eine differenzierte Analyse der den Bewertungsmustern zugrunde liegenden Orientierungen und Erfahrungen bedarf weiterer qualitativer und quantitativer Forschungsarbeiten.

Fazit

Die vorgestellten Ergebnisse verweisen auf das Erfordernis, Sprachbarrieren in der ambulanten Versorgung abzubauen und Sprach- und Kulturmittler als Regelleistung der gesetzlichen Krankenkassen vorzuhalten. Partizipationschancen können darüber hinaus gesteigert werden, wenn Eltern der Zugang zum Erwerb von Deutschkenntnissen und von Wissen zum Gesundheitssystem ermöglicht wird. Insbesondere Kinder, die noch wenig autark und von der Gesundheitskompetenz ihrer Eltern abhängig sind, könnten davon profitieren. Patientenzufriedenheit und letztlich der Behandlungserfolg können erhöht werden durch weiterforcierte Prozesse der interkulturellen Öffnung auch im ambulanten Versorgungssektor.

Korrespondenzadresse

PD Dr. phil. Liane Schenk

Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft, Charité – Universitätsmedizin Berlin
Charitéplatz 1, 10117 Berlin, Deutschland
Liane.Schenk@charite.de

Danksagung. Die Basiserhebung des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys wurde durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gefördert.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. L.K. Frank, L. Schenk, A. Rommel, R. Thamm, U. Ellert und T. Lampert geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Die Studie wurde unter Zustimmung der zuständigen Ethik-Kommission und gemäß der Deklaration von Helsinki (1975, in der überarbeiteten Fassung) durchgeführt. Von allen beteiligten Patientinnen und Patienten liegt eine Einverständniserklärung vor.

Literatur

1. Statistisches Bundesamt (2017) Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2015. Fachserie 1 Reihe 2.2. Destatis, Wiesbaden
2. Rechel B, Mladovsky P, Ingleby D, Mackenbach JP, McKeown M (2013) Migration and health in an increasingly diverse Europe. *Lancet* 381:1235–1245
3. Razum OGI, Zeeb H, Ronellenfitsch U (2004) Gesundheitsversorgung von Migranten. *Dtsch Arztebl* 101(43):2439–2443
4. Penka S, Schouler-Ocak M, Heinz A, Kluge U (2012) Interkulturelle Aspekte der Interaktion und Kommunikation im psychiatrisch/psychotherapeutischen Behandlungssetting. Mögliche Barrieren und Handlungsempfehlungen. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitschutz* 55:1168–1175
5. Maier I, Kriston L, Harter M, Holzel LP, Bermejo I (2015) Psychometrische Überprüfung eines Fragebogens zur Erfassung der Barrieren der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch Personen mit Migrationshintergrund. *Gesundheitswesen* 77:749–756
6. Bermejo I, Holzel LP, Kriston L, Harter M (2012) Subjektiv erlebte Barrieren von Personen mit Migrationshintergrund bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitschutz* 55:944–953
7. Norredam M, Nielsen SS, Krasnik A (2010) Migrants' utilization of somatic healthcare services in Europe—a systematic review. *Eur J Public Health* 20:555–563
8. Uiters E, Deville W, Foets M, Spreeuwenberg P, Groenewegen PP (2009) Differences between immigrant and non-immigrant groups in the use of primary medical care; a systematic review. *BMC Health Serv Res* 9:76
9. Derose KP, Bahney BW, Lurie N, Escarce JJ (2009) Review: immigrants and health care access, quality, and cost. *Med Care Res Rev* 66:355–408
10. 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 Gesundheitschutz* 58:569–576
11. Ullrich S, Briel D, Nesterko Y, Hiemisch A, Brahler E, Glaesmer H (2016) Verständigung mit Patienten und Eltern mit Migrationshintergrund in der stationären allgemein-padiatrischen Versorgung. *Gesundheitswesen* 78:209–214
12. Züllich D, Zimmering M, Keil T, Querfeld U (2012) Migration background and patient satisfaction in a pediatric nephrology outpatient clinic. *Pediatr Nephrol* 27:1309–1316
13. Kamtsiuris P, Bergmann E, Rattay P, Schlaud M (2007) Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGs). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitschutz* 50:836–850
14. Weber A, Karch D, Thyen U et al (2017) Inanspruchnahme von Physiotherapie im Kindes- und Jugendalter – Ergebnisse aus der KiGGs-Basiserhebung. *Gesundheitswesen* 79:164–173
15. Weber A, Karch D, Thyen U et al (2016) Inanspruchnahme von Ergotherapie im Kindesalter – Ergebnisse aus der KiGGs-Basiserhebung. *Klin Padiatr* 228:77–83
16. Kurth BM, Kamtsiuris P, Hölling H et al (2008) The challenge of comprehensively mapping children's health in a nation-wide health survey: design of the German KiGGs-Study. *BMC Public Health* 8:196
17. Kamtsiuris P, Lange M, Schaffrath Rosario A (2007) Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGs): Stichprobendesign, Response und Nonresponse-Analyse. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitschutz* 50:547–556
18. Schenk L, Neuhauser H, Ellert U (2008) Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGs) 2003–2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Robert Koch-Institut, Berlin
19. Schenk L, Ellert U, Neuhauser H (2007) Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Methodische Aspekte im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGs). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitschutz* 50:590–599
20. Lampert T, Müters S, Stolzenberg H, Kroll LE, Kiggs Study Group (2014) Messung des sozioökonomischen Status in der KiGGs-Studie: Erste Folgebefragung (KiGGs Welle 1). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitschutz* 57:762–770
21. Cox ED, Nackers KA, Young HN, Moreno MA, Levy JF, Mangione-Smith RM (2012) Influence of race and socioeconomic status on engagement in pediatric primary care. *Patient Educ Couns* 87:319–326
22. Drewniak D, Krones T, Sauer C, Wild V (2016) The influence of patients' immigration background and residence permit status on treatment decisions in health care. Results of a factorial survey among general practitioners in Switzerland. *Soc Sci Med* 161:64–73
23. Zeeb H, Baune BT, Vollmer W, Cremer D, Krämer A (2004) Gesundheitliche Lage und Gesundheitsversorgung von erwachsenen Migranten – ein Survey bei der Schuleingangsuntersuchung. *Gesundheitswesen* 66:76–84
24. Brzoska P, Razum O (2015) Erreichbarkeit und Ergebnisqualität rehabilitativer Versorgung bei Menschen mit Migrationshintergrund. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitschutz* 58:553–559
25. Borde T, David M, Kentenich H (2002) Erwartungen und Zufriedenheit deutscher und turksprachiger Patientinnen im Krankenhaus – eine vergleichende Befragung in einer Berliner Frauenklinik. *Gesundheitswesen* 64:476–485
26. Kietzmann D, Wiehn S, Kehl D, Knuth D, Schmidt S (2016) Migration background and overall satisfaction with pre-hospital emergency care. *Appl Nurs Res* 29:96–100
27. Peppeler L (2016) Medizin und Migration: Deutsche Ärztinnen und Ärzte türkischer Herkunft – eine soziokulturelle Mikroskopie. Wallstein, Göttingen
28. Kressing F (2016) Migration and health in medical education: a work in progress report from central Europe. *J Health Cult* 1(1):36–42