

Psychometrische Überprüfung eines Fragebogens zur Erfassung der Barrieren der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch Personen mit Migrationshintergrund

Psychometric Testing of a New Scale Assessing the Reasons for Non-Utilisation of Health Care Services by People with Migration Backgrounds

Autoren

I. Maier¹, L. Kriston², M. Härter², L. P. Hölzel¹, I. Bermejo³

Institute

¹Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Freiburg, Freiburg

²Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg

³Klinische Entwicklung und Qualität, Celenus Kliniken GmbH, Offenburg

Schlüsselwörter

- Migration
- Kultur
- Gründe für Nicht-Inanspruchnahme
- psychometrische Prüfung

Key words

- migration
- culture
- reasons for non-utilisation of health care services
- psychometric testing

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0034-1395641>
Online-Publikation: 25.3.2015
Gesundheitswesen 2015; 77: 749–756
© Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York
ISSN 0941-3790

Korrespondenzadresse

PD Dr. phil. Dipl.-Psych.
Isaac Bermejo

Klinische Entwicklung und Qualität
Celenus Kliniken GmbH
Moltkestraße 27
77654 Offenburg
i.bermejo@celenus-kliniken.de

Zusammenfassung

Hintergrund: Kulturelle und migrationsspezifische Aspekte scheinen die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in dieser Gruppe zu beeinflussen. Es existieren allerdings keine Instrumente, welche solche Einflussfaktoren erfassen.

Methoden: Systematische Literaturrecherche zur Identifikation der Schwierigkeiten, welche Migranten bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen erleben. Die abgeleiteten Aspekte wurden im Rahmen einer Querschnittbefragung von Menschen mit russischem, türkischem, italienischem und spanischem Migrationshintergrund überprüft. Zur psychometrischen Testung wurden Faktoren- und Reliabilitätsanalysen durchgeführt.

Ergebnisse: Es wurde 24 Gründe für Nicht-Inanspruchnahme identifiziert. Die faktoranalytische Testung zeigte eine Lösung mit 2 Subskalen („Sprach- und informationsbezogene Gründe für Nicht-Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen“; Chronbach's $\alpha=0,928$; „Erfahrungen mit bzw. Einstellungen zur Gesundheitsversorgung“; $\alpha=0,879$) und einer Gesamtskala ($\alpha=0,945$). Die Akzeptanz lag zwischen 80,0 und 96,3%.

Schlussfolgerungen: Die Ergebnisse bestätigen die theoretisch abgeleiteten Aspekte. Zur Generalisierbarkeit ist eine weitere Überprüfungen der psychometrischen Qualitäten des Instruments sowie seine Anwendung in anderen Populationen notwendig.

Abstract

Background: In Germany live a lot of migrants. Cultural and migration specific aspects seem to have an effect on utilisation of health care. There are no instruments that measure such factors of influence.

Methods: A systematic literature research or article that identify the difficulties of the migrants in using the health care system, was made. The relevant aspects were explored during a health related opinion survey of migrants from former USSR, Turkey, Italy and Spain. The psychometric qualities of this questionnaire were investigated with factor and reliability analyses.

Results: There were 24 reasons identified for non-utilisation health care. They were combined in a questionnaire. The factor analysis showed 2-factor structure („language and information related Reasons“ Chronbach's $\alpha=0.928$ and „experience with/attitude toward health care system“, Chronbach's $\alpha=0.879$). Furthermore, there was a total scale with Chronbach's $\alpha=0.945$. The acceptance was between 80.0 and 96.3%.

Conclusions: The results confirm the psychometric quality of this measuring instrument. For further generalisability more verification will be necessary.

Einleitung

Angesichts der hohen Anzahl von Migrantinnen und Migranten in Deutschland sowie der weltweit fortschreitenden Globalisierung wird das Gesundheitssystem vor die Herausforderung gestellt, eine optimale Versorgung von Menschen

mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen zu sichern. Zahlreiche Studien deuten auf das Vorliegen von migrations- und kulturspezifischen Schwierigkeiten beim Zugang zu Gesundheitsleistungen hin [1,2]. Auch für diejenigen, die die deutsche Sprache gut beherrschen, sind sprachlich bedingte Verständigungsprobleme ein

häufiges Hindernis [3, 4]. Ein weiteres Problem ist, dass Migrantinnen und Migranten oft nur über geringe Kenntnisse bezüglich vorhandener Behandlungsmöglichkeiten verfügen [5–10]. Außerdem geben Migrantinnen und Migranten insgesamt häufiger als Deutsche an schlechter über Erkrankungen informiert zu sein [11]. Wie gesundheitsbezogene Angebote genutzt werden, hängt im Weiteren von den vorherrschenden Vorstellungen von Krankheiten, Körper, Psyche und Umwelt ab, wobei die individuellen Auffassungen von Krankheit in Abhängigkeit von kulturellem Hintergrund und Migrationserfahrungen variieren [12–15]. Diese kulturellen Unterschiede in der Wahrnehmung und Ausdruck von Gesundheit und Krankheit sowie in der Einschätzung der Gesundheitsleistungen legt die Notwendigkeit der Entwicklung kultursensibler Testverfahren nahe [16–18]. Wesentliche Voraussetzungen von Kultursensibilität sind, dass das zu erfassende Konstrukt in der entsprechenden Kultur existiert und adäquat interpretiert wird [16]. Dafür muss ein kultursensibles Instrument die Lebenskontexte, die Wertesysteme und die Erfahrungswelten der Testpersonen berücksichtigen, was bei Migranten auch die Unterschiedlichkeit der Kulturen des Ursprungs- und Ziellandes, den Prozess der Identitätsbildung und des Identitätswandels sowie den Grad der Akkulturation beinhaltet [17]. Eine besondere Herausforderung stellt der häufigste Fall dar, in dem ein existierendes Instrument für eine Nutzung in einer anderen Kultur adaptiert wird. Eine kultursensible Adaptierung soll sicherstellen, dass das Messinstrument über die verschiedenen Kulturen hinweg funktional äquivalent ist und damit interkulturelle Vergleiche ermöglicht. Interkulturelle Äquivalenz, wenn auch nicht immer einheitlich definiert, umfasst häufig die konzeptuelle Äquivalenz (= ein vergleichbarer Zusammenhang zwischen dem Instrument und dem zu messenden Konstrukt), die Itemäquivalenz (= Relevanz und Akzeptanz der Testitems sind vergleichbar zwischen den Kulturen), die semantische Äquivalenz (= die evozierten Bedeutungen sind ähnlich) und die operationale Äquivalenz (= das Testergebnis ist unabhängig von interkulturellen Variationen in den Durchführungsumständen) [16]. Eine besondere Bedeutung kommt zusätzlich der Messäquivalenz (bzw. Messinvarianz) zu, die besagt, dass die psychometrischen Eigenschaften (Reliabilität, Validität, Veränderungssensitivität) des Instrumentes zwischen den Kulturen identisch sein sollten, um interkulturelle Vergleiche durchführen zu können [16, 19].

Trotz der Bedeutung dieser Problematik für die Versorgung, fehlen empirische Daten zu den von Migrantinnen und Migranten erlebten Barrieren beim Zugang zu Gesundheitsleistungen. Dies ist zum Teil darauf zurückzuführen, dass es bislang keine adäquaten Erfassungsinstrumente gab. Daher wurde im Rahmen einer Querschnittsstudie bei Menschen mit türkischem, russischem, italienischem und spanischem Hintergrund ein Erhebungsinstrument zu subjektiv erlebten Barrieren der Inanspruchnahme von Gesundheitsangeboten entwickelt [20]. Die vorliegende Arbeit stellt die psychometrische Überprüfung dieses Fragebogens dar.

Methodik

Studiendesign

Die Erhebung fand im Rahmen des vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Projektes „Primärprävention alkoholbezogener Störungen bei älteren Migrantinnen und Migranten. Entwicklung und Evaluation eines transkul-

turellen Präventionskonzeptes“ (FKZ: 01EL0712) statt [21]. Das Projekt beinhaltete eine Querschnittsstudie hinsichtlich der gesundheitlichen Situation von Migrantinnen und Migranten und deren Erfahrungen bei der Nutzung von Gesundheitsmaßnahmen sowie die Entwicklung und Evaluation eines transkulturellen Präventionskonzeptes für alkoholbezogene Störungen. Die Fragebogenerhebung wurde bei Personen aus der Türkei, aus Spanien und Italien sowie Aussiedler(innen) aus der ehemaligen Sowjetunion anonym und unter Beachtung ethischer Richtlinien, wie in der Helsinki-Deklaration [22] festgelegt, durchgeführt. Die Studie wurde beim Deutschen Register Klinischer Studien registriert (DRKS 00000090). Die Fragebögen wurden über Migrations- und Suchtdienste des Deutschen Caritasverbandes (DCV) und dem Arbeiterwohlfahrt Bundesverband (AWO) sowie Kulturzentren und Migrantenorganisationen verteilt.

Stichprobe

Insgesamt wurden 4074 Fragebögen verteilt (Rücklauf: n=559; 13,7%). Für die vorliegende Analyse wurden aus der Gesamtstichprobe basierend auf dem Mindestindikatorensatz [23] Personen mit Migrationshintergrund ausgewählt (Abb. 1). Als Migranten werden Personen definiert, deren beide Eltern nicht in Deutschland geboren wurden oder sie selber nicht seit Geburt in Deutschland leben und mindestens ein Elternteil im Ausland geboren wurde (n=551). Nach Ausschluss der Personen, die weniger als 25 % des Fragebogens ausgefüllt hatten (n=20), wurden die Befragten aus den studienrelevanten Migranten-Gruppen (türkische, spanische, italienische Gruppe, Personen aus der ehem. Sowjetunion) ausgewählt (n=435). Als Referenz wurde eine spezifische Stichprobe (Personen über 45 Jahre aus Spanien, Italien, Türkei, der Russischen Föderation und sonst. Gebieten der ehem. Sowjetunion) durch das Statistische Bundesamt gezogen [24].

Entwicklung des Erhebungsinstruments

Die Entwicklung des Erhebungsinstruments „Gründe für Nicht-Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch Menschen mit Migrationshintergrund“ [20] erfolgte in mehreren Schritten unter Berücksichtigung der spezifischen Aspekte einer interkulturellen Äquivalenz.

Im Rahmen einer systematischen internationalen Literaturrecherche (Datenbanken PsycINFO und Medline) wurden sowohl wissenschaftliche Studien als auch erfahrungsbasierte und theoretische Überlegungen hinsichtlich der Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen durch Migrantinnen und Migranten analysiert und relevante Barrieren der Inanspruchnahme identifiziert. Anschließend wurde die konzeptuelle und semantische Äquivalenz der Barrieren im Rahmen von Fokusgruppen (Autoren und weitere Expertinnen und Experten aus den Bereichen der Sucht- und Migrationsberatung; n=9) geprüft, inhaltlich zusammengefasst und Items zu ihrer Erfassung formuliert. Bei der Formulierung der Items wurde die Sicht des Teilnehmers („Ich“-Formulierung) gewählt, um einen höheren Identifizierungsgrad zu erzielen. Diese Itemliste wurde dann mit bilingualen Migrantinnen und Migranten mit der Think-aloud-Methode (n=2×5 Personen) bzgl. Verständlichkeit geprüft und sprachlich-kulturell spezifiziert (operationale und Itemäquivalenz). Im Anschluss wurde der Fragebogen jeweils durch 2 bilinguale Übersetzer in die Studiensprachen (türkisch, russisch, spanisch, italienisch) übersetzt und durch eine dritte bilinguale Person im Konsensus mit den beiden Übersetzern finalisiert. Der Ausgangsfragebogen umfasste 24 Aspekte mit potentiell hinderlichem Einfluss auf

das Inanspruchnahmeverhalten. Diese Aspekte sollten auf einer 5-stufigen Likert-Skala („trifft gar nicht zu“ bis „trifft sehr zu“) bewertet werden.

Statistische Methode

Zur psychometrischen Validierung wurde eine Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse) durchgeführt. Die Zahl der zu extrahierenden Faktoren wurde nach dem Eigenwertkriterium bestimmt (Faktoren mit einem Eigenwert von mindestens 1). Die Faktorenrotation erfolgte nach dem Varimax-Kriterium. Zusätzlich wurde eine Reliabilitätsanalyse durchgeführt. Die Daten wurden mit SPSS Version 17 für Windows ausgewertet.

Ergebnisse

Insgesamt konnten $n=435$ Personen mit Migrationshintergrund (türkische Gruppe: $n=77$; spanische Gruppe: $n=67$; italienische Gruppe: $n=95$; Aussiedler-Gruppe: $n=196$) ausgewertet werden. Die Gesamtstichprobe setzte sich zu etwa gleichen Anteilen aus Frauen und Männern zusammen, wobei in der Aussiedler-Gruppe signifikant mehr Frauen an der Studie teilnahmen, während die italienische Gruppe die geringste Frauenquote aufwies (Tab. 1). Das Durchschnittsalter lag bei 54,7 ($\pm 12,4$), wobei in der spanischen Gruppe und in der Aussiedler-Gruppe die ältesten Befragten waren und in der italienischen Gruppe die jüngsten. Gut 40% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer hatten die Schule mit dem Abitur abgeschlossen. Dabei waren in der Gruppe der Spanier sowie in der Aussiedler-Gruppe Personen mit Abitur und in der italienischen und türkischen Gruppe diejenigen mit Volks- bzw. Hauptschulabschluss häufiger vertreten. Hinsichtlich des Beschäftigungsstatus zeigte sich, dass in der Aussiedler-Gruppe die meisten arbeitslosen Personen zu finden waren, während die meisten Personen in den anderen Subgruppen eine Arbeitsstelle hatten. In allen Subgruppen stellten Teilnehmerinnen und Teilnehmer die 2-größte Gruppe dar. Der größte Teil der Befragten war verheiratet (68,9%), wobei in der italienischen Gruppe die Zahl der ledigen und in der türkischen

Gruppe die Zahl der geschiedenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer höher war.

Die spanischen, italienischen und türkischen Teilnehmerinnen und Teilnehmer gaben an, seit fast 30 Jahren in Deutschland zu leben, wohingegen die Aussiedler-Gruppe im Durchschnitt seit 6,2 Jahren in Deutschland lebte. Insgesamt fühlten sich alle Befragten wohl in Deutschland, wobei sich die spanische Gruppe signifikant wohler fühlte als die Aussiedler-Gruppe ($p=0,0001$), und die türkische Gruppe ($p=0,0007$) sowie die italienische Gruppe wohler als die Aussiedler-Gruppe ($p=0,004$). Ähnlich verhielt es sich bezüglich der subjektiv eingeschätzten Deutschkenntnisse, die von der Aussiedler-Gruppe signifikant schlechter eingeschätzt wurden als von den anderen Subgruppen ($p=0,0001$), und von der türkischen Gruppe signifikant schlechter als von der spanischen Gruppe ($p=0,003$).

Der Vergleich zur Referenzstichprobe zeigte für die Studienstichprobe einen höheren Frauenanteil bei der Aussiedler-Subgruppe und weniger verheiratete Personen bei der italienischen und türkischen Subgruppe. Weitere Unterschiede sind das höhere Bildungsniveau, außer bei der italienischen Subgruppe, der höhere Anteil arbeitsloser Personen in der Aussiedler- und türkischen Subgruppe sowie der geringere Aufenthaltsdauer in der Aussiedler-Subgruppe in der Studienstichprobe.

Barrieren der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

Die Auswertung der Barrieren der Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen zeigte, dass die Sprache das häufigste Problem für die Befragten darstellte (48,4%; s.a. [20]). Des Weiteren wurden der Einsatz von Hausmitteln (45,2%), fehlende Kenntnisse bezüglich sowohl des Gesundheitssystems (42,3%) als auch der bestehenden Angebote als Hindernisse für eine Inanspruchnahme (42,0%) genannt. Zudem wurde das Aufsuchen von Hilfe im sozialen Umfeld von 42,2% der Befragten als Hindernis dafür genannt, das Gesundheitssystem in Anspruch zu nehmen. Dagegen erlebten weniger als ein Fünftel der Menschen mit Migrationshintergrund die folgenden 5 Aspekte als Hindernisse: „Verbot aufgrund der Religion“ (3,6%), „Angst vor Arbeits-

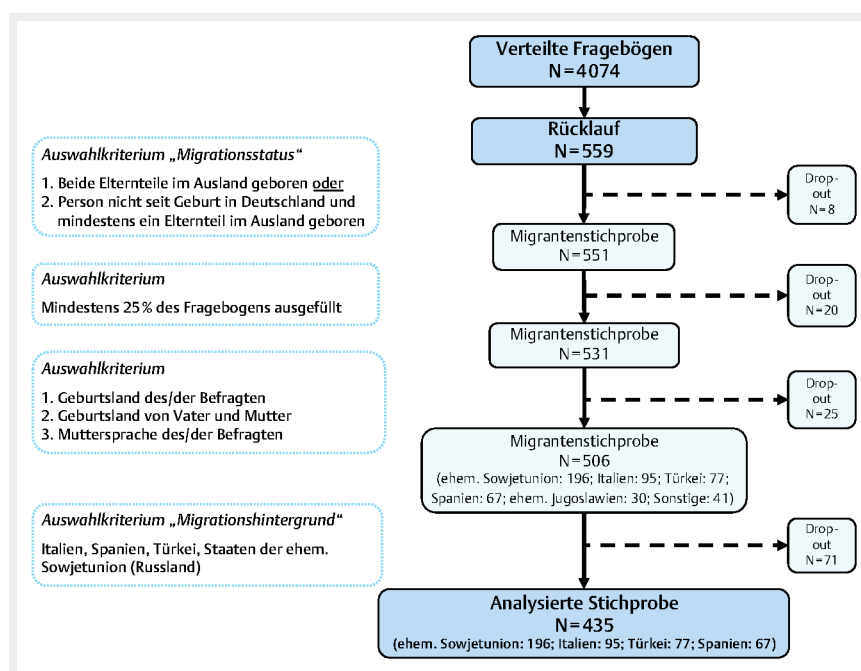


Abb. 1 Stichprobe – Teilnehmer und Auswahl-prozedere.

Tab. 1 Stichprobenbeschreibung.

	Studienstichprobe					Sig. Diff. ^b	Referenzstichprobe (Personen ≥ 45)				
	Gesamt (n = 435)	Spanien (n = 67)	Italien (n = 95)	Aussiedler ^a (n = 196)	Türkei (n = 77)		Gesamt (n = 5026 ^c)	Spanien (n = 51 ^c)	Italien (n = 297 ^c)	Aussiedler ^a (n = 1.087 ^c)	Türkei (n = 652 ^c)
Soziodemografische Faktoren											
Alter ¹	54,72 (12,42)	56,61 (11,28)	51,37 (13,49)	56,33 (12,43)	53,05 (11,06)	A>I ^d	59,7	60,4	58,6	59,3	57,8
Geschlecht ²											
weiblich	55,5	49,3	41,1	65,6	51,9	<0,001	50,8	49,0	37,0	53,9	48,0
Schulabschluss ²	33,4	26,7	41,3	27,5	46,9		40,6	54,9	51,7	45,4	33,6
Mittlere Reife	21,5	11,7	21,3	23,6	25,0	<0,0001	15,8	9,8	10,5	31,0	5,7
Abitur	36,8	55,0	12,5	47,3	20,3		23,7	13,7	7,8	15,2	6,9
Keinen	8,3	6,7	25,0	1,6	7,8		19,4	19,6	29,4	17,4	53,4
Beschäftigungs-status ²											
Beschäftigt	36,2	50,0	54,0	20,6	40,3		45,0	43,1	51,2	51,8	32,7
Arbeitslos	26,9	3,4	14,9	44,7	18,1	<0,0001	6,6	2,0	6,7	8,2	7,5
Berentet	29,2	41,4	20,7	28,2	31,9		32,4	37,3	30,0	29,0	33,4
Hausfrau/-mann	7,8	5,2	10,3	6,5	9,7		k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
verheiratet	68,9	72,3	59,6	71,4	71,1		74,1	72,5	74,1	78,9	83,6
ledig	10,5	10,8	23,4	6,3	5,3		5,8	11,8	9,1	2,4	2,1
geschieden	10,3	10,8	9,6	8,3	15,8	0,001	9,6	k.A.	10,1	7,0	6,4
verwitwet	10,3	6,2	7,4	14,1	7,9		10,5	k.A.	6,7	11,7	7,7
Migrationsbezogene Faktoren											
Aufenthaltsdauer ¹	18,6 (15,1)	29,9 (12,8)	29,9 (13,8)	6,2 (4,6)	29,1 (10,3)	I, T, E>A ^d	28,4	38,8	36,1	15,5	33,1
Wohlfühlen in Deutschland [†]	3,77 (0,73)	4,12 (0,73)	3,92 (0,63)	3,59 (0,65)	3,70 (0,92)	E>T, A I>A	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Deutschkenntnisse ^{1‡}	3,32 (1,00)	3,91 (0,92)	3,66 (0,80)	2,95 (0,97)	3,32 (0,98)	E, I, T>A E>T	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.

^a Aussiedlerinnen und Aussiedler aus der Russischen Föderation, Kasachstan, Usbekistan, Turkmenistan, Tadschikistan und sonst. Gebieten der ehem. Sowjetunion^b 1-faktorielle Varianzanalyse mit Mittelwertsvergleiche (Scheffé-Test; $\alpha = 0,05$), bzw. Chi²-Test^c in Tausend^d E = Spanien; I = Italien; A = Aussiedlerinnen und Aussiedler; T = Türkei

k.A. Keine Angaben bzw. keine Information vorhanden

¹ Mittelwert (Standardabweichung)² Prozentangaben[†] Selbsteinschätzung, Likert-Skala 1 = „sehr unwohl“ bis 5 = „sehr wohl“[‡] Selbsteinschätzung, Likert-Skala 1 = „sehr schlecht“ bis 5 = „sehr gut“

Tab. 2 Faktorenladungen der Einzelitems (Ausgangsfragebogen mit 24 Items).

Item	Komponente	
	Sprach- und Informationsbarrieren	Negative Erfahrungen und Einstellungen
Ich habe Probleme mit der deutschen Sprache.	0,793	-0,007
Ich will Konflikte im Familien- und Freundeskreis vermeiden.	0,231	0,442
Mir fehlen Informationen über das Gesundheitssystem.	0,758	0,222
<i>Meine Religion verbietet es mir.*</i>	-0,095	0,670
Die Fachkräfte meine Sprache nicht sprechen.	0,759	0,130
Ich habe wenig Vertrauen in das Gesundheitssystem.	0,271	0,737
Ich fühle mich fremd.	0,717	0,341
Ich habe Angst vor aufenthaltsrechtlichen bzw. ausländerrechtlichen Folgen	0,362	0,563
<i>Meine Wohnsituation erschwert mir die Erreichbarkeit.*</i>	0,525	0,373
Mir fehlen Kenntnisse über bestehende Angebote.	0,764	0,234
Ich habe das Gefühl nicht ernst genommen zu werden.	0,507	0,534
Ich suche Hilfe in meiner Familie.	0,552	0,290
Ich fühle mich nicht verstanden.	0,664	0,500
Ich bin mit der Gesundheitsversorgung nicht zufrieden.	0,302	0,718
Ich bekomme nicht die Informationen, die ich brauche.	0,628	0,477
Ich suche Hilfe in meinem sozialen Umfeld.	0,608	0,365
<i>Ich benutze Hausmittel.*</i>	0,443	0,247
Ich habe Angst, ausgegrenzt zu werden.	0,449	0,429
Die Fachkräfte wenig über meine Kultur wissen.	0,515	0,488
Mir ist unbekannt, wo ich hingehen soll.	0,635	0,373
Mir fehlen Kenntnisse über Behandlungsmöglichkeiten.	0,649	0,435
Ich fühle mich diskriminiert.	0,341	0,745
Ich habe Angst, meinen Arbeitsplatz zu verlieren.	0,206	0,513
Die Fachkräfte haben andere Vorstellungen von meiner Behandlung.	0,432	0,552

* Das Item wurde aus methodischen bzw. inhaltlichen Überlegungen aus dem endgültigen Fragebogen ausgeschlossen

platzverlust“ (15,2%), „Angst vor aufenthaltsrechtlichen Folgen“ (15,3%), „Die Wohnsituation erschwert die Erreichbarkeit von Gesundheitsleistungen“ (15,5%), „Angst vor Ausgrenzung“ (18,7%) und „Diskriminierung“ (19,7%).

Dimensionale Struktur

Die Analysen zur dimensional Struktur des Fragebogens zu subjektiv erlebten Barrieren der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ergab eine gut interpretierbare 2-Faktorenlösung. Die Hauptkomponentenanalyse nach dem Eigenwertkriterium zeigte, dass ab dem 2. Faktor der Eigenwert ein so niedriges Niveau aufweist, dass keine bedeutende zusätzliche Varianzaufklärung besteht. Insgesamt konnte 51,7% der Gesamtvarianz aufgeklärt werden. Hierbei erklärt nach Rotation der erste Faktor (Eigenwert: 7,1) 29,6% der Gesamtvarianz und der zweite Faktor (Eigenwert: 5,3) 22,1% der Gesamtvarianz.

Abgeleitet aus methodischen und inhaltlichen Überlegungen wurden 11 Items dem Faktor „Sprach- und Informationsbarrieren“ und 10 Items dem Faktor „Negative Erfahrungen und Einstellungen“ zugeordnet (Tab. 2). Die erlebten sprachbezogenen Gründe „Ich habe Probleme mit der deutschen Sprache“ (0,793) und „Die Fachkräfte sprechen meine Sprache nicht“ (0,759) sind die Items mit den höchsten Ladungen auf dem Faktor „Sprach- und Informationsbarrieren“. Es folgen informationsbezogene Hindernisse wie einerseits fehlende Kenntnisse über bestehende Angebote (0,764), Behandlungsmöglichkeiten (0,649) sowie Anlaufstellen (0,635) und andererseits fehlende Informationen über das Gesundheitssystem (0,758) oder auch das Gefühl, nicht die notwendigen Informationen zu erhalten (0,628). Weitere inhaltliche Bereiche sind Aspekte im Zusammenhang mit dem sozialen Netzwerk; „Ich suche Hilfe in meinem sozialen Umfeld“ (0,608); „Ich suche Hilfe in meiner Fami-

lie“ (0,552), „erlebte Fremdheit“ (0,717) und das „Gefühl nicht verstanden zu werden“ (0,664).

Bzgl. des Faktors „Negative Erfahrungen und Einstellungen“ hat das Item „Ich fühle mich diskriminiert“ (0,745) die größte Bedeutung. Das „fehlende Vertrauen gegenüber der Gesundheitsversorgung“ (0,737) und die „subjektiv erlebte Unzufriedenheit mit dem Gesundheitssystem“ (0,718) tragen des Weiteren zum Verständnis dieses Faktors bei. Auch die subjektive Einschätzung, dass die „Fachkräfte andere Vorstellungen über die Behandlung haben“ (0,552) oder „wenig über die Kultur von Menschen mit Migrationshintergrund wissen“ (0,488) kann den Zugang zum Gesundheitssystem behindern. „Sich nicht ernst genommen zu fühlen“ (0,534) oder „Angst vor aufenthaltsrechtlichen bzw. ausländerrechtlichen Folgen zu haben“ (0,563), „Arbeitsplatzverlust“ (0,513) oder „Ausgrenzung“ (0,429) sind weitere Einflussgrößen, welche die Erfahrungen von Migranten bzw. deren Einstellungen zur Gesundheitsversorgung prägen. Auch die Vorstellung, dass dadurch Konflikte im Familien- oder Freundeskreis entstehen könnten (0,442), wirken sich negativ auf das Inanspruchnahmeverhalten der Befragten aus. Aufgrund der Korrelation ($r=0,81$) zwischen den beiden Faktoren und der inhaltlichen Bewertung der Faktorenanalyse ist die Bildung einer Gesamtskala gerechtfertigt (Abb. 2). Dabei wurden 21 von 24 Items in die endgültige Fragebogenstruktur aufgenommen [20]. 3 Items („Ich verwende Hausmittel“, „Meine Wohnsituation erschwert mir die Erreichbarkeit“, „Meine Religion verbietet es mir“) wurden aus dem endgültigen Fragebogen ausgeschlossen, da diese inhaltlich schwer in eine der beiden Subskalen zu integrieren waren oder aber zu schwach bzw. gleichzeitig auf beiden Skalen luden.

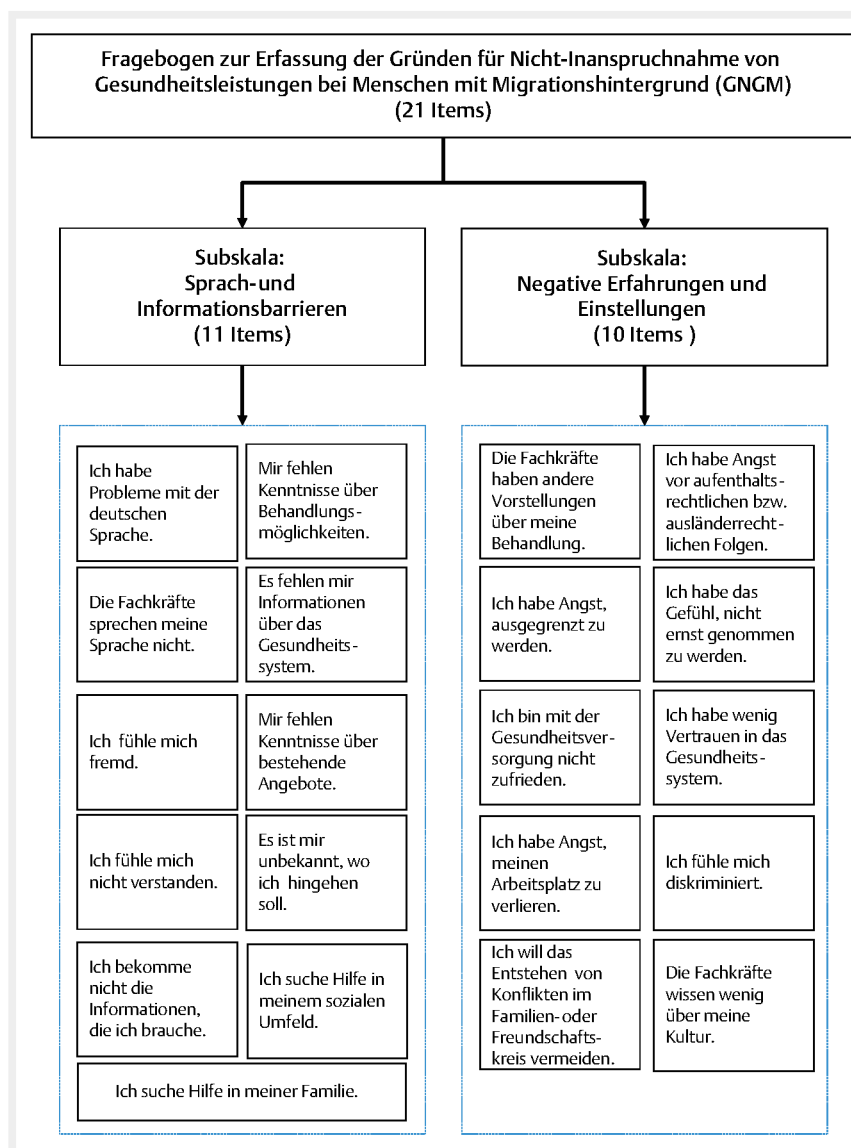


Abb. 2 Inhaltliche Struktur des Fragebogens GNGM [29].

Reliabilität der Skalen

Die Analyse der Reliabilität der Skalen ergab eine hohe interne Konsistenz sowohl beider Faktoren („Sprach- und Informationsbarrieren“: Cronbach's $\alpha=0,927$, „Negative Erfahrungen und Einstellungen“: Cronbach's $\alpha=0,882$) als auch des gesamten Fragebogens (Cronbach's $\alpha=0,945$) (Tab. 3). Die Itemtrennschärfen sind im Durchschnitt als gut zu bewerten (zwischen 0,457 und 0,750). Die Akzeptanz der gestellten Fragen war hoch ($\geq 80\%$).

Diskussion

Die vorliegende Studie beschreibt die psychometrische Testung eines Instruments zur Erfassung der Barrieren der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch Migrantinnen und Migranten. Das Instrument weist eine hohe interne Konsistenz und Trennschärfe der Items auf, was für eine hohe Reliabilität spricht. Eine gute Akzeptanz ist aus der niedrigen Anzahl fehlender Werte ableitbar.

Die Ergebnisse dieser Studie deuten daraufhin, dass die Barrieren der Inanspruchnahme insgesamt als weniger belastend bewertet werden als es häufig in der Literatur dargestellt wird

[8, 15]. Bspw. wurde die am häufigsten angegebene Barriere in der vorliegenden Untersuchung (Sprachprobleme) nur von weniger als der Hälfte der Befragten als erschwerend erlebt. Dabei schätzten die Aussiedlerinnen und Aussiedler ihre Kenntnisse der deutschen Sprache am schlechtesten, während für Personen mit spanischem Hintergrund diese am wenigsten ein Hindernis bei der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems darstellten. Der endgültige Fragebogen besteht aus 21 Items, wovon 11 Items „Sprach- und Informationsbarrieren“ (z. B. Sprachprobleme oder fehlende Informationen über das Gesundheitssystem) erfassen und 10 Items „Negative Erfahrungen und Einstellungen“ (z. B. wenig Vertrauen in das Gesundheitssystem [20]). In der hier dargestellten Form ist der Fragebogen aufgrund seiner Itemanzahl als ökonomisch zu bewerten. So können in standardisierter Weise Informationen gewonnen werden, welche die Versorgungssituation von Migranten optimieren können. Ein wichtiger Vorteil ist, dass der Fragebogen in mehrere Sprachen qualifiziert übersetzt vorliegt, und so auch den Zugang insbesondere zu Menschen mit Migrationshintergrund mit geringeren Deutschkenntnissen ermöglicht [4].

Einige Einschränkungen der Studie müssen bei der Interpretation und Diskussion der Ergebnisse berücksichtigt werden. Zum einen ist die zugrunde liegende Stichprobe nicht als repräsentativ

Tab. 3 Charakteristika der Einzelitems zur Erfassung der Barrieren der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen bei Menschen mit Migrationshintergrund.

^a Sprach- und Informationsbarrieren Cronbach's Alpha=0,927	Akzeptanz (%)	Schwierigkeitsgrad (*MW±**SD)	Trennschärfe ^b
Ich habe Probleme mit der deutschen Sprache.	93,6	3,57±1,6	0,662
Die Fachkräfte sprechen meine Sprache nicht.	90,1	3,78±1,6	0,689
Mir fehlen Kenntnisse über bestehende Angebote.	89,2	3,7±1,5	0,750
Es fehlen mir Informationen über das Gesundheitssystem.	90,3	3,7±1,5	0,735
Ich fühle mich fremd.	89,9	4,0±1,3	0,739
Ich fühle mich nicht verstanden.	88,7	4,1±1,3	0,724
Mir fehlen Kenntnisse über Behandlungsmöglichkeiten.	88,5	3,9±1,4	0,744
Es ist mir unbekannt, wo ich hin gehen soll.	90,1	4,2±1,3	0,720
Ich bekomme nicht die Informationen, die ich brauche.	89,2	3,9±1,3	0,745
Ich suche Hilfe in meinem sozialen Umfeld.	88,7	3,7±1,5	0,676
Ich suche Hilfe in meiner Familie.	88,0	3,8±1,6	0,588
^a Negative Erfahrungen und Einstellungen Cronbach's Alpha=0,882			
Ich fühle mich diskriminiert.	89,9	4,4±1,1	0,740
Ich habe wenig Vertrauen in das Gesundheitssystem.	92,0	4,2±1,2	0,688
Ich bin mit der Gesundheitsversorgung nicht zufrieden.	90,3	4,1±1,3	0,682
Die Fachkräfte haben andere Vorstellungen über meine Behandlung.	86,9	4,3±1,2	0,608
Ich habe das Gefühl, nicht ernst genommen zu werden.	90,8	4,2±1,3	0,685
Ich habe Angst, meinen Arbeitsplatz zu verlieren.	80,0	4,5±1,1	0,479
Die Fachkräfte wissen wenig über meine Kultur.	89,9	3,9±1,5	0,648
Ich habe Angst, ausgegrenzt zu werden.	88,5	4,5±1,1	0,569
Ich habe Angst vor aufenthaltsrechtlichen bzw. ausländerrechtlichen Folgen.	88,5	4,6±1,1	0,575
Ich will das Entstehen von Konflikten im Familien- oder Freundschaftskreis vermeiden.	89,4	4,4±1,3	0,457

^a Likert-Skala (1 = „trifft sehr zu“ bis 5 = „trifft gar nicht zu“)^b Die Trennschärfen beziehen sich auf die Subskalen

* MW = Mittelwert; ** SD = Standardabweichung

tiv für die Population der Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland zu bewerten. Der Vergleich zur Referenzpopulation zeigte, dass die Studienstichprobe einen höheren Bildungsstand, sowie einen höheren Anteil an arbeitslosen und berenteten sowie ledigen Personen aufweist. Diese Unterschiede sind zum Einen auf die unterschiedlichen Migrationshistorien der hier untersuchten Migrantengruppen zurückführbar, aber auch auf die projektbezogene Fokussierung auf ältere Migrantinnen und Migranten sowie auf die Klienten-Zusammensetzung der bei der Studie unterstützenden Kooperationspartner und der sich hieraus ergebenden Selektionseffekte. Der niedrige Rücklauf wirft die Frage nach der interkulturellen Messinvarianz von Erhebungsinstrumenten auf [16, 19]. Obwohl die Akzeptanz der Fragen als psychometrisches Gütekriterium eine ausreichende Qualität nahelegt, ist die geringe Akzeptanz der Befragung, in deren Rahmen es eingesetzt wurde, zu berücksichtigen. Auf die höheren Schwellen von Menschen mit Migrationshintergrund, an wissenschaftlichen Untersuchungen teilzunehmen, wurde in der Literatur schon hingewiesen. Schenk und Neuhauser schreiben, „[a]m häufigsten begründen Migranten ihre Nichtteilnahme damit, kein Interesse an der Studie zu haben. Dahinter verbergen sich u.a. bei aufenthaltsrechtlicher Unsicherheit die Angst vor einer Gesundheitskontrolle und damit einhergehenden möglichen negativen Konsequenzen, die Furcht, für die medizinischen Untersuchungen etwas bezahlen zu müssen, oder aber andere Konzepte von Gesundheit und Krankheit, die z. B. die Überzeugung, Gesundheitsuntersuchungen seien nur im akuten Krankheitsfall sinnvoll, beinhalten können“. ([25], S. 282). Dies zeigt, dass in der vorliegenden Studie bestehende Barrieren der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen gleichzeitig als Barrieren der Studienteilnahme gewirkt haben können, was wahrscheinlich zu einer positiven Selektion der Stichprobe führte

(mit wahrscheinlicherer Antwort von Personen, die sich in Deutschland ohnehin wohlfühlen). Zudem beruht die Befragung der Migrantinnen und Migranten ausschließlich auf subjektiven Einschätzungen, sodass hier keine objektivierbaren Hindernisse abgebildet werden. Allerdings war ein Ziel der Befragung die Erfassung subjektiv erlebter Barrieren durch Menschen mit Migrationshintergrund.

Zusammenfassend zeigt die vorliegende Studie, dass der Fragebogen zur Erfassung der Barrieren der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistung durch Menschen mit Migrationshintergrund reliabel und ökonomisch ist und als Instrument akzeptiert wird. Mithilfe dieses Fragebogens können Informationen über Faktoren, welche das Inanspruchnahmeverhalten von Migranten beeinflussen, erfasst werden. Dies ist von besonderer Bedeutung, da die Datenlage bezüglich der gesundheitlichen Versorgung dieser Zielgruppe derzeit sehr eingeschränkt ist. Zur Generalisierbarkeit ist eine weitere Überprüfungen der psychometrischen Qualität des Instruments im Rahmen einer repräsentativen Erhebung mit weiteren Stichproben notwendig. Hierbei könnte auch eine autochthone Vergleichsgruppe einbezogen werden, um so eine Antwort auf die Frage geben zu können, welche der beschriebenen Barrieren der Inanspruchnahme auf kultur- bzw. migrationsspezifische Faktoren zurückführbar und welche eher sozio-ökonomische bedingt sind.

Danksagung

Wir bedanken uns bei Frau Dr. D. Ruf und Herrn Dr. H. Pessentheiner (Freiburg), Frau R. Walter-Hamann, Frau A. Serio und Herrn S. Herceg vom Deutschen Caritasverband, bei Frau H. Boss und Herrn W. Barth vom AWO Bundesverband, bei den

Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus den Bereichen Suchthilfe und Integration/Migration sowie der Migrantenselbstorganisationen, die diese Studie aktiv unterstützt haben.

Interessenkonflikt: Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- 1 Aparicio ML, Döring A, Mielck A et al. Unterschiede zwischen Aussiedlern und der übrigen deutschen Bevölkerung bezüglich Gesundheit, Gesundheitsversorgung und Gesundheitsverhalten: Eine vergleichende Analyse anhand des KORA-Surveys 2000. *Sozial- und Präventivmedizin* 2008; 50: 107–118
- 2 Zeeb H, Baune BT, Vollmer W et al. Gesundheitliche Lage und Gesundheitsversorgung von erwachsenen Migranten – Ein Survey bei der Schuleingangsuntersuchung. *Gesundheitswesen* 2004; 66: 76–84
- 3 Koch E. Psychiatrie, Psychotherapie und Migration. In: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge, und Integration (Hrsg.), *Gesunde Integration. Dokumentation der Fachtagung am 20./21. 02. 2003 in Berlin*. Bonn: Bonner Universitäts-Buchdruckerei 2003; 43–53
- 4 Künzler N, Garcia-Brand E, Schmauß M et al. Deutschkenntnisse psychiatrischer Patienten anderer Kulturen: Einfluss auf Freiwilligkeit und Dauer der stationären Behandlung. *Psychiat Prax* 2004; 31: 21–23
- 5 Matthäi I. Die „vergessenen Frauen“ aus der Zuwanderergeneration. *Pro Familia Magazin* 2007; 2: 10–12
- 6 Menkhaus B, Salman R. Integration von Migranten in Angebote der Psychiatrie und Psychotherapie durch interkulturelle Mediatoren und Lotsen unter Nutzung ihrer Stellung im Sozialindex. In: Machleidt W, Salman R, Calliess IT, Hrsg. *Sonnenberger Leitlinien: Integration von Migranten in Psychiatrie und Psychotherapie. Erfahrungen und Konzepte in Deutschland und Europa*. Berlin: VWB; 2006; 269–282
- 7 Boll-Palietskaya D. Zusammenprall der Kulturen. *Dtsch Arztebl* 2005; 102: 654–656
- 8 Merten M. Klinische Notfallambulanz überproportional benutzt. *Dtsch Arztebl* 2004; 101: 3156–3158
- 9 Penka S, Plake H, Heinz A. Ursachen und Auswirkungen der verminderten Nutzung des Suchthilfesystems durch Migranten. In: Machleidt W, Salman R, Calliess IT, Hrsg. *Sonnenberger Leitlinien: Integration von Migranten in Psychiatrie und Psychotherapie. Erfahrungen und Konzepte in Deutschland und Europa*. Berlin: VWB; 2006; 111–116
- 10 Wittig U, Merbach M, Siefen RG et al. Beschwerden und Inanspruchnahme des Gesundheitswesens von Spätaussiedlern bei Einreise nach Deutschland. *Gesundheitswesen* 2004; 66: 85–92
- 11 Baune BT, Zeeb H, Kuçuk N et al. Gesundheitszustand und gesundheitliche Versorgung von Migranten und Deutschen im Vergleich. In: Krämer A, Prüfer-Krämer L, Hrsg. *Gesundheit von Migranten*. Weinheim: Juventa Verlag; 2004; 87–123
- 12 Bermejo I, Muthny FA. Laientheorien zu Krebs und Migration in Europa. *Nervenheilkunde* 2006; 25: 372–379
- 13 David M, Borde T, Kantenich H. Unterschiede in der subjektiven Krankheitstheorie bei gynäkologisch erkrankten deutschen und türkischen Frauen. In: Koch E, Schepker R, Taneli S, Hrsg. *Psychosoziale Versorgung in der Migrationsgesellschaft – Deutsch-türkische Perspektiven*. Freiburg: Lambertus; 2000; 201–210
- 14 Mohammadzadeh Z, Tempel G. Ältere Migrantinnen und Migranten in Bremen: Demografische Struktur, soziale Lage und gesundheitliche Situation. *Gesundheitswesen* 2005; 67: 832–839
- 15 Weiss R. Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten. Zürich: Seismo; 2003
- 16 Herdman M, Fox-Rushby J, Badia X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. *Qual Life Res* 1998; 7: 323–335
- 17 Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol* 1993; 46: 1417–1432
- 18 Gjerding L, Caplehorn JR, Clausen T. Cross-cultural adaptation of research instruments: language, setting, time and statistical considerations. *BMC Med Res Methodol* 2010; 10: 13
- 19 Byrne BM, van De Vijver FJR. Testing for measurement and structural equivalence in large-scale cross-cultural studies: Addressing the issue of nonequivalence. *Intern J Testing* 2010; 10: 107–132
- 20 Bermejo I, Hölzel LP, Kriston L et al. Subjektiv erlebte Barrieren von Personen mit Migrationshintergrund bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 2012; 55: 944–953
- 21 Bermejo I, Frank F. Transkulturelle Prävention alkoholbezogener Störungen bei Migrantinnen und Migranten. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) *Lebensphase Alter gestalten – Gesund und aktiv älter werde. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung* 2013; 45: 71–79
- 22 Helsinki-Deklaration WMA. Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects, 1975; <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/> Zugriff: 05.11.2013
- 23 Schenk L, Bau AM, Borde T et al. Mindestindikatorensatz zur Erfassung des Migrationsstatus. Empfehlungen für die epidemiologische Praxis. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 2006; 49: 853–860
- 24 Statistisches Bundesamt. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2009. (Fachserie 1, Reihe 2.2. Bevölkerung und Erwerbstätigkeit.) Sonderauswertung für das Universitätsklinikum Freiburg, Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie, Sektion Klinische Epidemiologie und Versorgungsforschung, 2011: Anfragen: 14.03.2011
- 25 Schenk L, Neuhauser H. Methodische Standards für eine migrantensensible Forschung in der Epidemiologie. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 2005; 48: 279–286