

Aus dem Institut für Allgemeinmedizin (ifam)  
der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf  
Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. Stefan Wilm

# Gesundheit und Gesundheitsversorgung von Menschen ohne reguläre Krankenversicherung in Deutschland

Eine explorative Querschnittstudie

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin  
der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

vorgelegt von  
Anke Dickmann

2026

Als Inauguraldissertation gedruckt mit der Genehmigung der Medizinischen Fakultät der  
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

gez.:

Dekan: Prof. Dr. med. Nikolaj Klöcker

Erstgutachterin: Prof. Dr. rer. nat. Sabrina Kastaun

Zweitgutachterin: PD Dr. phil. Simone Weyers

Teile dieser Arbeit wurden als wissenschaftliches Manuskript veröffentlicht:

Dickmann A, Kastaun S, Schmitz MT, Warth J: The health and medical care of people without regular health insurance—an exploratory cross-sectional study. *Dtsch Arztebl Int* 2024; 121: 851–2. DOI: [10.3238/arztebl.m2024.0169](https://doi.org/10.3238/arztebl.m2024.0169)

*„Jeder hat das Recht auf einen Lebensstandard, der seine und seiner Familie Gesundheit und Wohl gewährleistet, einschließlich Nahrung, Kleidung, Wohnung, ärztliche Versorgung und notwendige soziale Leistungen, sowie das Recht auf Sicherheit im Falle von [...] Krankheit, Invalidität [und] im Alter.“,*  
Artikel 25 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte

# I. Zusammenfassung

Trotz der seit 2009 geltenden Krankenversicherungspflicht sind in Deutschland über eine Million Menschen nicht oder nur eingeschränkt krankenversichert. Dies sind u.a. Asylsuchende, Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus, EU-Bürger\*innen, Wohnungslose und Versicherte mit Beitragsschulden bei ihrer gesetzlichen oder privaten Krankenkasse. Kenntnisse über den Gesundheitszustand und die medizinische Versorgung Betroffener in Deutschland sind begrenzt.

Folgende Fragestellungen wurden untersucht: Wie ist der Gesundheitszustand von Menschen ohne reguläre Krankenversicherung (das heißt ohne bzw. mit eingeschränktem Krankenversicherungsschutz) und inwiefern nehmen sie medizinische Versorgung in Anspruch? Inwiefern bestehen Assoziationen zwischen Krankenversicherungsschutz und allgemeinem subjektiven Gesundheitszustand bzw. Inanspruchnahme medizinischer Versorgung, unter Berücksichtigung soziodemografischer Merkmale (Alter, Geschlecht, Bildungsstatus)?

Zur Untersuchung dieser Fragestellungen wurde eine schriftliche, mehrsprachige, anonyme Querschnittbefragung im Rahmen des MoveCitizenS-Projekts durchgeführt. Erwachsene Ratsuchende wurden in acht Beratungsstellen für Menschen ohne reguläre Krankenversicherung bundesweit von Februar bis August 2023 zur Studienteilnahme eingeladen. Der Fragebogen wurde im multi-professionellen Team basierend auf teils validierten Messinstrumenten entwickelt, übersetzt und nach Pretests –mittels kognitiver Interviews – finalisiert. Diese Ergebnisse werden als relative Häufigkeitsschätzungen (einschließlich 95% Konfidenzintervallen, 95%-KI) berichtet. Die Stichprobendaten wurden mit Befragungsdaten der Allgemeinbevölkerung in Deutschland (GEDA, Gesundheit in Deutschland aktuell) verglichen, um mögliche Assoziationen zwischen Krankenversicherungsschutz (keiner/eingeschränkter vs. regulärer Schutz) und allgemeinem subjektiven Gesundheitszustand bzw. Inanspruchnahme medizinischer Versorgung zu untersuchen. Hierfür wurden bedingte logistische Regressionsanalysen durchgeführt. Um die Vergleichbarkeit zwischen den beiden Stichproben zu verbessern, wurde zuvor ein 1:1 Propensity Score Matching durchgeführt.

Insgesamt wurden 126 Personen befragt, Durchschnittsalter 43 Jahre (Range 23 bis 75 Jahre, Standardabweichung 12,8), 56,1% davon waren weiblich (n=69). Von den Befragten gaben 15,1% (n=19) eine deutsche Staatsangehörigkeit an, 11,1% (n=14) die eines anderen EU-Staates, und 65,1% (n=82) die eines Staates außerhalb der EU. Einen mäßig bis sehr schlechten Gesundheitszustand gaben 65,9% (n=81) der Befragten an, 57,4% (n=70) der Befragten hatte mindestens eine chronische Erkrankung und 47,2% (n=52) zeigten sich psychisch belastet (PHQ2 und/oder GAD2  $\geq 3$  Punkte). Die Regressionsanalysen zeigen eine erhöhte Chance für Menschen ohne reguläre Krankenversicherung, im Zeitraum von 12 Monaten keine Inanspruchnahme von haus-, fach- oder zahnärztlicher Versorgung im Fragebogen anzugeben, im Vergleich zu Menschen der Allgemeinbevölkerung in Deutschland mit regulärer Krankenversicherung.

Die Ergebnisse der explorativen Studie bieten erstmalig umfassende Kenntnisse zur gesundheitlichen (Versorgungs-)Lage von Menschen ohne reguläre Krankenversicherung in Deutschland. Sie zeigen, dass Betroffene oftmals keine oder nur selten medizinische Versorgung in Anspruch nehmen, wohingegen sie ihren somatischen und psychischen Gesundheitszustand als schlecht bezeichnen. Die Studienergebnisse stellen einen Ausschnitt einer diversen Gruppe von Menschen ohne reguläre Krankenversicherung dar und wurden als Selbstangaben erhoben. Um den Zugang zu einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung für alle Menschen in Deutschland genauer zu analysieren, ist ein umfassendes Gesundheitsmonitoring notwendig. Dennoch können die hier gewonnenen Kenntnisse als Basis dafür dienen, die bestehenden Versorgungsstrukturen angemessen zu fördern und somit die Chance auf einen vollständigen Versicherungsschutz für alle Menschen zu erhöhen.

## II. Abstract

Despite compulsory health insurance having been in place since 2009, over one million people in Germany remain without or only with limited health insurance coverage. These include asylum seekers, people without regular residence status, EU citizens, homeless people, and insured people with contribution debts to their statutory or private health insurance funds. Knowledge about the state of health and use of medical care of those affected in Germany is limited.

The following questions were examined: What is the state of health of people without regular health insurance (i.e., without or with limited health insurance coverage) and to what extent do they use medical care? To what extent are there associations between health insurance coverage and general subjective state of health or use of medical care, taking into account sociodemographic characteristics (age, gender, educational status)?

To investigate these questions, a written, multilingual, anonymous cross-sectional survey was conducted as part of the MoveCitizenS project. Adults seeking advice at eight counseling centers for people without regular health insurance nationwide were invited to participate in the study from February to August 2023. The questionnaire was developed by a multi-professional team based on partially validated measurement instruments, translated, and finalized after pre-tests by means of cognitive interviews. These results are reported as relative frequency estimates (including 95% confidence intervals, 95% CI). The sample data were compared with survey data from the general population in Germany (GEDA, German Health Update) to investigate possible associations between health insurance coverage (none/limited vs. regular coverage) and general subjective state of health or use of medical care. Conditional logistic regression analyses were performed for this purpose. To improve comparability between the two samples, 1:1 propensity score matching was performed beforehand.

A total of 126 people were surveyed, with an average age of 43 years (range 23 to 75, standard deviation 12.8), 56.1% of whom were female (n=69). Of those surveyed, 15.1% (n=19) stated a German nationality, 11.1% (n=14) stated that they were citizens of another EU country, and 65.1% (n=82) stated that they were citizens of a country outside the EU. A proportion of 65.9% (n=81) reported moderate to very poor state of health, 57.4% (n=70) of respondents had at least one chronic illness, and 47.2% (n=52) showed signs of mental distress (PHQ2 and/or GAD2  $\geq 3$  points). The regression analyses show an increased likelihood for people without regular health insurance to report no use of general practitioner, specialist, or dental care in a 12-month period, compared to people in the general population in Germany with regular health insurance.

The results of the exploratory study provide initial comprehensive insights into the health (care) situation of people without regular health insurance in Germany. They show that those affected often do not seek medical care, or only rarely, whereas they describe their physical and mental state of health as poor. The study results represent a cross-section of a diverse group of people without regular health insurance and were collected as self-reported data. Comprehensive health monitoring is necessary to analyse access to needs-based health care for all people in Germany in more detail. Nevertheless, the knowledge gained here can serve as a basis for appropriately promoting existing care structures and thus increasing the chance of comprehensive insurance coverage for all people.

### III. Abkürzungsverzeichnis

AEMR	Allgemeine Erklärung der Menschenrechte
AKSB e.V.	Anonymer Krankenschein Bonn e.V.
AsylbLG	Asylbewerberleistungsgesetz
AufenthG	Aufenthaltsgesetz
BACK	Bundesverband Anonymer Behandlungsschein und Clearingstellen für Menschen ohne Krankenversicherung
BAG W	Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosigkeit
EHIS	European Health Interview Survey
GAD	Generalized Anxiety Disorder
GEDA	Gesundheit in Deutschland aktuell
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
MoveCitizenS	Wissenschaftliche Untersuchung der gesundheitlichen Lage und der medizinischen Versorgung von <b>Menschen ohne</b> bzw. mit eingeschränktem Kranken <b>versicherungsschutz</b> durch <b>Citizen Science</b>
OSF	Open Science Framework
PHQ	Patient Health Questionnaire
PKV	Private Krankenversicherung
RKI	Robert Koch-Institut
STIKO	Ständige Impfkommission

## IV. Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung.....	1
1.1.	Menschen ohne reguläre Krankenversicherung in Deutschland – betroffene Bevölkerungsgruppen .....	1
1.2.	Aktueller Stand der Forschung.....	3
1.3.	Ziel der Forschungsarbeit.....	6
2.	The health and medical care of people without regular health insurance – an exploratory cross-sectional study; Dickmann A, Kastaun S, Schmitz MT, Warth J: Deutsches Ärzteblatt International 2024; 121: 851–2. DOI: 10.3238/arztebl.m2024.0169 .....	8
3.	Ergänzungen zu Methoden.....	9
3.1.	Fragebogenentwicklung.....	9
3.2.	Fragebogenübersetzung nach TRAPD-Verfahren .....	11
3.3.	Fragebogentestung mittels kognitiver Interviews .....	11
3.4.	Rekrutierung der Studienteilnehmenden.....	12
3.5.	Statistische Analysen .....	13
3.6.	MoveCitizenS – ein partizipatives Forschungsprojekt.....	15
4.	Diskussion.....	15
4.1.	Zusammenfassung und Einordnung der Studienergebnisse.....	15
4.2.	Zusammenfassung und Einordnung der Stichprobenmerkmale.....	17
4.3.	Stärken und Limitationen .....	18
4.4.	Schlussfolgerung .....	20
5.	Literatur- und Quellenverzeichnis.....	22

# 1. Einleitung

In der vorliegenden Arbeit geht es um den Gesundheitszustand und die medizinische Versorgung von Menschen ohne reguläre Krankenversicherung in Deutschland. Im folgenden Kapitel werden zunächst betroffene Bevölkerungsgruppen beschrieben und der aktuelle Forschungsstand hierzu wird dargelegt. Anschließend werden Ziele und Fragestellungen der vorliegenden Arbeit beschrieben.

## 1.1. Menschen ohne reguläre Krankenversicherung in Deutschland – betroffene Bevölkerungsgruppen

Gesundheit und medizinische Versorgung sind ein Menschenrecht. Dies steht geschrieben in Artikel 25 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte (AEMR). In Deutschland ist eines der wichtigsten Instrumente zur Umsetzung dieses Menschenrechts die seit 2009 geltende allgemeine Krankenversicherungspflicht. Schätzungsweise über eine Million Menschen sind in Deutschland jedoch nicht oder nur eingeschränkt krankenversichert (1). Laut dem statistischen Bundesamt waren im Jahr 2023 in Deutschland 72.000 Menschen mit regulärem Aufenthalt in Deutschland nicht krankenversichert (2), 2019 waren es noch 61.000 (3). Diese Zahlen beziehen sich auf Befragungsdaten des Mikrozensus 2019 und 2023, das heißt auf Personen mit gemeldetem festem Wohnsitz in Deutschland. Daher werden verschiedene Bevölkerungsgruppen hier nicht erfasst, die jedoch ebenfalls betroffen sind. Dies sind unter anderem Asylsuchende und Geflüchtete, Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus, wohnungslose Menschen, erwerbslose Nicht-Deutsche EU-Bürger\*innen, die sich in Deutschland aufhalten, und Versicherte mit Beitragsschulden bei ihrer gesetzlichen oder privaten Krankenkasse. Es ist davon auszugehen, dass Personen auch mehreren dieser Gruppen zugeordnet werden können (zum Beispiel EU-Bürger\*innen, die wohnungslos sind). Im Folgenden werden die wichtigsten betroffenen Bevölkerungsgruppen beschrieben.

**Asylsuchende**, das heißt Menschen mit laufendem Asylverfahren und **Geflüchtete**, das heißt Menschen mit abgeschlossenem Verfahren und anerkanntem Aufenthaltsstatus als Geflüchtete, haben in den ersten drei Jahren ihres Aufenthalts in Deutschland Anspruch auf Sozialleistungen nach Asylbewerberleistungsgesetz und somit auch auf medizinische Leistungen (AsylbLG §4 und §6). Der Umfang dieser medizinischen Leistungen ist jedoch geringer als der Umfang üblicher Leistungen einer gesetzlichen Krankenversicherung: Die Leistungen nach §4 AsylbLG umfassen lediglich akute Krankheits- und Schmerzzustände, Versorgung während Schwangerschaft und Geburt sowie Impfungen. Für die Versorgung chronischer und psychischer Erkrankungen müssen in den meisten Bundesländern Behandlungsscheine beantragt werden, über die Einzelfallentscheidungen getroffen werden (AsylbLG §6) und die somit auch nur in Einzelfällen gewährleistet sind (4). Diese geltenden Regelungen stellen eine große bürokratische Hürde dar. Der Zeitraum des notwendigen Aufenthalts in Deutschland vor einer Aufnahme in eine Krankenkasse wurde im Februar 2024 von der zum damaligen Zeitpunkt amtierenden Regierung von 1,5 Jahre auf die genannten 3 Jahre verdoppelt (siehe BGBl. I Nr. 54, Artikel 3 Nr. 2). Ende 2023 bezogen laut Statistischem Bundesamt 522 700 Personen Leistungen nach AsylbLG, das sind 8% mehr als im vorausgehenden Jahr 2022 (5).

**Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus**, auch oft „ohne Papiere“ genannt, haben ebenfalls Anspruch auf Leistungen nach Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG). In Deutschland gab es zuletzt Schätzungen über die Anzahl von Menschen ohne Papiere durch Vogel et al. (2015) (6). Diese Schätzungen beziehen sich auf Menschen, die sich ohne Wissen der Einwanderungsbehörden in einem Land aufhalten. Im Jahr 2014 waren das in Deutschland 180.000-520.000 Menschen, die Dunkelziffer ist vermutlich höher (6).

Anders als bei Asylsuchenden und Geflüchteten bestehen bei Menschen ohne Papiere zusätzliche Barrieren bei der Inanspruchnahme von Leistungen nach AsylbLG: Nach §87 Aufenthaltsgesetz (AufenthG) besteht eine Übermittlungspflicht öffentlicher Stellen an das Ausländeramt. Dies bedeutet, dass bei einem Verdacht auf Verstoß gegen das Aufenthaltsrecht Personendaten an die Ausländerbehörde weitergegeben werden müssen. Dort erfolgt eine Prüfung der aufenthaltsrechtlichen Situation und gegebenenfalls eine Abschiebung (7). Die Beantragung einer Finanzierung medizinischer Leistungen über das Sozialamt ist somit mit großen Risiken für die Betroffenen verbunden (7).

**Wohnungslose Menschen** machen in Deutschland schätzungsweise zwischen 372.000 (laut Statistischem Bundesamt) (8) und 447.000 Personen aus (laut Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. (BAG W)) (9), Stand 2022. Daten zum Krankenversicherungsstatus werden nicht regelmäßig erhoben. Die BAG W berichtet zuletzt in ihrem Statistikbericht aus dem Jahr 2020, dass 33% der befragten wohnungslosen Menschen angeben, über keinen, einen eingeschränkten oder einen unklaren Krankenversicherungsstatus zu verfügen (10). Häufige Gründe hierfür sind vermutlich der Aufenthaltsstatus bzw. die Staatsangehörigkeit (siehe Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus und nicht-deutsche EU-Bürger\*innen) und hohe bürokratische Hürden (10).

**Nicht-deutsche EU-Bürger\*innen**, die arbeitssuchend oder nicht sozialversicherungspflichtig angestellt sind und sich länger als drei Monate, jedoch kürzer als fünf Jahre in Deutschland aufhalten, haben keinen Anspruch auf eine gesetzliche Krankenversicherung (11). Die gesetzlichen Grundlagen zum Erlangen eines regulären Krankenversicherungsschutzes in Deutschland sind sehr komplex und vom Herkunftsland abhängig (11). Genaue Daten zur Größe dieser Bevölkerungsgruppe in Deutschland gibt es nicht.

**Versicherte mit Beitragsschulden** bei ihrer gesetzlichen Krankenkasse (GKV) sind in Deutschland ca. 700.000 Menschen, Stand 2022 (1), in der privaten Krankenkasse (PKV) laut dem Verband der privaten Krankenkassen, ca. 89.100, Stand 2024 (12). Für Betroffene in der GKV „ruht“ in diesem Fall in der Regel der Krankenversicherungsschutz, nachdem Beitragszahlungen zwei Monate oder mehr in Rückstand geraten (1). Sie haben somit einen eingeschränkten Leistungsanspruch. Dieser beschränkt sich auf die Behandlung akuter Krankheiten und Schmerzzustände sowie medizinische Leistungen im Rahmen einer Schwangerschaft und Mutterschaft. Für Beitragsschuldner\*innen der PKV gilt meist ebenfalls ein „ruhender“ Anspruch auf Leistungen. Sie werden in einen sogenannten Notlagentarif eingestuft (1). Der Umfang ähnelt dem Umfang des ruhenden Anspruchs auf Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Chronische Krankheiten werden nur behandelt, sollten sie sich unbehandelt innerhalb kurzer Zeit zu einer akuten Erkrankung entwickeln.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass die Gruppe an Menschen ohne reguläre Krankenversicherung in Deutschland sehr divers ist, sich bei den Bevölkerungsgruppen mit eingeschränktem Krankenversicherungsschutz die Art der Einschränkung jedoch ähnelt: In den meisten Fällen umfasst dieser weiterhin akute Schmerzzustände und Notfälle, nicht aber die Versorgung von chronischen Erkrankungen und alle Vorsorgeuntersuchungen. Dies trifft sowohl auf Menschen mit Beitragsschulden bei ihrer Krankenkasse zu, die sich im sogenannten Notlagentarif (PKV) bzw. Ruhen des Leistungsanspruchs (GKV) befinden, als auch auf Menschen, die medizinische Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz beziehen können.

## 1.2. Aktueller Stand der Forschung

Kenntnisse über individuelle oder gesellschaftliche Konsequenzen einer fehlenden oder eingeschränkten Krankenversicherung in Deutschland sind begrenzt. Im Folgenden wird der aktuelle Wissens- bzw. Forschungsstand zu Menschen ohne reguläre Krankenversicherung in Deutschland beschrieben.

Bisherige wissenschaftliche Untersuchungen der Zielgruppe zum Themenfeld Gesundheit beziehen sich oftmals auf nur eine der betroffenen Bevölkerungsgruppen, wie zum Beispiel Asylsuchende (13) oder Menschen ohne Papiere (7).

In Bezug auf **Asylsuchende** untersuchten Biddle et al (2021) im Rahmen der RESPOND Studie (14) den Gesundheitszustand und die medizinische Versorgung von Menschen in Erstaufnahmeeinrichtungen und Gruppenunterkünften in Baden-Württemberg. Durchgeführt wurde die Studie als Querschnittstudie mittels mehrsprachiger Fragebögen und persönlicher Datenerhebung durch geschulte Feldteams. Der RESPOND Fragebogen diente unter anderem aufgrund Überschneidungen in der Zielgruppe als Vorlage zur Erstellung des MoveCitizenS Fragebogens (siehe 3.1). Erhoben wurde in Form von Selbstangaben unter anderem die psychische Belastung der Zielgruppe anhand des PHQ-2 (Patient Health Questionnaire) und GAD-2 (Generalized Anxiety Disorder) sowie der Verzicht auf Inanspruchnahme allgemeinmedizinischer und fachärztlicher Leistungen (14). Die Studienergebnisse zeigten eine insgesamt hohe psychische Belastung der Befragten, während eine geringe Inanspruchnahme allgemeinmedizinischer und fachärztlicher Versorgung trotz bestehender Bedarfe benannt wird (14).

In einer Analyse auf Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes von Bozorgmehr und Razum von 2015 (15) wurden die Auswirkungen des eingeschränkten Zugangs zur Gesundheitsversorgung für **Asylsuchende** und **Geflüchtete** (siehe 1.1) auf die Kosten der Gesundheitsversorgung für den Zeitraum von 1994 bis 2013 untersucht. Dabei wurde gezeigt, dass die Pro-Kopf-Ausgaben in Gruppen mit eingeschränkter Krankenversicherung signifikant höher lagen als bei Vergleichsgruppen mit regulärer Krankenversicherung (15). Hierbei wird die Versorgungseinschränkung als wesentlichen Kostenfaktor benannt, der nicht vollständig durch Unterschiede im Gesundheitsbedarf erklärbar war.

Erhöhte Kosten in der Gesundheitsversorgung, die vermutlich auf einen eingeschränkten Krankenversicherungsschutz zurückzuführen sind, beschreiben auch Bauhoff und Göpfarth (2018) (13): In einer quantitativen Studie wurden Morbidität sowie Inanspruchnahme und Kosten der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden in Deutschland mit

entsprechenden Daten von Versicherten der Barmer Ersatzkasse (das heißt regulär Versicherten) verglichen. Für die Analysen erfolgte ein 1:5-Matching von Asylsuchenden mit Vergleichspersonen aus der Gruppe der regulär Versicherten, basierend auf Alter, Geschlecht und Wohnort (13). Die Ergebnisse zeigten tendenziell häufigere Krankenhausaufenthalte und höhere Krankenhauskosten bei Asylsuchenden, wobei es sich häufiger um Krankenhausaufenthalte hielt, die durch ambulante oder präventive Versorgung hätten verhindert werden können. (13)

Razum et al. bezeichnen außerdem in ihrer gesundheitspolitischen Stellungnahme in der Zeitschrift „Gesundheitswesen“ im Jahr 2016 (16) die gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden nach AsylbLG insgesamt als unzureichend und heben hervor, dass die Einschränkungen im Zugang zu medizinischer Versorgung aufgrund bürokratischer Abläufe und Abhängigkeiten zu Behörden mit hoher Wahrscheinlichkeit dazu führen, dass notwendige Behandlungen nicht zeitgerecht erfolgen. Dies könnte wiederum eine Verschlechterung des Gesundheitszustands zur Folge haben (16).

Kenntnisse zu **Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus**, oftmals auch genannt „Menschen ohne Papiere“, sind in Deutschland im Allgemeinen begrenzt. Maren Mylius beschreibt in „Die medizinische Versorgung von Menschen ohne Papiere in Deutschland: Studien zur Praxis in Gesundheitsämtern und Krankenhäusern“ (7) einen erschwerten Zugang von Menschen ohne Papiere zu medizinischer Versorgung, der zum großen Teil durch das Leben in der Illegalität und den daraus folgenden Konsequenzen bedingt ist (siehe 1.1). Nowak et al. (2023) beschreiben außerdem einen Einfluss des Aufenthaltsstatus bei Geflüchteten und Asylsuchenden auf deren Gesundheitszustand (17): In einer Mixed-Method-Studie wurde der Zugang zu und die Inanspruchnahme von bedarfsgerechter Gesundheitsversorgung zunächst anhand eines Fragebogens untersucht, mit dem Geflüchtete und Asylsuchende in Erstaufnahmeeinrichtungen und Gruppenunterkünften befragt wurden. Anschließend wurden mit einem Teil der Befragten zusätzlich qualitative Interviews durchgeführt. Die Ergebnisse zeigen, dass ein unsicherer Aufenthaltsstatus die strukturellen Barrieren zur Inanspruchnahme medizinischer Versorgung erhöht und die medizinische Versorgung von den Betroffenen selbst häufig als nicht bedarfsgerecht bezeichnet wird (17).

Übergreifende Kenntnisse zu Menschen ohne reguläre Krankenversicherung aus verschiedenen Bevölkerungsgruppen finden sich in veröffentlichten Berichten von Organisationen, die Betroffenen medizinische Hilfe leisten. Beispielsweise werden in den jährlichen Gesundheitsreporten des Vereins „Ärzte der Welt“ unter anderem soziodemographische Daten (inklusive Aufenthaltsstatus) sowie die Gründe der Konsultationen Betroffener berichtet (18, 19). Bei den Angaben zu Krankheiten handelt es sich hier meist um ärztliche Diagnosen, die durch Personal vor Ort festgestellt werden. In den Berichten wird insbesondere auf den Bedarf an medizinischer Versorgung hingewiesen, die im regulären Gesundheitssystem nicht mit abgedeckt ist, und stattdessen in separaten Versorgungsstrukturen erfolgt (18, 19).

In den letzten Jahren erschienen zudem vereinzelte wissenschaftliche Veröffentlichungen, in denen Expert\*innen befragt wurden, die in Organisationen tätig sind, die Menschen ohne reguläre Krankenversicherung versorgen, wie zum Beispiel Linke et al. 2019 (20):

In einer qualitativen Studie wurde die Versorgung von Migrant\*innen mit chronischer Erkrankung und ohne Krankenversicherung in Berlin untersucht. Hierfür wurden 14 Ärzt\*innen unterschiedlicher Fachrichtungen befragt, die Migrant\*innen ohne reguläre Krankenversicherung versorgen. Die Ergebnisse zeigten eine deutlich eingeschränkte Versorgung der Zielgruppe, die vor allem durch fehlende Ressourcen, mangelnde Kontinuität und stark variierende Versorgungsniveaus gekennzeichnet ist (20). Die Versorgung, die zum Großteil außerhalb der Regelversorgung des Gesundheitssystems erfolgt, wird als häufig unzureichend eingeschätzt (20).

Zu ähnlichen Ergebnissen kommen Stötzler und Kaifie (2023), die die Gesundheitsversorgung von Menschen ohne reguläre Krankenversicherung anhand einer Mixed-Methods-Studie untersuchten (21): Zum einen wurden Expert\*innen-Interviews mit Angestellten bzw. Vereinsmitgliedern in fünf Beratungs- und Vermittlungsstellen für Menschen ohne reguläre Krankenversicherung in Nordrhein-Westfalen durchgeführt. Hierbei wurden Herausforderungen und mögliche Verbesserungen in der Arbeit der jeweiligen Beratungsstellen erfragt. Zum anderen erfolgte eine standardisierte Erhebung soziodemografischer Daten der Ratsuchenden in Form eines Fragebogens, der durch selbige Angestellte bzw. Vereinsmitglieder der Beratungsstellen für Menschen ohne reguläre Krankenversicherung ausgefüllt wurde (21). Die Untersuchungen machen einen Bedarf an medizinischer Versorgung von Menschen ohne reguläre Krankenversicherung deutlich, der durch die befragten Beratungs- und Vermittlungsstellen nicht ausreichend gedeckt werden kann, was unter anderem auf nicht ausreichende finanzielle und personelle Mittel zurück geführt werden könnte (21).

Weitere Kenntnisse ergeben sich durch Auswertungen von Krankenausdaten, wie zum Beispiel durch Neupert und Pieper 2020 (22). Diese beziehen sich oftmals auf wenige Standorte oder nur einen Standort, wie in diesem Beispiel auf das Uniklinikum Essen. Anhand von Falldaten wurde hier retrospektiv die Inanspruchnahme stationärer Versorgung von Menschen mit fehlendem oder nicht geklärten Krankenversicherungsstatus über einen Zeitraum von fünf Jahren untersucht (22). Ein bestehender Bedarf kann diesen Daten entnommen werden. Eine Aussage über den Gesundheitszustand und den Umfang des tatsächlichen Bedarfs der Betroffenen ist nicht möglich.

Die Ergebnisse der hier beschriebenen Studien und Berichte legen nahe, dass Menschen ohne reguläre Krankenversicherung in Deutschland einen Bedarf an medizinischer Versorgung aufweisen, die vermutlich oftmals nicht ausreichend gewährleistet ist. Inwiefern sich dies möglicherweise von der gesundheitlichen Lebenssituation von Menschen mit regulärer Krankenversicherung unterscheidet, bleibt weitgehend offen. Es wird deutlich, dass für eine umfassende Beurteilung möglicher Versorgungslücken sowie für die Entwicklung adäquater Lösungsansätze weitreichende Daten fehlen. Zudem werden Betroffene selbst insgesamt nur selten zu ihrem Gesundheitszustand, ihren medizinischen Bedarfen und ihren Lebensumständen befragt. Dies könnte unter anderem an der eingeschränkten Erreichbarkeit der Zielgruppe liegen, die wiederum auf die Heterogenität und die hohe Vulnerabilität der betroffenen Bevölkerungsgruppen sowie auf mögliche Sprachbarrieren zurückzuführen sein könnte.

### 1.3. Ziel der Forschungsarbeit

Ziel der Forschungsarbeit ist es, Kenntnisse zu Gesundheitszustand und medizinischer Versorgung von Menschen ohne reguläre Krankenversicherung in Deutschland zu erweitern. Hierfür sollen Betroffene selbst befragt werden. Durch einen Vergleich der Befragungsdaten von Menschen ohne reguläre Krankenversicherung mit repräsentativen Daten der Allgemeinbevölkerung mit regulärer Krankenversicherung soll außerdem der Zusammenhang zwischen dem Krankenversicherungsstatus und dem subjektiv eingeschätzten Gesundheitszustand bzw. der Häufigkeit der Inanspruchnahme medizinischer Versorgung unter Berücksichtigung soziodemografischer Merkmale (Alter, Geschlecht, Bildungsstatus) charakterisiert werden. Mithilfe der gewonnenen Studienergebnisse soll ein vertieftes Verständnis der gesundheitsbezogenen Lebensumstände und Versorgungsbedarfe von Betroffenen erzielt werden. Dies kann zur Datengrundlage beitragen, um geeignete Maßnahmen im öffentlichen Gesundheitswesen zu entwickeln, die wiederum das Ziel haben, eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung aller Menschen in Deutschland unabhängig von Krankenversicherungsstatus zu gewährleisten.

Die Studie wurde im Rahmen des MoveCitizenS-Projekts durchgeführt (Wissenschaftliche Untersuchung der gesundheitlichen Lage und der medizinischen Versorgung von Menschen ohne bzw. mit eingeschränktem Krankenversicherungsschutz durch **Citizen Science**, [www.movecitizens.de](http://www.movecitizens.de)). Ziel des gesamten Forschungsprojekts ist es außerdem, die breite Öffentlichkeit sowie politische Entscheidungsträger\*innen über die Situation von Menschen ohne reguläre Krankenversicherung zu informieren bzw. für Zugangsbarrieren zu medizinischer Versorgung zu sensibilisieren.

#### *Fragestellungen*

Um die Kenntnisse über den Status quo des Gesundheitszustands und der Inanspruchnahme medizinischer Versorgung von Menschen ohne reguläre Krankenversicherung in Deutschland umfassend zu untersuchen, liegt der Fokus meiner Forschungsarbeit auf folgenden Aspekten:

- **Gesundheitszustand:** Neben dem aktuellen allgemeinen subjektiven Gesundheitszustand ist unter anderem die Prävalenz chronischer Erkrankungen für Menschen ohne reguläre Krankenversicherung relevant. Außerdem werden aktuelle körperliche Schmerzen und die psychische Belastung erfragt. In Fällen eines eingeschränkten Krankenversicherungsschutz beschränkt sich die Versorgung oftmals auf akute Krankheits- und Schmerzzustände (siehe 1.1)
- **Inanspruchnahme medizinischer Versorgung:** Diese wird sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Sektor in Form von Selbstangaben zur Häufigkeit der Inanspruchnahme in den letzten 12 Monaten untersucht.

Folgende Fragestellungen wurden daher herausgearbeitet:

In einer ausgewählten Stichprobe von Menschen ohne reguläre Krankenversicherung, die in acht Beratungsstellen bundesweit befragt wurden:

1. Wie ist der selbsteingeschätzte Gesundheitszustand in Bezug auf

- 1.1 den allgemeinen Gesundheitszustand,
  - 1.2 die Prävalenz von chronischen Erkrankungen (allgemein),
  - 1.3 die Prävalenz von körperlichen Schmerzen in den letzten 4 Wochen,
  - 1.4 und die Prävalenz psychischer Belastung (Depressionen und Angstzustände) in den letzten 2 Wochen?
2. Wie ist die selbstberichtete Häufigkeit der Inanspruchnahme der medizinischen Versorgung in den letzten 12 Monaten in Bezug auf
- 2.1 die hausärztliche,
  - 2.2 fachärztliche
  - 2.3 und zahnärztliche Versorgung,
  - 2.4 sowie die Versorgung durch eine\*n Psycholog\*in, Psychotherapeut\*in oder Psychiater\*in,
  - 2.5 einen stationären Aufenthalt im Krankenhaus und
  - 2.6 die Inanspruchnahme einer Notaufnahme eines Krankenhauses?

Weitere Forschungsfragen werden durch den Vergleich der erhobenen Stichprobendaten von Menschen ohne reguläre Krankenversicherung (MoveCitizenS) mit repräsentativen Umfragedaten der Allgemeinbevölkerung in Deutschland (GEDA 2019/2020-EHIS) (23) Gesundheit in Deutschland aktuell, European Health Interview Survey) beantwortet:

3. Inwieweit ist der Krankenversicherungsstatus mit dem selbstberichteten allgemeinen Gesundheitszustand assoziiert?
4. Inwieweit ist der Krankenversicherungsstatus mit der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in den letzten 12 Monaten assoziiert (hausärztliche, fachärztliche und zahnärztliche Versorgung, Versorgung durch Psycholog\*in, Psychotherapeut\*in oder Psychiater\*in, stationärer Aufenthalt im Krankenhaus, Notaufnahme eines Krankenhauses)?

2. The health and medical care of people without regular health insurance – an exploratory cross-sectional study; Dickmann A, Kastaun S, Schmitz MT, Warth J: Deutsches Ärzteblatt International 2024; 121: 851–2. DOI: 10.3238/arztebl.m2024.0169

## Kurzmiteilung

## Gesundheit und medizinische Versorgung von Menschen ohne reguläre Krankenversicherung

Eine explorative Querschnittstudie

In Deutschland sind schätzungsweise mehr als eine Million Menschen nicht oder nur eingeschränkt krankenversichert (1). Betroffen sind unter anderem Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus, Wohnungslose, nicht deutsche EU-Bürgerinnen und EU-Bürger sowie Versicherte mit Beitragsschulden bei ihrer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung (2).

Eine flächendeckende und bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung erfordert genaue Kenntnisse über den Gesundheitszustand und die Inanspruchnahme medizinischer Versorgung von Menschen ohne reguläre (das heißt ohne oder mit eingeschränkter) Krankenversicherung (MoKv). Ziel dieser Studie war es, zielgruppenspezifisches Wissen auf Basis einer Querschnittstudie und eines Vergleichs mit repräsentativen Daten der Allgemeinbevölkerung zu generieren.

### Methode

Die Datenerhebung erfolgte mittels einer mehrsprachigen, anonymen, schriftlichen Querschnittbefragung (MoveCitizenS-Studie, DRKS00029186). Befragt wurden volljährige Personen, die zwischen Februar und August 2023 eine der MoKv-Beratungsstellen an 7 Standorten (Berlin, Bielefeld, Bonn, Düsseldorf, Frankfurt, Mainz, Wiesbaden) aufgesucht hatten.

Basierend auf etablierten Messinstrumenten (European Health Interview Survey [EHIS]/Gesundheit in Deutschland aktuell [GEDA] [3] und RESPOND [4]) wurde in einem multiprofessionellen Studienteam ein deutschsprachiger Fragebogen entwickelt und mit der TRAPD-Methode (TRAPD, Translation, Review, Adjudication, Pretest, Documentation) (5) in 5 Sprachen übersetzt (Albanisch, Arabisch, Englisch, Französisch, Spanisch). Hierbei wurde das Feedback aus Pretests mittels kognitiver Interviews mit Expertinnen und Experten aus dem Gesundheitswesen und Personen der Zielgruppe berücksichtigt.

Der Gesundheitszustand wurde im Hinblick auf den allgemeinen Gesundheitszustand, die Prävalenz chronischer Erkrankungen, körperliche Schmerzen und psychische Belastungen untersucht. Die Häufigkeit der Inanspruchnahme medizinischer Versorgung wurde für die letzten 12 Monate erfasst. Dies erfolgte für den ambulanten Bereich (allgemein-, fach- und zahnärztliche sowie psychotherapeutische/psychiatrische Versorgung) und den stationären Sektor (stationärer Aufenthalt/Notaufnahme eines Krankenhauses). Die Ergebnisse werden deskriptiv als relative Häufigkeitsschätzungen einschließlich der 95%-Konfidenzintervalle (95%-KI) dargestellt.

Um mögliche Zusammenhänge zwischen dem selbst berichteten Krankenversicherungsstatus (unabhängige

Variable) und dem Gesundheitszustand beziehungsweise der Inanspruchnahme (abhängige Variablen) zu analysieren, wurden die Daten der Stichprobe mit den Daten der Allgemeinbevölkerung in Deutschland (GEDA 2019/2020-EHIS) (3) mittels bedingter logistischer Regressionsanalysen verglichen. Um die Vergleichbarkeit der Stichproben zu erhöhen, wurde ein „1:1 propensity score matching“ durchgeführt. Auf diese Weise wurden  $n = 113$  Paare aus den Stichproben MoKv und GEDA gebildet. Potenzielle Störvariablen wurden durch „directed acyclic graphs“ (www.dagitty.net) ermittelt und als Matching-Variable verwendet (Altersgruppe, Geschlecht, Bildungsstatus). Alle Analysen wurden vorab festgelegt und als Analyseprotokoll veröffentlicht (www.osf.io/wrsb5).

### Ergebnisse

An der Befragungsstudie von MoKv nahmen 126 Personen teil (Rücklaufquote 54,1 %): Durchschnittsalter 43 Jahre (Standardabweichung  $\pm 12,8$ ; Range: 23–75), 56,1 % ( $n = 69$ ) weiblich. Die deutsche Staatsbürgerschaft gaben 15,1 % ( $n = 19$ ) an, die eines anderen EU-Staates 11,1 % ( $n = 14$ ) und die eines Drittstaates 65,1 % ( $n = 82$ ). Der Bildungsstatus (entsprechend der International Standard Classification of Education) war bei 15,9 % ( $n = 20$ ) hoch, bei 38,1 % ( $n = 48$ ) mittel und bei 38,9 % ( $n = 49$ ) niedrig. Eine Erwerbstätigkeit gaben 19,0 % ( $n = 24$ ) an.

Eine Non-Response-Analyse war unauffällig, daher wurden nur die vorliegenden Daten ausgewertet („complete case“-Analyse). Die deskriptiven Ergebnisse sind in der *Tabelle* dargestellt.

Die Regressionsanalysen zeigen eine höhere Chance für MoKv, einen mäßig bis sehr schlechten Gesundheitszustand anzugeben als Menschen der GEDA-Stichprobe (Odds Ratio [OR] 5,33; 95%-KI [2,62; 10,87]; fehlende Werte  $n = 2$  [1,8 %]).

Die Chance, innerhalb von 12 Monaten keine hausärztliche (OR 6,13 [2,90; 12,93]), fachärztliche (OR 2,40 [1,31; 4,38]) oder zahnärztliche (OR 22,67 [7,13; 72,04]) Versorgung in Anspruch genommen zu haben, ist bei MoKv höher als in der GEDA-Stichprobe. In Bezug auf die psychotherapeutische oder psychiatrische Versorgung sowie Versorgung im Krankenhaus stationär oder in der Notaufnahme zeigten sich keine statistisch signifikanten Unterschiede (alle OR um den Wert 1 mit 95%-KI zwischen [0,45; 2,73]).

### Diskussion

Die Studie zeigt, dass MoKv häufig keine oder nur selten medizinische Versorgung in Anspruch nehmen, während ihre somatische und psychische Gesundheit schlecht ist.

**Tabelle 1**

**Gesundheitszustand und Inanspruchnahme medizinischer Versorgung der befragten Menschen ohne reguläre Krankenversicherung (MoKv, n = 126)**

	n (% [95%-KI])
<b>Gesundheitszustand*1</b>	
– allgemeiner subjektiver Gesundheitszustand <sup>a</sup> : mäßig bis sehr schlecht	81 (65,9 [56,8; 74,2])
– mindestens eine chronische Erkrankung <sup>b</sup>	70 (57,4 [48,1; 66,3])
– körperliche Schmerzen <sup>c</sup> : mäßig bis sehr stark	51 (47,2 [37,5; 57,1])
– Depressionen/Angstsymptome <sup>d</sup>	52 (48,1 [38,4; 58,0])
<b>keine Inanspruchnahme medizinischer Versorgung in den letzten 12 Monaten*2</b>	
– hausärztlich <sup>e</sup>	60 (55,0 [45,2; 64,6])
– fachärztlich <sup>f</sup>	71 (68,3 [58,4; 77,1])
– zahnärztlich <sup>g</sup>	92 (78,0 [69,4; 85,1])
– psychotherapeutisch oder psychiatrisch <sup>h</sup>	98 (90,7 [83,6; 95,5])
– Krankenhaus stationär <sup>i</sup>	93 (86,1 [78,1; 92,0])
– Krankenhaus Notaufnahme <sup>j</sup>	86 (81,1 [72,4; 88,1])

\*1 Referenzkategorien: Gesundheitszustand: gut–sehr gut; chronische Erkrankung, d. h. Krankheiten oder gesundheitliche Probleme, die mindestens 6 Monate andauern oder voraussichtlich andauern werden: keine; Schmerzen: leicht–sehr leicht; Depression/Angst: Patient Health Questionnaire 2 bzw. General Anxiety Disorder 2 < 3 Punkte

\*2 Referenzkategorien: Inanspruchnahme: ≥ einmal in den letzten 12 Monaten  
Fehlende Werte: <sup>a</sup>n = 3 (2,4 %); <sup>b</sup>n = 4 (3,1 %); <sup>c</sup>n = 4 (3,1 %); <sup>d</sup>n = 18 (14,3 %); <sup>e</sup>n = 17 (13,5 %); <sup>f</sup>n = 22 (17,5 %); <sup>g</sup>n = 14 (11,1 %); <sup>h</sup>n = 18 (14,3 %); <sup>i</sup>n = 18 (14,3 %); <sup>j</sup>n = 20 (15,9 %)

95%-KI, 95%-Konfidenzintervall

Der Vergleich dieser Befragungsergebnisse (MoKv) mit den Gesundheitsdaten der Allgemeinbevölkerung (GEDA) zeigt deutliche Unterschiede im subjektiven Gesundheitszustand unabhängig von Altersgruppe, Geschlecht oder Bildungsstatus. Die hausärztliche, fachärztliche und zahnärztliche Versorgung wird im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung seltener und vermutlich nicht bedarfsgerecht in Anspruch genommen. Im stationären Sektor und im psychiatrischen Fachbereich zeigt sich hingegen eine vergleichbar seltene Inanspruchnahme. Vermutlich führt eine Verschlechterung der Gesundheit bei MoKv zu einer stationären Versorgung, die jedoch durch ambulante oder präventive Versorgung hätte vermieden werden können.

Personen mit eingeschränktem Krankenversicherungsschutz (zum Beispiel mit Beitragsschulden bei der Krankenkasse) suchen Beratungsstellen für MoKv seltener auf als Personen ohne jeglichen Krankenversicherungsschutz (oftmals Staatsangehörige eines Drittstaats). Letztere sind daher in unserer Stichprobe überrepräsentiert. Dadurch und durch die Beschränkung des Fragebogeninstruments auf 6 Sprachen besteht das Risiko eines Selektionsbias und die Studienergebnisse lassen sich nur eingeschränkt verallgemeinern. Die Daten wurden als Selbstangaben erhoben (mögliche Verzerrung der Ergebnisse durch Erinnerungslücken). Angaben zu gesicherten Diagnosen feh-

len. Die Ergebnisse stellen einen Ausschnitt aus einer heterogenen Gruppe von MoKv dar und sind als Annäherung an die Thematik zu verstehen.

**Schlussfolgerung**

Zivilgesellschaftliche Anlaufstellen leisten MoKv medizinische Hilfe, meist außerhalb des regulären Gesundheitssystems. Einige unterstützen Betroffene auch dabei, einen regulären Krankenversicherungsschutz zu erlangen. Die Versorgung ist jedoch sehr begrenzt. Die Ergebnisse weisen daher auf konkreten Handlungsbedarf:

- Verstetigung und ausreichende Finanzierung der bestehenden niederschweligen Versorgungsangebote
- Sicherstellung eines breiten ambulanten und stationären Versorgungsspektrums (Akutversorgung, Versorgung chronischer Erkrankungen).

Der Erfolg sollte durch ein umfassendes Gesundheitsmonitoring unter Berücksichtigung der Heterogenität der Bevölkerung überprüft werden. Dies unterstützt eine bedarfsgerechte Verbesserung der Gesundheitsversorgung aller in Deutschland lebenden Menschen.

**Anke Dickmann, Sabrina Kastaun, Marie-Therese Schmitz, Jacqueline Warth**

Institut für Allgemeinmedizin (ifam), Centre for Health and Society, Medizinische Fakultät und Universitätsklinikum der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf (Dickmann, Kastaun, Warth) anke.dickmann@uni-duesseldorf.de  
Institut für Medizinische Biometrie, Informatik und Epidemiologie, Medizinische Fakultät, Universität Bonn (Schmitz)

**Förderung**

Das MoveCitizenS-Projekt wurde finanziell gefördert durch den Förderfonds zur Finanzierung von Forschungsprojekten mit Bürgerbeteiligung an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf.

**Interessenkonflikt**

Die Autorinnen erklären, dass kein Interessenkonflikt besteht.

**Manuskriptdaten**

eingereicht: 08.04.2024, revidierte Fassung angenommen: 01.08.2024

**Literatur**

1. Kurz C: Menschen ohne Krankenversicherung: Ein oft übersehenes Problem. Dtsch Arztebl 2022; 119: A-1738.
2. Ärzte der Welt e. V.: Gesundheitsreport – Krank und ohne medizinische Versorgung in Deutschland; 2023 [Stand: 07.04.2024]. www.issuu.com/arztederwelt/docs/gesundheitsreport\_2023\_aerztederwelt (last accessed on 21 October 2024).
3. Robert Koch-Institut, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring. Gesundheit in Deutschland aktuell 2019/2020-EHIS (GEDA 2019/2020-EHIS). Scientific Use File 1, Version; 2022.
4. Biddle L, Hintermeier M, Mohsenpour A, Sand M, Bozorgmehr K: Monitoring der Gesundheit und Gesundheitsversorgung geflüchteter Menschen in Sammelunterkünften: Ergebnisse des bevölkerungsbezogenen Surveys RESPOND. J Health Monit 2021; 6: 7–29.
5. Harkness J, van Vijver FJR de, Mohler PP (eds.): Cross-cultural survey methods (Wiley Series in Survey Methodology). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, 2003.

**Zitierweise**

Dickmann A, Kastaun S, Schmitz MT, Warth J: The health and medical care of people without regular health insurance—an exploratory cross-sectional study. Dtsch Arztebl Int 2024; 121: 851–2. DOI: 10.3238/arztebl.m2024.0169

Die englische Version des Artikels im Internet: [www.aerzteblatt-international.de](http://www.aerzteblatt-international.de)

### 3. Ergänzungen zu Methoden

Da in der Veröffentlichung in Form eines Research Letters im Deutschen Ärzteblatt eine ausführliche Beschreibung der angewendeten Methoden nicht möglich war, werden diese im Folgenden berichtet. Dabei werden sowohl die Methoden der Fragebogenentwicklung als auch der Datenauswertung beschrieben.

#### 3.1. Fragebogenentwicklung

Thematische Schwerpunkte der MoveCitizenS-Studie waren A) der Gesundheitszustand, B) die Inanspruchnahme medizinischer Versorgung sowie C) ein Verzicht auf benötigte medizinische Versorgung und Gründe für eine Nicht-Inanspruchnahme. In der hier beschriebenen Arbeit werden die Themenschwerpunkte A) und B) beschrieben. Der Fragebogen wurde basierend auf teils validierten Messinstrumenten entwickelt, dem Fragebogen der GEDA (Gesundheit in Deutschland aktuell) bzw. EHIS (European Health Interview Survey) Studien (24) des Robert Koch-Instituts sowie der RESPOND Studie (14) der Sektion Health Equity Studies & Migration (Teil der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung) des Universitätsklinikums Heidelberg. Im Folgenden werden diese Fragebögen bzw. Studien und deren Verwendung als Vorlage erläutert.

In Deutschland wird der EHIS als Teil der GEDA-Studie des Robert Koch-Instituts als regelmäßiges bundesweites Gesundheitsmonitoring durchgeführt. Detaillierte Daten über Gesundheitszustand und Inanspruchnahme medizinischer Versorgung sind aus den zum Zeitpunkt der Analyse aktuellsten Daten der GEDA 2019/2020-EHIS Erhebung (23) verfügbar. Hierbei wurden ca. 23.000 Personen telefonisch befragt. Teilnehmende waren Personen ab einem Alter von 15 Jahren, die zum entsprechenden Zeitpunkt in Deutschland wohnhaft waren. Die Verwendung des GEDA/EHIS-Fragebogens als Vorlage zur Fragebogenentwicklung gewährleistet zum einen eine hohe Qualität des Fragebogens, zum anderen ermöglicht dies die Vergleichbarkeit der Stichprobendaten mit repräsentativen Befragungsdaten der Allgemeinbevölkerung, da diese anhand derselben Fragestellungen erhoben wurden. Ebenso konnte von Übersetzungen profitiert werden, da der Fragebogen neben Deutsch auch auf Englisch, Französisch und Spanisch verfügbar war (zu den Übersetzungen, siehe 3.2).

Die RESPOND Studie ist eine 2018 in Deutschland durchgeführte Querschnittsstudie (14): Ein spezifischer Fragebogen wurde im Rahmen des Projekts entwickelt, um Gesundheitszustand und Inanspruchnahme medizinischer Versorgung der Zielgruppe zu erheben. Diese umfasste Asylsuchende und Geflüchtete in Erstaufnahmeeinrichtungen und Gruppenunterkünften in Baden-Württemberg. Befragt wurden 560 Personen mittels Online- oder Papier-Fragebogen. Die Befragten kamen hauptsächlich aus West-Asien, Süd-Asien und West-Afrika. Der Fragebogen wurde basierend auf etablierten Messinstrumenten (unter anderem GEDA/EHIS (23)) in deutscher Sprache und mithilfe zuvor durchgeführter Machbarkeitsstudien entwickelt (25), anschließend übersetzt und mittels kognitiver Interviews in mehreren Sprachen getestet (14). Mit der Verwendung des RESPOND-Fragebogens als Vorlage konnte zum einen von den bereits professionell entwickelten Übersetzungen profitiert werden (siehe 3.2). Zum anderen wurden einzelne Items des GEDA-

Fragebogens im RESPOND-Fragebogen für die Zielgruppe (Geflüchtete in Erstaufnahme-einrichtungen und Gruppenunterkünften) bereits modifiziert. Da diese Zielgruppe Überschneidungen mit der Zielgruppe der MoveCitizenS-Studie aufweist, war die Verwendung dieser modifizierten Items für die Befragung besonders geeignet.

Die Modifizierungen der Fragebogenitems aus der RESPOND-Studie sowie weitere durch das multiprofessionelle Team der MoveCitizenS-Studie durchgeführte Modifizierungen (siehe 3.3) wurden in einem Studienprotokoll im Open Science Framework (OSF) veröffentlicht ([www.osf.io/wrsb5](http://www.osf.io/wrsb5)). Alle Modifizierungen dienten der besseren Verständlichkeit der Fragestellungen und Übertragbarkeit der Ergebnisse. Ebenso wurde für eine bessere Verständlichkeit des Fragebogens und zur Vereinfachung der Übersetzungen das generische Maskulin verwendet.

Erhoben wurde schließlich zum Gesundheitszustand (Nummerierung entsprechend der Fragestellungen in Kapitel 1.3):

- 1.1 der subjektive allgemeine Gesundheitszustand (*Antwort: sehr gut, gut, mittelmäßig, schlecht, sehr schlecht*) (24),
- 1.2 die Prävalenz chronischer Erkrankungen (*Antwort: keine, mind. eine*) (24),
- 1.3 die Prävalenz körperlicher Schmerzen in den letzten vier Wochen (*keine, sehr leichte, leichte, mäßige, starke, sehr starke Schmerzen*) (24)
- 1.4 und die Prävalenz psychischer Belastung (Depressionen und Angstzustände) in den letzten 2 Wochen (anhand PHQ-2 und GAD-2 (26)).

Die Dichotomisierung der Antworten ist Tabelle 1 der Publikation (siehe 2) zu entnehmen.

Zur Inanspruchnahme medizinischer Versorgung (Fragestellung 2.1-2.6) wurden folgende Fragen festgelegt:

- Wann waren Sie zuletzt bei einem der folgenden Ärzte in Deutschland, um sich selbst beraten, untersuchen oder behandeln zu lassen? (*Allgemeinmediziner/Hausarzt, Facharzt, Zahnarzt/Kieferorthopäde, Psychologe, Psychotherapeut oder Psychiater, Krankenhaus über Nacht oder länger, Notaufnahme eines Krankenhauses; Antwort: Vor weniger als 12 Monaten, vor 12 Monaten oder länger, weiß ich nicht oder nie*) (24, 25)
- Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen einen der folgenden Ärzte aufgesucht, um sich selbst beraten, untersuchen oder behandeln zu lassen? (*Allgemeinmediziner/Facharzt; Antwort: 1, 2, 3, 4, 5, 6 oder mehr, nie*) (24, 25)
- Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten einen der folgenden Ärzte aufgesucht, um sich selbst beraten, untersuchen oder behandeln zu lassen? (*Zahnarzt, Psychologe, Psychotherapeut oder Psychiater, Krankenhaus über Nacht oder länger Notaufnahme eines Krankenhaues; Antwort: 1, 2, 3, 4, 5, 6 oder mehr, nie*) (24, 25)

Für die statistischen Auswertungen wurden die Fragen zur Fragestellung 2.1-2.6 zusammengefasst, sodass die Inanspruchnahme der jeweiligen Fachklasse in den letzten 12 Monaten berichtet wird (keine vs. mindestens einmalige Inanspruchnahme).

### 3.2. Fragebogenübersetzung nach TRAPD-Verfahren

Die Zielgruppe der Studie ist wie in 1.1 beschrieben sehr divers. Eine Übersetzung des Fragebogens und der Studieninformationen in alle in den Beratungsstellen (siehe 3.4) vorkommenden Sprachen war aufgrund begrenzter personeller und finanzieller Ressourcen nicht möglich. Um eine möglichst einfach verständliche und niederschwellige Befragung zu ermöglichen, wurden sowohl der Fragebogen als auch die Studieninformationen in insgesamt sechs Sprachen entwickelt: Deutsch, Arabisch, Albanisch, Englisch, Französisch und Spanisch. Diese entsprechen den am häufigsten vorkommenden Sprachen in der Beratungsstelle des AKS Bonn (Anonymer Krankenschein Bonn), wo neben anderen Beratungsstellen die Rekrutierung von Studienteilnehmenden stattfand (siehe 3.4). Items der RESPOND Studie waren bereits in mehreren Sprachen verfügbar, inklusive Arabisch, Englisch und Französisch. Fragebogen-Items der GEDA-Studie waren auf Englisch, Französisch und Spanisch verfügbar. So konnten die entsprechenden Fragen in den genannten Sprachen für die MoveCitizenS-Befragung übernommen werden. Einige der Items wurden jedoch für die Zielgruppe modifiziert und zusätzlich wurden spezifische Items für die Zielgruppe neu entwickelt. Für alle modifizierten und neu entwickelten Items sowie für die jeweils nicht verfügbaren Sprachen wurde ein Übersetzungsverfahren basierend auf der TRAPD-Methode durchgeführt (*Translation, Review, Adjudication, Pretest, Documentation*), die ein etabliertes Verfahren zur Fragebogenübersetzung ist (27). Dies bedeutet, dass für jede Sprache jeweils zwei Übersetzungen von zwei unabhängigen Personen durchgeführt wurden, die über sehr gute Sprachkenntnisse in Wort und Schrift sowohl auf Deutsch als auch auf der jeweiligen zweiten Sprache verfügten. Die Entwürfe der Übersetzungen wurden wiederum jeweils in einem multidisziplinären Team verglichen, diskutiert und zusammengeführt. Hierbei wurde insbesondere die Verständlichkeit für Nicht-Erstsprachler\*innen erneut überprüft. Anschließend wurde der übersetzte Fragebogen erneut mit dem deutschsprachigen Masterfragebogen verglichen. Die Fragebögen wurden dann erneut mittels kognitiver Interviews (siehe 3.3) auf Deutsch, Englisch und Arabisch getestet. Der gesamte Übersetzungsprozess sowie die Rückmeldungen der Testungen wurden dokumentiert.

### 3.3. Fragebogentestung mittels kognitiver Interviews

Im MoveCitizenS-Projekt wurde ein Masterfragebogen in deutscher Sprache entwickelt. Hierbei wurden die Rückmeldungen aus Pretests mittels kognitiver Interviews mit Expert\*innen sowie mit Betroffenen (insgesamt fünf Personen) berücksichtigt. Ziel der Pretests ist die Überprüfung der Verständlichkeit, Vollständigkeit und Funktionalität des Fragebogens, gegebenenfalls mit anschließender Anpassung von Fragebogen-Items (28). Die Interview-Partner\*innen wurden sorgfältig ausgewählt, um eine maximale Diversität zu erzielen, sowohl männliche als auch weibliche Teilnehmende im Alter von 20 bis 65 Jahren, inklusive Personen verschiedener Bevölkerungsgruppen, wie (ehemals) Geflüchtete, Selbstständige, Studierende sowie ehrenamtlich Tätige im entsprechenden Arbeitsbereich. In den kognitiven Interviews wurden etablierte Techniken angewandt, wie zum Beispiel „Technik des lauten Denkens“ (*Think Aloud*) oder Nachfragetechniken (*Probing*) (28). Anschließend wurden Anpassungen am Fragebogen mithilfe der Rückmeldungen aus den Pretests durchgeführt, zum Beispiel Antwortoptionen ergänzt. Bei einzelnen

Items wurden Kürzungen vorgenommen, um den Fragebogen so kurz wie möglich zu gestalten. Dies ist wichtig, um die Machbarkeit und Akzeptanz der Befragung in den Sprechstunden der jeweiligen Einrichtungen zu optimieren. Die Betroffenen befinden sich meist in schwierigen Lebenssituationen; die Befragung sollte keine zusätzliche Belastung darstellen, während sie medizinische Hilfe aufsuchen.

### 3.4. Rekrutierung der Studienteilnehmenden

Menschen ohne reguläre Krankenversicherung als Studienteilnehmende zu erreichen, stellt eine Herausforderung dar, da Betroffene unter anderem aufgrund prekärer Lebenssituationen besonders vulnerabel und belastet sind. Zusätzlich handelt es sich um eine heterogene Gruppe, die im Lebensalltag nur wenige Schnittpunkte aufweist. Eine Rekrutierung über Beratungsstellen für eben jene Zielgruppe schien aus den folgenden Gründen geeignet: Die entsprechenden Beratungsstellen sind Anlaufstellen für jede betroffene Bevölkerungsgruppe ohne reguläre Krankenversicherung. Außerdem dienen sie als geschützter Raum, in dem Betroffenen vor Ort erläutert werden konnte, dass die Befragung in jedem Fall anonym erfolgt und eine Teilnahme oder auch Nicht-Teilnahme keinen Einfluss auf die notwendige Versorgung oder Beratung hat.

Befragt wurden Ratsuchende, die zwischen Februar und August 2024 eine von acht Beratungs- und Vermittlungsstellen für Menschen ohne reguläre Krankenversicherung aufsuchten und zu diesem Zeitpunkt mindestens 18 Jahre alt waren. Standorte der Beratungsstellen waren Berlin, Bielefeld, Bonn, Düsseldorf, Frankfurt, Mainz und Wiesbaden. Diese Beratungs- und Vermittlungsstellen für Menschen ohne reguläre Krankenversicherung werden zum Teil auch Clearingstellen genannt. Für die Teilnahme an der Datenerhebung wurden alle gelisteten Beratungsstellen des Bundesverbands Anonymer Behandlungsschein und Clearingstellen für Menschen ohne Krankenversicherung (kurz: BACK) angefragt. Eingeschlossen wurden alle Beratungsstellen, die über ausreichend personelle Kapazitäten zur Umsetzung der Datenerhebung verfügten und bei denen keine zusätzlichen Übersetzungen der Fragebögen in weitere Sprachen (neben den bereits genannten Sprachen, siehe 3.2) benötigt wurden. Alle teilnehmenden Beratungs- und Vermittlungsstellen sind gemeinnützige Organisationen, die unterschiedlich strukturiert sind (zum Beispiel ehrenamtlich vs. fest angestellte Mitarbeitende) und finanziert werden (zum Beispiel spendenbasiert vs. kommunale Fördermittel). Das Unterstützungsangebot umfasst in der Regel sowohl die Beratung und Unterstützung zum Erlangen eines umfassenden Krankenversicherungsschutzes als auch die Vermittlung zu medizinischer Versorgung. Diese wird entweder durch die Ausstellung eines Krankenscheins ermöglicht, mit dem Betroffene selbstständig medizinische Versorgung in Anspruch nehmen können, oder durch die Vermittlung zu ehrenamtlich behandelnden Ärzt\*innen.

Zu den Sprechstundenzeiten der Beratungsstellen lagen die Fragebögen inklusive Studieninformationen in den jeweiligen Wartezimmern aus. Zusätzlich wurden die Ratsuchenden durch das Personal oder durch Co-Forschende des MoveCitizenS-Projekts zur Teilnahme eingeladen. Die Studieninformationen beinhalteten alle benötigten Informationen zum Ablauf der Studie, zum Datenschutz sowie zur Einwilligung zur Studienteilnahme. Letztere wurde durch Abgabe bzw. Versenden des ausgefüllten Fragebogens durch die

Teilnehmenden bestätigt. Das Ausfüllen des Fragebogens erfolgte in der Regel selbstständig durch die Teilnehmenden. In einzelnen Fällen wurden Teilnehmende durch Angehörige insbesondere in Bezug auf notwendige Übersetzungen unterstützt.

### 3.5. Statistische Analysen

Die Ergebnisse der Fragestellungen 1 und 2 werden als relative Häufigkeitsschätzungen (einschließlich 95% Konfidenzintervallen, 95%-KI) berichtet.

Mögliche Zusammenhänge zwischen der unabhängigen Variable „Krankenversicherungsstatus“ und den abhängigen Variablen „allgemeiner Gesundheitszustand“ und „Inanspruchnahme medizinischer Versorgung in den letzten 12 Monaten“ (Fragestellungen 3 und 4) wurden anhand bedingter logistischer Regressionen analysiert. Zuvor wurde ein *Propensity Score Matching* (PSM) durchgeführt. Dies wird in den folgenden Abschnitten erläutert.

Für die statistischen Analysen wurde eine Beratung durch Mitarbeitende des Instituts für Biometrie der Heinrich-Heine Universität Düsseldorf in Anspruch genommen. Die Durchführung erfolgte nach Beratung durch und mit Unterstützung von Marie-Therese Schmitz, Co-Autorin der Publikation und Mitarbeitende des Instituts für Medizinische Biometrie, Informatik und Epidemiologie (IMBIE) der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn.

Vor Durchführung der statistischen Analysen wurde ein Analyseprotokoll im Open Science Framework (OSF) veröffentlicht ([www.osf.io/wrsb5](http://www.osf.io/wrsb5)). Für die Analysen wurden die Statistikprogramme *IBM SPSS Statistics*, Version 29.0.2.0 und R (Version 4.3.1) (29) verwendet.

#### *Propensity Score Matching, Directed Acyclic Graphs und Regressionsanalysen*

Zunächst werden die Vorbereitungen der Regressionsanalysen im Sinne des PSM beschrieben: Das PSM soll die Vergleichbarkeit zwischen „behandelten“ und „unbehandelten“ Gruppen erhöhen. Das Verfahren von randomisierten Kontrollstudien soll hiermit nachgeahmt werden und eine zuverlässige Bewertung von Behandlungseffekten in Beobachtungsstudien ermöglichen (30, 31). In dem beschriebenen Fall entspricht die „Behandlung“ einem ausreichendem Krankenversicherungsschutz. Zur „unbehandelten“ Gruppe gehören Menschen mit eingeschränktem oder ohne Krankenversicherungsschutz. Dies bedeutet, dass durch das PSM die Vergleichbarkeit zwischen der MoveCitizenS Stichprobe und der GEDA 2019/2020-EHIS Stichprobe (im Folgenden: GEDA) verbessert wird.

Zur Veranschaulichung der Prädiktor-Variablen (*exposure*) und der *Outcome* Variablen, sowie um potentielle Störvariablen zu identifizieren, die bei der *Propensity Score* Berechnung berücksichtigt werden müssen, wurden direkte azyklische Graphen (sog. DAG Modelle, [www.dagitty.net](http://www.dagitty.net)) vor den Analysen erstellt (32). Als *exposure* gilt hier der Krankenversicherungsstatus. Die Beziehungen zu den weiteren Variablen werden anhand von Pfeilen dargestellt. Abbildung 1 zeigt das DAG Modell für die *Outcome* Variable „Allgemeiner Gesundheitszustand“ (blau markiert). Abbildung 2 zeigt das DAG Modell für die *Outcome* Variable „Inanspruchnahme medizinischer Versorgung“. Abbildung 3 zeigt die zugehörige Legende. Die jeweils resultierenden Störvariablen werden rosa markiert (siehe Abbildung 1 und 2).

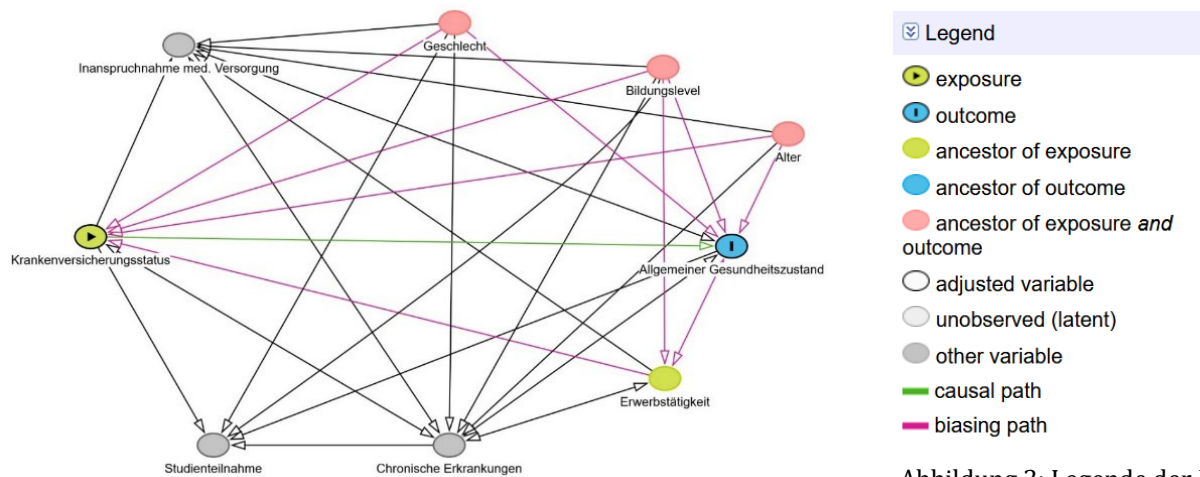


Abbildung 1: DAG, Outcome: Allgemeiner Gesundheitszustand

Abbildung 3: Legende der DAG (Directed acyclic graphs)

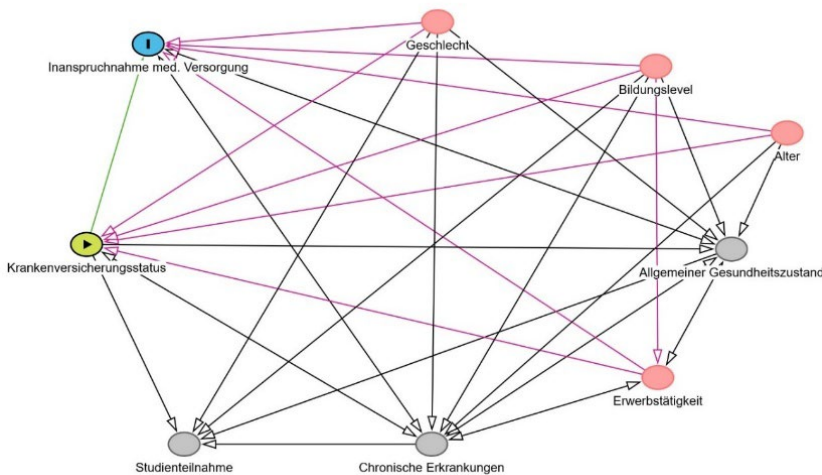


Abbildung 2: Outcome: Inanspruchnahme medizinischer Versorgung

In Abbildung 2 zur Outcome Variable „Inanspruchnahme medizinischer Versorgung“ wird neben Alter, Geschlecht und Bildungsstatus zusätzlich die Erwerbstätigkeit als potentielle Störvariable identifiziert. Im Gegensatz zu Alter, Geschlecht und Bildungsstatus wurde die Erwerbstätigkeit in den beiden Studien (MoveCitizenS und GEDA (23)) jedoch auf unterschiedliche Weise erhoben, sodass diese potentielle Störvariable aufgrund eingeschränkter Vergleichbarkeit nicht als Matching-Variable in die Propensity Score Berechnung aufgenommen wurde.

Die Propensity Scores wurden mittels logistischer Regressionen berechnet. Die abhängige Variable ist hier der Versicherungsstatus. Die unabhängigen Variablen sind die ausgewählten Kontrollvariablen (potentielle Störvariablen, hier: Alter, Geschlecht, Bildungsstatus). Unter Verwendung der Propensity Scores wurde ein 1:1 Matching durchgeführt. Anschließend wurden bedingte logistische Regressionen mit dem gematchten Datensatz durchgeführt, um den Zusammenhang zwischen Krankenversicherungsstatus (Exposition) und allgemeinem Gesundheitszustand (Outcome Fragestellung 3) bzw. Inanspruchnahme medizinischer Versorgung (Outcome Fragestellung 4) unter Berücksichtigung der

gematchten Paare zu untersuchen. Diese Methode erlaubt die Schätzung des Expositionseffekts, ohne die im Matching berücksichtigten Störvariablen erneut in das Modell aufzunehmen (33).

### 3.6. MoveCitizenS – ein partizipatives Forschungsprojekt

Das Forschungsprojekt wurde nach bürgerwissenschaftlichem und somit partizipativem Forschungsansatz durchgeführt (34). Als sogenannte „Co-Forschende“ wurden interessierte Bürger\*innen mit und ohne Krankenversicherung bzw. Angehörige von Betroffenen aktiv in verschiedene Phasen des Projekts eingebunden. Dies umfasste sowohl die Entwicklung des Masterfragebogens (Auswahl Fragebogenitems, siehe 3.1, Übersetzung, siehe 3.2 und Testung, siehe 3.3) als auch die Datenerhebung und -auswertung, sowie die Präsentation der Ergebnisse auf wissenschaftlichen Kongressen oder anderen Veranstaltungen. Die Co-Forschenden brachten hierbei ihre Perspektiven und Erfahrungen ein. Dies konnte dazu beitragen, Barrieren der Erreichbarkeit der Zielgruppe Menschen ohne reguläre Krankenversicherung zu reduzieren und die Weiterentwicklung methodischer Zugänge zu ermöglichen. Gleichzeitig steigert die aktive Beteiligung der Co-Forschenden deren Vertrauen in wissenschaftliche Prozesse sowie deren gesellschaftliche Teilhabe (34). Durch die Beteiligung der Co-Forschenden in der Wissenschaftskommunikation (hier insbesondere Präsentation der Ergebnisse) wird außerdem ein breiteres Publikum erreicht (34).

Für das MoveCitizenS-Projekt liegt ein positives Ethikvotum der Ethikkommission der medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität vor (Referenznummer 2022-1842). Die Studie ist im Deutschen Register klinischer Studien gelistet ([DRKS00029186](#)).

## 4. Diskussion

In der MoveCitizenS-Studie konnten erste Kenntnisse zum Gesundheitszustand und der medizinischen Versorgung von Menschen ohne reguläre Krankenversicherung gewonnen werden. Im Folgenden werden die Studienergebnisse zusammengefasst und in den aktuellen Forschungsstand eingeordnet. Anschließend werden Stärken und Limitationen der Studie diskutiert sowie Schlussfolgerungen erläutert.

### 4.1. Zusammenfassung und Einordnung der Studienergebnisse

Die Studienergebnisse zeigen bei den befragten Menschen ohne reguläre Krankenversicherung einen subjektiv schlechten somatischen und mentalen Gesundheitszustand und eine nach Selbstanzeige seltene Inanspruchnahme medizinischer Versorgung. Der Vergleich mit Gesundheitsdaten der Allgemeinbevölkerung mit regulärer Krankenversicherung in Deutschland (23) macht deutlich, dass bei Menschen ohne reguläre Krankenversicherung hausärztliche, fachärztliche sowie zahnärztliche Versorgung unabhängig von Altersgruppe, Geschlecht und Bildungsstatus seltener erfolgt als bei Menschen mit ausreichendem Versicherungsschutz.

Im Vergleich zu regulär versicherten Personen der Allgemeinbevölkerung zeigt sich bei Menschen ohne reguläre Krankenversicherung eine vergleichbar seltene Inanspruchnahme medizinischer Versorgung durch Psycholog\*innen, Psychotherapeut\*innen oder

Psychiater\*innen. Dies könnte unter anderem auf einen erhöhten Bedarf an dieser Form der Behandlung in dieser spezifischen Bevölkerungsgruppe zurückzuführen sein, der zum Beispiel durch Mugambwa, Lutchmun et al. 2023 (35) in ihrer retrospektiven, deskriptiven Studie beschrieben wird. Hierfür wurden Daten der ambulanten Versorgungseinrichtungen von „Ärzte der Welt“ für Menschen ohne reguläre Krankenversicherung aus dem Jahr 2021 analysiert. Es zeigte sich hierbei ein hoher Bedarf an der Versorgung psychischer Beschwerden bzw. Erkrankungen, der durch die Versorgung außerhalb des regulären Gesundheitssystems nicht ausreichend adäquat gedeckt werden konnte (35). Dies könnte möglicherweise auch auf die MoveCitizenS-Stichprobe zutreffen. Hinzu kommt, dass auch regulär Versicherte mit psychischen Erkrankungen eine entsprechende Versorgung trotz bestehenden Bedarfs häufig nicht in Anspruch nehmen (36).

Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung zeigt sich bei Menschen ohne reguläre Krankenversicherung zudem eine vergleichbare Inanspruchnahme von medizinischer Versorgung im stationären Sektor (inklusive Notaufnahme im Krankenhaus). In einem Vergleich von Gesundheitszustand und Inanspruchnahme medizinischer Versorgung von Asylsuchenden/Geflüchteten mit regulär Versicherten der Barmer Ersatzkrankenkasse beschreiben Bauhoff und Gopffarth (2018) sogar eine höhere Anzahl stationärer Aufenthalte sowie häufigere Inanspruchnahme von Leistungen in Notaufnahmen von Krankenhäusern durch Asylsuchende und Geflüchtete mit eingeschränktem Krankenversicherungsschutz (13) (siehe hierzu auch 1.2). Es wird außerdem beschrieben, dass diese stationäre Versorgung häufiger aufgrund von Krankheiten in Anspruch genommen wurde, die durch ambulante oder präventive Versorgung hätte verhindert werden können (13). Dies könnte auch in der MoveCitizenS-Stichprobe ein Grund für die vergleichsweise hohe Inanspruchnahme medizinischer Versorgung im stationären Sektor von Menschen ohne reguläre Krankenversicherung sein: Wenn bei (noch) gering ausgeprägten gesundheitlichen Beschwerden keine ambulante medizinische Versorgung in Anspruch genommen wird, können sich Beschwerden und der Gesundheitszustand so weit verschlimmern, dass zu einem späteren Zeitpunkt direkt eine Notaufnahme aufgesucht wird bzw. Betroffene notfallmäßig eingewiesen werden müssen und gegebenenfalls ein stationärer Aufenthalt nötig wird (13). Eine solche (vermutete) Verzögerung einer Inanspruchnahme medizinischer Versorgung ist wiederum meist mit erhöhten Kosten verbunden (15), wie bereits in 1.2 erläutert.

Die vorliegenden Studienergebnisse machen deutlich, dass Menschen ohne reguläre Krankenversicherung in Deutschland einen Bedarf an medizinischer Versorgung aufweisen und diesen selbst benennen, ähnlich wie dies bisherige Studien darlegen, in denen Expert\*innen befragt wurden, die in Organisationen tätig sind, die Menschen ohne reguläre Krankenversicherung versorgen (16, 20, 21) und Berichte von entsprechenden Organisationen ebenfalls beschreiben (zum Beispiel Ärzte der Welt (18), siehe 1.2). Zudem gibt der Vergleich der MoveCitizenS-Stichprobendaten mit Daten der Allgemeinbevölkerung mit regulärer Krankenversicherung (23) Hinweise darauf, dass ein fehlender oder eingeschränkter Krankenversicherungsschutz mit einem insgesamt schlechteren Gesundheitszustand, jedoch einer niedrigeren Inanspruchnahme haus-, fach- und zahnärztlicher Versorgung assoziiert sein könnte. Dies lässt vermuten, dass der tatsächliche Bedarf an medizinischer Versorgung nicht ausreichend gedeckt wird. Diese Vermutung ergänzt Erkenntnisse aus Studien, in denen bestehende Versorgungsstrukturen für Menschen ohne

reguläre Krankenversicherung außerhalb der Regelversorgung untersucht wurden (17, 20, 21), die ebenfalls auf einen nicht ausreichend gedeckten Bedarf an medizinischer Versorgung von Betroffenen hinweisen.

#### 4.2. Zusammenfassung und Einordnung der Stichprobenmerkmale

Die MoveCitizenS-Stichprobe von Menschen ohne reguläre Krankenversicherung zeigt ähnliche soziodemographische Merkmale wie in bestehender Literatur beschrieben. Beispielsweise berichten Ärzte der Welt in den jährlich erscheinenden Gesundheitsberichten von einem nahezu ausgeglichenen Geschlechterverhältnis (56% männlich vs. 44% weiblich) (18). Auch die Altersverteilung zeigt sich bei Ärzten der Welt ähnlich, mit der größten Altersgruppe zwischen 30 und 44 Jahren (18). In den Untersuchungen von Stötzler und Kaifie 2023 (21), in denen unter anderem soziodemografische Daten von Ratsuchenden in fünf Beratungs- und Vermittlungsstellen für Menschen ohne reguläre Krankenversicherung in Nordrhein-Westfalen erfasst wurden (siehe 1.2), wird berichtet, dass Ratsuchenden einen etwas höheren Anteil an Frauen als an Männern aufwiesen und die meistvertretene Altersgruppe zwischen 25 und 49 Jahren war (21) und somit nur etwas jünger als in der MoveCitizenS-Stichprobe. Dies könnte möglicherweise auf den hohen Anteil an schwangeren Ratsuchenden zurückzuführen sein, der hier als zweithäufigste Ursache für die Kontaktaufnahme mit der Beratungs- und Vermittlungsstelle genannt wurde (21).

Kongruent zu bestehenden Berichten nahmen auch an der MoveCitizenS-Studie vor allem Menschen mit Staatsangehörigkeit eines Landes außerhalb der EU teil. Im zuletzt erschienenen Gesundheitsreport 2024 (18) berichten Ärzte der Welt von den im Jahr 2023 erstmalig behandelten 1014 Menschen (Einsatzstellen in Berlin, Hamburg und München), einen Anteil von 48% Drittstaatenangehöriger, 42% EU-/EW-/Schweiz-Staatsangehörige und 10% deutsche Staatsangehörige (Vgl. Stichprobe unserer Befragung Menschen ohne reguläre Krankenversicherung, n=126: 65,1% Drittstaatenangehörige, 11,1 % EU-Staatsangehörige, 15,1% deutsche Staatsbürgerschaft). Stötzler et al. 2023 (21) berichten ähnliche Anteile an Staatsangehörigkeiten bzw. Aufenthaltsstatus.

Der hohe Anteil an Nicht-EU-Bürger\*innen liegt vermutlich sowohl an der gewählten Kohorte als auch der Art der Rekrutierung, denn genannte bisherige Studien zu Betroffenen wurden ebenfalls überwiegend in Zusammenarbeit mit Anlaufstellen für Menschen ohne reguläre Krankenversicherung durchgeführt. Versicherte (meist Deutsche) mit Beitragschulden bei ihrer Krankenkasse und EU-Bürger\*innen suchen Beratungsstellen für Menschen ohne reguläre Krankenversicherung seltener auf als Menschen ohne jeglichen Krankenversicherungsschutz, die oftmals Staatsangehörige eines Nicht-EU-Landes sind (18, 21). Ein möglicher Grund ist der Aufenthaltsstatus vieler Betroffener mit Staatsangehörigkeit eines Nicht-EU-Landes. Die an unserer Studie teilnehmenden Beratungsstellen sind gemeinnützig und nicht oder nicht unmittelbar an staatliche Behörden angebunden. Sie bieten Betroffenen somit einen besonders geschützten Rahmen. Personen, die aufgrund ihrer aufenthaltsrechtlichen Situation eine Abschiebung fürchten, benötigen diesen in besonderem Maße (siehe 1.1). Deutsche und EU-Bürger\*innen wiederum haben keine ähnlichen Konsequenzen zu fürchten und könnten zum Beispiel zunächst alternativ über das Sozialamt oder andere offizielle Behörden Hilfe suchen.

Es ist jedoch zu beachten, dass bei einem eingeschränktem Krankenversicherungsschutz, also sowohl bei Menschen, die medizinische Leistungen nach §4 und 6 des AsylbLG beziehen können, als auch bei Menschen mit Beitragsschulden bei ihrer Krankenkasse, die sich im sogenannten Notlagentarif (PKV) bzw. Ruhen des Leistungsanspruchs (GKV) befinden, die Art der Einschränkung sehr ähnlich ist (1) (siehe hierzu 1.1). Dies bedeutet, dass zumindest teilweise eine Übertragbarkeit auf die gesamte Gruppe an Menschen ohne reguläre Krankenversicherung möglich ist.

Dementsprechend bilden die gewonnenen explorativen Studienergebnisse einen wichtigen Einblick in die gesundheitliche Lage von Menschen ohne reguläre Krankenversicherung in Deutschland, die bislang kaum beleuchtet wurde.

### 4.3. Stärken und Limitationen

Zunächst werden die wichtigsten Stärken der Studie benannt: Für die Studie wurde ein mehrsprachiger Fragebogen verwendet, der basierend auf teils validierten Messinstrumenten im multiprofessionellen Team erstellt und nach etablierter Methode übersetzt wurde. Der bürgerwissenschaftliche, partizipative Ansatz des gesamten Forschungsprojekts war Basis für die Erreichbarkeit der Zielgruppe. Die a priori Registrierung der geplanten statistischen Analysen stellt ebenfalls eine Stärke der Studie dar, da sie die wissenschaftliche Transparenz fördert und die Reproduzierbarkeit der Ergebnisse unterstützt.

Im Folgenden werden die wichtigsten Limitationen beschrieben: Bei den gesammelten Daten handelt es sich um Selbstangaben. Die Ergebnisse können durch Erinnerungslücken verzerrt sein, was insbesondere zur Unterschätzung der Häufigkeit der Inanspruchnahme medizinischer Versorgung führen kann, wenn ebendiese nicht erinnerlich ist. Die Informationen zu chronischen Erkrankungen sowie zum berichteten Gesundheitszustand basieren nicht auf klinisch bestätigten Diagnosen. Dies kann zu einer Überschätzung der Prävalenz chronischer Erkrankungen führen, falls Beschwerden als chronisch wahrgenommen werden, diese jedoch die tatsächlichen Diagnosekriterien einer chronischen Erkrankung nicht erfüllen. Es kann jedoch auch zu einer Unterschätzung der Prävalenz chronischer Erkrankungen führen, wenn keine Beschwerden vorliegen und somit die Erkrankung als solche gar nicht wahrgenommen wird. Dies trifft zum Beispiel auf häufige chronische Erkrankungen wie arterielle Hypertonie oder Diabetes mellitus Typ 2 zu, die lange Zeit ohne Symptomatik auftreten können, dennoch als chronische Erkrankungen gelten und eine Behandlung erfordern (37, 38).

Im Vergleich mit Gesundheitsdaten der Allgemeinbevölkerung in Deutschland mit regulärer Krankenversicherung (23) wird der subjektive Gesundheitszustand von Menschen ohne reguläre Krankenversicherung deutlich häufiger als schlecht bezeichnet. Dies kann zu einem Teil durch die Rekrutierung der Zielgruppe erklärt werden. Der Großteil der Personen, die eine der teilnehmenden Anlaufstellen für Betroffene aufsuchen, hat sowohl akute medizinische Beschwerden als auch einen Bedarf an rechtlicher Beratung. Manche Personen wiederum kommen, um die Vermittlung zu Vorsorgeuntersuchungen, insbesondere im Rahmen einer Schwangerschaft, in Anspruch zu nehmen oder ausschließlich, um Hilfe für ihre sozialrechtliche Situation, ihren Aufenthalts- oder Krankenversiche-

rungsstatus zu suchen. Der Grund für den Besuch in der Beratungsstelle wurde im Fragebogen nicht erfasst. Dies könnte zu einer Überrepräsentation von Personen mit Gesundheitsproblemen im Sinne einer Selektionsverzerrung führen.

Jedoch gibt es auch eine Reihe von Faktoren, die zu einer möglichen Unterrepräsentation von Personen mit Gesundheitsproblemen führen könnten: Personen, die (noch) keinen Zugang zu den oben genannten Beratungsstellen haben, konnten nicht an der Studie teilnehmen. Außerdem ist anzunehmen, dass Personen mit einem guten Gesundheitszustand eher an der Studie teilnehmen, als solche, mit einem sehr schlechten Zustand, da sie gegebenenfalls gar nicht in der Lage dazu sind. Zusätzlich ist anzunehmen, dass einige der befragten Personen bereits von der Unterstützung durch die Beratungsstellen profitiert haben und hierdurch zum Beispiel medizinische Versorgung in Anspruch nehmen konnten.

Des Weiteren suchen Versicherte (meist Deutsche) mit Beitragsschulden bei ihrer Krankenkasse und EU-Bürger\*innen Beratungsstellen für Menschen ohne reguläre Krankenversicherung seltener auf als Menschen ohne jeglichen Krankenversicherungsschutz (oftmals Staatsangehörige eines Nicht-EU-Landes), was wiederum zu einem hohen Anteil an Nicht-EU-Bürger\*innen in der Stichprobe führt (siehe hierzu Kapitel 4.2).

Die teilnehmenden Beratungsstellen befinden sich alle in Städten in westdeutschen Bundesländern und mit mindestens 200.000 Einwohner\*innen. Es bleibt offen, inwiefern sich die Situation von Menschen ohne reguläre Krankenversicherung in ländlichen Regionen bzw. in den ostdeutschen Bundesländern zu denen der MoveCitizenS-Stichprobe unterscheidet oder ähnelt.

Insgesamt bedeutet dies, dass durch die Art der Rekrutierung sowie durch die Begrenzung des Fragebogeninstruments auf sechs Sprachen, das Risiko eines Selektionsbias besteht. Die kleine Stichprobe der MoveCitizenS-Studie dient somit lediglich zur Erhebung erster Daten und Exploration erster Zusammenhänge zwischen Krankenversicherungsstatus und gesundheitlicher Lebensumstände. Die Studienergebnisse lassen sich daher nur eingeschränkt auf die gesamte Gruppe von Menschen ohne reguläre Krankenversicherung übertragen.

#### *Umgang mit fehlenden Daten*

Es ist anzunehmen, dass Anteile fehlender Daten von >5% möglicherweise nicht zufällig fehlen (*missing not at random*, MNAR)(39). Daher wurden keine Imputationen, sondern eine *complete case* Analyse durchgeführt (39). Die geschätzten Prävalenzzahlen beziehen sich daher auf die jeweilige Stichprobe, exklusive fehlender Angaben. Die Angaben zu den jeweiligen fehlenden Daten sind der Tabelle 1 der Publikation (siehe 2) zu entnehmen.

Im Folgenden werden die wichtigsten Gründe benannt, die dazu geführt haben könnten, dass einzelne Fragen durch Studienteilnehmende nicht ausgefüllt wurden. Es ist anzunehmen, dass einzelne Fragen aufgrund von Schamgefühlen nicht ausgefüllt wurden. Dies betrifft insbesondere Fragen zur psychischen Belastung, Symptomen, dem Bildungsstatus und der Erwerbstätigkeit. Weiter ist anzunehmen, dass einzelne Fragen zu lang und/oder zu kompliziert für die Teilnehmenden waren, insbesondere, falls der Fragebogen nicht in

der eigenen Erstsprache verfügbar war. Fragen, die sich auf einen längeren Zeitraum beziehen, hier 12 Monate, könnten aufgrund von Erinnerungslücken nicht ausgefüllt worden sein. Die fehlenden Daten verkleinern die Stichprobe der entsprechenden untersuchten Variablen und verringern so gegebenenfalls die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die gesamte Gruppe von Menschen ohne reguläre Krankenversicherung.

#### 4.4. Schlussfolgerung

Durch die Entwicklung und Durchführung der mehrsprachigen und bundesweiten Studie anhand Citizen Science wurde eine Zielgruppe erreicht, die oftmals als schwer zugänglich gilt. Dies zeigt, dass diese Zielgruppe grundsätzlich erreichbar ist – vorausgesetzt, es werden zielgruppenspezifische Erhebungsmethoden angewendet. Die gewonnenen Erkenntnisse zum somatischen und psychischen Gesundheitszustand (Fragestellung 1) sowie zur Inanspruchnahme medizinischer Versorgung (Fragestellung 2) verdeutlichen, dass bei Menschen ohne reguläre Krankenversicherung erhebliche gesundheitliche Belastungen vorliegen. Der Vergleich der Stichprobendaten mit Befragungsdaten der Allgemeinbevölkerung gibt Hinweise auf einen möglichen Zusammenhang zwischen Krankenversicherungsstatus und Gesundheitszustand bzw. Inanspruchnahme medizinischer Versorgung (Fragestellung 3 und 4). Damit werden Lebensrealitäten sichtbar gemacht, die in der gesundheitspolitischen und gesellschaftlichen Wahrnehmung bislang nur unzureichend berücksichtigt wurden. Dies trägt zu einem vertieften Verständnis der gesundheitsbezogenen Lebensumstände und Versorgungsbedarfe von Betroffenen bei, was wiederum essentiell ist, um eine bedarfsgerechte und flächendeckende Gesundheitsversorgung für alle Menschen in Deutschland sicherzustellen.

Insgesamt ergibt sich hieraus der konkrete sozialpolitische Handlungsbedarf zur Förderung der bestehenden Versorgungsstrukturen. Auf Basis der Studienergebnisse ist anzunehmen, dass die Inanspruchnahme medizinischer Versorgung bei einem Teil der Befragten durch die Beratungsstellen ermöglicht wurde, in denen die Teilnehmenden rekrutiert wurden. Dies wiederum legt nahe, dass jene niederschweligen Angebote für die Versorgung der Betroffenen aktuell essentiell sind. Einige der Beratungsstellen unterstützen Betroffene aktiv dabei, einen regulären Krankenversicherungsschutz zu erlangen. Der beobachtete mögliche Zusammenhang zwischen Krankenversicherungsstatus und Gesundheitszustand bzw. Inanspruchnahme medizinischer Versorgung legt nahe, dass diese Unterstützung ebenfalls ein unerlässlicher Beitrag für den Zugang zu Gesundheitsversorgung darstellt.

Um diese Versorgungsstrukturen langfristig zu sichern, sind ausreichende finanzielle Mittel und eine strukturelle Verstärkung bereits erfolgreicher Ansätze notwendig. Hier ist zu beachten, dass sowohl der ambulante als auch der stationäre Sektor in der Versorgung abgedeckt sein müssen, einschließlich Präventivmaßnahmen und Versorgung chronischer Erkrankungen. Die vorliegenden Studienergebnisse deuten darauf hin, dass durch eine breite ambulante Versorgung die Notwendigkeit stationärer Behandlungen möglicherweise reduziert werden könnte – insbesondere dann, wenn eine stationäre Versorgung bislang häufig die einzige zugängliche Form medizinischer Versorgung bei Gesundheitsproblemen darstellt.

Die MoveCitizenS-Stichprobe stellt jedoch lediglich einen Ausschnitt der sehr heterogenen Gruppe von Betroffenen dar. Um die Versorgungslage dieser vielfältigen Bevölkerungsgruppen valide zu erfassen, ist ein spezifisches Gesundheitsmonitoring von Menschen ohne reguläre Krankenversicherung erforderlich, das diese Heterogenität systematisch berücksichtigt. Die vorliegende Studie verdeutlicht das Potenzial partizipativer und zielgruppenorientierter Forschungsansätze, um bestehende Datenlücken zu schließen. Somit kann die vorliegende Studie als Grundlage für eine bedarfsgerechte Verbesserung der Gesundheitsversorgung von in Deutschland lebenden Menschen dienen. Weitere Studien mittels partizipativer und zielgruppenorientierter Forschungsansätze wären wünschenswert, um diese Verbesserung für möglichst viele Menschen zu gewährleisten.

## 5. Literatur- und Quellenverzeichnis

1. Kurz C. Menschen ohne Krankenversicherung - Ein oft übersehenes Problem. Deutsches Ärzteblatt. 2022;119(41):A-1738-41.
2. Statistisches Bundesamt. Pressemitteilung Nr. N060 vom 29. Oktober 2025 2025 [cited 03.11.2025]. Available from: [https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2025/10/PD25\\_N060\\_23.html](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2025/10/PD25_N060_23.html).
3. Statistisches Bundesamt. Angaben zur Krankenversicherung (Ergebnisse des Mikrozensus) - Fachserie 13 Reihe 1.1 - 2019 [cited 02.11.2023]. Available from: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitszustand-Relevantes-Verhalten/Publikationen/Downloads-Gesundheitszustand/krankenversicherung-mikrozensus-2130110199004.pdf>.
4. Kirchner S. Im Dienst für das Menschenrecht auf Gesundheit: Ärzte der Welt. MMW - Fortschritte der Medizin. 2022;164(1):14-7.
5. Statistisches Bundesamt. Pressemitteilung Nr. 387 vom 10. Oktober 2024 2024 [cited 22.06.2025]. Available from: [https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/10/PD24\\_387\\_222.html](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/10/PD24_387_222.html).
6. Vogel D. Update report Germany: Estimated number of irregular foreign residents in Germany (2014), Database on Irregular Migration, Update report 2015 [cited 22.06.2025]. Available from: [https://irregular-migration.net/wp-content/uploads/2021/06/Vogel\\_2015\\_Update\\_report\\_Germany\\_2014\\_fin-.pdf](https://irregular-migration.net/wp-content/uploads/2021/06/Vogel_2015_Update_report_Germany_2014_fin-.pdf).
7. Mylius M. Die medizinische Versorgung von Menschen ohne Papiere in Deutschland: Studien zur Praxis in Gesundheitsämtern und Krankenhäusern: transcript Verlag; 2016.
8. Statistisches Bundesamt. Qualitätsbericht - Statistik untergebrachter wohnungsloser Personen - 2022 [cited 30.01.2024]. Available from: <https://www.destatis.de/DE/Methoden/Qualitaet/Qualitaetsberichte/Soziales/wohnungslose-personen.pdf>.
9. Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. Pressemitteilung der BAG W. Pressemappe vom 07.11.2023 [cited 30.01.2024]. Available from: [https://www.bagw.de/fileadmin/bagw/media/Doc/PRM/PRM\\_24\\_Wohnen\\_Sichern.pdf](https://www.bagw.de/fileadmin/bagw/media/Doc/PRM/PRM_24_Wohnen_Sichern.pdf).
10. Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. Zu Lebenslagen wohnungsloser und von Wohnungslosigkeit bedrohter Menschen in Deutschland – Lebenslagenbericht 2020 [cited 21.06.2025]. Available from: [https://www.bagw.de/fileadmin/bagw/media/Doc/STA/STA\\_Statistikbericht\\_2020.pdf](https://www.bagw.de/fileadmin/bagw/media/Doc/STA/STA_Statistikbericht_2020.pdf).
11. Frings D. Zugang zum Gesundheitssystem für Unionsbürgerinnen und Unionsbürger, Angehörige des EWR und der Schweiz: Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration; Die Beauftragte der

Bundesregierung für Antirassismus Gleichbehandlungsstelle EU-Arbeitnehmer; Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e.V.; 2022 [cited 16.01.2024]. Available from: <https://www.eu-gleichbehandlungsstelle.de/resource/blob/1817828/1813468/d901cf990cd935fdb43de513f90412f6/broschuere-zugang-zum-gesundheitssystem-data.pdf?download=1Y3>.

12. Verband der Privaten Krankenversicherungen. Rechenschaftsbericht 2025 2025 [cited 21.06.2025]. Available from: <https://www.yumpu.com/de/document/read/70555953/pkv-jahresbericht-2025>.

13. Bauhoff S, Gopffarth D. Asylum-seekers in Germany differ from regularly insured in their morbidity, utilizations and costs of care. *PloS one*. 2018;13(5):e0197881.

14. Biddle L, Hintermeier M, Mohsenpour A, Sand M, Bozorgmehr K. Monitoring der Gesundheit und Gesundheitsversorgung geflüchteter Menschen in Sammelunterkünften: Ergebnisse des bevölkerungsbezogenen Surveys RESPOND. 2021;6(1):7-29.

15. Bozorgmehr K, Razum O. Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1994-2013. *PloS one*. 2015;10(7):e0131483.

16. Razum O, Wenner J, Bozorgmehr K. [When Chance Decides About Access to Health Care: The Case of Refugees in Germany]. *Gesundheitswesen*. 2016;78(11):711-4.

17. Nowak AC, Razum O, Hornberg C. Exploring the Significance of Legal Status on Refugees' and Asylum Seekers' Access to Health Care in Germany-A Mixed-Method Study. *International journal of public health*. 2023;68:1605578.

18. Ärzte der Welt e. V. Gesundheitsreport 2024 - Krank und ohne Krankenversicherung in Deutschland München2024 [cited 10.02.2025]. Available from: <https://www.aerztederwelt.org/presse-und-publikationen/publikationen/2024/12/10/gesundheitsreport-2024>.

19. Ärzte der Welt e. V. Gesundheitsreport 2023 - Krank und ohne medizinische Versorgung in Deutschland 2023 [cited 11.02.2025]. Available from: [https://issuu.com/arztederwelt/docs/gesundheitsreport\\_2023\\_aerztederwelt](https://issuu.com/arztederwelt/docs/gesundheitsreport_2023_aerztederwelt).

20. Linke C, Heintze C, Holzinger F. 'Managing scarcity' – a qualitative study on volunteer-based healthcare for chronically ill, uninsured migrants in Berlin, Germany. *BMJ open*. 2019;9(3):e025018-e.

21. Stotzler M, Kaifie A. Healthcare for individuals without health insurance in Germany - a mixed methods approach to assess the situation and current challenges. *International journal for equity in health*. 2023;22(1):117.

22. Neupert I, Pieper C. Menschen ohne Krankenversicherung-Prävalenz und Rückführung in die sozialen Sicherungssysteme durch den Sozialdienst am Beispiel des Universitätsklinikums Essen. *Das Gesundheitswesen*. 2020;82(12):955-60.

23. Robert Koch-Institut Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring. Gesundheit in Deutschland aktuell 2019/2020-EHIS (GEDA 2019/2020-EHIS). Scientific Use File 1. Version. 2022.

24. Robert Koch-Institut. Fragebogen zur Studie Gesundheit in Deutschland aktuell: GEDA 2019/2020-EHIS. *Journal of Health Monitoring*. 2021;6:88–106.
25. Schneider C, Joos S, Bozorgmehr K. Gesundheitszustand und medizinische Versorgung von Asylsuchenden – Konzeption und Pilotierung eines Fragebogens. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*. 2017;126:4-12.
26. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, Löwe B. An Ultra-Brief Screening Scale for Anxiety and Depression: The PHQ-4. *Psychosomatics*. 2009;50(6):613-21.
27. Behr D, Braun M, Dorer B (2015). Messinstrumente in internationalen Studien (Version 1.1). (GESIS Survey Guidelines). Mannheim: GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften. [https://doi.org/10.15465/gesis-sg\\_006](https://doi.org/10.15465/gesis-sg_006)
28. Lenzner, Timo, Neuert, Cornelia und Otto, Wanda (2015). Kognitives Pretesting. Mannheim, GESIS Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften (GESIS Survey Guidelines ). DOI: 10.15465/gesis-sg\_010
29. Team RC. R: A Language and Environment for Statistical Computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. 2023.
30. Austin PC. An Introduction to Propensity Score Methods for Reducing the Effects of Confounding in Observational Studies. *Multivariate Behav Res*. 2011;46(3):399-424.
31. Kuss O, Blettner M, Borgermann J. Propensity Score: an Alternative Method of Analyzing Treatment Effects. *Dtsch Arztebl Int*. 2016;113(35-36):597-603.
32. Tonnies T, Kahl S, Kuss O. Collider Bias in Observational Studies. *Dtsch Arztebl Int*. 2022;119(7):107-22.
33. Iwagami M, Shinozaki T. Introduction to Matching in Case-Control and Cohort Studies. *Ann Clin Epidemiol*. 2022;4(2):33-40.
34. Bonn A, Richter, A., Vohland, K., Pettibone, L., Brandt, M., Feldmann, R., Goebel, C., Grefe, C., Hecker, S., Hen-, nen L, Hofer, H., Kiefer, S., Klotz, S., Kluttig, T., Krause, J., Küsel, K., Liedtke, C., Mahla, A., Neumeier, V., Premke-, Kraus M, Rillig, M. C., Röller, O., Schäffler, L., Schmalzbauer, B., Schneidewind, U., Schumann, A., Settele, J., Tochtermann K, Tockner, K., Vogel, J., Volkmann, W., von Unger, H., Walter, D., Weisskopf, M., Wirth, C., Witt, T., Wolst DDZ. Grünbuch Citizen Science Strategie 2020 für Deutschland: Helmholtz-Zentrum für Umweltforschung (UFZ), Deutsches Zentrum für integrative Biodiversitätsforschung (iDiv) Halle-Jena-Leipzig, Leipzig, Museum für Naturkunde Berlin, Leibniz-Institut für Evolutions- und Biodiversitätsforschung (MfN), Berlin-Brandenburgisches Institut für Biodiversitätsforschung (BBIB), Berlin; 2016 [cited 13.10.2025]. Available from: [https://www.mitforschen.org/sites/default/files/assets/dokumente/gewiss-gruenbuch\\_citizen\\_science\\_strategie.pdf#page=14](https://www.mitforschen.org/sites/default/files/assets/dokumente/gewiss-gruenbuch_citizen_science_strategie.pdf#page=14).
35. Mugambwa KA, Lutchmun W, Gach J, Bader C, Froeschl G. Mental health of people with limited access to health services: a retrospective study of patients attending a humanitarian clinic network in Germany in 2021. *BMC psychiatry*. 2023;23(1):270.

36. Mack S, Jacobi F, Gerschler A, Strehle J, Höfler M, Busch MA, et al. Self-reported utilization of mental health services in the adult German population--evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-Mental Health Module (DEGS1-MH). *International journal of methods in psychiatric research*. 2014;23(3):289-303.
37. Bundesärztekammer (BÄK) KBK, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Hypertonie – Kurzfassung, Version 1.0. 2023.
38. Bundesärztekammer (BÄK) KBK, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen, Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Typ-2-Diabetes – Langfassung. Version 3.0. 2023.
39. Kang H. The prevention and handling of the missing data. *Korean journal of anesthesiology*. 2013;64:402-6.

## Danksagungen

Ein besonderer Dank gilt allen Teilnehmenden der MoveCitizenS-Studie sowie allen Co-Forschenden, die das Projekt durch ihr freiwilliges Engagement überhaupt erst ermöglicht haben.

Danke an alle Mitarbeitenden der teilnehmenden Beratungs- und Clearingstellen für Menschen ohne reguläre Krankenversicherung – sowohl für die Mitarbeit am MoveCitizenS-Projekt als auch für ihre Arbeit generell.

Danke an meine Familie und Freund\*innen, insbesondere Sophia und Claudia fürs Mut machen, das Projekt überhaupt anzugehen, Paula und Co. für die gemeinsamen Bib-Tage, Rolf für das unermüdliche Nachhaken nach dem aktuellen Stand, Maren fürs haargenaue Korrekturlesen und meinen Eltern für die finanzielle Unterstützung.

Ich danke außerdem meiner Doktormutter Sabrina Kastaun, die mir immer zuverlässig, beratend und ermutigend zur Seite stand. Ebenso gilt mein Dank Simone Weyers für die Zweitbetreuung und Stefan Wilm, der als Leiter des Instituts für Allgemeinmedizin diese Promotion möglich machte.

Nicht zuletzt ein riesiges Dankeschön an meine Betreuerin Jacqueline Warth für die wunderbare Zusammenarbeit und die tatkräftige Unterstützung und Begleitung von Anfang an!