

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Hamburg University of Applied Sciences

Die gesundheitliche und soziale Lage von Menschen mit Migrationshintergrund

Bachelor Arbeit

Fakultät Life Sciences

Studiengang Gesundheitswissenschaften

Vorgelegt von

Hintsä Kidanemariam Alemie

Matrikelnummer: [REDACTED]

Hamburg, 26.05.2021

Betreuer: Prof. Dr. Walter Leal

Zweitbetreuer: Prof. Dr. Andre Klussmann

Zusammenfassung

Hintergrund: Menschen mit Migrationshintergrund weisen vielmehr regelmäßige Defizite in einigen gesundheitsbezogenen Faktoren auf als Menschen ohne Migrationshintergrund. Bisher erlebt diese Bevölkerungsgruppe verschiedene Hindernisse in der medizinischen Versorgung, die den Zugang zu Angeboten beeinträchtigen und die Versorgungsergebnisse ungünstig beeinflussen können. Außerdem leben sie häufiger in sozial benachteiligten Orten und haben einen schlechteren Zugang zur medizinischen Versorgung. Dies wirkt sich zusätzlich negativ auf ihren Gesundheitszustand aus. In der vorliegenden Arbeit soll die Aufmerksamkeit darauf gerichtet werden, dass durch die Angebote der Gesundheitsförderung die Zugangswege sowie Hindernisse der gesundheitlichen Lage verbessert werden können.

Methode: Zur Bearbeitung der Fragestellung stehen zahlreiche aktuelle Literaturquellen zur Verfügung. Die gesundheitliche und soziale Lage von Menschen mit Migrationshintergrund soll durch eine Literaturrecherche kritisch analysiert werden. Durch die Bearbeitung von aktueller Fachliteratur wird auf das soziale Umfeld und die Lebensweisen von Menschen mit Migrationshintergrund aufmerksam gemacht.

Ergebnisse: Im Vergleich zur Gesamtbevölkerung sind Menschen mit Migrationshintergrund sozial und ökonomisch benachteiligt, sodass ihre gesundheitliche Situation erheblich schlechter ist. Aus sozialen Studien zur Krankheitsübertragung ist wohlbekannt, dass ein niedriger sozioökonomischer Status oft mit Infektionen wie Herzerkrankungen, Schlaganfall, Diabetes und Depression verbunden ist. Zu den Barrieren und Hindernissen gehören vor allem der schwierige Zugang zu den Erziehungsberechtigten und die sozialen Gegensätze innerhalb der Zielgruppe. Durch gesundheitsförderliche und migrationsspezifische Angebote kann die Situation für einzelne Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund verbessert werden.

Diskussion: Migrant*innen haben durchschnittlich ein geringeres Einkommen und ein niedrigeres Bildungsniveau. Die Informationslage über die gesundheitlichen und sozialen Verhältnisse von Menschen mit Migrationshintergrund weist zudem Defizite auf und bedarf weiterer Analysen. Zur weiteren Verbesserung im Sinne von migrationssensiblen Präventionen und Gesundheitsförderung sollte der Fokus auf der Durchführbarkeit von Interventionen liegen. Es sollte das Ziel der Politik auf allen Ebenen sein, die Rahmenbedingungen für gleiche Gesundheits- und Bildungschancen für Menschen mit Migrationshintergrund zu schaffen.

Abstract

Background: People with an immigration background are more likely to experience regular deficits on certain health-related factors than those without an immigration background. So far, this population has encountered some healthcare barriers that may affect access to services and adversely affect healthcare outcomes. They are also more likely to live in socially disadvantaged areas and have poorer access to medical care. This has an additional negative impact on their health status. This paper will highlight the fact that health promotion services can improve access routes as well as barriers to health.

Method: Numerous current literature sources are available to address the research question. The health and social situation of people with migration background will be critically analyzed by a literature research. By processing current literature, attention will be drawn to the social environment and lifestyles of people with a migration background.

Results: Compared to the general population, people with a migration background are socially and economically disadvantaged, which makes their health situation much worse. It is well known from social research on disease transmission that low socioeconomic status is more often associated with infections such as heart disease, stroke, diabetes and depression. Barriers and obstacles are primarily difficult access to caregivers and social contrasts in the target population. Health promotion and migration-related services can improve the situation of particular groups of the population with a migrant background.

Discussion: Migrants, on average, have lower incomes and lower levels of education. The information situation regarding the health and social conditions of people from a migrant background also shows deficits and requires further analysis. To further improve migration prevention and health promotion, the focus should be on the feasibility of interventions. Health policies at all levels should aim to create framework conditions for equal health and educational opportunities for people with a migrant background.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	I
Abstract	II
Abbildungsverzeichnis	V
Abkürzungsverzeichnis	VI
1 Einleitung	1
1.1 Zielsetzung und Problemstellung der Bachelorarbeit	2
1.2 Gliederung der Bachelorarbeit	3
1.3 Methodische Vorgehensweise	3
2. Begriffsbestimmung/ Definition	4
2.1 Migrationshintergrund.....	4
2.2 Ausländer*innen.....	5
2.3 Spätaussiedler*innen.....	5
2.4 Gesundheit	6
3. Status Quo von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland	6
3.1 Migrationsphasen seit der Nachkriegszeit.....	6
3.2 Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund 2019.....	9
3.2.1 Generation der Menschen mit Migrationshintergrund	9
3.2.2 Daten zur Bevölkerung in den Bundesländern.....	11
3.2.3 Daten zur Bevölkerung in Städten und Landkreisen	12
3.3 Geburtsregionen und -ländern der Eltern.....	12
3.4 Altersverteilung	15
3.5 Aufenthaltsdauer.....	17
4. Gesundheitliche und soziale Lage von Menschen mit Migrationshintergrund	18
4.1 Sozioökonomischer Status	18
4.1.1 Soziale Ungleichheit	21
4.1.2 Gesundheitliche Ungleichheit	22
4.1.3 Auswirkung der sozialen Lage	23
4.1.4 Gesundheitliche Belastung.....	24
4.2 Gesundheitsverhalten.....	25
4.2.1 Verwendung von Vorsorgeuntersuchungen	25
4.2.2 Übergewicht.....	26
4.2.3 Rauchgewohnheiten	27
4.2.4 Alkoholkonsum.....	27
4.2.5 Drogenkonsum und andere Abhängigkeiten.....	28
4.3 Gesundheitsdeterminanten	28
4.3.1 Beschäftigungs- und Einkommensverhältnisse	31
4.3.2 Wohnverhältnisse	32
4.4 Bedingungsfaktoren der Gesundheit.....	33
4.4.1 Faktoren der sozioökonomischen Bedingungen	33
4.4.2 Soziokulturelle Bedingungsfaktoren	34

4.5	Gefahrfaktoren der Menschen mit Migrationshintergrund.....	34
4.5.1	Armut und soziale Ungleichheit	34
4.5.2	Individuelles Verhalten und Umstände	35
4.5.3	Lebenslaufansatz.....	35
4.5.4	Anfangsphase der Migration	35
4.5.5	Personen ohne zugelassene Aufenthaltsgenehmigung	36
5	<i>Zugangsbarrieren und Hindernisse im deutschen Gesundheitsversorgung</i>	36
5.1	Zugangsbarrieren in der Gesundheitsversorgung	36
5.2	Sprachliche Kommunikationsprobleme.....	38
5.3	Kulturelle und Religiöse Konzepte.....	40
5.3.1	Kulturelle Konzepte	40
5.3.3	Religiöse Konzepte	41
5.4	Migrationspezifische Hindernisse	42
5.5	Die Frage der sprachlichen Intervention.....	42
6	<i>Handlungsempfehlungen.....</i>	43
6.1	Interkulturelle Eröffnung	43
6.2	Orientierung der Gesundheitssystem.....	44
6.3	Datenmaterial	45
6.4	Sprachliche Intervention	45
7	<i>Gesundheitsförderung und Prävention für Menschen mit Migrationshintergrund</i>	46
7.1	Definition der Gesundheitsförderung.....	46
7.2	Setting Kommune	47
7.3	Setting-Ansatz	48
7.4	Migrationsensible Prävention.....	49
7.5	Präventionsangebote für Menschen mit Migrationshintergrund	50
8	<i>Notwendigkeit und Chancen einer Gesundheitsversorgung.....</i>	50
8.1	Angeboten der Gesundheitsversorgung	51
8.2	Diversity Management.....	51
9	<i>Zugänglichkeit und Ergebnisqualität der Gesundheitsversorgung</i>	52
9.1	Patientenzufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung	52
9.2	Verbesserung der Gesundheitsversorgung	53
10.	<i>Diskussion.....</i>	54
11	<i>Fazit.....</i>	56
	<i>Literaturverzeichnis</i>	VII
	<i>Eidesstattliche Erklärung</i>	XVI

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Bevölkerung Deutschlands nach Migrationshintergrund (im weiteren Sinne) im Jahr 2019, in Tausend. Eigene Darstellung modifiziert nach BAMF/BMI, 2020; Statistisches Bundesamt: Mikrozensus 2019.....S. 9
Abbildung 2:	Personen mit Migrationshintergrund in Deutschland im Jahr 2019. BAMF/BMI, 2020 nach Statistisches Bundesamt: Mikrozensus 2019.....S.11
Abbildung 3:	Bevölkerung mit Migrationshintergrund nach Geburtsregionen in Deutschland 2019. BAMF/BMI, 2020 nach Statistisches Bundesamt, Mikrozensus 2019.....S.13
Abbildung 4:	Personen mit Migrationshintergrund nach den häufigsten Geburtsländern im Jahr 2019. BAMF/BMI, 2020 nach Statistisches Bundesamt, Mikrozensus 2019.....S.14
Abbildung 5:	Personen mit Migrationshintergrund nach Geburtsland und Migrationserfahrung im Jahr 2019, in Tausend. BAMF/BMI, 2020 nach Statistisches Bundesamt, Mikrozensus 2019.....S.15
Abbildung 6:	Altersstruktur der Bevölkerung mit und ohne Migrationshintergrund sowie mit Migrationserfahrung 2019. BAMF/BMI, 2020 nach Statistisches Bundesamt, Mikrozensus 2019.....S.16
Abbildung 7:	Personen mit eigener Migrationserfahrung nach ausgewählten Geburtsländern und Aufenthaltsdauer 2019. BAMF/BMI, 2020 nach Statistisches Bundesamt, Mikrozensus 2019.....S. 17
Abbildung 8:	Modell zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit. Eigene Darstellung modifiziert nach Lampert 2016, S. 128, Elkeles und Mielck 1997, 2000, 2005.....S. 23
Abbildung 9:	Grafik der Gesundheitsdeterminanten. Dahlgren G & Whitehead M 1991, zit. Fonds gesundes Österreich 2013.....S. 30

Abkürzungsverzeichnis

AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AZR	Ausländerzentralregisters
BAMF	Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
BMI	Bundesministerium des Innern
BpB	Bundeszentrale für politische Bildung
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DESTATIS	Statistisches Bundesamt
EU	Europäische Union
GeWINO	Gesundheitswissenschaftliches Institut Nordost
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
IBBC	Interkulturellen Beratungs- und Begegnungs-Cent- rums e.V.
LARES	Large Analysis and Review of European housing and health Status
RKI	Robert Koch Institut
UdSSR	Union der Sozialistischen Sowjetrepubliken
WHO	<i>World Health Organization</i> (Weltgesundheitsorgani- sation)

1 Einleitung

In den letzten Jahrzehnten hat der Anteil der Migrationsbewegungen auf der ganzen Welt zugenommen. Im Jahr 2019 hatten 21,2 Millionen Menschen aus der gesamten deutschen Bevölkerung einen Migrationshintergrund, was rund 26,0 Prozent der Bevölkerung deutscher Privathaushalte entspricht (DESTATIS, 2020). Derzeit sind Menschen mit Migrationshintergrund in allen Branchen und Berufen anzutreffen. In den meisten Fällen sind sie in schlecht ausgebildeten und saisonalen Berufen beschäftigt. Diese betreffen körperlich anstrengende Berufe mit geringem Einkommen und wechselnden Arbeitszeiten im Alltag (Lay, Rössler, 2011, S. 101–102). Sie haben nicht nur Probleme bei der Arbeit, sondern auch mit dem Gesundheitssystem, den Aufenthaltsrichtlinien, den sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten und den kulturellen Missverständnissen (Koch et al., 2013, S. 7).

Die unterschiedlichen kulturellen und sprachlichen Schwierigkeiten im Gesundheitssystem führen zu erheblichen Problemen, insbesondere für Menschen mit Migrationshintergrund. Die Definition von sozialer Ungleichheit beschreibt den Unterschied in Bezug auf Bildung, Geld, Regeln und Wirksamkeit innerhalb der Gesellschaft sowie das Ergebnis der unterschiedlichen Gesundheitsbedingungen der Menschen (Blättner, Waller, 2011, S. 135). Darüber hinaus bringt das Leben in einer fremden Kultur zahlreiche psychische sowie soziale Veränderungen mit sich.

In Deutschland gibt es eine lange Forschungsgeschichte zu den Auswirkungen von sozialer Ungleichheit auf die Gesundheit. Zu dieser Zeit lag der Schwerpunkt noch auf Infektionskrankheiten wie Tuberkulose und Cholera. Nachdem die Tradition der Forschung mit Weltkonflikten zum Stillstand gekommen war, wurde sie erst Ende des 20. Jahrhunderts wieder aufgenommen. Es wird anerkannt, dass vorherrschende chronische Krankheiten und Beschwerden in engem Zusammenhang mit dem Alltagsumfeld identifiziert und uneinheitlich in der Bevölkerung verankert sind. Derzeit gibt es eine separate Forschungslinie, die sich mit der Analyse sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheiten befasst. In der Zwischenzeit haben viele repräsentative Studien gezeigt, dass viele Krankheiten, Beschwerden und Risikofaktoren in Personengruppen mit niedrigem Status häufiger auftreten (Lampert, 2016, S. 121f).

Darüber hinaus konzentrierte sich die Forschung zunehmend auf den Ausdruck und die Erklärung des Zusammenhangs zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit oder Krankheit. Das in dieser Situation erworbene Wissen ist eine notwendige Voraussetzung für die Entwicklung und Umsetzung von Verfahren und Maßnahmen, um die Auswirkungen sozioökonomischer Unterschiede und soziale Benachteiligung auf die Gesundheit zu verringern (Richter, Hurrelmann, 2009, S. 13f). Hierbei wird der Gesundheitsförderung und der Prävention große Bedeutung beigemessen.

Eine angemessene Gesundheitsversorgung für Menschen mit Migrationshintergrund stellt Gesundheitseinrichtungen vor verschiedene Herausforderungen, die bisher noch nicht beachtet wurden. So erfährt diese Bevölkerungsgruppe in allen Phasen des Versorgungsprozesses Barrieren, die sowohl den Zugang zu Angeboten erschweren als auch die Versorgungsergebnisse ungünstig beeinflussen (Brzoska, Razum, 2020). Daher wird sich in dieser Arbeit auf die Möglichkeiten zur Verringerung dieser Barrieren und auf die Verbesserung sowie Verstärkung der Gesundheitsförderung von Menschen mit Migrationshintergrund fokussiert. Diverse Managements können auch dabei helfen, diese Hindernisse zu überwinden und die Gesundheitsversorgung für die gesamte Bevölkerung benutzerorientierter zu gestalten (Brzoska, Razum, 2020).

1.1 Zielsetzung und Problemstellung der Bachelorarbeit

Ziel der Abschlussarbeit ist es, einen Überblick über den gegenwärtigen Wissensstand zum Thema der gesundheitlichen und sozialen Lage von Menschen mit Migrationshintergrund aufzuzeigen, vorzugsweise auf die Situation von Migration und Gesundheit in Deutschland. Es ist ein wichtiger Aspekt zur zielgerichteten Gesundheitsförderung von vulnerablen Bevölkerungsgruppen wie sozial beeinträchtigten Menschen mit Migrationshintergrund (Anzenberger et al., 2015).

Der Schwerpunkt dieser Arbeit liegt auf dem Thema der besonderen Gesundheitsbelastungen von Menschen mit Migrationshintergrund und wie diese sich von denen der Gesamtbevölkerung ohne Migrationshintergrund unterscheiden. Wesentliche Determinanten der Gesundheit und der Gesundheitserhaltung von Menschen mit

Migrationshintergrund werden beispielsweise in ihren außergewöhnlichen sozialen und sozialrechtlichen Verhältnissen begründet (Razum et al., 2008).

Die vorliegende Bachelorarbeit befasst sich mit den Fragestellungen:

Wie wirken sich soziale Ungleichheiten auf die Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund aus? Und wie kann die Gesundheitssituation von Menschen mit Migrationshintergrund verbessert werden?

Die Arbeit untersucht, wie sich soziale Ungleichheiten auf die Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund auswirken und wie die Gesundheitssituation von Menschen mit Migrationshintergrund verbessert werden kann.

1.2 Gliederung der Bachelorarbeit

Einleitend werden die Grundlagen der Migration, Gesundheit und sozialen Ungleichheit dargestellt. Nach der Einleitung werden im zweiten Kapitel zunächst die Begriffe: Migrationshintergrund, Ausländer, Spätaussiedler und Gesundheit näher definiert. Anschließend wird im Hauptteil, welches aus Kapitel drei, vier, fünf, sechs, sieben, acht und neun besteht: Der Status Quo von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland, die gesundheitliche und soziale Lage der Menschen mit Migrationshintergrund, die Zugangsbarrieren und Hindernisse im deutschen Gesundheitssystem, die Handlungsempfehlungen, die Gesundheitsförderung und Prävention für Menschen mit Migrationshintergrund, die Notwendigkeit und Chancen einer Gesundheitsversorgung sowie die Zugänglichkeit und Ergebnisqualität der Gesundheitsversorgung beschrieben und erläutert. Abschließend werden die wesentlichen Inhalte dieser Bachelorarbeit diskutiert und in einem Fazit zusammengefasst.

1.3 Methodische Vorgehensweise

Zur Bearbeitung der Fragestellung stehen zahlreiche aktuelle Literaturquellen zur Verfügung. Um einen Überblick über die aktuellen gesundheitlichen und grundlegenden Umstände von Menschen mit Migrationshintergrund zu erhalten, werden amtliche Statistiken sowie Erhebungen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes verwendet. Die gesundheitliche und soziale Lage der Menschen mit

Migrationshintergrund sollen durch Literaturrecherche anhand einer kritischen theoretischen Beschäftigung mit der wissenschaftlichen Aufführung dargestellt werden.

Einige Methoden zur Beeinflussung der Migration und Gesundheit werden erläutert und in Zusammenhang mit der gesundheitlichen Situation der Menschen mit Migrationshintergrund gebracht. Das Erweitern einer Bearbeitung von Fachliteratur erfolgt zur sozialen Lage und zu den Lebensweisen von Menschen mit Migrationshintergrund. Mit den Angeboten der Gesundheitsförderung werden Umsetzungsmöglichkeiten, Zugangswege und Hindernisse von verschiedenen Vorschlägen verdeutlicht. Bestimmte Managements können dabei auch helfen, diese Hindernisse zu überwinden und die Versorgung für die gesamte Bevölkerung nutzenorientierter zu gestalten.

2. Begriffsbestimmung/ Definition

2.4 Migrationshintergrund

Nach Angaben des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge bezieht sich Migration auf den Prozess der räumlichen Übertragung des Lebensschwerpunktes eines Menschen. Über globale Migration wird gesprochen, wenn dies über öffentliche Grenzen hinaus stattfindet (BAMF, 2012, S. 14). Aus einer weitergehenden Perspektive werden Menschen mit Migrationshintergrund als Gruppe betrachtet. Offizielle Statistiken der Bundesrepublik Deutschland definieren Personen mit Migrationshintergrund:

„allen nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Zugewanderten, sowie alle in Deutschland geborenen Ausländer und alle in Deutschland als Deutsche Geborene mit zumindest einem zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil“ (DESTATIS, 2013a, S. 6).

Die Begriffsbestimmungen des Migrationshintergrundes, die 2017 in Kraft getretene Änderung, definiert wie folgt:

„Eine Person hat einen Migrationshintergrund, wenn sie selbst oder mindestens ein Elternteil nicht mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren wurde. Im

Einzelnen umfasst diese Definition zugewanderte Ausländer, Zugewanderte und nicht zugewanderte Eingebürgerte, (Spät-) Aussiedler sowie die als Deutsche geborenen Nachkommen dieser Gruppe“ (DESTATIS, 2018, S. 4).

Der Migrationshintergrund basiert ausschließlich auf dem Einwanderungsstatus der Eltern, der normalerweise nur im statischen Bundesamt Mikrozensus bekannt ist. Diese Personen leben ebenfalls in einer ähnlichen Familie und haben einen Eltern- teil, der nach Deutschland gekommen ist, um sich niederzulassen, oder als Einwanderer in Deutschland geboren wurde. Menschen, die im Zweiten Weltkrieg vertrieben wurden, und ihre Verwandten haben keinen Status unter Menschen mit Migrationshintergrund, da sie und ihre Angehörigen zum Zeitpunkt der Geburt beide deutsche Staatsbürger waren (DESTATIS, 2018, S. 4).

2.2 Ausländer*innen

Der Ausländerstatus hängt von der Nationalität ab und ist klar charakterisiert. Ebenso müssen alle Menschen unbekannter oder unklarer Nationalität und Staatenlose als Auswanderer wahrgenommen werden. Das Personal von diplomatischen Vertretungen und konsularischen Botschaften sowie deren Angehörige sind ausgeschlossen und müssen sich nicht melden. Ebenso werden alle Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit als Deutsche definiert - sowie Personen, die nach Artikel 116 Absatz 1 des Grundgesetzes mit Personen mit deutscher Staatsbürgerschaft vergleichbar sind, z. B. Vertriebene und Flüchtlinge deutscher Herkunft (DESTATIS, 2018, S. 4).

2.3 Spätaussiedler*innen

Aus offizieller Sicht wurden Angehörige der deutschen Nation im Rahmen von Einwanderungsverfahren ab dem 1. Januar 1993 nach Deutschland zurückgeführt. Der Begriff Spätaussiedler umfasst hauptsächlich Angehörige der deutschen Minderheiten, von denen einige seit Generationen in Mittel- und Osteuropa, Osteuropa, Südosteuropa und einigen Gebieten in Asien leben. Seit 1950 und 1989 sind sie zunehmend in die Bundesrepublik Deutschland eingereist (DESTATIS, 2018, S. 4).

2.4 Gesundheit

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Gesundheit als Zustand eines vollkommenen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens. Migranten mit einem niedrigen sozioökonomischen Status in Bezug auf Einkommen, Bildung und Stellung im Beruf haben häufiger das Gefühl, wenig Aufsicht über ihre Lebensqualität und Gesundheit zu haben (Kuntz, 2011, S. 215). Im Gesundheitsbereich ist festzustellen, dass Menschen ohne erlaubte Papiere und mit meist sehr geringem Einkommen oft erst sehr spät zum Arzt gehen, keine Vorsorgeuntersuchungen machen lassen und häufig bleibende Schäden nach unbehandelten Unfallerkrankungen in Kauf nehmen (Mitrović, 2010).

3. Status Quo von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland

Dieses Kapitel beschreibt die Größe und Struktur der Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. Die zentrale Datenbank ist die Mikrozensus¹, die seit 2005 Daten auf Basis dieses statistischen Konzepts liefert. Der "Migrationshintergrund" wird auf der Grundlage von Informationen über aktuelle und frühere Staatsbürgerschaft, Einbürgerung und Einwanderung für die Befragten selbst und ihre Eltern erstellt. Dies bedeutet, dass Spätaussiedler*innen und eingebürgerte Menschen einbezogen werden können. Auf diese Weise ergänzt die Mikrozensus andere amtliche Statistiken, die häufig nur Merkmale der Staatsangehörigkeit enthalten (BAMF/BMI, 2020).

3.1 Migrationsphasen seit der Nachkriegszeit

Der Einwanderungshintergrund der Bundesrepublik Deutschland seit dem Krieg kann in vier Phasen unterteilt werden (Kuhnt, Wengler, 2019, nach Steinbach, 2017).

¹ Der Mikrozensus ist die amtliche Repräsentativstatistik über die Bevölkerung und den Arbeitsmarkt. Im Rahmen des Mikrozensus wird jährlich rund 1 % der Bevölkerung in Deutschland (aktuell rund 810.000 Personen) unter anderem zu ihrer Migrationsgeschichte, ihren Bildungsabschlüssen und ihrer Erwerbssituation befragt. Die organisatorische und technische Vorbereitung erfolgt im Statistischen Bundesamt, während die Statistischen Landesämter für die Befragung und die Aufbereitung der Daten zuständig sind. Um aus den erhobenen Daten Aussagen über die Gesamtbevölkerung treffen zu können, müssen diese hochgerechnet werden (BAMF/BMI, 2020).

Erste Migrationsphase: In den 1950er und 1960er Jahren wurde die erste Phase der Migration durch das „Anwerbeabkommen“ mit Italien (1955), Spanien (1960), Griechenland (1960), der Türkei (1961), Marokko (1963), Portugal (1964), Tunesien (1965) und Jugoslawien (1968) eingeleitet und zielte darauf ab, den kurzfristigen Bedarf von Arbeitnehmern in Tätigkeitsbereichen mit eher geringen Qualifikationen zu decken (Kuhnt, Wengler, 2019, nach Schimany, Baykara-Krumme, 2012). Die Übereinstimmung von ein- und zurückkehrenden Fachkräften wurde jedoch selten festgestellt. (Kuhnt, Wengler, 2019, nach Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, 2014).

Zweite Migrationsphase: Mit dem „Anwerbestopp“ im Jahr 1973 begann die anschließende Migrationsphase in den 1970er und 1980er Jahren, die durch die Familienzusammenführung der erwerbstätigen Arbeitnehmer beschreiben wurde (Kuhnt, Wengler, 2019, nach Oltmer, 2018). Der Familiennachzug bewirkte einen kurzzeitigen Anstieg der ausländischen Einwohner*innen in der Bundesrepublik auf rund 5 Millionen (Kuhnt, Wengler, 2019, nach Oltmer, 2018). Ehemalige Arbeitsmigrant*innen und ihre Familienangehörigen sind in der Tat die größte Gruppe von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland und viele von ihnen haben einen türkischen Einwanderungshintergrund (Kuhnt, Wengler, 2019, nach DESTA-TIS, 2017b).

Dritte Migrationsphase: Die Migration von Spätaussiedler*innen und ihren Familien in die Bundesrepublik Deutschland, die größtenteils durch den politischen Zusammenbruch der kommunistischen Staaten in den 1990er Jahren hervorgerufen wurde, bezeichnet die dritte Migrationsphase. Die Spätaussiedler*innen stammten im Wesentlichen aus der früheren Union der Sozialistischen Sowjetrepubliken (UdSSR) bzw. deren Nachfolgestaaten, ebenso wie aus Polen, Rumänien und der früheren Tschechoslowakei. Darüber hinaus gab es in den 1990er Jahren eine kriegsbedingte und politisch bedingte Migration aus dem früheren Jugoslawien und der Türkei (Kurden) in die Bundesrepublik, wobei ein großer Teil dieser Menschen nach Beendigung der Konflikte in ihren Heimatgebieten Deutschland wieder verließ (Kuhnt, Wengler, 2019).

Vierte Migrationsphase: Seit 2010 begann eine vierte Migrationsphase nach Deutschland, die bis in die Gegenwart anhält. Diese Phase wird einerseits aus einem Blickwinkel durch Arbeitsmigrant*innen aus Polen, Rumänien und Bulgarien über die Spanne der Osterweiterung der Europäischen Union (EU) beschrieben. Diese Arbeitsmigrant*innen unterscheiden sich von den früheren Gastarbeiter*innen aus den 1950er und 1960er Jahren häufig durch ihren gelegentlichen Aufenthalt oder einen konsequenten Wechsel zwischen ihren Herkunftsländern und Deutschland. Andererseits formen Geflüchtete und Migrant*innen aus Syrien, dem Irak, Afghanistan und den Balkanstaaten, z. B. Albanien, Bosnien-Herzegowina, Kosovo, Mazedonien, Montenegro und Serbien, diese fortschreitende vierte Migrationsphase (Kuhnt, Wengler, 2019, nach BAMF, 2015).

Die verschiedenen Migrationswellen bewirken eine zutiefst heterogene Gestaltung von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. Dies spiegelt sich in den verschiedenen Herkunftsnationen, aber auch in den unterschiedlichen Aufenthaltsdauern und Blickwinkeln wider. Während Personen, die im Rahmen der Einbürgerungsregelung nach Deutschland gekommen sind, schon sehr lange in Deutschland leben, sind andere erst seit ein paar Jahren in der Bundesrepublik (Kuhnt, Wengler, 2019).

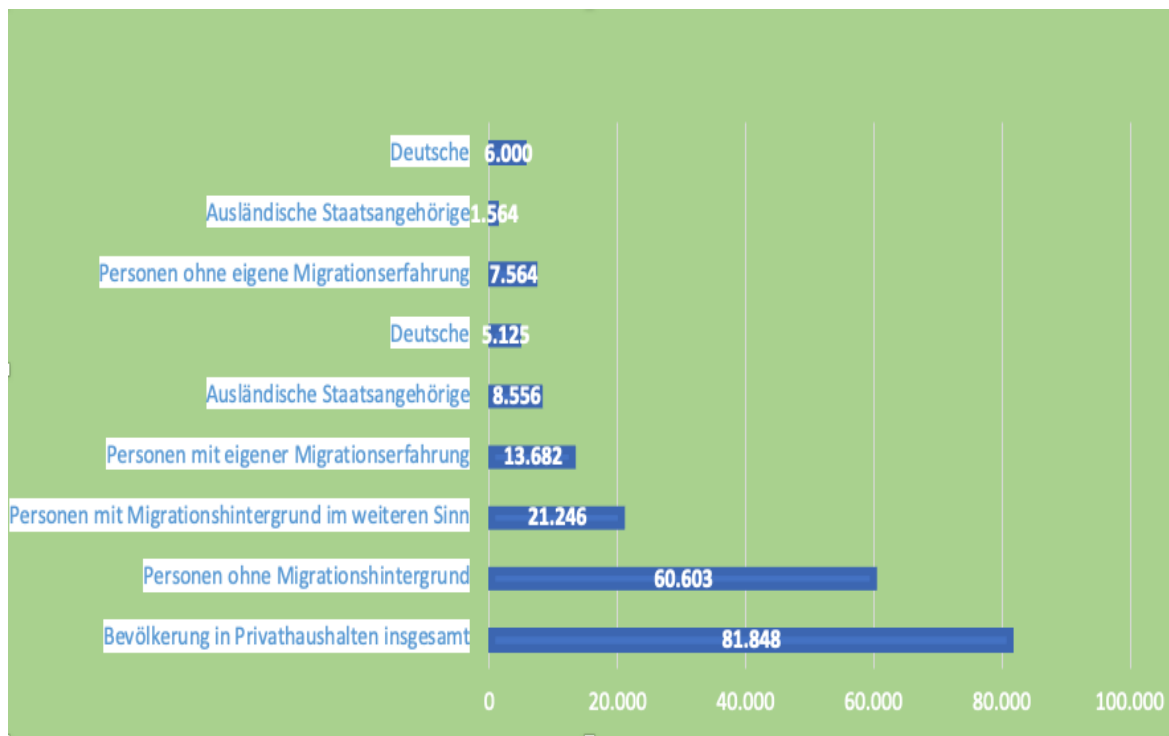
Anne-Kristin Kuhnt und Annelene Wenger, die einen türkischen Migrationshintergrund haben und derzeit in Deutschland leben, sind vor allem während der ersten und zweiten Migrationswelle getrennt voneinander nach Deutschland gekommen. Sie haben eine sehr hohe Aufenthaltsdauer von mehr als zwanzig Jahren oder wurden zu diesem Zeitpunkt in Deutschland zur Welt gebracht (Kuhnt, Wengler, 2019, nach Wengler, 2013). Grundsätzlich ist der Familiennachzug bzw. der Heiratsumzug aus der Türkei nach Deutschland in allen Migrationsphasen zu finden. So zeigen sich die Reisenden mit türkischen Wurzeln in Deutschland sehr unterschiedlich, was den Generationenverbund und die Aufenthaltsdauer betrifft (Kuhnt, Wengler, 2019).

3.2 Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund 2019

3.2.1 Generation der Menschen mit Migrationshintergrund

21,2 Millionen der 81,8 Millionen Bevölkerung in Deutschland hatten im Jahr 2019 einen Migrationshintergrund (vgl. Abbildung 1 & 2). Unter ihnen entfielen 52,4 Prozent oder 11,1 Millionen auf Deutsche und 14,1 Millionen oder 47,6 Prozent auf Ausländer. Unter der Gesamtbevölkerung der Privathaushalte in Deutschland betrug der Anteil der Deutschen mit Migrationshintergrund bei 13,6 Prozent und der Anteil der Ausländer bei 12,4 Prozent (BAMF/BMI, 2020).

Abbildung 1: Bevölkerung Deutschlands nach Migrationshintergrund (im weiteren Sinne) im Jahr 2019, in Tausend.



Quelle: Eigene Darstellung modifiziert nach BAMF/BMI, 2020; Statistisches Bundesamt: Mikrozensus 2019 – Bevölkerung mit Migrationshintergrund

Ausländer*innen mit eigener Migrationserfahrung: Laut der Mikrozensus von 2019 haben ausländische Staatsbürger*innen mit eigener Migrationserfahrung, nämlich Ausländer*innen, die selbst ausgewandert waren, die größte Gruppe unter allen Menschen mit Migrationshintergrund - 40,3 Prozent oder 8,6 Millionen Menschen. 7,4 Prozent der Menschen mit Migrationshintergrund waren in Deutschland

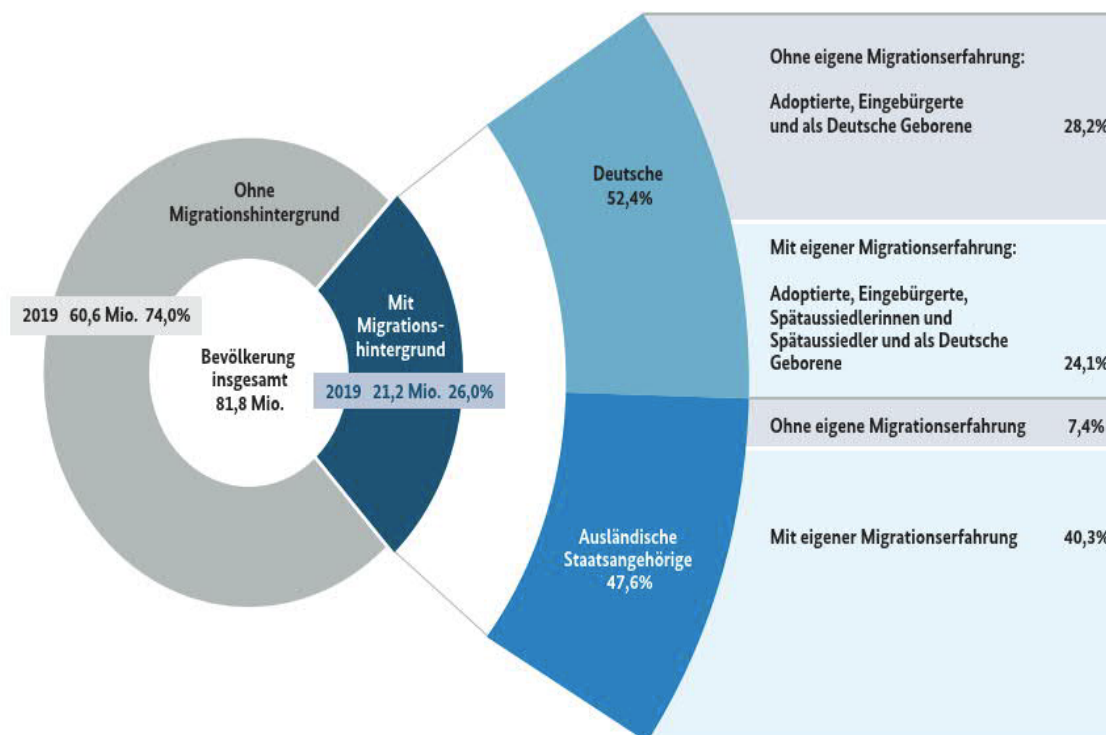
geborene Ausländer*innen (die zweite oder nächste Generation, etwa 1,6 Millionen Menschen). Insgesamt haben 47,6 Prozent der Menschen mit Migrationshintergrund keine eigene deutsche Staatsbürgerschaft (vgl. Abbildung 2) (BAMF/BMI, 2020; DESTATIS, 2020).

Deutsche mit eigene Migrationserfahrungen: 24,1 Prozent aller Menschen mit Migrationshintergrund (vgl. Abbildung 2), die über eigene Migrationserfahrungen verfügten, waren wie folgt aufgeteilt: In Spätaussiedler*innen (12,3 Prozent), eingebürgerte Deutsche, die selbst eingewandert waren (10,1 Prozent) - Neuankömmlinge, die eingewandert waren (0,2 Prozent), und Personen, die als Deutsche geboren wurden (1,4 Prozent). Von den 11,1 Millionen Deutschen mit Migrationshintergrund verfügt fast die Hälfte über eigene Migrationserfahrung (5,1 Millionen, 46,1 Prozent), darunter etwa 2,6 Millionen Spätaussiedler*innen, 308.000 in Deutschland geborene und 52.000 von einem deutschen Elternteil adoptierte. Etwa 2,1 Millionen eingebürgerte Menschen haben auch ihre eigene Migrationserfahrung (BAMF/BMI, 2020; DESTATIS, 2020).

Deutsche ohne eigene Migrationserfahrungen: 28,2 Prozent aller Menschen mit Migrationshintergrund (vgl. Abbildung 2), die keine eigene Migrationserfahrung hatten, wurden ebenfalls wie folgt aufgeteilt: Die beigeordneten Gruppen der Eingebürgerten (2,8 Prozent) und der Zugezogenen (0,1 Prozent) waren im Allgemeinen jünger als die Gruppe der durch die Geburt Deutschen (25,4 Prozent). Letztere sind z. B. Nachkommen von Eingebürgerten, deutsche Nachkommen ausländischer Erziehungsberechtigter oder Nachkommen von Spätaussiedler*innen (BAMF/BMI, 2020; DESTATIS, 2020).

588.000 eingebürgerte Menschen wurden in Deutschland ohne eigene Migrationserfahrung geboren. 5,4 Millionen Deutsche ohne Migrationserfahrung wurden mit deutscher Staatsbürgerschaft geboren. Unter Menschen ohne Migrationserfahrung gibt es auch 11.000 Adoptierte. Im Allgemeinen wanderten fast zwei Drittel (64,4 Prozent) der Menschen mit Migrationshintergrund selbst aus (erste Generation), während mehr als ein Drittel (35,6 Prozent) der Menschen in Deutschland (zweite Generation oder Nachkommen) geboren sind (BPB, 2020, nach DESTATIS, 2020).

Abbildung 2: Personen mit Migrationshintergrund in Deutschland im Jahr 2019.



Quelle: BAMF/BMI, 2020 nach Statistisches Bundesamt: Mikrozensus 2019 – Bevölkerung mit Migrationshintergrund

3.2.2 Daten zur Bevölkerung in den Bundesländern

95,2 Prozent der Menschen mit Migrationshintergrund lebten in Westdeutschland und Berlin. Im Jahr 2019 wohnte mehr als jeder vierte Mensch mit Migrationshintergrund in Nordrhein-Westfalen (25,6 Prozent). Jeder sechste dieser Bevölkerungsgruppe lebte in Baden-Württemberg (17,4 Prozent) und Bayern (15,7 Prozent). Bezogen auf die Einwohnerzahl der Bundesländer lag ihr Anteil in den Städten Bremen (36,5 Prozent), Hamburg (33,9 Prozent) und Berlin (33,1 Prozent) sowie in den größeren Bundesländern Hessen (34,4 Prozent), Baden-Württemberg (33,8 Prozent) und Nordrhein-Westfalen (30,8 Prozent) weisen die höchsten Ergebnisse auf. In Ostdeutschland betrug der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund an der Gesamtbevölkerung lediglich 8,2 Prozent. Insgesamt entfielen 29,1 Prozent auf Westdeutschland und Berlin und in ganz Deutschland 26,0 Prozent (BpB, 2020, nach DESTATIS, 2020).

Fast zwei Drittel aller Menschen mit Migrationshintergrund wanderten alleine aus, und ein gutes Drittel wurde in Deutschland geboren (64,4 bzw. 35,6 Prozent). Etwas mehr als die Hälfte derjenigen mit Migrationshintergrund sind Deutsche (52,4 Prozent). Mittelfristig wird der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund weiter zunehmen: 2019 hatten 40,4 Prozent aller Kinder unter fünf Jahren einen Migrationshintergrund (BpB, 2020, nach DESTATIS, 2020).

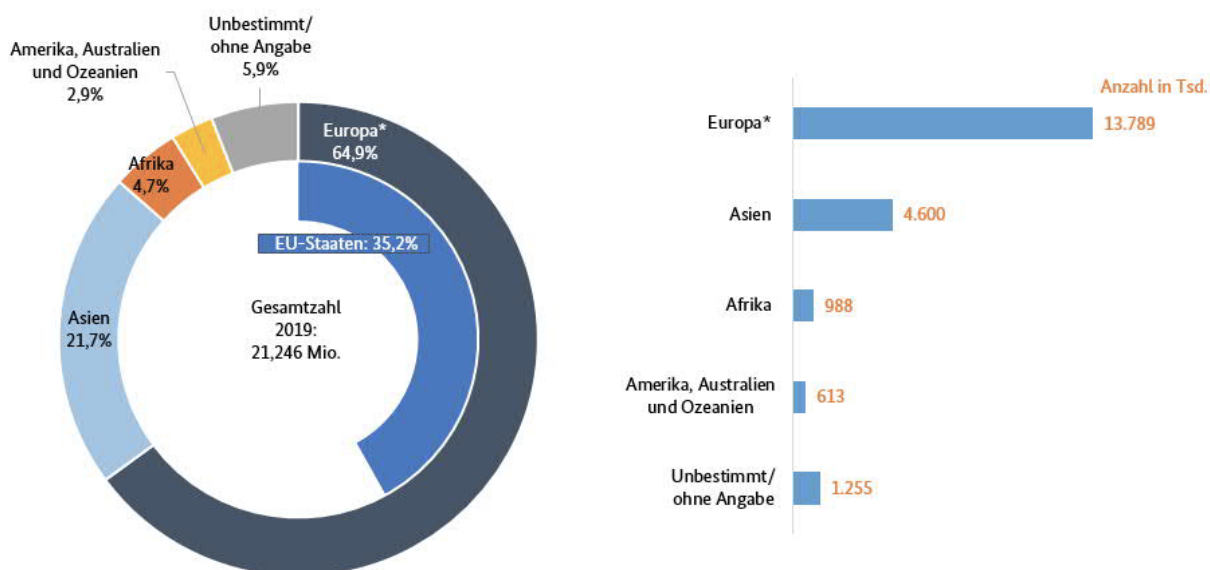
3.2.3 Daten zur Bevölkerung in Städten und Landkreisen

Im Jahr 2018 lebten 59,5 Prozent aller Menschen mit Migrationshintergrund in städtischen Gebieten und 12,7 Prozent in ländlichen Kreisen. Auf Kreisebene gilt folgende Regel: Je mehr Einwohner die Gemeinde hat, desto größer ist der Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund an der Gesamtbevölkerung. Während das Angebot in Gemeinden mit weniger als 2.000 Einwohnern im Jahr 2018 bei 8,7 Prozent betrug, hatte in Gemeinden mit 20.000 bis weniger als 50.000 Einwohnern durchschnittlich jeder vierte Einwohner einen Migrationshintergrund (26,1 Prozent). In Gemeinden mit 500.000 und mehr Einwohnern lag der angemessene Wert bei 35,1 Prozent (BpB, 2020, nach DESTATIS, 2019).

3.3 Geburtsregionen und -ländern der Eltern

Im Mikrozensus stammten die Herkunftsgruppen der Menschen mit Migrationshintergrund aus dem Geburtsland des Befragten oder ihrer Eltern. Die Ergebnisse des Mikrozensus von 2019 zeigten, dass fast zwei Drittel der Menschen einen europäischen Migrationshintergrund hatten (64,9 Prozent). Der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund aus EU-Ländern betrug etwas mehr als ein Drittel (35,2 Prozent, während der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund aus anderen europäischen Ländern (29,7 Prozent etwas weniger als ein Drittel ausmachte. Das verbleibende Drittel war Menschen aus verschiedenen Regionen außerhalb Europas, darunter 21,7 Prozent aus Asien. Der niedrigste Prozentsatz waren Menschen aus afrikanischen Ländern (4,7 Prozent) sowie aus Amerika, Australien und Ozeanien (insgesamt 2,9 Prozent) (vgl. Abbildung 3) (BAMF/BMI, 2020; DESTATIS, 2020).

Abbildung 3: Bevölkerung mit Migrationshintergrund nach Geburtsregionen² in Deutschland 2019.

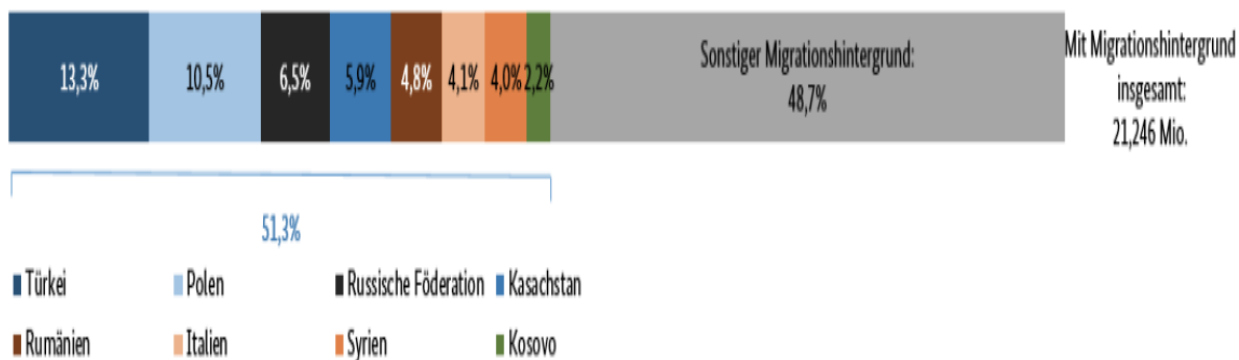


Quelle: BAMF/BMI, 2020 nach Statistisches Bundesamt, Mikrozensus 2019

Häufigste Geburtsländer: Wenn Menschen mit Migrationshintergrund als wichtigstes Geburtsland galten, gab es ungefähr 2,8 Millionen Menschen mit türkischem Migrationshintergrund. Oder die größte Gruppe mit einem Anteil von 13,3 Prozent. Angesichts der Spätaussiedler*innen, die einem bestimmten Geburtsland zugeordnet werden können, stammten weitere 10,5 Prozent (rund 2,2 Millionen) aller Menschen mit Migrationshintergrund aus Polen, 6,5 Prozent (rund 1,4 Millionen Menschen) aus der Russischen Föderation und 5,9 Prozent aus Kasachstan (ca. 1,2 Millionen Menschen). 4,8 Prozent oder 1,0 Millionen Menschen hatten einen rumänischen Ursprung und 4,1 Prozent oder 873.000 Menschen hatten einen italienischen Migrationshintergrund. Im Hauptherkunftsland betrug die Bevölkerung syrischer Herkunft 4,0 Prozent (843.000 Menschen), während die Bevölkerung des Kosovo 2,2 Prozent betrug. Zusammen machten diese acht Geburtsländer 51,3 Prozent der Gesamtbevölkerung mit Migrationshintergrund aus (vgl. Abbildung 4) (BAMF/BMI, 2020; DESTATIS, 2020).

² Dargestellt sind die genealogische Geburtsregion oder die Geburtsregion in Deutschland der Eltern.
 *Inkl. Türkei und der Russische Föderation

Abbildung 4: Personen mit Migrationshintergrund nach den häufigsten Geburtsländern³ im Jahr 2019

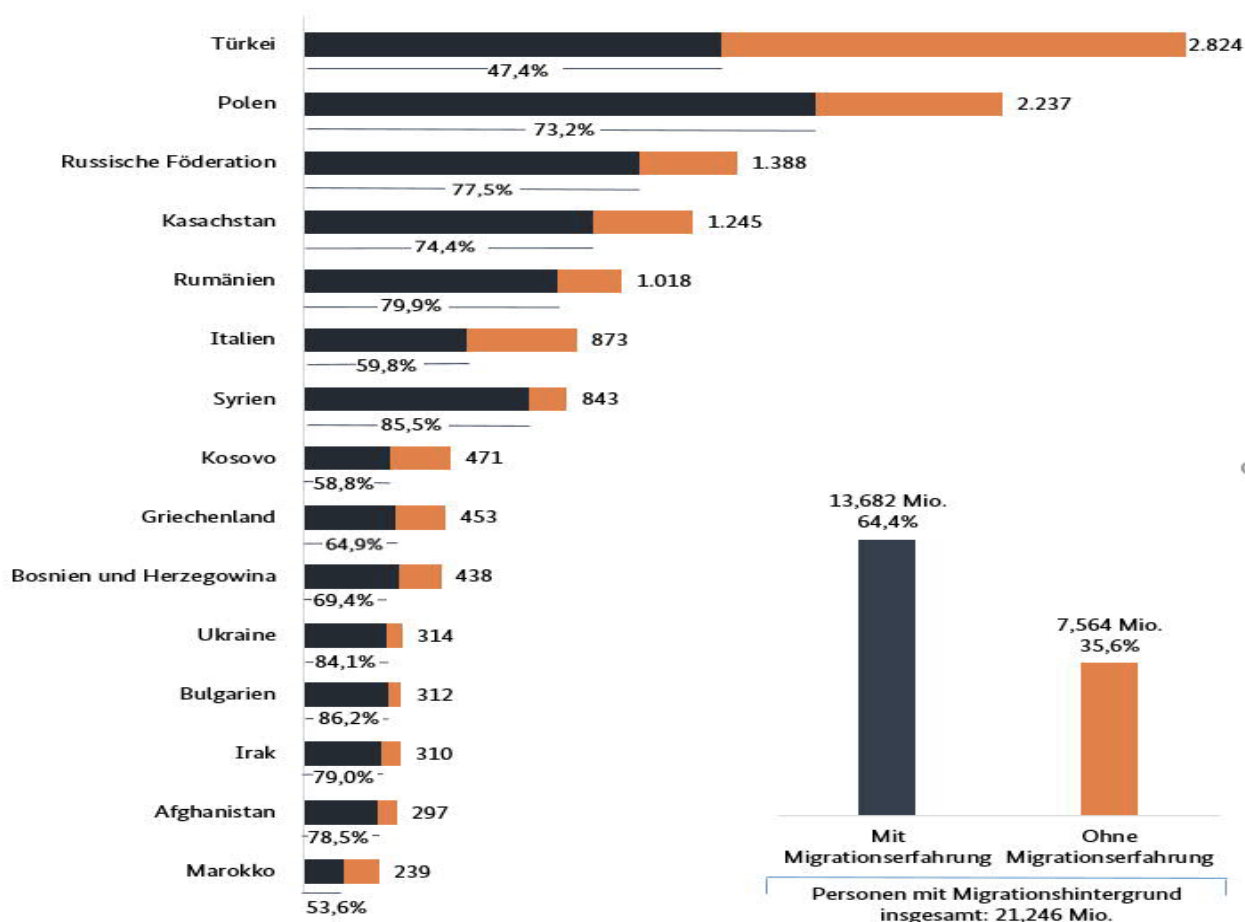


Quelle: BAMF/BMI, 2020 nach Statistisches Bundesamt, Mikrozensus 2019

64,4 Prozent der Menschen mit Migrationshintergrund hatten ihre eigene Einwanderungserfahrung und wanderten selbst nach Deutschland aus. 35,6 Prozent der Menschen hatten keine eigene Einwanderungserfahrung. Dies zeigt, dass eine große Anzahl von Menschen aus den ehemaligen Rekrutierungsländern oder deren Nachkommen in Deutschland geboren wurden: 52,6 Prozent der Türken, 46,4 Prozent der Marokkaner und 40,2 Prozent der Italiener wanderten nicht alleine nach Deutschland aus. Der Prozentsatz der Menschen mit eigener Einwanderungserfahrung unter Menschen aus Bulgarien (86,2 Prozent), Syrien (85,5 Prozent), der Ukraine (84,1 Prozent), Rumänien (79,9 Prozent) und der Russischen Föderation (77,5 Prozent), Polen (73,2 Prozent) und Kasachstan (74,4 Prozent) überproportional hoch (vgl. Abbildung 5) (BAMF/BMI, 2020; DESTATIS, 2020).

³ Dargestellt ist das eigene Geburtsland oder bei Geburt in Deutschland das Geburtsland der Eltern.

Abbildung 5: Personen mit Migrationshintergrund nach Geburtsland⁴ und Migrationserfahrung im Jahr 2019, in Tausend



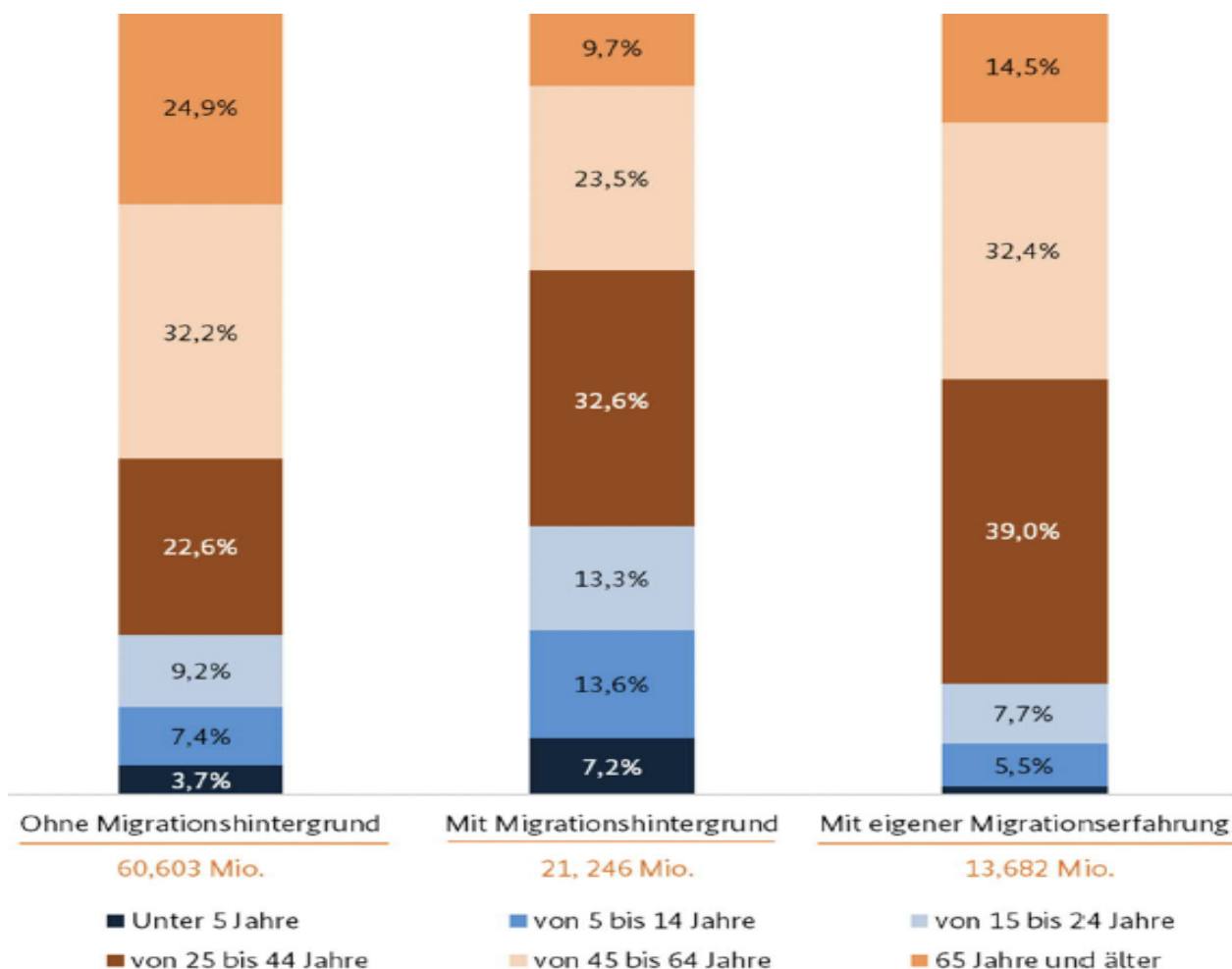
Quelle: BAMF/BMI, 2020 nach Statistisches Bundesamt, Mikrozensus 2019

3.4 Altersverteilung

Wenn man die Altersstruktur der Menschen mit und ohne Migrationshintergrund vergleicht, kann man feststellen, dass Menschen mit Migrationshintergrund viel jünger sind. Im Jahr 2019 waren 66,8 Prozent der Menschen mit Migrationshintergrund unter 45 Jahre alt, während in diesem Fall nur 43,0 Prozent der Menschen ohne Migrationshintergrund waren. Unter dem Menschen mit eigener Einwanderungserfahrung lag der Anteil dieser Altersgruppe bei 53,1 Prozent. Der Prozentsatz der Kinder unter fünf Jahren mit Migrationshintergrund betrug 7,2 Prozent und war damit doppelt so hoch wie der Prozentsatz der Menschen ohne Migrationshintergrund (3,7 Prozent). Für diejenigen, die selbst eingewandert waren, betrug dieser Prozentsatz nur 1 Prozent (vgl. Abbildung 6). (BAMF/BMI, 2020; DESTATIS, 2020).

⁴ Dargestellt ist das eigene Geburtsland oder bei Geburt in Deutschland das Geburtsland der Eltern.

Abbildung 6: Altersstruktur der Bevölkerung mit und ohne Migrationshintergrund sowie mit Migrationserfahrung, 2019⁵



Quelle: BAMF/BMI, 2020 nach Statistisches Bundesamt, Mikrozensus 2019

Auf der anderen Seite der Altersverteilung waren 24,9 Prozent der Menschen ohne Migrationshintergrund über 65 Jahre alt, nur 9,7 Prozent für Menschen mit Migrationshintergrund und 14,5 Prozent für Menschen mit eigener Einwanderungserfahrung. Der Prozentsatz der Menschen im Alter von 45 bis unter 65 Jahren war ebenfalls denjenigen ohne Migrationshintergrund (32,2 Prozent) höher als der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund (23,5 Prozent) (vgl. Abbildung 6). In dieser Hinsicht war das Durchschnittsalter der Menschen ohne Migrationshintergrund (47,3 Jahre) ebenfalls signifikant höher als das Durchschnittsalter der Menschen mit Migrationshintergrund (35,6 Jahre) und auch höher als das Durchschnittsalter

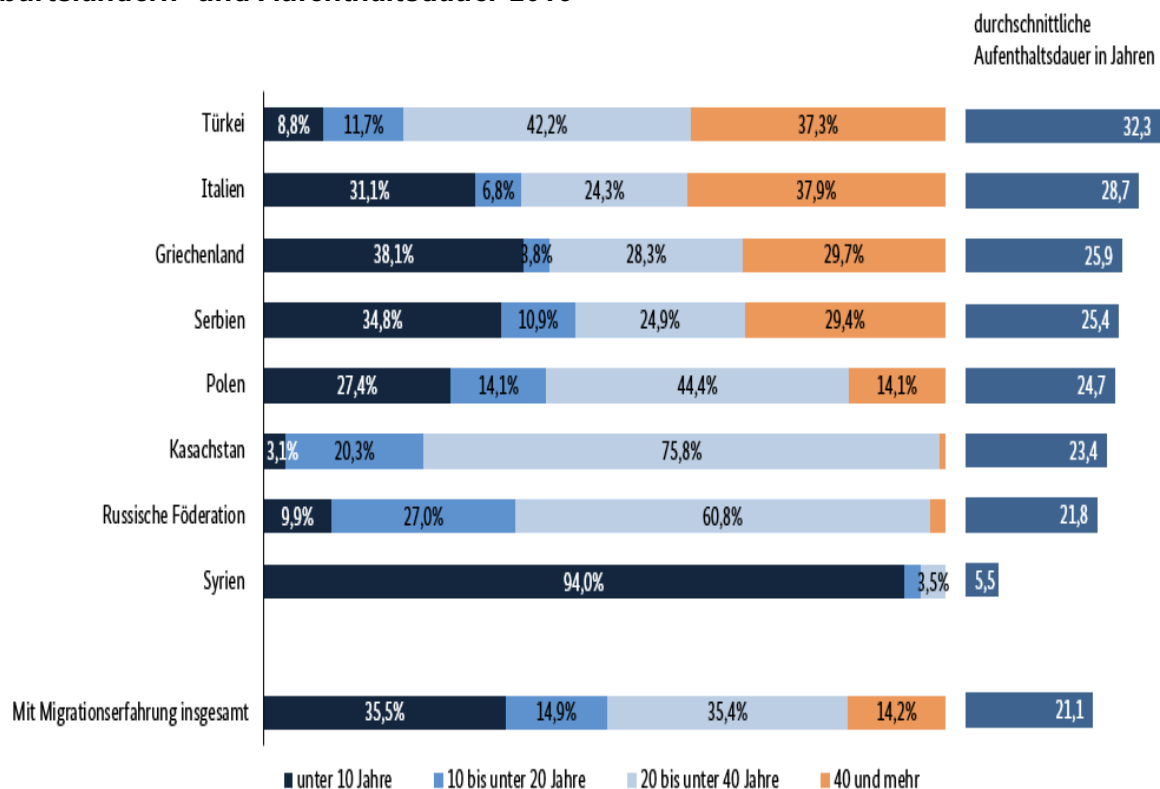
⁵ Anmerkung: Werte unter 3 Prozent werden nicht ausgewiesen.

der Bevölkerung mit Einwanderungserfahrung (44,4 Jahre) (BAMF/BMI, 2020; DESTATIS, 2020).

3.5 Aufenthaltsdauer

Aus methodischen Gründen unterscheidet der Mikrozensus nicht zwischen der zweiten und dritten Generation von Menschen mit Migrationshintergrund, sondern nur zwischen Menschen mit eigener Einwanderungserfahrung (erste Generation) und ohne eigene Einwanderungserfahrung (zweite und nachfolgende Generationen). In den letzten 10 Jahren waren die meisten Einwanderer mit Migrationshintergrund nach Deutschland gekommen (35, Prozent), von denen lebten 49,6 Prozent mindestens 20 Jahre in Deutschland und 14,2 Prozent hatten mindestens 40 Jahre in Deutschland gelebt (vgl. Abbildung 7) (BAMF/BMI, 2020; DESTATIS, 2020).

Abbildung 7: Personen mit eigener Migrationserfahrung nach ausgewählten Geburtsländern⁶ und Aufenthaltsdauer 2019



Quelle: BAMF/BMI, 2020 nach Statistisches Bundesamt, Mikrozensus 2019

⁶ Dargestellt ist das eigene Geburtsland oder die Geburt in Deutschland und das Geburtsland der Eltern.
Anmerkung: Polen, Kasachstan, Russische Föderation und Rumänien inklusive Spätaussiedler*innen.
Werte unter 3 % werden nicht ausgewiesen.

Die Aufteilung in der Aufenthaltsdauer von Einwanderern nach Geburtsland spiegeln auch unterschiedliche Einwanderungsgeschichten wider. Betrachtet man die Aufenthaltsdauer der Bewohner des ehemaligen Anwerbeländern, so ist klar, dass viele von ihnen seit vielen Jahren in Deutschland lebten: Auf Türken entfallen 79,5%, auf Russen 63,0%, auf Italiener 62,1% und 58,0% % der Menschen mit griechischer Einwanderungshintergrund, die selbst ausgewandert waren, lebten 2019 mindestens 20 Jahre in Deutschland. Im Gegensatz dazu lebten 94,0% der Einwanderer mit syrischem Hintergrund weniger als 10 Jahre in Deutschland (BAMF/BMI, 2020; DESTATIS, 2020).

Dies spiegelte sich auch in der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer wider. Im Jahr 2019 lag der durchschnittliche Aufenthalt der Menschen mit Migrationshintergrund und eigener Einwanderungserfahrung 21,1 Jahre. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer von Österreichern (33,2 Jahre), Türken (32,3 Jahre), Italienern (28,7 Jahre) und Griechen (25,9 Jahre) lag weit über diesem Wert. Selbst Einwanderer mit polnischer Herkunft lebten durchschnittlich 24,7 Jahre in Deutschland. Menschen mit Migrationshintergrund aus Syrien (5,5 Jahre) hatten eine relativ kürzere durchschnittliche Aufenthaltsdauer, was auf die humanitäre Einwanderung syrischer Staatsangehöriger in den letzten Jahren zurückzuführen war (vgl. Abbildung 7) (BAMF/BMI, 2020; DESTATIS, 2020).

4. Gesundheitliche und soziale Lage von Menschen mit Migrationshintergrund

Um die Entstehung gesundheitlicher und sozialer Ungleichheiten bei Menschen mit Migrationshintergrund zu verdeutlichen, werden soziologisch zentrierte Erklärungen im Blick auf die Gesundheit im Folgenden theoretisch weiter ausgebaut.

4.1 Sozioökonomischer Status

Die Soziologie konzentriert sich unter anderem auf die Verbindung zwischen dem Individuum und dem sozialen Umfeld. Wie Richter und Hurrelmann betonten, kann die Gesellschaft aus einer breiteren Perspektive als ein Rahmen gesehen werden,

in dem viele Elemente des Handelns organisiert sind, die beispielsweise aus einem freundschaftlichen Zyklus resultieren. (Richter, Hurrelmann, 2016, S. 5f; RKI, 2015). In Bezug auf Gesundheit und Krankheit ist es wichtig, dass Soziologen einem breiten Publikum die soziale Produktion und Verbreitung von Wohlstand und Krankheit auf der Grundlage detaillierter Überlegungen vorstellen (Nettleton, 2013; RKI, 2015).

Menschen mit Migrationshintergrund sind im Laufe ihres Lebens verschiedenen Faktoren ausgesetzt, die ihre Gesundheit beeinflussen können. Aufgrund ihrer eigenen Migrationserfahrung umfasst dies beeinflussende Faktoren, denen sie in ihrer Herkunftsnation während der Migration und im Land des Zuzugs ausgesetzt sind (Brzoska, Razum, 2016, nach Spallek et al., 2011). In Deutschland wurde der „*Healthy-migrant*“-Effekt durch die Tatsache unterstützt, dass zahlreich lediglich solche Personen als „Gastarbeiter*innen“ akzeptiert wurden, wenn ihre berufliche Vielseitigkeit durch klinische Untersuchungen bestätigt worden war (Brzoska, Razum, 2016, nach Miller, 2012).

Die Gefahr von chronischen Erkrankungen steigt mit zunehmender Aufenthaltsdauer und der Aufnahme der Lebensweise des größeren Teils der Bevölkerung. Zusammen mit den bereits bestehenden Gefahren für Schlaganfälle und bestimmte bösartige Erkrankungen, die mit der Lebensweise zusammenhängen und nicht vollständig erblich bedingt sind, kann dies über viele Jahre hinweg zu einer höheren Krankheitslast bei Migrant*innen führen (Brzoska, Razum, 2016, nach Razum, 2009).

Zu den negativen Einflussfaktoren, unter denen Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland ausgesetzt sind, zählt zusätzlich ein für gewöhnlich niedrigerer sozialer Status. Dies spiegelt sich beispielsweise in einem niedrigeren Nettoeinkommen und einem höheren Anteil von Menschen wider, die als unfähige oder angelernte Arbeitskräfte beschäftigt sind. Menschen mit Migrationshintergrund arbeiten zudem umso zahlreicher in manuellen Montageberufen und sind hier stärker mit physischen, psychischen und sozialen Belastungen konfrontiert (Brzoska, Razum, 2016, nach DESTATIS, 2015).

Zudem haben gerade ältere Menschen mit Migrationshintergrund noch Probleme mit der deutschen Sprache (Brzoska, Razum, 2016, nach Haug, 2008). Neben einem niedrigen sozialen Status sind Menschen mit einem Migrationshintergrund zusätzlich Diskriminierung und Stigmatisierung ausgeliefert, was sich ebenfalls negativ auf das Wohlbefinden auswirken kann (Brzoska, Razum, 2016, nach Schunck et al., 2015; Williams, Mohammed, 2013).

Die Gesamtsituation in Bezug auf Daten zum Wohlergehen von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland kann als unzureichend bewertet werden. Dies liegt daran, dass zahlreiche amtliche Statistiken, allgemeine Informationen und Überprüfungen häufig nur eine Unterscheidung zwischen deutschen Staatsbürgern und Ausländern ermöglichen. (Brzoska, Razum, 2016, nach Razum et al., 2008). Andererseits gibt es keine Informationen, die die Identifizierung von Deutschen mit Migrationshintergrund ermöglichen würden, beispielsweise den Geburtsort des Erziehungsberechtigten (Brzoska, Razum, 2016, nach Brzoska et al., 2012a).

Die verfügbaren Daten zeigen jedoch, dass Menschen mit Migrationshintergrund eine höhere Krankheitslast haben als Menschen ohne Migrationshintergrund, was sich in verschiedenen Gesundheitsindikatoren widerspiegelt. Beispielsweise ist der Gesundheitszustand von Menschen mit Migrationshintergrund im Durchschnitt schlechter als der von Menschen ohne Migrationshintergrund (Brzoska, Razum, 2016, nach Razum et al., 2008).

Sie haben auch eine höhere Inzidenz für bestimmte chronische Krankheiten wie B. Typ-2-Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, chronische Schmerzen und psychische Erkrankungen, die auch in einem früheren Alter auftreten als bei Menschen in der Mehrheit der Bevölkerung (Brzoska, Razum, 2016, nach Schouler-Ocak et al., 2015). Darüber hinaus fallen Ausländer*innen häufiger als Deutsche bei Arbeitsunfällen aus und leiden an Berufskrankheiten. Sie fallen auch durch eine höhere Arbeitsunfähigkeitsrate und eine höhere Erwerbsunfähigkeitsrate auf (Brzoska, Razum, 2016, nach Grofmeyer, 2010).

4.1.1 Soziale Ungleichheit

Es gibt äußere Bedingungen, die das Leben und Handeln der Menschen umrahmen. Diese Lebensbedingungen sind z.B. die Bedingungen der Unterkunft oder der Arbeitsumgebung. Diese Lebensbedingungen sind beispielsweise die Wohnbedingungen oder das Arbeitsumfeld. Wenn bestimmte Bedingungen vorliegen, spricht man von sozialen Ungleichheiten (Steuerwald, 2016, S. 227f).

Soziale Ungleichheiten werden mit sozial wichtigen Gütern gleichgesetzt. Inwieweit die Gesellschaft eine Immobilie als wertvoll bewertet, hängt von vielen Faktoren ab und kann insbesondere geografisch sehr unterschiedlich sein. Ein Beispiel: In Deutschland ist sauberes Trinkwasser wichtig für gute Lebensbedingungen, aber es ist kein knappes Gut. Andererseits wird Wasser in vielen afrikanischen Ländern als wertvolles Gut angesehen. Darüber hinaus ist die soziale Ungleichheit aufgrund von Wertsachen in einigen Gruppen leichter zugänglich als in anderen. Wenn Menschen aufgrund ihrer sozialen Beziehungen und sozialen Ungleichheit priorisiert oder benachteiligt werden, spricht man auch von sozialer Ungleichheit. Daher handelt es sich um ein Problem des sozialen Status. Es wird nicht aus persönlichen, natürlichen oder zufälligen Gründen verursacht, sondern aus sozialstrukturellen Gründen entwickelt (Steuerwald, 2016, S. 228).

Es gibt einen Unterschied zwischen zwei Arten sozialer Ungleichheit: Ungleichheit der Verteilung und Ungleichheit der Chancen. Wenn wertvolle Güter in der Gesellschaft nicht gleichmäßig verteilt sind, spricht man von ungleicher Verteilung, wie z. B. die Einkommensverteilung innerhalb der Bevölkerung, wenn bestimmte Gruppen in der Gesellschaft, z. B. Frauen, Arbeitnehmer*innen oder Migrant*innen im Vergleich zu anderen Bevölkerungsgruppen mehr oder weniger Chancen innerhalb dieses Verteilungsbereichs haben. Dieser Unterschied kann durch ein anderes Beispiel beschrieben werden: Kinder mit Migrationshintergrund haben viel geringere Bildungschancen als Kinder deutscher Eltern. Wenn beispielsweise die Anzahl der Hochschulkompetenzen im Verlauf der Bildungsentwicklung zunimmt, ändert sich die Ungleichheit der Verteilung in eine positive Richtung. Andererseits werden Chancengleichheit zwischen ausländischen und deutschen Studierenden nicht auf die gleiche Weise erreicht (vgl. Steuerwald 2016, S. 228f).

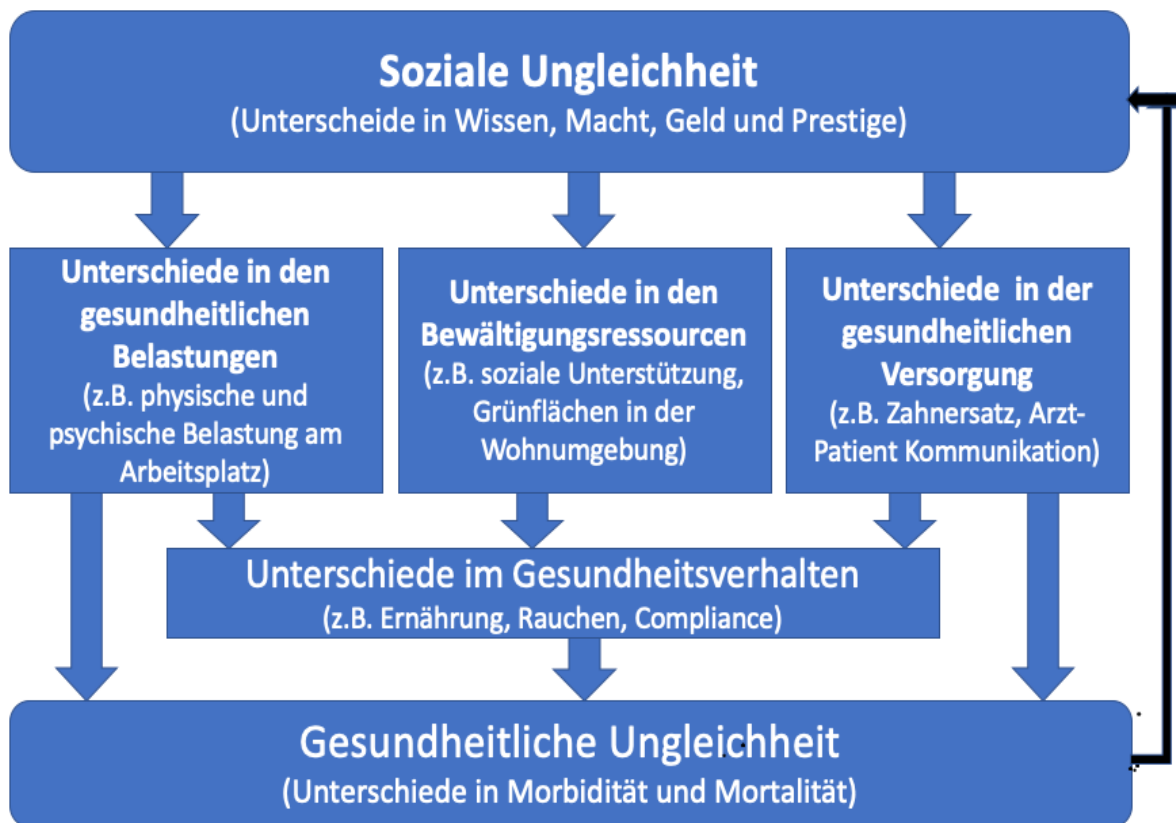
4.1.2 Gesundheitliche Ungleichheit

Um die sozial bedingten gesundheitlichen Ungleichheiten zu erklären, reicht es nicht aus, die beschriebenen Zustände einzeln oder sogar getrennt zu betrachten. Es gibt verschiedene Ansätze, die einen umfassenden theoretischen Rahmen für die Analyse gesundheitlicher Ungleichheiten bieten. 1980 wurde der sogenannte „Black Report“ veröffentlicht. Dieser Bericht, der von einer britischen Arbeitsgruppe unter der Leitung von Sir Douglas Black zusammengestellt wurde, enthält empirische Daten zu sozialen Unterschieden bei Morbidität und Mortalität. Diesem Bericht folgten Debatten über die Ursachen gesundheitlicher Ungleichheiten. Das Ergebnis war eine Vielzahl von Ansätzen, die heute in den klassischen Erklärungsansätzen zusammengefasst sind (Richter, Hurrelmann, 2009, S. 20).

Seit dem Ende des letzten Jahrhunderts wurden zahlreiche Modelle entwickelt, die unterschiedliche Ansätze zu einem theoretischen Rahmen kombiniert haben. Die entsprechende Komplexität ist sehr unterschiedlich, aber die verschiedenen Ebenen und Verbindungen werden für alle berücksichtigt. Thomas Elkeles und Andreas Mielck (1997) entwickelten ein in Deutschland weit verbreitetes Modell. Es besteht aus drei Ebenen: Makro-, Meso- und Mikroebene (vgl. Abbildung 8). Auf höchster Ebene führt die ungleiche Verteilungsstruktur von Wissen, Macht, Geld und Prestige zu günstigen und ungünstigen sozialen Bedingungen. Diese hierarchische Klassifizierung soll widerspiegeln, dass ungleiche statusbildende Faktoren weiterhin den größten Einfluss auf die Lebensbedingungen und die Lebensqualität haben (Richte, Hurrelmann, 2009, S. 22).

Die Meso-Ebene konzentriert sich auf Gesundheitsbelastung und Ressourcen, und ihre Relevanz hängt mit verschiedenen Lebensumgebungen zusammen. Auf der gleichen Ebene gibt es Unterschiede in der Gesundheitsversorgung, und der Schwerpunkt liegt auf qualitativen Ungleichheiten. Individuelle Gesundheitsverhaltensweisen sind ebenfalls Teil der Meso-Ebene und werden auch als gesundheitsrelevantes Ergebnis sozio-struktureller Bedingungen auf Makroebene angesehen. Die Folgen werden auf Mikroebene als strukturelles Problem gesundheitlicher Ungleichheiten gesehen, das in der Gesellschaft durch Unterschiede in Morbidität und Mortalität festgestellt wird (Lampert, 2016, S. 127f).

Abbildung 8: Modell zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit



Quelle: Eigene Darstellung modifiziert nach Lampert 2016, S. 128; Elkeles und Mielck 1997, Mielck 2000, 2005

4.1.3 Auswirkung der sozialen Lage

Soziale Bedingungen wirken sich auf die Gesundheit von Migrant*innen aus. Um genau zu sein, ist dies umstritten. Es ist bekannt, dass sich billige Apartments normalerweise in lauten Straßen oder an weniger interessanten oder unbeliebten Orten in der Stadt befinden, wo es häufig keine Gemeinschaftseinrichtungen oder Kinderspielgeräte gibt. Die Sicherheitslage ist oft unzureichend. Zu den Umständen, die sich nachteilig auf das Wohlbefinden, die Lebensqualität und die Gesundheit vor Ort auswirken, gehören beispielsweise der Mangel an Nahrungsmitteln und Infrastruktur für Gesundheitseinrichtungen, schlechte bauliche Bedingungen in Wohnungen, Lärm und üble Gerüche im Innenraum. Auch besteht ein Zusammenhang zwischen Wohngebiet und hoher Kriminalitätsrate. In jedem Fall können bestimmte Ressourcen (z. B. soziale Netzwerke) die negativen Auswirkungen bestehender Stressfaktoren berücksichtigen (Baier, 2013, S.44).

Der sozioökonomische Status entspricht dem sozialen Status, da er auf der Grundlage der drei voneinander beeinflussten Indikatoren für das Bildungs-, Beschäftigungs- und Einkommensniveau berechnet wird, die sich gegenseitig beeinflussen (Lampert et al., 2013, S. 821). Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status erhalten häufig nicht die soziale Unterstützung, die sie wirklich benötigen, um eine bessere Gesundheit zu erreichen. Darüber hinaus gibt es auch individuelle Ressourcen für den Widerstand von Migranten. Ein Beispiel hierfür ist gesundheitsgefährdendes Verhalten. Niedrige Einkommen und schlechtere Arbeitsbedingungen mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status wirken sich ebenfalls negativ auf die Lebensbedingungen aus. Daher verschlechterten sich die gesundheitlichen Ergebnisse (Frank et al., 2011).

4.1.4 Gesundheitliche Belastung

Die Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund wird hauptsächlich durch Verfolgung, Vertreibung und die Folgen des Krieges (wie Folter oder andere gewalttätige Erfahrungen) beeinflusst (Mohammadzadeh et al., 2016, S. 561). Soziale Ungleichheit selbst sowie Ungleichheiten in Bezug auf Gesundheitsbelastungen, Bewältigungsressourcen und Gesundheitsversorgung wirken sich alle auf das gesundheitsbezogene Verhalten von Migrant*innen aus (RKI, 2015, S. 149).

Untersuchungen zu diesem Thema und verschiedene Studien haben gezeigt, dass Menschen mit Migrationshintergrund anfällig für Drogenmissbrauch sind. Gründe hierfür sind flugbedingte Traumata, das heißt Stress vor und nach der Migration. Zu den genannten Faktoren zählen der Verlust des Zuhauses, der vertrauten Umgebung sowie Gewalt, Folter und Isolation von Familienmitgliedern (Horyniak et al., 2016, S. 3). Ein weiterer Grund, warum Menschen mit Migrationshintergrund zu Drogenmissbrauch neigen, ist, dass in vielen westlichen Ländern der Welt der Drogenkonsum normalisiert wurde, beispielsweise durch das Trinken von Alkohol in Deutschland.

Einige Menschen glauben, dass Menschen mit Migrationshintergrund versuchen, sich durch kulturspezifische Verhaltensweisen in die Gesellschaft zu integrieren. Ihre Absicht ist es, vom neuen sozialen Umfeld akzeptiert zu werden (Horyniak et al., 2016, S. 4). Psychosoziale Ressourcen haben direkte und indirekte

Auswirkungen auf die Gesundheit. Die Auswirkungen des direkten Weges manifestieren sich in psychischen und physischen Schäden. Der indirekte Weg ist durch gesundheitsschädliche Verhaltensweisen gekennzeichnet. Menschen mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status gleichen den Druck, der durch die mangelnde Unterstützung des sozialen Umfelds verursacht wird, durch Tabak- und Alkoholgenuss aus (Kuntz, 2011, S. 319).

4.2 Gesundheitsverhalten

Soziale Bedingungen, kulturelle Einflüsse und die Werte der Herkunftsnation sowie die Aufenthaltszeit und die Eingliederung in die Allgemeinheit des Umzugslandes prägen die Lebensweise von Menschen mit Migrationshintergrund. Dies wirkt sich zusätzlich negativ auf ihr Wohlfühlverhalten und damit auf die Erhöhung der Gefahrenfaktoren für das Fortschreiten von Krankheiten aus (RKI, 2015).

Dazu gehören nicht nur die Ernährung, das Training und die Nutzung von Energieträgern, sondern auch die Gesundheitsvorsorge und der Einsatz medizinischer Dienstleistungen. Da kaum Daten über das Gesundheitsverhalten von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland vorliegen, stützt sich diese Untersuchung hauptsächlich auf deutschlandweit durchgeführte Studien, die diesen Aspekt effektiv analysiert haben. Dort wo zusätzlich Informationen aus der Region zugänglich sind, wird eigenständig auf diese verwiesen (Bezirksamt Neukölln zu Berlin, 2018).

4.2.1 Verwendung von Vorsorgeuntersuchungen

Untersuchungen haben immer wieder gezeigt, dass Menschen mit Migrationshintergrund die präventiven Angebote des deutschen Gesundheitswesens viel seltener in Anspruch nehmen als Menschen ohne Migrationsgeschichte (Bezirksamt Neukölln zu Berlin, 2018, nach RKI, 2015). Die Inanspruchnahme von Angeboten zur Früherkennung und Vermeidung von Krankheiten, wie z. B. Früherkennungsuntersuchungen, zahnärztliche Untersuchungen, Vorsorgeuntersuchungen für Kinder oder Schwangere sowie Beratungen und Seminare zu Themen der Krankheitsbekämpfung, ist geringer (RKI, 2015; Rommel et al., 2015; RKI, 2008).

Der Einsatz von Therapie- und Rehabilitationsangeboten nach dem Ausbruch einer Krankheit ist im Allgemeinen geringer, was die Rehabilitations- und Genesungsarbeit und den Wiedereinstieg in den Beruf erschwert (Bezirksamt Neukölln zu Berlin, 2018, nach RKI, 2015). Interessanterweise gibt es fast keinen Unterschied zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund hinsichtlich der Prävention von Infektionskrankheiten durch Impfung. Trotzdem ist das Schutzniveau vor Impfungen bei älteren Migrant*innen sowie bei Flüchtlingen und anderen, die Schutz suchen, relativ gering. (Bezirksamt Neukölln zu Berlin, 2018, nach GEWINO der AOK Nordost, 2015; Frank et al., 2017).

In Bezug auf die Inanspruchnahme von Präventionsdiensten durch Menschen mit Migrationshintergrund kann jedoch auch festgestellt werden, dass diese der deutschen Bevölkerung immer ähnlicher wird, je länger die Personen tatsächlich in Deutschland leben und je besser sie sich in die neue Gesellschaft integrieren. Dies zeigt zum Beispiel, dass es bei der Früherkennung und Inspektion, bei der Beratung zur Infektionsprävention und bei Seminaren fast keinen Unterschied zwischen den Ausländern der zweiten Generation und der deutschen Stammbevölkerung gibt (Bezirksamt Neukölln zu Berlin, 2018, nach Rommel et al., 2015).

Darüber hinaus sind für Kinder, deren Erziehungsberechtigte lange Zeit in Deutschland gelebt haben, ihre standardisierten frühdiagnostischen Tests, Impfungen und zahnärztlichen Untersuchungen mit denen von Kindern ohne familiären Migrationshintergrund vergleichbar (Bezirksamt Neukölln zu Berlin, 2018, nach RKI, 2008).

4.2.2 Übergewicht

Der Anteil extrem übergewichtiger Menschen an der erwachsenen Bevölkerung mit und ohne Migrationshintergrund unterscheidet sich nur geringfügig. Bei der Untersuchung der verschiedenen Altersgruppen werden die Unterschiede jedoch deutlich. Bei jungen Menschen und Frauen mit Migrationshintergrund in beiden Altersgruppen ist der Anteil der Bevölkerung, der als ‚dick‘ bezeichnet werden kann, höher als bei deutschen Kindern und Frauen (Bezirksamt Neukölln zu Berlin, 2018, nach RKI, 2015; Frank et al., 2017).

Besonders betroffen sind Jugendliche und Frauen mit türkischer Familiengründung sowie Frauen aus der früheren Sowjetunion. Dafür wird die zunehmende Vermischung der Essgewohnheiten zwischen dem Herkunftsland und dem Migrationsland als Ursache gesehen, wobei sich Jugendliche und junge Erwachsene im Besonderen von den traditionellen Essgewohnheiten im Allgemeinen abwenden und ‚moderne‘, weniger gesunde Lebensmittel konsumieren. Es wurde festgestellt, dass Familien mit Migrationshintergrund im Allgemeinen mehr Süßigkeiten und Junk-Food als Salate und Obst konsumieren. (Bezirksamt Neukölln zu Berlin, 2018, nach RKI, 2007).

4.2.3 Rauchgewohnheiten

In Bezug auf das Rauchverhalten ergibt sich ein differenzierteres Bild. Frauen und Jugendliche mit Migrationshintergrund rauchen weniger, während Männer mit Migrationshintergrund, insbesondere Männer türkischer Herkunft, im Allgemeinen mehr rauchen als Männer ohne Migrationshintergrund. (Bezirksamt Neukölln zu Berlin, 2018, nach RKI, 2015).

Der Tabakkonsum bei Frauen aus der ehemaligen Sowjetunion und junger Menschen mit Migrationshintergrund in der Türkei oder im arabischen Raum ist im Wesentlichen auf niedrige Raucherquoten zurückzuführen. (Bezirksamt Neukölln zu Berlin, 2018, nach Rommel et al., 2015). Der Anteil der Raucher*innen unter jungen Menschen ist jedoch ebenfalls gering und kaum von Jugendlichen ohne Migrationshintergrund zu unterscheiden. Im Gegensatz dazu ist die Nutzungsrate von elektronischen Wasserpipeifen und Schischa etwas höher (Bezirksamt Neukölln zu Berlin, 2018, nach Orth, 2016).

4.2.4 Alkoholkonsum

Der Alkoholkonsum bei Menschen mit Migrationshintergrund ist im Allgemeinen niedriger als bei deutschen Einwohnern. Dies kann zum großen Teil auf die religiösen Überzeugungen der türkischen und arabischen Familien zurückgeführt werden (Bezirksamt Neukölln zu Berlin, 2018, nach Strupf et al., 2017). Der Alkoholkonsum in Deutschland kann jedoch je nach Herkunft Geschlecht, Alter und

Aufenthaltsdauer variieren. Wie beim Rauchen ist der Alkoholkonsum von Jugendlichen mit Migrationshintergrund deutlich geringer als der ihrer deutschen Freunde (Bezirksamt Neukölln zu Berlin, 2018, nach Schouler-Ocak, 2015).

In der zweiten Generation der Zuwanderer ist zu beobachten, dass es im Gegensatz zu Männern fast keinen Unterschied beim Alkoholkonsum zwischen Frauen ohne Migrationshintergrund und Frauen mit Migrationshintergrund gibt (Bezirksamt Neukölln zu Berlin, 2018, nach Frank et al., 2017).

4.2.5 Drogenkonsum und andere Abhängigkeiten

Neben dem geringeren Alkoholkonsum gibt es Hinweise darauf, dass der illegale Drogenkonsum bei Jugendlichen mit Migrationshintergrund weniger verbreitet ist (Bezirksamt Neukölln zu Berlin, 2018, nach RKI, 2007). Angesichts der verschiedenen möglichen Substanzen, illegale Drogen, der Lebensumstände und dem dadurch eingebundenen sozialen Umfeld kann jedoch keine allgemeine Aussage getroffen werden. Es gibt nur sehr wenige illegale Drogen, die von Teenagern und Jugendlichen mit türkischem oder asiatischem Migrationshintergrund konsumiert werden (Bezirksamt Neukölln zu Berlin, 2018, nach Orth, 2016). Die Glücksspielsucht ist in der jugendlichen Bevölkerung mit Migrationshintergrund ebenfalls problematisch und betrifft insbesondere junge Männer (Bezirksamt Neukölln zu Berlin, 2018, nach Schouler-Ocak, 2015).

4.3 Gesundheitsdeterminanten

Als Nächstes geht es um die Determinanten, die die Gesundheit beeinflussen. Zunächst soll der Begriff der Gesundheit geklärt werden. Die WHO hat in ihrer Verfassung, die 1946 von den teilnehmenden Nationen gebilligt wurde, neben anderen bekannten Definitionen von Gesundheit eine herausragende Bedeutung. Diese möchte allen Menschengruppen dabei helfen, einen „bestmöglichen Gesundheitszustand“ zu erreichen (Die Schweizer Regierung, 2014, S. 1).

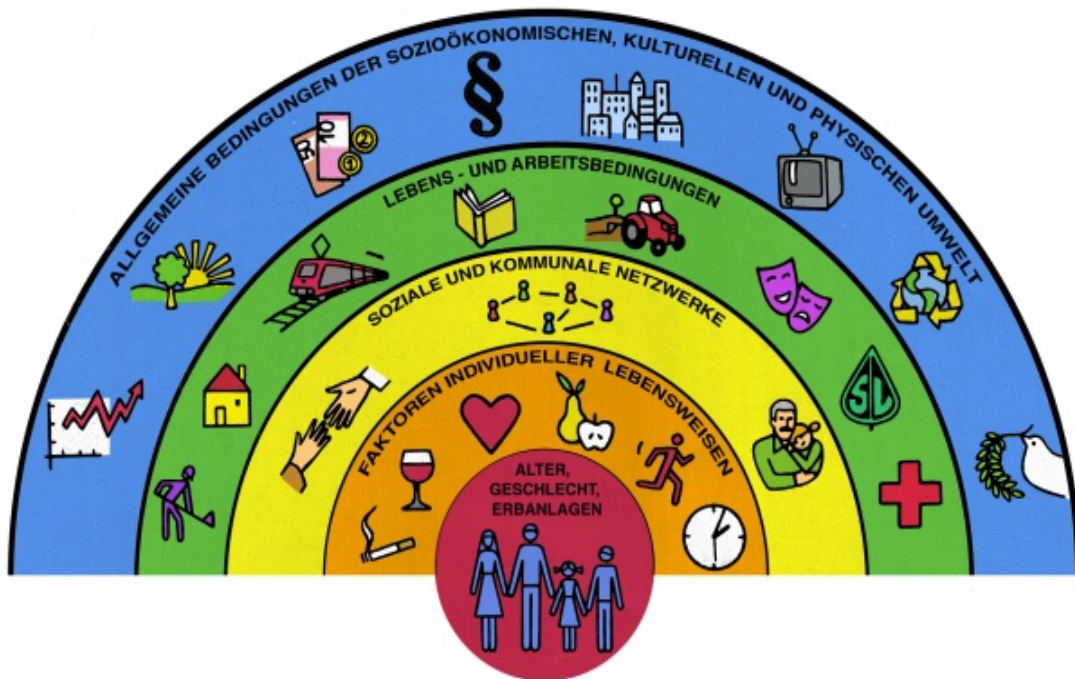
Auf diese Weise hängt die gesundheitliche Verfassung von fokussierten Situationen ab, die für die Gesundheit aller hilfreich sind. In dieser verbindlichen Verfassung

wird der Begriff der Gesundheit charakterisiert: „Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen. Somit wird eine andere Bedeutung von Wohlbefinden und auch eine andere Sichtweise vermittelt (Parsons ,1967, S. 57).

Offen bleibt in dieser Definition allerdings, ob es sich um die objektiv messbare Gesundheit oder um das individuelle Empfinden handelt. Deshalb ist es notwendig, den Begriff „Gesundheit“ zu charakterisieren und klar darzustellen, was Gesundheit und was Krankheit bedeutet. Es gibt viele Faktoren, die sich positiv und negativ auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Menschen auswirken. Diese beeinflussenden Elemente, die in den Gesundheitswissenschaften als Determinanten des Wohlbefindens bezeichnet werden, wurden 1991 von Göran Dahlgren und Margaret Whitehead in einem Regenbogenmodell skizziert (vgl. Abbildung 9) (Gold, 2014, S. 7).

In diesem Modell werden die beeinflussenden Komponenten in vier Ebenen von innen nach außen gehend entwickelt, die über die individuellen Wohlbefinden mitentscheiden. Die einzelnen Ebenen der Determinanten haben Schnittstellen zueinander (Richter, Hurrelmann, 2015).

Abbildung 9: Grafik der Gesundheitsdeterminanten



Quelle: Dahlgren G & Whitehead M 1991, zit. Fonds gesundes Österreich 2013

Ebene 0: Die innere Ebene beginnt mit dem Alter, Geschlecht und der genetischen Veranlagung. Diese Determinanten unterscheiden sich dadurch, dass sie nicht beeinflussbar sind. Sie können durch Systeme zur Gesundheitsförderung kaum verändert werden (Richter, Hurrelmann, 2015).

Ebene 1: Faktoren der individuellen Lebensführung sind enge Determinanten des Wohlbefindens. Die Lebensweise und das individuelle Gesundheitsverhalten tragen insgesamt zu einer fördernden oder beunruhigenden Wirkung auf das Wohlbefinden bei (Wilkinson, Marmot, 2004, S. 27). Dazu gehören z. B. Ernährung, Tabak- und Alkoholkonsum oder Begegnungen mit Brutalität (Richter, Hurrelmann, 2015). Die darauf strukturierende Ebene umfasst die Zustände des individuellen Umfelds.

Ebene 2: Diese setzt sich aus sozialen und kommunalen Netzwerken zusammen. Demnach kann die Zugehörigkeit zu einem sozialen Netzwerk mit Verständnis und gemeinsamer Verantwortung zu dem Gefühl führen, wirklich im Mittelpunkt zu stehen, bewundert und geschätzt zu werden. Dies ist ein solider Schutzfaktor für das Wohlbefinden. Dementsprechend können die ständigen Beziehungen die

gesünderen Verhaltensweisen unterstützen. Wenn man nicht ausreichend emotional von der Gemeinschaft unterstützt wird, fühlt man sich im Allgemeinen weniger wohl, erfährt umso mehr hin und wieder Depressionen und empfindet chronische Erkrankungen als schwieriger (Wilkinson, Marmot, 2004, S. 27).

Ebene 3: Wohlbefinden und Wohlstand werden ebenfalls durch die Lebens- und Arbeitsbedingungen gesteuert. Dazu gehören die Erwerbstätigkeit, die Arbeitslosigkeit und die Wohnsituation ebenso wie die Rahmenbedingungen der medizinischen Versorgung. Diese beeinflussenden Faktoren wirken sich indirekt einschneidend auf die Gesundheit aus (Richter, Hurrelmann, 2015).

Ebene 4: Die abschließend bedeutsame Ebene ist die der wirtschaftlichen, kulturellen und physischen Umweltbedingungen. Je mehr man unter belastenden wirtschaftlichen und sozialen Bedingungen leben muss, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit der körperlichen Alterserscheinungen und desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit eines gesunden Lebens im reifen Alter (Wilkinson, Marmot, 2004, S. 10).

4.3.1 Beschäftigungs- und Einkommensverhältnisse

Schwere körperliche Arbeit führt nicht nur zu Beschwerden, sondern die Tätigkeit in einem Niedriglohnsektor mit langen Arbeitszeiten und prekären Geschäftsbeziehungen kann zu einem erhöhten Krankheitsrisiko führen. Personen mit Migrationshintergrund befinden sich normalerweise in Gebieten mit hoher körperlicher Belastung wie Bergbau und Mineralgewinnung sowie in Berufsgruppen mit geringerem Qualifikationsniveau wie B. Reinigung und Müllentsorgung (RKI, 2008, S. 19).

Sie haben ein geringeres Einkommen und sind höheren physischen sowie psychischen Belastungen ausgesetzt (Umzugsarbeit, unzuverlässige Arbeitsbedingungen usw.). Darüber hinaus sind ausgeprägte verbale Krankheiten bei berufstätigen Migrant*innen häufiger auf als in der deutschen Bevölkerung. Hörschäden durch Vibrationen stehen an erster Stelle, gefolgt von Hautinfektionen und Lungenerkrankungen. Aufgrund der genannten Krankheiten kündigen Migrant*innen ebenfalls früher als ihre deutschen Kollegen (Hurrelmann, 2006, S. 47ff).

4.3.2 Wohnverhältnisse

In einer groß angelegten europäischen Untersuchung unter der Leitung der WHO (2007) wurden zwischen 2002 und 2004 die Unterkunftsbedingungen sowie der Status der Gesundheit in acht europäischen Stadtgebieten, darunter Bonn, untersucht. Es gibt einen weiteren Zusammenhang zwischen Wohnen, Lebensbedingungen und Gesundheit. In städtischen Gebieten kommt es zu sozialer und ethnischer Isolation, d. h. zur Zusammenballung bestimmter sozialer/ethnischer Versammlungen in bestimmten Teilbereichen einer Stadt oder eines Stadtviertels (Häußermann, Siebel, 2004, S. 140). Dabei wird die Gruppe von Migrant*innen dadurch benachteiligt, dass ihnen keine Unterkunft zur Verfügung gestellt wird (Franz, 2006, S. 14ff.) oder dass sie in benachteiligte Stadtteile ziehen müssen.

Large Analysis and Review of European housing and health Status (LARES) -Studie über das Wohlbefinden in Wohnungen (WHO, 2004b) zeigte, dass die psychische Gesundheit von Personen beeinflusst werden kann, wenn die Wohnung keinen ausreichenden Schutz vor negativen natürlichen Einflüssen bietet, wie z. B. Feuchtigkeit und Schimmel, Lärm, Kälte oder eine hohe Bevölkerungsdichte in der Wohnung (Terr, 2004).

Zusätzlich bestand durch ungünstigere Wohnbedingungen eine erhöhte Unfallgefahr. Die Analysten waren zudem bereit, einen Zusammenhang zwischen der Qualität der Unterkunft und der persönlichen Zufriedenheit herzustellen (Bashir, 2002). Auch in Bremen wurde im Rahmen von Wohlstandsmessungen festgestellt, dass insbesondere hilflose Familien zunehmend von Feuchtigkeitsschäden und Formveränderungen in ihrem Wohnraum betroffen sind und ein erhöhter Beratungsbedarf besteht (Becker et al., 2008).

Da in der Hauptstudie neben Personen mit geringem Einkommen vor allem Personen mit einem hohen Bildungsgrad das kostenlose Beratungsangebot des Gesundheitsamtes in Bremen in Anspruch genommen hatten, war es denkbar, in der Folgestudie mit anderen Maßnahmen gezielt Personen mit niedriger Bildung und geringem Einkommen anzusprechen (Kaiser, Otremba, 2011).

4.4 Bedingungsfaktoren der Gesundheit

Verschiedene Faktoren hängen auch mit der Arbeit und dem Arbeitsplatz zusammen, die die gesundheitliche Lage beeinflussen. – Wobei die Ausgangssituation wenig beachtet wird. Zu nennen sind hier insbesondere sozioökonomische Faktoren, aber auch soziokulturelle Faktoren (Anzenberger et al., 2015, nach Behrens, 2011; Binder-Fritz, 2009).

In jedem Fall gibt es auch migrationsspezifische Faktoren wie Migration (z. B. Flucht vor Konflikten, Arbeitsmigration usw.) oder der sogenannten „*Healthy-migrant-Effekt*“. Darüber hinaus leiden Migrant*innen häufig ethnischer und kultureller Diskriminierung ausgesetzt, die sich auch auf ihre Gesundheit auswirkt. Schließlich sind die einzelnen Faktoren nur hypothetisch unterscheidbare Tatsachen, die jedoch im wirklichen Leben eng miteinander verbunden sind. (Anzenberger et al., 2015, nach Behrens, 2011, S. 41).

4.4.1 Faktoren der sozioökonomischen Bedingungen

Der Standpunkt zwischen sozioökonomischer beziehungsweise sozialer und gesundheitlicher Lage wird in verschiedenen wissenschaftlichen Arbeiten regelmäßig untersucht (Anzenberger et al., 2015, nach Bauer et al., 2008; Binder-Fritz, Rieder, 2014; Richter, Hurrelmann, 2006).

„Untersuchungen zu Morbidität und Mortalität zeigen eine deutliche Abhängigkeit zwischen beiden Variablen [Gesundheit und soziale Lage]. So haben Personen mit niedrigem sozialem Status größere Risiken zu erkranken oder früher zu sterben, als Personen mit höherem Status [...]. Die möglichen Ursachen und Wechselwirkungen sind dabei äußerst komplex und nicht vollständig geklärt“ (Anzenberger et al., 2015, nach Behrens, 2011, S. 41).

Die regelmäßig höhere Krankheitsgefahren bei Migrant*innen sind unter anderem auf ihre häufig schlechte soziale Lage und die damit verbundenen Lebens- und Arbeitsbedingungen (z.B. ungünstigere Wohnverhältnisse) zurückzuführen (Anzenberger et al., 2015, nach Behrens, 2011, S. 42).

4.4.2 Soziokulturelle Bedingungsfaktoren

Die kulturelle Grundlage von Migrant*innen wird in verschiedenen wissenschaftlichen Arbeiten häufig als beeinflussende Faktor auf die Gesundheit dargestellt, zum Beispiel durch unterschiedliche Auffassungen von Gesundheit und Krankheit, unterschiedliche Behandlungsannahmen, unterschiedliches Wohlbefinden oder unterschiedliche Verhaltensweisen (Anzenberger et al., 2015, nach Binder-Fritz, 2009, S. 30).

Kultur wird wie Lebensstrategien als beweglicher Prozess betrachtet, der ebenso wie Lebensstrategien von einer Vielzahl an gesellschaftlichen, religiösen und wirtschaftlichen Hintergründen beeinflusst wird. Die kulturelle Grundlage ist in der Regel nicht von einem bestimmten Verhalten betroffen, sondern z. B. von ökonomischen Faktoren oder Faktoren, die durch die Geschlechterrolle geprägt sind (Binder-Fritz, Rieder, 2014).

Die Perspektive auf die „fremde Kultur“ und ethnisch-kulturelle Merkmale sind demnach zu eindimensional; neben anderen Dingen sollten auch die Migrationshintergründe, das soziale Umfeld, die persönlichen Blickwinkel und die individuellen Lebensweisen der Patient*innen berücksichtigt werden (Anzenberger et al., 2015, nach Binder-Fritz, 2011, S. 120). In diesem speziellen Fall der Gruppenzugehörigkeit ist ebenfalls zu bedenken, dass die Aufnahme innerhalb einer bestimmten Gruppe oft als stark homogenisiert und als starke Abgrenzung zur anderen Gruppe gesehen wird. Das heißt, Migrant*innen werden grundsätzlich als gleich betrachtet, während im Gegensatz dazu Einheimische als unterschiedlich angesehen werden (Anzenberger et al., 2015, nach Faltermaier, 2001, S. 94).

4.5 Gefahrffaktoren der Menschen mit Migrationshintergrund

4.5.1 Armut und soziale Ungleichheit

In der Europäischen Union gelten Personen als arm, wenn das vergleichbare Nettoeinkommen der Menschen weniger als 60 Prozent des Medians beträgt (z. B. Normales Haushaltseinkommen). In europäischen Ländern ist es bei der Beurteilung der Armutsgrenze wichtig zu wissen, dass die betreffende Person noch lebt.

Daher geht es nicht nur um das tatsächliche Ressourcenniveau, sondern zusätzlich um die Unterstützung in der sozio-kulturellen Lebensweise einer Nation. So wird, wenn man von Armut in Deutschland spricht, aufgrund der sozialen Sicherungssysteme auch immer relative Armut impliziert (BpB, 2020).

4.5.2 Individuelles Verhalten und Umstände

Individuelles Verhalten und Lebensbedingungen können nicht vollständig voneinander isoliert werden, um Informationen über die erhöhte Infektionsgefahr bei Migrant*innen zu erhalten, da sie sich gegenseitig beeinflussen. Zu den Proportionsfaktoren zählen der sozioökonomische Status, das Bildungsniveau, der finanzielle Status sowie die Lebens- und Arbeitsbedingungen. Zu den Verhaltensfaktoren gehören das Ernährungsverhalten, die eigene körperliche Aktivität und die gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen wie Rauchen und Alkohol (Hurrelmann, 2006, S. 21ff).

4.5.3 Lebenslaufansatz

Unter Berücksichtigung der Lebensbedingungen von Erwachsenen sowie der sozialen und gesundheitlichen Ungleichheiten im Wachstum und Leben von Kindern und Jugendlichen wird die Methode der Lebensprozesse beschrieben. (Dragano, Siegrist, 2006, S. 171). Nach diesen Denkweisen wird die untere Hälfte als halbwegs betrachtet, aber die gesamte Lebenssituation oder Lebensweise erscheint. Wie der Lebensverlauf zeigt, können gesundheitliche Ungleichheiten in der Kindheit zu einer Verschlechterung der Gesundheit im Erwachsenenalter führen.

4.5.4 Anfangsphase der Migration

Die Zeit der Ankunft in der Zielnation ist besonders für Flüchtlinge, aber auch für andere zugewanderte Menschen mit einer Begegnung von Unglück und einem hohen Maß an existenzieller Verunsicherung verbunden (RKI, 2008). Wesentliche Informationen über die Bedingungen, die die Veränderung in der ersten Phase nach der Migration unterstützen oder erschweren, gibt es in Deutschland nicht. Die Bedeutung dieser Phase für spätere Krankheitsgefahren ist ebenfalls nur unzureichend untersucht. Medizinische Untersuchungen bei der Einreise waren oder

werden im Wesentlichen mit dem Ziel durchgeführt, ansteckende Krankheiten, z. B. Tuberkulose, zu erkennen, um die einheimische Bevölkerung zu sichern und die erkrankten Personen zu behandeln (RKI, 2008).

4.5.5 Personen ohne zugelassene Aufenthaltsgenehmigung

Verlässliche Erkenntnisse über die gesundheitliche Lage von Personen ohne legalen Aufenthaltsstatus (sog. „illegal“ Bewohner) sind in Deutschland kaum zugänglich, da es bisher keine belastbaren Zahlen gibt. Es gibt lediglich einzelne, nicht legale Betrachtungen, die zeigen, dass sich das Morbiditätsspektrum in dieser Gruppe, ähnlich wie bei anderen Personen mit Migrationshintergrund, aus dem Krankheitsspektrum des Herkunftslandes und dem des Aufnahmelandes zusammensetzt (RKI, 2008).

Ähnlich wie bei Personen mit Migrationshintergrund mit gültigen Einreise- und Aufenthaltspapieren werden Personen ohne legalen Aufenthaltsstatus zum Zeitpunkt der Migration wahrscheinlich nahezu gesund betrachtet, da dies die Chance auf eine effektive Migration erhöht. Allerdings ist zu erwarten, dass die unsichere Lebenssituation und der erschwerte Zugang zur medizinischen Versorgung zu einem spezifischen Gefahrenprofil führen (RKI, 2008, nach Lindert, 2003). Lindert fasst in ihrer Arbeit über gesundheitliche Bedingungen in der „Illegalität“ die begleitenden Gefahrenfaktoren zusammen.

5 Zugangsbarrieren und Hindernisse im deutschen Gesundheitsversorgung

Bei der Analyse des Gesundheitsversorgung und dem Aufbau des richtigen migrationssensiblen Konzepts sind die begleitenden Zugangsbarrieren von zentraler Bedeutung.

5.1 Zugangsbarrieren in der Gesundheitsversorgung

Unterschiede in der Inanspruchnahme und im Ergebnis medizinischer Versorgungsleistungen werden häufig durch Zugangs- und Lebensfähigkeitsbarrieren

mitbestimmt, die Menschen mit Migrationshintergrund in der medizinischen Versorgung erfahren. Zu diesen Barrieren gehören Probleme mit der deutschen Sprache und eine geringe Bildung im Bereich des Gesundheitswesens, eine eingeschränkte Fähigkeit, an Gesundheitsdaten heranzukommen, sie zu verstehen und davon abhängig fundierte Entscheidungen in der medizinischen Versorgung zu treffen (Brzoska, Razum, 2016).

Dies kann sich einerseits negativ auf den Zugang zu Gesundheitsversorgungsangeboten und auf die Kommunikation zwischen Gesundheitsversorgungsnutzer*innen sowie auf das Gesundheitspersonal auswirken und in der Folge auch auf die Gesundheitsversorgungsergebnisse. Andererseits werden die Gesundheitsversorgungserwartungen und -bedürfnisse von Menschen mit Migrationshintergrund, z. B. in Bezug auf Krankheiten, Medikamente oder Behandlungen, von vielen Versorgungseinrichtungen nicht angemessen berücksichtigt. Dies kann zu Konflikten, Unzufriedenheit und Missverständnissen im Versorgungsalltag führen und den Versorgungsprozess beeinträchtigen (Brzoska, Razum, 2016, nach Brzoska et al., 2010; Brause et al., 2010; Schwarz et al., 2014; Bermejo et al., 2012; Yilmaz-Aslan et al., 2014; Langer et al., 2013).

Um Menschen mit Migrationshintergrund zu befähigen, eine Versorgung zu erhalten, die auf ihre Probleme und Bedürfnisse eingeht, und um ihre Gesundheit zu fördern, sollten diese Hindernisse eingeschränkt werden. Aus diesem Grund sind verschiedene Techniken zugänglich (Brzoska, Razum, 2016). Eine große Anzahl von Menschen mit Migrationshintergrund, die in Deutschland leben, haben ähnliche sozialrechtliche Ansprüche auf eine medizinische Versorgung wie die Mehrheit der Bevölkerung. Ihr Zugang wird also nicht durch rechtliche Hindernisse eingeschränkt. Anders verhält es sich bei Personen, die als Geflüchtete nach Deutschland kommen und hier Asyl suchen, da sie nach dem Asylbewerberleistungsgesetz zunächst nur für eine eingeschränkte Versorgung qualifiziert sind (Brzoska, Razum, 2016, nach Norredam et al., 2006; Liedtke, 2002).

Personen ohne Papiere („undokumentierte Migranten“) laufen zusätzlich Gefahr, durch den Kontakt mit dem medizinischen Versorgungsrahmen die Aufmerksamkeit der Behörden auf sich zu ziehen und damit ihren Aufenthalt in Deutschland zu

gefährden (Brzoska, Razum, 2016, nach Razum et al., 2008; Björngren, Cuadra, 2013). Bei den Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund sollten daher auch diese Bevölkerungsgruppen eindeutig berücksichtigt und bestehende Rechtssysteme verändert werden (Brzoska, Razum, 2016).

5.2 Sprachliche Kommunikationsprobleme

Sprache und Kommunikation sind normalerweise die Hauptinstrumente in der medizinischen und klinischen Praxis. Obwohl der Mittelpunkt häufig auf dem ungedeckten Handel mit nachweisbaren Daten liegt, hat die Kommunikation in der Medizin immer auch ein soziales Segment (Knipper, Biligin, 2009). Die Begriffe und Daten, die ein Patient oder seine Familienangehörigen erhalten, werden stets vor dem Hintergrund der individuellen Situation (dargestellt z. B. durch Schmerzen, Angst, Stress usw.), früherer Erfahrungen mit ähnlichen Situationen, bestehender Informationsgruppen über den Körper, Krankheiten und Hilfsstrategien sowie über soziale Beziehungen und über kulturell oder religiös kommunizierte Eigenschaften und Neigungen entschlüsselt (Knipper, Biligin, 2009).

Im reiferen Alter verlieren zahlreiche Migrant*innen ihre oft eingeschränkten Informationen zu Fremdsprachenkenntnissen, da die eher stärkere Orientierung auf die familiäre und ethnische Organisation (Wietert-Wehkampt, 1996) kaum noch die dynamische Nutzung der deutschen Sprache verlangt. Sprachliche Kommunikationsprobleme werden oftmals als wesentliche Begründung für die Gesundheitsversorgung und für die oft sehr detaillierte Unzufriedenheit von Patienten und Personal in der medizinischen Betreuung von Personen mit Migrationshintergrund angeführt (Knipper, Biligin, 2009, nach Heim, 2004; Klein, 2000; Razum et al., 2004; Yildirim-Fahlbusch, 2003).

Mit hoher Wahrscheinlichkeit werden diese Probleme deutlich, wenn Patient*innen keine oder kaum Informationen über die deutsche Sprache haben. Solche Situationen sind für den normalen Alltag in deutschen Einrichtungen und Kliniken bedeutsam. Grundsätzlich sind sie jedoch nicht der Standard und die Frage nach der Sprache sowie Kommunikation bei Patient*innen mit Migrationshintergrund ist

komplexer als eine einfache Abfrage der deutschen Sprachkenntnisse bei den Patient*innen. Hier sollten die begleitenden Schwerpunkte berücksichtigt werden: Mängel in der Arzt-Patienten-Kommunikation werden nicht ausschließlich bei Patient*innen mit ungenügenden deutschen Sprachkenntnissen festgestellt. Im Rahmen des Gesundheitsversorgungssystems verfügen nur wenige Ämter*innen über lokale Sprachexpert*innen oder setzen Dolmetscher*innen ein (Salman, 1997).

Gleichzeitig wirken sich psychische und soziale Faktoren auf die Sprache von Patient*innen und Familienangehörig*innen aus, vor allem dann, wenn z. B. Fragen zur Krankheit, Behandlung oder Prognose gestellt werden können. Die Komplexität der Kommunikation zwischen Expert*innen und Patient*innen wird hier nur in einer einfachen Struktur gezeigt, und unter normalen Umständen steht nur ein sehr begrenzter Zeitrahmen zur Verfügung. Einerseits, aber nicht darauf beschränkt, wirkt sich dies auch auf die Kommunikation mit Migrant*innen aus. Andererseits wird die mangelhafte Information über die deutsche Sprache in der klinischen Alltagspraxis als praktisch untrennbar mit den spezifischen ‚Schwierigkeiten‘ verbunden angesehen und als Hauptursache der erkannten Probleme betrachtet (Knipper, Biligin, 2009 nach Dreißig, 2005).

Darüber hinaus ist aus medizinsoziologischen Untersuchungen bekannt, dass verschiedene soziale Faktoren (z. B. Identität, sozialer Status) die Art der ärztlichen Kommunikation mit Patient*innen negativ beeinflussen können (Knipper, Biligin, 2009, nach Raspe, 1982; Johnson et al., 2004). Dennoch sind es gerade die soziokulturelle Dimension und die unglaubliche Bedeutung psychischer Faktoren, die ebenfalls ungewöhnliche Handlungsspielräume eröffnen.

Um auf jeden Fall die Möglichkeit zu haben, einen grundlegenden Datenaustausch zu gewährleisten, ist die Einbeziehung eines Dolmetschers wichtig und bei bestimmten Patient*innen rechtlich vorgeschrieben, z. B. zur Aufklärung der Patient*innen über Operationen als Grund für ihre notwendige aufgeklärte Zustimmung. In solchen Fällen wird regelmäßig improvisiert, indem Familienmitglied*innen oder unfähige Mitarbeit*innen mit ähnlicher Landessprache um Hilfe gebeten werden. Auch Kinder werden regelmäßig hinzugezogen (Knipper, Biligin, 2009).

Jede dieser Improvisationen ist außerordentlich gefährlich, sowohl wegen der fehlenden Kompetenz der Dolmetscher*innen in klinischen Fragen als auch wegen der völlig fehlenden Kontrollmöglichkeiten über die Qualität der Verdolmetschung, die Zuverlässigkeit und die Vertraulichkeit. Die sozialen Aspekte sollten ebenfalls berücksichtigt werden, insbesondere wenn Kinder und minderjährige Familienmitglieder intime Details und zutiefst belastende Daten von oder an ihre Eltern dolmetschen sollen (Knipper, Biligin, 2009, nach Ilkic, 2002).

Letztendlich kann dies zu einer ernsthaften Belastung für alle Beteiligten führen, was nun ein extrem belasteter Krankheitszustand ist. Die einzige Abhilfe ist in der Regel der Einsatz von qualifizierten Dolmetscher*innen, ein Angebot, das es mittlerweile an verschiedenen großen und einigen kleineren Notfallkliniken gibt (z. B. an Universitätskliniken in Hamburg und Gießen oder am Krankenhaus München-Schwabing). Kommunal orientierte Dolmetscherzentren werden z. B. vom Bayerischen Zentrum für Transkulturelle Medizin e. V. in München oder vom Ethnomedizinischen Zentrum e. V. in Hannover angeboten (Knipper, Biligin, 2009, nach Salman et al., 2003).

5.3 Kulturelle und Religiöse Konzepte

Soziale Aspekte werden häufig als Hindernisse für den Zugang von Migrant*innen zur Gesundheitsversorgung verwendet, insbesondere die ‚kulturspezifische‘ Wahrnehmung von Krankheit und Gesundheit gegenüber als ‚fremd‘ angesehenen Patienten (Knipper, Biligin, 2009).

5.3.1 Kulturelle Konzepte

Kulturelle Vorstellungen beeinflussen und leiten unsere Einsichten, unsere Mentalitäten sowie unsere Annahmen über Gesundheit und Krankheit (Sich et al., 1993). Verweise auf ‚kulturspezifische‘ Vorstellungen von Krankheit oder potentiell ‚typisches‘ Verhalten aufgrund von Krankheit sind im Großen und Ganzen von einem unreflektierten Verständnis von Kultur abhängig, das davon ausgeht, dass es sich um eine soziale ‚Prägung‘ von Menschen handelt, die mit ihrem Anfang identifiziert wird und sich auch durch Migrationserfahrungen oder andere biografische Faktoren

nicht wirklich ändern kann. Diese kulturelle Herkunft wird z. B. in stereotypen Erklärungen über das „mystische Medizinverständnis“ von z. B. „türkische Patient*innen“ sichtbar (Knipper, Biligin, 2009, nach Yildirim-Fahlbusch, 2003).

Kurslektüren, die auf der Basis von Nationenarrangements oder von lokalen Konzentratoren koordinierten Vorbereitungsanlässen das „notwendige Hintergrundwissen“ für die tatsächliche Fokussierung auf Individuen aus „fremden Kulturen“ liefern, spielen zusätzlich auf ein Kulturverständnis an, das ein separates Verständnis der kulturellen Dimensionen von Krankheit und Medikation und damit der individuellen Lebensumstände eines Patienten eher behindert als fördert. Darüber hinaus kann ein statisches Verständnis von Kultur der Dynamik von Migrationsprozessen und den komplexen „transnationalen“ Lebenswelten nicht gerecht werden (Knipper, Biligin, 2009, nach Alban et al., 2002).

In der Tat können auch die verschiedenen soziokulturellen ‚Milieus‘ von Migranten in Deutschland, wie sie z. B. in der „Sinus-Studie“ herausgearbeitet wurden, so nicht betrachtet werden (Knipper, Biligin, 2009, nach Sinus, 2008). Der Bezug auf „Kultur“, sofern er unter dieser Perspektive hergestellt wird, birgt ebenfalls die Gefahr einer unreflektierten „Kulturalisierung“: eine eindimensionale, typischerweise von kulturellen Vorurteilen abhängige Verdeutlichung von offensichtlichen Wahrnehmungen mit der akzeptierten „Kultur“ eines als fremd empfundenen Individuums. Verschiedene Teile des Themas bzw. des lebensfähigen Themas gehen aus dem Blickfeld oder werden aus den Betrachtungen ausgeschlossen (Knipper, Biligin, 2009, nach Verwey, 2003).

5.3.3 Religiöse Konzepte

Die Religion eines Patienten ist oftmals ein wesentlicher Gesichtspunkt in der komplexen Sammlung von repräsentativen Einsichtsbeispielen, Wertschätzungsrichtungen, Normen und Informationssortimenten, aus denen ein Individuum seine soziale Persönlichkeit und die grundlegenden Richtungen für seine gewöhnlichen Betrachtungen und Aktivitäten bezieht (Knipper, Biligin, 2009). Insbesondere bei den wesentlichen Fragen des menschlichen Lebens und den damit verbundenen biografischen Ereignissen besteht kein Zweifel an der außerordentlichen Bedeutung der

Religion über ethnische und öffentliche Grenzen hinweg. (Bezirksamt Neukölln zu Berlin, 2018).

Darüber hinaus bietet sich der dynamische Vorschlag an, einen vergleichenden Priester in die Betrachtung des Patienten miteinzubeziehen. Es ist bei Patienten mit einer als ‚fremd‘ empfundenen Religion eine phänomenale Gelegenheit, das leidenschaftliche und soziale Setting der hilfreichen Beziehung durch ein kleines, aber unglaubliches Zeichen der Wertschätzung zu verbessern (Knipper, Biligin, 2009, nach Ilkilic, 2002; Wunn, 2006; Yagdiran et al., 2002).

5.4 Migrationsspezifische Hindernisse

Die meisten der heranwachsenden Migrant*innen haben ihr Leben als nicht ausreichend qualifizierte Arbeiter verbracht. Wie deutsche Arbeitnehmer*innen können sie sich kaum die zahlreichen sozialen und kulturellen Angebote leisten, wenn sie inhaltlich und strategisch auf die Arbeiterklasse ausgerichtet sind (Gaitanides, 1996). Letztlich werden im reiferen Alter gesellschaftlich geprägte sexuelle Orientierungsvorstellungen nivelliert. Ältere Frauen gewinnen Raum für Handlung und dynamische Kräfte (Dietzel-Papakyriakou, 1992).

Im Allgemeinen werden isolierte Übungen nach Geschlechterkonzepten von den meisten etablierten Migrant*innen bevorzugt. Zusätzlich ist die Vorstellung vom Geschlechterkonzept oft mit einer bestimmten Vorstellung von Körper und Schande verbunden (Petersen, 1985). Die große Gruppe der zuwandernden Arbeitskräfte zeichnet sich – auch im höheren Alter – durch ihre Mobilität bzw. Transnationalität aus (Krüger, Potts, 1997).

5.5 Die Frage der sprachlichen Intervention

Gemäß § 630 BGB sind Ärzte verpflichtet, ihre Patienten mündlich und verständlich über alle Umstände aufzuklären, die für die Behandlung relevant sind. Wenn der Patient nicht über ausreichende Deutschkenntnisse verfügt, wird er die entsprechenden Informationen nicht bereitstellen und kann daher keine rechtliche Einwilligung erteilen. In jedem Fall ist die Vermutung der Kostenübernahme für

Vermittlungsleistungen bei der Gesundheitsversorgung gesetzlich nicht geregelt. Daher muss der Patient die damit verbundenen Kosten tragen, die durch die Bereitstellung sprachlicher Kommunikation entstehen können. Ausnahmen bilden jedoch Gebärdensprachdolmetscher oder Flüchtlinge und andere Schutzsuchende, die bei Bedarf auf eine Erstattung hoffen können (Bezirksamt Neukölln zu Berlin, 2018, nach Deutscher Bundestag, 2017).

In stationären Einrichtungen ist die Versorgung in gewissem Maße besser. Diese sind erforderlich, um die Behandlung erforderlichen Leistungen zu bezahlen, was die Inanspruchnahme von Sprachmittlern einschließen kann (Bezirksamt Neukölln zu Berlin, 2018, nach Wächter, Vanheiden, 2015). Im Gegensatz zu anderen medizinischen Versorgungsleistungen, deren Kosten in der Regel von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden, gibt es hier eine Gesetzeslücke. Auf jeden Fall ist diese Lücke nicht unbemerkt geblieben, und es gab zwar einige Maßnahmen auf politischer und technischer Ebene, die eine solche Richtlinie forderten, bisher jedoch ohne Erfolg (Bezirksamt Neukölln zu Berlin, 2018, nach Deutscher Bundestag, 2017; Wächter, Vanheiden, 2015).

6 Handlungsempfehlungen

Durch die Analyse der einzelnen Gesundheitsgefahren und der Bedingungen, die zu ihnen führen, ist es derzeit denkbar, spezifische Problembereiche oder Vorschläge für Aktivitäten zu bestimmen, die zur Verbesserung der Gesundheitssituation von Personen mit Migrationshintergrund beitragen können (Bezirksamt Neukölln zu Berlin, 2018).

6.1 Interkulturelle Eröffnung

Grundvoraussetzung für die Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund ist, dass sie weiter in das Gesundheitswesen integriert werden müssen. Gleichzeitig ist es auf jeden Fall ebenso wichtig, den Rahmen der Gesundheitsversorgung für diese Zielgruppe zu öffnen. Es kann gut gezeigt werden, dass für Menschen mit Migrationshintergrund das große Hindernis darin

besteht, dass Betreuungseinrichtungen die spezifischen sprachlichen und kulturellen Besonderheiten nicht berücksichtigen. (Bezirksamt Neukölln zu Berlin, 2018).

Seminaren und Veranstaltungen können auch nützlich sein, um klinischen Experten die Notwendigkeiten von Menschen mit unterschiedlichem Hintergrund näher zu bringen und sie auf Korrespondenz und Zusammenarbeit vorzubereiten (www.interkulturelle-kompetenz.charite.de). Es zeigt sich auch, dass nicht nur eine stärkere kulturelle Öffnung in Bezug auf Einrichtungen erforderlich ist, sondern auch eine intensivere migrantenspezifische Öffentlichkeitsarbeit. Einige wenige Einrichtungen verwenden in der Regel nur mehrsprachige Broschüren und Handzettel speziell für ihre Angebote in dieser Zieleguppe der Menschen mit Migrationshintergrund. (Bezirksamt Neukölln zu Berlin 2018, nach Penka, 2016).

6.2 Orientierung der Gesundheitssystem

Im Verlauf der Arbeit wird immer wieder deutlich, dass ein großer Teil der erweiterten Krankheitsgefahr nicht so sehr auf die stärkere Zerrüttung von Menschen mit Migrationshintergrund zurückzuführen ist, sondern im Wesentlichen auf die geringere und spätere Inanspruchnahme von klinischen Leistungen, Vorsorgen, Begutachtungen und präventiven Angeboten. Eine wichtige Begründung dafür ist, dass die Betroffenen es als schwierig empfinden, sich in der deutschen medizinischen Versorgung zurechtzufinden: wo, wann, welche Hilfen zugänglich sind, welche Notwendigkeiten bestehen, ob Kosten übernommen werden und auf welchen Leistungsumfang sie Anspruch haben (Bezirksamt Neukölln zu Berlin, 2018).

Eine Studie des Interkulturellen Beratungs- und Begegnungs-Centrums e. V. (IBBC) bestätigte dies über Neuköllner mit Migrationshintergrund in verschiedenen Altersgruppen. Eine erkennbare Folge der mangelnden Ausrichtung im Gesundheitswesen ist die Zunahme der Zahl von Menschen mit Migrationshintergrund, die Notaufnahmen und Kliniken besuchen. Hier kann im Falle einer intensiven Erkrankung typischerweise schnell und ohne Hindernisse eine gute Orientierung im Gesundheitssystem aus einer breiten Fachrichtung in Betracht gezogen werden (Bezirksamt Neukölln zu Berlin, 2018).

6.3 Datenmaterial

Eine grundlegende Methode, um mit der Orientierung zu arbeiten, sind Informationen. Eine Chance besteht darin, überwiegend mehrsprachiges und übersichtliches Datenmaterial zu verbreiten, das zeigt, wo, wie und welche Hilfe zugänglich ist. In jedem Fall können auch solche „Gesundheitswegweiser“ die Kompliziertheit des Rahmens teilweise widerspiegeln. Grundsätzlich können sie für einzelne Gesundheitsthemen nützlich und sinnvoll sein, wie die Früherkennung von bösartigem Wachstum, die Betreuung vor der Geburt, die Gesundheit von Kindern, die Pflege bei bestimmten Krankheiten. Ähnlich bedeutsame Dienste können durch kurze Broschüren oder Flyer gegeben werden, die Krisenanrufe oder Kontakte für bestimmte Notfälle bekannt geben. Außerdem kann die Orientierung im Rahmen der medizinischen Versorgung konkreter und offener sein, wenn sie einen territorialen Bezug zum Lebensklima der Zielgruppen hat (Bezirksamt Neukölln zu Berlin, 2018).

6.4 Sprachliche Intervention

Sprachinterventionen sind ein besonders wichtiges Thema. Ziel ist es, Menschen mit Migrationshintergrund Erleichterung zu bieten und sie in die Lage zu versetzen, den medizinischen Rahmen zu erkunden. Trotz der Tatsache, dass kompetente Dolmetscher*innen in der betroffenen Bevölkerung dringend benötigt werden, insbesondere in der Psychotherapie und der psychischen Versorgung, gibt es derzeit keine Richtlinien zur Regulierung der Kosten von Patienten mit gesetzlicher Krankenversicherung. Es gibt jetzt separate Richtlinien für Flüchtlinge und andere Asylbewerber (Bezirksamt Neukölln zu Berlin, 2018).

Das Ergebnis dieser Lücke im Rahmen des Gesundheitsversorgungssystems ist, dass die Patienten die tatsächlichen Kosten tragen oder auf jeden Fall eine Person koordinieren müssen, die für eine konsequente Korrespondenz sorgt. Wenn beides nicht möglich ist, kann dies zu weiteren Besuchen bei Spezialisten und zu weiteren Verzögerungen bei der Grundbehandlung führen. Dieses finanzielle Hindernis ist erheblich, solange sich Menschen mit Migrationshintergrund in einer sozial benachteiligten Bevölkerung befinden. Solange Menschen mit Migrationshintergrund einen

Platz in der sozial benachteiligten Gruppe haben, ist dieses finanzielle Hindernis erheblich. (Bezirksamt Neukölln zu Berlin, 2018).

7 Gesundheitsförderung und Prävention für Menschen mit Migrationshintergrund

Ein Überblick über die Auswirkungen sozialer Ungleichheit auf die gesundheitliche Lage zeigt, dass die Gesundheit der unter diesen Bedingungen lebenden Menschen gefördert werden muss. So erhebt sich die Frage dem von Aaron Antonovsky vorgeschlagenen Konzept, in dem salutogenetisch ist, was Menschen gesund erhalten kann und wie sie ihre Gesundheitsressourcen stärken können (Franzkowiak, 2003).

Der Einsatz von Ressourcen und deren Verarbeitung spielen eine entscheidende Rolle bei der Durchführung der Gesundheitsförderung für Menschen mit Migrationshintergrund (Richter, 2006). Im Gegensatz zur deutschen Bevölkerung verfügen Personen mit Migrationshintergrund neben den formellen Ressourcen (Beruf, Ausbildung etc.) auch über signifikante zufällige Ressourcen, wie z.B. Migrationserfahrung, kulturelles Wissen, Informationen und Kompetenzen in der Herkunftssprache sowie kulturelle und religiöse Wertvorstellungen (Duman, 2007).

Bei der Gestaltung und Durchführung von Gesundheitsförderung für Personen mit Migrationshintergrund ist es wichtig, die zugrundeliegenden Umstände im Detail aufzuschlüsseln. Bei der Analyse dieser heterogenen Gruppe sollten nicht nur die Nationalität und die Kultur der Zielgruppe berücksichtigt werden, sondern auch das Alter, die sexuelle Orientierung, die potenziellen Defizite und die Ressourcen der Personen. Ebenso bedeutsam ist es, über die Überlegungen zur sprachlichen Ausführung, die Strategie und die Zugangswege nachzudenken (Duman, 2007).

7.1 Definition der Gesundheitsförderung

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definierte den Begriff Gesundheitsförderung in der Ottawa-Charta (1986) wie folgt:

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zu ihrer Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können.“ (WHO, 1986, S. 1).

1997 wurde diese Definition zusätzlich in der Jakarta-Deklaration zur Gesundheitsförderung im 21. Jahrhundert weiterentwickelt:

„Gesundheitsförderung wird verstanden als ein Prozess, der Menschen befähigen soll, mehr Kontrolle über ihre Gesundheit zu erlangen und sie zu verbessern.“ (Kaba-Schönstein, 2003, S. 73).

Es könnte auch wie folgt heißen: Ausgehend von der Definition von Gesundheitsförderung nach der WHO wurden drei Handlungsstrategien sowie fünf Handlungsfelder- und -ebenen dargestellt. Die fünf Handlungsfelder umfassen die Planung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik, die Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten, die Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen (z. B. Netzwerkbildung, soziale Unterstützung), die Entwicklung persönlicher Kompetenzen und die Neuorientierung der Gesundheitsdienste (Kaba-Schönstein, 2003).

Somit wird der Zugang zu diesen Diensten verbessert. Weiterhin gehört die Schaffung bestärkender Umwelten zur Gesundheit und die Entwicklung gesundheitlicher Kompetenzen zu den Handlungsbereichen (Naidoo, Wills, 2010, S. 85).

7.2 Setting Kommune

Der Gesundheitszustand von Menschen mit Migrationshintergrund dient als theoretische Grundlage für die Erstellung und Nutzung von Vor-Ort-Projekten. Der Mittelpunkt der Gesundheitsförderung umfasst verschiedene Aspekte. Das Setting Kommune ist das ‚Dach‘ für verschiedene Zielgruppen in der Gesundheitsförderung. Dazu gehören z. B. Arbeitslose, Alleinerziehende, Menschen mit Migrationshintergrund oder ältere Menschen (Gesundheitsförderung, 2014).

7.3 Setting-Ansatz

Unter dem Setting-Ansatz wird größtenteils ein sozialer Rahmen verstanden, in dem Individuen leben, spielen, wohnen, lernen und miteinander kommunizieren (Troschke, 2008, S. 175). Der Setting-Ansatz verbindet die Methoden der Verhaltensprävention und der Verhältnisprävention. Es wird davon ausgegangen, dass Verhalten immer in Verhältnissen stattfindet. Eine weitere Qualität des Setting-Ansatzes besteht darin, dass er die individuellen und zugrundeliegenden Ebenen von Menschen berücksichtigt (Naidoo, Wills, 2010, S. 79).

Nun kann wieder ein Bezug zur maßgeblichen Verbesserung hergestellt werden, wenn z. B. die Fairness der erfolgten Entwicklung, die Arbeits- und Alltagsumgebung in die Lebenswelten eingeführt werden. Verschiedene Teile dieses Ansatzes sind die Partizipation, das Empowerment, das Wohlfühlverhalten der Individuen in Bezug auf soziale Verbände und die Niedrigschwelligkeit (Naidoo, Wills, 2010, S. 79). Um die gegenwärtige Situation langfristig zu verbessern, sollten Experten bei der Planung und Durchführung von Maßnahmen die folgenden Fragen berücksichtigen:

Erfassung der Untersuchung: Gibt es eine Untergruppe von Menschen mit Migrationshintergrund, die bereits durch besonderes Verhalten von einer bestimmten Krankheit beeinflusst wird? Erfordert diese Zielgruppenbildung dementsprechend eine außergewöhnliche Ansprache? Wurden neben der ethnischen Grundlage auch die anderen Perspektiven gesehen (Borde, Blümel, 2020).

Zugänglichkeit: Um die Zugänglichkeit zu verbessern, müssen persönliche Diskussionen und Vorschläge gemacht werden. Wie kann man zu den Migrant*innen-Treffen kommen? Hier gilt es zunächst, neben der Gesamtbetrachtung die besonderen Gesundheitsinteressen der Zielgruppen zu erweitern, d. h. die nebenstehenden Fragen zu beantworten: Wie könnten die Mitarbeiter*innen der Gesundheitsförderung hier unterstützen und helfen und mit dem so aufgebauten Vertrauen Interesse an präventiven Angeboten und an der Aufnahmebereitschaft wecken? Welche Schlüsselpersonen sprechen an, vertrauen auf die objektive Erfassung und können so als Multiplikator*innen in dem verschiedenen Setting den Bereichen

Gesundheit, Soziales, Bildung und Freizeit berücksichtigt werden? Welche freiwilligen Migrant*innen der Selbsthilfevereine und Verbände können helfen? (Borde, Blümel, 2020).

Mitbestimmung: Wie kann die Beteiligung der Zielgruppen bei der Ausgestaltung und Durchführung von präventiven sowie gesundheitsfördernden Angeboten gewährleistet werden – als wesentliche Voraussetzung für die Anerkennung und Durchführbarkeit von Maßnahmen? (Borde, Blümel, 2020).

Sensibilität der Kultur: Werden bei allen Ansätzen, die sich an jeden richten, z. B. bei der Darstellung von Personen, Namen und Geschichten, unter Vermeidung von Anpreisungen, Menschen mit Migrationshintergrund berücksichtigt? Gibt es ‚kultursensible‘ Angebote für Migrant*innen mit außergewöhnlichen Bedürfnissen und einem ungewöhnlichen kulturellen Bezug? (Borde, Blümel, 2020).

7.4 Migrationssensible Prävention

Zahlen über die Mitwirkung von Migrant*innen in der Prävention geben zwar Aufklärung über die Nachfrage in der Bevölkerung mit Migrationshintergrund, sagen aber eigentlich nichts über die Planung von Angeboten aus. Präventionsmaßnahmen, die bewusst und systematisch die sozioökonomische und kulturelle Vielfalt der Lebensweisen und Wertvorstellungen in der Bevölkerung berücksichtigen, werden als migrationssensibel oder zumeist als soziokulturell sensibel bezeichnet (Brand et al., 2015, nach Kaya, Efiionayi-Mäder, 2007).

Dennoch ist das Verständnis für das System, das bei der Erstellung von migrationssensiblen Mediationen zu berücksichtigen ist, noch begrenzt (Brand et al., 2015 nach Netto et al., 2010). Kreuter et al. beschreiben fünf Strategien, die die Förderung der Gesundheit durch Migrationssensible ermöglichen (Brand et al., 2015, nach Kreuter et al., 2003).

7.5 Präventionsangebote für Menschen mit Migrationshintergrund

Eine vollständige Darstellung aller Präventionsangebote für Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland ist aufgrund unterschiedlicher Themen, Ausgangspunkte und meist begrenzter Angebote auf lokaler Ebene problematisch. Laut dem Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)-Präventionsbericht im Jahr 2014 richten sich 3 % der Angebote in der betrieblichen Gesundheitsförderung und 15 % der Angebote in Settings (Kita, Schule, Stadtteil) speziell an Menschen mit Migrationshintergrund. Darüber hinaus gibt es keine wirklichen Daten über die Planung von Präventionsangeboten für diese Bevölkerungsgruppen (Brand et al., 2015).

Den größten länderübergreifenden Überblick über Angebote und Anteile soziallagenbezogener Gesundheitsförderung bietet die Praxisdatenbank des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit. Der Kooperationsverbund ist ein Verbundprojekt der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), der Bundes- und Landesgesundheitsverbände, der Krankenkassen und Ärzteverbände, der kommunalen Spitzenverbände, der Bundesagentur für Arbeit, der Wohlfahrtsverbände und zahlreicher weiterer Kooperationspartner (Brand et al., 2015).

Es wurde im Jahr 2003 auf Betreiben der BZgA eingerichtet und wird weitgehend von dieser getragen. Die Weiterbildungsdatenbank ist im Internet zugänglich und enthält im aktualisierten Index 2094 Aktivitäten (Brand et al., 2015, nach Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2014). Die Verbesserung der Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und -prävention für und mit Menschen mit Migrationshintergrund fördert gleiche Gesundheitschancen und Integration und dient auf somit der Gesellschaft insgesamt (Borde, Blümel, 2020).

8 Notwendigkeit und Chancen einer Gesundheitsversorgung

Gesundheit ist ein wichtiges Grundrecht der Menschen. So gilt es, die soziale, ethische und rechtliche Verantwortung des medizinischen Versorgungsrahmens zu gewährleisten, dass alle Menschen in Deutschland ohne Rücksicht auf ihren

Geburtsort, ihre Kultur, ihre Religion und andere Verschiedenheitsmerkmale eine medizinische Versorgung erhalten, die ihren Problemen und Bedürfnissen gerecht wird (*World Health Organization, 1986; UN General Assembly, 1948*). Um dies zu erreichen, sollten bestehende Barrieren in der Versorgung abgebaut werden (Brzoska, Razum, 2020, nach Blum, Steffen, 2012).

8.1 Angeboten der Gesundheitsversorgung

In der Vergangenheit wurden zahlreiche Einzelmaßnahmen und Strategien entwickelt, um die Art der medizinischen Versorgungsangebote für Menschen mit Migrationshintergrund zu erweitern (Brzoska, Razum, 2020, nach, Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, 2015; Blum, Steffen, 2012). Dabei handelt es sich größtenteils um Maßnahmen, die auf die Bedürfnisse einzelner Bevölkerungsgruppen, wie Personen türkischer Herkunft oder islamischen Glaubens, eingehen. Beispiele hierfür sind Maßnahmen, die nach Einhaltung muslimischer Vorschriften vorbereitet werden sollen, Datenmaterial in türkischer Sprache oder die Beschäftigung von Mitarbeiter*innen mit entsprechenden Sprachkenntnissen in bestimmten Ämtern (Brzoska, Razum, 2020).

8.2 Diversity Management

Diversity Management ist ein umfassender Ansatz, mit Gesundheitsversorgung umzugehen, der die zuvor erwähnten Defizite vergangener Versorgungsangebote adressieren und der Vielfältigkeit verschiedener Diversitätskategorien ebenso gerecht werden kann wie den Unterschieden zwischen und innerhalb von Gruppen (Brzoska, Razum, 2020). Dies ist ein Entwicklungsinstrument des Personals, das im Unternehmensbereich begann. Übertragen auf den Bereich der medizinischen Versorgung berücksichtigt es, dass sich alle Nutzer*innen von medizinischen Versorgungsleistungen in ihren Bedürfnissen sowie Voraussetzungen voneinander unterscheiden. Das *Diversity Management* macht es denkbar, Systembedingungen in Organisationen zu schaffen, die die Empfänglichkeit für die Vielfalt der Nutzer*innen und deren Bedürfnisse sowie Voraussetzungen erhöhen (Brzoska, Razum, 2020).

Ziel der Varietät der Führungskräfte ist dabei nicht die Individualisierung der Gesundheitsversorgungsleistungen, sondern die Gestaltung von Bedingungen in den Gesundheitsversorgungseinrichtungen, die es erlauben, die Vielfalt der Gesundheitsversorgungsnutzer*innen zu berücksichtigen. Hierdurch können Einrichtungen und deren Mitarbeiter*innen für die Heterogenität der Gesundheitsversorgungserwartungen und -bedürfnisse geschärft werden. Damit soll eine maßgebliche Verbesserungsmaßnahme angestoßen werden, um Vielfalt nicht als Barriere, sondern als Gelegenheit in der Gesundheitsversorgung zu betrachten (Brzoska, Razum, 2020, nach Brzoska et al., 2012a; Geiger, Razum, 2012).

Insbesondere für die Berücksichtigung von Asylsuchenden und Geflüchteten sollte ebenfalls durch entsprechende gesetzliche Systembedingungen sichergestellt werden, dass sie unmittelbar nach ihrer Ankunft in Deutschland einen ähnlichen Zugang zur Gesundheitsversorgung erhalten wie der überwiegende Teil der Bevölkerung. Dies ist nicht nur ethisch angemessen, sondern auch erfolgversprechend (Brzoska, Razum, 2020, nach Bozorgmehr, Razum, 2015).

Ebenso wichtig ist es, sicherzustellen, dass Menschen ohne Papiere ohne Angst vor Abschiebung oder Anklage Zugang zu Gesundheitsdiensten und anderen sozialen Hilfen erhalten. Ein erster Schritt in diese Richtung wurde im Jahr 2009 durch die Änderung von Verwaltungsrichtlinien unternommen, mit dem Ziel, dass Mitarbeiter*innen von Gesundheitsleistungen und Sozialleistungen bei der Gesundheitsversorgung nicht befürchten müssen, sich der Unterstützung und Beihilfe zu unerlaubtem Aufenthalt nach dem Aufenthaltsgesetz schuldig zu machen (Brzoska, Razum, 2020, nach Wilmes, 2013).

9 Zugänglichkeit und Ergebnisqualität der Gesundheitsversorgung

9.1 Patientenzufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung

Die Zufriedenheit der Patienten mit der Gesundheitsversorgung ist ein mehrdimensionales Konzept, das in einem Krankenhaus unter anderem die Zufriedenheit mit

der medizinischen und pflegerischen Versorgung, Daten und Ernährung umfasst. (Brzoska, Razum, 2015, nach Sitzia, Wood, 1997; Raspe et al., 1996). Ein signifikanter Grad an Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung wirkt sich positiv auf die Anpassung der Patienten an die Folgen von Krankheit und Gesundheit aus (Brzoska, Razum, 2015, nach Alazri, Neal, 2003; Saila et al., 2008).

9.2 Verbesserung der Gesundheitsversorgung

Gegenwärtig werden in medizinischen Versorgungseinrichtungen verschiedene Systeme eingesetzt, um die Bedürfnisse und Voraussetzungen von Menschen mit Migrationshintergrund besser zu berücksichtigen. Dazu gehören z. B. die Angebote von Schulung und Institutionen für bestimmte Gruppen von Menschen mit Migrationshintergrund oder die Bereitstellung von Datenmaterial in den Muttersprachen der größten Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund, wie z. B. Personen türkischer Herkunft (Brzoska, Razum, 2015).

Auch werden migrationspezifische Angebote regelmäßig als gleichgeschaltete Strukturen durchgeführt, z. B. werden Abteilungen in Einrichtungen geschaffen, in denen im Wesentlichen Individuen einer bestimmten Herkunft betreut werden. Das macht es schwer, einheitliche Qualitätsnormen in der Versorgung zu gewährleisten. Ebenso gehen gleiche Strukturen untrennbar mit der Vermeidung einher und behindern die Koordination von Individuen mit Migrationshintergrund in die Mehrheitsgesellschaft (Brzoska, Razum, 2015, nach Razum, Spallek, 2014).

Ziel sollte es folglich sein, die medizinischen Versorgungsangebote bei aller Gleichheit sensibel auf die unterschiedlichen Bedürfnisse und Voraussetzungen abzustimmen (Brzoska, Razum, 2015, nach Behrens, 2011). Im Hinblick auf die Berücksichtigung von Menschen mit Migrationshintergrund kann ein kulturell offener Ansatz die interkulturelle Kompetenz von Gesundheitspersonal Gesundheitsmitarbeiter*innen fördern (Brzoska, Razum, 2015, nach Tseng, Streltzer, 2008).

Diese Methoden können ebenfalls Ansatzpunkte für weitergehende Systeme, wie z. B. das Diversity Management verwendet werden, da die Transferbasis nur ein Diversitätsmerkmal für viele Menschen ist, ähnlich den Merkmalen in Bezug auf

Geschlecht, Alter und sozialem Status, die unterschiedliche Bedürfnisse und Anforderungen betreffen (Brzoska, Razum, 2015, nach Razum, Spallek, 2014).

10. Diskussion

Menschen mit Migrationshintergrund bilden eine äußerst sehr heterogene Gruppe. Sie decken Menschen aus verschiedenen Ländern mit unterschiedlichen Nationalitäten, ethnischen Hintergründen, Religionen und Kulturen ab. Jeder hat eine Vielzahl von Traditionen, Merkmalen, Normen, Lebensstilen und Meinungen sowie Handlungen. Darüber hinaus unterscheiden sich auch die Aufenthaltsdauer, der Migrationsstatus, der Migrationsgrund wie Flucht, die Arbeitsmigration, die Studienzwecke und so weiter (Anzenberger et al., 2015).

Wie in der vorliegenden Arbeit gezeigt wurde, besitzt jeder vierte Mensch in Deutschland einen Migrationshintergrund. Für eine ausreichend funktionierende medizinische Gesundheitsversorgung ist es daher wichtig, Menschen mit Migrationshintergrund bedarfsgerecht zu berücksichtigen (DESTATIS, 2019). Der Migrationshintergrund beeinflusst grundsätzlich nicht die gesundheitliche Lage, sondern belastende sozioökonomische und strukturelle Verhältnisse, verbunden mit Diskriminierungs- und Stigmatisierungserfahrungen ebenso wie sprachlichen und interkulturellen Hindernissen (Anzenberger et al., 2015).

Laut dem Gesundheitsbericht des Robert-Koch-Instituts nehmen Menschen mit Migrationshintergrund aufgrund von sprachlichen Barrieren Gesundheitsleistungen weniger oft in Anspruch (RKI, 2015, S. 181). Viele Migranten müssen die Isolierung von Verwandten, traumatische Erlebnisse im Zusammenhang mit Krieg und Verfolgung, Fremdenfeindlichkeit sowie Konflikte, die sich durch das Leben in einer anderen Kultur ergeben, in Kauf nehmen und verarbeiten. Hinzu kommt, dass ihre Lebens- und Arbeitsbedingungen, ein niedriger sozioökonomischer Status, Arbeitslosigkeit sowie schlechte Wohnverhältnisse die Gesundheit oft schädigen können. Insbesondere der Status eines ungesicherten Wohnsitzes wird die körperliche und geistige Gesundheit stark belasten (Baier, 2013, S. 36).

Insgesamt haben Migrant*innen ein niedrigeres Einkommen sowie geringere Bildungsfähigkeiten als ihre deutschen Mitbürger*innen. Darüber hinaus können ihre Lebensbedingungen und Wohnverhältnisse häufiger als fragwürdig bezeichnet werden und sie sind stärker von Arbeitslosigkeit und Armut betroffen. Die vollständigen Informationen weisen auf eine artikulierte Beziehung zwischen sozialem Status und Gesundheit oder Lebenserwartung hin, die langfristig Bestand hat (Lampert, 2016, S. 162). Daraus folgt, dass gesundheitliche Ungleichheit ein allgemeines Problem auf der sozialen Ebene der Gesellschaft ist (Richter, Hurrelmann, 2009, S. 30).

Eine Vielfältigkeit an Interventionsmöglichkeiten sollte zielgruppenspezifisch eingesetzt werden, um zu verstehen, wie die sozialen Bedingungen von Einwanderern verbessert werden können und inwieweit sich dies auf ihre Gesundheit auswirkt. Dies liegt daran, dass allein der direkte Kontakt in der Nähe der Zielgruppen den Austausch von theoretisch entwickelten Maßnahmen zum Lebensklima der Betroffenen ermöglichen kann (Lampert 2016, S. 133). Darüber hinaus ist anstelle typischer Gelegenheitsarbeit die Weiterentwicklung des Angebotes grundlegend nötig (Mohr, Holleder, 2015, S. 244).

Nach den derzeit verfügbaren Informationen gibt es einige Schwierigkeiten, einen umfassenden Überblick über die Prävention und Gesundheitsförderung von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland einzuführen (Brand et al., 2015). Grundsätzlich müssen jedoch die Rahmenbedingungen für die Aktivitäten von Gesundheitsförderern und Präventionsbehörden in Bezug auf eine solche Gesundheitsförderung verbessert werden (Mohr, Holleder, 2015, S. 244f). Die Verringerung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheiten kann nicht in der alleinigen Verantwortung von Gesundheitsstrategien und medizinischem Fachpersonal liegen. Unter diesen besonderen Umständen ist es notwendig, Akteure in jedem Bereich einzubeziehen (Brand et al., 2015).

Ausblick und persönliche Vorschläge: Um die gesundheitliche und soziale Lage von Menschen mit Migrationshintergrund zu verbessern, werden weiterhin die folgenden Dienstleistungen erbracht.

Erstens: Der Zweck der Politik auf allen Ebenen sollte darin bestehen, einen Rahmen für gleiche Gesundheits- und Bildungschancen für Menschen mit Migrationshintergrund zu schaffen. Um diese Dienstleistungen erbringen zu können, müssen nicht nur die Bundespolitik, sondern auch kommunale Vertreter, Migrantenorganisationen, der Öffentliche Gesundheitswesens, Krankenkassen, Sportvereine, Schulen und Kindertagesstätten zusammenarbeiten. Auf diese Weise ist es möglich, eine Gesundheitsförderung für Menschen mit Migrationshintergrund erfolgreich zu erreichen.

Zweitens: Sprachbarrieren können durch Dolmetscherdienste oder Kulturvermittler*innen oder durch mehrsprachiges Datenmaterial beseitigt werden. Dazu trägt auch die Verbesserung der Sprachkenntnisse von Menschen mit Migrationshintergrund bei. Durch die Verbesserung der interkulturellen Kompetenz des klinischen Personals, die Überwindung von Sprachbarrieren und den weit verbreiteten Einsatz von mehrsprachigem Personal kann die Kommunikation zwischen medizinischem Personal und Personen mit Migrationshintergrund verbessert und der medizinische Nutzen gesteigert werden.

Drittens: Eine gute Prävention muss immer darauf abzielen, die Integration in bestehende Kontrollsysteme zu fördern und das Verhalten unter den gegebenen Umständen zu berücksichtigen. Der verstärkte Einsatz von Prävention und Gesundheitsförderung durch Migrant*innen sollte verbessert werden, insbesondere durch Angebote, bei denen Menschen mit Migrationshintergrund eindeutig als Zielgruppe angesehen werden.

11 Fazit

In dieser Arbeit wurde gezeigt, dass sich soziale Ungleichheiten auf die Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland auswirken können. Insbesondere die verschiedenen kulturellen und sprachlichen Schwierigkeiten im Gesundheitswesen führen zu erheblichen Problemen.

Wie im Hauptteil aufgezeigt wurde, beeinflusst die soziale Lage aufgrund von unterschiedlichen Faktoren die gesundheitliche Lage. Der sozioökonomische Status entspricht dabei der sozialen Lage. Darüber hinaus gibt es einige Unterschiede im täglichen Gesundheitsverhalten und in der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten, insbesondere in der Anwendung von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen (Anzenberger et al., 2015).

Dabei verursacht ein niedriger sozioökonomischer Status zu einem hohen Risiko für chronische Krankheiten und Beschwerden und ist auch mit schlechten subjektiven Gesundheitsbewertungen verbunden (Lampert et al., 2013, S. 821). Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status haben ein höheres Risiko für Morbidität und Mortalität (RKI, 2015, S. 149). In Bezug auf gesundheitliche und sozioökonomische Faktoren sind Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland oft benachteiligt und arbeiten häufiger unter belastenden Arbeitsbedingungen.

Im Rahmen der medizinischen Gesundheitsversorgung stoßen sie auf verschiedene Zugangshindernissen sowie Wirksamkeitsbarrieren, die ihren Gesundheitszustand negativ beeinflussen können. Das führt zu unterschiedlichen Barrieren in der Gesundheitsversorgung, die die Bereitschaft zur Teilnahme an Gesundheitsförderung und -prävention schwächen und deren Wirksamkeit einschränken können.

Darüber hinaus kann der Schluss gezogen werden, dass sich soziale Ungleichheit derzeit negativ auf die Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland auswirkt. Die verfügbaren Informationen zu den gesundheitlichen und sozialen Bedingungen von Menschen mit Migrationshintergrund weisen ebenfalls Mängel auf und erfordern weitere Analysen. Um die migrationssensible Prävention und Gesundheitsförderung weiter zu verbessern, sollte der Schwerpunkt auf der Durchführbarkeit von Interventionen liegen. Im Diversity Management muss es auch zweckmäßige Maßnahmen ergreifen, wichtige Verpflichtungen eingehen und viel Unterstützung leisten, damit es die Vielfalt der Bedürfnisse und Anforderungen erkennt und somit die Gesundheitsversorgung für alle Nutzer*innen optimieren kann (Brzoska, Razum, 2015).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass es - wie bereits gezeigt wurde - viele verschiedene Möglichkeiten gibt, um Menschen mit Migrationshintergrund dauerhaft in die breite Öffentlichkeit in Deutschland zu integrieren und ihre Gesundheitssituation zu verbessern. Migrationsspezifische Angebote können vorübergehend die Bedingungen einzelner Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund verbessern. Mittel- und langfristig können jedoch nur diversitätssensible Angebote eine aufrechtzuerhaltende bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgungsgestaltung für die gesamte Bevölkerung sowie Menschen mit Migrationshintergrund erlauben. Die Berücksichtigung der Bedürfnisse von Migrant*innen kann ihre Gesundheit verbessern, um Stigmatisierung und langfristige gesundheitliche und soziale Kosten aufrechtzuerhalten.

Literaturverzeichnis

- Azra, M., Nea, R. (2003). The association between satisfaction with services provided in primary care and outcomes in Type 2 diabetes mellitus. *Diabet Med* 20:486–490
- Aban, S., Lenniger, M., Reynolds, C. L. (2002). *Multikulturelle Pflege*. München: Urban & Fischer.
- Anzenberger, J., Bodenwinkler, A., Breyer, E. (2015). *Migration und Gesundheit. Literaturbericht zur Situation in Österreich*. Im Auftrag der Arbeitskammer Wien und des Bundesministeriums für Gesundheit. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.
- Antonovsky, A., (1987). *Unraveling the mystery of health*. San Francisco 1987
- Baer, A. (2013). „Wie soll man gesund sein, wenn man keine Arbeit hat?“ *Gesundheit und soziale Ungleichheit. Erfahrungen einer Frauengruppe im telematischen Gesundheitsprojekt*. Bielefeld: Transcript Verlag.
- BAMF (2012). *Migrationsbericht des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge im Auftrag der Bundesregierung*. Stand: 15.01.2014, [Zuletzt zugegriffen am 30.04.2021] Von: <https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Forschung/Migrationsberichte/migrationsbericht-2012.htm?nn=283596>
- BAMF (2015). *Migrationsbericht des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge im Auftrag der Bundesregierung*. Stand: 14.12.2016, [Zuletzt zugegriffen am 30.04.2021] Von: <https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Forschung/Migrationsberichte/migrationsbericht-2015.htm?nn=403964>
- BAMF/BMI (2020). *Bundesamt für Migration und Flüchtlinge/Bundesministerium des Innern: Migrationsbericht 2019*. Nürnberg/ Berlin: BAMF/BMI.
- Bashir, S. A. (2002). Home Is Where the Harm Is: Inadequate Housing as a Public Health Crisis. In: *American Journal of Public Health*, 92: S. 733–738.
- Bauer, U., Bittngmayer, Uwe H., Richter, M. (2008). *Health Inequalities: Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration. (2015). *Das Kultursensibel Krankenhaus. Ansätze zur interkulturellen Öffnung*. Berlin: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration
- Becker, W., Kaiser, B., Luther, S., Otremba, H. (2008). *Kleinräumige Gesundheitsberichterstattung: Feuchtschäden in Wohnräumen und Soziale Lage*. In: *UMID*, 2: S. 43-45.
- Behrens, B. (2011). *Interkulturelle Öffnung im Gesundheitswesen. Überblick – Strategie – Praxis*. Oldenburg: BIS-Verlag der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg.
- Bezirksamt Neukölln zu Berlin (2018). *Die gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund in Neukölln 2018*. Berlin: Bezirksamt Neukölln von Berlin, Abteilung Jugend und Gesundheit.
- Bermejo, I., Höze, L. P., Kraston, L., Härter, M. (2012). *Subjektiver erlebter Barrieren von Personen mit Migrationshintergrund bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen*. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 55, S. 944–953
- Binder-Fritz, C. (2009): *Soziale und kulturelle Matrix von Gesundheit und Krankheit*. In: *Gesundheit hat Berechtigung Migration und Gesundheit*. Wien: Hg. v. E. Rasky, Facultas, S. 28-44

- Bönder-Fritz, Christine (2011): Migration und Gesundheit im Spiegel der Allgemeinmedizin. In: Interkulturelle Kompetenz. Ein Handbuch für Ärztinnen und Ärzte. Wien: Hrsg. v. M. Peintinger, Facultas, S. 119-204
- Bönder-Fritz, C., Rieder, A. (2014). Zur Verflechtung von Geschlecht, sozioökonomischem Status und Ethnizität im Kontext von Gesundheit und Migration. In: Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 2014/9: S.1031-1037
- Björngren Cuadra, C. (2013). Right of access to health care for undocumented migrants in EU: A comparative study of national policies. European Journal of Public Health 22: S. 267–271
- Böttner, B., Waser, H. (2011). Gesundheitswissenschaften, Eine Einführung in Grundlagen, Theorie und Anwendung 5. Überarbeitete Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH
- Bum, K., Steffen P. (2012). Kultursensibilität der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf: Deutsches Krankenhausinstitut
- Borde, T., Büme, S. (2020). "Gesundheitsförderung und Migrationsergrund". In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) [Zuletzt zugegriffen am 29.04.2021] Von: doi:10.17623/BZGA:224-047-2.0
- Bozorgmehr, K., Razum, O. (2015). Effect of restricted access to health care on health expenditures among asylum-seekers and refugees: 1994–2013. PLoS One 10: e0131483.
- BpB - Bundeszentrale für politische Bildung (2020). Bevölkerung mit Migrationsergrund I. Nachschagen, Zahlen und Fakten. Deutsche Statistiken in Deutschland. [Zuletzt zugegriffen am 29.04.2021] Von: <https://www.bpb.de/nachschagen/zahlen-und-fakten/soziale-statistiken/deutschland/61646/migrationsergrund->
- Bradby, H. (2009). Medical sociology. An introduction. Los Angeles: Sage.
- Brand, T., Keer, D., Samkange-Zeeb, F. et al. (2015). Prävention bei Menschen mit Migrationsergrund. Bundesgesundheitsblatt. 58, 584–592 (2015).
- Brause, M., Reuten, B., Schott, T., Ymaz-Asan, Y. (2010). Migration und gesundheitliche Ungleichheiten in der Rehabilitation. Abschlussbericht. Bielefeld: Universitäts-Bielefeld.
- Brzoska, P., Reiss, K., Razum, O. (2010). Arbeit, Migration und Gesundheit. In Fehzeten-Report 2010, Hrsg. B. Badura, H. Schröder, J. Kose und K. Macco, S. 129–139. Berlin: Springer.
- Brzoska, P., Geiger, I., Ymaz-Asan, Y., Razum, O. (2012a). Diversity Management in der Gesundheitsversorgung In: Rehabilitation bei sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen, Hrsg. R. Deck, N. Gaser-Möller und T. Kohlmann, S. 99–111. Lage: Jacobs Verlag
- Brzoska, P., Razum, O. (2015). Erreichbarkeit und Ergebnissqualität der Rehabilitation bei Menschen mit Migrationsergrund. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 58: S. 553–559 [Zuletzt zugegriffen am 30.04.2021] von: <https://doi.org/10.1007/s00103-015-2144-3>
- Brzoska P., Razum, O. (2016). Die Gesundheit von Menschen mit Migrationsergrund aus sozioepidemiologischer Sicht. In: Jungbauer-Gans M., Krüger P. (eds) Handbuch Gesundheitssoziologie. Springer Reference Sozialwissenschaften. Wiesbaden: Springer VS,
- Brzoska P., Razum, O. (2020). Die Gesundheit von Menschen mit Migrationsergrund aus sozioepidemiologischer Sicht. In: Krüger P., Jungbauer-Gans M. (eds) Handbuch Gesundheitssoziologie. Wiesbaden: Springer VS.
- BZgA (2015). Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Gesundheitliche Chancengleichheit. [Zuletzt zugegriffen am 30.04.2021] Von: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/

- Dahlgren, G., Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies, Oxford University Press, Grafik: Fonds Gesundes Österreich 2013. [Zuletzt zugegriffen am 30.04.2021] von: (www.fgoe.org)
<http://heapo.oxfordjournals.org/content/23/5/318.full>
- Das offizielle Portal der Schweizer Regierung (2014): Verfassung der Weltgesundheitsorganisation (Übersetzung). [Zuletzt zugegriffen am 27.04.2021] Von:
<https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19460131/index.html>
- DESTATIS (2013): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2012. Fachserie 1, Reihe 2.2. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- DESTATIS (2014). Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Beruf, Ausbildung und Arbeitsbedingungen der Erwerbstätigen in Deutschland. Fachserie 1, Reihe 4.1.1. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt
- DESTATIS (2015). Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2014. Fachserie 1 Reihe 2.2. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt
- DESTATIS (2017). Ausländische Bevölkerung. Ergebnisse des Ausländerzentralregisters (AZR). Mikrozensus 2018. Fachserie 1 Reihe 2.2. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt
- DESTATIS (2018). Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2017. Fachserie 1, Reihe 2.2. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- DESTATIS (2019). Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2018. Fachserie 1, Reihe 2.2. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- DESTATIS (2020). Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2019a. Fachserie 1, Reihe 2.2. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Deutscher Bundestag (2017). Demtscher im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung. Anspruch und Kostenübernahme. Sachstand WD 9 - 3000 - 021/17. Berlin: Deutschen Bundestages.
- Detzner-Papakyrakou, M. (1992). Alter und Gesundheit. Die besondere Gefährdung von Arbeitsmigranten; ein Rückkehrer oder Eltern - Deutschland und seine alten Migranten. Bonn: Arbeitswohlfahrt Bundesverband (Hrsg.).
- Dragano, N., Segrüst, J. (2006). Die Lebensaufperspektive gesundheitlicher Ungleichheit: Konzepte und Forschungsergebnisse. In: Richter, Matthias/ Hurremann, Klaus (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag, S. 171-184
- Dreßg, V. (2005). Interkulturelle Kommunikation im Krankenhaus. Eine Studie zur Interaktion zwischen Klinikpersonal und Patienten mit Migrationshintergrund. Bielefeld: Transcript.
- Duman, T. (2007). Migration im Kontext gesundheitlicher Ungleichheit, In: Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin e.V. Niedersachsen (Hrsg.): Impulse – Newsletter zur Gesundheitsförderung, 2. Quartal. Hannover: Heft 55,
- Eckes, T., & Meck, A. (1997). Entwicklung neuer Modelle zur Erkennung gesundheitlicher Ungleichheit. Gesundheitswesen (59(3)), S. 137-143.
- Faerber, T. (2001). Migration und Gesundheit: Fragen und Konzepte aus einer sozialgenetischen und gesundheitspsychologischen Perspektive. In: Migration und Krankheit. Osnabrück: Hg. v. Peter Marschack, Karlsruher Verlag, Universitätsverlag Rasch, S.93-112
- Frank, F., Völcner, S., Feifei, J. (2011). Gesundheitbezogene Führung. In: Bamberg, E., Duck, A. & Metz, A.-M. (Hrsg.). Handbuch Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt. Göttingen: Hogrefe.

- Frank, L., Romme, A., Lampert, T. (2017). Die gesundheitliche Situation von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. *G+G Wissenschaft (GGW)*, Jg. 17, Heft 2 (April), S. 7–14.
- Franz, V. (2006). Integration durch Nachbarschaft. In: Isopan (Hrsg.): *AD – Integration in Deutschland*, Nr. 4/2006, Saarbrücken, S. 14-17
- Franzkowak, P. (2003). *Gesundheitswissenschaften/ Public Health: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung*. 4. erweiterte und überarbeitete Auflage. Herausgegeben von Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. *Schwabenheimer Anzeiger: Peter Sabo (Beckpunkt Gesundheit 6)*, 121–126.
- Gaetanides, S. (1996): *Stoßperle auf dem Weg zur interkulturellen Öffnung der Sozialen Dienste*. *Zeitschrift für Migration und soziale Arbeit*; S. 42-46; 1996
- Gemäß § 630e BGB (2013). *Bürgerliches Gesetzbuch: Pflicht zur Zeugniserstellung*. Vorschrift eingefügt durch das Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten vom 20.02.2013 (BGB - I S. 277), in Kraft getreten am 26.02.2013 Gesetzesbegründung verfügbar. [Zuletzt zugegriffen am 03.05.2021] Von: https://dejure.org/BGB/2013/BGB_I_S_277
- Geiger, I., und O. Razum. 2012. *Mitdiversität zu Mehrwert. Facetten und Optionen im Blick haben*. *KU Gesundheitsmanagement* 3:17
- Gesundheitsförderung, Vf. (Hrsg.). (Februar 2014). *Schwerpunkt Kommunale Strategien Ansätze, Methoden und Praxis*. *Journal für Gesundheitsförderung*. [Zuletzt zugegriffen am 04.05.2021] Von http://www.conrad-verlag.de/pdf/Leseprobe_Heft_3.pdf
- GeWINO der AOK Nordost (2015). *Berliner Migrantenstudie. Gesundheitsvorsorge und Unterstützungsbedarf*. *Aus einer Kooperation des Gesundheitswissenschaftlichen Instituts Nordost (GeWINO) der AOK Nordost mit dem BBW Beratungswerk der Wirtschaft in Berlin und Brandenburg e.V. sowie der BBW Hochschule Berlin*. Berlin: GeWINO.
- GKV-Spitzenverband (2013). *Präventionsbericht 2013*. GKV Spitzenverband, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes, Berlin
- Godt, C., [u.a.] (2014). *Gesunde Lebensweisen schaffen*. In: Bräunig, S., Geene, R., Kan, H., [u.a.]. *Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier*. Berlin: Möder Druck und Verlag GmbH, (Heft 1), S. 7.
- Grofmeyer, E. (2010). *Anforderungen und Lösungen kultureller Diversifizierung im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung – Eine Praxisbeispiele aus der Metaebene*. In *Fehlzeiten-Report 2010*, Hrsg. B. Badura, H. Schröder, J. Kose und K. Macco, 253–268. Berlin: Springer
- Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland Art 116 (0.J.). Gemäß Artikel 116, Absatz 1, 1 AfS Berlin-Brandenburg, Einwohnerregisterstatistik Berlin, Neukölln 2018. [Zuletzt zugegriffen am 30.04.2021] Von: https://www.gesetze-im-internet.de/gg/art_116.htm
- Haug, S. (2008). *Sprachliche Integration von Migranten*. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Working Paper 14, aus der Reihe Integrationsreport Teil 3.
- Häußermann, H., Sebe, W. (2004): *Stadtsoziologie. Eine Einführung*, Frankfurt/ New York: Campus Verlag,
- Helm, T. (2004): *Missverständnisse – nicht nur durch die Sprache. Probleme bei der hausärztlichen Versorgung von Migranten*. In: *Münchener Medizinische Wochenschrift – Fortschritt Med*, 146(22), S. 4-8.
- Horynak, D., Meo, S.M., Farre, R.M., Ojeda, V.D., Strathdee, S.A. (2016). *Epidemiology of Substance Use among Forced Migrants: A Global Systematic Review*. *Jg. 11, Nr. 7, S. 1-34*.

- Hurremann, K. (2006). *Gesundheitssozologie*, Juventa Verlag, Weinheim und München, 6.; völg überarbeitete Auflage
- Ikic, I. (2002). *Der muslimische Patient. Medizinische Aspekte des muslimischen Krankheitsverständnisses und deren Wertpuraen*. Geseellschaft. Münster: LIT.
- Interkulturellen Beratungs- und Begegnungs-Centrums e.V. (IBBC). Näheres zur Arbeit und zu den Zielen [Zuletzt zugerufen am 30.04.2021] von <https://interkulturelle-kompetenz.charite.de>
- Johnson, R. L., Roter, D., Powe, N. R., Cooper, L. A. (2004). *Patient Race/Ethnicity and Quality of Patient-Physician Communication During Medical Visits*. In: *American Journal of Public Health* 94 (12), S. 2084-2090.
- Kaba-Schönstein, L. (2003). *Gesundheitsförderung I: Definition, Ziele, Prinzipien, Handlungsfelder und Strategien*, In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung-Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung*, 4. Erweiterte und überarbeitete Auflage, Peter Sabo, Schwabenheim.
- Käser, B., Otremba, H. (2011). *Feuchteschäden in Wohnräumen – Fokussierung auf Haushalte mit niedrigerem Soziales Status*. In: *UMID*, 2/2011: 70-73.
- Kaya, B., Efoay-Mäder, D. (2007). *Grundlegendes Dokument Migration und Gesundheit: Entwicklung von Grundlagen zur Berücksichtigung der Migrationsdimensionen in der Prävention und Gesundheitsförderung*. Swiss Forum for Migration and Population Studies (SFM), Neuchâtel
- Keen, H. (2000). *Der Name der Krankheit: Patienten mit fremden Sprachen im deutschen Krankenhaus*. In: *Zeitschrift für Medizinische Ethik* 46, S. 175-186.
- Knipper, M., Bögen, Y. (2009). *Migration und Gesundheit*. Konrad-Adenauer-Stiftung e.V. Köln: Switscher Kommunitätsdienst
- Koch, E., Müller, M. J., Schouler-Oscak, M. (2013). *Sucht und Migration*. Band 7 der Schriftenreihe der Deutsch-Türkischen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosoziale Gesundheit e.V. (DTGPP). Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2014) *Praxisdatenbank*. [Zuletzt zugerufen am 30.04.2021] Von <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank/>.
- Kreuter, M., Lukwago, S., Buchholz, R., Clark, E., Sanders-Thompson, V. (2003). *Appropriateness in health promotion programs: targeted and tailored approaches*. *Health Education Behavior* 30:133-146
- Krüger, D., Potts L. (1997). *Zwischen Isolation und transnationaler Familie. Soziale Netzwerke von Migrantinnen der ersten Generation aus der Türkei*. *Zeitschrift für Migration und Soziale Arbeit* 2; (1997) S. 36-41
- Kuhnt, A-K., Wengler, A. (2019). *Das soziale Wohlbefinden von Personen mit Migrationshintergrund in Deutschland. Ein dauerhaftes Defizit? Transkript-Verlag*. [Zuletzt zugerufen am 30.04.2021] von: <https://doi.org/10.14361/9783839446140-009>
- Kuntz, B. (2011). *Bildung und Gesundheit*. In: Schott, T., Hornberg, C. (Hrsg.). *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit - 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft* (S. 311- 327). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften/Spracher Fachmedien.
- Lampert T, Kroh LE, Kuntz B et al. (2013) *Gesundheitliche Ungleichheit*. In: Statistisches Bundesamt, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (Hrsg.) *Datenreport 2013: Der Sozialbericht für Deutschland*. Bundeszentrale für politische Bildung, Wiesbaden, S. 259-271

- Lampert, T., Kroh, L.E., von der Lippe, E., Müters, S., Stolzenberg, H. (2013). Sozioökonomischer Status und Gesundheit. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). In: Bundesgesundheitsb., 56: 814-821.
- Lampert, T. (2016). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In M. Richter, & K. Hurremann (Hrsg.), Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Wiesbaden: Springer VS.
- Langer, T., Schaper, K., Gupta, S., Porst, R., Ostermann, T., (2013). Sprachbarrieren in der Betreuung von Patienten mit Migrationshintergrund – Ergebnisse einer Pilotstudie zu den Erfahrungen von Kinder- und Jugendärzten. *Klinische Pädiatrie* 225:96–103
- Lay, B., Rössler, W. (2011). Migrationsströme in den deutschsprachigen Ländern und in Europa. In: Machold, W. & Heinz, A. (Hrsg.). *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit* (1. Auflage) (S. 93- 105). München: Elsevier GmbH
- Leidtke, M. (2002). National welfare and asylum in Germany. *Critical Social Policy* 22:479–497
- Lindert, J. (2003). Krankheit kennt keine Papiere. In: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.) *Bundesweiter Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit, Gesunde Integration. Dokumentation der Fachtagung am 20. und 21. Februar 2003.* Berlin, Bonn, S. 143–147
- Meer, J. A., (2012). On track for West Germany: Turkish „guest-worker“ transportation to West Germany in the postwar period. *German History* 30:550–573
- Mitrovic, E. (2010): Gesundheitssituation von illegalen Migrant*innen. In: Marko, S. (Hg.). *Menschen ohne Papiere. zur Lebenssituation von Menschen ohne gültige Aufenthaltserlaubnis in Hamburg: Bildung-Gesundheit-Arbeit* (S. 47-58). Marburg: BdW-Verlag.
- Mohammadzadeh, Z., Jung, F., Legmann, M. (2016). Gesundheit für Flüchtlinge, das Bremer Modell. *Bundesgesundheitsblatt*, Jg. 59, Nr. 5, S. 561-569.
- Mohr, G., Höfder, A. (2015). Arbeitsmarktintegration und Gesundheitsförderung. (B. Badura et al. (Hrsg.) *Fehlzeiten-Report 2015*, Hrsg.) Berlin Heidelberg: Springer Verlag.
doi:DOI 10.1007/978-3-662-47264-4_21
- Nandoo, J.; Wess, J. (2010). Lehrbuch der Gesundheitsförderung (2. Aufl.). (V. f. Gesundheitsförderung (Hrsg.) Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Netto, G., Bhopal, R., Lederer, N., Khatoon, J., Jackson, A. (2010). How can health promotion interventions be adapted for minority ethnic communities? Five principles for guiding the development of behaviour interventions. *Health Promotion* 25:248–257
- Nettonen, S. (2013). *The sociology of health and illness.* Cambridge: Polity Press.
- Norredam, M., Mygind, A., Krasnik, A. (2006). Access to health care for asylum seekers in the European Union – A comparative study of country policies. *The European Journal of Public Health* 16:285–289
- Otmer, J. (2018): »Deutsche Migrationsverhältnisse im europäischen Kontext seit dem Zweiten Weltkrieg«, in: F. Gesemann/R. Roth (Hrsg.), *Handbuch Lokale Integrationspolitik*, Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 57–73. DOI: 10.1007/978-3-658-13409-9_3
- Orth, B. (2016). Die Drogenaffäre in der Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2015. Rauchen, Alkoholkonsum und Konsum illegaler Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends. BZgA-Forschungsbericht. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung,

- Parsons, T. (1967). Definition von Gesundheit und Krankheit im Lichte der Wertbegriffe und der sozialen Struktur Amerikas. In: Mitscherich, A. [u.a.] (Hg.): Der Kranke in der modernen Gesellschaft, Köln / Berlin: Kiepenheuer & Witsch., S.57-87
- Penka, S. (2016). Die Interkulturelle Öffnung von psychosozialen Versorgungsangeboten und Substitutionsbehandlungen in Berlin sowie statonären psychischen Einrichtungen in Deutschland. Dissertation der Charité - Universitätsmedizin Berlin.
- Petersen, A. (1985). Ehre und Scham. Das Verhältnis der Geschlechter in der Türkei. Express Edition, Berlin 1985.
- Raspe, H.-H. (1982). Visitenforschung in der Bundesrepublik: Historische Reminiszenzen und Ergebnisse formale-quantitative Analysen. In: Köhler, H., Raspe, H.-H. (Hrsg.): Das Gespräch während der ärztlichen Visite. Empirische Untersuchungen. München: Urban & Schwarzenberg, S. 1-15.
- Raspe, H., Vogt, S., Herlyn, K., Feldmeier, U., Meier-Rebentisch, K. (1996). Patienten-„Zufriedenheit“ in der medizinischen Rehabilitation – ein sinnvoller Outcome-Indikator? Gesundheitswesen 58:372–378
- Razum, O., Geiger, I., Zeeb, H., Roneimtsch, U. (2004). Gesundheitsversorgung von Migranten. In: Deutsches Ärzteblatt 101(43), S. A2882-2887
- Razum, O., Zeeb, H., Meesmann, U., Schenk, L., Bredehorst, M., Brzoska, P., Dercks, T., Godny, S., Menkhaus, B., Saman, R., Saß, A.-C., Ulrich, R. (2008). Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Razum, O. (2009). Migration, Mortalität und der Health-migrant-Effekt. In: Richter M., Hurremann, K. (Hrsg.) Gesundheitliche Ungleichheit. Springer VS Wiesbaden: Verlag für Soziale Wissenschaften. S. 267–282.
- Razum, O., Spaek, J. (2014). Addressing health-related interventions to migrants: migrant-specific or diversity-sensitive? Int. J. Public Health 59:893–895
- Richter, M., Hurremann, K. (2006). Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Konzepte. 1. Auflage, VS Wiesbaden: Verlag für Soziale Wissenschaften,
- Richter, M., Hurremann, K. (2009). Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. 2., aktualisierte Auflage. Wiesbaden: Springer VS,
- Richter, M., Hurremann, K. (2015). Determinanten von Gesundheit. In: BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) [Zuletzt zugegriffen am 30.04.2021] von: <http://www.eibegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/determinanten-von-gesundheit>
- RKI - Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2007). Ernährungsverhalten von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund – KGGG-Migrantenauswertung. Endbericht. Berlin: RKI
- RKI - Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2008). Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Migration und Gesundheit. Berlin: RKI
- RKI - Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2015). Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Institut und dem Statistischen Bundesamt. Berlin: RKI
- Romme, A., Saß, A.C., Born, S., Eiert, U. (2015). Die gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund und die Bedeutung des sozioökonomischen Status. Erste Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, June 2015, Volume 58, Issue 6, pp 543–552.
- Saha, T., Matta, E., Kaha, M., Aalto, P., Kaunonen, M. (2008). Measuring patient assessments of the quality of outpatient care: a systematic review. J Eval Clin Pract 14:148–154

- Sa man, R. (1997): Nix Verstehen. Zur Verständigungsproblematik im Sozial- und Gesundheitswesen, in: Pro Familia Magazin 1 (1997), S.10
- Sa man, R., Wesselman, E., Hegemann, T., Barnger, S., Gerbng, J., Lorenz, H.-J. (2003). Sprachliche Verständigung im Gesundheitswesen als politische und professionelle Herausforderung. In: Bundesweiter Arbeitssymposium und öffentliche Gesundheit (Hrsg.): Gesunde Integration. Bonn: Bonner Universitäts-Buchdruckerei, S. 157-162.
- Schmany, P., Baykara-Krumme, H. (2012): »Zur Geschichte und demografischen Bedeutung älterer Migrantinnen und Migranten in Deutschland«, in: H. Baykara-Krumme/A. Mote-Knigge/P. Schmany (Hg.), Wiesbaden: Springer VS, S. 43–73.
- Schouler-Ocak, M., Achberger, M.C., Penka, S., Kuge, U., Heinz, A. (2015). Psychische Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, Volume 58, Issue 6.
- Schunck, R., Reiss, K., Razum, O. (2015). Pathways between perceived discrimination and health among immigrants: Evidence from a large national panel survey in Germany. Ethnicity and Health 20:493–510
- Schwarz, B., Starikow, K., Sa man, R., Gutenbrunner, C. (2014). Barrieren für Migrantinnen beim Zugang in die medizinische Rehabilitation. Vortrag auf dem 23. Rehabilitationswissenschaftlichen Kongress, Karlsruhe, 10.–12. März
- Sch, D., Desfeld, H. J., Digner, A., Habermann, M., (Hrsg.) (1993). Medizin und Kultur. Eine Propädeutik für Studierende der Medizin und Ethnologie mit 4 Semestern in Kulturvergleichender Medizinischer Anthropologie (KMA); Frankfurt, 1993
- Sinus, S. (2008). Sinus-Studie: Die Mäus der Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. [Zuletzt zugegriffen am 30.04.2021] von: <http://www.sinus-sozialwissenschaft.de/Download/ZentraleErgebnisse09122008.pdf>
- Sztaja, J., Wood, N. (1997). Patient satisfaction: a review of issues and concepts. Soc Sci Med 45:1829–1843
- Spaek, J., Razum, O. (2008). Gleich und gerecht? Erklärungsmodelle für die gesundheitliche Situation von Migrantinnen und Migranten. In: Health Inequality - Determinants & Mechanisms of Health Inequality. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Spaek, J., Zeeb, H., Razum, O. (2011). What do we have to know from migrants' past exposures to understand their health status? A life course approach. Emerging Themes in Epidemiology 8:1
- Steinbach, A. (2017). Für Politik und Zeitgeschichte. Bundeszentrale für politische Bildung. Zuletzt zugegriffen am 28.04.2021 von <https://www.bpb.de/apuz/252649/mutter-vater-kind-was-heit-familie-heute>
- Steuerwald, C. (2016). Die Sozialstruktur Deutschlands im internationalen Vergleich. Wiesbaden: Springer VS
- Strupf, M., Gomes de Matos, E., Soener, R., Kraus, L., Pontek, D. (2017). Trankverhalten von Personen verschiedener Herkunftsregionen in Deutschland: Ein Vergleich mit Personen ohne Migrationshintergrund. Suchttherapie, Jg. 18 (2017), Heft 2, Seite 90-97.
- Terr, A.I. (2004). Are indoor molds causing a new disease? In: JAMA Internal Medicine, 113: 221-226. Zuletzt zugegriffen am 28.04.2021 von: <http://download.journals.lww.com/pdfs/journals/0091-6749/PIIS0091674903026769.pdf>,
- Troschke, v. J. (2008). Grundwissen Prävention Gesundheitsförderung (1. Ausg.). Bern: Hans-Huber Verlag.

- Tseng, W-S, Stre tzer, J. (2008). *Cultura competence n hea th care*. Springer, Boston
- Verwey, M. (2003). Hat de Odyssee Odysseus krank gemacht? *M grat on, Integrat on und Gesundhe t*. In: Lux, T. (Hrsg.): *Kulture e D mens onen der Med z n. Ethnomed z n – Med z nethn og e – Med ca Anthro ogy*. Ber n: Re mer, S. 277-307.
- Wächter, M., Vanhe den, T. (2015). *Sprachm tt ung m Gesundhe tswesen. Erhebung und e nhe t che Beschre bung von Mode en der Sprachm tt ung m Gesundhe tswesen*. Landesvere n gung für Gesundhe t und Akadem e für Soz a med z n N edersachsen e. V. m Auftrag der Beauftragten der Bundesreg erung für M grat on, F ücht nge und Integrat on
- Weng er, A. (2013): *Ung e che Gesundhe t. Zur S tuat on türk scher M granten n Deutsch and*. Frankfurt a. M./New York: Campus.
- Wesse man, E. (2009). *Sprachm tt ung m Krankenhaus durch den haus nternen Do metscherd enst*. In: Bundesm n ster um für Arbe t und Soz a es (Hrsg.) *Gesundhe t che Versorgung von Personen m t M grat onsh ntergrund*, S. 122–130. Ber n: Bundesm n ster um für Arbe t und Soz a es
- W ams, D. R., und S. A. Mohammed. 2013. *Rac sm and hea th I: Pathways and sc ent f c ev dence*. *Amer can Behav ora Sc ent st*. do :10.1177/0002764213487340
- WHO. (1997). *De Jakarta Erk ärung zur Gesundhe tsförderung*. Zu etzt zugerufen m Apr 2021 von: https://www.ahnrw.de/a dsh fe-nrw/up oad/PDF/Content_a geme n/1997_Jakarta-Erk aerung.pdf
- WHO (1986): *Ottawa Charter for Hea th Promot on*. Zu etzt zugerufen m Apr 2021 von: https://www.euro.who. nt/_data/assets/pdf_f e/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf
- WHO (2004b): *Wohngesundhe t – Erste Ergebn sse e ner Stud e der WHO*. In: *Umwe t Med z n Gese schaft*, 17: 216-219.
- W ck zer, T., Frank n, G., Fu ton-Kehoe D., Turner, J., Mootz, R., Sm th-We er, T. (2004). *Pat ent sat fact on, treatment exper ence, and d sab ty outcomes n a popu at on-based cohort of njured workers n Wash ngton State: mp cat ons for qua ty mprovement*. *Hea th Serv Res* 39:727–748
- W etert-Wehkampt, H. (1996). *Potent a e der Se bsthe fe von M grantengruppen*. *Ze tschr ft für M grat on und Soz a e Arbe t* 3/ 4; S. 96-99; 1996
- W k nson, R., Marmot, M. (2004). *Soz a e Determ nanten von Gesundhe t. De Fakten, (2. Ausg.)*, Dänemark: Referat, Veröffent chungen, WHO We tgesundhe tsorgan sat on Reg ona büro, S. 27.
- W mes, M. 2013. *Kommuna er Umgang m t Menschen ohne Pap ere*. *Aus Po tk und Ze tgesch chte* 47:1–2
- Wunn, I. (200). *Mus m sche Pat enten. Chancen und Grenzen re g onsspez f scher Pf ege*. Stuttgart: Koh hammer.
- Yagd ran, O., Haasen, C., Br ken, P., Basdek s, R., Krausz, M. (2002). *Moderne Sch zophren ebehand ung und trad t one e He methoden*: In: *Krankenhauspsych atr e* 13, S. 33-36.
- Y dr m-Fah busch, Y. (2003). *Türk sche M granten: Kulture e M ssverständn sse*. In: *Deutsches Ärzteb att* 100(5), S. 213-215.
- Y maz-As an, Y., Brzoska, P., B uhm, M., As an, A., Razum, O. (2014). *I ness percept ons n Turk sh m grants w th d abetes: A qua tat ve study*. *Chron c I ness*10:107–121

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel verwendet habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Veröffentlichungen entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht. Diese Hausarbeit hat noch keiner Hochschule als wissenschaftliche Arbeit vorgelegen.

Hamburg, 26.05. 2021

