

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Life Sciences
Department Gesundheitswissenschaften

Der subjektive Gesundheitszustand afghanischstämmiger Bürgerinnen
und Bürger in Hamburg

Bachelorarbeit

Vorgelegt von: Mina Azadzoy
Matrikelnummer: 1913023
Gutachterin: Prof. Dr. Christine Färber
Gutachter: Dipl.-GW Gunnar Paetzelt

Tag der Abgabe: 20.08.2015

Vorwort

Physische und Psychische Belastungen sind zentrale Aspekte des Lebens und der Identität eines jeden Menschen. Insbesondere die aktuelle Flüchtlingssituation wirft eine ganze Reihe spezieller Fragen auf, denn unglücklicherweise werden oft das gesundheitliche Befinden und die psychischen Spätfolgen einer solchen Flucht vernachlässigt. Gegenwärtige Migrationshürden führen zusätzlichen zu Stressfaktoren.

Weltweit verlassen Millionen Menschen ihre Heimat aufgrund der Bedrohung durch Krieg, Armut und Verfolgung. Auch ich gehöre zu diesen Menschen, sodass mein eigener Flüchtlingshintergrund eine wichtige Rolle bei der Themenfindung gespielt hat und mir die vorliegende Arbeit besonders am Herzen liegt.

Zunächst bedanke ich mich herzlich bei , Frau Prof. Dr. Färber und Herr Paetzelt für ihre Unterstützung, die es ermöglicht hat meine eigenen persönlichen und subjektiven Erfahrungen und Einschätzungen durch diese Arbeit empirisch auszubauen.

Weiterhin möchte ich mich an dieser Stelle für die ausgiebige Unterstützung und Motivation bei meiner Familie bedanken, die mich stets angespornt und gefördert hat.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	I
Abbildungsverzeichnis	II
Tabellenverzeichnis.....	II
Abkürzungsverzeichnis	II
Zusammenfassung	III
Einleitung	1
2. Migration und Gesundheit.....	3
2.1 Geschichte der Migration in Deutschland.....	4
2.2 Afghanischstämmige Bevölkerung in Hamburg/Deutschland.....	5
2.2.1 Gründe der Migration aus Afghanistan.....	5
2.3 Psychosoziale Gesundheit von Flüchtlingen und Asylsuchenden	7
2.4 Das theoretische Modell der Salutogenese.....	7
2.5 Healthy-Migrant-Effekt.....	9
3. Gesundheitsvorstellungen	10
3.1 Die subjektive Gesundheit und ihre Messung.....	13
3.1.1 Zugänge und Erfassungsmethoden der subjektiven Gesundheit.....	13
3.2 Mess-Modelle für die Operationalisierung der subjektiven Gesundheit.....	14
4. Methodik	16
4.1 Hypothesen.....	16
4.2 Short Form-36 Health Survey	17
4.3 Datenerhebung	21
4.4 Datenanalyse	22
5. Ergebnisse	23
6. Diskussion	28
7. Fazit.....	30
Literaturverzeichnis.....	32
Anhang	35
Anhang	36
Anhang	44

Abbildungsverzeichnis

Ab. 1. SF-36.....	20
Ab.2. Altersverteilung.....	24
Ab. 3. Aufenthaltstitel.....	25
Ab.4. Erwerbstätigkeit.....	26

Tabellenverzeichnis

Tab. 1. Vergleich afgahnischstämmige und deutsche Bevölkerung.....	27
Tab. 2. Korrelationen Geschlecht, Alter, Aufenthaltstitel, Erwerbstätigkeit.....	28

Abkürzungsverzeichnis

WHO	Weltgesundheitsorganisation
SF- 36	Short Form-36 Health Survey
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees

Zusammenfassung

Einleitung:

Das Thema Gesundheit und Migration rückt immer mehr in den Blickwinkel der Forschung. Eine Migration kann entweder positiv oder auch negativ auf die Gesundheit wirken. Menschen mit Migrationshintergrund sind durch unterschiedliche Lebensläufe und Biographien geprägt, dementsprechend spiegeln sich Einflüsse auch in der Gesundheit wider. Ziel dieser Untersuchung ist es, den subjektiven Gesundheitszustand von afghanischstämmigen Bürgerinnen und Bürger in Hamburg zu erforschen und zu ermitteln.

Methodik:

Es wurden in Hamburg insgesamt 30 Personen, die ursprünglich aus Afghanistan stammen, anhand eines standardisierten Fragebogens (SF-36) zu ihrem subjektiven Gesundheitszustand befragt und ein Vergleich mit der deutschen Normstichprobe erstellt. Die Daten wurden mit dem Statistikprogramm SPSS ausgewertet. Zuerst wurde für die deskriptive Analyse sowohl die demografischen Daten (regulär) als auch die SF-36 Scores anhand von existierenden standardisierten Auswertungsprogrammen Häufigkeitstabellen mit Mittelwerten und Standardabweichungen berechnet und erstellt. Darauf folgend wurden t-Tests für die verschiedenen Subskalen und für die beiden Summenskalen der körperlichen und psychischen Gesundheit berechnet. Außerdem wurden für den Vergleich der Variablen Geschlecht, Alter, Erwerbstätigkeit sowie Aufenthaltstitel Korrelationskoeffizienten bestimmt.

Ergebnisse:

Die afghanischstämmigen Bürgerinnen und Bürger in Hamburg haben sowohl einen schlechteren allgemeinen subjektiven Gesundheitszustand als auch körperlichen/psychischen Gesundheitszustand im Vergleich zur deutschen Bevölkerung. Die afghanischstämmigen Bürgerinnen und Bürger Hamburgs sind im Durchschnitt mit $53,3 \pm 7,06$ Jahre älter als in der deutschen Normstichprobe mit 47,64. Mit $p < 0,05$ lässt sich ein signifikantes Ergebnis zwischen der körperlichen Summenskala und dem Aufenthaltstitel sowie der Erwerbstätigkeit nachweisen.

Fazit:

Zusammenfassend lässt sich trotz der methodischen Einschränkungen feststellen, dass mit dieser Arbeit gezeigt werden konnte, wie sich die aktuelle subjektiv wahrgenommene Gesundheit von afghanischstämmigen Bürgerinnen und Bürger in Hamburg darstellt

Einleitung

In Deutschland leben 16,5 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund. Dies entspricht einem Bevölkerungsanteil von 20,5 % (vgl. Statistisches Bundesamt, 2014). Die Menschen mit Migrationshintergrund kommen aus verschiedenen Herkunftsländern oder sind in Deutschland geboren und stammen aus einer zugewanderten Familie. Es gibt unterschiedliche Motive, warum Menschen entweder freiwillig oder unfreiwillig das Heimatland verlassen und in ein anderes Land immigrieren. Eine Migration kann die Gesundheit entweder positiv oder negativ beeinflussen. Einerseits kann die Sicherheit, in einem Land zu leben, ohne dass das eigene Leben und das der Familie in Gefahr ist, nicht mit der Armut kämpfen zu müssen oder die Inanspruchnahme der medizinischen Versorgung positiv auf die Gesundheit wirken. Andererseits können die Hürden und Belastungen einer Migration sowie bei Flüchtlingen die traumatischen Erlebnisse die Gesundheit belasten und die Krankheitsrisiken erhöhen (vgl. Razum et. al, 2008 S. 7).

Der Bereich Migration und Gesundheit ist erst in den letzten Jahren ein Thema der Forschung geworden, obwohl es in Deutschland aktueller denn je ist. Eine der Migrantinnen- und Migrantengruppen, die sowohl weltweit als auch in Deutschland leben, bilden die afghanischstämmigen Bürgerinnen und Bürger. Allein in Hamburg umfasst die afghanischstämmige Bevölkerung insgesamt 28.562 Personen (vgl. Statistikamt Nord, S. 4, 11). Sie waren und sind überwiegend Flüchtlinge, die wegen des Krieges und der unsicheren Lage in den letzten 30 Jahren Afghanistan verlassen mussten. Daraus lässt sich ableiten, dass die afghanischstämmige Bevölkerung mit psychischen Belastungen zu kämpfen hatte und hat. Aber bis zum heutigen Zeitpunkt wurde das Thema Migration und Gesundheit bezogen auf diese konkrete Migrationsgruppe in Deutschland nicht aufgegriffen und erforscht, obwohl es für die Praxis relevant sein könnte, um passende Präventionsprogramme zu entwickeln.

Mit dieser Arbeit soll aus Sicht der afghanischstämmigen Bürgerinnen und Bürger in Hamburg die subjektiv wahrgenommene Gesundheit untersucht werden. Denn neben den objektiven Faktoren von Gesundheit, zum Beispiel erhoben durch klinische Beobachtungen, kann die Berücksichtigung der subjektiven Gesundheit den Vorteil haben, viele Aspekte wie die allgemeine Lebenssituation, das Wohlbefinden, soziale Beziehungen und Aktivitäten sowie die soziale Stellung aus Sicht der Betroffenen zu erfassen und zu messen (vgl. Erhart et al., 2005, S. 337). Das Ziel der vorliegenden Bachelorarbeit ist es zu erforschen, wie die

afghanischstämmigen Bürgerinnen und Bürger in Hamburg nach vielen erschütternden Erlebnissen im Heimatland und den migrationsspezifischen Belastungen in Deutschland ihren eigenen Gesundheitszustand wahrnehmen und beschreiben. Diese Daten sollen anhand eines quantitativen, standardisierten Fragebogens erhoben werden. Für die vorliegende Arbeit wurde entsprechend folgende Fragestellung formuliert:

„Wie stellt sich der subjektive Gesundheitszustand von afghanischstämmigen Bürgerinnen und Bürgern in Hamburg im Gegensatz zur deutschen Bevölkerung dar?“

Hierbei wurde sowohl der allgemeine als auch der körperliche und psychische Gesundheitszustand berücksichtigt.

Die Arbeit gliedert sich in sechs Kapitel. Nach der Einführung in die Thematik, in der die Zielsetzung der Untersuchung erläutert wird, stehen im zweiten Kapitel die Darlegung der theoretischen Grundlagen und Definitionen zu dem Thema Migration und Gesundheit, die geschichtlichen Aspekte der Migration in Deutschland und die Erläuterung der Anzahl der afghanischstämmigen Bürgerinnen und Bürger in Deutschland/Hamburg sowie die Gründe der Migration nach Deutschland im Mittelpunkt. Des Weiteren werden die psychosoziale Gesundheit von Flüchtlingen und Asylsuchenden und das Modell der Salutogenese sowie des Healthy-Migrant-Effekts beschrieben. Das dritte Kapitel widmet sich der Gesundheit in unterschiedlichen Perspektiven sowie der Messung der subjektiven Gesundheit. Die Methodik der Forschungsanalyse wird im vierten Kapitel erläutert. Hierbei werden die Hypothesen, das Messinstrument sowie die Datenerhebung beschrieben. Das fünfte Kapitel stellt die Ergebnisse der Untersuchung dar, die im sechsten Kapitel diskutiert werden. Anschließend wird die Arbeit im siebten Kapitel mit einem Fazit abgerundet.

2. Migration und Gesundheit

Die unabhängige Kommission „Zuwanderung“ stellte im Jahr 2001 fest, dass Deutschland ein Zuwanderungsland geworden ist, da in den vergangenen Jahren der Anteil der ausländischen Bevölkerung in Deutschland signifikant gestiegen ist (vgl. Bundesministerium für Innen, 2001). Nach Angaben des Statistischen Bundesamts lebten in Deutschland im Jahr 2013 ca. 16,5 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund. Dies entspricht einem Bevölkerungsanteil von 20,5 %. Die Bevölkerung mit Migrationshintergrund besteht aus Zugewanderten und deren Nachkommen sowie der ausländischen Bevölkerung. Der Großteil, 9,7 Millionen, besaß die deutsche Staatsangehörigkeit, 6,8 Millionen waren Ausländerinnen und Ausländer (vgl. Statistisches Bundesamt, 2014). Laut einer weit verbreiteten Definition wird von Migration gesprochen, *„wenn eine Person ihren Lebensmittelpunkt räumlich verlegt, von internationaler Migration, wenn dies über Staatsgrenzen hinweg geschieht“* (Bundesamt für Migration, Flüchtlinge und Integration, 2013). Laut der Definition im Mikrozensus gehören zu der Bevölkerung mit Migrationshintergrund, *„alle nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Zugewanderten, sowie alle in Deutschland geborenen Ausländer und alle in Deutschland als Deutsche Geborenen mit zumindest einem zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil.“* (Statistisches Bundesamt, 2013, S.6) Als Ausländerinnen und Ausländer gelten: *„Alle Personen, die nicht Deutsche im Sinne des Art. 116 Abs. 1 GG sind, d.h. nicht die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen. Dazu zählen auch die Staatenlosen und die Personen mit ungeklärter Staatsangehörigkeit“* (Statistisches Bundesamt, 2013, S. 5)

Es wird angenommen, dass Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu Menschen ohne Migrationshintergrund erhöhte Gesundheitsrisiken aufzeigen. Es ist nicht davon auszugehen, dass die Migration an sich krank macht, sondern vielmehr die Gründe einer Migration. Es sind unter anderem die Lebensbedingungen von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland, die zu einem schlechteren Gesundheitszustand führen können (vgl. Razum et al., 2008, S. 7). Neben den Sprachbarrieren, die sich auch im Gesundheitssystem niederschlagen, können durch einen niedrigen sozioökonomischen Status, die Ausübung einer die Gesundheit gefährdenden beruflichen Tätigkeit, dem niedrigeren Einkommen, Arbeitslosigkeit oder eine ungünstige Wohnsituation die Beeinträchtigung der Gesundheit hervorgerufen werden (vgl. Färber et al., 2008, S. 39; Razum et al., 2008, S. 19–22).

Aus der Epidemiologie ist bekannt, dass ein niedriger sozioökonomischer Status Einfluss auf die Gesundheit haben kann und sich somit das Risiko für Erkrankungen und Mortalität erhöht (vgl. Lampert, Kroll, 2014 S.815 ; Razum ,2008, S.267). Einerseits sind Menschen mit Migrationshintergrund mit spezifischen psychosozialen Belastungen wie der Trennung von der Familie und von dem Heimatland, der Fremdfeindlichkeit gegenüber Flüchtlingen im Zielland sowie posttraumatischen Belastungen ausgesetzt. Andererseits sind sie nicht immer „kränker“ als die Mehrheitsbevölkerung, denn sie verfügen über gesundheitliche und soziale Ressourcen wie den familiären Zusammenhalt oder die Offenheit gegenüber etwas Neuem, das sich positiv auf ihren Gesundheitszustand auswirken kann. (vgl. Razum et al., 2008, S. 8)

2.1 Geschichte der Migration in Deutschland

Seit Jahrhunderten ist das Phänomen der Migration von und nach Deutschland beobachtbar. Die Gründe dafür sind vor allem die Sicherheit und das Streben nach einem besseren Leben für sich selbst und die Familie. Die Motive hierfür können zum Beispiel eine wirtschaftliche Notsituation oder die Flucht vor politisch, ethnisch oder religiös motivierter Verfolgung sein (vgl. Färber et al., 2008, S. 24). Der Zuwachs der ausländischen Bevölkerung in Deutschland ergab sich im Wesentlichen aus dem Arbeitskräftezuzug durch sogenannte Gastarbeiter/Innen. Denn aufgrund des rasanten Wirtschaftswachstums entstand Mitte der 1950er Jahre ein Arbeitskräftemangel (vgl. Bundesministerium des Innern, 2011, S 14.) . Die Bundesrepublik begann ab 1955 bis 1973 im Ausland Arbeitskräfte anzuwerben, um den Arbeitskräftebedarf zu decken. Die Arbeitskräfte stammten hauptsächlich aus der Türkei, Italien, Spanien und Griechenland (vgl. Bundesministerium des Innern, 2011, S. 15). Durch die befristeten Arbeitsverträge kamen viele Arbeitskräfte ohne ihre Familienangehörigen in die BRD. Erst nach einer längeren Aufenthaltsdauer zogen die Familienangehörigen auch nach Deutschland. Im Jahr 1973 trat ein Anwerbestopp ein und die ausländischen Arbeitskräfte standen vor der Entscheidung, entweder langfristig in Deutschland zu bleiben oder in ihre Heimat zurückzukehren (ebd). Die Anzahl der Rückwanderung war sehr gering. (vgl. Bundesministerium des Innern, 2011, S 15.) Neben der Zuwanderung von angeworbenen Arbeitskräften und Familienangehörigen fand auch ein Zuzug von Flüchtlingen und Asylbewerberinnen und Asylbewerber statt. (vgl. Bundesministerium des Innern, 2011, S.16). Durch den Zuzug von Flüchtlingen und Asylbewerberinnen und Asylbewerber stieg die Anzahl der ausländischen Bevölkerung, hier unter anderem auch der afghanischen Bevölkerung, zwischen 1985 bis 1991 stetig an und erreichte 1992 ihren historischen

Höchststand. Allerdings ist nach der verschärften Asylrechtsreform von 1993 die Asylbewerberzahl bis 2007 wieder gesunken. (Bundesministerium des Innern, 2011, S. 17) Ab 2008 stieg jedoch die Anzahl der Flüchtlinge und Asylbewerberinnen und Asylbewerber wieder. Dies ist deutlich zurückzuführen unter anderem auf irakischen und syrischen Flüchtlingen, aber auch afghanische Asylbewerberinnen und Asylbewerber (vgl. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2014).

2.2 Afghanischstämmige Bevölkerung in Hamburg/Deutschland

In Hamburg leben insgesamt 28.562 afghanischstämmige Bürgerinnen und Bürger mit einem Migrationshintergrund, darunter 11.996 mit einer afghanischen Staatsangehörigkeit und 16.566 mit der deutschen Staatsangehörigkeit (vgl. Statistikamt Nord, 2013 S. 4, 11). In Deutschland insgesamt leben insgesamt 75.385 afghanischstämmige Bürgerinnen und Bürger, die die afghanische Staatsangehörigkeit haben (vgl. Statistisches Bundesamt, 2014).

Der Anzahl der afghanische Asylbewerberinnen und Asylbewerber in Deutschland liegen im Jahr 2014, gemessen an den zehn zugangsstärksten Herkunftsländern, auf Platz 4 mit 9.115 Asylanträgen (vgl. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2014).

2.2.1 Gründe der Migration aus Afghanistan

Die afghanischstämmigen Bürgerinnen und Bürger in Deutschland waren und sind überwiegend Flüchtlinge und Asylsuchende, die aus unterschiedlichen Gründen das Land verlassen mussten.

Nach der Genfer Flüchtlingskonvention von 1951 wird ein Flüchtling als eine Person definiert, die *„aus der begründeten Furcht vor Verfolgung wegen ihrer Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder wegen ihrer politischen Überzeugung sich außerhalb des Landes befindet, dessen Staatsangehörigkeit sie besitzt, und den Schutz dieses Landes nicht in Anspruch nehmen kann oder wegen dieser Befürchtungen nicht in Anspruch nehmen will“*. (zit. in UNHCR, 2014).

Asylsuchende werden nach UNHCR wie folgt definiert: *„Bei einem Flüchtling wurde seine Flüchtlingseigenschaft bereits anerkannt.“* Bei einem Asylsuchenden dagegen steht noch

alles offen, „*ein Asylwerber ist eine Person, die in einem fremden Land um Asyl, also Aufnahme und um Schutz vor Verfolgung ansucht und deren Asylverfahren noch nicht abgeschlossen ist.*“ (zit. in UNHCR, 2014)

Die Statistiken des Hohen Flüchtlingskommissars der Vereinten Nationen (UNHCR) gaben bekannt, dass bis 2014 ca. 2,7 Millionen Flüchtlinge aus Afghanistan flüchteten (vgl. UNHCR Global Trends 2014). Die Gründe hierfür sind hauptsächlich, zumindest bezogen auf die letzten 36 Jahre, Kriege, Wechsel von politischen Systemen und Unsicherheit. Die Menschen in Afghanistan sind Opfer der Kriege, die durch politische und ethnische „Gruppen“ zustande gekommen sind. Viele haben Angst um das Leben ihrer Angehörigen und sich selbst, ziehen deshalb die Flucht in Erwägung.

Die Abwanderung afghanischer Flüchtlinge begann in den vergangenen 30 Jahren in verschiedenen Perioden mit unterschiedlichen Ursachen (vgl. Hossaini, 2013).

In den 1960er und 1970er Jahren verbrachten viele Afghaninnen und Afghanen aufgrund von aufgebauten partnerschaftlichen Beziehungen zwischen den Universitäten Kabul, Köln und Bonn einige Zeit zum Studium in Deutschland.

Im Jahr 1978, nach der Machtübernahme der kommunistischen Partei, und 1979, nach der Besetzung Afghanistans durch die Sowjetunion, setzte die erste große Auswanderungswelle ein. Zielländer waren hauptsächlich die Nachbarländer Iran und Pakistan, aber auch europäische Staaten, Amerika und Australien. Im Jahre 1990, d. h. nach dem Sturz des kommunistischen Regimes, kehrten viele Flüchtlinge, die einige Zeit im Iran und Pakistan verbracht hatten, nach Afghanistan zurück (ebd). Kurz darauf brach ein Bürgerkrieg unter den sogenannten Mujahedin aus, sodass wieder viele Menschen ihre Heimat verlassen mussten. Die dritte Auswanderungswelle begann 1996 mit der Machtübernahme der Taliban. Nach dem Sturz der Taliban im Jahre 2001 und der Etablierung des politischen Systems begann eine neue Auswanderungsphase. Trotz der Etablierung des politischen Systems nach 2011 ist ein Grund für die Auswanderung, wie in den anderen Phasen ebenso, das Fehlen von Sicherheit. Weitere Gründe sind die hohe Arbeitslosigkeit und die herrschende Armut (vgl. Schetter, 2012).

2.3 Psychosoziale Gesundheit von Flüchtlingen und Asylsuchenden

Die Gesundheit von Flüchtlingen und Asylsuchenden hängt stark von ihren biographischen Erfahrungen ab. Ein Großteil von ihnen leidet unter körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen, die einerseits durch Traumatisierungen vor Ort, andererseits durch Erlebnisse während der Flucht, die Trennung von Angehörigen und Eigentum sowie die Lebensumstände im Exil entstanden sind (vgl. Weiss, 2005, S. 240). Der unsichere Aufenthaltsstatus und der Integrationsstress erhöhen zusätzlich die Vulnerabilität von Flüchtlingen und Asylsuchenden. Die posttraumatischen Erfahrungen können unterschiedlich verarbeitet und in die Persönlichkeit eingebettet werden. Sie können Krisen in einer schwierigen Übergangsphase sein oder als Chance für eine Veränderungen im Leben wahrgenommen werden (vgl. Weiss, 2005, S. 241). Laut der „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“ der Weltgesundheitsorganisation ist eine posttraumatische Belastungsstörung definiert als eine *„Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmaßes (kurz oder lang anhaltend), die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“* (zit. in GBE, 2008, S. 59). Ein erlebtes Trauma können Schicksalsschläge wie der Tod von Angehörigen, Verfolgung, Bedrohung, Folter und Vertreibung sowie Naturkatastrophen oder Bürgerkriege sein (vgl. Wöller, 2011, S. 13). Traumatisierende Erlebnisse können häufig lebenslange psychische Folgen nach sich ziehen. Dennoch gibt es auch Widerstandsressourcen, die dem Individuum helfen, sich mit den Stressoren kompetent auseinanderzusetzen (vgl. Weiss, 2005, S. 242). Um dies nachvollziehen zu können, wird im folgenden Abschnitt auf das Salutogenese Modell eingegangen.

2.4 Das theoretische Modell der Salutogenese

Das theoretische Modell der Salutogenese von Aaron Antonovsky (Medizinsoziologe und Stressforscher) verfolgt das Ziel, Gesundheit zu erklären und der Frage nachzugehen, warum Menschen trotz vieler potentiell gesundheitsgefährdender Einflüsse und extremer Belastungen gesund bleiben (vgl. Antonovsky, 1997, S.22; Faltermaier, 2005, S. 65).

Auf diese Frage wurde Antonovsky im Rahmen einer Untersuchung von Frauen im Klimakterium aufmerksam, die den Holocaust teilweise auch in den Konzentrationslagern überlebt hatten. Erstaunlich war an den Untersuchungsergebnissen, dass 29 % dieser Frauen

trotz traumatisierender Erlebnisse eine „gute“ psychische Gesundheit vorwiesen (vgl. Faltermaier. 2005, S. 64; Weiss, 2005, S. 242). Vor diesem Hintergrund veränderte sich seine Perspektive hinsichtlich der Salutogenese. Gesundheit wird in dem Modell nämlich als ein multidimensionales Konstrukt und nicht als „einfaches“ Gegenteil von Krankheit verstanden (vgl. Antonovsky, 1997, S. 22; Faltermaier. 2005, S. 65; Waller, 2001, S. 14). Antonovsky entwickelte in seiner Theorie die Vorstellung eines „Gesundsein/Kranksein-Kontinuum“ („health ease“ und „health dis-ease“). Demnach nimmt das Individuum auf dem Kontinuum zu einem bestimmten Zeitpunkt einen bestimmten Punkt ein und verändert somit immer wieder seine Position. Das heißt, die Menschen bewegen sich zwischen dem positiven und negativen Pol. Die äußeren negativen Einflüsse auf der einen Seite und die Widerstandsressourcen auf der andere Seite bestimmen die Position eines Individuums auf dem Kontinuum (vgl. Antonovsky 1997, S. 29; S. 14; Eichler, 2008, S. 38).

Ein Kernelement im Modell der Salutogenese ist das Stresskonzept und der Stressbewältigungsprozess. Stressoren werden hier sowohl als pathogene als auch als salutogene Auswirkungen gesehen. Wenn der Mensch mit Stressoren konfrontiert wird, entsteht ein psychischer und körperlicher Spannungszustand, den das Individuum versucht zu bewältigen. Ist die Bewältigung erfolgreich, dann bewegt sich das Individuum in die positive Richtung; wenn die Bewältigung nicht erfolgreich ist, dann in die negative Richtung. Antonovsky versteht Stressoren nicht als Ausnahmen, sondern als „normal“. Des Weiteren nimmt er an, dass diese Stressoren nicht immer vermeidbar sind. Entscheidend ist somit nicht der Stress, sondern die Bewältigung von Stress. Antonovsky forschte lange Zeit nach Faktoren, die Einfluss haben könnten, um eine Spannung leichter bewältigen zu können, damit die Gesundheit sich verbessert oder erhalten bleibt. Bei seinen Forschungen erkannte er die „generalisierten Widerstandsressourcen“ als ein Kernstück der Salutogenese (vgl. Antonovsky, 1997, S. 43, 124). Sie sind Merkmale, die in Belastungssituationen wirksam sein können. Hierzu gehören zum einen genetische Ressourcen und zum anderen psychosoziale Ressourcen wie Intelligenz, kulturelle Stabilität, Wissen, soziale Unterstützung sowie familiärer Zusammenhalt. Die „generalisierten Widerstandsressourcen“ sind individuell unterschiedlich geprägt und entstehen durch individuelle Biographien/Lebenserfahrungen. Sie wirken als Potential, das bei Spannungsbewältigung aktiviert werden kann und somit die Gesundheit fördert. (vgl. Faltermaier, 2005, S. 68; Waller, 2001, S. 16; Eichler, 2008, S. 38)

Ein weiterer Baustein der Salutogenese ist das Kohärenzempfinden („sense of coherence SOC“). Dabei wird davon ausgegangen, dass der Mensch im Laufe seiner Sozialisation aufgrund von verfügbaren Ressourcen eine stabile Lebensorientierung entwickeln kann. Dies

ist ein Schutzfaktor und verhindert, dass Stressoren negative Auswirkungen auf die Gesundheit haben (vgl. Antonovsky, 1997, S. 44). Das Kohärenzempfinden setzt sich aus drei Komponenten zusammen: 1. Verstehbarkeit (comprehensibility ist die kognitive Komponente), alles wird durch die Erfahrungen gestärkt. 2. Bedeutsamkeit oder Sinnhaftigkeit (meaningfulness) bedeutet die Zuversicht einer Person, bestimmte Erlebnisse mit eigenen Ressourcen bewältigen zu können, auch dass das Leben wert ist, Energie dafür zu investieren. 3. Handhabbarkeit (manageability), ist die instrumentelle Komponente. Hier sind genügend Ressourcen vorhanden, um den Anforderungen gerecht zu werden (vgl. Antonovsky, 1997, S. 34; Faltermaier, 2005, S. 69; Waller, 2001, S. 18). Im Modell der Salutogenese sind alle Komponenten aufeinander bezogen, die mit diversen Wechselwirkungen und Rückkopplungen konzipiert sind. Dies stellt somit einen komplexen Prozess dar.

In Folgenden wird ein weiteres Modell, das sich mit dem Thema Gesundheit- und Migrationsforschung auseinandersetzt vorgestellt.

2.5 Healthy-Migrant-Effekt

In den letzten Jahren rückte das Thema Migration und Gesundheit zunehmend in den Blickwinkel der epidemiologischen Forschung. Allerdings liegen bisher nur wenige Ergebnisse vor, die erklären, welche gesundheitlichen Auswirkungen ein Leben mit Migrationsstatus verursachen kann. Es wird auch aufgezeigt, dass Migrantinnen und Migranten häufiger zu den sozial benachteiligten Gruppen mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status gehören als Personen ohne Migrationshintergrund (Schenk, 2007, S. 87). Dennoch weisen erwachsene Migrantinnen und Migranten in einigen Ländern gegenüber der Mehrheitsbevölkerung „günstigere“ Gesundheitsrisiken auf. Dieses Paradoxon wird als „Healthy-Migrant-Effekt“ bezeichnet (vgl. Razum, 2009, S. 267). Dieses Phänomen beinhaltet zwei Komponenten, die zum einen die niedrige Mortalität erklärt und zum anderen den Anstieg der Mortalität über die Zeit begründet (ebd). Die erste Komponente wird konzeptionell dem aus der Epidemiologie bekannten Healthy-worker-Effekt entlehnt. Dabei geht es darum, dass derjenige, der gesund ist, die Arbeitsstelle erhält und behält. Die Arbeiterinnen und Arbeitnehmer zeigten trotz der schlechten Arbeitsbedingungen eine niedrigere Mortalität zur Allgemeinbevölkerung. Es wird vermutet, dass es bei der Migration auch durch eine Selbstauswahl um gesunde Personen handelt. Denn nur wer zum Zeitpunkt

der Migration gesund ist, kann die Risikobereitschaft, die Umstände und Hürden einer Migration auf sich nehmen. Somit handelt es sich um „gesunde“ Migrantinnen und Migranten, die eine niedrigere Mortalitätsrate aufzeigen als die Bevölkerung des Ziellandes. Die zweite Komponente leitet sich aus der bekannten Assoziation von sozioökonomischer Benachteiligung und erhöhter Mortalität ab, die sich über die Zeit begründet (ebd). Denn durch die Folgen von sozioökonomischer Benachteiligung, des schlechten Zugangs und geringer Nutzung von Gesundheitsdiensten sowie gesundheitlichen Belastungen steigt die Mortalitätsrate nach Jahren wieder an, und zwar sogar bis über das Niveau der Zielbevölkerung. Aus der Verbindung der beiden Komponenten entstand das Modell „Healthy-migrant-Effekt“ (vgl. Razum, 2009, S. 267-270). Es gibt einige empirische Belege, die aufzeigen, dass das „gängige“ Erklärungsmodell die beobachteten Trends in der Mortalität von Migrantinnen und Migranten nicht passabel erklären kann. Bei näherer Betrachtung ist es deutlich zu erkennen, dass der Vergleich mit der Healthy-worker-Effekt nicht geeignet ist: Der Arbeiterkohorte wurde mit der Allgemeinbevölkerung, aus der die Arbeiter stammen verglichen. Der Gesundheitsvorteil der Migrantinnen und Migranten wurde dagegen im Vergleich zur Bevölkerung des Ziellandes und nicht Herkunftslandes beobachtet. Es bestehen internationale Unterschiede sowohl bei der ursachenspezifische Mortalitätsraten, als auch der Zugang zu und der Qualität von Gesundheitsdiensten. Die Migrantinnen und Migranten können in einem Land mit einer „besseren“ Gesundheitsversorgung profitieren und somit kann sich ein Vorteil in der Mortalität ergeben (vgl. Razum, 2009, S. 278).

3. Gesundheitsvorstellungen

Was genau Gesundheit bedeutet und einen einheitlichen Gesundheitsbegriff zu formulieren, ist sowohl für Laien als auch für Experten gar nicht eindeutig zu definieren. Krankheiten dagegen sind leichter mit ihren konkreten Symptomen zu beschreiben.

Das Wort „gesund“ hat in der deutschen Sprache die Verbindung mit „stark“, „unverletzt“, „nicht erkrankt“. „Krank“ steht im Gegensatz dazu in der etymologischen Wortbedeutung für „schwach“, „kraftlos“, „leidend“ (vgl. Faltermaier, 2005, S. 30–31; Blättner, Waller, 2011, S. 51). Die Begriffe Gesundheit und Krankheit können in unterschiedlichen Sprachen verschiedene Bedeutungsaspekte aufweisen. Außerdem lässt sich nachweisen, dass jede historische Epoche ihr Menschenbild und ihre eigene Vorstellung von Gesundheit und Krankheit hat, zudem auch die soziokulturellen Unterschiede erkennbar sind (vgl. Faltermaier, 2005, S. 31). Somit könnten die Vorstellungen über Gesundheit abhängig von Lebensbedingungen, vom Denksystem einer Gesellschaft sowie Kultur oder Epoche sein (vgl.

Faltermaier, 2005, S. 32; Blättner, Waller, 2011, S. 51).

Wie oben schon angedeutet, liegt derzeit auch für Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler noch keine allgemein anerkannte Definition von Gesundheit vor, sondern der Begriff Gesundheit wird eher nach unterschiedlichen Betrachtungsperspektiven definiert (vgl. Erhart et al., 2005, S. 336). Es gibt allerdings eine gemeinhin akzeptierte Gesundheitsdefinition von der Weltgesundheitsorganisation (WHO), die wie folgt definiert wird: „*Gesundheit ist ein Zustand völligen psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen.*“ (Schwartz et.al., 2003, S. 26) Positiv an dieser Begriffsbestimmung ist, dass sie eine subjektive Perspektive beinhaltet und Gesundheit mehrdimensional (körperlich, mental, sozial) definiert wird (vgl. Blättner, Waller, 2011, S. 59). Allerdings wurde diese Definition der WHO öfters kritisiert und als zu utopisch bezeichnet. Denn im Vergleich zur realen Lebenssituation ist Gesundheit kein statischer Zustand, sondern ein sich verändernder Prozess (vgl. Schwartz et al., 2003; Blättner, Waller, 2011, S. 60). Die Begriffe Gesundheit und Krankheit werden im Folgenden aus verschiedenen Perspektiven beleuchtet.

Gesundheit und Krankheit aus Sicht der naturwissenschaftlich-biologisch orientierten Medizin

In der naturwissenschaftlich-biologisch orientierten Medizin bedeutet Gesundheit die Abwesenheit von Krankheitssymptomen und Erkrankungen. Krankheiten werden als objektive Normabweichung bzw. als Veränderungen von physiologischem Gleichgewicht, Regelgrößen sowie Organfunktionen wahrgenommen. Festgehalten werden die Krankheiten durch Kategorien bestimmter Klassifikationssysteme wie der International Classification of Disease (ICD) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) (vgl. Erhart et al., 2005, S. 336; Schwartz et al., 2003 S. 24). Gesundheit wird hier als „Fehlen von Normabweichung“ definiert.

Gesundheit und Krankheit aus gesellschaftlicher Perspektive

Aus gesellschaftlicher Sicht bedeutet Gesundheit, dass das Individuum in der Lage ist, die sozialen Rollen und Aufgaben, für die es „sozialisiert“ ist, zu erfüllen. Erkrankungen stellen Abweichung von „sozialen“ Normen dar. Hierbei spielen die Aspekte wie Arbeitsunfähigkeit oder die Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen eine wichtige Rolle (vgl. Erhart et al.,

2005, S. 336).

Gesundheit aus psychologischer Perspektive

Gesundheit bedeutet hier Wohlbefinden, individuelle Bedürfnisbefriedigung und Selbstverwirklichung. Das heißt, die individuelle Fähigkeit zu haben, das zu erlangen, was für den Einzelnen wichtig ist und gut tut, darüber hinaus die individuelle Kompetenz zu besitzen, die Schwierigkeiten des Lebens befriedigend bewältigen zu können (vgl. Kulbe, 2009, S. 21).

Gesundheit und Krankheit aus kultureller Perspektive

Menschen haben unterschiedliche Vorstellungen und Wahrnehmungen über Gesundheit und Krankheit. Dies wird durch das Verhalten, die Gesellschaft sowie kulturelle und religiöse Hintergründe geprägt (vgl. Faltermaier, 2005, S. 192; Borde, 2007, S. 58; Hornung, 2014, S. 370). In jedem Kulturkreis wird sowohl die Gesundheit und Krankheit als auch die Symptomwahrnehmung und Interpretation unterschiedlich beschrieben. Krankheiten können häufig in anderen kulturellen Kontexten als „äußere“ Einflüsse mit dem Hinblick auf mögliche Verhaltenskonsequenzen verstanden werden. Ebenso werden bei der Symptombeschreibung Organchiffren benutzt, die nur durch ihren kulturellen Hintergrund und ihre Bedeutung verstanden werden können (vgl. Borde, 2007, S. 58; Hornung, 2014, S. 370).

Gesundheit aus individueller subjektiver Perspektive

Seit den 1970er Jahren wurden Bevölkerungsgruppen durch eine Vielzahl von quantitativen und qualitativen Studien zu subjektiven Gesundheitsvorstellungen und Konzepten untersucht. Hierbei ging es darum, wie Menschen ihre eigene Gesundheit beschreiben und bestimmen (vgl. Faltermaier, 2005, S. 191; Blättner, Waller, 2011, S. 66). Für das Individuum steht das subjektive Erleben von Gesundheit und Krankheit im Mittelpunkt. Das subjektive Wohlbefinden sowie das Beurteilen über die Wahrnehmung des eigenen Körpers hängt von individuellen Krankheitstheorien, Gesundheitsvorstellungen, kulturellen Unterschieden sowie gesellschaftlichen Einflüssen ab (vgl. Faltermaier, 2005, S. 192). Es handelt sich hierbei um komplexe Annahmen, Vermutungen und Überzeugungen über die Relativität von Gesundheit sowie über die Ursachen und Folgen einer Krankheit (vgl. Erhart et al., 2005, S. 336; Schwartz et al., 2003, S. 25).

3.1 Die subjektive Gesundheit und ihre Messung

Subjektive Gesundheit, gesundheitsbezogene Lebensqualität und Wohlbefinden sind Konzepte, die aus unterschiedlichen Wissenschaftsdisziplinen entstanden sind. Allerdings gibt es bis heute keine einheitliche „nominale“ Definition für die subjektive Gesundheit. Eine der oft verwendeten Definitionen betrachtet die gesundheitsbezogene Lebensweltqualität als *„ein multidimensionales Konstrukt, welches körperliche, emotionale, mentale, soziale, spirituelle und verhaltensbezogene Komponenten des Wohlbefindens und der Funktionsfähigkeit (des Handlungsvermögens) aus der subjektiven Sicht der Betroffenen beinhaltet. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität bezieht sich somit auf den subjektiv wahrgenommenen Gesundheitszustand bzw. die erlebte Gesundheit“* (zit. in: Erhart et al., 2005, S. 337).

Außerdem beschreibt die WHO-Definition subjektive Gesundheit als *„subjektive Wahrnehmung einer Person über ihre Stellung im Leben in Relation zur Kultur und den Wertesystemen, in denen sie lebt und in Bezug ihrer Ziele, Erwartungen, Standards und Anliegen. Es handelt sich um ein Arbeitskonzept, das in komplexer Weise beeinflusst wird durch die körperliche Gesundheit, den psychologischen Zustand, den Grad der Unabhängigkeit, die sozialen Beziehungen und den hervorstechendsten Eigenschaften der Umwelt“* (WHOQOL Group 1995, zit. in: Erhart et al., 2005, S. 337).

In Anbetracht der medizinischen Kriterien wie Laborwerte oder klinische Beobachtungen bietet die Berücksichtigung der subjektiven Gesundheit den Vorteil, viele Aspekte wie die allgemeine Lebenssituation, soziale Beziehungen und Aktivitäten sowie die soziale Stellung aus Sicht der Betroffenen zu erfassen und zu messen (vgl. Erhart et al., 2005, S. 337).

3.1.1 Zugänge und Erfassungsmethoden der subjektiven Gesundheit

Ein wichtiger konzeptueller Aspekt für die Erfassung der subjektiven Gesundheit ist es, dass es sich um ein latentes Konstrukt handelt und nur indirekt über Indikatoren operationalisiert und gemessen werden kann. Dies kann mithilfe einer Selbst- oder einer Fremdeinschätzung zum Beispiel anhand eines Fragebogens erfolgen. Bei der Selbsteinschätzung wird die subjektive Gesundheit aus Sicht der Betroffenen und bei einer Fremdeinschätzung (Beurteilung) von außen erfasst (vgl. Ravens-Sieberer et al., 2005, S. 338). Bei den Erfassungsmethoden anhand der Selbsteinschätzungen können potentielle Verzerrungen durch Einflüsse wie das Bemühen, durch Antworten einen guten Eindruck zu hinterlassen, entstehen oder die Tagesstimmung kann eine schlechtere Reliabilität der Messung verursachen. Bei der Fremdbeurteilung ist es denkbar, dass zum Beispiel die Lebensqualität

systematisch unterschätzt wird (vgl. Ravens-Sieberer et al., 2005, S. 338). Allerdings weisen patientenorientierte Messungen zuverlässige Prädiktoren von Sterblichkeit und der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen auf (vgl. Ravens-Sieberer et al., 2005, S. 338).

Es gibt verschiedene Erfassungsmethoden zur Operationalisierung der subjektiven Gesundheit. Zu nennen wären zum Beispiel die idiografischen Methoden. In dem Fall erfolgt dies im Rahmen des qualitativen Interviews. Dagegen nutzen nomothetische Ansätze das standardisierte Interview oder Fragebögen. Bei der idiografischen Methode handelt es sich oftmals um eine mündliche, persönliche und nicht-standardisierte (offene) Befragung (Ravens-Sieberer et al., 2005, S. 341). Die interviewende Person strukturiert die Fragen bewusst nach der Sichtweise des/er Gesprächspartners/in. Durch die offenen Fragen sollen die Vorstellungen des Befragten dargestellt und erklärt werden, sodass sich hilfreiche Grundlagen für die Interpretation bilden können. (Ravens-Sieberer et al., 2005, S. 341). Bei dem nomothetischen Ansatz zur Messung der subjektiven Gesundheit geht es dagegen um standardisierte Fragebögen, die mithilfe von vorgegebenen Items bzw. Antwortmöglichkeiten zu beantworten sind. Die Standardisierung bietet eine höhere Objektivität und verbessert zugleich die Vergleichbarkeit der Messresultate (Ravens-Sieberer et al., 2005, S. 341).

In den vergangenen Jahrzehnten wurde eine Vielzahl von Fragebogenverfahren zur Messung von subjektiver Gesundheit entwickelt. Momentan sind die international am weitesten verbreiteten Instrumente das der World Health Organization Quality of Life Projekt (WHOQOL) und das der Short Form Health State Classification (SF-36) (Ravens-Sieberer et al., 2005, S. 343). In den 1990er Jahren wurde der WHOQOL von Lebensqualitätsforscher/innen der WHO entwickelt. Es erfasst durch 100 Items 24 Facetten der subjektiven Gesundheit, welche sechs Domänen (physische Lebensqualität, psychische Lebensqualität, soziale Beziehungen, Unabhängigkeit, soziale und physikalische Umwelt, Religion/Spiritualität) abdecken (Ravens-Sieberer et al., 2005, S. 343). Auf die Short Form 36 wird in dem Kapitel Methodik Nr näher eingegangen.

3.2 Mess-Modelle für die Operationalisierung der subjektiven Gesundheit

Operationales Modell

Im Allgemeinen stellt die subjektive Gesundheit ein komplexes, abstraktes und mehrdimensionales Konstrukt dar. Lebensqualität wird hier aus subjektiver Sicht des

Individuums anhand der körperlichen, psychischen und sozialen Dimensionen von Gesundheit bei der Erfassung des Konstrukts beschrieben und berücksichtigt. Dieses Modell dient als Grundlage für die meisten verfügbaren Messverfahren, und zwar mit fester Itemvorgabe und geschlossenen Antwortvorgaben, die nach einer bestimmten Vorschrift kodiert und berechnet werden (vgl. Ravens-Sieberer et al., 2005, S. 339; Buddeberg et al., 2013, S. 437).

Individualisiertes Modell

Es gibt Ansichten, welche eine individualisierte Definition vertreten und Lebensqualität als eine individuelle Angelegenheit betrachten. Demnach variiert die Lebensqualität in ihren bestimmten Dimensionen von Person zu Person, sodass sie intraindividuell beschreibbar ist und nicht zwischen verschiedenen Personen verglichen werden kann (Buddeberg et al., 2013, S. 439). Eine solche Definition und Operationalisierung der Lebensqualität müsste die Differenz zwischen Ist und Soll des individuellen Gesundheitszustandes erfassen (vgl. Schumacher et al. 2003, S. 13). Hierzu gehören die individuellen Ziele und ihre Realisierung sowie die spezifische Wahrnehmung von Lebenssituationen im Kontext von Wertesystemen und Kulturen des Individuums. Demzufolge wurden Messverfahren mit individueller Vorgabe und Gewichtung zur Erfassung der subjektiven Gesundheit konzipiert (vgl. Schumacher et al. 2003, S. 14; Ravens-Sieberer et al. 2005, S. 339).

Nutzentheoretisches Modell

Die sogenannten nutzentheoretischen oder Präferenzwertverfahren bilden den dritten Ansatz für Definition bzw. Messung. Diese wurden für die Zwecke der gesundheitsökonomischen Evaluation entwickelt und haben ihre Wurzeln in der Entscheidung (Kosten)-Nutzen-Theorie. Im Mittelpunkt dieses Ansatzes steht die Bewertung von verschiedenen Gesundheitszuständen bzw. das Abschätzen von Lebens-Quantität und Lebens-Qualität (vgl. Ravens-Sieberer et al., 2005, S. 340; Buddeberg et al., 2013, S. 439). Hierfür wurden verschiedene psychometrische Techniken entwickelt. Ein direktes Verfahren ist das „Standard Gamble“, bei dem der Befragte eine (fiktive) Entscheidung zwischen einem bestimmten chronischen Gesundheitszustand und einer Behandlung, die mit der Wahrscheinlichkeit von 1= zur vollständigen Heilung führt und bei der Gegenwahrscheinlichkeit 0 zum sofortigen Tod, treffen muss (Ravens-Sieberer et al., 2005, S. 340). Ein anderes Verfahren ist die „Time-Trade-Off Technik“. Diese stellt dem gesunden oder kranken Individuum zwei (fiktive) Möglichkeiten vor: Entweder bleibt der Betroffene für eine bestimmte Zeit in einem vorgesehenen chronischen Krankheitszustand und stirbt letztendlich oder der Betroffene wird

sofort gesund und stirbt nach einer kürzeren Zeit (Ravens-Sieberer et al., 2005, S. 340).

Die Berücksichtigung der subjektiven Gesundheit kann als ein multidimensionales Konstrukt, welches die physische, die psychologische und die soziale Dimension erfasst, zunehmende Bedeutung für den Betroffenen haben. Das Bewertungskriterium zur gesundheitlichen Situation kann dabei die Vorhersage von Morbidität und Mortalität und eine Basis für frühzeitige Präventionsmaßnahmen ermöglichen. Trotz existierender Herausforderungen bezüglich der Konzeptualisierung und Operationalisierung der subjektiven Gesundheit sind mittlerweile zuverlässige und gültige Verfahren zu ihrer Erfassung verfügbar, welche in Bezug auf das jeweilige Untersuchungsziel eine brauchbare Erfassung der subjektiven Gesundheit ermöglichen (vgl. Erhart et al., 2005, S. 347).

4. Methodik

Bezogen auf den Erkenntnisstand der in dieser Arbeit ausgewählten Literatur, haben Menschen mit Migrationshintergrund sowohl einen „schlechteren“ als auch einen „besseren“ Gesundheitszustand als die Allgemeinbevölkerung. Durch intensive Recherchen wurde festgestellt, dass bisher weder in der Literatur noch in der Forschung das Thema Migration und Gesundheit bezogen auf die afghanischstämmigen Bürgerinnen und Bürger in Deutschland besondere Beachtung fand. Mit dieser Analyse wird eine kleine Kohorte dieser Zielgruppe in den Mittelpunkt des Interesses gestellt.

Im Folgenden wird die durchgeführte Untersuchung näher erläutert. Eingangs wird die Hypothesen dargestellt, dann die Beschreibung des verwendeten Instrumentes sowie das methodische Vorgehen. Im Anschluss erfolgt die Präsentation der Ergebnisse.

4.1 Hypothesen

Ziel der vorliegenden Analyse ist die Darstellung des subjektiven Gesundheitszustands von afghanischstämmigen Bürgerinnen und Bürgern in Hamburg. Daraus ergibt sich die folgende Forschungsfrage:

„Wie stellt sich der subjektive Gesundheitszustand von afghanischstämmigen Bürgerinnen und Bürgern in Hamburg im Gegensatz zur deutschen Bevölkerung dar?“

Dazu wurden die folgenden Hypothesen aufgestellt:

H₀: Es besteht kein Unterschied zwischen afghanischstämmigen Bürgerinnen und Bürger in Hamburg und der deutschen Bevölkerung in der subjektiven Wahrnehmung ihrer Gesundheit.

H₁: Die subjektive Gesundheit der afghanischstämmigen Bürgerinnen und Bürger in Hamburg unterscheidet sich von der deutschen Bevölkerung.

H₀ :Es besteht kein Unterschied zwischen afghanischstämmigen Bürgerinnen und Bürger in Hamburg und der deutschen Bevölkerung in der körperlichen Gesundheit.

H₁ Es besteht ein Unterschied zwischen afghanischstämmigen Bürgerinnen und Bürger in Hamburg und der deutschen Bevölkerung in der körperlichen Gesundheit.

H₀ :Es besteht kein Unterschied zwischen afghanischstämmigen Bürgerinnen und Bürger in Hamburg und der deutschen Bevölkerung in der psychischen Gesundheit.

H₁ :Es besteht ein Unterschied zwischen afghanischstämmigen Bürgerinnen und Bürger in Hamburg und der deutschen Bevölkerung in der psychischen Gesundheit.

Um die subjektive Gesundheit und die Hypothesen zu operationalisieren, wurde das Messinstrument Short Form 36 (SF-36) angewendet, das im Folgenden ausführlich beschrieben wird.

4.2 Short Form-36 Health Survey

Entwicklung des SF-36

Die Erfassung des eigenen Gesundheitszustandes wird als Evaluationsparameter in der internationale Gesundheitsforschung verwendet (GEDA, 2009). Die gesundheitsbezogene Lebensqualität oder subjektive Gesundheit ist ein multidimensionales psychologisches Konstrukt, das durch vier Komponenten zu operationalisieren ist: die körperliche Verfassung,

das psychische Befinden, die sozialen Beziehungen sowie die funktionale Kompetenz (Bullinger et al., 2011, S. 9).

Im Mittelpunkt steht der Aspekt, dass die Befragten selbst Auskunft über ihre Wahrnehmung, ihr Befinden und ihre Funktionsfähigkeit geben. Grund für diese Wendung zu der subjektiven Beschreibung des Gesundheitszustandes sind zum einen ein Paradigmenwechsel der WHO Gesundheitsdefinition, die auch die psychischen und sozialen Komponenten einbezieht. Zum anderen die Veränderung der Bevölkerungsstruktur: Der Prozentsatz älterer Menschen ist gestiegen und somit erhöht sich auch die Häufigkeit von chronischen Erkrankungen, die auf deren Lebensläufe zurückzuführen sind. Ein dritter Aspekt ist die Bewertung von medizinischen Behandlungen, Therapien sowie Versorgungssystemen (ebd.). Auch im Rahmen der Epidemiologie hat sich die Nutzung von Lebensqualität zur Beschreibung des eigenen aktuellen Lebensqualitätsstatus etabliert, um den Behandlungsbedarf planen zu können (ebd.). Es gibt für den internationalen Gebrauch und diverse Kulturkreise verschiedene Messinstrumente zur Erfassung des subjektiven Gesundheitszustandes. Eines der international führenden Messinstrument ist der Short Form 36 Health Survey. Dieser hat sich nach einer über 20-jährigen Entwicklungsarbeit als ein Standardinstrument zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität oder subjektiven Gesundheit etabliert (Bullinger et al., 2011, S. 10).

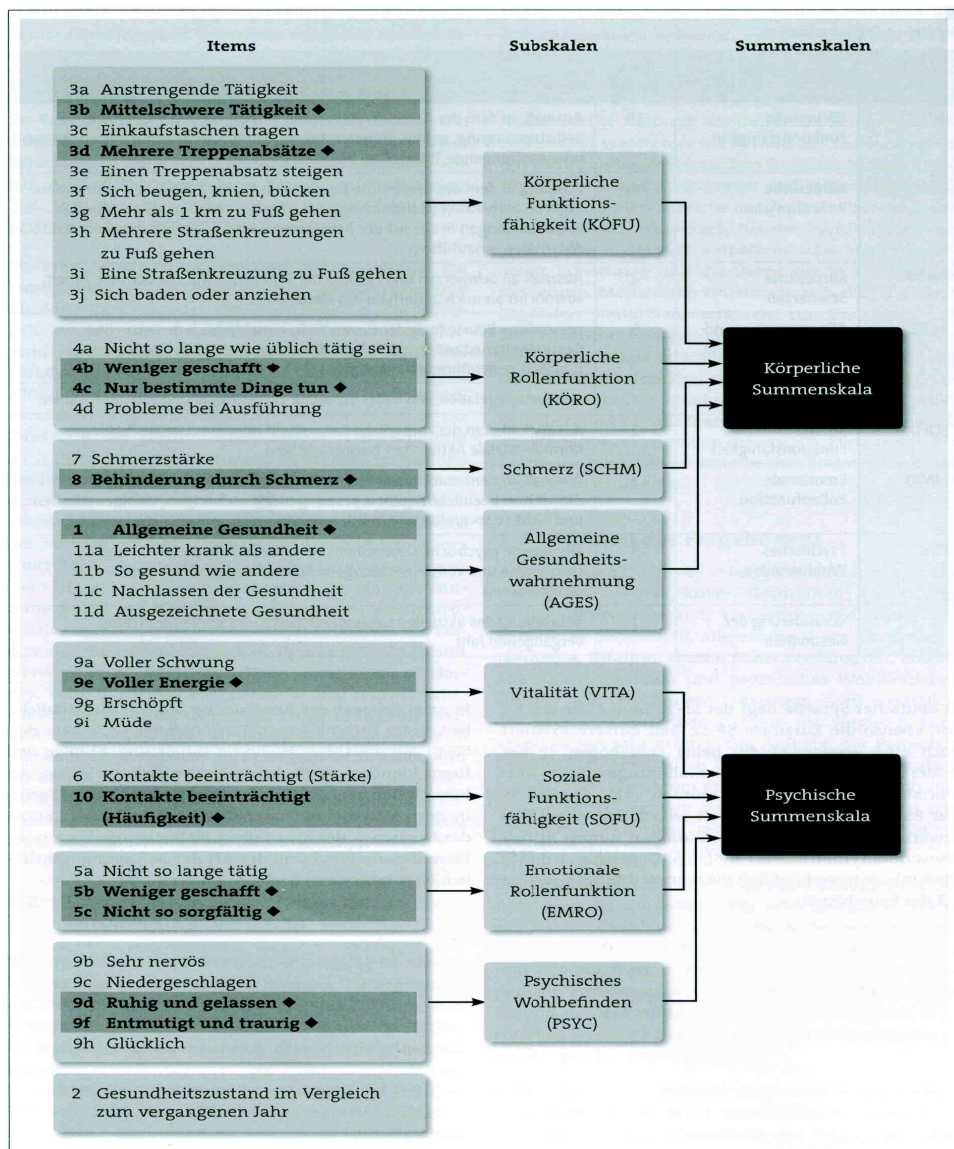
Der Auslöser für die Entwicklung der SF-36 Health Survey war die sogenannte Medical Outcome Study in den USA im Jahr 1960. Ziel dieser Studie war es, die Leistung von Versicherungssystemen in Amerika zu prüfen. Es wurden mehrere Verfahren entwickelt, um die Aspekte der Gesundheit aus Sicht der Patienten zu operationalisieren. Das ursprüngliche Konstrukt war eine sehr umfangreiche Fragesammlung mit 149 Items und wurde vom National Opinion Research Center auf 113 Items, 20 Skalen und vier Summenskalen reduziert (ebd.). Die Items wurden in jüngeren Zeiten erneut gekürzt und der Fragebogen ins Deutsche übersetzt.

Aufbau des Fragebogens

Der aktuelle SF-36 Health Survey erfasst mit 35 Items und acht Dimensionen der subjektiven Gesundheit die Bereiche: körperliche Funktionsfähigkeit, körperliche Rollenfunktion, körperliche Schmerzen, allgemeine Gesundheitswahrnehmung, Vitalität, soziale Funktionsfähigkeit, emotionale Rollenfunktion und psychisches Wohlbefinden. Zusätzlich wird mit einem Einzelitem der aktuelle Gesundheitszustand im Vergleich zum vergangenen

Jahr erfragt. Die acht genannten Subskalen lassen sich in zwei Grunddimensionen der subjektiven Gesundheit unterteilen: der körperlichen und psychischen Gesundheit (Bullinger et al., 2011, S. 10). Die Antwortkategorien bestehen aus sowohl dichotomen „ja-nein“-Antworten als auch aus sechsstufigen Likert-Antwortskalen. In der Standardversion des SF-36 liegt bei der Befragung ein Zeitfenster von vier Wochen vor wie zum Beispiel bei der Frage „Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten?“ deutlich wird. Die Befragung kann anhand von Selbst- oder Fremdbeurteilung durchgeführt werden (Bullinger et al., 2011, S. 10).

Abbildung 1: SF-36



Quelle: Bullinger et al., 2011, S.12

Anwendungsbereiche

Der SF-36 ist ein krankheitsübergreifendes Messinstrument, das die subjektive Gesundheit aus Sicht der Betroffenen erfasst. Es können verschiedene Populationen unabhängig von ihrem Gesundheitszustand, d. h. sowohl gesunde Personen als auch erkrankte Personen, ab dem 14. Lebensjahr bis zum höchsten Lebensalter erfragt werden (Bullinger et al., 2011, S. 17).

Der SF-36 kann in Querschnittstudien eingesetzt werden, um den Gesundheitszustand von gesunden oder erkrankten Personen mit unterschiedlichen Erkrankungen zu beschreiben oder die Auswirkungen von Behandlungsmaßnahmen sowie Therapien zu evaluieren (ebd.). Die individuellen Behandlungsmaßnahmen sind bisher weniger verbreitet als der gruppenbezogene statistische Vergleich. In den USA wird häufig der amerikanische SF-36 zur Evaluation und Diagnostik von Institutionen der medizinischen Versorgung verwendet. In Deutschland nimmt auch immer mehr die Verwendung der SF-36 im Bereich der Rehabilitationsforschung sowie in epidemiologischen Studien zu (ebd).

Im Jahr 1994 wurde in Deutschland (alte und neue Bundesländer) im Rahmen von Befragungen die Normierung für gesunde und erkrankte Personen durchgeführt. An der Stichprobe nahmen insgesamt 2914 Personen ab dem 14. Lebensjahr teil. (ebd). Der SF-36 wurde dann erneuert in einer repräsentativen Untersuchung (Bundesgesundheitsurvey) zum Gesundheitszustand der deutschen Bevölkerung, die 1997/98 vom Robert-Koch-Institut initiiert wurde, verwendet (ebd). Darüber hinaus entstanden zwischen 1998 bis 2005 86 deutschsprachige Publikationen, die den SF-36 zum Gegenstand hatten (Bullinger et al., 2011, S. 18).

Auswertungsüberblick

Die Auswertung der Subskalen des SF-36 errechnet sich über die Zuteilung von Zahlenwerten zu den Antwortkategorien und durch die Addition der jeweils angekreuzten Zahlenwerte aller Items zu einem Rohskalenwert. Die Rohskalenwerte können in eine Prozentwert-Skala in einem Bereich von 0–100 transformiert werden. Durch die erreichte Rohpunktanzahl und prozentuale Transformation der Rohwerte können die Ergebnisse und der Vergleich von Studien besser veranschaulicht und erleichtert werden (Bullinger et al., 2011, S. 22).

Für die Erfassung der zwei Hauptdimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, der körperlichen Summenskala und der psychischen Summenskala, werden die Subskalenwerte nach bestimmten Vorschriften gewichtet, addiert und zu normbasierten T-Werten transformiert (Bullinger et al., 2011, S. 22).

Die Werte bzw. Scores der Subskalen und Summenskalen ermitteln die subjektive Gesundheit aus Sicht der Befragten. Bei der Interpretation der SF-36 Subskalen wird die Relation zwischen idealtypischer Skalenbereite und dem ermittelten Wert pro Person bzw. Stichprobe in Betracht gezogen. Werte zwischen maximal 100 und minimal 0 Punkten stellen den prozentuellen Anteil der subjektiven Gesundheit in einer Skala dar (ebd) Bei den Scores der beiden Hauptdimensionen „Körperliche Gesundheit“ und „Psychische Gesundheit“ werden die Mittelwerte, Standardabweichungen und T-Werte berechnet. Liegen die Werte über 60 Prozent, so wird es als „überdurchschnittlich“, liegen sie unter 40 Prozent als „unterdurchschnittlich“ interpretiert. Zusätzlich kann ein Vergleich der Subskalenwerte und Summenskalenwerte von Personen zu alters- und geschlechtsentsprechenden Referenzgruppen in Betracht gezogen werden (Bullinger et al., 2011, S. 22–23).

Zur Auswertung der SF-36 stehen verschiedene „technische“ Möglichkeiten zur Verfügung. Allerdings wird empfohlen, die Daten mit den Statistikprogrammen SPSS oder SAS auszuwerten, da diese automatisierte Variante „einfacher“ und weniger fehleranfällig ist als die „klassische Form“ per Hand. Für die Statistikprogramme stehen standardisierte Auswertungsprogramme auf der beiliegenden CD-ROM in dem SF-36 Manual zur Verfügung (Bullinger et al., 2011, S. 22–23).

4.3 Datenerhebung

Durchgeführt wurde die Befragung am Samstag, dem 13.12.2014, bei einer afghanischen Veranstaltung in Hamburg. Es wurden insgesamt 30 Personen mit dem Hinweis, dass die Teilnahme freiwillig ist und dass die Daten anonym behandelt werden, gebeten, den Fragebogen entweder auf Deutsch oder Dari auszufüllen. Die Befragung fand durch den Selbstbeurteilungsbogen schriftlich statt. Die Fragebögen wurden in einer 45-minütigen Pause ausgeteilt und zum Ende der Pause wieder eingesammelt. Der erste Teil des Fragebogens besteht aus Fragen des SF-36 zur Erfassung der subjektiven Gesundheit und der zweite Teil aus Fragen zu demografischen Daten wie zum Beispiel Alter, Geschlecht, Erwerbstätigkeit, Aufenthaltstitel, Staatsangehörigkeit. Der Fragebogen wurde auf Dari übersetzt, von drei

Personen überprüft und mehrmals überarbeitet. Der erste Teil beinhaltet folgende Items des SF-36:

Körperliche Funktionsfähigkeit: 10 Items

Körperliche Rollenfunktion: 4 Items

Körperlicher Schmerz: 2 Items

Allgemeine Gesundheitswahrnehmung: 5 Items

Vitalität: 4 Items

Soziale Funktionsfähigkeit: 5 Items

Emotionale Rollenfunktion: 3 Items

Psychisches Wohlbefinden: 5 Items

4.4 Datenanalyse

Als erster Schritt wurde der Pretest mit drei Personen durchgeführt und entsprechende Änderungen vorgenommen. Die Auswertung der Daten erfolgte mit der Statistiksoftware IBM SPSS Statistics Version 22. Darüber hinaus wurden Umcodierungen einzelner Items des Erhebungsinstruments vorgenommen. Zuerst wurde für die deskriptive Analyse sowohl für die demografischen Daten (regulär) als auch die SF-36 Scores anhand von existierenden standardisierte Auswertungsprogramm Häufigkeitstabellen mit Mittelwerten und Standardabweichungen berechnet und erstellt. Darauf folgend wurden t-Tests für die verschiedenen Subskalen und für die beiden Summenskalen der körperlichen und psychischen Gesundheit berechnet.

Des Weiteren wurde zum inferenzstatistischen Vergleich der SF36-Daten der afghanisch-stämmigen Bürgerinnen und Bürger in Hamburg mit der deutschen Normstichprobe wie folgendes berechnet: Für die intervall-skalierten Variablen (Alter, SF36-Scores) wurden t-Tests für unabhängige Stichprobe berechnet und für den Vergleich der nominal skalierten Variablen (Geschlecht) den Fisher's exakter Test herangezogen.

Zur Prüfung auf einen Zusammenhang zwischen der körperlichen Summenskala (KSK) bzw. der psychischen Summenskala (PSK) mit dem Alter, dem Geschlecht, der Erwerbstätigkeit sowie dem Aufenthaltsstatus innerhalb der Gruppe der afghanisch-stämmigen Bürgerinnen und Bürger Hamburgs wurden Korrelationskoeffizienten nach Bravais-Pearson (Alter) sowie Spearman's Rho (Geschlecht, Erwerbstätigkeit, Aufenthaltsstatus) berechnet und auf Unterschied zu Null (=kein Zusammenhang) getestet.

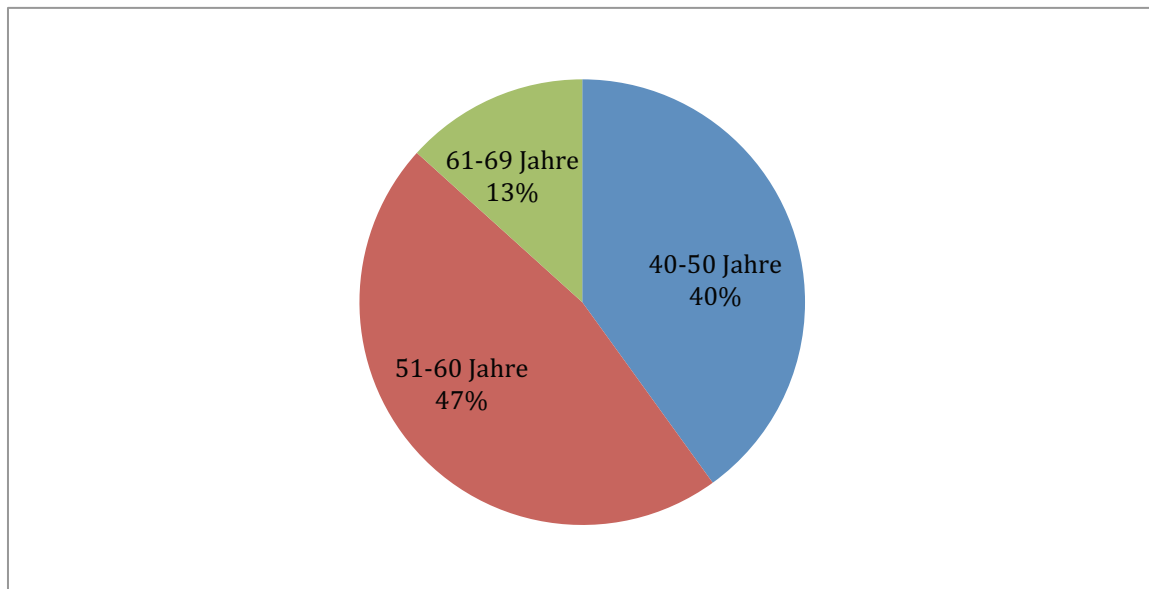
Das Signifikanzniveau wurde wie üblich mit $p=0,05$ festgelegt.

5. Ergebnisse

Der Ergebnisteil für die deskriptive Analyse beschreibt zunächst die Stichprobe in den Merkmalen Alter, Geschlechterverteilung, Geburtsland, Staatsangehörigkeit, Aufenthaltstitel sowie Erwerbstätigkeit. Anschließend wird ein Vergleich des subjektiven Gesundheitszustands der afghanisch-stämmigen Bürgerinnen und Bürger von Hamburg mit der deutschen Normstichprobe dargestellt und beschrieben und die Zusammenhänge zwischen der körperlichen und psychischen Summenskala und dem Alter, Geschlecht, Aufenthaltstitel sowie der Erwerbstätigkeit aufgezeigt.

Insgesamt nahmen 30 Personen an der Befragung teil. Es handelt sich bei allen Angaben um ein N=30 (Stichprobe). Von den 30 Personen sind 15 weiblichen und 15 männlichen Geschlechts. Die Spanne der Altersverteilung reicht von 40 bis 69 Jahren. Für die detaillierte Veranschaulichung wurden drei Gruppen gebildet. Die Gruppe der 51- bis 60-Jährigen bilden 47 %, darauf folgend die 40- bis 50-Jährigen mit 40 % und die 61- bis 69-Jährigen mit 13%. (siehe Abbildung 2)

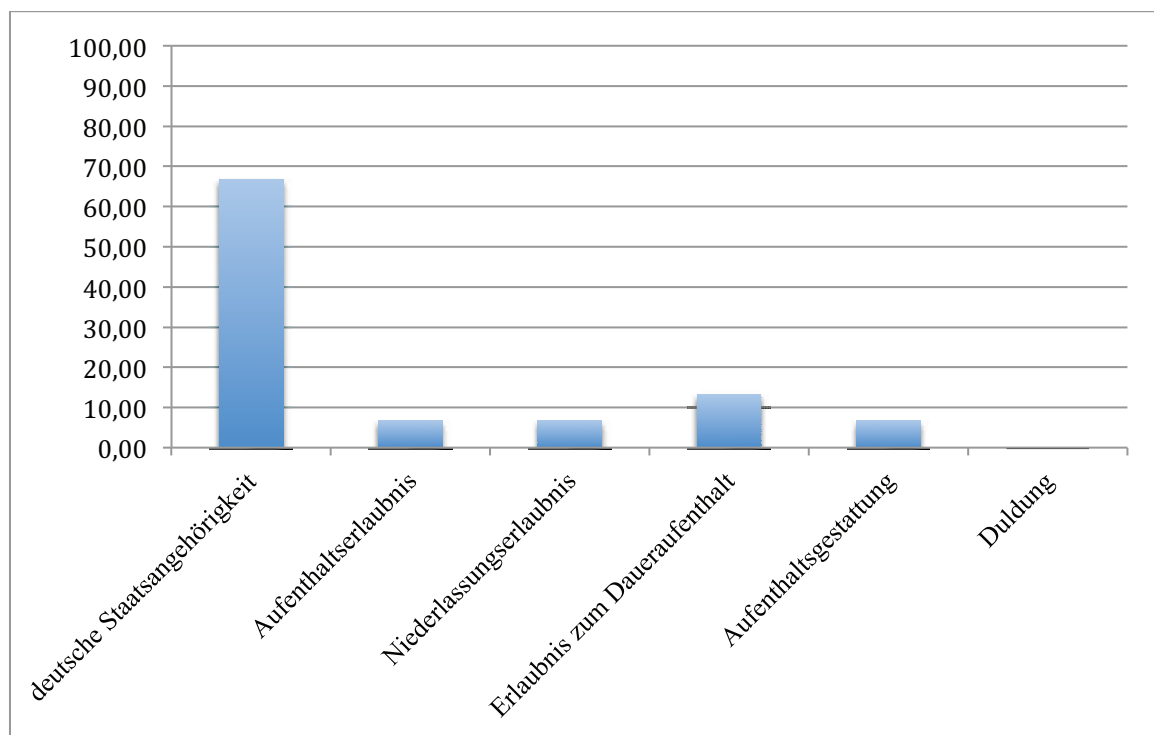
Abbildung 2: Altersverteilung, N = 30



Auf die Frage nach dem Aufenthaltstitel gaben 20 Personen (66,7 %) der Befragten die deutsche Staatsangehörigkeit, 4 Personen (13,3 %) die Erlaubnis zum Daueraufenthalt, 2 Personen (6,7 %) die Aufenthaltserlaubnis, ebenfalls zwei Personen (6,7 %) die

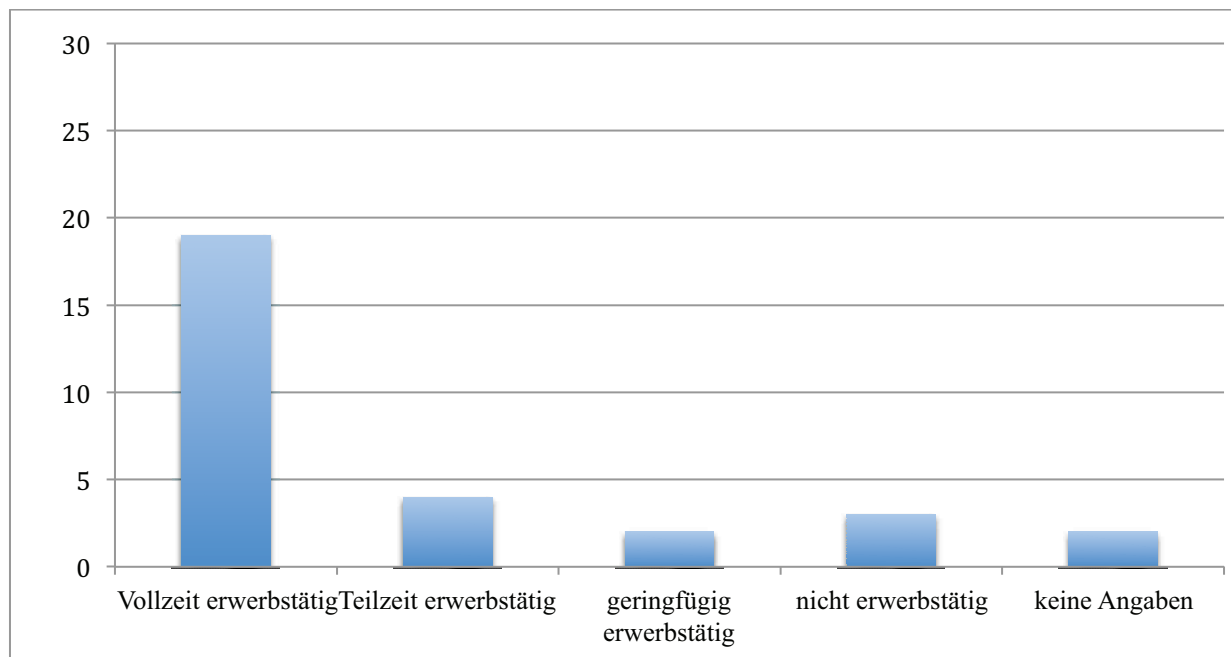
Niederlassungserlaubnis, 2 Personen (6,7 %) die Aufenthaltsgestattung und keiner die Duldung an (siehe Abbildung 3).

Abbildung 3 Aufenthaltstitel Verteilung, N 30 = 100%



Bei der Frage nach der Erwerbstätigkeit gaben 19 Personen eine Vollzeitbeschäftigung, vier Personen eine Teilzeitbeschäftigung und zwei Personen eine geringfügige Beschäftigung an. Drei Personen waren nicht erwerbstätig und zwei Personen machten keine Angaben (siehe Abbildung 4).

Abbildung 4 Erwerbstätigkeit Verteilung, N = 30



Deutliche Unterschiede zwischen den afghanisch-stämmigen Bürgerinnen und Bürgern von Hamburg und der deutschen Normstichprobe zeigen sich in der körperlichen wie in der psychischen Summenskala. Bei der körperlichen Summenskala mit 41,98 beträgt die Mittelwertdifferenz (7,22), bei der psychischen Summenskala mit 45,45 (5,53) Punkte. Bei dem Subscore „allgemeiner Gesundheitszustand“ mit 50,08 besteht eine Differenz von (15,97) Punkten. Der t-Test für unabhängige Stichproben zeigt hier ein signifikantes Ergebnis ($p < 0,05$).

Ebenso sind die Subscores der körperlichen wie der psychischen Summenskala bei den afghanisch-stämmigen Bürgerinnen und Bürger Hamburgs im Vergleich zu der deutschen Normstichprobe deutlich differierend (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1
Vergleich afghanisch-stämmigen Bürgerinnen und Bürger von Hamburg mit der deutschen SF-36 Normstichprobe

Skala	Afghanisch-stämmige Einwohner/innen in Hamburg (N*= 30)	Deutsche Normstichprobe (N*= 2914)	T-Test (p - Wert)
Körperliche Summenskala (KSK)	41,98	49,20	,000 (p = < 0,05)
Psychische Summenskala (PSK)	45,45	50,97	,001 (p = < 0,05)
Allgemeiner Gesundheitszustand (AGES)	50,08	66,05	,000 (p = < 0,05)

*Anmerkung: N = Stichprobengrößen

Quelle: Eigene Darstellung, 2015

p = < 0,05 = statistisch Signifikant

p = > 0,05 = statistisch nicht Signifikant

(Razum et,al; 2011)

Die afghanisch-stämmigen Bürgerinnen und Bürger Hamburgs sind im Durchschnitt mit $53,3 \pm 7,06$ Jahren älter als in der deutschen Normstichprobe mit 47,64. Mit $p < 0,05$ von Null lassen sich verschiedene Korrelationen zwischen der körperlichen Summenskala und dem Aufenthaltstitel sowie der Erwerbstätigkeit erkennen und ein signifikantes Ergebnis sichern. Keine signifikant von Null verschiedenen Korrelationen zeigen sich für Geschlecht und Alter. Die psychische Summenskala steht weder mit dem Geschlecht, dem Alter, dem Aufenthaltstitel noch mit der Erwerbstätigkeit in Verbindung (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2

Korrelationen zwischen Geschlecht, Alter, Aufenthaltstitel, Erwerbstätigkeit mit der körperlichen (KSK) bzw. der psychischen Summenskala (PSK) bei afghanisch-stämmigen Bürgerinnen und Bürger von Hamburg

Variablen	Korrelations- koeffizient	Körperliche Summenskala p – Wert	Korrelations- koeffizient	Psychische Summenskala p - Wert
Geschlecht*	0,119	0,530	-0,25	0,182
Alter**	-0,265	0,156	-0,111	0,558
Aufenthaltstitel*	-0,356	0,015	-0,162	0,265
Erwerbstätigkeit*	-0,353	0,015	0,13	0,371

*Spearman's rho

** Korrelationskoeffizient nach Pearson

Quelle: Eigene Darstellung, 2015

Die H_0 - Hypothesen konnten anhand dieser durchgeführten Forschungsanalyse abgelehnt werden. Die afghanisch-stämmigen Bürgerinnen und Bürger in Hamburg haben sowohl einen schlechteren allgemeinen subjektiven Gesundheitszustand als auch körperlichen/ psychischen Gesundheitszustand im Vergleich zur deutschen Bevölkerung.

6. Diskussion

Im folgenden Kapitel wird zu Beginn auf den theoretischen Teil der Arbeit eingegangen und anschließend die Ergebnisse der Analyse präsentiert und diskutiert.

In den letzten Jahren gewinnt das Thema Migration und Gesundheit immer mehr an Bedeutung in der epidemiologischen Forschung. Allerdings liegen bisher nur wenige Ergebnisse vor, die erklären, welche gesundheitlichen Auswirkungen ein Leben mit Migrationsstatus verursachen kann (vgl. Razum et al., 2008; S. 7, Razum, 2009, S.267). Es wird immer wieder festgestellt, dass Migrantinnen und Migranten häufiger zu den sozial benachteiligten Gruppen mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status gehören als Personen ohne Migrationshintergrund (Schenk, 2007, S. 87). Dies kann wiederum Einfluss auf die Gesundheit haben und somit das Risiko für Erkrankungen und Mortalität erhöhen (vgl. Lampert, 2014). Dennoch weisen nach dem Healthy-Migrant-Effekt erwachsene Migrantinnen und Migranten in einigen Ländern gegenüber der Mehrheitsbevölkerung „günstigere“ Gesundheitsrisiken auf. Als Begründung hierfür wird vermutet, dass es sich bei der Migration auch durch eine Selbstauswahl um gesunde Personen handelt. Denn nur wer zum Zeitpunkt der Migration gesund ist, kann die Risikobereitschaft, die Umstände und Hürden einer Migration auf sich nehmen.

Jedoch kann das Phänomen des sogenannten Healthy-Migrant-Effekts nicht als Erklärung für alle Migrantengruppen in Deutschland pauschalisiert werden. Denn sowohl die afghanischstämmigen Bürgerinnen und Bürger als auch einige andere Migrantengruppen haben überwiegend aus humanitären Gründen in ein anderes Land immigriert. Dies bedeutet, dass sie nicht freiwillig, sondern getrieben von Lebensgefahr und Furcht ihr Heimatland verlassen mussten. Die Traumatisierung vor Ort, die Erlebnisse während der Flucht, die Trennung von Angehörigen können bei Flüchtlingen zu körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen führen. Daher kann der Healthy-Migrant-Effekt vor allem eine Erklärung für andere Migrationsformen wie zum Beispiel für die türkischstämmigen Bürgerinnen und Bürger (Arbeitsmigration) sein, die freiwillig in ein anderes Land immigrieren. Hierbei könnte es sich auch um „gesunde“ Migrantinnen und Migranten handeln. Festzustellen ist, dass dies für die Zielgruppe dieser Forschung nicht gilt, denn hierbei handelt es sich überwiegend um nicht „gesunde“ Personen, sondern eher um traumatisierte und von Schicksalsschlägen betroffene Migrantinnen und Migranten.

Trotz der genannten Erlebnisse und Belastungen sind Menschen mit Migrationshintergrund in der Lage nach einer bestimmten Zeit die alltäglichen Aufgaben und Pflichten mit einem Maß

an Gesundheit zu bewältigen und zurechtzukommen. Dies lässt sich mithilfe Antonovskys Modell der Salutogenese nachvollziehbar erklären. Er spricht über die „generalisierten Widerstandsressourcen“, die in Belastungssituationen wirksam werden können.

Die „generalisierten Widerstandsressourcen“ sind individuell unterschiedlich geprägt und entstehen durch persönliche Biographien/Lebenserfahrungen. Sie wirken als Potential, das bei Spannungsbewältigung aktiviert werden kann und somit die Gesundheit fördert. Dies bedeutet, dass bei Menschen mit Migrationshintergrund beziehungsweise Flüchtlingen und Asylsuchenden und Asylsuchenden zum Beispiel der familiäre Zusammenhalt, Lebenssicherheit, soziale Netzwerke sowie die Einsicht, sich mit dem zufrieden zu geben, was zur Verfügung steht, als Ressourcen angesehen werden können und sie somit eine „Coping“-Strategie entwickeln, um die Hürden und Belastungen zu bewältigen, was wiederum positiv auf die Gesundheit wirken kann.

Anhand der durchgeführten quantitativen Analyse konnte die Forschungsfrage mithilfe des Erhebungsinstrumentes SF-36 beantwortet werden. Die afghanischstämmigen Bürgerinnen und Bürger in Hamburg haben im Vergleich zu der deutschen Normstichprobe sowohl einen schlechteren subjektiven allgemeinen als auch körperlichen und psychischen Gesundheitszustand. Zusätzlich konnte durch die Spearman Rho-Analyse zwischen der körperlichen Summenskala und dem Aufenthaltstitel sowie der Erwerbstätigkeit ein signifikantes Ergebnis $p < 0,05$ gesichert werden. Das Alter, berechnet nach Bravais-Pearson, konnte dagegen keine Signifikanz aufzeigen. Die Korrelation von psychischer Summenskala zeigt weder mit dem Geschlecht, dem Alter, dem Aufenthaltstitel noch der Erwerbstätigkeit ein signifikantes Ergebnis.

Daraus lässt sich schlussfolgern, dass die afghanischstämmigen Bürgerinnen und Bürger von Hamburg sowohl ihren allgemeinen als auch körperlichen und psychischen Gesundheitszustand subjektiv schlechter beschreiben als die deutsche Normstichprobe. Die Gründe hierfür können wie auch bei anderen Migrantengruppen die alltäglichen Belastungen sowie ein niedriger sozioökonomischer Status, die Ausübung einer die Gesundheit gefährdenden beruflichen Tätigkeit, der unsichere Aufenthaltsstatus, ein niedrigeres Einkommen sowie Arbeitslosigkeit oder eine ungünstige Wohnsituation sein. Da afghanischstämmige Bürgerinnen und Bürger von Hamburg schon in Afghanistan viele Kriege erlebt haben und überwiegend eine Flucht erleben mussten, könnten diese traumatischen Erlebnisse auch verantwortlich für die schlechteren psychischen Gesundheitszustände sein.

Methodikkritik

Hinsichtlich der Methodik ist kritisch anzumerken, dass in dieser Untersuchung die Stichprobengröße nur auf 30 Personen beschränkt ist und somit kein repräsentatives Abbild der Grundgesamtheit darstellen kann. Das Messinstrument (Short-Form 36) dieser Analyse gilt zwar als ein international valides Konstrukt mit hoher Reliabilität, aber trotzdem könnte die Verwendung dieses Fragebogens fraglich sein, denn die Gesundheits- und Krankheitswahrnehmung sowie die Symptominterpretation werden in jeder Kultur unterschiedlich beschrieben und interpretiert. Außerdem könnte im Falle dieser Arbeit auch die Übersetzung des Fragebogens einen Einfluss auf die Validität der Ergebnisse haben. Denn ist es sehr schwierig, die genaue Wortwahl mit derselbe Bedeutung wie in der Ausgangssprache für die Übersetzung zu treffen. Kritisch zu betrachten ist zudem der Vergleich mit der deutschen Normstichprobe, denn diese Stichprobe wurde im Jahr 1994 erhoben und ist daher unter Umständen nicht mehr aktuell. Um genauere Vergleiche zum jetzigen Zeitpunkt vorzunehmen, müsste sowohl eine bestimmte Anzahl der deutschen Bevölkerung als auch afghanischstämmige Bürgerinnen und Bürger in Hamburg in die Untersuchung eingeschlossen werden

Insgesamt weisen die gewonnenen Erkenntnisse dieser Analyse nach, dass die afghanischstämmige Bürgerinnen und Bürger in Hamburg einen schlechteren subjektiven Gesundheitszustand im Vergleich zu der deutschen Normstichprobe haben. Dies könnte, wie schon im theoretischen Teil dieser Arbeit beschrieben, durch die Hürden und Benachteiligungen der Migration im Zielland/Aufnahmeland oder durch die posttraumatischen Erlebnissen entstanden sein.

7. Fazit

Zusammenfassend lässt sich trotz der kleine Stichprobengröße feststellen, dass mit dieser Arbeit gezeigt werden konnte, wie der aktuelle subjektiv wahrgenommene Gesundheitszustand von afghanischstämmigen Bürgerinnen und Bürgern in Hamburg ist. Durch die verschiedenen Korrelationen lässt sich auch zeigen, dass der Aufenthaltstitel sowie die Erwerbstätigkeit die körperliche Gesundheit beeinflussen können. Der Healthy-Migrant-Effekt kann nicht auf die Zielgruppe dieser Analyse bezogen werden, da es bei

afghanischstämmigen Bürgerinnen und Bürgern um Flüchtlingsmigrantinnen und -migranten und nicht zum Beispiel um Arbeitsmigrantinnen und -migranten handelt, die am Anfang der Migration als „gesund“ gelten und freiwillig in ein Zielland immigrieren. Das Modell der Salutogenese von Antonovsky und die „generalisierten Widerstandsressourcen“, die in Belastungssituationen wirksam sein können, würden eher als Erklärung für die afghanischstämmigen Bürgerinnen und Bürger infrage kommen, um zu verstehen, wie sie trotz so vieler negativer Erlebnisse das Leben in einem fremden Land und einer neuen Kultur meistern können.

Ein grundlegendes Problem besteht darin, dass detailliertere Informationen sowohl in den Routinedatensätzen als auch in der Forschung zu möglichen Ursachen gesundheitlicher Benachteiligung von Menschen mit Migrationshintergrund sehr selten zu finden sind. Für afghanischstämmige Bürgerinnen und Bürger in Deutschland gibt es bis zum heutigen Zeitpunkt sowohl zum Gesundheitszustand als auch zur psychosozialen Lage keine Forschungsarbeiten, obwohl die Anzahl der afghanischen Flüchtlinge und Asylsuchenden in Deutschland stetig steigt. Daher besteht der Bedarf für die weitere Erforschung dieser Zielgruppe, um die Situation der Afghanen und Afghaninnen in der Praxis besser nachvollziehen und Präventionsprogramme für Flüchtlinge entwickeln zu können.

Literaturverzeichnis

- Antonovsky, A. Franka, A. (1997). Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: DGVT
- Blättner, B. Waller, H. (2011). Gesundheitswissenschaft - Eine Einführung in Grundlagen, Theorie und Anwendung. Stuttgart: Kohlhammer
- Borde, T. David, M. (2007). Migration und Psychische Gesundheit – Belastungen und Potentiale. Frankfurt am Main: Mobuse-Verlag
- Buddeberg, J. et al. (2013). Psychosoziale Medizin- Springer-Verlag, 2013, Heidelberg
- Bullinger, M. Kiirchberger, I. Morfeld, M. (2011). SF-36- Fragebogen zum Gesundheitszustand. Deutsche Version des Schort Form Survey. Göttingen: Hogrefe Verlag
- Bundesministerium für Innen (2001). Bericht der Unabhängigen Kommission- Zuwanderung gestalten Integration fördern
http://www.bmi.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Themen/MigrationIntegration/AsylZuwanderung/Zuwanderungsbericht_pdf.pdf?__blob=publicationFile. Stand: 12.03.2015
- Bundesministerium des Innern. (2011) Migration und Integration. Aufenthaltsrecht, Migrations- und Integrationspolitik in Deutschland - Zur Geschichte der Migration nach Deutschland. Frankfurt am Main: Zarbock GmbH Stand: 6.4.2015
- Bundesministerium des Innern (2013) Migrationsbericht des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge im Auftrag der Bundesregierung: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Forschung/Studien/migrationsbericht-2013-zentrale-ergebnisse.pdf?__blob=publicationFile Stand: 7.4.2015
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2014). Asylgeschäftsstatistik : Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Statistik/Asyl/201403-statistik-anlage-asyl-geschaeftsbericht.pdf?__blob=publicationFile Stand: 24.4.2015
- Eichler, J. (2008). Migration transnationale Lebenswelten und Gesundheit - Eine qualitative Studie über das Gesundheitshandeln von Migrantinnen. Wiesbaden: Springer Verlag
- Erhart, M. Ravens-Sieberer, U. in Klaus Hurrelmann (Hrg). (2009). Gesundheitliche Ungleichheit Grundlagen, Probleme, Perspektiven- Healthy- Migrant-Effekt. Wiesbaden: VS Verlag
- Färber, C. Arslan, N. Köhnen, M. Parlar, R. (2008). Migration, Geschlecht und Arbeit – Probleme und Potenziale von Migrantinnen auf dem Arbeitsmarkt. Opladen & Farmington Hills: Budrich UniPress

- Faltermaier, T. (2005). Gesundheitspsychologie - Gesundheit und Krankheit als Grundbegriffe. Stuttgart: Kohlhammer GmbH
- Faltermaier, T. (2005). Gesundheitspsychologie - Das theoretische Modell der Salutogenese. Stuttgart: Kohlhammer GmbH
- Hornung, R. in Hurrelmann, K. Klotz, T. Haisch, J. (2014) Lehrbuch: Prävention und Gesundheitsförderung- Kulturell geprägte Gesundheits-und Krankheitskonzepte. Bern: Hans Huber Verlag
- Hossaini, A. (2013) Afghanische Diaspora und Brain Drain Bundeszentrale für politische Bildung
<http://www.bpb.de/internationales/asien/afghanistan-das-zweite-gesicht/153504/afghanische-diaspora-und-brain-drain> Stand: 11.12.2014
- Kopp, J. Lois, D. (2014). Sozialwissenschaftliche Datenanalyse - Eine Einführung. Wiesbaden: Springer VS
- Kulbe, A. (2009) Lehrbuch: Grundwissen Psychologie, Soziologie und Pädagogik . Stuttgart: Kohlhammer Verlag
- Lampert, T. Kroll, E. (2013), Sozioökonomischer Status und Gesundheit - Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland: Robert Koch-Institut Berlin
<http://edoc.rki.de/oa/articles/reLuDm5PVIZY/PDF/26HkqtdFJnIbw.pdf> Stand: 14.12.2014
- Razum, O. et al. (2008). Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes Migration und Gesundheit: Robert Koch-Institut Berlin
- Razum, O. in Klaus Hurrelmann (Hrg). (2009). Gesundheitliche Ungleichheit Grundlagen, Probleme, Perspektiven- Healthy- Migrant-Effekt. Wiesbaden: VS Verlag
- Razum, O. et al. (2011). Epidemiologie für Dummys – Schließende Statistik. Weinheim: Wiley-Vch Verlag
- Schenk, L. (2007). International Journal of Public Health. Migration und Gesundheit – Entwicklung eines Erklärungs- und Analysemodells für epidemiologische Studien
<http://link.springer.com/article/10.1007/s00038-007-6002-4> Stand: 1.03.2015
- Schetter, C. (2012). Afghanistan im 19. und 20. Jahrhundert. Bundeszentrale für politische Bildung
<http://www.bpb.de/internationales/asien/afghanistan/138381/afghanistan-im-19-und-20-jahrhundert> Stand: 11.12.2014
- Schumacher, J. Klaiberg, A. Brähler, E. (2003). Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden. Göttingen: Hogrefe

Schwartz, F. Budura, B. (2003). Das Public Health Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen – Gesundheit fördern, Krankheit verhindern. München: Urban&FischerVerlag

Statistisches Bundesamt. (2014). Mikrozensus 2013 - 16,5 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund: Statistisches Bundesamt
https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2014/11/PD14_402_122.html Stand: 15.4.2015

Statistisches Bundesamt (2013) Bevölkerung mit Migrationshintergrund - Zuordnung der Bevölkerung nach Migrationsstatus: Statistische Bundesamt
<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund/Aktuell.html> Stand: 8.12.2014

Statistisches Bundesamt (2011). Bevölkerung und Erwerbstätigkeit
Ausländische Bevölkerung: Statistisches Bundesamt
https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund2010220117004.pdf?__blob=publicationFile Stand: 8.12.2014

Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (2013). Bevölkerung mit Migrationshintergrund nach den häufigsten Bezugsländern: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein
http://www.statistiknord.de/fileadmin/Dokumente/Statistische_Analysen/Statistische_Analyse_n_06_2013.pdf

UNHCR (2014) Flüchtlinge. Flüchtling vs. Migrant: UNHCR
<http://www.unhcr.de/mandat/fluechtlinge.html> Stand: 10.5.2015

UNHCR (2014). Global Trends 2014, World of War: UNHCR
https://www.uno-fluechtlingshilfe.de/fileadmin/redaktion/PDF/UNHCR/Global_Trends_2014.pdf Stand: 10.4.2015

Weiss, R. (2005) Macht Migration krank?- Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten. Zürich: Seismo Verlag

Wöller, W. (2006) Trauma und Persönlichkeitsstörungen - psychodynamisch-integrative Therapie. Stuttgart: Schattauer Verlag

Anhang

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Quellen benutzt habe. Wörtliche oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angaben der Quellen kenntlich gemacht.

Hamburg, 20.08.2015

Ort, Datum

Unterschrift

Anhang

***Befragung zum
subjektiven Gesundheitszustand afghanisch - stämmiger
Bürgerinnen und Bürger in Hamburg***

Kontakt

Mina Azadzoy

mina.azadzoy@haw-hamburg.de

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer,

ich würde mich sehr freuen, wenn Sie die Studie zum „*subjektiven Gesundheitszustand afghanisch- stämmiger Bürgerinnen und Bürger in Hamburg*“ durch das Ausfüllen dieses Fragebogens unterstützen könnten.

Die Studie führe ich im Rahmen meiner Bachelor Arbeit an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften in Hamburg, Department Life Science, Studiengang Gesundheitswissenschaften durch. Ziel der Studie ist, den subjektiven Gesundheitszustand afghanisch- stämmiger Bürgerinnen und Bürger in Hamburg zu ermitteln.

Bisherige Forschungsuntersuchungen haben die Situation von afghanisch stämmiger Bürgerinnen und Bürger in Hamburg nicht ausdrücklich berücksichtigt. Dies ist jedoch sehr wichtig, um herauszufinden, wie der Gesundheitszustand unserer Zielgruppe in Hamburg ist.

Ihre Teilnahme an der Befragung ist freiwillig und beinhaltet keine Risiken für Sie. Sie haben selbstverständlich jederzeit die Möglichkeit, Fragen auszulassen, die Befragung zu unterbrechen oder zu beenden.

Jede Information, die Sie mir geben, wird selbstverständlich streng vertraulich behandelt. Die Veröffentlichung der Studienergebnisse erfolgt ausschließlich in anonymisierter Form, so dass ein Rückschluss auf Ihre Person nicht möglich ist.

Ich bedanke mich bereits im Voraus herzlich für Ihr Interesse.

Mit freundlichen Grüßen

Mina Azadzoy

In diesem Fragebogen geht es um die Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes. Der Bogen ermöglicht es, im Zeitverlauf nachvollziehen, wie Sie sich fühlen und wie Sie im Alltag zurechtkommen.

Bitte Beantworten Sie jede Frage, indem Sie bei den Antwortmöglichkeiten die Zahl ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft.

	Ausgezeichnet	Sehr gut	Gut	Weniger gut	Schlecht
1. Wie würden Sie ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?					

	Derzeit viel besser	Derzeit etwas besser	Etwa wie vor einem Jahr	Derzeit etwas schlechter	Derzeit viel schlechter
2. Im Vergleich zum vergangenen Jahr, wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben?					

Im folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben. Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark?

	Ja, stark eingeschränkt	Ja, etwas eingeschränkt	Nein, überhaupt nicht eingeschränkt
3.a anstrengende Tätigkeiten, z.B. schnell laufen, schwere Gegenstände heben, anstrengenden Sport treiben			
3.b mittelschwere Tätigkeiten, z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen			
3.c Einkaufstaschen heben oder tragen			
3.d mehrere Treppenabsätze steigen			
3.e einen Treppenabsatz steigen			
3.f sich beugen, knien, bücken			
3.g mehr als 1 Kilometer zu Fuß gehen			
3.h mehrere Straßenkreuzungen weit zu Fuß gehen			
3.i eine Straßenkreuzung weit zu Fuß gehen			

3.j sich baden oder anziehen			
------------------------------	--	--	--

4. Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause ?

	Ja	Nein
a. Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein		
b. Ich habe weniger geschafft als ich wollte		
c. Ich konnte nur bestimmte Dinge tun		
d. Ich hatte Schwierigkeiten bei der Ausführung		

5. Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund seelischer Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?

	Ja	Nein
a. Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein		
b. Ich habe weniger geschafft als ich wollte		
c. Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten		

	Überhaupt nicht	Etwas	Mäßig	Ziemlich	Sehr
6. Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn oder zum Bekanntenkreis beeinträchtigt?					

	Keine Schmerzen	Sehr leicht	Leicht	Mäßig	Stark	Sehr stark
7. Wie stark waren Ihre Schmerzen in den vergangenen 4 Wochen?						

	Überhaupt nicht	Ein bisschen	Mäßig	Ziemlich	Sehr
8. Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den vergangenen 4 Wochen bei der Ausübung Ihren Alltagstätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert?					

In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in den vergangenen 4 Wochen gegangen ist. (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile die Zahl an, die Ihrem Befinden am ehesten entspricht).

Wie oft waren Sie in den vergangenen 4 Wochen...

	Immer	Meistens	Ziemlich oft	Manchmal	Selten	Nie
a.voller Schwung?						
b.sehr nervös?						
c.niedergeschlagen?						
d.ruhig und gelassen?						
e.voller Energie?						
f.entmutigt und traurig?						
g.erschöpft?						
h.glücklich?						
i.müde?						

	Immer	Meistens	Manchmal	Selten	Nie
10. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?					

11. Inwieweit trifft jede der folgenden Aussagen auf Sie zu?

	Trifft ganz zu	Trifft weitgehend zu	Weiß nicht	Trifft weitgehend nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu
a. Ich schein etwas leichter als andere krank zu werden					
b. Ich bin genauso gesund wie alle anderen, die ich kenne					
c. Ich erwarte, dass meine Gesundheit nachlässt					
d. Ich erfreue mich ausgezeichneter Gesundheit					

1. **Geschlecht:** weiblich männlich

2. **Alter:** _____

3. **Beruf:** _____

4. In welchem Land sind Sie geboren?

Afghanistan

Deutschland

anderes

5. Welche Staatsangehörigkeit(en) haben Sie?

deutsch

afghanisch

andere

6. Welchen Aufenthaltstitel haben Sie?

Aufenthaltsurlaubnis

Niederlassungserlaubnis

Erlaubnis zum Daueraufenthalt

Aufenthalts gestattetung

Duldung

7. Sind Sie zurzeit erwerbstätig?

Unter Erwerbstätigkeit wird jede bezahlte bzw. mit einem Einkommen verbundene Tätigkeit verstanden, egal welchen zeitlichen Umfang sie hat.

- | | |
|---|--------------------------|
| Vollzeit erwerbstätig | <input type="checkbox"/> |
| Teilzeit erwerbstätig | <input type="checkbox"/> |
| geringfügig erwerbstätig (450€- oder Mini-Job) | <input type="checkbox"/> |
| „Ein-Euro-Job“ | <input type="checkbox"/> |
| gelegentlich oder unregelmäßig beschäftigt | <input type="checkbox"/> |
| berufliche Ausbildung / Lehre | <input type="checkbox"/> |
| vorübergehend freigestellt / beurlaubt (z. B. Elternzeit) | <input type="checkbox"/> |
| nicht erwerbstätig | <input type="checkbox"/> |

Anhang

Syntax

```
DO REPEAT i = pfi01,pfi02,pfi03,pfi04,pfi05,pfi06,pfi07,pfi08,pfi09,pfi10.
+ IF (i < 1 OR i > 3) i = $SYSMIS.
END REPEAT.
```

```
COMPUTE pfi =
  100*(MEAN.5(pfi01,pfi02,pfi03,pfi04,pfi05,pfi06,pfi07,pfi08,pfi09,pfi10)-1)/2.
```

```
VARIABLE LABEL pfi 'SF-36 Koerperl. Funktionsf. (0-100)'.

```

```
*-----
* Role-Physical index (Koerperliche Rollenfunktion): rolph
*-----
```

```
DO REPEAT i = rolph1,rolph2,rolph3,rolph4.
+ IF (i < 1 OR i > 2) i = $SYSMIS.
END REPEAT.
```

```
COMPUTE rolph = 100*( MEAN.2(rolph1,rolph2,rolph3,rolph4) - 1 ).
```

```
VARIABLE LABEL rolph 'SF-36 Koerperl. Rollenfunktion (0-100)'.

```

```
*-----
* Bodily Pain index (Koerperliche Schmerzen): pain
*-----
```

```
IF (pain1 < 1 OR pain1 > 6) pain1 = $SYSMIS.
IF (pain2 < 1 OR pain2 > 5) pain2 = $SYSMIS.
```

```
RECODE pain1 (1=6.0)(2=5.4)(3=4.2)(4=3.1)(5=2.2)(6=1.0) INTO #bp1.
RECODE pain2 (1=6.00)(2=4.75)(3=3.50)(4=2.25)(5=1.00) INTO #bp2.
```

```
DO IF NOT MISSING(pain1).
+ COMPUTE pain = 100*( MEAN(#bp1,6-pain2) - 1 )/5.
+ IF (pain1 EQ 1 AND pain2 EQ 1) pain = 100.
ELSE IF NOT MISSING(pain2).
+ COMPUTE pain = 100*(#bp2 - 1)/5.
END IF.
```

```
VARIABLE LABEL pain 'SF-36 Koerperliche Schmerzen (0-100)'.

```

```
*-----
*General Health Perceptions index (Allgemeine Gesundheitswahrnehmung: ghp.
*-----
```

```
DO REPEAT i = ghp1,ghp2,ghp3,ghp4,ghp5.
+ IF (i < 1 OR i > 5) i = $SYSMIS.
END REPEAT.
```

```
RECODE ghp1 (1=5.0)(2=4.4)(3=3.4)(4=2.0)(5=1.0)(ELSE=$SYSMIS) INTO #gh1.
```

```
COMPUTE ghp = 100*( MEAN.3(#gh1,ghp2,6-ghp3,ghp4,6-ghp5) - 1 )/4.
```

```
VARIABLE LABEL ghp 'SF-36 Allg. Gesundheitswahrnehmung (0-100)'.

```

```
*-----
* Vitality index (Vitalitaet): vital
*-----
```

```
DO REPEAT i = vital1,vital2,vital3,vital4.
+ IF (i < 1 OR i > 6) i = $SYSMIS.
END REPEAT.
```

COMPUTE vital = 100*(MEAN.2(7-vital1,7-vital2,vital3,vital4) - 1)/5.

VARIABLE LABEL vital 'SF-36 Vitalitaet (0-100)'.
*-----

* Social Functioning index (Soziale Funktionsfaehigkeit): social .
*-----

IF (soc1 < 1 OR soc1 > 5) soc1 = \$SYSMIS.
IF (soc2 < 1 OR soc2 > 5) soc2 = \$SYSMIS.

COMPUTE social = 100*(MEAN(6-soc1,soc2) - 1)/4.

VARIABLE LABEL social 'SF-36 Soziale Funktionsf. (0-100)'.
*-----

* Role-Emotional index (Emotionale Rollenfunktion): rolem .
*-----

DO REPEAT i = rolem1,rolem2,rolem3.
+ IF (i < 1 OR i > 2) i = \$SYSMIS.
END REPEAT.

COMPUTE rolem = 100*(MEAN.2(rolem1,rolem2,rolem3) - 1).

VARIABLE LABEL rolem 'SF-36 Emotionale Rollenfunkt. (0-100)'.
*-----

* Mental Health index (Psychisches Wohlbefinden): mhi .
*-----

DO REPEAT i = mhi1,mhi2,mhi3,mhi4,mhi5.
+ IF (i < 1 OR i > 6) i = \$SYSMIS.
END REPEAT.

COMPUTE mhi = 100*(MEAN.3(mhi1,mhi2,7-mhi3,mhi4,7-mhi5) - 1)/5.

VARIABLE LABEL mhi 'SF-36 Psychisches Wohlbefinden(0-100)'.
*-----

* Health Transition item (Gesundheitsveraenderung): rawhtran .
*-----

IF (hchange1 < 1 OR hchange1 > 5) hchange1 = \$SYSMIS.

COMPUTE rawhtran = hchange1.

VARIABLE LABEL rawhtran 'ROH SF-36 Gesundheitsveraenderung'.
*=====

* End of SF-36 scale scoring
*=====

* Creating physical and mental health index scores: *.
* Körperliche und Psychische Summenskala *.
* standardized but not normalized *.

* COMPUTE Z SCORES -- OBSERVED VALUES ARE SAMPLE DATA *.
* MEAN AND SD IS U.S GENERAL POPULATION *.
* FACTOR ANALYTIC SAMPLE *.

```

* N=2393: HAVE ALL EIGHT SCALES *
*****

compute PF_Z=(PFI-84.5240452)/22.8948992.
compute RP_Z=(ROLPH-81.1990721)/33.7972923.
compute BP_Z=(PAIN-75.4919631)/23.5587879.
compute GH_Z=(GHP-72.2131559)/20.1696447.
compute VT_Z=(VITAL-61.0545296)/20.8694255.
compute SF_Z=(SOCIAL-83.5975259)/22.3764186.
compute RE_Z=(ROLEM-81.2946729)/33.0271727.
compute MH_Z=(MHI-74.8421239)/18.0118961.

*****
* COMPUTE SAMPLE RAW FACTOR SCORES *
* Z SCORES ARE FROM ABOVE *
* SCORING COEFFICIENTS ARE FROM U.S. GENERAL POPULATION*.
* FACTOR ANALYTIC SAMPLE N=2393: HAVE ALL EIGHT SCALES *.
*****

compute kroh=(PF_Z * .42402)+(RP_Z * .35119)+(BP_Z * .31754)+(SF_Z * -.00753)+(MH_Z * -
.22069)+(RE_Z * -.19206)+(VT_Z * .02877)+(GH_Z * .24954).

compute proh=(PF_Z * -.22999)+(RP_Z * -.12329)+(BP_Z * -.09731)+(SF_Z * .26876)+(MH_Z
* .48581)+(RE_Z * .43407)+(VT_Z * .23534)+(GH_Z * -.01571).

*****
* COMPUTE STANDARDIZED SCORES *
*****

compute ksk = (kroh*10) + 50.
compute psk = (proh*10) + 50.

variable labels ksk 'STANDARD. KOERPERLICHE SUMMENSKALA'
psk 'STANDARD. PSYCHISCHE SUMMENSKALA'.

execute.

DATASET ACTIVATE DataSet1.
DESCRIPTIVES VARIABLES=pf_i rolph pain ghp vital social rolem mhi rawhtran PF_Z RP_Z BP_Z GH_Z
VT_Z
SF_Z RE_Z MH_Z kroh proh ksk psk
/STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.

EXECUTE.
DATASET NAME DataSet3 WINDOW=FRONT.
DATASET ACTIVATE DataSet3.
COMPUTE Adauer=2015 - jde.
EXECUTE.
DATASET ACTIVATE DataSet3.
COMPUTE Adauer=2014 - jde.
EXECUTE.
FREQUENCIES VARIABLES=gela aufentti erwerbst Adauer
/NTILES=4
/STATISTICS=STDDEV MINIMUM MAXIMUM MEAN MEDIAN MODE
/HISTOGRAM
/ORDER=ANALYSIS.

```

DATASET ACTIVATE DataSet2.

* Diagrammerstellung.

GGRAPH

```
/GRAPHDATASET NAME="graphdataset" VARIABLES=Group MEANSD(ksk, 1)[name="MEAN_ksk"
  LOW="MEAN_ksk_LOW" HIGH="MEAN_ksk_HIGH"] MISSING=LISTWISE REPORTMISSING=NO
/GRAPHSPEC SOURCE=INLINE.
```

BEGIN GPL

```
SOURCE: s=userSource(id("graphdataset"))
DATA: Group=col(source(s), name("Group"), unit.category())
DATA: MEAN_ksk=col(source(s), name("MEAN_ksk"))
DATA: LOW=col(source(s), name("MEAN_ksk_LOW"))
DATA: HIGH=col(source(s), name("MEAN_ksk_HIGH"))
GUIDE: axis(dim(1), label("Group"))
GUIDE: axis(dim(2), label("Mittelwert STANDARD. KOERPERLICHE SUMMENSKALA"))
GUIDE: text.footnote(label("Fehlerbalken: +/- 1 SD"))
SCALE: linear(dim(2), include(0))
ELEMENT: interval(position(Group*MEAN_ksk), shape.interior(shape.square))
ELEMENT: interval(position(region.spread.range(Group*(LOW+HIGH))), shape.interior(shape.ibeam))
END GPL.
```

Ausgabe erstellt		2
Kommentare		
Eingabe	Daten	
		\\Daten_30_und_Norm_62_Var_Group_Erwerb_Aufenthalt.sav
	Aktives Dataset	DataSet1
	Filter	<ohne>
	Stärke	<ohne>
	Aufgeteilte Datei	<ohne>
	Anzahl Zeilen in Arbeitsdatendatei	
		30
Handhabung fehlender Werte	Definition von 'Fehlend'	Benutzerdefiniert fehlende Werte werden als fehlend behandelt
	Verwendete Fälle	Die Statistik basiert auf allen Fällen mit gültigen Daten.
Syntax		FREQUENCIES VARIABLES=sex aufentti erwerbst /ORDER=ANALYSIS.