

Wie gesund sind Migranten?

Erkenntnisse und Zusammenhänge am Beispiel der Zuwanderer in Deutschland

Macht Migration krank? Angesichts der großen und steigenden Zahl von Migranten weltweit ist das eine relevante Frage für diejenigen Länder, die Migranten entsenden oder aufnehmen – und damit für nahezu alle Länder der Welt. Menschen, die migrieren, gehen Risiken ein. Sie legen oft große Entfernungen zurück, nicht selten unter schwierigen oder gefährlichen Umständen. Im Zielland ihrer Migration sind sie häufig in sozioökonomischer Hinsicht benachteiligt. Sie wohnen und arbeiten beispielsweise oft unter schlechteren Bedingungen als die nicht migrierte Mehrheitsbevölkerung. Migranten sind daher höheren gesundheitlichen Risiken ausgesetzt. Besonders gefährdet sind Flüchtlinge und Migranten ohne Papiere und legalen Aufenthaltsstatus (sogenannte „irreguläre“ Migranten). Migration, so scheint es, geht mit Gesundheitsrisiken einher und kann krank machen.

Migranten sind andererseits besonders aktive und mutige Menschen, die ihr Leben selbst bestimmen wollen. Sie sind meist jung und im Vergleich zur Bevölkerung ihres Herkunftslandes überdurchschnittlich gesund. Kommen sie aus einem ärmeren Land in ein wohlhabenderes Industrieland, so können sie von besseren hygienischen Verhältnissen und einer besseren Gesundheitsversorgung profitieren. Im Vergleich zur Herkunftsbevölkerung, so scheint es, haben Migranten daher besonders gute Gesundheitschancen.

„Migration macht krank, Migration verbessert die Gesundheitschancen“: Im Spannungsfeld dieses Widerspruchs bewegt sich die aktuelle Diskussion zum Thema „Migration und Gesundheit“. Angesichts der großen Heterogenität der Gruppe der Migranten, einer immer noch unbefriedigenden Datenlage und eines Mangels an theoretischen Modellen zur Gesundheit von Migranten löst sich dieser Widerspruch nur langsam auf. Wir versuchen in diesem Kurzdossier, den aktuellen Stand der Diskussion über den Gesundheitszustand von Migranten und dessen Determinanten abzubilden und Hindernisse bei der Gesundheitsversorgung für Migranten aufzuzeigen.

Definition von Migration und von der Zielgruppe „Migranten“

Das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge definiert Migration wie folgt: „Von Migration spricht man, wenn eine Person ihren Lebensmittelpunkt räumlich verlegt. Von internationaler Migration spricht man dann, wenn dies über Staatsgrenzen hinweg geschieht“.¹ Im Rahmen dieses Dossiers verstehen wir

„Migration“ im Sinne der internationalen Migration. Die Migration innerhalb eines Landes („Binnenmigration“) berücksichtigen wir hier nicht.

Ausgehend von der oben stehenden Definition von Migration mag es zunächst einfach erscheinen, nunmehr die Zielgruppe „Migranten“ einzugrenzen. Eine operationalisierbare Definition von „Migranten“ ist eine Grundvoraussetzung, um deren Gesundheitszustand zu erfassen und Veränderungen – beispielsweise durch gezielte gesundheitsbezogene Interventionen – messen zu können.² In vielen – gerade amtlichen – Datensätzen erfolgt diese Eingrenzung mit Hilfe des Merkmals „Staatsangehörigkeit“. Diese Art der Definition ist in mehrerlei Hinsicht unbefriedigend und ungenau.³ Einige Beispiele zeigen dies:

- Aussiedler und Spätaussiedler sind über eine nationale Grenze nach Deutschland gekommen, sie sind also migriert. In aller Regel haben sie aber die deutsche Staatsangehörigkeit. Eine Definition nach Staatsangehörigkeit würde sie nicht als Migranten erfassen.
- Zunehmend mehr der in Deutschland lebenden Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit nehmen die deutsche Staatsangehörigkeit an. Von 1970 bis 2005 haben sich mehr als 1,5 Millionen Ausländer in Deutschland einbürgern lassen. Es sind demnach nicht alle Migranten ausländische Staatsangehörige. Der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund und deutscher Staatsangehörigkeit nimmt mit der Zeit weiter zu.
- Umgekehrt erlaubt eine ausländische Staatsangehörigkeit keine Aussage darüber, ob der Inhaber über eine nationale Grenze nach Deutschland migriert ist. Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit können auch Kinder oder Enkelkinder von ehemaligen Migranten sein, die in Deutschland geboren wurden und die ausländische Staatsangehörigkeit ihrer Eltern bzw. Großeltern behalten haben. Diese Kinder sind über keine nationale Grenze eingewandert und damit keine Migranten. Sie werden oft als „Migranten der zweiten bzw. dritten Generation“ bezeichnet und in die Diskussion von Migration und Gesundheit einbezogen, um mögliche gesundheitliche Risiken aufgrund kultureller oder genetischer Einflüsse und die zeitliche Veränderung von Gesundheitsrisiken über die Generationen abbilden zu können.

In Deutschland galt von 1913 bis 2000 ein eingeschränktes *Ius Sanguinis* (lat. „Recht des Blutes“) bei der Zuordnung der Staatsangehörigkeit. Danach war nach dem Abstammungs-

prinzip nur deutscher Staatsangehöriger, wer deutsche Vorfahren nachweisen konnte. Nur unter besonderen Voraussetzungen konnten Zuwanderer, die eine bestimmte Zeit in Deutschland gelebt hatten, die deutsche Staatsangehörigkeit annehmen. Im Jahr 2000 wurde dieses alte Staatsangehörigkeitsgesetz um Elemente des *Ius Soli* (lat. „Recht des Bodens“) erweitert. Dadurch erhalten in Deutschland geborene Kinder automatisch die deutsche Staatsangehörigkeit, wenn ein Elternteil seit mindestens acht Jahren legal in Deutschland lebt. Durch diese Änderung ist es noch schwieriger geworden, Migranten anhand ihrer Staatsangehörigkeit zu identifizieren.

In den letzten Jahren hat sich der Begriff „Menschen mit Migrationshintergrund“ als Sammelbezeichnung für die heterogene Gruppe der Zuwanderer und ihrer Nachkommen eingebürgert. Auch das Statistische Bundesamt benutzt seit dem Mikrozensus 2005 eine solche Definition.⁴ In Deutschland leben heute rund 15 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund, das ist fast ein Fünftel der Bevölkerung. Angesichts der Heterogenität dieser Gruppe müssen ihre sozialen und gesundheitlichen Chancen und Probleme sehr differenziert betrachtet werden.

Ausgewählte empirische Ergebnisse zum Gesundheitszustand von Migranten

Das Krankheitsspektrum der Menschen mit Migrationshintergrund ähnelt in Deutschland weitgehend dem der nicht migrierten Mehrheitsbevölkerung (mit Ausnahme einiger seltener erblicher Stoffwechselerkrankungen bei Migranten). Bestimmte Gesundheitsrisiken treten bei Migranten aber häufiger auf oder führen zu stärker ausgeprägten Krankheitsbildern. Daraus ergibt sich für viele Erkrankungen eine andere Häufigkeitsverteilung als in der nicht migrierten Mehrheitsbevölkerung. Ein aktueller Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes gibt hierzu differenzierte Informationen.⁵ Anhand ausgewählter Beispiele aus diesem Bericht stellen wir im Folgenden die gesundheitliche Situation von Migranten in Deutschland dar (Altersunterschiede im Bevölkerungsaufbau wurden ggf. adjustiert; in Klammern sind jeweils die dem Bericht zugrunde liegenden Datenquellen aufgeführt. In Einzelfällen zitieren wir zusätzlich Publikationen mit weiterführenden Daten).

Aus dem Gesundheitsbericht wird einerseits eine ausgeprägte gesundheitliche Heterogenität der Menschen mit Migrationshintergrund deutlich; andererseits finden sich Ergebnisse hinsichtlich des Gesundheitsstatus, die zunächst nicht leicht erklärlich sind. Im nachfolgenden Abschnitt diskutieren wir mögliche Erklärungsmodelle, welche die Interpretation der empirischen Befunde unterstützen.

Infektionskrankheiten

Viele Migranten kommen aus ärmeren Herkunftsländern oder einer ungünstigen sozioökonomischen Lage in ihrem Herkunftsland. Sie können daher im Vergleich zur Bevölkerung des Ziellandes der Migration eine erhöhte Krankheitshäufigkeit (Prävalenz) von im Herkunftsland häufigen Infektionskrankheiten aufweisen. Zum Zeitpunkt der Zuwanderung spiegeln übertragbare Erkrankungen bei Migranten daher die epidemio-

logische Situation im Herkunftsland wider. So haben beispielsweise Zuwanderer aus sogenannten Hochprävalenzländern, vornehmlich afrikanischen Ländern südlich der Sahara, eine höhere HIV-Prävalenz als die Mehrheitsbevölkerung in Deutschland.⁶ Im weiteren zeitlichen Verlauf werden die Neuerkrankungsrate (Inzidenz) und die Prävalenz von Infektionskrankheiten zunehmend durch die Lebensbedingungen im Zugsland und den Zugang zu medizinischer Versorgung bestimmt. Ausländische Staatsangehörige haben mit 24,4 neuen Tuberkulose-Fällen je 100.000 Einwohner und Jahr eine mehr als 5-mal so hohe Inzidenz wie Deutsche. Die Fälle treten auch in deutlich jüngerem Alter auf (medianes Alter der Tuberkulosepatienten 34 Jahre vs. 56 Jahre).⁷ Dies ist einerseits auf Migranten mit kurzer Aufenthaltsdauer zurückzuführen, die die Erkrankung aus ihren Herkunftsländern mitbringen. Andererseits haben Migranten mit niedrigem sozioökonomischem Status ähnlich wie Deutsche in der gleichen Lage ein erhöhtes Risiko für Tuberkulose.

Müttersterblichkeit

Unter Müttersterblichkeit versteht man Todesfälle im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Zur Berechnung der Müttersterblichkeit werden die mütterlichen Todesfälle in Bezug gesetzt zu jeweils 100.000 Lebendgeborenen. Da mütterliche Todesfälle weitestgehend vermeidbar sind, ist die Müttersterblichkeit ein empfindlicher Indikator für Ungleichheiten hinsichtlich des Zugangs zu und der Nutzung von Gesundheitsdiensten. Die Müttersterblichkeit unter ausländischen Frauen lag bis Mitte der 1990er-Jahre rund 1,5-mal so hoch wie unter deutschen Frauen. Seitdem haben sich die – insgesamt rückläufigen – Werte angeglichen.⁸ Im Vergleich zum Herkunftsland Türkei liegt die Müttersterblichkeit türkischer Frauen in Deutschland substanziell niedriger, offenbar eine Folge von Unterschieden in Zugang und Qualität der geburtshilflichen Dienste.

Kindergesundheit

Die Gesundheit von Kindern wird insbesondere determiniert durch die Lebensweise der Familie, durch ihren sozioökonomischen Status sowie teilweise durch genetische Faktoren. Aus einer unterschiedlichen Ausprägung dieser Determinanten zwischen Bevölkerungsgruppen resultieren jeweils unterschiedliche Häufigkeiten bestimmter Erkrankungen und Risikofaktoren. Der Zugang zu und die Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten und präventiven Angeboten kann ebenfalls eine große Rolle spielen.

So sind beispielsweise laut den Ergebnissen des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KIGGS) die Durchimpfungsraten gegen Diphtherie und Tetanus bei Kindern mit Migrationshintergrund im Alter von 11-17 Jahren geringer als bei Kindern ohne Migrationshintergrund.⁹ Auch die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen für Kinder ist laut den Ergebnissen des KIGGS bei Kindern mit Migrationshintergrund niedriger. So haben 14 % der Kinder mit Migrationshintergrund die Früherkennungsuntersuchungen U3-U9 nicht in Anspruch genommen, gegenüber 2 % der Kinder ohne Migrationshintergrund.¹⁰

Ein Aufwachsen unter hygienisch weniger günstigen Bedingungen kann mit einer geringeren Prävalenz von allergischen

Erkrankungen verbunden sein. Tatsächlich sind Kinder mit Migrationshintergrund im Alter unter 18 Jahren weniger stark von Allergien betroffen als Kinder ohne Migrationshintergrund (27,4 % vs. 40,4 %).¹¹ Die Frage des Übergewichts bei Kindern gewinnt zunehmend an Aufmerksamkeit. So beeinflussen die Ernährungsweise und körperliche Aktivitäten die Prävalenz von Übergewicht. Migranten aus ärmeren Ländern profitieren einerseits von der ausreichenden und sicheren Versorgung mit Nahrungsmitteln in Deutschland. Andererseits führen Fehlernährung und Bewegungsmangel bei Menschen mit Migrationshintergrund genauso wie bei Deutschen zur Entstehung von Übergewicht. Übergewicht kommt laut dem KiGGS bei Kindern mit Migrationshintergrund im Alter von 3-17 Jahren deutlich häufiger vor als bei gleichaltrigen Kindern aus der nicht migrierten Mehrheitsbevölkerung (19,5 % vs. 14,1 %).¹²

Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Die Häufigkeit von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, insbesondere der koronaren Herzkrankheit und des Herzinfarkts, wird durch die Prävalenz von Risikofaktoren wie Übergewicht und Rauchen bestimmt; diese wiederum werden bei Migranten durch Gebräuche im Herkunftsland, Adaptionsprozesse im Zuzugsland sowie durch psychosoziale Belastungen beeinflusst. Entsprechende Unterschiede finden sich in den verfügbaren empirischen Daten. So unterscheidet sich zwar der durchschnittliche Body-Mass-Index (BMI) ausländischer Frauen (24,5 kg/m²) nur geringfügig von dem deutscher Frauen (24,8 kg/m²). Jedoch ist ein deutlich höherer Anteil ausländischer als deutscher Frauen im Alter von 65 Jahren und älter fettleibig (BMI \geq 30 kg/m²; 28,1 % vs. 17,6 % im Jahr 2005).¹³ In allen Altersgruppen raucht ein größerer Teil der ausländischen Männer, verglichen mit den deutschen Männern (36,3 % vs. 27,1 % im Jahr 2005).¹⁴

Die teilweise höheren Risikofaktor-Prävalenzen unter Migranten lassen eine höhere Inzidenz von Herzinfarkten erwarten; dies lässt sich jedoch empirisch bislang nicht zeigen. Mögliche Erklärungen sind protektive Faktoren (z. B. in der Ernährung), vergleichsweise geringere Mengen an über die Lebenszeit konsumierten Zigaretten sowie Verzerrungen in den Daten.

Krebserkrankungen

Die Häufigkeit vieler Krebserkrankungen hängt zumindest teilweise von Ernährung, Rauchverhalten und anderen Lebensstilfaktoren ab, bei Gebärmutterhalskrebs zusätzlich von der Häufigkeit der sexuell übertragenen Infektionen mit dem Human-Papilloma-Virus (HPV). Bei Brustkrebs und Gebärmutterhalskrebs spielt auch die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen eine Rolle. Die Krebssterblichkeit wird zudem durch Zugangsmöglichkeiten zu bzw. die Nutzung von Gesundheitsdiensten beeinflusst. Angesichts des multifaktoriellen Ursachenspektrums von Krebserkrankungen sind Unterschiede zwischen Bevölkerungsgruppen nicht leicht zu interpretieren.

Deskriptive Studien über türkische Migranten in Deutschland sowie (Spät-)Aussiedler aus der ehemaligen UdSSR zeigen im Vergleich zur deutschen Bevölkerung insgesamt eher niedrigere Krebsrisiken, die mit der Zeit und mit steigender Aufenthaltsdauer in Deutschland ansteigen. Für einzelne Krebsarten

wie Magenkrebs sind die Risiken unter den Migranten teilweise erhöht. Dies erklärt sich aus ungünstigeren hygienischen Bedingungen in der Kindheit; sie fördern die Übertragung des „Magenkeims“ *Helicobacter pylori*, der im späteren Leben Magenkrebs hervorrufen kann. Bei Brustkrebs dagegen haben türkische Frauen und Aussiedlerinnen eine niedrigere Inzidenz und Sterblichkeit als deutsche Frauen.¹⁵

Bei Lungenkrebs zeigen sich unter türkischen Staatsangehörigen im Vergleich zu Deutschen niedrigere, aber seit Beobachtungsbeginn in den 1980er-Jahren deutlich ansteigende Sterberaten. Unter den männlichen Aussiedlern ist die Lungenkrebssterblichkeit bereits höher als die der deutschen Allgemeinbevölkerung. Dies steht im Einklang mit der weiter oben angestellten Überlegung, dass nicht nur der Anteil der Raucher in der Bevölkerung eine Rolle spielt, sondern auch die Menge der in der Vergangenheit gerauchten Zigaretten (die wiederum von der wirtschaftlichen Entwicklung des Herkunftslandes abhängt, da dem Raucher durch das Rauchen Kosten entstehen).

Gesundheit am Arbeitsplatz

Indikatoren wie Unfall-, Kranken- und Schwerbehindertenquoten können Hinweise u. a. auf die Arbeitssituation geben. Bei Vergleichen der Unfallhäufigkeit zwischen Migranten und der nicht migrierten Mehrheitsbevölkerung ist beispielsweise zu beachten, dass Migranten häufiger körperliche Arbeiten mit einem erhöhten Unfallrisiko durchführen. Sinnvoller wäre daher ein Vergleich innerhalb von Tätigkeitsgruppen.

Insgesamt sind die Unfallquoten in Deutschland rückläufig. Deutsche und nichtdeutsche Männer weisen ähnliche (und in beiden Gruppen rückläufige) Unfallquoten auf. Arbeitsunfälle, auch solche mit tödlichem Ausgang, sind unter türkischen Staatsangehörigen – vermutlich aufgrund häufiger ausgeübter gefährlicher körperlicher Arbeit und nicht ausreichender Sicherheitsunterweisung – aber rund 1,5-mal so häufig wie unter deutschen Staatsangehörigen.¹⁶

Die Krankenquote ist von den drei Indikatoren am schwierigsten zu interpretieren, da sie nicht nur vom Gesundheitszustand, sondern auch von der Sorge um den eigenen Arbeitsplatz (und damit mittelbar auch von der konjunkturellen Lage) abhängt. Unter ausländischen Männern und Frauen liegt die Krankenquote mit 9,7 % und 10,2 % insgesamt niedriger als unter deutschen Staatsangehörigen (11,6 % und 13,1 %). Eine Ausnahme ist die wirtschaftlich aktive mittlere Altersgruppe 40-64 Jahre, dort liegt sie – teilweise aufgrund häufiger ausgeübter schwerer körperlicher Arbeit auf Baustellen oder „unter Tage“ – unter Ausländern höher.¹⁷

Gesundheitszufriedenheit

Die Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit ist zwar ein subjektives Maß; sie bildet den Gesundheitszustand aber recht gut ab. Die Gesundheitszufriedenheit sinkt mit dem Alter. Dieser Rückgang verläuft in verschiedenen Bevölkerungsgruppen unterschiedlich schnell und gibt damit Hinweise auf Unterschiede in den Gesundheitschancen und gesundheitlichen Belastungen.

Auswertungen des Sozioökonomischen Panels (SOEP) zeigen, dass unter türkischen Zuwanderern die Abnahme der Gesundheitszufriedenheit mit steigendem Alter stärker ausgeprägt

ist als bei Deutschen.¹⁸ Auch unter Zuwanderern aus Osteuropa zeigt sich, trotz eines mit der Zeit ansteigenden sozioökonomischen Erfolges, ein mit zunehmendem Alter stärkerer Rückgang des subjektiven Gesundheitsempfindens als bei Menschen ohne Migrationshintergrund.¹⁹

Psychische Erkrankungen

Weniger gut dokumentiert und schwer zu quantifizieren sind Erkrankungen durch psychosoziale Belastungen in Zusammenhang mit der Trennung von der Familie oder politischer Verfolgung im Herkunftsland. Personen ohne rechtlich gesicherten Aufenthaltsstatus sind besonders verletzlich und damit anfällig insbesondere für psychische Erkrankungen. Über ihre gesundheitliche Situation liegen aber kaum belastbare Daten vor.

Migrationserfahrung kann nicht pauschal mit psychischen Belastungen gleichgesetzt werden. Jedoch können eine Reihe psychischer Störungen in Verbindung mit Migration auftreten. Dazu zählen Depressionen, psychosomatische Beschwerden, Somatisierung und posttraumatische Belastung.²⁰ Gründe für ein vermehrtes Auftreten können sein:

- Migration als kritisches Lebensereignis, das die bis dahin erworbenen Anpassungsfähigkeiten, Bewältigungs- und Problemlösungsstrategien überlasten kann
- Stress durch die risikoreiche Reise in das Zielland, der sich u. a. in Angstzuständen oder depressiven oder dissoziativen Symptomen äußern kann
- Stress durch Entwurzelung, Trennung von Familie, Partner und traditionellen Werten
- Stress durch den Akkulturationsprozess (Unsicherheiten hinsichtlich der Lebensbedingungen, Wohnverhältnisse, Stigmatisierung etc.)
- Stress durch besondere wirtschaftliche und berufliche Belastungen
- Stress durch soziale Isolation (demgegenüber stellen daher Familien- und Freundesnetzwerke eine wichtige Ressource zur Bewältigung des Stresses dar)
- Stress durch Störungen des Eltern-Kind-Verhältnisses, wenn die Aufrechterhaltung kultureller Traditionen „erzwungen“ wird

Die vorhandenen Erkenntnisse legen nahe, dass Migranten kurz nach der Einwanderung besonders gefährdet sind, psychisch zu erkranken. Mit zunehmender Aufenthaltsdauer und damit zunehmendem Einleben in die neue Lebenssituation nehmen die Belastungen häufig ab.

Sozialstatus und Gesundheit

In den meisten Routinedatensätzen fehlen detaillierte Informationen zum sozioökonomischen Status der registrierten Fälle. Das erschwert es, die Ursachen möglicher gesundheitlicher Benachteiligungen zu analysieren und Strategien zu deren Überwindung aufzuzeigen. Wenn Menschen mit Migrationshintergrund im Durchschnitt einen schlechteren gesundheitlichen Status aufweisen als die Mehrheitsbevölkerung, dann könnte dem eine Benachteiligung dieser Gruppe zugrunde liegen. Es könnte aber auch sein, dass es sich um die gesundheitlichen Folgen einer im Mittel ungünstigeren sozialen Lage handelt, wie das innerhalb der nicht migrierten deutschen Bevölke-

rung in ähnlicher Weise zu beobachten ist.²¹ Zur Klärung sind einerseits Datensätze zur Gesundheit von Migranten erforderlich, die sozioökonomische Variablen enthalten. Andererseits müssen Erklärungsmodelle zum Zusammenhang zwischen Migration und Krankheit weiterentwickelt werden.²² Diese Erklärungsmodelle werden weiter unten näher ausgeführt.

Zugangsbarrieren zur gesundheitlichen Versorgung

Menschen mit Migrationshintergrund erlangen zunehmend Bedeutung als Nutzer der Gesundheitsdienste in Deutschland. Gerade im Bereich der Versorgungsforschung fehlen Daten, die nach Migrationshintergrund aufgeschlüsselt sind. Eine verbesserte Datenlage könnte zukünftig dazu beitragen, Menschen aus dieser Zielgruppe beim Erhalt ihrer Gesundheit zu unterstützen und ihnen im Falle einer Erkrankung gleiche Zugangschancen zur Gesundheitsversorgung wie der Mehrheitsbevölkerung zu sichern. Bislang wird davon ausgegangen, dass besonders sprachliche und kulturelle Besonderheiten Barrieren für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen darstellen und sich auch auf die Kommunikation und Interaktion während des Behandlungsprozesses auswirken können. Sprachliche Barrieren können entstehen, wenn das Gesagte nicht verstanden wird, oft wird dann Abhilfe durch Laiendolmetscher (z. B. Familienangehörige) geschaffen. Dies ist allerdings nicht immer erfolgreich, da medizinisches Fachwissen fehlt oder aufgrund von Schamgefühlen oder Rücksichtnahme auf den Patienten nicht richtig übersetzt wird.

Kulturelle Unterschiede können sich in einem anderen Krankheitsverständnis äußern, z. B. wenn die Krankheitsentstehung auf den „bösen Blick“ zurückgeführt oder Krankheit als gottgewolltes Schicksal verstanden wird. Diese Unterschiede oder auch ein anderes Schamgefühl können zu einer Nichtinanspruchnahme oder einer Fehlversorgung führen.²³

Menschen in einer ungünstigen sozialen Lage nehmen Gesundheitsleistungen unzureichend in Anspruch. Sie sehen sich Barrieren gegenüber, unabhängig davon, ob sie einen Migrationshintergrund haben oder nicht. Dazu zählen eine geringere Ausstattung mit finanziellen Ressourcen, z. B. für die Zahlung von Eigenanteilen in der Gesundheitsversorgung (Praxisgebühr, Zahnersatz etc.), aber auch mit Bildungsressourcen, z. B. geringere Kenntnisse über Krankheitsentstehung und Gesundheitsverhalten.²⁴ Angesichts ihrer im Vergleich zur Mehrheitsbevölkerung durchschnittlich ungünstigeren sozialen Lage sind Migranten hier einer mehrfachen Benachteiligung ausgesetzt.

Prävention bei Migranten

Für Angebote zu Prävention und Vorsorge bei Migranten stellen sich besondere Anforderungen, die sich einerseits aus den teilweise anderen Gesundheitsrisiken und aus unterschiedlichen gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen dieser Zielgruppe ergeben. Andererseits sind viele präventive Angebote für Migranten schlechter zugänglich als für die Mehrheitsbevölkerung. Solche Barrieren für die Teilnahme können auf individu-

eller Ebene durch fehlende Sprachkenntnisse oder fehlende Kenntnisse über Angebote bestehen, auf institutioneller Ebene durch eine fehlende Ausrichtung auf die Heterogenität der Zielgruppen und damit auch auf die spezifische Situation von Migranten.²⁵

Die Chancen, die Präventionsprogramme für die Gesundheit von Migranten bieten, werden noch nicht genug genutzt. Das lässt sich an den wenigen verfügbaren Daten zur Teilnahme von Migranten an bestehenden Angeboten ablesen, wie z. B. Krebsfrüherkennung bei Erwachsenen oder Gesundheitsuntersuchungen bei Kindern. Nach gegenwärtigem Diskussionsstand sind jedoch keine spezifischen Programme zur Prävention und Vorsorge bei Migranten notwendig, sondern eine bessere Ausrichtung des bestehenden Systems auf die gewachsene Heterogenität der Bevölkerung und damit auch auf die Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund. Der größte Anteil der Krankheitslast unter Migranten ist dem der Mehrheitsbevölkerung ähnlich, sodass es sinnvoller erscheint, die Erreichbarkeit bestehender Programme zu verbessern, z. B. durch eine sprachliche und bei Bedarf auch kulturelle Unterschiede berücksichtigende Übersetzung von Informationsmaterialien. Neue, speziell auf Migranten ausgerichtete Programme oder Einrichtungen könnten hingegen kaum flächendeckend und qualitätsgesichert angeboten werden.

Im Vordergrund präventiver Maßnahmen steht das Ziel, Risiken zu senken, z. B. bei der Säuglingssterblichkeit oder der teilweise sehr hohen Rauchprävalenz bei männlichen Migranten. Darüber hinaus sollte es aber auch ein Ziel sein, bestehende gesundheitliche Vorteile zu wahren, wie z. B. die niedrigere Rauchprävalenz bei vielen weiblichen Migranten.

Erklärungsmodelle zu Migration und Gesundheit

Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit bleiben oft unbefriedigend, weil explizit formulierte Erklärungsmodelle fehlen.²⁶ Determinanten von Krankheit und Gesundheit bei Migrantinnen und Migranten werden häufig nicht benannt, was ihre systematische Untersuchung erschwert. Auch in der Epidemiologie erwacht erst in den vergangenen Jahren das Interesse, Migrantinnen und Migranten in epidemiologische Studien einzubinden.²⁷ Wenn dann – wie es nicht selten geschieht – die Daten zur gesundheitlichen Lage von Migranten nicht den Erwartungen entsprechen, beginnt nachträglich die Suche nach möglichen Erklärungen. Sie endet oft und bisweilen voreilig mit dem Schluss, es müsse sich um eine Verzerrung oder ein Artefakt (also ein aufgrund von Problemen in der Datenlage oder Fehlern in der Auswertung zustande gekommenes und letztendlich falsches Ergebnis) handeln.

Das Phänomen des „gesunden Migranten“

Viele Migrantinnen und Migranten sind gegenüber der Mehrheitsbevölkerung sozial und ökonomisch benachteiligt, daher müsste auch ihre Gesundheitssituation messbar schlechter sein. Aus der Sozialepidemiologie ist bekannt, dass ein niedriger sozioökonomischer Status das Risiko einer Erkrankung und vorzeitigen Todes erhöht. Erwachsene Migrantinnen und Migranten aus vielen Herkunftsländern, die in europäische Länder oder die USA migriert sind, weisen jedoch im Vergleich zur nicht migrierten Mehrheitsbevölkerung der Zielländer eine niedrige Mortalität auf. Ihre Sterblichkeit kann in manchen

Tabelle 1: Sterblichkeit von Migranten relativ zur Bevölkerung des Ziellandes

Herkunft	Zielland	Datenquelle	Maß	Relatives Risiko		Referenz
				Männer	Frauen	
China	Kanada	Canadian Mortality Database	RR	0,55	0,63	Sheth et al. 1999
Mexiko	USA	National Longitudinal Mortality Study	HR	0,57	0,60	Abraido-Lanza et al. 1999
Vietnam	England	National Health Service Register	SMR	0,64	0,56	Swerdlow 1991
Süd-europa *	Deutschland	Sozioökonomisches Panel (SOEP)	RR	0,68		Razum et al. 2000
Ehem. UdSSR**	Deutschland (Nordrhein-Westfalen)	Bevölkerungs- und Todesursachenstatistik	SMR	0,89	0,81	Ronellenfitch et al. 2006
v.a. Lateinamerika, Asien	USA	Nationale Mortalitätsdaten	RR	0,77	0,84	Singh & Hiatt 2006

* „Gastarbeiter“-Anwerbeländer im Mittelmeerraum (Türkei, ehemaliges Jugoslawien, Italien, Spanien, Portugal); Männer und Frauen zusammengefasst
 ** Aussiedler / Spätaussiedler.
 RR: Relatives Risiko; HR: Hazard Ratio; SMR: Standardised Mortality Ratio. Diese Maße geben an, wie viel Mal so hoch die Sterblichkeit der Migranten ist, relativ zur Bevölkerung des Ziellandes. Beispiel: RR = 0,55: Männliche chinesische Zuwanderer in Kanada haben eine 0,55-mal so hohe Sterblichkeit wie kanadische Männer. Dies ist gleichbedeutend mit einer 45 % niedrigeren Sterblichkeit (berechnet als $100 - 0,55 \cdot 100$).

Quelle: Razum (2006)

Altersgruppen bis zu 50 % niedriger liegen als in der Mehrheitsbevölkerung.²⁸ Tabelle 1 zeigt Beispiele aus der internationalen Literatur.

Dieser in vielen Datensätzen beobachtete Mortalitätsvorteil der Migranten wird in der Literatur als „*Healthy migrant*“-Effekt bezeichnet, frei übersetzt das „Phänomen des gesunden Migranten“. Es ist unwahrscheinlich, dass es sich dabei lediglich um einen Auswahleffekt bei der Migration handelt: Zwar migrieren oft besonders gesunde Menschen, ihr gesundheitlicher Vorteil müsste sich aber relativ zur Herkunftsbevölkerung zeigen, nicht notwendigerweise relativ zur Bevölkerung des Ziellandes der Migration. Zudem zeigt sich der Vorteil meist noch Jahre nach der Migration, trotz der ungünstigen sozioökonomischen Bedingungen, unter denen Migranten oft leben. Angesichts der inversen Assoziation zwischen sozioökonomischem Status und Mortalität stellt der „*Healthy migrant*“-Effekt ein Paradox dar.²⁹

Verzerrungen

Artefakte oder Verzerrungen in den verfügbaren Daten werden immer wieder als Erklärungen für scheinbare Gesundheitsvorteile oder die niedrigere Sterblichkeit von Migranten angeführt.³⁰ Einerseits werden Todesfälle unter Migranten im Ausland (zum Beispiel während Reisen ins Herkunftsland) in der deutschen Todesursachenstatistik nicht registriert.³¹ Andererseits könnten Migranten ins Herkunftsland zurückgekehrt sein, ohne sich in Deutschland abzumelden; sie würden damit rechnerisch weiter in der Bezugsbevölkerung verbleiben und die beobachtete Sterblichkeit „verdünnen“. Sicher tragen solche Verzerrungen einen Teil zur Erklärung der Unterschiede bei. Auffallend ist aber, dass Mortalitätsvorteile von Migranten auch in Studien bestehen, die solche Verzerrungen ausschließen können.³² Auch manche gesundheitlichen Vorteile bestehen nach statistischer Adjustierung fort – wenn auch in deutlich geringerem Maße als vorher.³³

Soziale Unterstützung

Eine verglichen mit der Mehrheitsbevölkerung bessere „soziale Unterstützung“ innerhalb der Migrantenbevölkerung³⁴ könnte einen Teil der gesundheitlichen Vorteile von Migrantinnen und Migranten erklären. Begründet wird das mit einer salutogenetischen, d. h. gesundheitsfördernden Wirkung sozialer Unterstützung. Es ist aber noch weitgehend ungeklärt, welchen Beitrag sie zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit tatsächlich leistet.³⁵ „Bessere soziale Unterstützung“ ist daher meist nur eine Ad-hoc-Erklärung für scheinbar paradoxe Befunde. Die zugrunde liegende Überlegung bleibt jedoch wichtig: Ein Erklärungsmodell zur Gesundheit von Migranten darf seinen Schwerpunkt nicht nur auf Faktoren legen, die einen schlechteren Gesundheitszustand bedingen, sondern muss auch migrantenspezifische gesundheitliche Ressourcen und protektive Faktoren beinhalten.³⁶

Migration als gesundheitlicher Übergang

Zwischen den Bevölkerungen ärmerer und reicherer Länder treten Unterschiede in der lebensgeschichtlichen Exposition auf. Das bedeutet, dass Migranten anderen Faktoren ausgesetzt sind, die Einfluss auf die Gesundheit nehmen. Beispiele

sind die weltweit bestehenden Unterschiede in den hygienischen Verhältnissen oder der Ernährung. Wer über nationale und dabei auch über ökonomische Grenzen hinweg migriert, dessen Risiko chronischer Erkrankungen unterscheidet sich allein deshalb von dem der nicht migrierten Bevölkerung im Zuwanderungsland. Daraus ergeben sich scheinbare Paradoxien hinsichtlich chronischer Erkrankungen bei Migranten.

Um sie aufzulösen, kann man Migration aus ärmeren in reichere Länder als einen gesundheitlichen Übergang interpretieren. Unter „gesundheitlichem Übergang“ versteht man normalerweise den in einer Gesellschaft stattfindenden Übergang von einer hohen Sterblichkeit – vorwiegend an Infektionskrankheiten sowie Mütter- und Kindersterblichkeit – hin zu einer insgesamt niedrigen Sterblichkeit – vorwiegend an nicht übertragbaren, chronischen Erkrankungen.³⁷ Der gesundheitliche Übergang hat mehrere Komponenten, relevant sind hier:

- die therapeutische Komponente – bessere Vorbeuge- und Behandlungsmöglichkeiten, z. B. für Infektionskrankheiten
- die Risikofaktorenkomponente – z. B. Erkrankungsschutz durch sauberes Trinkwasser, aber auch neue Risiken durch Rauchen, Ernährungsweise und Bewegungsmangel.

Der gesundheitliche Übergang hin zu chronischen Erkrankungen läuft weltweit ab, aber in unterschiedlicher Geschwindigkeit. Viele der ärmeren Herkunftsländer von Migranten befinden sich in medizinischer Hinsicht noch in einem früheren Stadium, verglichen mit reichen Industrieländern wie Deutschland. Migrieren Menschen von dort nach hier, so ändern sich ihre Neuerkrankungs- und Sterberaten. Das geschieht je nach Art der Erkrankung unterschiedlich schnell:³⁸

- Die Sterblichkeit von Migranten an behandelbaren Infektionskrankheiten und durch mütterliche Todesfälle, die in vielen Herkunftsländern noch hoch ist, sinkt schnell in Richtung des Niveaus in der Bevölkerung des Zuwanderungslandes ab – entsprechend der „therapeutischen“ Komponente des gesundheitlichen Übergangs.
- Neuerkrankungen und Sterblichkeit der Migranten an ischämischer Herzerkrankung („Herzinfarkt“), der häufigsten Todesursache in Deutschland, bleiben zunächst auf dem niedrigen Niveau z. B. eines südeuropäischen Herkunftslandes. Dies ist auf die meist lange Latenzzeit zwischen einem Anstieg der Risikofaktoren und dem Auftreten der Erkrankung zurückzuführen. Zuwanderer der ersten Generation können daher noch viele Jahre nach der Migration ein niedrigeres Herzinfarkt-Risiko und eine geringere Sterberate haben als die Bevölkerung des Zuwanderungslandes.

Mit zunehmender Aufenthaltsdauer – oder in den nachfolgenden Generationen, die im Zuwanderungsland aufwachsen – passen sich die Migranten an den „westlichen“ Lebensstil an. Dadurch steigt ihr Risiko eines Herzinfarktes mit der Zeit an³⁹ – entsprechend der „Risikofaktor“-Komponente des gesundheitlichen Übergangs. Dies kann Jahrzehnte dauern. Bei einzelnen ethnischen Gruppen geht dieser Aspekt des gesundheitlichen Übergangs jedoch mit einer besonders schnellen Änderung von Krankheitsrisiken einher. Ein Beispiel dafür sind Migranten aus Südasien in England und Schottland. Vermutlich aufgrund einer erhöhten Insulinresistenz nimmt ihr Risiko eines Herzin-

farktes bei einem „westlichen“ Lebens- und Ernährungsstil (fettreiche, kalorienreiche Ernährung, Bewegungsmangel) innerhalb von Jahren zu und übersteigt das Risiko sowohl der Bevölkerung des Herkunfts- als auch des Ziellandes.⁴⁰ Es wird diskutiert, ob türkischstämmige Menschen in Deutschland ebenfalls ein erhöhtes Herzinfarktrisiko haben, wenn sie ihren Lebensstil dem „westlichen“ anpassen. Grund könnte ein genetischer Polymorphismus sein, der mit einem niedrigeren „schützenden“ Cholesterin (HDL-Cholesterin) einhergeht.⁴¹

Der Anstieg des Risikos neuer, lebensstilbedingter Erkrankungen kommt zu den bestehenden höheren Risiken von Migranten bezüglich anderer chronischer Erkrankungen hinzu. Beispiele sind Magenkrebs und Schlaganfall. Sie treten gehäuft bei Menschen auf, die ihre Kindheit in Armut und unter schlechten hygienischen Bedingungen verbracht haben.⁴² Diese „mitgebrachten“ Krankheitsrisiken sind eine negative Seite des gesundheitlichen Übergangs, den Migranten durchlaufen. Migranten aus ärmeren Ländern befinden sich also in einem anderen Stadium auf dem Kontinuum des gesundheitlichen Übergangs als die Mehrheitsbevölkerung. Dadurch treten zwar nicht grundlegend andere chronische Erkrankungen auf, sie treten jedoch in einem anderen Verteilungsmuster auf.

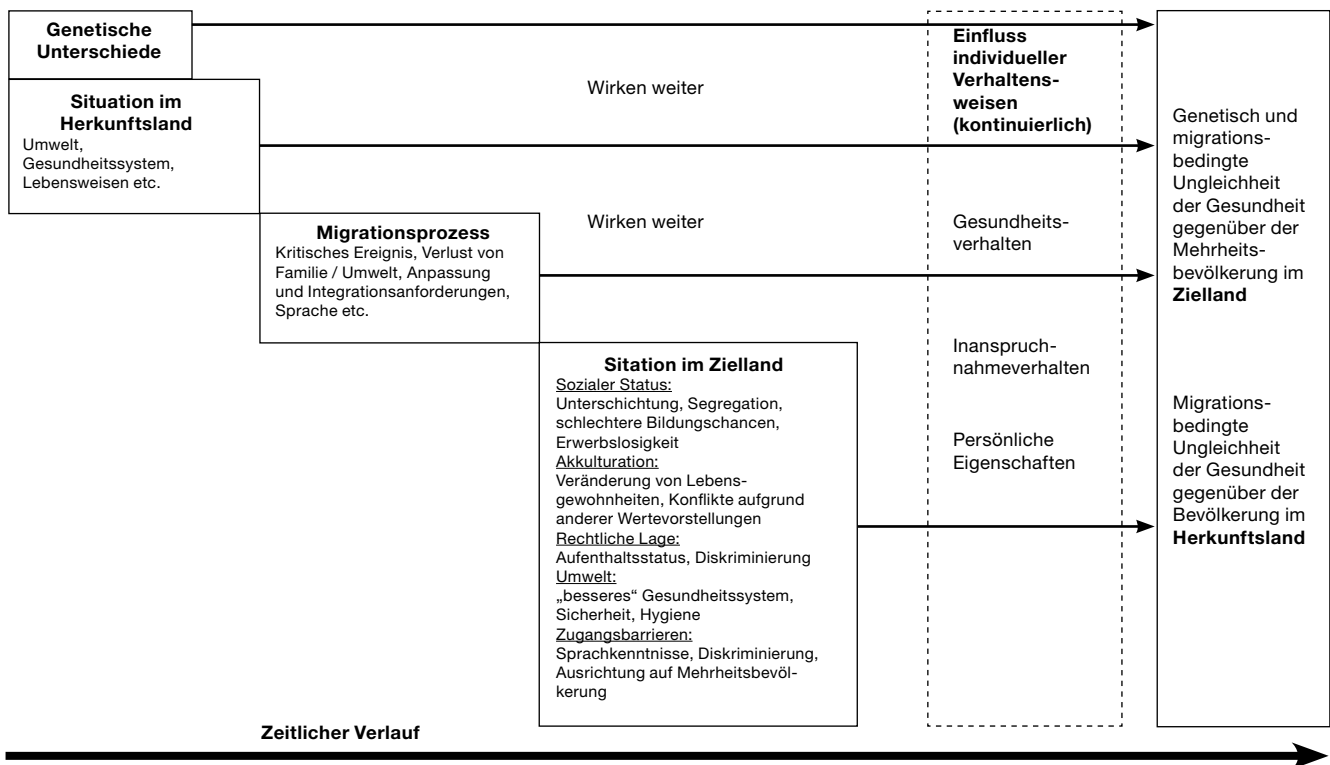
Migration und Lifecourse Epidemiology

Migranten bringen oft andere lebensgeschichtliche Expositionen mit, als sie die nicht migrierte Mehrheitsbevölkerung aufweist. So waren viele Migranten während der Kindheit im Herkunftsland anderen und unterschiedlichen Einflüssen ausgesetzt. Das kann zu unerwartet anderen Mustern des Auftretens chronischer Krankheiten führen. Für manche chronischen

Erkrankungen wird das Risiko des Auftretens in späteren Lebensphasen – nach langer Latenzzeit – schon durch Expositionen in der frühen oder frühesten Kindheit determiniert. Daher ist eine Untersuchung des *gesamten* Lebenslaufes von Migranten erforderlich, um die Muster ihrer chronischen Erkrankungen und ihrer Mortalität verstehen zu können. Eine Momentaufnahme zu einem Zeitpunkt nach der Migration reicht hierzu nicht aus. Vielmehr ist eine *Lifecourse epidemiology* erforderlich, also eine Epidemiologie, die Expositionen während des gesamten Lebenslaufes einbezieht.⁴³ Abbildung 1 zeigt eine solche Betrachtungsweise im Überblick.

In Studien zum Gesundheitszustand von Migranten – und damit auch bei der Entwicklung eines Erklärungsmodells – ist es schwierig, geeignete Vergleichsgruppen zu identifizieren. Die Unterschiede, beispielsweise in der Mortalität zwischen Migrantinnen und Migranten einerseits und der Mehrheitsbevölkerung andererseits, ergeben sich teilweise durch Faktoren aus der Lebensgeschichte im Herkunftsland. Wer aus einem südlichen Mittelmeer-Anrainerland nach Deutschland migriert, bringt zunächst die dortige, im Vergleich zur deutschen Bevölkerung viel niedrigere Herzinfarkt-Sterblichkeit mit. Er wird sie aufgrund der langen Latenzzeiten zwischen Risiko-Exposition und Erkrankung selbst bei sozioökonomischer Benachteiligung noch für viele Jahre beibehalten. Will man zwischen genetischer Prädisposition und Lebensstileinflüssen unterscheiden, so ist vor allem der Vergleich mit der Bevölkerung des Herkunftslandes aussagekräftig. Will man dagegen Aussagen über den Zugang zur Gesundheitsversorgung treffen, sind Vergleiche mit der Bevölkerung im Zielland der Migration sinnvoll.

Abbildung 1: Einflussgrößen auf die Gesundheit von Migranten aus der Sicht der Lifecourse Epidemiology



Quelle: Spallek und Razum (2008): 283.

Schlussfolgerungen

Die Beispiele belegen, wie schwierig die Beurteilung von Unterschieden in der Morbidität und Mortalität zwischen Migranten und der Mehrheitsbevölkerung im Zielland der Migration sein kann. Auf die Fragen jedoch, ob Migrantinnen und Migranten ein gutes Leben führen und ob sie mit Achtung behandelt werden, geben nicht alle Morbiditäts- und Mortalitätsdaten zuverlässige Auskunft. Hierzu müssen ausgewählte Gesundheitsindikatoren, wie z. B. die Säuglings- und Müttersterblichkeit oder Studien zur psychischen Befindlichkeit und zur sozialen Lage von Migrantinnen und Migranten, herangezogen werden. Von zunehmender – und bislang unterschätzter – Bedeutung sind auch die gesundheitlichen Probleme und der Pflegebedarf von älteren Menschen mit Migrationshintergrund.

Bis heute ermöglichen viele der in Deutschland verfügbaren Routinedaten keine ausreichende Differenzierung zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund. Zudem wird die sozialepidemiologische Forschung zur Gesundheit von Migrantinnen und Migranten vorwiegend „datenlastig“ betrieben, d. h. nur durch die Auswertung bestehender Datensätze ohne theoretische Unterbauung. Beides muss sich in Zukunft ändern. Dazu reichen bessere Daten allein nicht aus: Wenn das bestehende Theoriedefizit nicht aufgearbeitet wird, dann wird die Migrationsforschung weiterhin gesundheitliche Unterschiede dokumentieren, ohne ihre Ursachen klären und beheben zu können.

Endnoten

- ¹ Siehe BAMF (2006).
- ² Siehe Schenk et al. (2006).
- ³ Siehe Robert Koch-Institut (2008).
- ⁴ Siehe Duschek et al (2006).
- ⁵ Siehe Robert Koch-Institut (2008).
- ⁶ Siehe Robert Koch-Institut (2008).
- ⁷ Siehe Robert Koch-Institut (2008).
- ⁸ Datenbasis: Statistisches Bundesamt.
- ⁹ Siehe Poethko-Müller et al. (2007).
- ¹⁰ Siehe Kamtsiuris et al. (2007).
- ¹¹ Siehe WHO Jugendgesundheitsstudie.
- ¹² Siehe Kurth et al. (2007).
- ¹³ Quelle: Mikrozensus.
- ¹⁴ Quelle: Mikrozensus.
- ¹⁵ Datenquellen: Krebsregister des Saarlandes; Statistisches Bundesamt; Statistisches Landesamt des Landes Nordrhein-Westfalen.
- ¹⁶ 1995-2003 bzw. 2005; Datenquellen: Mikrozensus, Statistisches Bundesamt, Bundesministerium für Arbeit und Soziales.
- ¹⁷ 2005; Datenquellen: Mikrozensus, Statistisches Bundesamt.
- ¹⁸ Siehe Robert Koch-Institut (2008).
- ¹⁹ Siehe Ronellenfitsch et al. (2004).
- ²⁰ Siehe Kirkcaldy et al. (2006).
- ²¹ Siehe Lampert(2005).
- ²² Siehe Schenk (2007).
- ²³ Siehe Robert Koch-Institut (2008).
- ²⁴ Siehe Richter et al. (2007).
- ²⁵ Siehe Robert Koch-Institut (2008); Spallek und Razum (2007).
- ²⁶ Siehe Schenk (2007).
- ²⁷ Siehe Zeeb und Razum (2006).
- ²⁸ Siehe Razum (2006); Razum und Twardella (2002); Singh und Hiatt (2006); Swerdlow, (1991); Abraido-Lanza et al. (1999).
- ²⁹ Siehe Razum (2006).
- ³⁰ Siehe Ringbäck et al. (1999); Kibele et al. (2008); Raymond et al. (1996).
- ³¹ Siehe Neumann (1991).
- ³² Siehe Swerdlow (1991); Abraido-Lanza (1999).
- ³³ Siehe Lechner und Mielck (1998).
- ³⁴ Siehe White (1997).
- ³⁵ Siehe Mielck (2005).
- ³⁶ Siehe Schenk (2007).
- ³⁷ Siehe Omran (1971); Feachem et al. (1992).
- ³⁸ Siehe Razum und Twardella (2002).
- ³⁹ Siehe Anand et al. (2000); Benfante (1992).
- ⁴⁰ Siehe Khunti (2004); Bhopal et al. (1999).
- ⁴¹ Siehe Hergenc et al. (1999); Mahley et al. (1995).
- ⁴² Siehe Leon und Davey Smith (2000).
- ⁴³ Siehe Lynch und Davey Smith (2005); Spallek und Razum (2008).

Die Autoren:

Prof. Dr. med. Oliver Razum leitet die AG 3 – Epidemiologie & International Public Health in der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld.
E-Mail: oliver.razum@uni-bielefeld.de

Jacob Spallek ist wissenschaftlicher Mitarbeiter und Doktorand in der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld.
E-Mail: jacob.spallek@uni-bielefeld.de

Literatur

- Abraido-Lanza, A. F., Dohrenwend, B. P., Ng-Mak D. S. und Turner J. B.(1999): „The Latino Mortality Paradox: A Test of the ‚Salmon Bias‘ and Healthy Migrant Hypotheses.“ American Journal of Public Health 89 (10): 1543-1548.
- Anand, S. S., Yusuf, S., Vuksan, V., Devanesen, S., Teo, K. K., Montague, P. A. et al.(2000): „Differences in risk factors, atherosclerosis, and cardiovascular disease between ethnic groups in Canada: the Study of Health Assessment and Risk in Ethnic groups (SHARE).“ Lancet 356 (9226): 279-284.
- Benfante, R.(1992): „Studies of cardiovascular disease and cause-specific mortality trends in Japanese-American men living in Hawaii and risk factor comparisons with other Japanese populations in the Pacific region: a review.“ Human Biology 64 (6): 791-805.
- Bhopal, R., Unwin, N., White, M., Yallop, J., Walker, L., Alberti, K. G. et al. (1999): „Heterogeneity of coronary heart disease risk factors in Indian, Pakistani, Bangladeshi, and European origin populations: cross sectional study.“ British Medical Journal 319 (7204): 215-220.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2006): Migrationsbericht 2005. Nürnberg.
- Duschek, K-J., Weinmann, J., Böhm, K., Laue, E. und Brückner, G. (2006): Leben in Deutschland – Haushalte, Familien und Gesundheit – Ergebnisse des Mikrozensus 2005. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Feachem, R. G., Phillips, M. A. und Bulatao, R. A.(1992): „Introducing adult health.“ In: Feachem, R. G, Kjellstrom, T., Murray, C. J. L., Over, M. und Phillips, M. A., (Hg), The Health of Adults in the Developing World. New York: Oxford University Press: 13-16.
- Hergenc, G., Schulte, H., Assmann, G. und von Eckardstein, A. (1999): „Associations of obesity markers, insulin, and sex hormones with HDL-cholesterol levels in Turkish and German individuals.“ Atherosclerosis 145 (1): 147-156.
- Kamtsiuris, P., Bergmann, E., Rattay, P. und Schlaud, M. (2007): „Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS).“ Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 50 (5-6): 836-850.
- Khunti, K. und Samani, N. J. (2004): „Coronary heart disease in people of south-Asian origin.“ Lancet 364 (9451): 2077-2078.
- Kibele, E., Scholz, R. und Shkolnikov, V. M. (2008): „Low migrant mortality in Germany for men aged 65 and older: fact or artifact?“ European Journal of Epidemiology 23 (6): 389-393.
- Kirkcaldy, B., Wittig, U., Furnham, A., Merbach, M. und Siefen, R-G. (2006): „Migration und Gesundheit. Psychosoziale Determinanten.“ Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 49 (9): 873-883.
- Kurth, B-M., Schaffrath und Rosario A. (2007): „Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS).“ Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 50 (5-6): 736-743.
- Lampert, T., Saß, A-C., Häfelinger, M. und Ziese, T. (2005): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Lechner, I. und Mielck, A. (1998): „Die Verkleinerung des ‚Healthy Migrant Effects‘: Entwicklung der Morbidität von ausländischen und deutschen Befragten im Sozio-Ökonomischen Panel 1984 bis 1992.“ Gesundheitswesen 60: 715-720.
- Leon, D. A. und Davey Smith, G. (2000): „Infant mortality, stomach cancer, stroke, and coronary heart disease: ecological analysis.“ British Medical Journal 320 (7251): 1705-1706.
- Lynch, J. und Davey Smith G. (2005): „A life course approach to chronic disease epidemiology.“ Annual Review of Public Health 26: 1-35.
- Mahley, R. W., Palaoglu, K. E., Atak, Z., Dawson-Pepin, J., Langlois, A. M., Cheung, V. et al. (1995): „Turkish Heart Study: lipids, lipoproteins, and apolipoproteins.“ Journal of Lipid Research 36: 839-857.
- Mielck, A. (2005): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Bern: Verlag Hans Huber.
- Neumann, G. (1991): „Todesursachenstatistik - Sterbetafeln.“ Deutsches Ärzteblatt 88 (15): 722-723.
- Omran, A. R. (1971): „The epidemiologic transition. A theory of the epidemiology of population change.“ Milbank Memorial Fund Quarterly 49 (4): 509-538.
- Poethko-Müller, C., Kuhnert, R. und Schlaud, M. (2007): „Durchimpfung und Impfstatus in Deutschland. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS).“ Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 50 (5-6): 851-862.
- Raymond, L., Fischer, B., Fioretta, G. und Bouchardy, C. (1996): „Migration bias in cancer survival rates.“ Journal of Epidemiology and Biostatistics 1 (3): 167-173.
- Razum, O. (2006): „Migration, Mortalität und der Healthy-migrant-Effekt.“ In: Richter, M. und Hurrelmann, K., (Hg.), Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften: 255-270.
- Razum, O. und Twardella, D. (2002): „Time travel with Oliver Twist – towards an explanation for a paradoxically low mortality among recent immigrants.“ Tropical Medicine and International Health 7 (1): 4-10.
- Razum, O., Zeeb, H. und Rohrmann, S. (2000): „The healthy migrant effect – not merely a fallacy of inaccurate denominator figures (letter).“ International Journal of Epidemiology 29: 191-192.

- Richter, M. und Hurrelmann, K. (2006): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Ringbäck Weitoft, G., Gullberg, A., Hjern, A. und Rosén, M. (1999): „Mortality statistics in immigrant research: method for adjusting underestimation of mortality.“ International Journal of Epidemiology 28: 756-763.
- Robert Koch-Institut (Hg.) (2008): Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Ronellenfitsch, U., Kyobutungi, C., Becher, H., Razum, O. (2006): „All-cause and cardiovascular mortality among ethnic German immigrants from the Former Soviet Union: a cohort study.“ BMC Public Health 6: 16.
- Ronellenfitsch, U. und Razum, O. (2004): „Deteriorating health satisfaction among immigrants from Eastern Europe to Germany.“ International Journal of Equity in Health 3 (1): 4.
- Schenk, L., Bau, A-M., Borde, T., Butler, J., Lampert, T., Neuhäuser, H. et al. (2006): „Mindestindikatorensatz zur Erfassung des Migrationsstatus. Empfehlungen für die epidemiologische Praxis.“ Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 49 (9): 853-860.
- Schenk, L. (2007): „Migration und Gesundheit – Entwicklung eines Erklärungs- und Analysemodells für epidemiologische Studien.“ International Journal of Public Health 52: 87-96.
- Sheth, T., Nair, C., Nargundkar, M., Anand, S. und Yusuf, S. (1999): „Cardiovascular and Cancer Mortality among Canadians of European, South Asian and Chinese Origin from 1979 to 1993: An Analysis of 1.2 Million Deaths.“ Canadian Medical Association Journal 161:132-138.
- Singh, G. K. und Hiatt, R. A. (2006): „Trends and disparities in socioeconomic and behavioural characteristics, life expectancy, and cause-specific mortality of native-born and foreign-born populations in the United States, 1979-2003.“ International Journal of Epidemiology 35 (4): 903-919.
- Spallek, J. und Razum, O. (2007): „Gesundheit von Migranten: Defizite im Bereich der Prävention.“ Med Klin (Munich) 102 (6): 451-456.
- Spallek, J. und Razum, O. (2008): „Erklärungsmodelle für die gesundheitliche Situation von Migrantinnen und Migranten.“ In: Bauer, U., Bittlingmayer, U. H. und Richter, M. (Hg.): Health Inequalities – Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. Wiesbaden: VS-Verlag: 271-288.
- Swerdlow, A. J. (1991): „Mortality and cancer incidence in Vietnamese refugees in England and Wales: a follow-up study.“ International Journal of Epidemiology 1991; 20 (1): 13-19
- White, J. B. (1997): „Turks in the New Germany.“ American Anthropology 99 (4): 754-769.
- Zeeb, H. und Razum, O. (2006): „Epidemiologische Studien in der Migrationsforschung – ein einleitender Überblick.“ Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 49 (9): 845-852.

Weiterführende Internetquellen

- International Centre for Migration and Health (ICMH): <http://www.icmh.ch/>
- International Organization for Migration (IOM), Migration Health Department (MHD): <http://www.iom.int/jahia/Jahia/pid/543>

IMPRESSUM

Herausgeber: Hamburgisches WeltWirtschaftsinstitut (HWWI), Heimhuder Strasse 71, 20148 Hamburg, Tel.: +49 (0)40 34 05 76-0, Fax: +49 (0)40 34 05 76-776, E-Mail: info@hwwi.org
Kooperationspartner: Bundeszentrale für politische Bildung (bpb) und Netzwerk Migration in Europa e.V.
Redaktion: Jennifer Elrick (verantw.), Tanja El-Cherkeh, Gunnar Geyer, Rainer Münz, Antje Scheidler (Netzwerk Migration in Europa e.V.), Jan Schneider

Die Herausgabe der Länderprofile (ISSN 1864-6220) und Kurzdossiers (ISSN 1864-5704) wird von der Bundeszentrale für politische Bildung (bpb) gefördert.
Die Länderprofile und Kurzdossiers geben nicht unbedingt die Ansicht der bpb und des HWWI wieder. Der Abdruck von Auszügen und Grafiken ist bei Nennung der Quelle erlaubt.

Weitere Online-Ressourcen: www.hwwi.org, www.bpb.de, www.network-migration.org, www.migration-info.de
Unsere Länderprofile und Kurzdossiers sind online verfügbar unter: www.focus-migration.de