# Gesundheit von Frauen mit Migrationshintergrund

KAPITEL 6

- *Frauen mit Migrationshintergrund sind eine heterogene Gruppe; die Datenlage zur Gesundheit ist unzureichend.*

- *Soziodemografische und migrationsspezifische Faktoren beeinflussen die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Frauen mit Migrationshintergrund.*

- *Frauen mit Migrationshintergrund sind im Vergleich zu Frauen ohne Migrationshintergrund seltener von bestimmten chronischen körperlichen Erkrankungen betroffen, leiden aber häufiger an einer depressiven Symptomatik.*

- *Frauen mit Migrationshintergrund konsumieren seltener Alkohol in riskanten Mengen; sie sind allerdings auch seltener sportlich aktiv.*

- *Unterschiede in der Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems und der Qualität der Behandlung sind insbesondere auf sprachliche Barrieren zurückzuführen.*

# 6 Gesundheit von Frauen mit Migrationshintergrund

## 6.1 Einleitung

Von den weltweit über 257 Millionen international Migrierenden sind nahezu die Hälfte (48,4 %) weiblich (Jahr 2017). In Deutschland beläuft sich der Frauenanteil bei der internationalen Migration auf 50,2 % [1]. Menschen mit Migrationshintergrund (siehe Infobox 6.1.1) sind im Vergleich zur Bevölkerung ohne Migrationshintergrund einerseits spezifischen Gesundheitsrisiken ausgesetzt, andererseits weisen sie besondere gesundheitsrelevante Ressourcen auf (religiös begründete Ablehnung von Substanzkonsum, Ernährungsgewohnheiten, soziale Unterstützung) [2–4]. Zudem migrieren häufig junge, gesunde Menschen mit einer niedrigeren Sterblichkeit als die Bevölkerung des Ziellandes („Healthy Migrant Effect") [5–7]. Allerdings steigt mit zunehmender Aufenthaltsdauer das Risiko neuer Erkrankungen, die aus einer lebensstilbedingten Anpassung resultieren [5, 8].

Die Einflussgrößen auf die Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund unterscheiden sich nach dem Geschlecht. So können bereits im Herkunftsland geschlechtsbezogene Expositionen wirken, die die Gesundheit noch im Zielland beeinflussen (z. B. weibliche Genitalverstümmelung (female genital mutilation, FGM)). Neben den kulturellen und sozialen Bedingungen im Herkunftsland variieren auch die mit dem Migrationsprozess verbundenen Herausforderungen zwischen Frauen und Männern. Im Zielland wirken ebenfalls geschlechtsbezogene Einflussgrößen auf die gesundheitliche Situation von Frauen mit Migrationshintergrund: Einerseits können positive Faktoren zum Tragen kommen, wie eine selbstbestimmtere Rolle der Frau in der Gesellschaft, die in vielen aufnehmenden Ländern üblich ist. Andererseits können psychosoziale Belastungen (Diskriminierungserfahrungen, Trennung von Familienangehörigen) die Gesundheit von Frauen (und auch von Männern) mit Migrationshintergrund negativ beeinflussen [9].

Frauen mit Migrationshintergrund stellen eine in sich heterogene Bevölkerungsgruppe dar. Sie unterscheiden sich sowohl nach soziodemografischen (Alter, soziale Lage) als auch migrationsbezogenen Merkmalen wie Herkunftsland, Motiven der Migration, Aufenthaltsdauer und -status, Sprachkenntnissen, Migrationsgeneration, Akkulturationsgrad oder religiösem Hintergrund [10, 11]. Dementsprechend variieren die Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken auch innerhalb der Gruppe der Frauen mit Migrationshintergrund stark.

Um auf der Grundlage einer datenbasierten Beschreibung der Gesundheit von Frauen mit Migrationshintergrund mögliche gesundheitspolitische Handlungsfelder zu identifizieren, ist eine zielgruppenspezifische Betrachtung bedeutsam. Allerdings liegen nur wenige Datenquellen

**Infobox 6.1.1**
**Definition Migration und Migrationshintergrund**

Internationale Migration bezeichnet die dauerhafte, grenzüberschreitende Verlagerung des Lebensmittelpunktes einer Person [13, 14]. Dieses biografische Ereignis beeinflusst nicht nur die Lebenssituation der Zugewanderten, sondern auch die der in Deutschland geborenen Nachkommen [10]. Um die gesellschaftliche Vielfalt in Deutschland hinlänglich abzubilden, wurde im Jahr 2005 mit der Novellierung des Mikrozensusgesetzes das Konzept der „Bevölkerung mit Migrationshintergrund" eingeführt: „Eine Person hat einen Migrationshintergrund, wenn sie selbst oder mindestens ein Elternteil die deutsche Staatsangehörigkeit nicht durch Geburt besitzt" [15]. Diese Definition ermöglicht die Berücksichtigung von Migrantengruppen mit deutscher Staatsangehörigkeit wie Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler oder eingebürgerte Personen [10, 16, 17]. Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler sind Personen mit deutscher Herkunft, die seit dem 01.01.1993 aus den Nachfolgestaaten der ehemaligen Sowjetunion oder weiteren osteuropäischen Ländern nach Deutschland zugezogen sind [13, 15]. In den Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts (RKI) wird der Migrationshintergrund über das Geburtsland der/des Befragten und ihrer/seiner Eltern bestimmt. Demnach weisen Personen einen Migrationshintergrund auf, wenn sie entweder selbst aus einem anderen Land zugewandert sind (1. Generation) oder mindestens ein Elternteil im Ausland geboren ist (2. Generation) [4].

vor, die sowohl die gesundheitliche Lage als auch den Migrationshintergrund umfassend abbilden und differenzierte Auswertungen für spezifische (Herkunfts-)Gruppen oder nach der Aufenthaltsdauer erlauben (siehe Infobox 6.1.2). Während das Gesundheitsverhalten von Frauen mit Migrationshintergrund anhand einzelner Befragungsdaten unter Berücksichtigung der Heterogenität der Bevölkerungsgruppe beschrieben werden kann (siehe Infobox 6.1.3), besteht „Konsens über den fortbestehenden Mangel an repräsentativen Daten zur Präventionsteilhabe, zum Gesundheitsstatus und zur medizinischen Versorgung von Menschen mit Einwanderungsgeschichten" [12]. Aufgrund dieser Herausforderungen basieren die folgenden Ausführungen teilweise auf Studien, die auf spezifische Regionen und bestimmte Migrantengruppen begrenzt sind.

### Infobox 6.1.2
### Datenbezogene Beschränkungen der Gesundheitsberichterstattung zu Frauen mit Migrationshintergrund

In amtlichen Statistiken und Routinedaten des Gesundheitswesens (z. B. Abrechnungsdaten) wird häufig allenfalls die Staatsangehörigkeit erhoben, wodurch bestimmte Gruppen von Frauen mit Migrationshintergrund (z. B. eingebürgerte Frauen) nicht identifizierbar sind. Darüber hinaus sind die Auswertungsmöglichkeiten aufgrund fehlender Informationen zur sozialen Lage, die empirisch bereits als relevante Einflussgröße zur Erklärung von gesundheitlicher Ungleichheit belegt worden ist, deutlich eingeschränkt [2, 18, 19]. In (gesundheitswissenschaftlichen) Surveys sind Menschen mit Migrationshintergrund jedoch oftmals unterrepräsentiert, d. h. der Anteil in der Befragung entspricht nicht ihrem Anteil in der Bevölkerung. Neben der Stichprobenziehung über das Merkmal „Staatsangehörigkeit" werden durch sprachliche und kulturelle Barrieren bei der Datenerhebung bestimmte Teile der Bevölkerung mit Migrationshintergrund von der Befragung ausgeschlossen [2, 4, 20, 21].

### Infobox 6.1.3
### Daten zur Beschreibung der Gesundheit von Frauen mit Migrationshintergrund

Um repräsentative und differenzierte Aussagen zur Gesundheit von Frauen mit Migrationshintergrund treffen zu können, wurden für dieses Kapitel Datenquellen ausgewählt, welche die Besonderheiten dieser Gruppe sowohl bei der Stichprobenziehung als auch im Befragungs- und Untersuchungsprogramm berücksichtigen. In der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1, 2008–2011) wurden spezifische Maßnahmen zur Erhöhung der Beteiligung von Menschen mit Migrationshintergrund angewendet (Oversampling, d. h. die überproportionale Berücksichtigung von Personen mit nicht-deutscher Staatsangehörigkeit bei der Stichprobenziehung, Einsatz mehrsprachiger Fragebögen) [22]. Allerdings sind nicht alle Subgruppen von Migrantinnen (und Migranten) in DEGS1 repräsentativ vertreten [4].

Eine repräsentative Einbindung von Familien mit Migrationshintergrund gelang in der zweiten Welle der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS Welle 2, 2014–2017) [23]. Dafür wurde nicht nur ein Oversampling von Kindern und Jugendlichen mit nicht-deutscher Staatsangehörigkeit durchgeführt, sondern auch ein Namenszuweisungsverfahren (onomastisches Verfahren) angewendet, um die Einladungsschreiben entsprechend der Herkunftssprache zu versenden. Weiterhin wurden die Erhebungsmaterialien übersetzt und die Feldteams waren interkulturell geschult.

Darüber hinaus sind für Fragestellungen zur gesundheitlichen Lage von Menschen mit Migrationshintergrund sowohl der Mikrozensus, der aufgrund des Stichprobenumfangs Analysen nach Subpopulationen ermöglicht [24], als auch das Sozio-oekonomische Panel (SOEP) wertvolle Datenquellen. Neben dem Oversampling bestimmter Migrantengruppen, der zusätzlichen Anwendung eines onomastischen Verfahrens bei der Stichprobenziehung und dem Einsatz übersetzter Erhebungsmaterialien bei Stichproben der Gesamtbevölkerung, werden im SOEP spezifische Migrantenstichproben realisiert [25, 26].

## 6.2 Frauen mit Migrationshintergrund in Deutschland – Eckdaten

### 6.2.1 Herkunftsländer, Aufenthaltsdauer und Motive der Migration

24,6 % der Frauen in Deutschland haben einen Migrationshintergrund (Jahr 2018). Von den Frauen mit Migrationshintergrund sind knapp zwei Drittel (65,4 %) selbst zugewandert, d. h. sie sind im Kindes- oder Erwachsenenalter nach Deutschland gekommen. Ein kleinerer Teil der Frauen mit Migrationshintergrund ist in Deutschland geboren und hat demzufolge keine eigene Migrationserfahrung (34,6 %). Knapp die Hälfte aller Frauen mit Migrationshintergrund besitzt einen ausländischen Pass (45,8 %). Einen deutschen Pass besitzen 54,2 % aller Frauen mit Migrationshintergrund. Knapp die Hälfte von ihnen wurde mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren (48,4 %), je ein Viertel (je 25,5 %) erlangte die deutsche Staatsbürgerschaft als (Spät-)Aussiedlerin oder durch Einbürgerung und 0,6 % durch Adoption [15].

Mit 13,3 % stellen Frauen mit türkischem Migrationshintergrund die größte Gruppe dar (Abb. 6.2.1.1), gefolgt von Polen (11,5 %), der Russischen Föderation (7,2 %), Kasachstan (6,4 %), Rumänien (4,8 %), Italien (3,6 %) sowie Syrien (3,2 %). Dabei zeigen sich im Hinblick auf die Herkunftsländer der Bevölkerung mit Migrationshintergrund Unterschiede nach dem Geschlecht: Während der Anteil der Frauen an allen Migrierenden in Ländern wie Syrien (39,5 %) und Pakistan (38,3 %) vergleichsweise niedrig ist, liegt der Frauenanteil aus China (53,3 %) oder der Ukraine (58,8 %) über dem der Männer [15].

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer von selbst zugewanderten Frauen variiert nach dem Herkunftsland (Abb. 6.2.1.2). Fast ein Drittel (31,9 %) der Frauen mit türkischem Migrationshintergrund leben seit 40 und mehr Jahren in Deutschland. Dies trifft hingegen nur auf jede 16. Frau aus Rumänien zu. Selbst zugewanderte Frauen aus Rumänien haben zu einem höheren Anteil eine Aufenthaltsdauer von unter zehn Jahren (45,2 %) [15].

**Abbildung 6.2.1.1**
**Herkunftsländer und Staatsangehörigkeit der Frauen mit Migrationshintergrund in Deutschland**
Datenbasis: Mikrozensus 2018 [15]

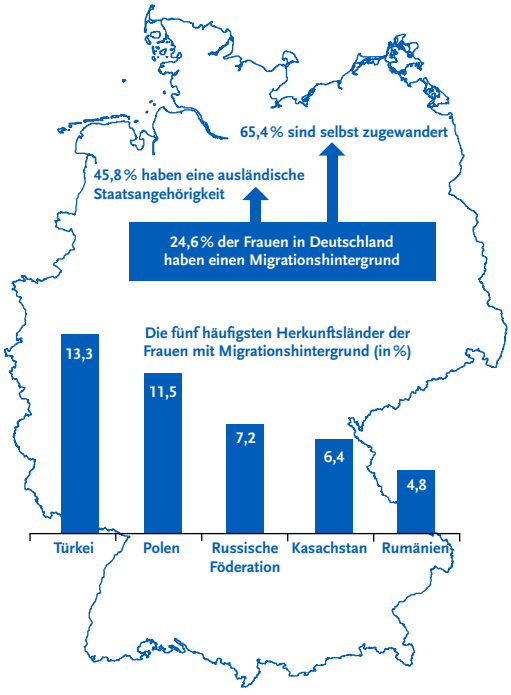
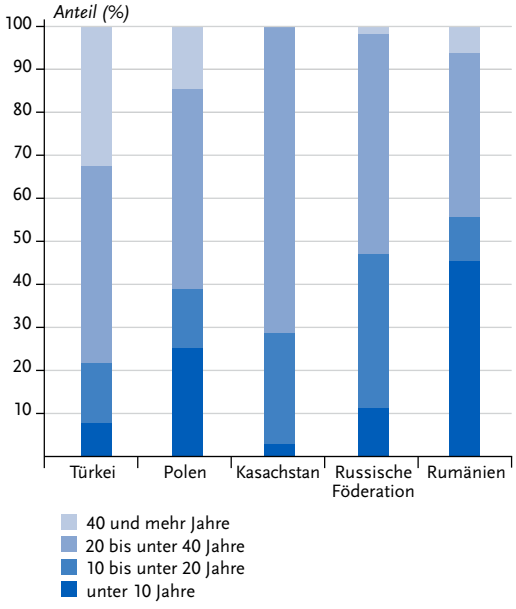



**Abbildung 6.2.1.2**
**Aufenthaltsdauer von selbst zugewanderten Frauen nach den häufigsten Herkunftsländern**
Datenbasis: Mikrozensus 2018 [15]



Im Hinblick auf die Hauptmotive der Zuwanderung zeigen sich unter den selbst zugewanderten Frauen ebenfalls herkunftslandspezifische Unterschiede: Fast drei Viertel (73,1 %) der syrischen Frauen migrierten aus humanitären Gründen wie Flucht oder Asyl. Unter den Frauen aus der Türkei (79,1 %), Kasachstan (72,4 %) und der Russischen Föderation (65,6 %) liegt der Zuwanderungsanteil aufgrund von Familienzusammenführung und der Familiengründung besonders hoch. Von den Frauen mit kroatischem (33,3 %), bulgarischem (33,3 %) und spanischem (27,7 %) Hintergrund werden zudem arbeitsbezogene Migrationsmotive häufig genannt [15].

### 6.2.2 Alters- und Familienstruktur

Mit einem Durchschnittsalter von 36,1 Jahren sind Frauen mit Migrationshintergrund deutlich jünger als Frauen ohne Migrationshintergrund (48,6 Jahre). Während 10,3 % der Mädchen ohne Migrationshintergrund unter 15 Jahre alt sind, liegt der entsprechende Anteil unter den Mädchen mit Migrationshintergrund mit 20,4 % doppelt so hoch. Demgegenüber beläuft sich der Anteil der 65-Jährigen und Älteren unter den Frauen mit Migrationshintergrund auf 10,4 % und bei den Frauen ohne Migrationshintergrund auf 27,3 % [15].

Frauen mit Migrationshintergrund (12,8 %) leben seltener allein als Frauen ohne Migrationshintergrund (24,0 %). Darüber hinaus leben sie häufiger in einer Paarfamilie mit Kindern (27,8 % bzw. 19,4 % der Frauen ohne Migrationshintergrund). Bezüglich des Anteils an Verheirateten gibt es keinen Unterschied zwischen Frauen mit und ohne Migrationshintergrund (44,2 % bzw. 44,8 %). Bei den Alleinerziehenden bestehen nur geringfügige Unterschiede nach dem Migrationshintergrund (Frauen mit Migrationshintergrund: 5,9 %, Frauen ohne Migrationshintergrund: 5,1 %) [15].

### 6.2.3 Schulische und berufliche Qualifikation

Frauen mit Migrationshintergrund haben überproportional häufig keinen Schulabschluss. Von allen Frauen mit Migrationshintergrund, die nicht mehr in Ausbildung bzw. schulpflichtig sind, haben 13,6 % keinen Schulabschluss im Vergleich zu 1,5 % der Frauen ohne Migrationshintergrund. Gleichzeitig ist der Anteil der Frauen mit Hochschulreife jedoch höher als bei Frauen ohne Migrationshintergrund (31,0 % bzw. 23,6 %) oder bei Männern mit Migrationshintergrund (28,0 %). Bei einer differenzierten Betrachtung nach den häufigsten Herkunftsländern werden deutliche Unterschiede innerhalb der Migrantinnengruppen sichtbar: So weisen 14,3 % der Frauen mit türkischem und 25,6 % der Frauen mit russischem Migrationshintergrund eine Hochschulreife auf. Im Hinblick auf den beruflichen Abschluss zeigt sich ein ähnliches Bild wie bei den Schulabschlüssen: Ein Großteil der Frauen mit Migrationshintergrund verfügt über keinen beruflichen Abschluss (38,8 % bzw. 16,6 % der Frauen ohne Migrationshintergrund). Der Anteil an Hochschulabsolventinnen (ohne Promotion) liegt unter den Frauen mit Migrationshintergrund (14,5 %) aber höher als unter den Frauen ohne Migrationshintergrund (10,0 %) [15]. Die Spreizung bei den schulischen und beruflichen Abschlüssen ist demnach unter Frauen mit Migrationshintergrund größer als unter Frauen ohne Migrationshintergrund.

### 6.2.4 Erwerbsbeteiligung und wirtschaftliche Situation

Der insgesamt überproportional hohe Anteil von Frauen mit Migrationshintergrund ohne schulische sowie berufliche Qualifikation geht mit einer schlechteren Positionierung am Arbeitsmarkt einher: Frauen mit Migrationshintergrund weisen im Vergleich zu Männern mit Migrationshintergrund und Personen ohne Migrationshintergrund nicht nur die niedrigste Erwerbstätigenquote und das geringste durchschnittliche Nettoeinkommen auf, sondern sie sind auch häufiger in einer geringfügigen Beschäftigung tätig [15, 27]. Darüber hinaus liegt die sogenannte Armutsgefährdungsquote bei Frauen mit Migrationshintergrund doppelt so hoch wie bei den Frauen ohne Migrationshintergrund (27,1 % bzw. 12,3 %) [15]. Als armutsgefährdet gilt, wem weniger als 60 % des Durchschnittseinkommens zur Verfügung steht (bedarfsgewichtetes Haushaltsnettoeinkommen) [28]. Die Armutsgefährdungsquote unterscheidet sich zudem deutlich nach den Herkunftsländern: Frauen mit syrischem (78,2 %), irakischem

(69,2 %) sowie afghanischem (68,7 %) Migrationshintergrund sind besonders häufig armutsgefährdet [15]. Vor dem Hintergrund des Zusammenhangs zwischen der sozialen und gesundheitlichen Ungleichheit [29] sind Frauen mit Migrationshintergrund infolge der mehrfachen sozialen Benachteiligung besonderen gesundheitlichen Risiken ausgesetzt [30, 31].

## 6.3 Gesundheitliche Situation von Frauen mit Migrationshintergrund

### 6.3.1 Subjektive Gesundheit

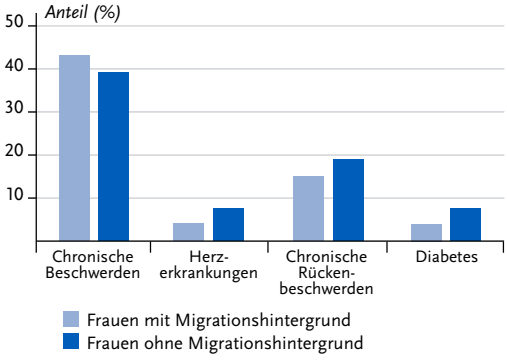
Der selbsteingeschätzte allgemeine Gesundheitszustand steht in einem engen Zusammenhang mit funktionalen Einschränkungen, chronischen Erkrankungen und der Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems [32, 33] (siehe Kapitel 2.1.2). Insgesamt bestehen nur geringfügige Unterschiede in der subjektiven Gesundheit zwischen Frauen mit und ohne Migrationshintergrund. Deskriptive Auswertungen der DEGS1-Studie zeigen, dass 71,0 % der Frauen mit Migrationshintergrund und 74,3 % der Frauen ohne Migrationshintergrund ihren allgemeinen Gesundheitszustand als gut oder sehr gut einschätzen. Allerdings variieren die Einschätzungen zur subjektiven Gesundheit nach der Generationszugehörigkeit: Selbst zugewanderte Frauen bewerten ihre subjektive Gesundheit signifikant schlechter als Frauen ohne Migrationshintergrund. Dieser statistisch bedeutsame Effekt bleibt auch bei Berücksichtigung der Unterschiede in der Altersstruktur und dem sozioökonomischen Status (SES) bestehen. Für in Deutschland geborene Frauen mit Migrationshintergrund zeigt sich kein derartiger Effekt [11].

### 6.3.2 Körperliche Gesundheit

Im Hinblick auf das Vorliegen chronischer Erkrankungen deuten deskriptive Auswertungen des SOEP für das Jahr 2016 auf migrationsbezogene Unterschiede hin. Gefragt wurde, ob die Frauen seit mindestens einem Jahr oder chronisch an bestimmten Beschwerden leiden. Während der Anteil von Frauen mit Beschwerden unter den Frauen mit Migrationshintergrund insgesamt (43,2 %) etwas über dem Wert für Frauen ohne Migrationshintergrund liegt (39,2 %) (Abb. 6.3.2.1), werden Unterschiede deutlich, wenn man differenzierter auswertet. Der Anteil der Frauen mit chronischen Beschwerden ist unter den in Deutschland geborenen Frauen mit Migrationshintergrund sogar etwas niedriger (38,1 %) als unter Frauen ohne Migrationshintergrund. Demgegenüber liegt der entsprechende Anteil unter den selbst zugewanderten Frauen mit 46,8 % deutlich höher. Eine altersdifferenzierte Betrachtung zeigt, dass in der Altersgruppe ab 60 Jahren sowohl selbst zugewanderte Frauen als auch in Deutschland geborene Frauen mit Migrationshintergrund deutlich häufiger von chronischen Beschwerden betroffen sind als Frauen ohne Migrationshintergrund.

Während die deskriptiven Auswertungen zu den chronischen Beschwerden im Allgemeinen auf gesundheitliche Nachteile der Frauen mit Migrationshintergrund hindeuten, liegt nach den Daten des SOEP für das Jahr 2015 sowohl die Lebenszeitprävalenz von Herzerkrankungen (inkl. Herzinsuffizienz, Herzschwäche) als auch von chronischen Rückenbeschwerden bei Frauen mit Migrationshintergrund niedriger als bei Frauen ohne Migrationshintergrund (Abb. 6.3.2.1). Darüber hinaus zeigen die Auswertungen, dass der Anteil einer jemals ärztlich diagnostizierten Diabeteserkrankung bei Frauen mit Migrationshintergrund niedriger ist als bei Frauen ohne Migrationshintergrund. Insbesondere selbst zugewanderte Frauen weisen mit 3,9 % eine fast halb so hohe Lebenszeitprävalenz von Diabetes auf wie Frauen ohne Migrationshintergrund

**Abbildung 6.3.2.1**
**Chronische Beschwerden und ausgewählte Erkrankungen von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund**
Datenbasis: SOEP 2015/2016



(7,5 %). Hierbei ist allerdings zu bedenken, dass Frauen mit Migrationshintergrund eine im Durchschnitt jüngere Bevölkerungsgruppe sind als Frauen ohne Migrationshintergrund (siehe Kapitel 6.2.2). Ein weiterer Erklärungsansatz könnte die zumeist niedrigere Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch Menschen mit Migrationshintergrund sein. Eine vergleichende Studie zu Schwangerschaftsdiabetes von türkischen und deutschen Frauen auf der Grundlage einer namensbasierten Auswertung schwangerschaftsbezogener Abrechnungsdaten der AOK Berlin zeigte, dass türkischstämmige Frauen eine signifikant höhere Inzidenz für Schwangerschaftsdiabetes aufweisen [34].

Der scheinbar im Gegensatz zu den krankheitsbezogenen Ergebnissen aus dem SOEP stehende Befund, dass Frauen mit Migrationshintergrund von nicht näher spezifizierten chronischen Beschwerden häufiger betroffen sind (Abb. 6.3.2.1), lässt sich möglicherweise durch spezielle Belastungen und kulturelle Unterschiede im Krankheitsverständnis erklären. Auch hier könnte die zumeist niedrigere Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch Menschen mit Migrationshintergrund eine Rolle spielen: Die Frage nach Erkrankungen bezog sich auf jemals erhaltene ärztliche Diagnosen. Die Frage nach chronischen Beschwerden war eine Selbsteinschätzung.

Die verfügbaren Studien zur Erkrankungshäufigkeit und Sterblichkeit an Krebserkrankungen konzentrieren sich auf spezifische Regionen und Migrantengruppen. Für Aussiedlerinnen und Frauen mit türkischem Migrationshintergrund wurde nachgewiesen, dass im Vergleich zu Frauen ohne Migrationshintergrund keine Unterschiede in der Häufigkeit von Krebsneuerkrankungen bestehen (Gesamtkrebsinzidenz unter Berücksichtigung von Unterschieden in der Altersstruktur der Gruppen) [35]. Die Sterblichkeit an Krebserkrankungen (Gesamtkrebsmortalität) liegt sogar unter dem Wert der Vergleichsgruppe [36–40]. Im Hinblick auf einzelne Krebsarten zeigen sich jedoch Unterschiede zwischen den Bevölkerungsgruppen: Während Aussiedlerinnen höhere Inzidenz- und Mortalitätsraten für Leber- und Magenkrebs aufweisen, sind die Raten für Lungen- und Brustkrebs niedriger als bei den Frauen ohne Migrationshintergrund [35–39]. Ein vergleichbares Bild ergibt sich für Frauen mit türkischem Migrationshintergrund, die nicht nur niedrigere Neuerkrankungsraten für Brust- und Hautkrebs aufweisen, sondern u. a. auch für Krebserkrankungen des Atmungssystems [41]. Die niedrigere Inzidenz für Lungenkrebs unter den Frauen mit Migrationshintergrund resultiert aus dem geringeren Anteil an Raucherinnen. Demgegenüber erklären die höheren Prävalenzen für Helicobacter pylori (Bakterium, das chronische Infektionen des Magens verursacht) sowie spezifische Ernährungsgewohnheiten in Teilen die höheren Erkrankungs- und Sterberaten für Magen- und Leberkrebs bei Frauen mit Migrationshintergrund [36, 39]. Zeitvergleichende Analysen zu Krebserkrankungen legen die Schlussfolgerung nahe, dass sich aufgrund der zunehmenden Adaption des westlichen Lebensstils der Frauen mit Migrationshintergrund die Risikounterschiede zwischen den Bevölkerungsgruppen zukünftig vermutlich weiter verringern [40–42].

## 6.3.3 Psychische Gesundheit

Frauen mit Migrationshintergrund sind eine sehr heterogene Gruppe (siehe Kapitel 6.2). Etwa zwei Drittel sind selbst zugewandert, ein Drittel ist in Deutschland geboren. Sie unterscheiden sich hinsichtlich vieler soziodemografischer und migrationsspezifischer Merkmale, darunter z. B. Herkunftsländer, Aufenthaltsdauer, Motive der Migration, Aufenthaltsstatus. Die Studienlage zu psychischen Belastungen und Ressourcen von Frauen mit Migrationshintergrund bildet diese Vielfalt nicht gleichermaßen differenziert ab. Die vorliegenden Arbeiten zeigen: In Abhängigkeit von der persönlichen Situation können Frauen mit Migrationshintergrund spezifischen psychosozialen Anforderungen ausgesetzt sein, die in Kombination mit sozialer Benachteiligung zu einer mehrfachen Belastung führen können [7, 43, 44]. So kann die psychische Gesundheit der Frauen durch ungünstige Wohn- und Arbeitsbedingungen sowie eine unzureichende finanzielle Absicherung beeinflusst werden. Daneben können migrationsspezifische Faktoren auf die Gesundheit der Frauen einwirken. Dazu gehören Unsicherheiten bzgl. der aufenthaltsrechtlichen Situation, insbesondere bei Asylsuchenden, Anpassungsanforderungen an die neue Gesellschaft und damit einhergehend die neue Kultur (multipler Akkulturationsstress) aber auch Diskriminierungserfahrungen, Erfahrungen von gesellschaftlicher Ablehnung und Fremdenfeindlichkeit [44, 45, 46]. Bei speziellen Gruppen

von Frauen mit Migrationshintergrund, insbesondere Frauen mit Fluchterfahrungen, können traumatisierende Erlebnisse, die im Zusammenhang mit dem Migrationsprozess selbst stehen (Flucht, Folter, Verfolgung, sexuelle Gewalt) die psychische Gesundheit beeinflussen (siehe Infobox 6.3.1) [47]. Neben den migrationsspezifischen Belastungen verfügen Frauen mit Migrationshintergrund häufig über wichtige Ressourcen, wie eine ausgeprägte soziale Unterstützung und einen starken Zusammenhalt innerhalb der Migrantenpopulationen [48].

Studien zeigen, dass diese sozialen Ressourcen durch Familienmitglieder, Freundinnen und Freunde sowie Bekannte einen wesentlichen Einfluss auf die Stressbewältigung [49], das psychische Wohlbefinden und die Auftretenswahrscheinlichkeit manifester psychischer Störungen ausüben können [50].

Allerdings liegen bislang kaum aussagekräftige Studien zur psychischen Gesundheit von in Deutschland lebenden Frauen mit Migrationshintergrund vor [51]. In einer bevölkerungsrepräsentativen Befragung zur Prävalenz von psychischen Störungen zeigen sich marginale, statistisch nicht bedeutsame Unterschiede nach dem Migrationshintergrund: So weisen Frauen mit Migrationshintergrund leicht höhere Prävalenzen für Depressionen, somatoforme Beschwerden (körperliche Beschwerden ohne eine organische Ursache), generalisierte Angststörungen (Angstzustände ohne konkreten Anlass) und Posttraumatische Belastungsstörungen auf als Frauen ohne Migrationshintergrund [52].

### Infobox 6.3.1
### Gesundheitliche Lage von geflüchteten Frauen

Frauen mit Fluchterfahrung bilden eine besonders vulnerable Gruppe. Sie sind vor, während und nach der Flucht starken physischen sowie psychischen Belastungen ausgesetzt [57–59]. Neben der Lebensgefahr infolge von Krieg und Terror in den jeweiligen Herkunftsländern stellen Zwangsverheiratung, Genitalverstümmelung (female genital mutilation, FGM), geschlechtsspezifische, restriktive Gesetze, erlebte Gewalt und Angst vor Ehrenmord Fluchtgründe für Frauen dar [57]. Auch die Gefahr, Opfer von Menschenhandel zu werden, kann Frauen zur Flucht aus ihrem Heimatland bewegen.

In einer 2016/2017 durchgeführten repräsentativen Befragung unter Federführung der Charité – Universitätsmedizin Berlin wurden traumatische Erfahrungen geflüchteter Frauen im Heimatland und während der Flucht erhoben. 663 in Deutschland lebende Frauen, die aus Afghanistan, Syrien, Iran, Irak, Somalia und Eritrea geflüchtet waren, nahmen teil. Neben dem Aufenthalt im Kriegsgebiet (54,8 %), Wohnungslosigkeit (51,5 %), Hunger und Durst (46,3 %) sowie dem fehlenden Zugang zu medizinischer Versorgung (35,9 %) wurden auch schwere Unfälle (29,6 %), der unnatürliche Tod eines Familienmitgliedes oder Freundes (27,1 %) sowie gewalttätige Angriffe durch Fremde (22,1 %) und Bekannte oder Familie (18,6 %) als Belastungen genannt [58]. Die Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit wurde eher mäßig bewertet (mit einem Mittelwert von 3,01 auf einer 5-stufigen-Skala). Nahtoderfahrungen, eine fehlende Gesundheitsversorgung bei Krankheit sowie erfahrene Angriffe durch ein Familienmitglied stellten hier bedeutsame Einflussfaktoren für die Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes dar [58].

Eine 2017/2018 vom Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) durchgeführte Befragung von erwachsenen Geflüchteten aus Syrien, dem Irak und Afghanistan in Erstaufnahmeeinrichtungen bestätigt dies (n = 2.021). Nur gut die Hälfte (55,1 %) der geflüchteten Frauen (n = 665) schätzen ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut ein. Bei den geflüchteten Männern liegt der Anteil bei 64,5 % [60]. Die Ergebnisse der oben genannten repräsentativen Befragung von 663 geflüchteten Frauen zeigen weiterhin, dass die Frauen eine große Breite physischer sowie psychischer Symptome aufweisen. So sind Frauen mit Fluchterfahrung besonders häufig von Rücken- (33 %), Kopf- (32 %) und Muskelschmerzen (27 %) betroffen. Daneben berichten die geflüchteten Frauen häufig von der Neigung zum Weinen (52 %) und einer stark ausgeprägten Traurigkeit (40 %) [59]. Die psychische Belastung der Frauen kann durch die in Deutschland erfahrene Diskriminierung sowie Stigmatisierung nochmals verstärkt werden [59]. Insbesondere bürokratische und sprachliche Barrieren erschweren geflüchteten Frauen die Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems [59–61].

Auswertungen der DEGS1-Studie nach der Migrationsgeneration zeigen, dass sowohl selbst zugewanderte Frauen (15,1 %) als auch Frauen der zweiten Generation (14,1 %) häufiger von einer depressiven Symptomatik (PHQ-9) betroffen sind als Frauen ohne Migrationshintergrund (9,1 %). Bei Berücksichtigung der unterschiedlichen Altersstruktur ist der Effekt allerdings nur für Frauen der ersten Migrationsgeneration signifikant [11]. Deskriptive Auswertungen des SOEP für das Jahr 2015 legen nahe, dass insbesondere in der Altersgruppe ab 60 Jahren deutliche migrationsspezifische Unterschiede zwischen den betrachteten Gruppen bestehen: Mit 19,3 % liegt der Anteil einer jemals ärztlich diagnostizierten depressiven Erkrankung bei den selbst zugewanderten Frauen fast doppelt so hoch wie bei den Frauen ohne Migrationshintergrund (11,5 %) und fast dreimal so hoch wie bei den in Deutschland geborenen Frauen mit Migrationshintergrund (6,9 %). Die höheren Prävalenzen für depressive Symptome bei Frauen mit Migrationshintergrund, insbesondere der ersten Generation, werden nach aktueller nationaler sowie internationaler Datenlage bestätigt [53, 54].

Suizidalität und suizidales Verhalten stehen in einem engen Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit [44]. Eine Auswertung der Todesursachenstatistik für Deutschland legt nahe, dass die Suizidrate der 18- bis 64-jährigen türkischen Frauen niedriger ist als die der gleichaltrigen deutschen Frauen. Demgegenüber weisen türkische Mädchen und junge Frauen im Alter von 10 bis 17 Jahren ein fast doppelt so hohes Suizidrisiko auf wie Mädchen und junge Frauen der Altersgruppe ohne Migrationshintergrund. Ein möglicher Erklärungsansatz bezieht sich auf kulturelle Konflikte infolge traditioneller Normen und moderner Lebensformen [55, 56]. Allerdings muss darauf hingewiesen werden, dass diese Auswertung auf Daten aus den Jahren 1980 bis 1997 basiert. Eine weitere Einschränkung besteht in der niedrigen Fallzahl für die 10- bis 17-jährigen Mädchen mit türkischer Staatsangehörigkeit.

### 6.3.4 Infektionskrankheiten

Infektionskrankheiten stellen insbesondere in Ländern mit einem niedrigen Lebensstandard eine der wesentlichen Ursachen für Erkrankungen sowie Sterblichkeit dar [62, 63]. Neben der höheren Prävalenz bestimmter Infektionserkrankungen in einigen Herkunftsländern können sowohl der Migrationsprozess an sich als auch Bedingungen im Zielland (Unterbringung in Gemeinschaftsunterkünften) das Risiko für eine Infektionserkrankung erhöhen [64, 65]. Da nur für eine begrenzte Anzahl meldepflichtiger Erkrankungen nach dem Infektionsschutzgesetz Informationen zum Migrationshintergrund vorliegen [65], konzentrieren sich die folgenden Darstellungen auf HIV und Tuberkulose.

Im Jahr 2018 wurden 2.818 HIV-Neudiagnosen an das Robert Koch-Institut (RKI) übermittelt. 22 % der Betroffenen waren Frauen, 78 % Männer. Von den HIV-Neudiagnosen mit Herkunftsangabe stammen 62 % der Betroffenen aus Deutschland; mit 15 % stellt Subsahara-Afrika die häufigste nicht-deutsche Herkunftsregion unter den HIV-Neudiagnosen dar. Im Hinblick auf die Herkunftsregionen zeigen sich deutliche Unterschiede nach dem Geschlecht: Der relative Anteil von Frauen an den HIV-Neudiagnosen lag unter der Bevölkerung mit nicht-deutscher Herkunft (37 %) deutlich höher als bei der Bevölkerung mit deutscher Herkunft (10 %). Dabei kamen 65 % der Frauen nicht-deutscher Herkunft mit HIV-Neudiagnosen aus Subsahara-Afrika [66]. Bei der Bewertung der HIV-Meldedaten ist zu berücksichtigen, dass die Zahl der HIV-Neudiagnosen nicht mit der tatsächlichen Zahl von Neuerkrankungen (HIV-Inzidenz) gleichgesetzt werden kann. Dies ist darauf zurückzuführen, dass zwischen der HIV-Infektion und der HIV-Diagnose ein individuell unterschiedlicher Zeitraum liegen kann. Die Zahl der HIV-Neudiagnosen wird außerdem durch verschiedene Faktoren beeinflusst, z. B. dem Zugang zum Testangebot.

In Deutschland wurden 5.429 Tuberkulose-Erkrankungen für das Jahr 2018 registriert. Der überwiegende Teil der übermittelten Tuberkulose-Fälle betrifft Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit (69,8 %) und/oder Personen, die in einem anderen Land als Deutschland geboren sind (73,9 %). Dabei stellen Eritrea, Somalia, Rumänien, Afghanistan und die Türkei die am häufigsten übermittelten Geburtsländer (ohne Deutschland) dar. Neben der Staatsangehörigkeit und dem Geburtsland zeigen sich deutliche Unterschiede nach dem Geschlecht: Männer mit ausländischer Staatsangehörigkeit (68,8 %) sind mehr als doppelt so häufig betroffen wie Frauen mit ausländischer Staatsangehörigkeit (31,2 %). Von den 1.795 erkrankten Frauen weisen 32,5 % die deutsche und 62,8 %

eine ausländische Staatsangehörigkeit auf (unbekannte Staatsangehörigkeit: 4,7 %). Zudem zeigen sich Geschlechterunterschiede in der Tuberkulose-Inzidenz nach der Altersverteilung, die bei den Erkrankten mit nicht-deutscher Herkunft im jungen Erwachsenenalter besonders stark ausgeprägt sind: In der Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen war die Inzidenz der Männer mit ausländischer Staatsangehörigkeit mehr als doppelt so hoch wie die der Frauen mit ausländischer Staatsangehörigkeit [67].

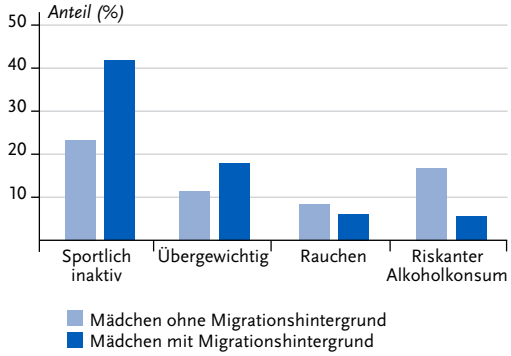
## 6.4 Gesundheitsverhalten

### 6.4.1 Sportliche Aktivität

Körperliche Aktivität wirkt sich positiv auf die physische sowie psychische Gesundheit aus und senkt sowohl das Erkrankungs- als auch das Sterberisiko (siehe Kapitel 2.2.1) [68]. Eine spezifische Form der körperlichen Aktivität stellt der Sport dar [69]. Die Daten der DEGS1-Studie weisen darauf hin, dass Frauen mit Migrationshintergrund (44,4 %) – insbesondere selbst zugewanderte Frauen (48,2 %) – deutlich häufiger sportlich inaktiv sind als Frauen ohne Migrationshintergrund (31,4 %). Der Zusammenhang zwischen sportlicher Inaktivität und erster Migrationsgeneration bleibt auch bei Berücksichtigung der Altersstruktur und des SES statistisch bedeutsam [11]. Deskriptive Auswertungen des SOEP von 2015 bestätigen die migrationsspezifischen Ergebnisse der DEGS1-Studie im Hinblick auf die sportliche Inaktivität.

Langzeituntersuchungen belegen, dass das Bewegungsverhalten im Kindes- und Jugendalter die körperliche Aktivität im Erwachsenenalter beeinflusst [70]. Die Daten der KiGGS-Studie zeigen, dass der Anteil sportlich inaktiver Mädchen mit Migrationshintergrund signifikant höher ist als unter den Mädchen ohne Migrationshintergrund (41,6 % bzw. 23,0 %) (Abb. 6.4.1.1). Zudem weisen die Daten auf einen deutlichen Unterschied in der sportlichen Inaktivität zwischen Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund hin: So liegt der Anteil sportlich inaktiver Jungen mit Migrationshintergrund mit 19,7 % nur halb so hoch wie bei den Mädchen mit Migrationshintergrund. Dieser geschlechtsbezogene Unterschied spiegelt sich auch bei den Erwachsenen in der DEGS1-Studie wider, wenngleich geringer ausgeprägt.

**Abbildung 6.4.1.1**
**Gesundheitsverhalten von 11- bis 17-jährigen Mädchen mit und ohne Migrationshintergrund**
Datenbasis: KiGGS Welle 2 (2014–2017)



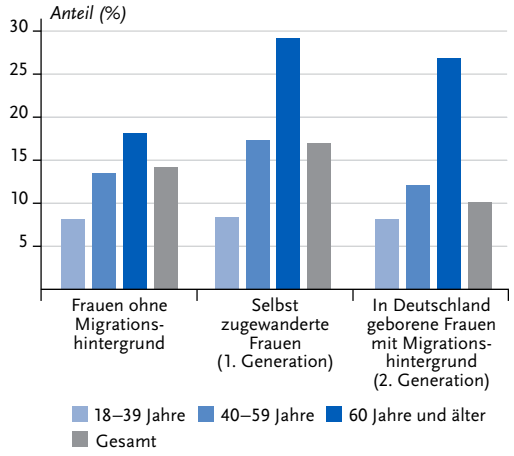

### 6.4.2 Übergewicht und Adipositas

Übergewicht und insbesondere Adipositas sind Risikofaktoren für Diabetes mellitus Typ 2, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Bluthochdruck und für einzelne Krebserkrankungen [71, 72]. Mit Hilfe des Body Mass Index (BMI), einem Quotienten aus Körpergewicht und Körpergröße (zum Quadrat), kann eine Klassifizierung in Unter-, Normal-, Übergewicht und Adipositas vorgenommen werden (siehe Kapitel 2.2.3). Zur Beschreibung des BMI von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund empfiehlt sich aufgrund der Stichprobengröße und der daraus resultierenden Möglichkeiten für differenzierte Auswertungen der Mikrozensus 2017, bei dem Selbstangaben zu Körpergröße und -gewicht erfasst werden.

Der Anteil der übergewichtigen und adipösen Frauen liegt unter den Frauen der zweiten Migrationsgeneration mit 19,0 % (Übergewicht) bzw. 10,1 % (Adipositas) deutlich unter den Werten der selbst zugewanderten Frauen (Übergewicht: 27,9 %, Adipositas: 16,9 %) und der Frauen ohne Migrationshintergrund (Übergewicht: 28,3 %, Adipositas: 14,2 %) [73].

Eine differenzierte Betrachtung der Adipositasprävalenz zeigt, dass die migrationsspezifischen Unterschiede zum Teil auf Alterseffekte zurückzuführen sind (Abb. 6.4.2.1). So steigt der Anteil adipöser Frauen mit zunehmendem Alter unter den Frauen der ersten Migrationsgeneration stärker an als unter den Frauen ohne Migrationshintergrund. Während 18,1 % der Frauen ohne Migrationshintergrund ab 60 Jahren als adipös gelten, liegt der

**Abbildung 6.4.2.1**
**Adipositas bei Frauen mit und ohne Migrationshintergrund nach Alter**
Datenbasis: Mikrozensus 2017 [73]




Anteil unter den selbst zugewanderten Frauen mit 29,1 % deutlich höher. Demgegenüber bestehen in der jüngsten Altersgruppe (18 bis 39 Jahre) keine Unterschiede in der Adipositasprävalenz nach dem Migrationshintergrund.

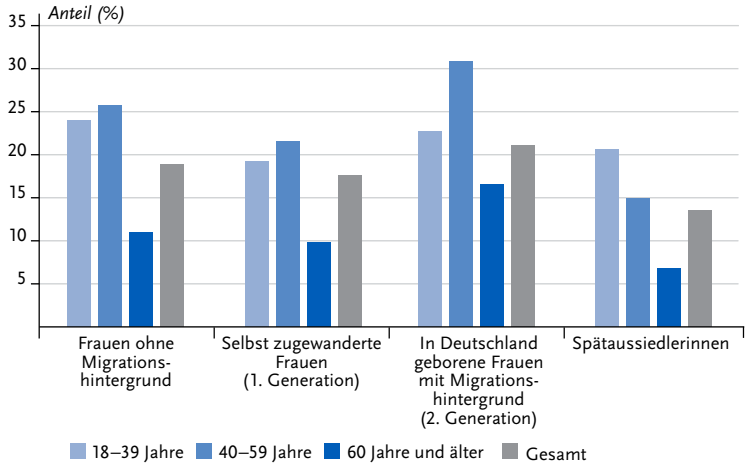
Die Auswertungen weisen zudem auf herkunftslandspezifische Einflüsse hin: Frauen aus Kasachstan (22,1 %) und der Russischen Föderation (21,9 %) sind häufiger von Adipositas betroffen als Frauen mit polnischem Migrationshintergrund (13,6 %).

Messwerte zu Körpergröße und -gewicht, wie sie im Rahmen des Untersuchungssurveys von KiGGS bei Kindern und Jugendlichen standardisiert erhoben werden, gelten im Vergleich zu Selbstangaben der Befragten als verlässlichere Kennzahlen (siehe auch Kapitel 2.2.3). Die KiGGS-Daten belegen, dass insbesondere im Hinblick auf das Übergewicht migrationsspezifische Unterschiede bestehen (Abb. 6.4.1.1). So liegt in der Altersgruppe der 11- bis 17-Jährigen der Anteil übergewichtiger Mädchen mit Migrationshintergrund (17,7 %) höher als in der gleichaltrigen Vergleichsgruppe ohne Migrationshintergrund (11,0 %). Bei einem als adipös klassifizierten BMI weichen die Anteile zwischen Mädchen mit (5,2 %) und ohne Migrationshintergrund (3,2 %) dagegen nur leicht voneinander ab.

## 6.4.3 Tabakkonsum

Auswertungen des Mikrozensus 2017 geben Hinweise darauf, dass das Rauchverhalten von Frauen nach der Migrationsgeneration variiert (Abb. 6.4.3.1). Der Anteil an Raucherinnen ist bei Frauen der zweiten Generation (21,1 %) höher als bei selbst zugewanderten Frauen (17,6 %) und bei Frauen ohne Migrationshintergrund (18,9 %) [73]. Die höhere Raucherinnenquote unter den in Deutschland geborenen Frauen mit Migrationshintergrund zeigt sich auch in den Ergebnissen der

**Abbildung 6.4.3.1**
**Raucherquoten von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund nach Alter**
Datenbasis: Mikrozensus 2017 [73]



DEGS1-Studie des RKI [11]. Ein möglicher Erklärungsansatz ist der Wandel kultureller Einstellungen und Werte der in Deutschland geborenen und aufgewachsenen zweiten Generation, der im Vergleich zu den selbst zugewanderten Frauen zu einer Zunahme der Rauchprävalenz führt [74, 75]. Spätaussiedlerinnen (siehe Infobox 6.1.1) weisen mit 13,5 % die niedrigste Raucherinnenquote und mit 74,3 % den höchsten Anteil an Nieraucherinnen auf [73]. Allerdings steigt ihre Rauchprävalenz mit zunehmender Aufenthaltsdauer (unabhängig vom Bildungsniveau). Dagegen geht unter den männlichen Aussiedlern eine zunehmende Aufenthaltsdauer mit einer sinkenden Rauchprävalenz einher [75].

Auswertungen des Mikrozensus 2017 belegen weiterhin, dass herkunftslandspezifische Unterschiede in der Rauchprävalenz bestehen. Während Frauen mit bulgarischer Herkunft (34,0 %) die höchste Prävalenz für das Rauchen aufweisen, ist der Anteil an Raucherinnen unter Frauen aus der Russischen Föderation (9,8 %), asiatischen Ländern (10,2 %) sowie Kasachstan (11,8 %) am niedrigsten.

Bei Kindern und Jugendlichen im Alter zwischen 11 und 17 Jahren zeigen sich weder herkunfts- noch geschlechtsbezogene Unterschiede in den Rauchprävalenzen (Abb. 6.4.1.1). KiGGS-Auswertungen zum Rauchen in der Schwangerschaft belegen, dass die Prävalenz des mütterlichen Rauchens in der Schwangerschaft bei Kindern mit Migrationshintergrund niedriger ist [76].

### 6.4.4 Alkoholkonsum

Bisherige Forschungsergebnisse deuten auf einen kulturell sowie religiös begründeten Zusammenhang zwischen dem Konsum von Alkohol und dem Vorliegen eines Migrationshintergrundes hin. Zudem bestehen innerhalb der Migrantenpopulation starke Unterschiede im Alkoholkonsum nach dem Geschlecht und dem Herkunftsland [77, 78].

Nach Auswertungen der DEGS1-Studie weisen insbesondere selbst zugewanderte Frauen mit 18,6 % deutlich seltener einen riskanten Alkoholkonsum auf als Frauen ohne Migrationshintergrund (26,9 %). Dieser statistisch bedeutsame Effekt bleibt unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Altersstruktur und des SES bestehen. Bei den Männern zeigt sich kein derartiger Zusammenhang zwischen dem Konsum von Alkohol und der Migrationsgeneration. Diese weisen jedoch im Vergleich zu den Frauen deutlich häufiger einen riskanten Alkoholkonsum auf (selbst zugewanderte Männer: 36,3 %) [11].

Für 11- bis 17-jährige Kinder und Jugendliche zeigen sich ähnliche Ergebnisse bzgl. des Alkoholkonsums nach dem Migrationshintergrund (Abb. 6.4.1.1): Mädchen ohne Migrationshintergrund (16,5 %) konsumieren signifikant häufiger Alkohol in riskanten Mengen als Gleichaltrige mit Migrationshintergrund (5,2 %). Allerdings sind die geschlechtsbezogenen Unterschiede im riskanten Alkoholkonsum in dieser Altersgruppe weniger stark ausgeprägt (Jungen mit Migrationshintergrund: 6,0 %).

## 6.5 Prävention und Gesundheitsversorgung von Frauen mit Migrationshintergrund

### 6.5.1 Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen

Nach Angaben der DEGS1-Studie nehmen Frauen mit Migrationshintergrund (57,1 %), insbesondere Frauen der ersten Generation (55,6 %), seltener regelmäßig an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen teil als Frauen ohne Migrationshintergrund (69,1 %).

In einer registerbasierten Studie, bei der Daten aus Mammographie-Screening-Einheiten in Duisburg, Bielefeld, Paderborn, Hamburg und Berlin ausgewertet wurden, zeigten sich keine wesentlichen Unterschiede in der Mammographie-Teilnahme zwischen Frauen mit und ohne türkischen Migrationshintergrund. Lediglich ältere Frauen mit türkischer Herkunft (65 bis 69 Jahre) nahmen seltener am Mammographie-Screening teil. Zur Bestimmung der türkischen Herkunft wurde ein Namensalgorithmus verwendet [79]. In einer Studie in Westfalen-Lippe wurden zum Mammographie-Screening eingeladene deutsche und türkische Frauen ab 50 Jahren sowohl nach ihrem Wissen über als auch nach der Entscheidung zur Teilnahme am Screening-Programm befragt. Mit 60,6 % beabsichtigten Frauen mit türkischem Migrationshintergrund seltener am Screening-Programm

teilzunehmen als Frauen ohne Migrationshintergrund (74,6 %). Zudem wiesen Frauen mit türkischem Migrationshintergrund das geringste Wissen über das Screening auf und besaßen ein signifikant größeres Risiko für eine uninformierte Entscheidung zur Screening-Teilnahme als Frauen ohne Migrationshintergrund [80]. In einer qualitativen Studie zu den Einflussfaktoren auf die Mammographie-Screening-Teilnahme von Frauen mit türkischem Migrationshintergrund zeigte sich, dass unzureichende deutsche Sprachkenntnisse die größte Barriere darstellen. Sprach- und Übersetzungsprobleme beim Lesen der Einladungsschreiben und der beigefügten Informationsmaterialien können zu einer unzureichenden Aufklärung der Frauen über das Mammographie-Screening führen. Darüber hinaus erhöhen sprachliche Barrieren die Wahrscheinlichkeit, dass die Entscheidung zur Mammographie-Screening-Teilnahme nicht durch die Frauen selbst, sondern von Familienangehörigen getroffen wird [81]. Hervorzuheben ist das Angebot der Kooperationsgemeinschaft Mammographie: Sie stellt auf ihrer Internetseite Informationsmaterialien in 13 verschiedenen Sprachen zur Verfügung [82]. Die oben genannte qualitative Studie zeigte allerdings auch, dass schriftliches Informationsmaterial insgesamt, selbst wenn es auf Türkisch vorlag, kaum verwendet wurde.

### 6.5.2 Inanspruchnahme von gynäkologischen Leistungen und Schwangerenvorsorge

Neben dem Gesundheitszustand und -verhalten wurden in der DEGS1-Studie auch Angaben zur Gesundheitsversorgung erhoben. Deskriptive Auswertungen belegen, dass zwischen Frauen mit (67,2 %) und ohne Migrationshintergrund (70,9 %) nur geringfügige Unterschiede in der Inanspruchnahme von niedergelassenen Frauenärztinnen bzw. Frauenärzten in den letzten zwölf Monaten bestehen.

In einer Studie zur geburtshilflichen Versorgung bei 7.100 Frauen mit und ohne Migrationshintergrund in drei Berliner Geburtskliniken (2011–2012) wurde der Einfluss soziodemografischer sowie migrationsbezogener Merkmale auf das Inanspruchnahmeverhalten der Schwangerenvorsorgeangebote untersucht. Dazu wurden die aus standardisierten Interviews gewonnenen Befragungsdaten der Frauen mit den Mutterpassdaten sowie den Perinataldaten der jeweiligen Geburtsklinik verknüpft. Insgesamt belegen die Auswertungen, dass in der Inanspruchnahme der ärztlichen Schwangerenvorsorge weder Unterschiede im Hinblick auf die Anzahl noch bzgl. des Zeitpunktes der Erstuntersuchung nach dem Migrationshintergrund bestehen. Allerdings nehmen Frauen mit Migrationshintergrund, die eine kurze Aufenthaltsdauer (unter fünf Jahren) aufweisen, später an der ersten Vorsorgeuntersuchung teil. Darüber hinaus stellten sich sowohl der Aufenthaltsstatus als auch unzureichende Sprachkenntnisse als Risikofaktoren für eine geringe Nutzung (d. h. fünf oder weniger dokumentierte Vorsorgeuntersuchungen) heraus. Frauen mit Migrationshintergrund nehmen zudem seltener nicht-ärztliche Angebote wie Schwangerenvorsorge durch Hebammen oder Geburtsvorbereitungskurse wahr [83].

Die Erhebung belegt weiterhin, dass Frauen mit Migrationshintergrund tendenziell geringere Raten von Kaiserschnittentbindungen aufweisen als Frauen ohne Migrationshintergrund [84, 85]. Allerdings liegen bisher keine aktuellen und verlässlichen Studien zu den Einflussfaktoren auf den Entbindungsmodus bei Frauen mit Migrationshintergrund in Deutschland vor. Im Rahmen einer internationalen Metaanalyse wurden u. a. Kommunikationsprobleme, ein niedriger SES und Unterversorgung während der Schwangerschaft als Risikofaktoren für Kaiserschnittentbindungen unter Frauen mit Migrationshintergrund identifiziert. Demgegenüber gelten sozio-kulturelle Einstellungen (Präferenz der vaginalen Geburt), ein im Durchschnitt jüngeres Alter der Frauen mit Migrationshintergrund bei Geburt sowie ein gesünderer Lebensstil als Schutzfaktoren in Bezug auf Kaiserschnittentbindungen [86].

### 6.5.3 Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen

Im Rahmen von DEGS1 wurde die Teilnahme an von Kranken-, Renten- oder Unfallversicherung gewährten Rehabilitationsmaßnahmen bzw. Anschluss-Heilbehandlungen in den letzten drei Jahren erfasst. Die Auswertungen belegen, dass keine Unterschiede in der Inanspruchnahme

rehabilitativer Angebote zwischen Frauen mit (9,4 %) und ohne Migrationshintergrund (10,9 %) bestehen. Infolge der im Durchschnitt höheren körperlichen Arbeitsbelastung und dem Älterwerden der derzeit noch „jungen" Gruppe von Frauen mit Migrationshintergrund (siehe Kapitel 6.5.4) wird die Bedeutung rehabilitativer Angebote aufgrund des Risikos altersbedingter chronischer Erkrankungen zukünftig zunehmen [87, 88].

Ergebnisse einer Studie zum Rehabilitationserfolg anhand von Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung in Rheinland und Westfalen (2000–2006) legen nahe, dass Frauen mit türkischer Herkunft rehabilitative Leistungen aufgrund einer psychischen/Verhaltensstörung tendenziell häufiger (30,8 % bzw. 21,6 %) und Reha-Leistungen infolge von Neubildungen seltener in Anspruch nehmen als Frauen ohne Migrationshintergrund (6,4 % bzw. 13,9 %). Zudem deuten die Ergebnisse auf Unterschiede im Rehabilitationserfolg hin: Während sich der Gesundheitszustand nach der Rehabilitation bei 81,9 % der Frauen ohne Migrationshintergrund verbesserte, stellte sich bei lediglich 70,8 % der Frauen mit Migrationshintergrund ein Rehabilitationserfolg ein. Insbesondere bei der Inanspruchnahme von rehabilitativen Leistungen aufgrund des Muskel-Skelett-Systems/Bindegewebes und psychischen/Verhaltensstörungen zeigen sich wesentliche Unterschiede im Behandlungserfolg zuungunsten der Frauen mit türkischem Migrationshintergrund. Die migrationsspezifischen Unterschiede in den Behandlungsergebnissen bleiben auch bei statistischer Berücksichtigung der sozialen Merkmale bestehen [89]. Demzufolge unterscheiden sich Frauen mit und ohne Migrationshintergrund zwar nicht in der Inanspruchnahme rehabilitativer Leistungen, jedoch in der Ergebnisqualität der Behandlung. Dieser Nachteil von Frauen mit Migrationshintergrund im Rehabilitationserfolg kann u. a. auf die sprachlichen und kulturellen Kommunikationsprobleme zurückgeführt werden [87, 88].

## 6.5.4 Migration und Pflege

Im Zuge des demografischen Wandels nimmt der Anteil älterer Menschen in Deutschland deutlich zu. Insbesondere Frauen werden aufgrund ihrer längeren Lebenserwartung häufiger von einer Pflegebedürftigkeit betroffen sein (siehe auch Kapitel 2.3.6) [18, 90, 91]. Allerdings liegen bislang keine repräsentativen Daten zur Pflegebedürftigkeit und der Versorgungssituation von älteren Menschen mit Migrationshintergrund vor, einschließlich der spezifischen Pflege- und Unterstützungsbedarfe [92, 93]. Eine vom Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegebene repräsentative Studie legt nahe, dass ältere Menschen mit Migrationshintergrund die bestehenden Angebote und Leistungen für pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige seltener wahrnehmen als die Mehrheitsbevölkerung [94]. Dies erscheint zunächst ungewöhnlich, leisteten doch die in den 1950er- bis in die 1970er-Jahre nach Deutschland gekommenen Arbeitsmigranten („Gastarbeiter") über einen längeren Zeitraum hinweg schwere körperliche Arbeit, die mit einem höheren Risiko der vorzeitigen Erwerbsminderung oder auch Pflegebedürftigkeit im Alter einhergeht. Insgesamt lebt ein hoher Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund unter ungünstigeren sozioökonomischen Bedingungen, die sich auf das Risiko für eine Pflegebedürftigkeit auswirken können [95, 96]. Die Verbesserung des Zugangs zu Angeboten der Pflege, insbesondere für die „erste Generation der Arbeitsmigranten", wird im aktuellen Koalitionsvertrag hervorgehoben [97].

Die Ursachen der geringeren Inanspruchnahme von gesetzlichen Pflegeleistungen durch Menschen mit Migrationshintergrund können auf unterschiedliche Barrieren zurückgeführt werden. Hierzu gehören u. a. Sprach- und Kulturbarrieren, Wissensdefizite und Diskriminierungserfahrungen (siehe Kapitel 6.5.5) [18, 98, 99]. Neben den Barrieren können die hohen Solidarpotenziale in den Familien die geringere Inanspruchnahme erklären [100]. Nach Daten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung liegt der Anteil der von Angehörigen gepflegten türkischstämmigen Menschen bei 98 % [101]. Der hohe Anteil der häuslichen Pflege ist möglicherweise auch darauf zurückzuführen, dass Menschen mit Migrationshintergrund infolge der schlechteren Einkommenssituation eher Geldleistungen statt Sachleistungen der Pflegeversicherung (ambulante Pflege, Pflege in einer Pflegeeinrichtung) in Anspruch nehmen [94, 102].

Es ist davon auszugehen, dass die Inanspruchnahme gesetzlicher Pflegeleistungen – allein aufgrund der sich wandelnden demografischen

Strukturen – bei Menschen mit Migrationshintergrund zukünftig steigen wird. Die Solidar- und Unterstützungspotenziale werden in den nachfolgenden Generationen aufgrund von Veränderungen in den sozialen Normen, dem Lebensstil und den Lebensentwürfen vermutlich nicht mehr im selben Maße wie heute zur Verfügung stehen. Hier ist eine Annäherung an die Lebensentwürfe der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund zu erwarten, weshalb von einem Anstieg des professionellen Hilfebedarfs ausgegangen werden kann [103].

### 6.5.5 Barrieren der Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems

Frauen mit Migrationshintergrund stehen bei der Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems spezifischen Barrieren gegenüber, die eine gleichberechtigte Teilhabe erschweren. So resultieren unzureichende deutsche Sprachkenntnisse in Informationsdefiziten bzgl. der Angebote zur Prävention und Gesundheitsversorgung, wodurch die Inanspruchnahme der Gesundheitsleistungen beeinflusst werden kann. Ferner können sprachliche Barrieren die Beschreibung der Symptomatik erschweren und sich auf die Qualität der Behandlung auswirken [18, 104, 105]. Eine Berliner Studie zur gynäkologischen Versorgungssituation zeigt, dass Frauen mit türkischer Herkunft im Vergleich zu deutschen Patientinnen die medizinische Aufklärung durch die Ärztin oder den Arzt deutlich häufiger nicht verstehen (Einschätzung der Patientinnen). Mit zunehmenden deutschen Sprachkenntnissen wird das Verständnis der medizinischen Aufklärung von den türkischen Patientinnen dagegen positiver beurteilt [106, 107].

Darüber hinaus können kulturelle Unterschiede im Hinblick auf das Krankheitsverständnis und bezüglich der Symptomwahrnehmung bestehen [18, 30, 105, 108-110]. Die Inanspruchnahme und Qualität der Gesundheitsversorgung kann zudem durch kulturell und religiös bedingte Schamgrenzen (Behandlung durch das andere Geschlecht, gemischtgeschlechtliche Therapien), insbesondere bei Frauen mit türkischer Herkunft beeinflusst werden [111]. Neben den individuellen Hindernissen der Frauen mit Migrationshintergrund erschweren Diskriminierungserfahrungen und strukturelle Barrieren den gleichberechtigten Zugang zur Gesundheitsversorgung [18, 110, 112]. So sind mit dem aufenthaltsrechtlichen Status Einschränkungen in der medizinischen Versorgung für Asylsuchende sowie Geflüchtete verbunden [18, 61]. Letztlich sind die Angebote des Gesundheitssystems häufig nicht auf die ethnische, kulturelle und religiöse Vielfalt der Patientinnen ausgerichtet. Aufgrund der vorhandenen Barrieren auf der Angebotsseite wird zunehmend eine interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems gefordert, einschließlich einer Erhöhung der interkulturellen Kompetenz der Beschäftigten [113]. Neben migrationsspezifischen Angeboten, die der Heterogenität der Bevölkerungsgruppe und den unterschiedlichen Bedarfen nur begrenzt gerecht werden können, wird die Umsetzung diversitätsorientierter Maßnahmen durch Einrichtungen des Gesundheitswesens für eine gleichberechtigte Teilhabe an Leistungen des Gesundheitssystems empfohlen [114, 115].

## 6.6 Fazit

Verallgemeinernde Aussagen zur gesundheitlichen Lage von Frauen mit Migrationshintergrund sind aufgrund der Heterogenität der Bevölkerungsgruppe kaum möglich. Insgesamt weisen Frauen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu Frauen ohne Migrationshintergrund jedoch nicht nur spezifische Gesundheitsrisiken, sondern auch Gesundheitsvorteile auf, die u. a. aus der deutlich jüngeren Altersstruktur resultieren und von kulturellen Faktoren abhängen.

Die Gesundheit von Frauen mit Migrationshintergrund wird durch vielfältige, miteinander in Wechselwirkung stehenden Determinanten beeinflusst. So prägen nicht nur biologisch-genetische, kulturelle, soziale, umweltbezogene und politische Determinanten des Herkunftslandes die gesundheitliche Lage von Frauen mit Migrationshintergrund, sondern auch Erfahrungen, die im Zusammenhang mit dem Migrationsprozess an sich stehen. Im Zielland wirken einerseits die aus der sozialen Lage resultierenden Einflussfaktoren (Wohn- und Arbeitsbedingungen) und andererseits migrationsspezifische Risiken (rechtliche Rahmenbedingungen, sprachliche Barrieren,

psychosoziale Belastungen wie die Veränderung des kulturellen Kontextes, der Verlust des sozialen Netzwerkes, die Trennung von Familienangehörigen und Diskriminierungserfahrungen) auf die Gesundheit ein [6, 116].

Um langfristige Effekte von Expositionen in verschiedenen Lebensphasen und Lebenswelten zu analysieren, stellt die Lebenslaufepidemiologie einen vielversprechenden Ansatz dar [8, 116], dessen Anwendung aufgrund mangelnder Datenverfügbarkeit für Menschen mit Migrationshintergrund noch nicht umfänglich erfolgte. Vor dem Hintergrund, dass fast ein Viertel der Frauen in Deutschland einen Migrationshintergrund hat, ist die Verbesserung der Datenlage ein wichtiges Anliegen. Die Durchführung von Kohortenstudien (Langzeitstudien), die im Idealfall Aussagen zur Entwicklung von Lebenslagen und der Gesundheit von Frauen (und Männern) über mehrere Generationen ermöglichen, würde hier neue Perspektiven eröffnen. Insgesamt gilt es, die komplexen Bedingungsfaktoren für die Gesundheitsrisiken und Ressourcen von Frauen mit Migrationshintergrund auf integrationspolitischer Ebene zu berücksichtigen, indem die Verbesserung der gesundheitlichen Lage von Frauen mit Migrationshintergrund als Querschnittsaufgabe verstanden wird.

Neben der Berücksichtigung von „Gesundheit und Pflege" im Nationalen Aktionsplan Integration [113] lag im Jahr 2015 der thematische Schwerpunkt der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration auf der „Gesundheit und Pflege in der Einwanderungsgesellschaft". Auf dem entsprechenden Integrationsgipfel wurde betont, dass Angebote und Einrichtungen auf Menschen mit unterschiedlichen kulturellen, religiösen und weltanschaulichen Hintergründen gut vorbereitet sein müssen. Die Bedeutung der Migrantenorganisationen als Brücke zwischen dem Gesundheitswesen und der Bevölkerung mit Migrationshintergrund wurde hervorgehoben. Außerdem wurde auf die regelmäßige Berücksichtigung dieser großen Bevölkerungsgruppe in der Gesundheitsberichterstattung hingewiesen [117, 118]. Das derzeit am RKI durchgeführte Projekt „Improving Health Monitoring in Migrant Populations" (IMIRA) zielt darauf ab, die Informationsgrundlagen zur Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund zu verbessern. Neben der Erweiterung des Gesundheitsmonitorings am RKI wird im Rahmen des Projektes die Gesundheitsberichterstattung zu Menschen mit Migrationshintergrund weiterentwickelt [119].

## Literatur


1. Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017) Trends in international Migrant Stock: The 2017 revision. United Nations, New York
2. Reiss K, Makarova J, Spallek J et al. (2013) Identifizierung und Rekrutierung von Menschen mit Migrationshintergrund für epidemiologische Studien in Deutschland. Gesundheitswesen 75(06):e49–e58
3. Spallek J, Razum O (2007) Gesundheit von Migranten: Defizite im Bereich der Prävention. Medizinische Klinik 102(6):451–456
4. Saß AC, Grüne B, Brettschneider AK et al. (2015) Beteiligung von Menschen mit Migrationshintergrund an Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts. Bundesgesundheitsbl 58(6):533–542
5. Razum O (2006) Migration, Mortalität und der Healthy-migrant-Effekt. In: Richter M, Hurrelmann K (Hrsg) Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 255–271
6. Schenk L (2007) Migration und Gesundheit – Entwicklung eines Erklärungs- und Analysemodells für epidemiologische Studien. Int J Public Health 52(2):87–96
7. Spallek J, Razum O (2016) Migration und Gesundheit. In: Richter H, Hurrelmann K (Hrsg) Soziologie von Gesundheit und Krankheit. Springer, Wiesbaden, S. 153–166
8. Razum O, Spallek J (2009) Wie gesund sind Migranten? Erkenntnisse und Zusammenhänge am Beispiel der Zuwanderer in Deutschland. Focus Migration Kurzdossier 12:1–10
9. Spallek J, Razum O (2015) Migration und Geschlecht. Public Health Forum 23(2):73–75
10. Schenk L, Bau AM, Borde T et al. (2006) Mindestindikatorensatz zur Erfassung des Migrationsstatus – Empfehlungen für die epidemiologische Praxis. Bundesgesundheitsbl 49(9):853–860
11. Rommel A, Saß AC, Born S et al. (2015) Die gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund und die Bedeutung des sozioökonomischen Status. Erste Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsbl 58(6):543–552
12. Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2016) 11. Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration – Teilhabe, Chancengleichheit und Rechtsentwicklung in der Einwanderungsgesellschaft Deutschland. Die Bundesregierung, Berlin
13. Bundesministerium des Innern (Hrsg) (2016) Migrationsbericht des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge im Auftrag der Bundesregierung. Migrationsbericht 2015. BMI, Berlin
14. Lederer HW (2004) Indikatoren der Migration: zur Messung des Umfangs und der Arten von Migration in Deutschland unter besonderer Berücksichtigung des Ehegatten- und Familiennachzugs sowie der illegalen Migration. europäisches forum für migrationsstudien (efms), Bamberg
15. Statistisches Bundesamt (Hrsg) (2019) Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2018. Fachserie 1, Reihe 2.2. Destatis, Wiesbaden
16. Rühl S (2009) Grunddaten der Zuwandererbevölkerung in Deutschland. Working Paper 27 der Forschungsgruppe des Bundesamtes aus der Reihe „Integrationsreport", Teil 6. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Nürnberg

17. Will AK (2016) Migrationshintergrund im Mikrozensus. Wie werden Zuwanderer und ihre Nachkommen in der Statistik erfasst? Mediendienst Integration, Berlin
18. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2008) Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung. RKI, Berlin
19. Butler J, Albrecht NJ, Ellsäßer G et al. (2007) Migrationssensible Datenerhebung für die Gesundheitsberichterstattung. Arbeitsgruppe Gesundheitsberichterstattung des Arbeitskreises „Migration und öffentliche Gesundheit". Bundesgesundheitsbl 50(10):1232–1239
20. Borde T (2005) Repräsentation ethnischer Minderheiten in Studien und Gesundheitsberichten. Erfordernis, Chancen und Nebenwirkungen. In: Borde T, David M (Hrsg) Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund: Lebenswelten, Gesundheit und Krankheit. Mabuse Verlag, Frankfurt am Main, S. 266–287
21. Schenk L, Neuhauser H (2005) Methodische Standards für eine migrantensensible Forschung in der Epidemiologie. Bundesgesundheitsbl 48(3):279–286
22. Kamtsiuris P, Lange M, Hoffmann R et al. (2013) Die erste Welle der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Stichprobendesign, Response, Gewichtung und Repräsentativität. Bundesgesundheitsbl 56(5–6):620–630
23. Frank L, Yesil-Jürgens R, Born S et al. (2018) Maßnahmen zur verbesserten Einbindung und Beteiligung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in KiGGS Welle 2. Journal of Health Monitoring 3(1):134–151. https://edoc.rki.de/handle/176904/3044 (Stand: 01.04.2020)
24. Statistische Ämter des Bundes und der Länder, Forschungsdatenzentren (2017) Mikrozensus. www.forschungsdatenzentrum.de/bestand/mikrozensus (Stand: 01.04.2020)
25. Kroh M, Schupp J (2018) The SOEP Migration Survey and Refugee Sample (M1-M5). Report from the SOEP. In: Britzke J, Schupp J (Hrsg) SOEP Wave Report 2017. Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung e. V., Berlin, S. 46–48
26. Liebau E, Tucci I (2015) Migrations- und Integrationsforschung mit dem SOEP von 1984 bis 2012: Erhebung, Indikatoren und Potenziale. SOEP Survey Papers 270: Series C. Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung e. V., Berlin
27. Länderoffene Arbeitsgruppe „Indikatorenentwicklung und Monitoring" der Konferenz der für Integration zuständigen Ministerinnen und Minister/Senatorinnen und Senatoren der Länder (IntMK) (Hrsg) (2017) Vierter Bericht zum Integrationsmonitoring der Länder 2013–2015. IntMK, Baden-Württemberg
28. Statistisches Bundesamt (2020) Armutsgefährdungsquote (EU-SILC). www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Einkommen-Konsum-Lebensbedingungen/Glossar/armutsgefaehrdungsquote.html (Stand: 01.04.2020)
29. Lampert T, Richter M, Schneider S et al. (2016) Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Stand und Perspektiven der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland. Bundesgesundheitsbl 59(2):153–165
30. Binder-Fritz C, Rieder A (2014) Zur Verflechtung von Geschlecht, sozioökonomischen Status und Ethnizität im Kontext von Gesundheit und Migration. Bundesgesundheitsbl 57(9):1031–1037
31. Wimmer-Puchinger B, Wolf H, Engleder A (2006) Migrantinnen im Gesundheitssystem. Inanspruchnahme, Zugangsbarrieren und Strategien zur Gesundheitsförderung. Bundesgesundheitsbl 46(9):884–892
32. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2014) Subjektive Gesundheit. Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der „Studie Gesundheit in Deutschland aktuell 2012". www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/Faktenblaetter/GEDA12/geda12_fb_inhalt.html (Stand: 01.04.2020)
33. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2015) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin
34. Reeske A, Zeeb H, Razum O et al. (2012) Differences in the Incidence of Gestational Diabetes between Women of Turkish and German Origin: An Analysis of Health Insurance Data From a Statutory Health Insurance in Berlin, Germany (AOK), 2005–2007. Geburtshilfe Frauenheilkd 72(4):305–310
35. Winkler V, Holleczek B, Stegmaier C et al. (2014) Cancer incidence in ethnic German migrants from the Former Soviet Union in comparison to the host population. Cancer Epidemiol 38(1):22–27
36. Becher H, Razum O, Kyobutungi C et al. (2007) Mortality of Immigrants from the Former Soviet Union: Results of a Cohort Study. Dtsch Arztebl Int 104(23):A1655–A1661
37. Kyobutungi C, Ronellenfitsch U, Razum O et al. (2006) Mortality from cancer among ethnic German immigrants from the Former Soviet Union, in Germany. Eur J Cancer 42(15):2577–2584
38. Ott JJ, Paltiel AM, Winkler V et al. (2008) Chronic disease mortality associated with infectious agents: a comparative cohort study of migrants from the Former Soviet Union in Israel and Germany. BMC Public Health 8:110
39. Winkler V, Ott JJ, Holleczek B et al. (2009) Cancer profile of migrants from the Former Soviet Union in Germany: incidence and mortality. Cancer Causes Control 20(10):1873–1879
40. Zeeb H, Razum O, Blettner M et al. (2002) Transition in cancer patterns among Turks residing in Germany. Eur J Cancer 38(5):705–711
41. Spallek J, Arnold M, Hentschel S et al. (2009) Cancer incidence rate ratios of Turkish immigrants in Hamburg, Germany: A registry based study. Cancer Epidemiol 33(6):413–418
42. Zeeb H, Spallek J, Razum O (2008) Epidemiologische Perspektiven der Migrationsforschung am Beispiel von Krebserkrankungen. Psychother Psychosom Med Psychol 58(3/04):130–135
43. Brzoska P, Reiss K, Razum O (2010) Arbeit, Migration und Gesundheit. In: Badura B, Schröder H, Klose J et al. (Hrsg) Fehlzeiten-Report 2010: Vielfalt managen: Gesundheit fördern – Potenziale nutzen. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Springer, Berlin, Heidelberg, S. 129–139
44. Schouler-Ocak M, Aichberger MC, Penka S et al. (2015) Psychische Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. Bundesgesundheitsbl 58(6):527–532
45. Gavranidou M, Abdallah-Steinkopff B (2007) Brauchen Migrantinnen und Migranten eine andere Psychotherapie? Psychotherapeutenjournal 6(4):353–361
46. Igel U, Brähler E, Grande G (2010) Der Einfluss von Diskriminierungserfahrungen auf die Gesundheit von MigrantInnen. Psychiatr Prax 37(4):183–190
47. Weilandt C, Rommel A, Raven U (2003) Gutachten zur psychischen, psychosozialen und psychosomatischen Gesundheit und Versorgung von Migrantinnen in NRW. Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD) gem. e. V., Bonn
48. Tydecks S, Temur-Erman S, Schouler-Ocak M et al. (2009) Psychische Störungen, psychische Belastungen und soziale Unterstützung bei türkischen Migranten in zwei Berliner Allgemeinarztpraxen. Z Med Psychol 18(3-4):101–107
49. Singh S, McBride K, Kak V (2015) Role of Social Support in Examining Acculturative Stress and Psychological Distress Among Asian American Immigrants and Three Sub-groups: Results from NLAAS. J Immig Minor Health 17(6):1597–1606
50. Kirkcaldy B, Wittig U, Furnham A et al. (2006) Migration und Gesundheit. Psychosoziale Determinanten. Bundesgesundheitsbl 49(9):873–883

51. Zeeb H, Razum O (2006) Epidemiologische Studien in der Migrationsforschung. Bundesgesundheitsbl 49(9):845–852
52. Glaesmer H, Wittig U, Brähler E et al. (2009) Sind Migranten häufiger von psychischen Störungen betroffen? Psychiatr Prax 36(1):16–22
53. Aichberger MC, Schouler-Ocak M, Mundt A et al. (2010) Depression in middle-aged and older first generation migrants in Europe: Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). Eur Psychiatry 25(8):468–475
54. Beutel ME, Jünger C, Klein EM et al. (2016) Depression, anxiety and suicidal ideation among 1st and 2nd generation migrants – results from the Gutenberg health study. BMC Psychiatry 16(1):288
55. Razum O, Zeeb H (2004) Suizidsterblichkeit unter Türkinnen und Türken in Deutschland. Nervenarzt 75(11):1092–1098
56. Heredia Montesinos A, Bromand Z, Aichberger MC et al. (2010) Suizid und suizidales Verhalten bei Frauen mit türkischem Migrationshintergrund. ZPPP 58(3):173–179
57. Binder S, Tosic J (2003) Flüchtlingsforschung: sozialanthropologische Ansätze und genderspezifische Aspekte. SWS-Rundschau 43(4):450–472
58. Jesuthasan J, Sönmez E, Abels I et al. (2018) Near-death experiences, attacks by family members, and absence of health care in their home countries affect the quality of life of refugee women in Germany: a multi-region, cross-sectional, gender-sensitive study. BMC Med 16(1):15
59. Schouler-Ocak M, Kurmeyer C (2017) Study on Female Refugees. Repräsentative Untersuchung von geflüchteten Frauen in unterschiedlichen Bundesländern in Deutschland. Abschlussbericht. Charité Universitätsmedizin Berlin, Berlin
60. Schröder H, Zok K, Faulbaum F (2018) Gesundheit von Geflüchteten in Deutschland – Ergebnisse einer Befragung von Schutzsuchenden aus Syrien, Irak und Afghanistan. WIdO-monitor 15(1):1–20
61. Razum O, Wenner J, Bozorgmehr K (2016) Wenn Zufall über den Zugang zur Gesundheitsversorgung bestimmt: Geflüchtete in Deutschland. Gesundheitswesen 78(11):711–714
62. Zumla A, George A, Sharma V et al. (2015) The WHO 2014 Global tuberculosis report – further to go. Lancet Glob Health 3(1):e10–e12
63. World Health Organization (Hrsg) (2011) Global HIV/AIDS response: epidemic update and health sector progress towards universal access: progress report 2011. WHO, Geneva
64. European Centre for Disease Prevention and Control (Hrsg) (2014) Assessing the burden of key infectious diseases affecting migrant populations in the EU/EEA Technical Report. ECDC, Stockholm
65. Kuehne A, Fiebig L, Jansen K et al. (2015) Migrationshintergrund in der infektionsepidemiologischen Surveillance in Deutschland. Bundesgesundheitsbl 58(6):560–568
66. Robert Koch-Institut (2020) Gemeldete HIV-Neudiagnosen 2018 nach Herkunftsregion und Geschlecht. Sonderauswertung
67. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2019) Bericht zur Epidemiologie der Tuberkulose in Deutschland für 2018. RKI, Berlin
68. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2014) Körperliche Aktivität. Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012“. www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/Faktenblaetter/GEDA12/geda12_fb_inhalt.html (Stand: 01.04.2020)
69. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2014) Sportliche Aktivität. Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012“. www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/Faktenblaetter/GEDA12/geda12_fb_inhalt.html (Stand: 01.04.2020)
70. Rauner A, Jekauc D, Mess F et al. (2015) Tracking physical activity in different settings from late childhood to early adulthood in Germany: the MoMo longitudinal study. BMC Public Health 15:391
71. Schienkiewitz A, Mensink GBM, Kuhnert R et al. (2017) Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2(2):21–28. https://edoc.rki.de/handle/176904/2655 (Stand: 01.04.2020)
72. Benecke A, Vogel H (Hrsg) (2005) Übergewicht und Adipositas. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 16. RKI, Berlin
73. Statistisches Bundesamt (Hrsg) (2020) Mikrozensus 2017 – Fragen zur Gesundheit. Sonderauswertung
74. Reeske A, Spallek J, Razum O (2009) Changes in smoking prevalence among first- and second-generation Turkish migrants in Germany – an analysis of the 2005 Microcensus. Int J Equity Health 8(1):26
75. Reiss K, Spallek J, Razum O (2010) 'Imported risk' or 'health transition'? Smoking prevalence among ethnic German immigrants from the Former Soviet Union by duration of stay in Germany – analysis of microcensus data. Int J Equity Health 9(1):15
76. Kuntz B, Zeiher J, Starker A et al. (2018) Rauchen in der Schwangerschaft – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. Journal of Health Monitoring 3(1):47–54. https://edoc.rki.de/handle/176904/3035 (Stand: 01.04.2020)
77. Orth B (2017) Der Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland. Ergebnisse des Alkoholsurveys 2016 und Trends. BZgA-Forschungsbericht. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln
78. Strupf M, Gomes de Matos E, Soellner R et al. (2017) Trinkverhalten von Personen verschiedener Herkunftsregionen in Deutschland: Ein Vergleich mit Personen ohne Migrationshintergrund. Suchttherapie 18(2):90–97
79. Berens EM, Stahl L, Yilmaz-Aslan Y et al. (2014) Participation in breast cancer screening among women of Turkish origin in Germany – a register-based study. BMC Women's Health 14(1):24
80. Berens EM, Reder M, Razum O et al. (2015) Informed Choice in the German Mammography Screening Program by Education and Migrant Status: Survey among First-Time Invitees. PLoS ONE 10(11):1–11. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0142316 (Stand: 01.04.2020)
81. Berens EM, Yilmaz-Aslan Y, Spallek J et al. (2016) Determinants of mammography screening participation among Turkish immigrant women in Germany – a qualitative study reflecting key informants' and women's perspectives. Eur J Cancer Care 25(1):38–48
82. Kooperationsgemeinschaft Mammographie in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung GbR (2020) MAMMO Flyer Gut Informiert Entscheiden. www.mammo-programm.de/downloads (Stand: 01.04.2020)
83. Brenne S, David M, Borde T et al. (2015) Werden Frauen mit und ohne Migrationshintergrund von den Gesundheitsdiensten gleich gut erreicht? Das Beispiel Schwangerenvorsorge in Berlin. Bundesgesundheitsbl 58(6):569–576
84. David M, Borde T, Brenne S et al. (2014) Comparison of Perinatal Data of Immigrant Women of Turkish Origin and German Women – Results of a Prospective Study in Berlin. Geburtshilfe Frauenheilkd 74(5):441–448
85. David M, Borde T, Brenne S et al. (2017) Obstetric and perinatal outcomes among immigrant and non-immigrant women in Berlin, Germany. Arch Gynecol 296(4):745–762
86. Merry L, Small R, Blondel B et al. (2013) International migration and caesarean birth: a systematic review and meta-analysis. BMC Pregnancy & Childbirth 13:27

87. Schott T, Reutin B, Yilmaz-Aslan Y (2015) Weshalb ist der Rehabilitationserfolg bei Menschen mit türkischem Migrationshintergrund häufig geringer? Public Health Forum 23(2):79–81
88. Brzoska P, Razum O (2015) Erreichbarkeit und Ergebnisqualität rehabilitativer Versorgung bei Menschen mit Migrationshintergrund. Bundesgesundheitsbl 58(6):553–559
89. Brause M, Reutin B, Razum O et al. (2012) Rehabilitationserfolg bei Menschen mit türkischem Migrationshintergrund – Eine Auswertung von Routinedaten der Deutschen Rentenversicherungen Rheinland und Westfalen. Rehabilitation 51(05):282–288
90. Kohls M (2011) Morbidität und Mortalität von Migranten in Deutschland. Forschungsbericht 9. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Nürnberg
91. Kohls M (2012) Pflegebedürftigkeit und Nachfrage nach Pflegeleistungen von Migrantinnen und Migranten im demographischen Wandel. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Nürnberg
92. Hackmann T, Huschik G, Maetzel J et al. (Hrsg) (2018) Pflege- und Unterstützungsbedarf sogenannter vulnerabler Gruppen. Schlussbericht. Studie der Prognos AG im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Bonn
93. Tezcan-Güntekin H, Breckenkamp J (2017) Die Pflege älterer Menschen mit Migrationshintergrund. GGW 17(2):15–23
94. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg) (2011) Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes". Bericht zu den Repräsentativerhebungen im Auftrag des BMG von Infratest Sozialforschung München. BMG, Berlin
95. Schopf C, Naegele G (2005) Alter und Migration. Z Gerontol Geriatr 38(6):384–395
96. Kobi S (Hrsg) (2008) Unterstützungsbedarf älterer Migrantinnen und Migranten: Eine theoretische und empirische Untersuchung. Social Strategies Band 43. Peter Lang, Bern
97. Die Bundesregierung (Hrsg) (2018) Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD – 19. Legislaturperiode. Ein neuer Aufbruch für Europa. Eine neue Dynamik für Deutschland. Ein neuer Zusammenhalt für unser Land. Die Bundesregierung, Berlin
98. Machleidt W (2013) Migration, Kultur und psychische Gesundheit: Dem Fremden begegnen. Kohlhammer, Stuttgart
99. Wingenfeld K (Hrsg) (2003) Studien zur Nutzerperspektive in der Pflege. Ausgabe 124. Institut für Pflegewissenschaft, Bielefeld
100. Dietzel-Papakyriakou M (2005) Potentiale älterer Migranten und Migrantinnen. Z Gerontol Geriatr 38(6):396–406
101. Okken PK, Spallek J, Razum O (2008) Pflege türkischer Migranten. In: Bauer U, Büscher A (Hrsg) Soziale Ungleichheit und Pflege: Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung. VS Verlag, Wiesbaden, S. 396–422
102. Dietzel-Papakyriakou M, Olbermann E (2005) Gesundheitliche Lage und Versorgung alter Arbeitsmigranten in Deutschland. In: Marschalck P, Wiedl KH (Hrsg) Migration und Krankheit. V&R unipress, Göttingen, S. 283–311
103. Kohls M (2015) Migration und Pflege – eine Einführung. www.bpb.de/gesellschaft/migration/kurzdossiers/211005/einfuehrung?p=all (Stand: 01.04.2020)
104. Bermejo I, Hölzel LP, Kriston L et al. (2012) Subjektiv erlebte Barrieren von Personen mit Migrationshintergrund bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen. Bundesgesundheitsbl 55(8):944–953
105. Razum O, Geiger I, Zeeb H et al. (2004) Health Care for Migrants. Dtsch Arztebl Int 101(43):A 2882–2887
106. Borde T, David M, Kentenich H (2002) Erwartungen und Zufriedenheit deutscher und türkischsprachiger Patientinnen im Krankenhaus – eine vergleichende Befragung in einer Berliner Frauenklinik. Gesundheitswesen 64(8/9):476–485
107. Borde T (2002) Patientinnenorientierung im Kontext der soziokulturellen Vielfalt im Krankenhaus. Vergleich der Erfahrungen und Wahrnehmungen deutscher und türkischsprachiger Patientinnen sowie des Klinikpersonals zur Versorgungssituation in der Gynäkologie. Dissertation. Fakultät VIII – Wirtschaft und Management – der Technischen Universität Berlin, Berlin
108. Borde T, Braun T, David M (2003) Gibt es Besonderheiten bei der Ianspruchnahme klinischer Notfallambulanzen durch Migrantinnen und Migranten? In: Borde T, David M (Hrsg) Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, S. 43–84
109. Brucks U, Wahl WB (2003) Über-, Unter-, Fehlversorgung? Bedarfslücken und Strukturprobleme in der ambulanten Gesundheitsversorgung für Migrantinnen und Migranten. In: Borde T, David M (Hrsg) Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, S. 15–33
110. Schouten BC, Meeuwesen L (2006) Cultural differences in medical communication: a review of the literature. Patient Educ Couns 64(1-3):21–34
111. Brause M, Reutin B, Schott T et al. (2010) Migration und gesundheitliche Ungleichheit in der Rehabilitation. Versorgungsbedarf und subjektive Bedürfnisse türkischer und türkischstämmiger Migrant(inn)en im System der medizinischen Rehabilitation. Abschlussbericht. Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld, Bielefeld
112. Beigang S, Fetz K, Kalkum D et al. (2017) Diskriminierungserfahrungen in Deutschland. Ergebnisse einer Repräsentativ- und einer Betroffenenbefragung. Antidiskriminierungsstelle des Bundes, Berlin
113. Die Bundesregierung (Hrsg) (2011) Nationaler Aktionsplan Integration. Zusammenhalt stärken – Teilhabe verwirklichen. Die Bundesregierung, Berlin
114. Brand T, Kleer D, Samkange-Zeeb F et al. (2015) Prävention bei Menschen mit Migrationshintergrund. Teilnahme, migrationssensible Strategien und Angebotscharakteristika. Bundesgesundheitsbl 58(6):584–592
115. Razum O, Spallek J (2014) Addressing health-related interventions to immigrants: migrant-specific or diversity-sensitive? Int J Public Health 59(6):893–895
116. Spallek J, Zeeb H, Razum O (2011) What do we have to know from migrants' past exposures to understand their health status? A life course approach. Emerg Themes Epidemiol 8(1):6
117. Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2019) Gesundheit und Integration. Teilhabe an Prävention, medizinischer und pflegerischer Versorgung, Rehabilitation. www.integrationsbeauftragte.de/ib-de/erweiterte-suche/teilhabe-an-praevention-medizinischer-und-pflegerischer-versorgung-rehabilitation-481426 (Stand: 01.04.2020)
118. Salman R, Lučić D, Atmarca D et al. (2015) Gesundheit und Pflege in der Einwanderungsgesellschaft. Stellungnahme und Handlungsempfehlungen der Migrantenselbstorganisationen zur gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Zuwanderungsgeschichte und Flüchtlingen. www.integrationsbeauftragte.de/Webs/IB/DE/Service/Downloads/gesundheit-mo-papier.html?nn=2029818 (Stand: 01.04.2020)
119. Bartig S, Rommel A, Santos-Hövener C et al. (2018) Das IMIRA-Projekt – Verbesserung der Informationsgrundlagen zur Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund. Journal of Health Monitoring 3(S2):6. https://edoc.rki.de/handle/176904/5650 (Stand: 01.04.2020)