

MIGHEALTHNET

Länderbericht Deutschland

Eva Berens, Jacob Spallek, Oliver Razum

Kontakt:

AG 3 Epidemiologie und International Public Health

Fakultät für Gesundheitswissenschaften

Universität Bielefeld

33615 Bielefeld

mighealthnet@uni-bielefeld.de

Dezember 2008



Europäische Kommission



Das Projekt MIGHEALTHNET wird gefördert von der Generaldirektion für Gesundheit und Verbraucherschutz der Europäischen Kommission sowie von der Stavros Niarchos Foundation. Die Arbeitsgruppe Epidemiologie und International Public Health der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld betreut den deutschen Teil des europäischen Projektes.

Zum Projekt:

Das Projekt MIGHEALTHNET will mit Hilfe von Wiki-Seiten die Bildung eines wissenschaftlichen und praxisorientierten Netzwerkes zum Thema „Migration und Gesundheit“ unterstützen. Zum einen soll ein Zusammenschluss und die Zusammenarbeit von Experten auf nationaler Ebene gefördert werden, zum anderen ein Austausch auf europäischer Ebene. Die Informations- bzw. Wissenssammlung auf der Seite bzw. den Länderseiten soll Diskussionsanregung und Handlungsorientierung für Experten und Praktiker sein. Außerdem soll die Seite als Hilfe bei der Aufdeckung von Forschungslücken und als Basis für politische Entscheidungen auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse und Erfahrungen dienen.

Der Bericht:

Dieser Bericht fasst die Inhalte des deutschen MIGHEALTHNET-Wikis zusammen. Es besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit der Informationen. Da der Bericht die Inhalte einer Online-Plattform widerspiegelt, sind die Literaturquellen in diesem Bericht nur exemplarisch genannt.

Dieser Bericht ist Teil einer Serie von 17 Länderberichten zum Thema „Migration und Gesundheit“. Sie werden in einer englischen Zusammenfassung 2009 veröffentlicht.

Inhaltsverzeichnis

1. Hintergrundinformationen	3
1.1. Migranten und Minderheitsbevölkerungen.....	3
1.2. Politischer Kontext	8
2. Gesundheitszustand.....	10
2.1. Informations- bzw. Datenlage.....	10
2.2. Gesundheitszustand von Menschen mit Migrationshintergrund.....	10
2.3. Maßnahmen zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit bei Migranten	13
3. Der Anspruch von Menschen mit Migrationshintergrund auf Gesundheitsleistungen	14
4. Der Zugang zum Gesundheitssystem	15
5. Qualität der Behandlung	17
6. Themenübergreifende Maßnahmen zur Veränderung	18
Literatur:.....	19

1. Hintergrundinformationen

1.1. Migranten und Minderheitsbevölkerungen

Kategorien und Definitionen

Datenlage ausländische Bevölkerung

In den Meldegesetzen des Bundes und der Länder Deutschlands ist festgehalten, dass die Pflicht besteht, sich bei „einem Wohnungswechsel über die Grenzen Deutschlands hinweg, [...] bei der zuständigen kommunalen Meldebehörde an- bzw. abzumelden“ (Bundesministerium des Inneren 2007, 12). Ausgenommen sind hierbei Mitglieder ausländischer Stationierungskräfte, sowie Personen in diplomatischen und konsularischen Vertretungen mit ihren Angehörigen.

Erfasst werden bei der Meldung folgende personenbezogene Angaben: „Ziel- oder Herkunftsort, Geschlecht, Familienstand, Geburtsdatum, Staatsangehörigkeit und rechtliche Zugehörigkeit bzw. Nichtzugehörigkeit zu einer Religionsgemeinschaft“ (Bundesministerium des Inneren 2007). Die Daten der Ab- und Anmeldungen in den Kommunen werden in den Statistischen Landesämtern zusammengetragen und an das Statistische Bundesamt übermittelt. Über Dauer und Form der Migration kann aufgrund der Datenerhebung also keine Aussage getroffen werden. Es bleibt ungeklärt, ob jemand als Asylbewerber, Spätaussiedler, Student, etc. eingereist ist. Die amtliche Statistik erfasst lediglich die *ausländische Bevölkerung* über einen bestimmten Zeitraum hinweg. Unterschieden wird hierbei in zugewanderte Ausländer (Ausländer erster Generation) und in Deutschland geborene Ausländer (Ausländer zweiter und dritter Generation) (Bundesministerium des Inneren 2007).

Abgrenzung Menschen mit Migrationshintergrund

Der Mikrozensus 2005 ermöglicht eine genauere Analyse des Migrationsgeschehens in Deutschland. Zusätzlich zur ausländischen Bevölkerung werden hier *Deutsche mit Migrationshintergrund* näher betrachtet (vgl. Tabelle 1). Auch die Form der Einwanderung (z.B. Student, Spätaussiedler oder Asylbewerber) wird im Mikrozensus näher untersucht.

Tabelle 1: Definition Menschen mit Migrationshintergrund

Menschen mit Migrationshintergrund			
1. Ausländer		2. Deutsche mit Migrationshintergrund	
1.1 Zugewanderte Ausländer	1.2 In Deutschland geborene Ausländer	2.1 zugewanderte Deutsche mit Migrationshintergrund	2.2 nicht zugewanderte Deutsche mit Migrationshintergrund
<ul style="list-style-type: none"> • Ausländer der 1. Generation 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausländer der 2. und 3. Generation 	<ul style="list-style-type: none"> • Spätaussiedler • eingebürgerte zugewanderte Ausländer 	<ul style="list-style-type: none"> • eingebürgerte nicht zugewanderte Ausländer • Kinder zugewanderter Spätaussiedler • Kinder zugewanderter oder in Deutschland geborener eingebürgerter ausländischer Eltern • Kinder ausländischer Eltern, die bei Geburt zusätzlich die deutsche Staatsangehörigkeit erhalten haben (ius soli) • Kinder mit einseitigem Migrationshintergrund, bei denen nur ein Elternteil Migrant oder in Deutschland geborener Eingebürgerter oder Ausländer ist

Quelle: Statistisches Bundesamt 2006

Es gibt demnach verschiedene Definitionen für Migranten bzw. Menschen mit Migrationshintergrund. Ausländer und Deutsche mit Migrationshintergrund werden zudem nochmals untergliedert nach Staatsangehörigkeit und Geburtsland. Die Allgemeinbevölkerung unterscheidet jedoch meistens nicht zwischen diesen verschiedenen Gruppen, sondern verwendet synonym für diese Gruppen den Begriff Migranten oder „Ausländer“.

Ein Überblick über die Geschichte der Migration in Deutschland

Betrachtet man die Geschichte der Migration in Deutschland nach dem Zweiten Weltkrieg, so lassen sich, neben der stetigen Aufnahme von Flüchtlingen und Asylbewerbern, fünf Wanderungsphasen unterscheiden. Die ersten beiden Phasen zeichneten sich durch Gastarbeitermigration aus und erreichten 1965 bzw. 1970 ihre Höhepunkte (Flöthmann 2004). Durch Anwerbeabkommen zur Rekrutierung von Arbeitskräften aus den Jahren 1955 bis 1968 kamen viele so genannte Gastarbeiter aus Italien, Spanien, Griechenland, der Türkei und Jugoslawien nach Deutschland (Focus Migration 2007). Ein dauerhafter Aufenthalt der ausländischen Arbeitskräfte war zunächst nicht geplant, doch die Erleichterung der Verlängerung von Aufenthaltsgenehmigungen im Jahr 1971 führte dazu, dass viele Gastarbeiter ihre Familien nachholten. Diese dritte Wanderungsphase dauerte ungefähr von 1973 bis 1984. Die vierte Welle der Wanderungen wurde wesentlich durch Veränderungen in Osteuropa, insbesondere den Fall des Eisernen Vorhangs, ausgelöst und erreichte im Jahr 1992 mit 782.000 Menschen den höchsten Wanderungsgewinn. Die fünfte Phase dauert heute noch an, ihr Verlauf wird wesentlich durch die EU-Osterweiterung und das Zuwanderungsgesetz geprägt sein (Flöthmann 2004).

Spätaussiedler

Die Zuwanderung von Spätaussiedlern besteht aus Deutschstämmigen aus Mittel- und Osteuropa sowie den Nachfolgestaaten der Sowjetunion (Focus Migration 2007) und wird somit nicht in den Statistiken der ausländischen Bevölkerung erfasst. Vor allem aus Polen und Rumänien kamen zwischen 1950 und 1987 etwa 1,4 Mio. Aussiedler nach Deutschland. Weitere 3 Mio., meist aus Nachfolgestaaten der Sowjetunion, erreichten zwischen 1988 und 2005 Deutschland. Viele ältere Aussiedler haben gute Deutschkenntnisse und konnten bis in die 1990er Jahre Eingliederungshilfen in Anspruch nehmen. Doch die jüngere Generation hat oft ähnliche Sprachschwierigkeiten und sieht sich ähnlichen Integrationshindernissen gegenüber, wie die ausländische Bevölkerung (Schneider 2005).

Aktuelle Zahlen zum Migrationsgeschehen in Deutschland

Laut Statistischem Bundesamt lebten im Jahr 2005 insgesamt etwa 8 Millionen Deutsche mit Migrationshintergrund und circa 7,3 Millionen Ausländer in Deutschland. Insgesamt hatten also 15,3 Millionen Menschen einen Migrationshintergrund, welches etwa 19% der Gesamtbevölkerung ausmachte (Statistisches Bundesamt 2006). Über Migranten in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität liegen keine Daten vor. In Schätzungen wird die Zahl der „irregulären“ Migranten auf ca. 840.000 Personen beziffert, das würde 1% der Bevölkerung ausmachen.

Migrationserfahrung

Untergliedert man die Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund, so haben 68% eine eigene Migrationserfahrung (vgl. Abbildung 1). Diese untergliedern sich wiederum in 36% Ausländer und 32% Deutsche mit Migrationshintergrund (Spätaussiedler mit eigener Migrationserfahrung und Eingebürgerte mit eigener Migrationserfahrung). Die übrigen 32% der Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland haben keine eigenen Migrationserfahrungen, sie haben also ihr Leben komplett in Deutschland verbracht. Die Ausländer umfassen hier einen Anteil von 11%, die Deutschen mit Migrationshintergrund 21% (vgl. Abbildung 1).

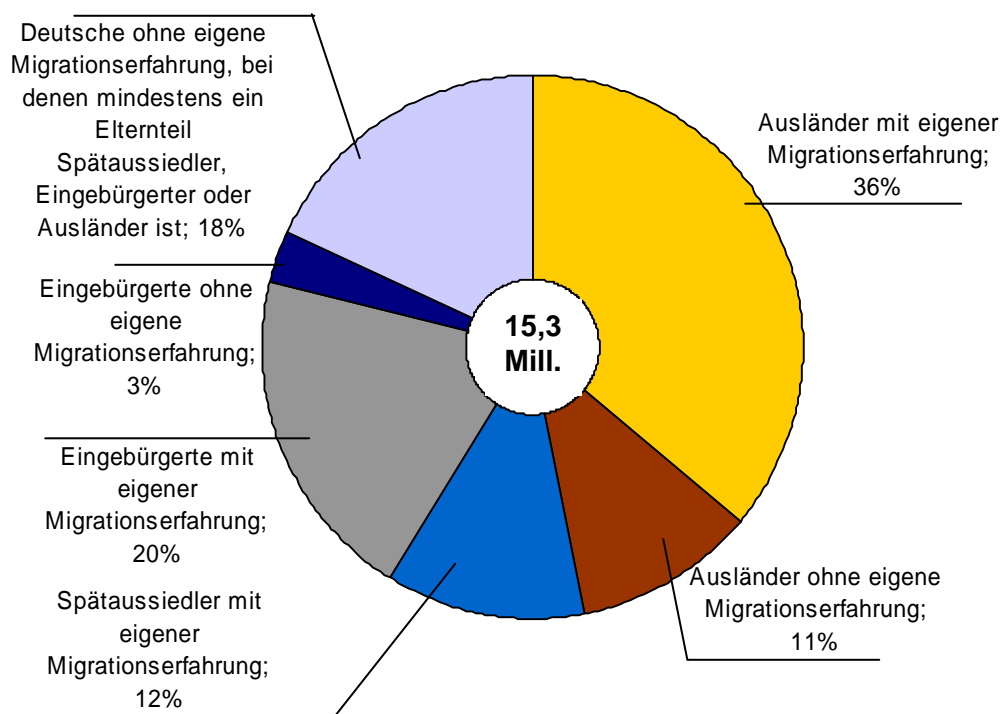


Abbildung 1: Eigene Migrationserfahrung der Bevölkerung der Bevölkerung mit Migrationshintergrund 2005 in % (Quelle: Statistisches Bundesamt 2006, 75; © Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2008, www.destatis.de)

Staatsangehörigkeiten und Herkunftsländer

Die ausländische Bevölkerung Deutschlands (Stand: 31.12.2006) hat überwiegend die Staatsangehörigkeit der Türkei (25,8%), gefolgt von Italien (7,9%) und Serbien und Montenegro (7,1%). Die Staatsangehörigkeiten der Migranten variieren jedoch über die Zeit. Im Jahr 2006 hatten 15,6% der Einwanderer die deutsche Staatsangehörigkeit, 23,1% die polnische Staatsangehörigkeit und 4,6% die türkische Staatsangehörigkeit. Zwischen 2,0% und 3,6% der Zuzüge im Jahr 2006 waren Menschen mit Staatsangehörigkeiten aus China, Serbien und Montenegro, den USA, der Russischen Föderation, Italien, Ungarn und Rumänien. Allerdings hatten 38,3% der nach Deutschland Zugewanderten andere Staatsangehörigkeiten (Bundesministerium des Inneren 2007).

Einen Eindruck über die Größenverhältnisse der einzelnen Zuwanderungsformen zu gewinnen, ist auf Grund von Abweichungen in den statistischen Erhebungsverfahren nicht leicht. Dennoch können

Saisonarbeitnehmer, die Rückkehr deutscher Staatsangehöriger, EU-Binnenmigration und Migration ausländischer Studierender als die aktuell vier größten Formen der Migration in Deutschland identifiziert werden (Bundesministerium des Inneren 2007). Die jeweiligen Migrationsformen haben Einfluss auf die Lebenslage der einzelnen Migranten und – so wird angenommen – auch auf ihre Gesundheit (Bundesministerium des Inneren 2007).

Aufenthaltsdauer

Ende 2005 waren über 62% der ausländischen Staatsangehörigen seit mindestens 10 Jahren in Deutschland (Razum et al. 2008¹). Ein Drittel der ausländischen Staatsangehörigen lebt bereits über 20 Jahre in Deutschland, 19% sogar mehr als 30 Jahre. Besonders Ausländer aus sogenannten Gastarbeiterländern bleiben lange in Deutschland. So leben 73,6% der Türken, 77,9% der Griechen und 78,3% der Spanier für mehr als 10 Jahre in Deutschland (Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2005). Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer lag 2005 bei 16,8 Jahren (Razum et al. 2008).

Asylbewerber

Die Zahl der Asylbewerber und Flüchtlinge stieg in den 1980er Jahren an und erreichte 1992 ihren Höhepunkt, mit 440.000 Menschen. Viele flüchteten aus dem ehemaligen Jugoslawien. Zwischen 1988 und 1992 wurden über eine Million Asylanträge genehmigt. Mit der Änderung des Asylgrundrechtes 1993 sank die offizielle Zahl der Flüchtlinge und Asylbewerber auf 28.914 im Jahre 2005 (Bundesministerium des Inneren 2007).

War Deutschland in den 1990er Jahren noch das Land mit den meisten Asylbewerbern Europas, so wurde es 2000 von Großbritannien und 2003 von Frankreich abgelöst (Bundesministerium des Inneren 2007). Im Jahr 2006 hielten sich über 40.000 Asylbewerber, 76.000 Menschen mit dem Recht auf Asylstatus und 60.000 Flüchtlinge nach der Genfer Konvention in Deutschland auf. Die häufigsten Herkunftsländer von Asylbewerbern zwischen 2000 und 2005 waren der Irak (13%), Türkei (12%), Serbien und Montenegro (10%), Russland (6%) and Afghanistan (4%) (Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2005).

Soziale Charakteristika von Migranten in Deutschland

Die folgenden Ausführungen sind dem Schwerpunktbericht „Migration und Gesundheit“ (Razum et al. 2008) herausgegeben vom Robert Koch-Institut entnommen. Die Originalquellen sind dort zu entnehmen.

Altersstruktur

Verglichen mit der deutschen autochthonen Bevölkerung ist die ausländische Bevölkerung Deutschlands jünger: 60,1% waren im Jahr 2006 unter 40 Jahre alt (43,7% bei den Deutschen). Zu Migranten in der Aufenthaltsrechtlichen Illegalität liegen natürlich keine offiziellen Daten vor,

¹ Berechnungen auf Grundlage von Zahlen des Statistischen Bundesamtes (2006) Fachserie 1: Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Reihe 2: Ausländische Bevölkerung sowie Einbürgerungen 2005. Wiesbaden).

Schätzungen gehen davon aus, dass mobile und risikobereite junge Männer zwischen 20 und 30 Jahren den größten Anteil ausmachen (Waller 2008).

Bildung

Einwanderer haben im Vergleich zur autochthonen Bevölkerung oft eine unterschiedliche Bildung und Qualifizierung. Im Jahr 2000 besuchten 27,7% aller deutschen Schüler ein Gymnasium, hingegen nur 11,7% der Schüler mit ausländischer Staatsangehörigkeit. 58,4% der ausländischen Jugendlichen hat einen Hauptschulabschluss oder keinen Abschluss (29,7% der Deutschen). Der Anteil ausländischer Auszubildenden ist in den letzten Jahren kontinuierlich gesunken. Im Jahr 1995 waren noch 9,7% aller Auszubildenden in Westdeutschland ausländischer Staatsangehörigkeit, hingegen 2004 nur noch 5,6% (Razum et al. 2008).

Eine Analyse der deutschen Sprachkenntnisse zeigt, dass Einwanderer aus der Türkei ihre Sprachkenntnisse am schwächsten einschätzten. Etwas mehr als die Hälfte gab an, gute Sprachkenntnisse zu haben, wobei nur 43% über gute schriftliche Kenntnisse berichteten. Die beste Selbsteinschätzung erreichten die (Spät-)Aussiedler mit 80% guten Sprachkenntnissen und 69% guten schriftlichen Kenntnissen (Razum et al. 2008).

Erwerbsleben

Die Erwerbsquote der ausländischen Bevölkerung (Anteil der Erwerbspersonen an der jeweiligen Bevölkerungsgruppe) lag mit 51,9% leicht über der Erwerbsquote der Deutschen (49,0%) im Jahr 2004. Die Arbeitslosenquote war im Jahr 2004 mit 20,4% bei der ausländischen Bevölkerung doppelt so hoch wie die allgemeine Arbeitslosenquote (11,7%) (Razum et al. 2008).

Das Risiko in Armut zu leben ist für ausländische Staatsangehörige doppelt so hoch wie für die deutsche autochthone Bevölkerung. So stieg die Armutsrisikoquote² für Einwanderer von 19,6% im Jahr 1998 auf 24,0% im Jahr 2003 (Razum et al. 2008).

Wohnsituation

Die Wohnsituation von Menschen mit Migrationshintergrund unterscheidet sich deutlich gegenüber den Deutschen. Im Bundesdurchschnitt haben Deutsche 40 m² Wohnfläche pro Person, ausländische Staatsangehörige jedoch nur 25m².

1.2. Politischer Kontext

Einwanderungspolitik

Über den Zeitverlauf hinweg haben sich die Gesetze der Einwanderung geändert. In den 1960er und 70er Jahren wurden Gastarbeiter aktiv geworben. Nach dem Anwerbestopp von 1973 konnten die in Deutschland lebenden Gastarbeiter jedoch noch ihre Familien nach Deutschland nachholen.

Bereits seit dem 19. Jahrhundert galt in Deutschland das *jus sanguinis* nachdem Kinder die deutsche Staatsbürgerschaft erhalten, wenn mindestens ein Elternteil Deutscher ist. Im Jahr 2000 (Staatsangehörigkeitsreform) änderte sich das *Staatsangehörigkeitsgesetz*. Zusätzlich zum Prinzip des *jus sanguinis* wurde ein ergänzendes *jus soli* eingeführt. Kinder ausländischer Staatsangehöriger,

² Die Armutsrisikogrenze ist von der EU definiert als 60% des Durchschnittseinkommens eines Landes. Für Deutschland lag diese Grenze bei 938€ im Monat für 2003.

erhalten seit dem die deutsche Staatsbürgerschaft, wenn sie in Deutschland geboren sind. Die so erworbene doppelte Staatsbürgerschaft besteht bis zur Volljährigkeit. Bis zum 23. Lebensjahr muss sich die Person dann für eine Staatsangehörigkeit entscheiden (Focus Migration 2007). Eine erwachsene Person kann eingebürgert werden, wenn ihr Ehepartner die deutsche Staatsangehörigkeit hat oder wenn die Person seit mehr als 8 Jahren legal in Deutschland lebt und uneingeschränkte Aufenthaltsrechte hat.

Diskriminierung

Diskriminierung gegenüber Migranten ist in Deutschland zwar vermutlich vorhanden, aber diese ist nur schwer messbar. 2006 dokumentierte die Polizei 511 Gewalttaten gegenüber Ausländer von rechtsextremen Gruppen. Jedoch spielt sich Diskriminierung oft auch weniger offensichtlich ab (Razum et al. 2008). Verglichen mit dem EU-Durchschnitt (62%), denken weniger Menschen die in Deutschland leben (56%), dass Diskriminierung gegenüber Menschen anderer ethnischer Herkunft weit verbreitet ist. Nur 2% der Befragten haben sich in den letzten 12 Monaten persönlich wegen ihrer Religion, ihres Glaubens oder ihrer ethnischen Herkunft diskriminiert gefühlt. Auch andere Parameter bezüglich Diskriminierung liegen in Deutschland unter dem EU-Durchschnitt (Eurobarometer 2008). Aber Diskriminierung kann auch heißen, dass Chancen oder Zugangsmöglichkeiten ungleich verteilt sind. Dies kann bedeuten, dass Maßnahmen zur Verbesserung von Bildung, Arbeits- und Lebensbedingungen die ausländische Bevölkerung nicht so gut erreichen, wie sie die Deutsche autochthone Bevölkerung erreichen.

Integration

Viele Jahre lang stand die Integration von Migranten eher im Hintergrund. Dies hat sich in den letzten Jahren jedoch verändert. 2007 veröffentlichte die Bundesregierung den Nationalen Integrationsplan, der detaillierte Ziele und Schritte zur Verbesserung der Integration beinhaltet. Im nationalen Integrationsplan erklärt die Regierung, dass Migration und Integration Teil der Deutschen Geschichte und Aufgabe von nationaler Priorität sind.

Maßnahmen zur Verbesserung der Integration und dadurch zu weniger Diskriminierung sind u. a.:

- Integration durch Bildung
- Verbesserung deutscher Sprachkenntnisse
- Integration in Ausbildung und Erwerbsleben
- Integration in Wissenschaft, Medien, Sport und bürgerschaftliches Engagement.

Detaillierte Programme zur Verminderung von Ungleichheit im Gesundheitswesen werden in dem Dokument nur wenig diskutiert. Die Länder sollen hierzu Programme und Initiativen zur Reduzierung von Barrieren unterstützen (Bundesregierung 2007). Wie genau dies geschehen soll, bleibt jedoch offen.

2. Gesundheitszustand

2.1. Informations- bzw. Datenlage

In Deutschland werden Gesundheitsdaten der Allgemeinbevölkerung routinemäßig erhoben. Migranten hingegen sind statistisch nur schwer exakt zu erfassen, detaillierte Informationen nach Herkunftsländern oder Altersgruppen fehlen oft ganz. Die meisten verfügbaren Datensätze differenzieren lediglich Deutsche und andere Nationalitäten. Die ausländische Bevölkerung repräsentiert jedoch nur die Hälfte der in Deutschland lebenden Menschen mit Migrationshintergrund. Um detaillierte Zusatzinformationen zu allen Menschen mit Migrationshintergrund zu bekommen, wären Daten zum Geburtsort, Herkunftsland und Herkunftsland der Eltern notwendig.

Der Mikrozensus (eine repräsentative Stichprobe von 1% der Haushalte) begann 2005 detaillierte Informationen zu Migrationshintergrund und –geschichte zu erfassen (Statistisches Bundesamt 2006). Diese Erhebung erlaubt nun genauere Analysen der Subgruppen von Menschen mit Migrationshintergrund.

2008 erschien in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes der erste Schwerpunktbericht zu „Migration und Gesundheit“ in Deutschland (Razum et al. 2008). Dieser Bericht fasst Daten und Informationen aus allen verfügbaren Quellen zur Gesundheit von Migranten zusammen und bietet umfassende Analysen.

2.2. Gesundheitszustand von Menschen mit Migrationshintergrund

Migranten unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Gesundheit oft von der autochthonen Bevölkerung. Dies bedeutet jedoch nicht, dass Migranten zwangsläufig kränker sind als die Allgemeinbevölkerung Deutschlands.

Betrachtet man die Bereiche von möglichen Gesundheitsproblemen bei Migranten, so werden unter anderem Infektionskrankheiten mit ihren Folgeerkrankungen als ein besonders wichtiger gesehen. Des Weiteren werden Komplikationen chronischer Krankheiten durch unterschiedlichen Zugang zu medizinischer Versorgung als ein Bereich von möglichen Gesundheitsproblemen genannt. Auch vererbte Krankheiten können in einigen Herkunftsgebieten bei Migrantengruppen häufiger auftreten. Einen weiteren Problembereich stellen die psychischen und physischen Traumatisierungen durch den Verlust von Verwandten und der Heimat sowie durch Gewalteinwirkungen dar (Krämer, Baune 2004).

Erklärungsansätze

Die dargestellten möglichen Problembereiche treffen jedoch nicht für alle Migrantengruppen in gleicher Weise zu. Betrachtet man den Gesundheitszustand, ist es daher wichtig, die Vielfältigkeit der Menschen mit Migrationshintergrund zu beachten. Die folgende theoretische Betrachtungsweise der Gesundheit von Migranten beschreibt die Einflussgrößen auf die Gesundheit während des Lebenslaufes.

Aus theoretischer Sicht wird die gesundheitliche Situation von Migranten im Wesentlichen von vier Aspekten bestimmt (Spallek, Razum 2007). Zum einen sind, neben den genetischen Dispositionen, die *Bedingungen im Herkunftsland*, wie beispielsweise die Ernährungsgewohnheiten und die Gesundheitsversorgung, ein Einflussfaktor der gesundheitlichen Lage von Menschen mit Migrationshintergrund. Zum anderen haben die *Bedingungen während des Migrationsprozesses* Wirkung auf den gesundheitlichen Zustand. Außerdem beeinflussen die *Bedingungen im Zielland* kurzfristig, zum Beispiel durch Fremdheitsgefühl, wie langfristig durch Verständigungsprobleme, die Gesundheit von Migranten (vgl. Abbildung 2).

Zwar sind nicht alle Aspekte dieses Modells empirisch abgesichert, dennoch vermittelt es einen Eindruck darüber, warum Migranten eine besondere Gruppe im Blick auf die Gesundheit darstellen (Spallek, Razum 2008).

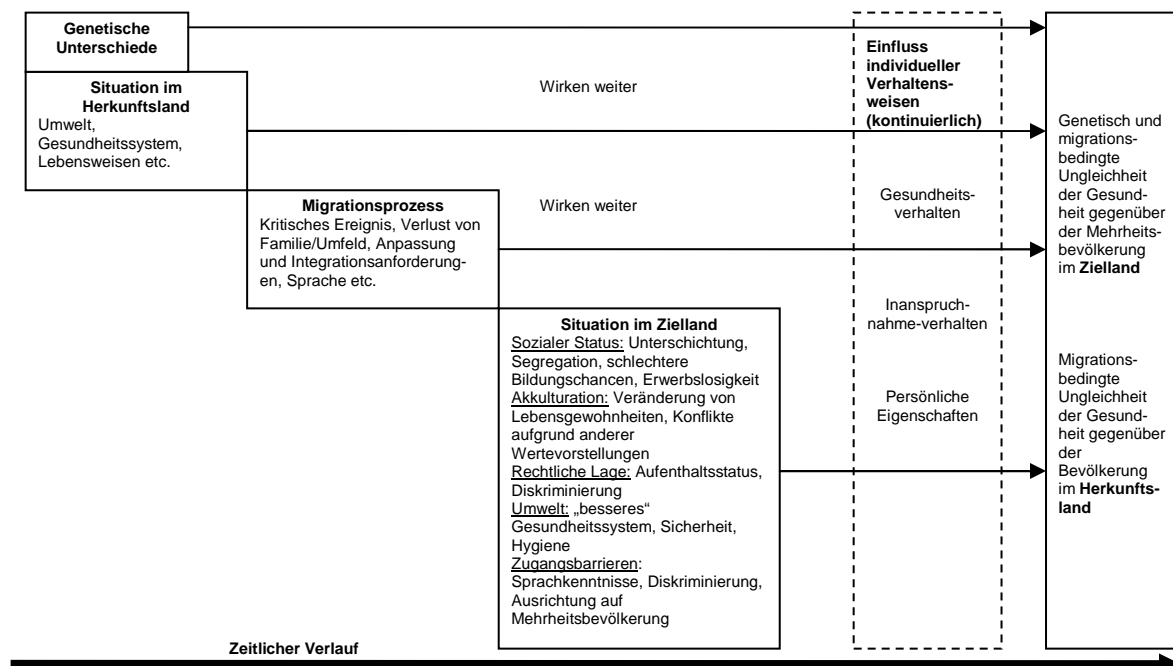


Abbildung 2: Modell verschiedener Einflussgrößen auf die Gesundheit während des Lebenslaufs von Migranten (Quelle: Spallek, Razum 2008 In: Bauer, Ulrich; Bittlingmayer, Uwe; Richter, Matthias (Hg.): Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden.)

Zentrale Ergebnisse des Schwerpunktberichts Migration und Gesundheit

Die bereits beschriebene Vielfaltigkeit der Einwanderergruppen macht es schwierig generelle Aussagen über den Gesundheitszustand von Migranten in Deutschland zu treffen. Es zeigt sich, dass das Krankheitsspektrum der Menschen mit Migrationshintergrund dem der nicht migrierten Bevölkerung weitgehend ähnelt (mit Ausnahme einiger seltener erblicher Stoffwechselerkrankungen bei Migranten).

Im Folgenden werden einige ausgewählte Ergebnisse des ersten Schwerpunktberichts „Migration und Gesundheit“ vorgestellt:

- Die Tuberkuloseinzidenz der ausländischen Bevölkerung war 2006 fünfmal so hoch wie unter deutschen Staatsangehörigen.

- Die Müttersterblichkeitsquote bei Frauen nicht-deutscher Nationalität, ein Indikator für Ungleichheit in Zugang und Nutzung von Gesundheitsleistungen, sank in den vergangenen Jahren und gleicht sich immer mehr der Quote bei deutschen Frauen an.
- Übergewicht als Risikofaktor für Herz-Kreislauferkrankungen ist bei Frauen ausländischer Nationalität über 65 Jahre (28,1%) häufiger als bei deutschen Frauen (17,6%). Bei Kindern mit Migrationshintergrund ist Übergewicht deutlich häufiger als bei Kindern ohne Migrationshintergrund (19,5% vs. 14,1%. 2006; Alter: 3-17 Jahre).
- Bei den Männern rauchen ausländische Staatsangehörige (36,3%) zu einem größeren Anteil als deutsche Staatsangehörige (27,1%).
- Die Krankheitsquote (Prozentsatz von Kranken verglichen mit allen Antwortenden im Mikrozensus) ist bei Männern (9,7%) und Frauen (10,2%) ausländischer Nationalität zwischen 40 und 64 Jahren niedriger als bei deutschen Staatsangehörigen (Männer 11,6% und Frauen 13,1%).
- Als Indikator für die Arbeitssituation können Vergleiche der Unfallhäufigkeit zwischen Deutschen und Migranten helfen. Männer weisen ähnliche und rückläufige Unfallquoten auf. Unter türkischen Staatsangehörigen sind tödliche Arbeitsunfälle jedoch 1,5 mal so häufig wie unter deutschen Staatsangehörigen.
- Die Schwerbehindertenquote unter ausländischen Männern und Frauen (Altersgruppe 18-54 Jahre) liegt nur rund halb bis zweidrittel so hoch wie unter Deutschen. In den jüngeren und älteren Altersgruppen erreicht sie hingegen ähnliche Werte wie bei Deutschen.
- Erkrankungen durch psychosoziale Belastungen (z. B. infolge der Trennung von der Familie oder politischer Verfolgung im Herkunftsland) sind weniger gut dokumentiert und schwer zu quantifizieren. Hier sind besonders Personen ohne rechtlich gesicherten Aufenthaltsstatus gefährdet.

Der Schwerpunktbericht „Migration und Gesundheit“ (Razum et al. 2008) enthält weitere detaillierte Informationen zum Gesundheitsstatus verschiedener Migrantengruppen in Deutschland.

Krebserkrankungen

Ernährung, Rauchverhalten und andere Lebensstilfaktoren beeinflussen teilweise die Häufigkeit vieler Krebserkrankungen. Wie bereits in Abbildung 2 dargestellt, sind Migranten über den Lebenslauf hinweg von anderen Faktoren beeinflusst als die autochthone deutsche Bevölkerung. Zudem spielt bei der Mortalität vieler Krebserkrankungen auch die Teilnahme an Vorsorgeprogrammen, z.B. bei Brustkrebs oder Gebärmutterhalskrebs, eine wichtige Rolle. Doch nicht nur die Inanspruchnahme von Vorsorgeprogrammen hat einen Einfluss auf die Mortalität, auch der Zugang zu und die Nutzung von Gesundheitsdienstleistungen beeinflusst die Sterblichkeit.

Die häufigsten Krebstodesursachen beispielsweise von türkischen Migranten sind bei den Männern Lungenkrebs, Leukämie sowie Magenkrebs und bei den Frauen Brustkrebs, Leukämie und Magenkrebs. Betrachtet man die altersstandardisierten Sterberaten türkischstämmiger Menschen im

Vergleich zur deutschen Bevölkerung, so liegen diese bei fast allen Krebsarten weit unter den altersstandardisierten Sterberaten der Deutschen –allerdings wurde ein Anstieg über die Zeit beobachtet (Zeeb et al. 2002).

Irreguläre Migranten

Für Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus ("irreguläre" Migranten) sind Daten rar. Einige Studien zeigen, dass das Krankheitsspektrum nicht auffällig vom allgemeinen Krankheitsspektrum abweicht. Besonders ist jedoch eine hohe Prävalenz armutsbezogener Erkrankungen wie Infektions- und Hauterkrankungen. Zudem ist psychischer Stress ein ernst zu nehmendes Problem in dieser Gruppe, da eine große Unsicherheit auf Grund ihres Aufenthaltsstatus besteht (Waller 2008). Außerdem können die Arbeitsbedingungen für diese Gruppe sehr gefährlich sein, da sie keine Verträge über Arbeitszeiten, Gehalt und Arbeitssicherheit abschließen können (Razum et al. 2008).

Von zunehmender – und bislang unterschätzter – Bedeutung sind die gesundheitlichen Probleme und auch der Pflegebedarf von älteren Menschen mit Migrationshintergrund. Hier fehlen aussagekräftige Datenquellen.

Jedoch sind Migranten nicht nur anderen Krankheitsrisiken ausgesetzt als die Bevölkerung im Zielland. Migration beeinflusst auch die Chance, im Krankheitsfall eine angemessene Therapie zu erhalten (Razum, Geiger 2003). Doch auch hier kann sich der Einfluss der Migration positiv wie negativ auswirken. So ist für viele Migranten die Situation in Deutschland mit besseren Lebensumständen, finanziellen und geografischen Zugangsmöglichkeiten zu den Gesundheitsdiensten verbunden. Jedoch erschweren Sprachprobleme und Informationsdefizite oft auch die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (Razum, Geiger 2003).

2.3. Maßnahmen zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit bei Migranten

Verschiedene Initiativen zur Verbesserung der Gesundheit von Migranten aufzuzählen, würde im Rahmen dieses Berichtes zu weit führen. Eine Übersicht über solche Projekte findet sich in einem Handbuch für Modelle guter Praxis zu Integration und Gesundheit (Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2007) und in der Praxisdatenbank des Projektes „gesundheitliche Chancengleichheit“.

Aktivitäten zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheiten von Migranten sind jedoch oft auf Initiativen von privaten Organisationen gegründet und nicht flächendeckend von staatlicher Seite initiiert. Zudem werden Migranten aufgrund ihrer durchschnittlich ungünstigeren sozioökonomischen Situation auch in Projekten zur Reduktion sozialer Ungleichheit im Gesundheitswesen angesprochen.

3. DER ANSPRUCH VON MENSCHEN MIT MIGRATIONSHINTERGRUND AUF GESUNDHEITSLEISTUNGEN

Ausländische Staatsangehörige

Arbeitnehmer, egal ob deutsche Staatsangehörige oder in Deutschland gemeldete ausländische Staatsangehörige, nehmen am Sozialversicherungssystem teil. Demnach ist auch ihr Anspruch auf Gesundheitsdienstleistungen gleich dem der deutschen Staatsangehörigen.

Asylbewerber

Asylbewerber hingegen können sich nicht gesetzlich krankenversichern. Erst wenn sie als asylberechtigt anerkannt werden, sind sie Teil des gesetzlichen Krankenversicherungssystems. Bevor Asylbewerber Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung haben, erhalten sie Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. Demnach haben sie Anspruch auf uneingeschränkte Behandlung bei akuten und schmerzhaften Erkrankungen. Es gibt aber Einschränkungen bei Zahnbehandlungen, wie beispielsweise Zahnersatz oder Kieferorthopädie. Des Weiteren haben Asylbewerber Anspruch auf Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft, Leistungen zur Entbindung und Pflege nach der Geburt. Außerdem können sie medizinische Vorsorgeuntersuchungen wie die Vorsorgeuntersuchungen für Kinder, gynäkologische Früherkennungsuntersuchungen und Krebsfrüherkennung in Anspruch nehmen. Auch die üblichen Impfungen im Kindesalter werden nach dem Asylbewerberleistungsgesetz übernommen.

Irreguläre Migranten

Illegale Migranten sehen sich einer schwierigen Situation gegenüber, wenn sie Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen wollen (Castena 2008). Offiziell haben sie den gleichen Anspruch auf Gesundheitsversorgung wie Asylbewerber. Die Kosten für die erbrachten Leistungen übernimmt das zuständige Sozialamt. Jedoch sind alle Ämter verpflichtet, den illegalen Migranten der Ausländerbehörde zu melden. Meist ist eine Abschiebung die Folge. Dies führt de facto zu einem Ausschluss aus der Gesundheitsversorgung, da ein Kontakt mit dem Gesundheitswesen zur Aufdeckung ihres Status führt.

4. DER ZUGANG ZUM GESUNDHEITSSYSTEM

Migranten haben eine höhere Wahrscheinlichkeit, ein geringeres Durchschnittseinkommen, schlechtere Bildung und schwierigere Wohn- und Arbeitsbedingungen aufzuweisen, als die Bevölkerung im Zielland (Razum et al. 2004; Spallek, Razum 2007). Wie bekannt ist, wirkt sich dies auch auf die Gesundheit aus. Migration beeinflusst jedoch nicht nur Risiko zu erkranken, vielfach haben Migranten auch einen schlechteren Zugang zur Gesundheitsversorgung, aufgrund sprachlicher oder kultureller Barrieren (Razum, Geiger 2003).

Barrieren

Auch wenn viele Migranten den gleichen Anspruch auf Gesundheitsleistungen haben wie deutsche Staatsangehörige, müssen sie einige Barrieren überwinden. Zum einen die Barriere der Versicherungsschutzes bei selbstständigen Migranten, die eventuell zögern, sich privat krankenzuversichern, wenn sie nur eine begrenzte Zeit in Deutschland verweilen. Zuschuss-Barrieren treffen Asylbewerber, wenn die Beantragung schriftliche Deutschkenntnisse oder Kenntnisse über das Gesundheitswesen erfordert. Außerdem kämpfen Migranten oft mit kostenbezogenen Barrieren, da Freistellungs- und Kostenübernahmeanträge schriftliche Deutschkenntnisse erfordern (Riesberg, Wörz 2008). Illegale Migranten sind, wie beschrieben, zudem von Barrieren der Angebotsseite konfrontiert, da sie Sanktionen fürchten (Waller 2008).

Sprachliche Barrieren können dann entstehen, wenn das Gesagte nicht verstanden wird. Oft wird dann Abhilfe durch Laiendolmetscher, z.B. Familienangehörige, geschaffen. Diese Form der Unterstützung ist allerdings nicht immer erfolgreich, da den Angehörigen medizinisches Fachwissen fehlt oder aufgrund von Schamgefühlen oder Rücksichtnahme auf den Patienten nicht richtig übersetzt wird. Kulturelle Unterschiede können sich in einem anderen Krankheitsverständnis, aber auch in einem anderen Schamgefühl äußern, die wiederum die Inanspruchnahme verhindern oder zu einer Fehlversorgung führen (Razum et al. 2008).

Zudem werden Menschen in einer ungünstigen sozialen Lage, unabhängig davon, ob sie einen Migrationshintergrund haben oder nicht, mit Barrieren des Gesundheitswesens konfrontiert. Dazu tragen ihre geringere Ausstattung mit finanziellen Mitteln, aber auch die oft geringeren Bildungsressourcen bei (Richter, Hurrelmann 2007). Da Migranten im Vergleich zur Mehrheitsbevölkerung durchschnittlich in einer ungünstigeren sozialen Lage leben, sind sie auch hier einer mehrfachen Benachteiligung ausgesetzt.

Auf Seite der Anbieter von Gesundheitsleistungen sind fehlende interkulturelle Kompetenz als Zugangsschwelle für Versorgung zu nennen (Schenk et al. 2008). Eine weitere Barriere seitens der Migranten ist die fehlende Kenntnis über das deutsche Gesundheitssystem und dessen Finanzierungsmechanismen anzusehen (Razum et al. 2008; Riesberg, Wörz 2008). So deutet eine Studie unter türkischen Migranten exemplarisch darauf hin, dass Unterschiede bei der Inanspruchnahme von Präventionsleistungen und Kinderuntersuchungen auf ein Informationsdefizit über diese Programme zurückzuführen ist (Razum et al. 2008).

Initiativen zur Verminderung der Barrieren

Durch zahlreiche Aktivitäten wird versucht, den Zugang zum Gesundheitswesen für Migranten in Deutschland zu verbessern und vereinfachen. Die Broschüre „Gesundheitswegweiser für Migranten“ des Ethnomedizinischen Zentrums e.V. in Zusammenarbeit mit der BKK bietet umfassende Informationen für Migranten zum Gesundheitswesen (z.B. Krankenversicherung, Arztbesuche, Apotheken, Zahnärzte, Krankenhäuser usw.) in neun verschiedenen Sprachen. Zudem gibt es einige Aktivitäten zur Prävention und Gesundheitsförderung bei Migranten, wie beispielsweise das Projekt MiMi („Mit Migranten für Migranten“), in dem engagierte Migranten als interkulturelle Gesundheitsmediatoren ausgebildet werden, um dann andere Migranten über Gesundheitsversorgung in Deutschland zu informieren (Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2007).

Zusätzlich zu diesen, exemplarisch dargestellten, nationalen Initiativen gibt es eine Vielzahl regional fokussierter Projekte. Diese beschäftigen sich beispielsweise mit der Aus- und Weiterbildung, Frauengesundheit, nicht-somatischen Erkrankungen, biografischen Aspekten von Migration, Kommunikation und Interaktion sowie Selbsthilfeprogrammen. So bieten beispielsweise verschiedene kommunale Stellen und Migrationsvereine in Frankfurt am Main eine Afrikasprechstunde an, in der ein umfassendes Beratungs- und Betreuungsangebot von Migranten aus Afrika in Anspruch genommen werden kann (Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, 2007). Andere regionale Initiativen zum Beispiel zu Rechtsfragen, Bildung und Gesundheitsberatung von Migranten gibt es in Berlin, Münster und Stuttgart. Für eine weitere Übersicht zu regionalen Projekten, welche die Gesundheit von Migranten verbessern wollen, kann hier die Praxisdatenbank des Projektes „Gesundheitliche Chancengleichheit“ empfohlen werden. Etwa 6% der Projekte zur Bekämpfung gesundheitlicher Ungleichheit nehmen speziell Migranten in ihren Fokus (Spallek, Razum 2007). Deutlich wird jedoch, dass sich viele Initiativen auf Städte beziehen und ländliche Regionen weniger Initiativen zu verzeichnen haben.

Modelle guter Praxis finden sich in der Veröffentlichung „Gesundheit und Integration“ der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration und in der Praxisdatenbank des Projektes „Gesundheitliche Chancengleichheit“.

Zusätzlich zu den Projekten und Aktivitäten verschiedener Organisationen und Vereine stellen einige Institutionen, wie das Gesundheitsministerium (über die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung), die Patienteninformation der Deutschen Krebsgesellschaft und einige andere nationale Initiativen Telefonservice oder Flyer in den gängigen Landessprachen der Migranten bereit.

5. QUALITÄT DER BEHANDLUNG

Ähnliche Probleme, welche Barrieren der Inanspruchnahme verursachen, haben auch einen Einfluss auf die Qualität der Behandlung. Türkische Migranten gaben beispielsweise an, dass sie während medizinischer Behandlungen oder Beratungen Informationen vermissten oder mit den gegebenen Informationen nicht zufrieden waren. Dieses Ergebnis wird unterstützt von der Beobachtung, dass Frauen mit Migrationshintergrund ihren Frauenarzt öfter wechseln als es deutsche Frauen tun, was wiederum den kontinuierlichen Informationsfluss behindert. Damit verbundene Probleme sind subjektiv wahrgenommene Diskriminierung, unfreundliche Verhaltensweisen und falsches Vorgehen bei der Behandlung (Razum et al. 2008). Diversity Management ist im deutschen Gesundheitswesen noch nicht voll umgesetzt.

Ein gutes Beispiel für das Fehlen von flächendeckender Unterstützung und Förderung der Gesundheit von Migranten ist der Einsatz von Dolmetschern. Während in anderen europäischen Ländern der reguläre Einsatz von Dolmetschern schon längst etabliert ist, wird in Deutschland das Suchen eines Übersetzers als Aufgabe des Migranten gesehen. In Notfällen versuchen Institutionen wie Krankenhäuser einen Übersetzer aus ihrem eigenen Personalpool zu finden. Diese Praxis bringt jedoch ethische Probleme bei der Aufklärung und Behandlung mit sich (Riesberg, Wörz 2008). Einige Krankenhäuser und Gemeinden haben daher einen Dolmetscherservice für Migranten etabliert, der flächendeckende, reguläre Einsatz bleibt bislang jedoch aus. Zudem ist bei ambulanten Behandlungen die Kostenübernahme des Dolmetschers nicht durch die obligatorische Krankenversicherung abgedeckt (Razum et al. 2008, 2004).

6. THEMENÜBERGREIFENDE MAßNAHMEN ZUR VERÄNDERUNG

Seit Einführung des neuen Zuwanderungsgesetzes 2005, müssen Einwanderer Integrationskurse besuchen, die 600 Stunden Deutschunterricht und 30 Stunden Orientierungskurs zu deutschen Gesetzen, Geschichte und Kultur beinhalten. Diese neue Pflicht soll Migranten helfen, Barrieren des Gesundheitssystems, die durch unzureichende Sprachkenntnisse hervorgerufen werden, zu überwinden. Andere Barrieren benötigen jedoch noch mehr Aufmerksamkeit und gezielte Maßnahmen zum Abbau.

Zusätzlich zu den verschiedenen regionalen Projekten versuchen Vereine und Organisationen die Gesundheit von Migranten zu verbessern. Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Immigrantenverbände (BAGIV) beispielweise ist ein bundesweiter und multinationaler Dachverband von Migrantenselbstorganisationen mit dem Ziel der integrationsfördernden Selbstvertretung von ImmigrantInneninteressen. Der Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration ist ein im Oktober 2008 neu gegründetes Gremium, dessen zentrale Aufgaben Bestandsaufnahmen, Entwicklungsanalysen, kritische Politikbegleitung und die Information der Öffentlichkeit in den Bereichen Integration und Migration sind.

Des Weiteren wurde 1997 der Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit gegründet. Koordiniert von der Beauftragten der Bundesregierung für Ausländerfragen, steht die Verbesserung der gesundheitlichen Beratung und Versorgung von Migrantinnen und Migranten im Mittelpunkt seiner Arbeit (Grieger 2002).

Die Analyse von Routinedaten zur Gesundheit und Gesundheitsversorgung von Migranten hat sich in den letzten Jahren etabliert. Im Bericht zur gesundheitlichen Lage Deutschlands „Gesundheit in Deutschland“ des Robert Koch-Instituts werden Migranten nur wenig berücksichtigt, Ausnahmen bilden hier Zahlen zur Tuberkulose und Müttersterblichkeit (Robert Koch-Institut 2006). 2008 wurde erstmals ein Schwerpunktbericht „Migration und Gesundheit“ herausgegeben, in dem die gesundheitliche Lage der Migranten in Deutschland ausführlich beschrieben wird (Razum et al. 2008).

Flächendeckende, geplante Evaluation von Initiativen zur Verbesserung des Zugangs und/oder der Qualität der Gesundheitsversorgung von Migranten fehlen bislang in Deutschland (Spallek, Razum 2007).

Die aufgeführten politischen und privaten Initiativen zur Verbesserung der Gesundheit von Migranten stellen nur einen exemplarischen Ausschnitt des Geschehens in Deutschland dar. Deutlich wird jedoch, dass in den letzten Jahren zunehmend Bemühungen in diesem Bereich stattfinden.

LITERATUR:

- Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (ed.) (2007): Gesundheit und Integration. Ein Handbuch für Modelle guter Praxis. 2. überarbeitete Auflage. Berlin.
- Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (ed.) (2005): Strukturdaten der ausländischen Bevölkerung 2004. in Zusammenarbeit mit dem efms – Europäisches Forum für Migrationsstudien, Bamberg. Berlin.
- Bundesministerium des Inneren (eds.) (2007): Migrationsbericht des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge im Auftrag der Bundesregierung – Migrationsbericht 2006. Nürnberg. PDF: http://www.bmi.bund.de/Internet/Content/Common/Anlagen/Broschueren/2008/Migrationsbericht__2006,templated=raw,property=publicationFile.pdf/Migrationsbericht_2006.pdf
- Bundesregierung (2007): Nationaler Integrationsplan. Neue Wege – neue Chancen. Presse- und Informationsamt der Bundesregierung (ed.): <http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Artikel/2007/07/Anlage/2007-10-18-nationaler-integrationsplan,property=publicationFile.pdf>
- Castaneda, Heide (2008): Undocumented Migration, Health Care and Public Policy in Germany. In: Anthropology News May 2008.
- Eurobarometer (2008): Discrimination in the European Union 2008. Results for Germany. European Commission (ed.). Brüssels.
- Flöthmann, E.-Jürgen (2004): Demografischer Hintergrund in der Bundesrepublik Deutschland. Zur bisherigen und zukünftigen Bedeutung der Migration für die Bevölkerungsentwicklung Deutschlands. In: Krämer, Alexander; Prüfer-Krämer, Luise (Hrsg.): Gesundheit von Migranten. Internationale Bestandsaufnahme und Perspektiven. Weinheim und München: Juventa Verlag. 21-38.
- Focus Migration (2007): Länderprofil Deutschland. In: Hamburgisches WeltWirtschaftsinstitut (Hrsg.): Focus Migration. (1): 1-9.
- Grieger, Dorothea (2002): Migration und Gesundheit. Das öffentliche Gesundheitswesen muss sich interkulturell öffnen. In: Ausländer in Deutschland 18(1). WWW: <http://www.isoplan.de/aid/index.htm?http://www.isoplan.de/aid/2002-1/schwerpunkt.htm>
- Krämer, Alexander; Baune, Bernhard Th. (2004): Migrationen: eine Herausforderung für die Gesundheitswissenschaften und die gesundheitliche Versorgung. In: Krämer, Alexander; Prüfer-Krämer, Luise (Hrsg.): Gesundheit von Migranten. Internationale Bestandsaufnahme und Perspektiven. Weinheim und München: Juventa Verlag. 9-20.
- Razum, Oliver et al. (2008): Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institute (ed.). Berlin.
- Razum, Oliver; Geiger, Ingrid (2003): Migranten. In: Schwartz, Friedrich Wilhelm et. al (Hrsg.): Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen. 2. Auflage. München und Jena: Urban & Fischer.
- Razum, Oliver; Geiger Ingrid, Zeeb, Hajo; Ronellenfitsch, Ulrich (2004): Gesundheitsversorgung von Migranten. Deutsches Ärzteblatt 101(43): A2882-A2887.
- Riesberg, Annette; Wörz, Markus (2008): Quality in and Equality of Access to Healthcare Services – Country Report for Germany. European Commission (eds.)
- Richter, Matthias; Hurrelmann, Klaus (2007): Warum die gesellschaftlichen Verhältnisse krank machen. In: Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.): Aus Politik und Zeitgeschichte (APuZ 42/2007)

- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2006): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit in Deutschland. Berlin.
- Schenk, Liane; Ellert, Ute; Neuhauser, Hanne (2008): Migration und gesundheitliche Ungleichheit. Public Health Forum 16, Heft 59, 18-20.
- Schneider, Jan (2005): Migration und Integration in Deutschland. Aussiedler. Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.). WWW: <http://www.bpb.de/themen/96ORR8,0,0,Aussiedler.html>
- Spallek, Jacob; Razum, Oliver (2007): Gesundheit von Migranten: Defizite im Bereich der Prävention. Medizinische Klinik 102(6): 451-6.
- Spallek, Jacob; Razum Oliver (2008): Gleich und gerecht? Erklärungsmodelle für die gesundheitliche Situation von Migrantinnen und Migranten. In: Bauer, Ulrich; Bittlingmayer, Uwe; Richter, Matthias (Hg.): Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (ed.) (2006): Leben in Deutschland – Haushalte, Familien und Gesundheit. Ergebnisse des Mikrozensus 2005. Wiesbaden. PDF: <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pk/2006/Mikrozensus/Pressebrochure,property=file.pdf>
- Waller, Heiko (2008): Gesundheitsprobleme und Gesundheitsversorgung von Menschen in der Aufenthaltsrechtlichen Illegalität: Deutschland und Italien im Vergleich. Health Problems and Health-Care among Unregistered Migrants: A Comparison between Germany and Italy. Gesundheitswesen: 2008;70:4-8.
- Zeeb, H. et al. (2002): Transition in cancer patterns among Turks residing in Germany, in: European Journal of Epidemiology 2002, 38, S. 705-711.