

Junge Patienten mit koronarer Herzkrankheit - spielt der Migrationshintergrund eine Rolle?

Inauguraldissertation
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
des Fachbereichs Medizin
der Justus-Liebig-Universität Gießen

vorgelegt von Lisa Ivy Maria Mack
aus Groningen (Niederlande)
Gießen 2013

Aus dem Institut für Geschichte der Medizin der Justus-Liebig-Universität Gießen,
Geschäftsführender Direktor: Prof. Dr. Volker Roelcke

in Zusammenarbeit mit der Medizinischen Klinik I, Abteilung für Kardiologie und
Angiologie, der Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH, Standort Gießen,
Klinikdirektor: Prof. Dr. Christian Hamm

Gutachter: PD Dr. Michael Knipper

Gutachter: Prof. Dr. Johannes Kruse

Tag der Disputation: 31.10.2014

Für Momi.

Weil es für mich so einfach ist, ihren Traum zu leben.

Zugunsten der leichteren Lesbarkeit wird in der vorliegenden Arbeit auf eine geschlechtsspezifische Formulierung verzichtet und die männliche Schreibweise benutzt. Entsprechende Begriffe gelten für Menschen jeden Geschlechts.

Inhalt

1	EINLEITUNG.....	1
1.1	EINFÜHRUNG	1
1.2	ZIELE, FRAGESTELLUNGEN UND HYPOTHESEN.....	3
1.3	AUFBAU DER ARBEIT.....	4
2	THEORETISCHE GRUNDLAGEN.....	6
2.1	MIGRANTEN IN DEUTSCHLAND.....	6
2.1.1	<i>Geschichte der Migration in Deutschland.....</i>	<i>6</i>
2.1.2	<i>Definition zentraler Konzepte und Begrifflichkeiten.....</i>	<i>12</i>
2.1.3	<i>Zahlen zu Migranten in Deutschland.....</i>	<i>15</i>
2.2	KHK	18
2.2.1	<i>Epidemiologie.....</i>	<i>18</i>
2.2.2	<i>Definitionen.....</i>	<i>18</i>
2.2.3	<i>Pathophysiologie.....</i>	<i>19</i>
2.2.4	<i>Risikofaktoren.....</i>	<i>21</i>
2.3	NOTWENDIGKEIT UND RISIKEN DER MIGRANTENSENSIBLEN FORSCHUNG	22
3	STAND DER FORSCHUNG	25
3.1	EINFÜHRUNG.....	25
3.2	MIGRATIONSHINTERGRUND UND OPERATIONALISIERUNG.....	26
3.2.1	<i>Begriffe, zugrundeliegende Konzepte und Definitionen.....</i>	<i>27</i>
3.2.2	<i>Spezifische Einflussfaktoren und weitere methodische Probleme bei der Einschätzung der Gesundheit von Migranten.....</i>	<i>31</i>
3.2.3	<i>Vorschläge für die Schaffung von Standards für die migrantensensible Forschung</i>	<i>35</i>
3.2.4	<i>Datenquellen mit migrantenspezifischen Daten.....</i>	<i>37</i>
3.2.5	<i>Migrationspezifische Herausforderungen bei der Rekrutierung und Befragung ...</i>	<i>40</i>
3.3	MIGRATION UND GESUNDHEIT.....	41
3.3.1	<i>Forschungsergebnisse zur allgemeinen Gesundheit von Migranten.....</i>	<i>41</i>
3.3.2	<i>Forschungsergebnisse zur psychischen Gesundheit von Migranten.....</i>	<i>46</i>
3.3.3	<i>Zugang zum Gesundheitssystem.....</i>	<i>49</i>
3.4	MIGRATION UND KHK.....	51
3.5	EINFLUSS PSYCHISCHER UND SOZIALER FAKTOREN AUF DIE HERZGESUNDHEIT UND DIE BESONDERE SITUATION DER MIGRANTEN.....	54
3.5.1	<i>Einfluss psychischer und sozialer Faktoren auf die Herzgesundheit.....</i>	<i>54</i>
3.5.2	<i>Soziale Situation und besondere Stressoren im Kontext Migration.....</i>	<i>56</i>
4	METHODISCHER FORSCHUNGSANSATZ.....	58
4.1	STUDIENSAMPLE.....	58
4.1.1	<i>Studiensample.....</i>	<i>58</i>
4.1.2	<i>Zeitraum der Befragung.....</i>	<i>58</i>
4.1.3	<i>Studienstandort UKGM.....</i>	<i>58</i>
4.1.4	<i>Erfassung und Auswahl von Studienteilnehmerinnen.....</i>	<i>58</i>
4.2	PILOTPHASE.....	59
4.3	ERHEBUNGSINSTRUMENT.....	61
4.3.1	<i>Entwicklung des Erhebungsinstrumentes.....</i>	<i>61</i>

4.3.2	<i>Fragen zur Erfassung des Migrationshintergrundes</i>	61
4.3.3	<i>Fragen zu Diagnose, Risikofaktoren und demographische Daten</i>	61
4.4	BEFRAGUNG DER PATIENTEN	62
4.4.1	<i>Setting und Interviewmethode</i>	62
4.5	ERGÄNZUNG UND KONTROLLE DER DATEN SOWIE AUSSCHLUSS VON PATIENTEN	63
4.5.1	<i>Ergänzung fehlender Daten</i>	63
4.5.2	<i>Kontrolle der Daten und Ausschluss von Patienten</i>	63
4.6	HERAUSFORDERUNGEN BEI DER DATENERHEBUNG	64
4.6.1	<i>Vollständige Erfassung der geeigneten Patienten</i>	64
4.6.2	<i>Qualität und Verfügbarkeit der Datenquellen</i>	64
4.6.3	<i>Vollständige Teilnahme</i>	65
4.6.4	<i>Überprüfbarkeit der Angaben</i>	66
4.7	BEGRÜNDUNG DER EINSCHLUSSKRITERIEN UND OPERATIONALISIERUNG DER RISIKOFAKTOREN	66
4.7.1	<i>Auswahl der Risikofaktoren und Begründung der jeweiligen Kriterien</i>	67
4.8	VERARBEITUNG DER DATEN	67
4.9	DATEN DES STATISTISCHEN LANDESAMTES	68
4.10	DATENANALYSE	68
4.11	VOTUM DER ETHIKKOMMISSION	69
4.12	VERWENDETE SOFTWARE	69
5	ERGEBNISSE	70
5.1	EIGENSCHAFTEN DER STUDIENPOPULATION	70
5.1.1	<i>Alter, Diagnose und Risikofaktoren</i>	70
5.1.2	<i>Herkunft und Migrationshintergrund der untersuchten Patienten</i>	71
5.2	DIAGNOSE UND RISIKOFAKTOREN IM KONTEXT MIGRATIONSHINTERGRUND	77
5.3	VERGLEICH DER ERGEBNISSE MIT DATEN AUS DEM MIKROZENSUS	79
6	DISKUSSION	82
6.1	ZUSAMMENFASSUNG UND DISKUSSION DER ERGEBNISSE SOWIE STÄRKEN UND SCHWÄCHEN DER VORLIEGENDEN STUDIE	82
6.1.1	<i>Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse: statistischer Teil</i>	82
6.1.2	<i>Zusammenfassung der Ergebnisse: Operationalisierung des Migrationshintergrundes</i>	85
6.1.3	<i>Stärken und Schwächen der Studie</i>	87
6.2	MIGRATIONSHINTERGRUND ALS MERKMAL IN DER EPIDEMIOLOGISCHEN FORSCHUNG	88
6.2.1	<i>Migrationshintergrund als Variable in der Forschung zu Gesundheit– sinnvoll oder nicht?</i>	88
6.2.2	<i>Alternativen und Ergänzungen zur Erhebung des Migrationshintergrundes in der epidemiologischen Forschung</i>	90
6.3	KONSEQUENZEN FÜR DIE KLINIK	93
7	FAZIT UND AUSBLICK	95
	ZUSAMMENFASSUNG	98
	ABSTRACT	100
	ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	I
	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	II

VERZEICHNIS DER TABELLEN.....	III
LITERATURVERZEICHNIS.....	IV
ANHANG.....	XIV
ERKLÄRUNG.....	XVII
DANKSAGUNG.....	XVIII
LEBENS LAUF.....	XX

1 Einleitung

1.1 Einführung

Deutschland ist ein Einwanderungsland (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF), 2013) und fast ein Fünftel der hier lebenden Menschen hat nach Definition des Statistischen Bundesamtes einen Migrationshintergrund¹ (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2012a). Trotzdem ist unzureichend erforscht und noch weniger verstanden ob, unter welchen Bedingungen und in welcher Weise Migration und Gesundheit zusammen hängen (siehe beispielsweise Rechel et al. 2013; Knipper & Bilgin, 2009; Nielsen & Krasnik, 2010; Schenk et al., 2006; Butler et al., 2007).

Neben den möglichen positiven Aspekten der Migration, wie z.B. dem Zugang zu hohen medizinischen Standards, geht diese Erfahrung mit psychosozialer Belastung durch vielfältige Stressoren (zum Beispiel fremde Sprache, fremde Werte und Normen, Verlust der sozialen Strukturen im Heimatland) einher (siehe unter anderem: Rechel et al., 2013; Knipper & Bilgin, 2010; Weishaar, 2008; Bilgin, Doppel & Bretzel, 1988) und stellt unterschiedliche, aber hohe Anforderungen an den migrierenden Menschen. Viele Migranten meistern diese Herausforderung ohne fassbare gesundheitliche Auswirkungen, aber je nach persönlichen und sozialen Ressourcen, der individuellen Biografie und den im Zusammenhang mit der Migration gemachten Erfahrungen können diese Herausforderungen zu körperlichen, aber besonders psychischen Problemen führen (Rechel et al., 2013; Juhasz, Makara & Taller, 2010; Aparicio, Döring, Mielck & Holle, 2005; Ding & Hargraves, 2009; Kornischka & Agelink 2007). Im Hinblick auf die gesundheitliche Situation von Migranten ist dabei nicht nur das Migrationsereignis selbst, sondern besonders die häufig unmittelbar damit verknüpften Bedingungen im Aufnahmeland, wie beispielsweise Sprachbarrieren, schlechte Arbeitsbedingungen, niedriger sozioökonomischer Status oder Diskriminierung, von Bedeutung (Rechel et al., 2013; Razum et al., 2008).

Vor diesem Hintergrund waren klinische Beobachtungen sowie Angaben in publizierten Studien (vor allem auch aus Gießen), die darauf hinweisen, dass besonders

¹ In dieser Arbeit werden die Begriffe „Migrant“ und „Mensch mit Migrationshintergrund“ synonym verwendet. Dabei wird, wo nicht anders angegeben, die für den Mikrozensus verwendete Definition dieser Begriffe benutzt (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2012a, S.6)

junge Patienten (bis einschließlich 55 Jahre) in der Kardiologie oft einen Migrationshintergrund haben, Ausgangspunkt der vorliegenden Studie (Bongard, Pogge, Arslaner, Rohrmann & Hodapp, 2002; Knipper & Bilgin, 2009; Porsch-Oezçueruemez et al., 1999). Bereits 1988 haben Bilgin et al. darauf hingewiesen, dass die türkischen Herzinfarkt-Patienten im Durchschnitt bei Erkrankungsbeginn 10 Jahre jünger (47 Jahre) seien als deutsche Patienten (Bilgin et al., 1988). Auch die Ergebnisse der sogenannten Gießen-Studie bestätigen dies: Porsch-Özcürümez et al. (1999) fanden eine erhöhte Prävalenz für koronare Herzkrankheit (KHK) bei türkischstämmigen Männern sowohl im Vergleich zu türkischen Männern in der Türkei als auch zu deutschen Männern. Und auch aus England gibt es Hinweise für Unterschiede zwischen Angehörigen verschiedener ethnischer Gruppen in Bezug auf das KHK-Risiko: Khattar et al. fanden ein doppelt so hohes Risiko für ein kardiologisches Ereignis für Menschen mit südasiatischer Abstammung im Vergleich zur „weißen“ Gruppe und Kooner und Chambers sprechen von einem 40% erhöhten Risiko für Asiaten in England an einem koronaren Ereignis zu versterben. (Khattar, Swales, Senior & Lahiri, 2000; Kooner & Chambers, 2003). Besonders das erhöhte Risiko für Südasiaten wurde bereits mehrfach bekräftigt (Bhopal, Bansal, Fischbacher, Brown & Capewell, 2012a; Rafnsson & Bhopal, 2009).

Durch die vorliegende Studie wurde anhand von jungen Patienten aus der kardiologischen Abteilung des Universitätsklinikums Gießen und Marburg (UKGM) untersucht, ob die Beobachtungen aus dem klinischen Alltag und die Literaturhinweise zutreffend sind. Die Bestätigung dieser Beobachtung kann darauf hinweisen, dass möglicherweise im Kontext Migration Stressoren, Verhaltensweisen oder sonstige Bedingungen gehäuft auftreten, die die Entstehung einer KHK begünstigen. Die vorliegende Arbeit soll dabei als Pilotstudie verstanden werden, die erste Ansätze für die Untersuchung dieses Zusammenhanges liefert. Zudem kann die Erprobung der praktischen Umsetzung und anschließende kritische Diskussion der angewendeten Methodik und Vorgehensweise sowie der verwendeten Kategorien wertvolle Hinweise für die Planung und Durchführung weiterer Studien mit ähnlichen Fragestellungen liefern.

Wesentlich für den Forschungsansatz ist dabei die historische Perspektive von der ausgehend, unter Einbeziehung von Erkenntnissen der Kultur- und Sozialwissenschaften (besonders Ethnologie und Migrationssoziologie), das komplexe Phänomen Migration und seine Bedeutung für die Gesundheit untersucht wird. Denn Migration ist keine medizinische Kategorie im engeren Sinn, sondern ein zunächst unspezifisches, jedoch mit komplexen sozialen, kulturellen und psychischen Aspekten verbundenes, in erster Linie gesellschaftliches Phänomen. Als solches ist es auch nicht im Sinne eines naturwissenschaftlich klar abgrenzbaren und erfassbaren „Risikofaktors“ definierbar, sondern unterliegt, abhängig vom historischen, gesellschaftlichen und politischen Kontext, Schwankungen. So sind die Definitionen und damit verbundenen Wertungen der Begriffe „Migrant“ und „Migrationshintergrund“ sowohl im Zeitverlauf als auch im internationalen Vergleich sehr unterschiedlich (Junghanss, 1998). Diese Schwankungen bilden sich entsprechend in der epidemiologischen Forschung zu Migration und Gesundheit ab. Aus diesem Grund sind Studienergebnisse zu Migration immer auf dem historischen Hintergrund zu bewerten, denn die Art und Weise, wie die entsprechenden Fragen und Untersuchungskategorien in der Medizin gestellt bzw. gebildet und untersucht werden, beeinflussen maßgeblich die Ergebnisse und Interpretationen (vgl. Knipper 2013). Daraus resultieren für die medizinische Forschung erhebliche methodische Schwierigkeiten. Auch die Deutung etwaiger Ergebnisse muss sehr vorsichtig unter Reflexion der relevanten theoretischen und methodischen Hintergründe erfolgen. Die vorliegende Arbeit versteht sich als Versuch, diese Herausforderungen am Beispiel der KHK durch einen interdisziplinären Forschungsansatz zwischen Medizin, Kultur- und Sozialwissenschaften zu untersuchen.

1.2 Ziele, Fragestellungen und Hypothesen

Folgende Hauptziele lassen sich für diese Arbeit formulieren:

- I. Quantitative Untersuchung des Anteils der Migranten unter den jungen Patienten mit KHK am Universitätsklinikum Gießen und Marburg, Standort Gießen (UKGM)
- II. Entwicklung zielführender Kategorien und Methodiken für diese Fragestellung sowie einer angemessenen Operationalisierung dieser Kategorien.

Zu diesem Zweck wurden folgende Arbeitsschritte unternommen:

1. Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung des Migrationshintergrundes unter Einbeziehung des aktuellen Forschungsstandes
2. Erfassung von jungen Patienten (<56 Jahre) am UKGM mit KHK und Befragung dieser mit dem entwickelten Erhebungsinstrument.
3. Vergleich der erhobenen Daten mit Daten des Statistischen Bundesamtes.
4. Literaturrecherche und Darstellung des aktuellen Forschungsstandes.
5. Diskussion der für die Studie verwendeten Kategorien und Methoden sowie der Bedeutung des Merkmals „Migrant“ für die epidemiologische Forschung.
6. Interpretation der Ergebnisse unter Einbeziehung der genannten Limitationen und Formulierung der Implikationen für die Klinik.

Die folgenden Hypothesen sollen so überprüft werden:

H1: Unter den jungen Patienten mit KHK gibt es besonders viele Patienten mit Migrationshintergrund.

H2: Hinsichtlich der Risikofaktoren und des Schweregrades der Diagnose gibt es wichtige Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne Migrationshintergrund.

1.3 Aufbau der Arbeit

Im Anschluss an diese Einleitung sollen in dieser Arbeit zunächst wichtige Grundlagen für das Verständnis der weiteren Kapitel vermittelt werden. Der zu Beginn des nächsten Kapitels dargestellte Überblick über die Geschichte der Migration in Deutschland seit dem zweiten Weltkrieg bildet dabei die Basis für das Verständnis für die anschließend erläuterten Begrifflichkeiten und Konzepte. Außerdem sollen in diesem Kapitel auch kurz die Epidemiologie und Pathophysiologie der KHK dargestellt werden. Nach dieser theoretischen Einführung werden ausführlich die Ergebnisse der Literaturrecherche zum Stand der Forschung und besonders zur Operationalisierung des Migrationshintergrundes für die medizinische Forschung dargestellt (Kapitel 3). Die verwendete Methode sowie die Ergebnisse der eigenen Datenerhebung werden in Kapitel 4 und 5 beschrieben. In der anschließenden Diskussion werden sowohl die eigenen Ergebnisse vor dem Hintergrund des aktuellen Forschungsstandes als auch die

gewählte Methodik zur Operationalisierung des Migrationshintergrundes diskutiert (Kapitel 6). Außerdem wird an dieser Stelle auch die Verwendung des Migrationshintergrundes als Merkmal in der epidemiologischen Forschung kritisch hinterfragt und mögliche Alternativen und Ergänzungen skizziert. Im letzten Kapitel werden die wichtigsten Aspekte zusammengefasst und ein Ausblick formuliert (Kapitel 7).

2 Theoretische Grundlagen

2.1 Migranten in Deutschland

2.1.1 *Geschichte der Migration in Deutschland*

Die aktuelle gesellschaftliche Situation und die Zusammensetzung der Bevölkerung in Deutschland können nur unter Kenntnis der historischen Zusammenhänge verstanden und bewertet werden. Einen Überblick über diese Zusammenhänge soll das folgende Kapitel liefern. Auch wenn Migration und die damit verbundene gesellschaftliche Veränderung keine neue Entwicklung der letzten Jahre oder Jahrzehnte ist, soll in dieser Arbeit nur die Geschichte der Migration seit Ende des zweiten Weltkrieges betrachtet werden, da diese Zeit vorrangig die demographische, politische und dadurch auch die gesellschaftliche Situation der für die vorliegende Studie untersuchten Menschen geprägt hat. Eine weiterführende Darstellung würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen.

Im Folgenden sollen also kurz diejenigen Abschnitte der deutschen Geschichte nach Ende des zweiten Weltkrieges behandelt werden, die wesentlich von Einwanderung mitgeprägt wurden. Dabei wird für den Zeitraum der geteilten Republik nur Westdeutschland betrachtet, da in der vorliegenden Studie ausschließlich Patienten mit Wohnsitz in Hessen untersucht wurden. Die hier dargestellte Zusammenfassung bis zum Jahr 2000 beruht überwiegend auf dem Buch „Geschichte der Ausländerpolitik“ des Zeithistorikers Ulrich Herbert (Herbert, 2001). Die Zusammenfassung der Entwicklungen von 2000 bis heute entstand in enger Anlehnung an die Publikationen der Bundeszentrale für politische Bildung (Einzelnachweise im Text).

Unmittelbar nach dem zweiten Weltkrieg begann die Zuwanderung von insgesamt mehr als 13 Millionen Flüchtlingen und Vertriebenen aus den ehemaligen deutschen Ostgebieten und der sowjetisch besetzten Zone bzw. später der DDR, die bis 1960 fast ein Viertel der deutschen Bevölkerung stellten. Trotz dieser großen Anzahl und weiterer Probleme, wie z.B. der Knappheit an Wohnraum, wurde diese Gruppe in der sich neu formierenden westdeutschen Bevölkerung verhältnismäßig rasch integriert. Nicht zuletzt gelang dies aufgrund der folgenden Faktoren: größtenteils gemeinsame Sprache, wirtschaftlicher Aufschwung und damit verbundene gute wirtschaftliche Bedingungen sowie ausreichend Arbeitsplätze und nicht zuletzt die Neuordnung der Gesellschaft nach

dem Krieg. Dass die Rückkehr keine Option für diese Menschen darstellte und dies auch von den Besatzungsmächten erkannt und die Integration entsprechend gefördert wurde, unterstützte diesen Vorgang zusätzlich. Hinzu kam, dass die Angehörigen dieser Gruppe durch ihr Wahlrecht für die politischen Parteien eine wichtige Interessengruppe darstellten.

Bereits 1955 begann die Anwerbung von Gastarbeitern und damit ein Teil der deutschen Geschichte, die die Gesellschaft in Deutschland bis heute maßgeblich beeinflusst. Gastarbeiter wurden damals als flexible und mobile Arbeitsreserve verstanden. 1959 hieß es beispielsweise in der Frankfurter Allgemeinen Zeitung, dass „bei eventueller Arbeitslosigkeit in Deutschland die ausländischen Arbeiter wieder zurück geschickt werden können“ (zitiert nach Herbert, 2001, S. 210). Und auch wenn ihnen grundsätzlich alle Rechte hinsichtlich Sozialleistungen zugesichert wurden, so wurde doch davon ausgegangen, dass sie dieses Sicherungssystem nicht oder nur in geringem Umfang in Anspruch nehmen würden. In einem 1964 erschienen Buch mit dem Titel „Ausländische Arbeiter im Betrieb. Ergebnisse der Betriebserfahrung“ wird dies wie folgt ausgedrückt: „In der Regel wird der Ausländer nicht an der betrieblichen Altersvorsorge teilnehmen, nicht in Betracht kommen für Sonderzuwendungen bei Arbeitsjubiläen sowie für Heilverfahren, Frühheilverfahren und Erholungskuren. Der bei uns arbeitende Ausländer stellt in der Regel die Arbeitskraft seiner besten Jahre zur Verfügung“ (Hans Stirn (Hg.), zitiert nach (Herbert, 2001), Seite 209-210).

Bei absehbarer Knappheit an Arbeitskräften aus dem Inland durch das enorme Wirtschaftswachstum wurde das erste Anwerbeabkommen Ende 1955 zwischen der deutschen und der italienischen Regierung unterzeichnet. Darin wurde festgehalten, dass die Arbeitskräfte im Ausland von einer Anwerbekommission der Bundesanstalt für Arbeit auf ihre Eignung hin untersucht und entsprechenden Betrieben in Deutschland zugewiesen wurden. Ebenfalls wurde vereinbart, dass die ausländischen Arbeitnehmer den deutschen sozialpolitisch prinzipiell gleichgestellt und nach Tarif bezahlt werden sollten.

Mit dem Bau der Mauer 1961 und damit verbundener Verringerung der Einwandererzahlen aus der DDR, sowie dem Eintritt der geburtenschwachen Kriegsjahrgänge ins Erwerbsleben, der Verlängerung der Ausbildungszeit und dem

früheren Renteneintritt standen nun bei anhaltend hohem Bedarf aus der Wirtschaft keine ausreichende Anzahl deutscher Arbeiter zur Verfügung. So wurde die Anwerbung von Gastarbeitern intensiviert und das italienische Anwerbeabkommen durch ähnliche Abkommen mit Griechenland und Spanien (1960), der Türkei (1961), Portugal (1964) und Jugoslawien (1968) ergänzt. Die Gastarbeiter waren vielfach bereit, unbeliebte Arbeiten unter schlechten Bedingungen sowie eine teilweise extrem schlechte Wohnsituation hinzunehmen, denn auch von Seiten der Gastarbeiter war der Aufenthalt in Deutschland zu diesem Zeitpunkt meist nicht auf eine dauerhafte Niederlassung angelegt. Insgesamt nahm die bis 1959/60 eher geringe Zahl der in Deutschland beschäftigten Ausländer bis 1966 stark zu, um während der Rezession (1967/68) abzufallen und danach bis zum Anwerbestopp 1973 erneut verdoppelt zu werden. 1973 arbeiteten schließlich knapp 2,6 Mio. ausländische Arbeitnehmer in Deutschland.

Mit zunehmender Aufenthaltsdauer entschlossen sich immer mehr „Gastarbeiter“ zu einem dauerhaften Aufenthalt und holten ihre Familien nach. Diese Entwicklung hin zur Einwanderung steht dem ursprünglichen Konzept der Gastarbeiter als mobile und flexible Reserve an Arbeitskraft, die zudem die sozialen Sicherungssysteme (im Krankheitsfall und der Altersversorgung) und andere gesellschaftliche Leistungen wie Bildung o.ä. nicht in Anspruch nimmt, entgegen. Im Zuge dieser Entwicklung und bedingt durch die erneute Rezession, kam es 1973 zum Anwerbestopp.

In der Folge dieses Anwerbestopps verschlechterte sich die Situation der Ausländer in Deutschland. Viele arbeiteten in Branchen, die besonders stark von der Rezession betroffen waren und wurden oftmals vor den deutschen Arbeitern entlassen. Zudem konnten arbeitslose Ausländer praktisch nicht in ihr Ursprungsland zurückkehren, da dann eine Wiedereinreise nicht mehr möglich gewesen wäre. Die Kinder der Gastarbeiter (zweite Generation) hatten weder im Herkunftsland der Eltern noch in Deutschland eine Perspektive, da sie durch die bisher verfolgte „Integration-auf-Zeit“ unter der Voraussetzung des Rückkehrwunsches schlecht oder gar nicht ausgebildet wurden (vergl. Herbert (2001), S.234-238).

In den späten 1970er und frühen 1980er Jahren war die Ausländerpolitik geprägt von Versuchen, die Gastarbeiter zur Rückkehr zu bewegen. Gleichzeitig wurde von Seiten der Politik das Ziel der Integration der Einwanderer formuliert, konkrete Maßnahmen

blieben jedoch aus. Im Rückblick muss festgestellt werden, dass diese unstrukturierten und widersprüchlichen Bestrebungen zu unüberschaubaren Gesetzen und einer emotional aufgeladenen Debatte um Ausländer in Deutschland führten. Damit wurde teilweise den ausländerfeindlichen Aktivitäten der 1990er Jahre der Weg bereitet.

In den späten 1980er Jahren und zu Beginn der 1990er kamen zwei andere Gruppen in den Fokus der gesellschaftlichen und politischen Aufmerksamkeit: Asylbewerber und Aussiedler. Mit Zusammenbruch der Sowjetunion und der in diesem Zusammenhang eskalierenden Konflikte und Kriege in Südosteuropa kamen besonders Menschen aus diesen Gebieten, aber auch aus anderen Krisengebieten, als Asylsuchende nach Deutschland. Hinzu kamen Zuwanderer, die nicht akuter Verfolgung im Heimatland ausgesetzt waren, sondern sich aus wirtschaftlicher Not zur Migration entschlossen. Besonders nach der Wiedervereinigung nahm die Angst vor „Überfremdung“ zu und die Debatte um die Berechtigung des Aufenthaltes der verschiedenen Zuwanderer-Gruppen in Deutschland wurde in dieser Zeit mit zunehmender Schärfe geführt. Fremdenfeindliche Übergriffe unter Billigung oder sogar mit Unterstützung durch die örtliche Bevölkerung (z.B. Rostock-Lichtenhagen, 22.-26.08.1992 oder Solingen, 29.05.1993) geschahen in dieser Zeit. Gleichzeitig wuchs die breite Empörung gegen diese Fremdenfeindlichkeit und die Sensibilität für die Schicksale der Flüchtlinge.

Die große Gruppe der Aussiedler kam im gleichen Zeitraum, besonders nach dem Fall der Mauer (9.11.1989) und der Öffnung der Grenzen der Ostblockstaaten, nach Deutschland. Der Begriff „Aussiedler“ (bei Einwanderung nach 1993 auch Spätaussiedler) bezeichnet Angehörige deutscher Minderheiten aus Osteuropa. Diese erhielten die deutsche Staatsangehörigkeit und staatliche Unterstützung wie Sprachkurse und ähnliches. Oft hatten diese Menschen, anders als die Aussiedler, die schon vorher nach Deutschland kamen, nicht mehr Deutsch als Muttersprache. Sie wurden also allein schon aufgrund dieser Tatsache als fremd empfunden. Dies, verbunden mit den von vielen Deutschen als ungerechtfertigte Privilegien empfundenen Eingliederungsmaßnahmen und Hilfen des Staates, führte vielfach zu Ablehnung gegenüber diesen Menschen.

Insgesamt hatte sich die Zahl der in Deutschland lebenden Ausländer trotz aller politischer Bemühungen um die Eingrenzung der Zuwanderung zwischen 1988 und

1994 verdoppelt. Nach langer Debatte kam es schließlich 1993 zum sogenannten „Asylkompromiss“ zwischen CDU und SPD. Darin enthalten war eine Änderung des Asylrechtes. Dieses verlagerte die Problematik weitestgehend in die Nachbarländer und erschwerte die Erlangung eines Bleiberechtes. Gleichzeitig aber ermöglichte es Flüchtlingen aus Regionen, in denen Krieg oder Bürgerkrieg herrschte, ein vorübergehendes Bleiberecht unabhängig vom Asyl. Zusätzlich wurde in diesem Rahmen auch der Begriff „Aussiedler“ enger gefasst und die Aufnahme von Aussiedlern gedeckelt. In Folge dieses strikten Gesetzes² fielen die Zahl der aufgenommenen Flüchtlinge tatsächlich um zwei Drittel.

Die Hoffnung, dass mit diesen Neuregelungen nun etwas Ruhe in die politische und gesellschaftliche Debatte um Ausländerpolitik einkehren würde, erfüllte sich nicht. Dies war auch der Tatsache geschuldet, dass das Thema Einwanderung insgesamt und der Umgang damit im „Asylkompromiss“ nicht geregelt wurden. So waren auch die kommenden Jahre geprägt von der kontroversen Diskussion der Begriffe „multikulturelle Gesellschaft“ und „Einwanderungsland“ bzw. der Frage, ob diese beiden Begriffe auf Deutschland zutreffen³. Im Jahr 2000 schließlich trat ein neues Staatsangehörigkeiten-Gesetz in Kraft. Dadurch wurde das bisher geltende Abstammungsprinzip (*ius sanguinis*), nach dem die Frage der Staatsangehörigkeit nur aufgrund der Abstammung entschieden wurde, durch das Geburtsortprinzip (*ius soli*) ergänzt. Nach der neuen Regelung konnten nun auch Kinder nicht-deutscher Abstammung mit Geburtsort in Deutschland die deutsche Staatsangehörigkeit erhalten, wenn ihre Eltern bestimmte Bedingungen erfüllten. Zudem konnten sie bis zum 18. Lebensjahr die doppelte Staatsangehörigkeit führen. Auch für Erwachsene wurde die Erlangung der deutschen Staatsangehörigkeit erleichtert.

Im gleichen Jahr wurden dann aufgrund des Mangels an inländischen Fachkräften sogenannte „Green-Cards“ mit einer auf fünf Jahre befristeten Arbeitserlaubnis an IT-Spezialisten und andere Fachkräfte aus dem Ausland vergeben. Gleichzeitig setzte sich zunehmend die Einsicht durch, dass die in Deutschland lebenden Ausländer und Menschen mit Migrationshintergrund nicht zuletzt wegen der Alterung der Gesellschaft

² vergl. Heribert Prantl, nach Herbert (2001), S.319

³ siehe ebd. Kapitel V.3.5

nötig sind⁴. Der Wandel hin zum Selbstverständnis als Einwanderungsland begann allerdings nur zögerlich und die Debatte um die „deutsche Leitkultur“ zeigte, analog zur Angst vor Überfremdung rund zehn Jahre zuvor, dass die Angst vor „dem Fremden“ immer noch aktuell war (siehe dazu neben Herbert, 2001 auch Castañeda, 2012).

Im gleichen Jahr wurde die „unabhängige Kommission Zuwanderung“ („Süssmuth-Kommission“) ins Leben gerufen. Diese Kommission legte Mitte 2001 einen umfassenden Bericht vor (Unabhängige Kommission "Zuwanderung", 2001). Darin wurde unter anderem die Wichtigkeit der Einwanderung besonders junger Fachkräfte nach Deutschland für die demographische, wirtschaftliche und wissenschaftliche Entwicklung betont sowie die Notwendigkeit von integrationspolitischen Maßnahmen verdeutlicht. Die Mitglieder dieser hochrangig besetzten Kommission sahen Deutschland schon zu diesem Zeitpunkt als Einwanderungsland.

Diese Erkenntnis sollte jedoch erst 2005 im Zuge des In-Kraft-Tretens des neuen „Einwanderungsgesetzes“ zum breiten politischen Konsens werden (Butterwegge, 2013). Im gleichen Jahr wurde mit der erstmals im Mikrozensus 2005 verwendeten Kategorie „Menschen mit Migrationshintergrund“ versucht, die immer komplexer werdenden und mit bisherigen Kategorien wie „Ausländer“ nicht mehr fassbaren unterschiedlichen Gruppen im Zusammenhang mit Migration statistisch zu erfassen (Mikrozensus 2005, siehe Statistisches Bundesamt (destatis), 2008). In dieser Kategorie werden seit dem, explizit orientiert an ihrem angenommenen „Integrationsdefizit“ (Statistisches Bundesamt (destatis), 2008, S. 5), Migranten ungeachtet ihrer Herkunft, ihres Migrationsmotivs und ihres Aufenthaltsstatus zu einer Gruppe zusammengefasst und so eine vermeintlich klare Abgrenzung von „Migranten“ gegenüber „Nichtmigranten“ geschaffen.

Die Entwicklung der Zuwanderung der letzten Jahre schließlich ist stark von der Osterweiterung der EU geprägt. So kamen in den letzten Jahren vermehrt Menschen aus Ost- und Mitteleuropa nach Deutschland, um hier zu leben (Hanewinkel & Engler, 2013).

⁴ Das Bundesinnenministerium beispielsweise stellte 1996 eine „Modellrechnung zur Bevölkerungsentwicklung in der Bundesrepublik Deutschland“ vor, in der deutlich wird, dass ohne den Zuzug von Ausländern massive Probleme entstehen würden. (siehe Herbert (2001), Seite 334)

Wie das vorangegangene Kapitel zeigt, ist Migration kein stetiges, steuerbares oder vorhersehbares Phänomen. Vielmehr unterliegt die Menge, die Herkunft und auch das Migrationsmotiv der migrierenden Menschen Veränderungen aufgrund von weltweiten wirtschaftlichen und politischen Bedingungen, Veränderungen in der Umwelt, Konflikten, Kriegen und vielem mehr. Wie sich die Zusammensetzung der deutschen Gesellschaft in den nächsten Jahren verändern wird, bleibt also abzuwarten.

2.1.2 Definition zentraler Konzepte und Begrifflichkeiten

Migration: Folgende Definition der Forschungsgruppe für migrantensensible Forschung des Robert-Koch-Institutes (RKI) in Anlehnung an Treibel (Treibel, 2003) wird in dieser Arbeit verwendet: „Unter Migration verstehen wir einen auf Dauer angelegten bzw. dauerhaft werdenden Wechsel von einzelnen oder mehreren Menschen in eine andere Gesellschaft bzw. in ein anderes Land. Gemeint ist also nicht nur der Wechsel von einem Ort zum anderen, sondern auch der Wechsel von einer Kultur in eine andere“ (Schenk & Neuhauser, 2005, S. 280). Durch diese Definition wird deutlich, dass Migration eine über den Wechsel des (Heimat-)Landes hinausgehende Erfahrung ist, deren komplexe Auswirkungen nicht leicht zu erfassen sind.

Migrant/Mensch mit Migrationshintergrund (ausführliche Erläuterung in Kapitel 3.1.1): Diese beiden Begriffe werden synonym verwendet. In dieser Arbeit werden verschiedene Konzepte und Definitionen dieser Termini vorgestellt und diskutiert. Es gilt jedoch, wenn nicht anders erwähnt, die folgende Definition des Statistischen Bundesamtes:

„Demnach hat eine Person einen Migrationshintergrund, wenn:

1. die Person nicht auf dem Gebiet der heutigen Bundesrepublik Deutschland geboren wurde und 1950 oder später zugewandert ist und/oder
2. die Person keine deutsche Staatsangehörigkeit besitzt oder eingebürgert wurde.
3. Darüber hinaus haben Deutsche einen Migrationshintergrund, wenn ein Elternteil der Person mindestens eine der unter (1.) oder (2.) genannten Bedingungen erfüllt „ (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2012a, S.6).

Diese Definition ist nicht ohne Weiteres für die epidemiologische Forschung zu übernehmen und auch aus anderen Gründen nicht optimal (siehe Kapitel 3.2), aber der

Mikrozensus ist die einzige Quelle für Daten zur Bevölkerung mit Migrationshintergrund die derzeit verfügbar ist.

Formen der Migration: Auf europäischer Ebene werden allgemein vier Gruppen anhand der Migrationsart unterschieden (Stalker, 2002):

1. Arbeitsmigranten (Lang-, Kurz- und Saisonaufenthalte)
2. Familienzusammenführung
3. „illegale“ Migranten ohne Dokumente
4. Flüchtlinge und Asylbewerber

Für Deutschland muss noch die Gruppe der Aussiedler ergänzt werden, da diese Menschen aufgrund ihres besonderen Status keiner der oben genannten Gruppen zuzuordnen sind (siehe Kapitel 2.1.1). Hinsichtlich der Gründe und Bedingungen der Migration gibt es wichtige Unterschiede zwischen diesen Gruppen sowohl im Ursprungs- als auch im Zielland. Der überwiegende Teil der Migranten kann der Gruppe der Arbeitsmigranten zugeordnet werden. Eine solche freiwillige Migration beinhaltet die freie Wahl des Ziellandes sowie des Zeitpunktes der Migration. Ähnliche Bedingungen gelten für die ebenfalls große Gruppe der Migranten, die als Familienangehörige einer bereits in Deutschland lebenden Person einwandern. In diese Gruppe fallen auch ausländische Ehepartner von Deutschen ohne Migrationshintergrund. Flüchtlinge, Opfer von Menschenhandel und andere unfreiwillige Migranten, haben diese Freiheiten nicht. Häufig geht einer solchen „erzwungenen“ Migration („*forced migration*“, siehe Key Migration Terms - International Organization for Migration, 2013) zudem eine Traumatisierung durch Verfolgung, Folter, Verlust von Angehörigen und ähnlichem voraus. Auch die Beschränkungen (z.B. was den Zugang zum Arbeitsmarkt oder Gesundheitssystem betrifft) und Lebensbedingungen (z.B. Gemeinschaftsunterkünfte und die Residenzpflicht für Asylbewerber), auf die unfreiwillige Migranten im Aufnahmeland treffen, unterscheiden sich oftmals von denen der freiwilligen Migranten (Zimmerman, Kiss & Hossain, 2011). Ein Teil der Migranten hält sich ohne offizielle Erlaubnis in Deutschland auf. Diese Menschen werden als „Illegale“ oder „Papierlose“ bezeichnet. Sie sind in besonderem Maße von schlechten Arbeitsbedingungen betroffen und haben in der Regel keinen oder wenig Zugang zu medizinischer Versorgung (Rechel et al.,

2013). Außerdem droht ihnen bei Entdeckung durch die Behörden die Abschiebung (Knipper & Bilgin, 2009). Diese Gruppe ist aus naheliegenden Gründen schwer zu erfassen. Daher gibt es kaum belastbare Daten über die Größe dieser Gruppe und über ihre gesundheitliche Situation.

„race“ und „ethnicity“ (ausführliche Erläuterung in Kapitel 3.1.1): Diese beiden Termini haben in der epidemiologischen Forschung in Deutschland eher untergeordnete Bedeutung, sind aber international sehr gebräuchlich. Anders als in der Ethnologie und Soziologie werden die beiden Begriffe in der Epidemiologie heute meist synonym verwendet, wenn auch „race“ ursprünglich eher eine auf biologischen bzw. genetisch determinierten physiognomischen Merkmalen basierende Einteilung darstellte (Editorial Nature Genetics, 2000), während „ethnicity“ eher Unterschiede im Hinblick auf Lebensweise, Kultur und Religion ohne Einbeziehung biologischer Merkmale und Abstammung für die Kategorisierung heranzog. Oft findet sich in englischsprachigen Publikationen der Doppelbegriff „race/ethnicity“. Mit diesem Begriff werden also Menschen aufgrund von Gemeinsamkeiten hinsichtlich der Lebensweise und/oder Abstammung bzw. Physiognomie zusammengefasst (Bhopal, 2004).

„healthy migrant effect“: Besonders in Deutschland wird in Bezug auf den Gesundheitszustand von Menschen mit Migrationshintergrund oft vom „healthy migrant effect“ gesprochen. Daher soll dieser Begriff hier kurz erklärt werden. Der sogenannte „healthy migrant effect“ unterstellt Migranten eine bessere Gesundheit unter der Annahme, dass nur besonders junge, gesunde und kräftige Individuen die mit Migration verbundenen Schwierigkeiten und Hindernisse wagen bzw. meistern und zudem kranke Migranten sich eher zu einer Rückkehr entschließen (Kohls, 2008a). Dabei wird angenommen, dass der „healthy migrant effect“ mit steigender geographischer und ökonomischer Entfernung von Heimat- und Zielland ausgeprägter wird, da bei größerer Entfernung die Schwierigkeiten und Hindernisse für eine Migration zunehmen. Der Begriff „healthy migrant effect“ ist mit dem Konzept des „healthy worker effect“ oder „healthy hire effect“ verknüpft. Damit ist die Vorauswahl (hinsichtlich Gesundheit und körperlicher Eignung) der potentiellen Arbeitnehmer gemeint, wie sie beispielsweise im Rahmen der Gastarbeiter-Anwerbung zwischen 1955 und 1973 durchgeführt wurde (Knipper & Bilgin, 2009).

2.1.3 Zahlen zu Migranten in Deutschland

Migrationshintergrund ist eine sehr komplexe Kategorie und schwer zu erfassen. Seit 2005 gibt es jedoch eine Definition des Statistischen Bundesamtes (Bundesamt, 2008, siehe Kapitel 2.1.1), die Eingang in die Erfassung durch den Mikrozensus gefunden hat. Der Mikrozensus stellt die aktuell umfassendsten Daten zur Bevölkerung mit Migrationshintergrund dar.

Nach dieser Definition lebten im Jahr 2010 15,7 Mio. Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. Das entsprach 19,3% der Bevölkerung⁵. Weniger als die Hälfte von ihnen (7,1 Mio.) verfügte nicht über die deutsche Staatsbürgerschaft. Rund ein Drittel (5,2 Mio.) der Menschen mit Migrationshintergrund hatte keine eigene Migrationserfahrung, sind also als Kind von Migranten in Deutschland geboren. Das Geschlechterverhältnis war unter den Menschen mit Migrationshintergrund nahezu ausgeglichen, während in der Ursprungsbevölkerung die Frauen etwas überwogen.

Nicht zuletzt wegen der oben genannten Definition der Gruppe der Migranten unter Ausschluss der vor 1950 eingewanderten, heute älteren Menschen, ist die Bevölkerung mit Migrationshintergrund eine im Vergleich zur deutschen Bevölkerung deutlich jüngere Gruppe (siehe Abbildung (Abb.) 1). Die Migranten waren 2010 durchschnittlich 35 Jahre alt, die Deutschen ohne Migrationshintergrund durchschnittlich 46 Jahre. Unter den fünfjährigen Kindern wiesen 35% einen Migrationshintergrund auf. In den nächsten Jahren ist somit mit einer Zunahme der älteren Migranten zu rechnen, bis 2030 wird sich der Anteil der über 65-jährigen Migranten voraussichtlich fast verdoppeln.

Der höchste Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund fand sich in den Stadtstaaten Bremen (28%) und Hamburg (27%) sowie in den Bundesländern Baden-Württemberg (26%) und Hessen (25%).

Die Gründe für Migration sind genauso vielfältig wie die Herkunftsländer der Menschen, die nach Deutschland immigrieren. Der größte Anteil der Menschen mit

⁵ Wenn nicht anders angegeben, sind die Angaben zur Bevölkerungsstruktur dem 9. Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland (Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, 2012) entnommen, der zur Beschreibung der Bevölkerungsstruktur die Bestandsdaten des Mikrozensus (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2010) als Grundlage nutzt.

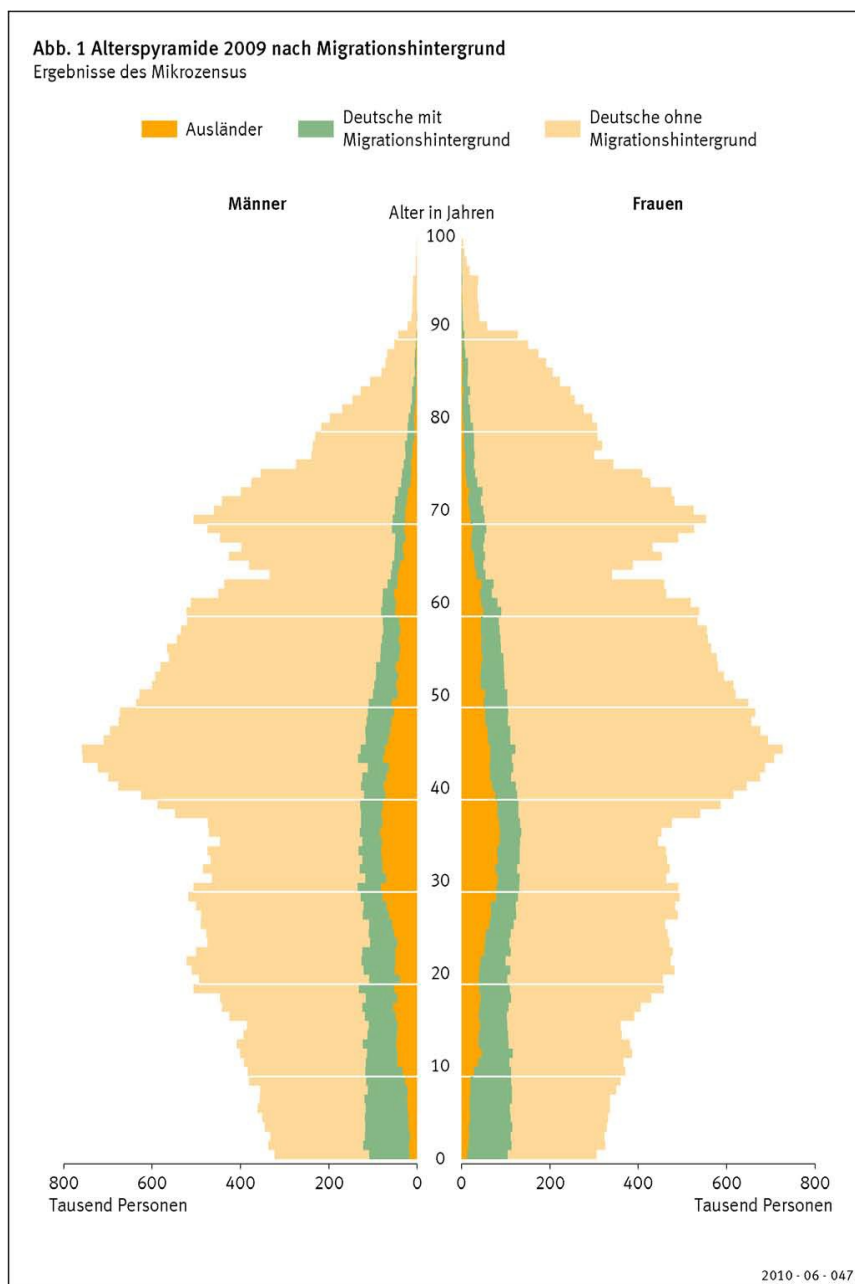


Abbildung 1: Alterspyramide nach Migrationshintergrund 2009. Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis), 2010, S. 14

Migrationshintergrund stammte 2010 aus der Türkei (16%), gefolgt von Polen (8%), der Russischen Föderation (7%), Italien (5%) und Kasachstan (5%).

Durch den Mikrozensus werden die zahlenmäßig bedeutsamen und nicht nur im Hinblick auf die Gesundheitsversorgung besonders benachteiligten Gruppen der Flüchtlinge und illegalen Einwanderer nicht erfasst.

Der überwiegende Teil der Migranten ist im Rahmen der Abkommen über die Anwerbung von Gastarbeitern zwischen 1955 und 1973 aus der Türkei, sowie aus Italien, Spanien, Griechenland und Jugoslawien nach Deutschland gekommen, als Familienmitglied eines solchen Arbeiters nach Deutschland nachgezogen oder als Nachkomme einer solchen Familie hier geboren. Eine weitere wesentliche Gruppe ist die der Aussiedler und Spätaussiedler. Kleinere Gruppen umfassen unter anderem die Asylberechtigten und Asylbewerber sowie ausländische Studierende.

2.2 KHK

2.2.1 Epidemiologie

Die KHK zählt zu den häufigsten Todesursachen weltweit (World Health Organization, 2013). Auch in Deutschland gehören die chronische ischämische Herzerkrankung und der Myokardinfarkt (MI) als klinische Manifestation einer KHK zu den führenden Todesursachen. Laut statistischem Bundesamt wurden 2011 8,3% aller Todesfälle durch chronische ischämische Herzkrankheit und 6,1% durch akuten MI verursacht (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2012).

2.2.2 Definitionen

Die WHO definiert **Atherosklerose** als „...variable Kombinationen von Veränderungen der Intima, bestehend aus herdförmigen Ansammlungen von Lipiden, komplexen Kohlenhydraten, Blut und molekularen Blutbestandteilen, Bindegewebe und Calciumablagerungen, verbunden mit hieraus resultierenden Veränderungen der Media“ (Riede, Schaefer & Adler, 1995, S. 437).

„**Die koronare Herzkrankheit** ist die Manifestation der Atherosklerose an den Herzkranzarterien. Sie ist ein multifaktorielles Krankheitsbild, das die Herzkranzarterien isoliert oder diffus befällt und unterschiedlich schnell progredient verläuft. Bedingt durch flusslimitierende Koronarstenosen kommt es zu einem Missverhältnis von Sauerstoffangebot und -bedarf. Schweregrad und Dauer der hierdurch hervorgerufenen Ischämie bestimmen die Manifestation in Form von stabiler oder instabiler Angina pectoris, stummer Myokardischämie, ischämisch bedingter Herzinsuffizienz, Herzrhythmusstörungen und akutem Myokardinfarkt“ (Definition der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung, siehe Meyer et al., 1998, S. 907).

2.2.3 Pathophysiologie

Die Entstehung atherosklerotischer Plaques ist bisher noch unvollständig verstanden. Die Theorie der „Cholesterin-Speicherkrankheit“ wurde zugunsten eines komplexeren Modelles verlassen, in welchem Atherosklerose und KHK als chronisch-entzündliche

Gefäßerkrankung gesehen werden (Baer & Rosenkranz, 2011, bereits 1999 beispielsweise von Epstein & Ross, 1999 beschrieben).

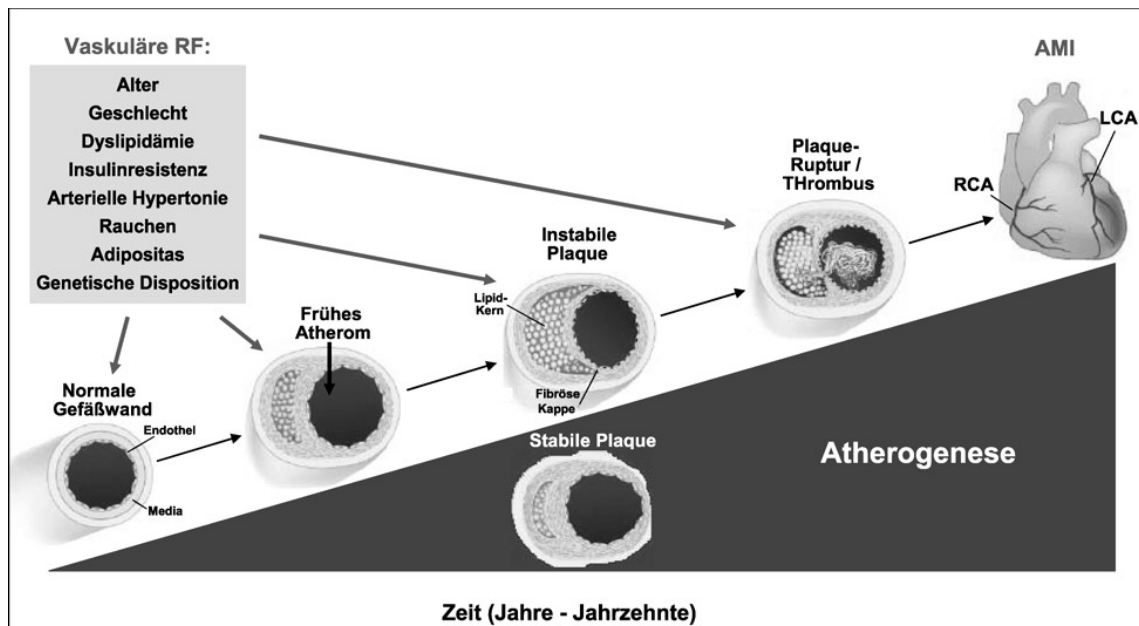


Abbildung 2: Pathogenese der Atherosklerose. Einfluss vaskulärer Risikofaktoren auf Entstehung und Progression atherosklerotischer Plaques. Quelle: Baer & Rosenkranz, 2011, S.15 (Mod. nach Libby 2002)

An der Veränderung des Endothels, die der Ausbildung eines atherosklerotischen Plaques vorausgeht, sind eine Reihe von Faktoren beteiligt, darunter Hyperlipoproteinämie (HLP), vasokonstriktorische Hormone, proinflammatorische Zytokine und nicht zuletzt auch bakterielle oder virale Faktoren (Baer & Rosenkranz, 2011; Libby, 2005). Die jeweiligen Risikofaktoren sind dabei nicht getrennt voneinander zu betrachten, sondern bedingen und verstärken sich gegenseitig. Eine durch die jahre- oder jahrzehntelange Irritation durch Risikofaktoren entstandene Läsion des Endothels führt zur Induktion leukozytärer Adhäsionsmoleküle. Anschließend fördert die Einwanderung von Entzündungszellen die Akkumulation von Lipiden („fatty streak“). Im weiteren Verlauf kommt es zur Einwanderung weiterer Entzündungszellen sowie der Migration von glatten Muskelzellen in die Läsion. Bei Fortschreiten der Veränderung kann es durch Apoptose und Nekrose des Kerns der Läsion („Core“) und durch muskulären Umbau der Plaquemembran zur Ausbildung eines rupturgefährdeten Plaques kommen (Baer & Rosenkranz, 2011, siehe Abb. 2). Die Ruptur eines solchen instabilen Plaques kann durch die Freisetzung prothrombotischer Mediatoren wie Von-

Willebrand-Faktor und „*tissue-factor*“ aus dem Lipidkern zur arteriellen Thrombose und so zur Okklusion des betroffenen Gefäßes (Libby, 2005) führen. Folge kann ein akuter MI sein.

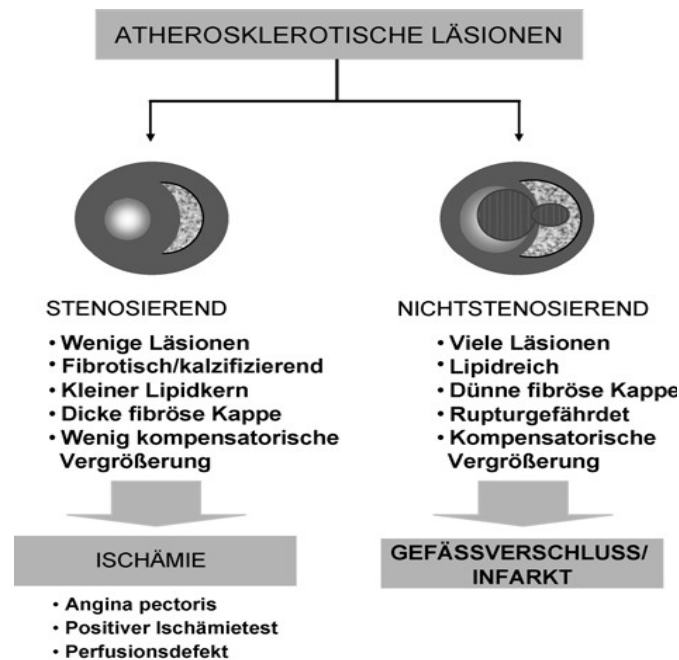


Abbildung 3: Unterschiedliche Formen atherosklerotischer Plaques. Dargestellt sind die Extremformen einer nach intraluminal wachsenden, stenosierenden Läsion, die zu Ischämie und Angina pectoris führt, und einer nach abluminal wachsenden, primär nichtstenosierenden Läsion (»vulnerable Plaque«), die durch Einriss der fibrösen Deckmembran und konsekutiver Thrombusbildung zum Gefäßverschluss und Infarkt führt. Quelle: Baer & Rosenkranz, 2011, S.18 (Mod.nach Libby u. Theroux 2005)

Die Ausdünnung der Plaquemembran findet aber nicht in jeden Fall statt. Es kann sich auch ein stabiler Plaque entwickeln, der zunächst weniger rupturgefährdet ist. Solche Plaques können durch Wachstum zu einer zunehmenden Stenosierung des betroffenen Gefäßes führen. Zur Unterscheidung verschiedener Plaqueformen siehe Abb. 3.

2.2.4 Risikofaktoren

Bereits seit 1960 konnten in der Framingham Studie (*Research Milestones Framingham Heart Study*, 2011) Risikofaktoren für die Entwicklung einer koronaren Herzkrankheit ausgemacht werden. Seit dem konnten diese Ergebnisse in großen, multizentrischen Studien (vor allem World Health Organisation (WHO) MONICA

Projekt, INTERHEART Studie) bestätigt und teilweise ergänzt werden. Die klassischen Risikofaktoren sind die beeinflussbaren Risikofaktoren HLP, Rauchen, Diabetes mellitus, arterielle Hypertonie, Adipositas, Bewegungsmangel und die nicht beeinflussbaren Risikofaktoren Alter, männliches Geschlecht, genetische Disposition (*Research Milestones Framingham Heart Study*, 2011; Baer & Rosenkranz, 2011; Yusuf et al., 2004). Hinzu kommen weitere Risikofaktoren, die nach neuen Erkenntnissen mit KHK assoziiert sind, darunter psychosoziale Faktoren sowie ein geringer Konsum von Obst, Gemüse und Alkohol (Yusuf et al., 2004).

Der Einfluss psychosozialer Faktoren auf die Herzgesundheit ist bisher noch unvollständig erforscht. Es gibt jedoch zunehmend Hinweise dafür, dass dieser Aspekt nicht vernachlässigt werden sollte (beispielsweise Davidson, Mostofsky & Whang, 2010; Chang, 2008).

Die klinische Einteilung der Risikofaktoren erfolgt in vier Klassen abhängig davon, wie sehr eine Korrektur des Risikofaktors das Erkrankungsrisiko bzw. die Progression einer vorhandenen Erkrankung beeinflusst (Darstellung nach Schneider, 2011; siehe auch (Meyer et al., 1998). In Klasse I (Korrektur beeinflusst sicher das Erkrankungsrisiko bzw. die Prognose) sind Nikotinkonsum, arterielle Hypertonie und HLP zusammengefasst. Klasse II (Beeinflussung wahrscheinlich) umfasst Diabetes mellitus, Adipositas, wenig körperliche Aktivität, linksventrikuläre Hypertrophie bei arterieller Hypertonie, sowie erniedrigtes „High-density-Lipoprotein“. Zu Klasse III (Effekt auf Krankheitsrisiko wird angenommen, ist aber nicht belegt) gehören Hypertriglyziderämie, geringer Alkoholkonsum, erhöhte Homocystein-, Lipoprotein(a)- und CRP-Blutwerte, sowie Depression. Schließlich gibt es die Risikofaktoren der Klasse IV, die nicht beeinflussbar sind. Diese sind Alter, männliches Geschlecht und familiäre Disposition.

2.3 Notwendigkeit und Risiken der migrantensensiblen Forschung

In einer Gesellschaft, in der Unterschiede in der medizinischen Versorgung aufgrund der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gruppe existieren (Borde, Braun & David, 2005; Knipper & Bilgin, 2009), ist die Erforschung und Behebung der Ursachen dieser Ungleichheiten eine nicht nur ethisch sondern auch rechtlich begründete Notwendigkeit. Denn das Menschenrecht auf Gesundheit, genauer auf die „höchstmögliche körperliche und geistige Gesundheit“⁶, ist Teil des „*International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*“, welches als eines der neun Hauptabkommen über Menschenrechte bindend für alle unterzeichnenden Staaten ist und von Deutschland am 23. Dezember 1973 ratifiziert wurde (International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, 2004). Deutschland hat sich mit der Unterzeichnung dieses Abkommens verpflichtet, die darin genannten Rechte allen, frei von Diskriminierung (z.B. aufgrund von Rasse, Sprache, sozialer oder sonstiger Herkunft oder Religion), zuzusichern⁷. Außerdem ist dieses Menschenrecht in diversen anderen Erklärungen verankert (siehe 2. in *General comment No. 14: The right to the highest attainable Standard of health (Art.12)*, 2006) sowie Bestandteil der Verfassung der WHO von 1948 (World Health Organization, 2002). Beschränkungen für den Zugang zur gesundheitlichen Versorgung, wie sie explizit für illegale Einwanderer oder Asylsuchende in Deutschland existieren, sind damit nicht vereinbar und haben wiederholt zu internationaler Kritik geführt (United Nations Economic and Social Council, 2011).

Die bedarfsgerechte medizinische Versorgung aller Gruppen in Deutschland ist demnach nicht ein politisch oder rein humanitär begründetes Ziel, sondern schlicht eine rechtliche Verpflichtung. Vor diesem Hintergrund erscheinen Diskussionen über die Bereitstellung von Dolmetschern (Rechel et al., 2013, Wiking, Johansson & Sundquist, 2004; Castañeda, 2012), muttersprachlichen Angeboten und besonders über die bedingungslose, vollständige Versorgung von Asylsuchenden/Flüchtlingen und „Illegalen“ unangemessen, da diese Maßnahmen zweifelsfrei nötig sind, um eine

⁶ **International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights**

Article 12, 1. The States Parties to the present Covenant recognize the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health.

⁷ Article 2, 2. The States Parties to the present Covenant undertake to guarantee that the rights enunciated in the present Covenant will be exercised without discrimination of any kind as to race, colour, sex, language, religion, political or other opinion, national or social origin, property, birth or other status.

gerechte Versorgung aller Menschen in Deutschland zu sichern (vgl. Knipper & Bilgin, 2009).

Voraussetzung für die Behebung der Ungleichheiten im Hinblick auf Gesundheit und besonders auf die medizinische Versorgung ist also die differenzierte Kenntnis dieser Ungleichheiten, sowie deren Ursachen. Die Erforschung dieser Ungleichheiten und ihrer Ursachen gelingt jedoch nur mit umfassenden und validen Daten, an denen es bisher in Deutschland und Europa mangelt (Rechel et al., 2013; Norredam, Nielsen & Krasnik, 2010; Rafnsson & Bhopal, 2009; Schenk et al., 2006; Razum et al., 2008). Auf der anderen Seite ist die Erhebung und Analyse solcher Daten zu Migration mit Risiken verbunden, die es zu berücksichtigen gilt. So birgt die Assoziation von Daten zu Ethnizität, Herkunft oder Nationalität mit medizinischen Fragen das Risiko sehr oberflächlicher Interpretationen bis hin zu rassistischen Deutungen der beobachteter Zusammenhänge (siehe Bhopal, 2009; Boyd, 2007, Kleinman & Benson 2006). Die Verknüpfung von z.B. Herkunft, Abstammung oder „Kultur“ mit medizinischen Befunden bedarf der Erläuterung und inhaltlichen Begründung der verwendeten Kategorien. Fehlt eine solche differenzierte Herangehensweise, werden kausale Zusammenhänge suggeriert, die nicht selten Vorstellungen von gruppenspezifischen biologischen oder kulturellen Merkmalen beinhalten. Solche Interpretationen sind jedoch nicht nur oberflächlich, sondern auch wissenschaftlich fragwürdig und nicht mehr zeitgemäß. Diesem Risiko kann nur durch eine differenzierte und transparente Darstellung des angenommenen Zusammenhanges zwischen Ethnizität, Migration und Gesundheit sowie der jeweils verwendeten begrifflichen Kategorien und theoretischen Modelle entgegengewirkt werden. Hinzu kommt, dass Abgrenzungen zwischen Bevölkerungsgruppen (z.B. zwischen Migranten und Nichtmigranten), die für Studienzwecke artifiziell geschaffen werden, gesellschaftlich als Beleg für die „objektive“ Existenz derartiger Unterschiede herangezogen werden können. Die Annahme, dass einzelne Bevölkerungsgruppen aufgrund sozialer, „ethnischer“ Unterschiede oder nach Herkunft bzw. Abstammung klar von anderen zu trennen seien (im angloamerikanischen Raum: „race“), erhält durch unreflektiert erstellte und/oder kommunizierte Studien wissenschaftliche Plausibilität (vgl. Smith, 2000; Bhopal 2004, Braun et al., 2007; Kirmayer & Sartorius, 2007). Ergebnisse und Kategorien aus der

Forschung können somit sowohl die Schaffung, als auch die Zuordnung zu und Bewertung von gesellschaftlichen Gruppen bedingen und beeinflussen. Des Weiteren besteht das Risiko, dass durch die explizite Darstellung von Ungleichheiten Vorurteile gebildet, Stereotypen verfestigt und bestimmte Gruppen stigmatisiert werden (Kaplan & Bennett, 2003; Knipper, 2013). Außerdem besteht die Gefahr, dass eine bestimmte Gruppe durch die ständige Untersuchung auf ihre Benachteiligung oder erhöhte Risiken in dieser Gruppe zu einer Defizit-Kategorie wird. Mögliche Chancen und Vorteile, die mit dieser Gruppe verbunden sind bzw. für Menschen aus dieser Gruppe gelten, werden so möglicherweise übersehen (Schmacke, 2010). Daraus ergibt sich eine besondere Verantwortung für Wissenschaftler im Umgang mit derartigen Kategorien, Fragestellungen und Studienergebnissen.

Die Erhebung solcher Daten aus diesen Gründen einzustellen ist jedoch keine Option, denn nur durch die Aufdeckung von Ungleichheiten kann diesen Ungleichheiten begegnet und können Wege zur Behebung erarbeitet werden (Bhopal, 2012a; Krieger, 2000; Butler & Rohmann, 2010; Schenk et al., 2006). Diese Notwendigkeit hat auch die Bundesbeauftragte für Migration und Flüchtlinge erkannt: „Daten zur gesundheitlichen Versorgung von Migrantinnen und Migranten sind erforderlich, um Entscheidungsgrundlagen für die Gesundheitspolitik zu schaffen, Gesundheitsrisiken zu identifizieren und zielgruppenspezifische Angebote zu entwickeln. Die Datenlage ist bislang nicht ausreichend“ (Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, 2012, S. 152). Grundlage für diese Entscheidungen der Gesundheitspolitik darf nicht die Forderung nach Integration der Migranten, sondern muss die Umsetzung der gesellschaftlichen Aufgabe der medizinischen Versorgung aller Menschen in Deutschland sein (siehe Bhopal, 2012a; Knipper, 2013).

3 Stand der Forschung

3.1 Einführung

„Für das Einwanderungsland Deutschland sind wissenschaftlich fundierte Analysen zu Migration und Integration von besonderer Bedeutung. Sie sind wichtig, um zukünftigen Herausforderungen rechtzeitig zu begegnen“ (Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, 2012, S. 305). Nicht nur die Bundesbeauftragte für Migration sieht Forschungsbedarf im Bereich Migration, auch international gelangt dieses Thema zunehmend in den Fokus der Forschung (siehe z.B. Bhopal, 2012a; Afshari & Bhopal, 2002). Im Gegensatz dazu wird Migration und die damit verbundenen, schwer fassbaren Einflussfaktoren in der epidemiologischen Forschung auch vielfach als „Störfaktor“ gesehen (Junghanss, 1998) und Menschen mit Migrationshintergrund teilweise sogar explizit aus Forschungskohorten ausgeschlossen. Dabei ist die Forschung zu Migration und den gesundheitlichen Auswirkungen keineswegs neu, im Zuge der Globalisierung gewinnt dieses Thema jedoch zusätzlich an Bedeutung (vergl. Knipper & Bilgin, 2009). Auch in Europa wird die Gesundheit der Migranten und besonders auch ihre Versorgung durch das jeweilige Gesundheitssystem immer wieder Gegenstand wissenschaftlicher Forschung. Deutschland ist dabei im internationalen Vergleich zwar mittlerweile durchaus vertreten (Bhopal, 2012a, S. 170), aber im Vergleich zu anderen europäischen und nordamerikanischen Ländern besteht immer noch Nachholbedarf (Knipper & Bilgin, 2009, S. 91; Bhopal, 2012a, S. 170).

Besonders zum Zusammenhang von KHK und Migration finden sich international, aber auch in Deutschland, widersprüchliche Angaben in der Literatur. Studien und die vorhandenen Daten sind schwer vergleichbar und oft unzureichend. (vgl. zum Beispiel Norredam et al., 2010; Nielsen, Krasnik & Rosano, 2009; Bhopal, 2012a; Knipper & Bilgin, 2009; Razum et al., 2008; Bhopal, 2003).

Im folgenden Kapitel werden die bisher vorhandenen Ergebnisse in der Forschung zu Migration und Gesundheit mit den vorhandenen Widersprüchen dargestellt. Besonderes Augenmerk liegt dabei auf der Operationalisierung des Migrationshintergrundes sowie den verwendeten Kategorien, da diese beiden Faktoren die erhobenen Daten maßgeblich bestimmen. Auch die Datenquellen werden ausführlich behandelt, da diese die

Ergebnisse wesentlich beeinflussen. Neben Ergebnissen zur Gesundheit von Migranten und Angehörigen von Minderheiten (s. Kapitel 2.1.2) im Allgemeinen und bezogen auf KHK, werden besonders auch Ergebnisse zur psychischen Gesundheit dieser Menschen dargestellt, da dieser Aspekt wesentlichen Einfluss auf die allgemeine, aber besonders die Gesundheit des Herzens hat. Die Forschungsergebnisse zu diesem Zusammenhang zwischen psychischer Belastung und KHK werden im Anschluss dargelegt. Schließlich wird die Situation der Migranten im Hinblick auf besondere Stressoren und soziale Determinanten der Gesundheit erläutert, da diese Faktoren möglicherweise Teil von Erklärungsmodellen für bestimmte Gefährdungen von Migranten sein können.

3.2 Migrationshintergrund und Operationalisierung

„Die Operationalisierung eines Sachverhalts setzt seine Definition voraus“ (Schenk, Ellert & Neuhauser, 2007, S. 2). Gerade diese Definition von „Migranten“ und „Migrationshintergrund“ bereitet Schwierigkeiten. Denn national und international werden verschiedene Konzepte und Definitionen verwendet, gerade in Deutschland bleibt der Begriff „Bevölkerung mit Migrationshintergrund“ trotz der häufigen Verwendung in Politik und Wissenschaft vielfach „vollständig undefiniert“ (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2012a, S. 5). Dabei ist die Wahl der Kategorien und der Indikatoren für die Einteilung in die entsprechenden Kategorien entscheidend, da diese die möglichen Ergebnisse und die daraus zu ziehenden Schlüsse maßgeblich beeinflussen (Krieger, 2000, S. 1687; Borde et al., 2005). Das eine solche Kategorisierung möglichst zielgerichtet auf die entsprechende Fragestellung geformt werden sollte und dabei gleichzeitig möglichst anerkannten Standards entsprechen soll, versteht sich eigentlich von selbst. Diese Forderungen werden in der migrantensensiblen Forschung nur selten erfüllt (Castañeda, 2012; Schenk et al., 2006). Diese Situation ist sicher der Komplexität der Thematik geschuldet, da eine einfache Operationalisierung der Erfassung von „Migranten“ sowie eine Abgrenzung gegen „Nichtmigranten“ Schwierigkeiten bereitet (Castañeda, 2012). Auch politische Gründe, die z.B. die Sammlung von Daten zu Migration und Herkunft in größerem Umfang unmöglich machen oder technische Probleme in der Forschung (z.B. Sprachbarriere, Teilnahmebereitschaft) tragen dazu bei (Norredam et al., 2010). Und schließlich ist eine

Orientierung an anerkannten Standards nicht möglich, da solche für die migrantensensible Forschung auf internationalem Niveau bisher nicht existieren. Für Deutschland gibt es Vorschläge für „Methodische Standards für eine migrantensensible Forschung in der Epidemiologie“ des RKI (Schenk & Neuhauser, 2005), die jedoch bisher kaum umgesetzt werden.

Zusammengefasst ergibt sich diese Problematik aus verschiedenen Punkten, die die epidemiologische Forschung in diesem Feld erschweren:

1. Es gibt keine allgemein anerkannten Kategorien oder Begriffe, die einheitlich verwendet werden. Vielmehr werden im jeweiligen nationalen Kontext sogar unterschiedliche Konzepte zu Grunde gelegt oder die Kategorien aus anderem Kontext für die epidemiologische Forschung ohne Anpassung übernommen.
2. Die Datengrundlage ist häufig mangelhaft, besonders für Deutschland gibt es wenig Datenquellen, die in größerem Umfang sowohl migrationspezifische als auch soziale und gesundheitsbezogene, valide Daten zur Verfügung stellen.
3. Die ausreichende Teilnahme von Migranten ist nicht immer gegeben. Besonders kleine Migrantengruppen werden oft nicht berücksichtigt.

3.2.1 Begriffe, zugrundeliegende Konzepte und Definitionen

In der migrantensensiblen Forschung gibt es bisher keine einheitlichen Standards zum methodischen Vorgehen und vor allem auch nicht zu den verwendeten Kategorien (siehe beispielsweise Rechel et al., 2013; Norredam et al., 2010; Nielsen et al., 2009). Hinzu kommen die uneinheitliche Verwendung der Kategorien und die unterschiedlichen gesellschaftlichen Zusammenhänge für die jeweilige Analyse. So wird in den „klassischen“ Einwanderungsländern wie den USA und auch England, besonders zu ethnischen Minderheiten und den jeweiligen Gesundheitsrisiken oder -chancen geforscht, denn das Migrationsereignis selbst liegt bei dem überwiegenden Teil der dortigen Bevölkerung sehr weit zurück (Bhopal, 2012a). In diesen Ländern herrschen in der Forschung die Begriffe „*race*“ und „*ethnicity*“ vor, während in Deutschland vorwiegend die Termini „Migrant“ und „Migrationshintergrund“ verwendet werden.

Ursprünglich wurden für die Definition des Begriffes „*race*“ die Zugehörigkeit aufgrund von Abstammung, Physiognomie und geographischer Herkunft entschieden (siehe z.B. Bhopal, 2001). Die Verwendung solcher Kategorien, die allein auf biologischen Merkmalen oder der Abstammung basieren, gilt mittlerweile als obsolet (Editorial, 2000; Krieger, 2000; Braun et al., 2007; Ellison et al., 2007; Müller, Kluge & Heinz, 2013).

Der Terminus „*ethnicity*“ dagegen ist ein aus der Soziologie entlehnter Begriff, der die kulturellen Gemeinsamkeiten wie Religion, Lebensweise und Diät, ursprünglich unabhängig von der Abstammung, als Kriterien für die Gruppierung heranzieht (Bhopal, 2001; Schenk, 2007; Schenk et al., 2006). „*Race*“ und „*ethnicity*“ werden jedoch mittlerweile in der epidemiologischen Forschung häufig synonym verwendet, bzw. es hat sich der Doppelterminus „*race/ethnicity*“ etabliert. Dabei vereinen die so entstehenden Kategorien soziale und kulturelle Aspekte, aber auch Physiognomie und Abstammung (Bhopal, 2001, S. 1504, 2004, S. 443). In der aktuellen Forschung zu „*race*“ und „*ethnicity*“ werden in der Regel eine oder mehrere, aus einer vorgegebenen Liste selbstgewählte „*ethnic group*“ für die Kategorisierung zu Grunde gelegt oder die ethnische Zugehörigkeit durch den Untersucher eingeschätzt. Problematisch an diesen Kategorien ist allerdings, dass sich viele Menschen mehr als einer „*ethnic group*“ zugehörig fühlen (bzw. zugeordnet werden) und diese Zugehörigkeit sich häufig im Laufe des Lebens und abhängig vom jeweiligen Kontext verändert (Bhopal, 2004; Schenk, 2007). So entsteht eine enorme Vielfalt, die sich wiederum der Möglichkeit der Operationalisierung entzieht (Kaplan & Bennett, 2003). Insgesamt ist das Konzept „*ethnicity*“ also nur in sehr engem Rahmen für die epidemiologische Forschung geeignet und auf deskriptive Aspekte beschränkt (Ellison et al., 2007).

In Deutschland (wie in großen Teilen Kontinentaleuropas) hingegen wird das Migrationsereignis besonders akzentuiert und die Integration der Migranten hat einen hohen Stellenwert in der politischen und gesellschaftlichen Auseinandersetzung mit ihnen (Bhopal, 2012b, S. 6; Schenk, 2007, S. 88; Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, 2012; Statistisches Bundesamt (Destatis), 2012a). Diese Fokussierung auf das Migrationsereignis spiegelt die historische und gesellschaftliche Entwicklung Deutschlands wieder (siehe dazu Kapitel 2.1.1).

Der Terminus „Migrant“ basiert ausschließlich auf einem Lebensereignis (vergl. Schenk et al., 2007, S. 2-3). Dabei wird impliziert, dass Menschen mit verschiedener kultureller und geographischer Herkunft und mit unterschiedlicher Lebensweise, Religion und Migrationsgeschichte derselben Gruppe angehören (siehe z.B. Rechel et al., 2013; Sinus Sociovision, 2008; Zeeb & Razum, 2006). Dabei wird unterstellt, dass eine klare Abgrenzung von Migranten und Nichtmigranten durch die Verwendung einzelner Indikatoren möglich sei (Knipper & Bilgin, 2010; Knipper, 2013). Vielfach wird dabei immer noch die Staatsangehörigkeit als Kriterium für die Einordnung in die verschiedenen Gruppen herangezogen.

Dabei ist besonders die Staatsangehörigkeit als alleiniger Indikator problematisch, da viele Menschen, auch der ersten Migrantengeneration, eingebürgert wurden oder, wie bei den Aussiedlern der Fall, aufgrund ihres Status die deutsche Staatsangehörigkeit bekommen haben (Zeeb & Razum, 2006). Auch die Kinder von Migranten, die seit 2000 im Rahmen der gesetzlichen Änderungen über die Ius-Soli-Regelung einfacher die deutsche Staatsangehörigkeit bekommen können und die Kinder aus binationalen Ehen werden so trotz ihres Migrationshintergrundes nicht als Migranten erfasst. (Schenk et al., 2006; Settlemeyer & Erbe, 2010). Zudem kommt es vor, dass in einem Land mehrere ethnische Gruppen leben, die sich hinsichtlich Kultur, Religion und Lebensweise grundlegend unterscheiden. Solche verschiedenen ethnischen Gruppen werden durch das alleinige Kriterium Staatsangehörigkeit zusammengefasst (Rafnsson & Bhopal, 2009).

Aber auch der erweiterte Begriff „Migrationshintergrund“, der die meisten Menschen aus den oben genannten Gruppen einschließen soll, ist problematisch. Das Statistische Bundesamt beispielsweise nutzt für die Einordnung in die entsprechenden Kategorien ebenfalls die Staatsangehörigkeit als Indikator, allerdings erweitert um Kategorien für Menschen mit Migrationshintergrund und deutscher Staatsangehörigkeit (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2009, Seite 333ff, siehe dazu auch Kapitel 3.2.4). So werden zwar deutlich mehr Menschen mit direkter oder indirekter Migrationserfahrung erfasst, aber relevante Merkmale, wie z.B. das Geburtsland oder die Muttersprache, werden nicht berücksichtigt. Zudem sind diese Kategorien vom Statistischen Bundesamt für die Identifizierung derjenigen Gruppen mit Integrationsbedarf entwickelt (Statistisches

Bundesamt (Destatis), 2012a, S.5) worden, die Nutzung dieser Systematik ohne Anpassungen für die epidemiologische Forschung ist jedoch möglicherweise problematisch (Knipper, 2013). In vielen deutschen Publikationen, darunter auch die des BAMF und teilweise auch in der vorliegenden Arbeit wird trotzdem diese Definition verwendet, da häufig amtliche Daten zugrunde liegen oder als Vergleichsdaten herangezogen werden.

Ein weiteres Problem der Termini „Migrantin“ und „Migrationshintergrund“ ist die Unklarheit darüber, wie viele Generationen durch die Migration beeinflusst werden. Da die Bestimmung der Migranten-Generation häufig problematisch ist (z.B. Vater ist Migrant ersten Generation, Mutter ist Migrantin zweiter Generation, welcher Migranten-Generation gehört das Kind an?), wird z.B. im Mikrozensus nur zwischen Migranten erster Generation und höherer Generation unterschieden (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2009, S. 5-6).

Für andere Studien, zum Beispiel das Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGs) oder die Bildungsstudie des Bundesinstitutes für Berufsbildung (BIBB) wird der Migrationshintergrund durch die Kombination verschiedener Merkmale wie Muttersprache, Geburtsland und Staatsangehörigkeit (auch der Eltern) definiert (Schenk et al., 2007; Settlemeyer & Erbe, 2010).

In aktuellen Veröffentlichungen finden sich Vorschläge, die Schaffung von Kategorien im Kontext Migration von einer anderen Perspektive aus anzugehen. So haben Norredam et al. vorgeschlagen, zukünftig vermehrt den Typ der Migration als Klassifikation zu nutzen, da in dieser Gruppierung wichtige Merkmale wie freiwillige versus unfreiwillige Migration, Aufenthaltsstatus und damit verbundenen Zugang zum Gesundheitswesen und sozialer Teilhabe sowie Traumatisierung und ähnliche Erfahrungen berücksichtigt werden (Norredam et al., 2010). Auch Lindert et al. schlagen einen „dynamischen Migrationsbegriff“ vor, der vornehmlich den Aufenthaltsstatus mitberücksichtigten soll (Lindert et al., 2008). Alle diese Vorschläge sind bisher aber keinesfalls konkret oder wurden in der Forschungspraxis umgesetzt.

Bhopal hat mit seinem „Glossary of terms“ eine gute Grundlage für die Erarbeitung umfassender Definitionen auf internationaler Ebene geschaffen (Bhopal, 2004). Darin enthalten sind Definitionen und Erklärungen zu verschiedenen ethnischen Gruppen

sowie vieler Begriffe aus dem Kontext migrantensensibler Forschung, z.B. „*ethnicity*“ und „*race*“.

Die Kategorien „Migrant“ und „Angehöriger einer Minderheit“ sind nicht gleichbedeutend, trotzdem sind im Hinblick auf die Gesundheit beide Gruppen ähnlichen möglichen Risiken und Problemen ausgesetzt. Beide treffen immer wieder auf Diskriminierung, sprachliche oder kulturelle Vorurteile und Barrieren und beide können sich im Hinblick auf wichtige Werte, Normen und Verhaltensweisen von der Mehrheitsbevölkerung unterscheiden. Zudem sind die Übergänge zwischen der Zugehörigkeit zu den jeweiligen Gruppen nicht eindeutig. Gerade in Deutschland, wo heute vielfach die dritte Migrantengeneration Thema von Untersuchungen ist, stellt sich zunehmend die Frage, ob die Kategorie „Menschen mit Migrationshintergrund“ diese Menschen noch zutreffend beschreibt oder ob dieser Begriff zu Gunsten z.B. ethnischer Gruppen verlassen werden sollte (Knipper, 2013, siehe auch Kapitel 3.2.1).

Aus diesem Grund werden in dieser Arbeit Publikationen einbezogen, die sich sowohl mit „Migranten“ als auch mit „Minderheiten“ und „ethnischen Gruppen“ befassen (wie auch in dem Review von Nielsen & Krasnik, 2010).

3.2.2 Spezifische Einflussfaktoren und weitere methodische Probleme bei der Einschätzung der Gesundheit von Migranten

Zusätzlich zu den Problemen, die bei der Zuordnung von Menschen in die verschiedenen Kategorien im Kontext Migration entstehen, gibt es im Hinblick auf die Gesundheit dieser Menschen weitere Faktoren, die teilweise mit dem Migrationshintergrund verbunden sind und Einfluss auf die Gesundheit haben können.

Bedingungen im Herkunftsland: Die Umwelt- und Lebensbedingungen vor der Migration haben großen Einfluss auch auf die spätere Gesundheit und unterscheiden sich je nach Herkunftsland mehr oder weniger stark von den Bedingungen im Zielland. Hygienische Bedingungen und Durchseuchung mit Infektionskrankheiten, Ernährung (negativ im Sinne von Mangelernährung oder positiv im Vergleich zu Industrienationen), Umweltverschmutzung (teilweise auch bessere Bedingungen in ruralen Herkunftsregionen als in urbanen Zielregionen) oder hohes Aufkommen von giftigen Substanzen (besonders durch Industrie in Entwicklungsländern) beeinflussen

die Gesundheit dauerhaft und nicht immer mit sofort ersichtlichen Wirkungen. Aber auch soziale Bedingungen im Herkunftsland sind wichtig, da sie, ähnlich wie im Zielland, entscheidend für die Möglichkeiten hinsichtlich Zugang zum Bildungs- und Gesundheitswesen sowie für Arbeits- und Lebensbedingungen sind (Zimmerman et al., 2011).

Migrationsbedingungen: Ob eine Migration freiwillig bzw. wegen ökonomischer Gründe erfolgt und sowohl das Zielland als auch der Zeitpunkt wählbar sind oder eine Flucht aufgrund von Verfolgung, Krieg, Hunger oder ähnlichen Umständen stattfindet, ist von wesentlicher Bedeutung für den physischen und psychischen Zustand des Migranten (Kohls, 2011). Auch die in diesem Zusammenhang gemachten Erfahrungen wie Folter, Verlust von Angehörigen im Herkunftsland bzw. die Perspektivlosigkeit und die Unmöglichkeit der sozialen Teilhabe (Arbeitsverbot, Residenzpflicht) im Zielland haben gesundheitliche Auswirkungen (Knipper & Bilgin, 2009).

Genetik: In Bezug auf bestimmte Erkrankungen lässt die Herkunft Rückschlüsse auf das Erkrankungsrisiko zu. So sind beispielsweise autosomal rezessive Hämoglobinopathien oder Erkrankungen wie das Familiäre Mittelmeerfieber bei Menschen aus dem Mittelmehrraum deutlich häufiger als in der deutschstämmigen Bevölkerung (Steinlein, 2008; Timmann et al., 2004). Die Einteilung von Menschen in verschiedene „Rassen“ kann damit keinesfalls gerechtfertigt werden, denn dies entbehrt jeder biologischen oder sonstigen wissenschaftlichen Grundlage (siehe dazu Braun et al., 2007; Editorial, 2000). Trotzdem sollte die Abstammung als Teil des individuellen Risikoprofil verstanden werden. Auf dieser Grundlage kann dann mit gezielten genetischen Untersuchungen das tatsächlich vorliegende individuelle Risiko ermittelt werden (Müller et al., 2013).

Religion und Kultur: Die Religion und der kulturelle Hintergrund sowie damit verbundene Werte und Normen beeinflussen nicht nur die Lebensweise und begünstigen oder verhindern Risikoverhalten, diese Faktoren sind auch von entscheidender Bedeutung für den Umgang mit Erkrankungen sowie die Erklärungsmodelle, die in diesem Kontext Verwendung finden. Besonders Religion ist auch eine wichtige Ressource für den Umgang mit und der Bewältigung von Stress, Krankheit und anderen Herausforderungen (Knipper & Bilgin, 2009). Dabei gilt es jedoch zu berücksichtigen,

dass der Einfluss und Auswirkungen dieser Faktoren individuell sehr verschieden sind. Hinzu kommt, dass sich die Bedeutung von Kultur und Religion je nach Kontext und im Zeitverlauf ändert. Vor allem die Dimension Kultur darf nicht unabhängig von sozialen und anderen die Lebenssituation und Identität von Individuen und Gruppen beeinflussenden Aspekten betrachtet werden.

Sprache: Die Sprache ist in vielerlei Hinsicht von Bedeutung. Einerseits gelingt nur bei ausreichenden Sprachkenntnissen die Informationsübermittlung auch hinsichtlich Krankheit und gesundheitlichen Beschwerden auf rein sachlicher Ebene. Viele Inhalte gehen aber trotzdem verloren oder lassen sich nicht ausdrücken, wenn sie in einer anderen Sprache als der Muttersprache kommuniziert werden (Knipper & Bilgin, 2009). Zudem ist die Sprache ein wichtiger „Integrationsfaktor“ (Sinus Sociovision, 2008) und bedeutsam für soziale Interaktion und Teilhabe (Duke, Bourdeau & Hovey, 2010). Ein Akzent oder schlechte Kenntnisse der Landessprache sind zudem oft Anlass für Diskriminierung.

Rassismus und Diskriminierung: Diskriminierung und Rassismus gegenüber Migranten oder Angehörigen von Minderheiten erschweren den Zugang dieser Menschen zum Gesundheitssystem (Williams & Harding, 2003). Dabei handelt es sich meist nicht um offensichtlich fremdenfeindliche Handlungen oder andere deutlich erkennbare Diskriminierung sondern meist um versteckte Benachteiligungen dieser Gruppen beispielsweise durch sprachliche Barrieren oder vorhandene Stereotype und Vorurteile (Castañeda, 2012; Laird, Marrais & Barnes, 2007). Möglicherweise sind Migranten, die sich rein äußerlich deutlich von der Mehrheitsbevölkerung unterscheiden, verstärkt von Diskriminierung betroffen bzw. werden häufiger als fremd identifiziert. So konnten beispielsweise Johnson et al. Hinweise darauf finden, dass Ärzte gegenüber schwarzen Patienten im Gespräch dominanter und weniger patientenzentriert waren als gegenüber weißen Patienten (Johnson et al., 2004). Bradley et al. kamen in ihrer Studie sogar zu dem Ergebnis, dass die Zeit bis zur Behandlung („*door-to-drug-time*“ und „*door-to-balloon-time*“) besonders für schwarze Patienten mit Herzinfarkt, aber auch für Angehörige anderer Minderheiten länger war als für Patienten, die als weiß identifiziert wurden (Bradley et al., 2004).

Die vorangegangene Aufzählung ist keineswegs erschöpfend, aber sie verdeutlicht die Schwierigkeiten bei der Zusammenfassung der Migranten zu einer einzelnen Gruppe. Die genannten Faktoren sollten trotzdem nicht einzeln und losgelöst voneinander betrachtet werden. Vielmehr gilt es, die Bedeutung bestimmter Einflussgrößen für die konkrete Fragestellung zu prüfen, um sie dann in die Erhebung und Auswertung einzubeziehen, ohne den Gesamtkontext aus den Augen zu verlieren (siehe dazu Junghanss, 1998).

Neben der Heterogenität der Migranten und der schwer zu quantifizierenden weiteren Einflussfaktoren gibt es weitere Schwierigkeiten bei der methodischen Erfassung. So ist die Bevölkerung mit Migrationshintergrund in der Regel deutlich jünger als die Ursprungsbevölkerung, mit der sie oft verglichen wird. Häufig wird dieser Unterschied durch die Standardmortalitätsrate (SMR) für den Vergleich zwischen Migranten und Nichtmigranten angeglichen. Eine solche Mortalitätsrate entsteht in der Regel anhand von Beobachtungen in westlich geprägten Gesellschaften (mit den entsprechenden Krankheitshäufigkeiten, Risikoverhalten und gesundheitlicher Versorgung, siehe Kohls, 2011, S. 26 ff.). Es ist allerdings völlig unklar, ob sich die Bevölkerung mit Migrationshintergrund analog zu dieser „Referenzgesellschaft“ entwickelt. Meistens erfolgt der Vergleich dieser beiden Gruppen ja unter der Annahme, dass die Gruppen sich hinsichtlich der Erkrankungshäufigkeit und -verteilung unterscheiden.

Neben den Kategorien und Indikatoren für die zu untersuchende Gruppe ist auch die Vergleichsgruppe von Bedeutung. Ein Vergleich mit der Ursprungsbevölkerung des untersuchten Landes liegt nahe und kann wertvolle Hinweise auf Unterschiede hinsichtlich Zugang und Nutzung des Gesundheitssystems sowie in Bezug auf die Häufigkeit bestimmter Erkrankungen in verschiedenen Gruppen liefern. Um den Einfluss verschiedener Lebens- und Umweltbedingungen zu untersuchen, bietet sich hingegen der Vergleich von migrierten und nicht migrierten Menschen aus der gleichen Ursprungsbevölkerung an (Zeeb & Razum, 2006).

3.2.3 *Vorschläge für die Schaffung von Standards für die migrantensensible Forschung*

Die Forderung nach europa- oder gar weltweit einheitlichen oder mindestens transparenten Kriterien ist in Deutschland (Schenk & Neuhauser, 2005; Knipper & Bilgin, 2009; Settlemeyer & Erbe, 2010) und auch international vielfach geäußert worden (beispielsweise Bhopal, 2009; Smith, 2000). Allerdings scheint die Schaffung einheitlicher Kategorien vorerst nicht realistisch, dadurch bekommt die transparente Darstellung und umfassende Diskussion der gewählten Kategorien große Bedeutung, um eine Vergleichbarkeit verschiedener Studien und eine korrekte Interpretation dieser zu ermöglichen. Die transparente Darstellung der Entwicklung und Rechtfertigung der gewählten Kategorien ist Bestandteil der Richtlinien für Autoren mehrerer bedeutender Journals, beispielsweise des Journal of the American Medical Association (JAMA), des American Journal of Public Health und des PLoS Medicine (siehe JAMA Network Winker, 2004 für JAMA; American Journal of Public Health (AJPH), 2012; PLoS Medicine).

Für die Operationalisierung des Migrationsbegriffes in deutschen Publikationen wurden 2005 vom RKI „Methodische Standards für eine migrantensensible Forschung in der Epidemiologie“ (Schenk & Neuhauser, 2005) vorgeschlagen. Dabei werden unter anderem folgende Kriterien für eine standardisierte, auf Migranten bezogene Forschung gefordert:

- Verwendung eines einheitlichen Migrationsbegriffes, der eine Identifikation von Migranten im Untersuchungssample sowie eine Differenzierung dieser Gruppe ermöglicht.
- ausreichende Beteiligung von Migranten und dafür die Konstruktion geeigneter Erhebungsinstrumente.
- migrantenspezifische Non-Responder-Analysen und die Berücksichtigung migrantenspezifischer Fragestellungen und Themen (Schenk & Neuhauser, 2005, S. 297).

Für die Operationalisierung des Migrationshintergrundes in der epidemiologischen Forschung wurden in einem mehrstufigen Verfahren dann folgende Variablen

ausgewählt, die in Zukunft der Bestimmung des Migrationshintergrundes in migrantensensiblen Erhebungen des RKI zugrunde liegen sollen:

- eigene Staatsangehörigkeit (sowie die der Mutter und des Vaters)
- eigenes Geburtsland (sowie das der Mutter und des Vaters)
- Einreisejahr (das in Verknüpfung mit dem Geburtsdatum die Ableitung der Aufenthaltsdauer und des Einreisealters ermöglicht),
- Migrantengruppenzugehörigkeit (aus der auf den Aufenthaltsstatus und die Einwanderungsmotive geschlossen werden kann)
- in der Familie gesprochene Sprachen (Schenk & Neuhauser, 2005, S. 280).

Außerdem wird die Notwendigkeit betont, im Zusammenhang mit Migration beobachtete Effekte auf ihren kausalen Zusammenhang mit Migration und nicht mit eng verknüpften anderen Variablen (z.B. sozioökonomischer Status), zu überprüfen.

Ein Beispiel für die Anwendung dieser Standards ist der **KiGGS** (Zusammenfassung anhand von Schenk et al., 2007). In diesem Survey wurde explizit die ausreichende Teilnahme und hinreichend genaue Erhebung des Migrationshintergrundes als wesentlicher Bestandteil der Studienplanung festgelegt. Dieses bundesweite Befragungs- und Untersuchungssurvey wurde zwischen Mai 2003 und Mai 2006 durch das RKI durchgeführt und hatte das Ziel, zum ersten Mal umfassende und deutschlandweit repräsentative Daten über die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen bis zum 17. Lebensjahr zu erheben (Schenk et al., 2007). Dabei wurde die ausreichende Teilnahme von Menschen mit Migrationshintergrund durch ein Oversampling an Kindern nichtdeutscher Staatsangehörigkeit gesichert, zudem wurden die verwendeten Materialien (Fragebögen, Einladungsschreiben) in verschiedene Sprachen übersetzt und gezielt migrationsspezifische Öffentlichkeitsarbeit betrieben. Außerdem erhielten die Mitarbeiterinnen des Feldteams eine interkulturelle Schulung. Durch diese Maßnahmen konnte eine Beteiligung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund am Survey entsprechend ihrem Anteil in der Bevölkerung gesichert werden.

Daten zum Migrationshintergrund wurden für dieses Survey sehr umfassend erhoben. So wurden, jeweils für Mutter und Vater und Kind getrennt, die Merkmale Staatsangehörigkeit, Geburtsland und Einreisejahr (bei Kindern: Einreisealter) erhoben,

außerdem sollte die zu Hause gesprochene Sprache und die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Migrantengruppe angegeben werden. Zudem wurden die Deutschkenntnisse der Familienmitglieder durch den Interviewer eingeschätzt. Durch diese differenzierte Erfassung konnte einerseits gezeigt werden, dass durch die Kombination der Merkmale Staatsangehörigkeit und Geburtsland der Eltern die meisten Kinder mit Migrationshintergrund erfasst werden konnten und andererseits ansatzweise die Heterogenität der Migranten und damit verbunden Unterschiede (exemplarisch am Zahnpflegeverhalten gezeigt) dargestellt werden können (Schenk et al., 2007).

Eine Anwendung der vorgestellten Standards ist also in der Forschungspraxis auch in größerem Umfang möglich.

3.2.4 Datenquellen mit migrantenspezifischen Daten

In diesem Kapitel sollen unterschiedliche Quellen, die Daten und auch Vergleichsdaten für die Forschung zu Migration und für Zusammenhänge von Gesundheit und Migration liefern, kurz dargestellt sowie die jeweiligen Vor- und Nachteile der Quellen erläutert werden. Vor allem werden dabei die Datenquellen aus Deutschland dargestellt, aber auch internationale Beispiele sollen Eingang in den die Beschreibung finden.

Bis zum Mikrozensus 2005 gab es in Deutschland keine umfassenden Daten zum Migrationshintergrund. Aus diesem Grund werden für Aussagen über die Gesundheit der Migranten in Deutschland meist Daten des Ausländerzentralregisters (AZR), der Einwohnermeldeämter bzw. der amtlichen Sterbefallstatistik oder anderer Quellen wie der gesetzlichen Rentenversicherung herangezogen⁸.

Sämtliche verfügbare Quellen liefern unvollständige und zum Teil aufgrund verschiedener Artefakte verzerrte Daten.

Im **AZR** sind nur Daten zu Menschen erfasst, die nicht die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen, dies trifft allerdings auf weniger als die Hälfte der Menschen zu, die laut Mikrozensus einen Migrationshintergrund haben (siehe 2.1.3).

⁸ Die hier auszugsweise abgebildete Diskussion über die Datenquellen AZR, Einwohnermeldeämter, Rentenversicherung und Mikrozensus entstammt, wo nicht anders angegeben, der Publikation „healthy migrant effect“, Erfassungsfehler und andere Schwierigkeiten Kohls (2008a)

Außerdem werden Daten von Verstorbenen nur fünf Jahre lang aufbewahrt. Andererseits werden auch im Ausland verstorbene Ausländer erfasst und die Daten des AZR gelten aufgrund regelmäßiger Bereinigung als verhältnismäßig valide.

Die **Daten der Einwohnermeldeämter** unterliegen relativ starker Verzerrung durch Artefakte, da sich viele Menschen bei Fortzug nicht abmelden und dadurch falsch hohe Zahlen entstehen. Dieses Problem betrifft Migranten in höherem Maße, da diese häufiger, besonders zurück ins Heimatland, wegziehen.

Auch die **gesetzliche Rentenversicherung** ist eine mögliche Datenquelle, da die erhobenen Daten durch die direkte Verknüpfung mit dem Rentenbezug ziemlich zuverlässig sind. Allerdings sind in diesen Daten nur für Rentenempfänger verfügbar, Selbstständige, Beamte, Nichterwerbstätige und junge Menschen sind nicht enthalten.

Der **Mikrozensus** liefert nur näherungsweise ein Bild der tatsächlichen Situation, da sich die Zahlen an der Bevölkerungsfortschreibung orientieren und somit durch die fehlende Bereinigung der Bevölkerungsfortschreibung verzerrt sind. Außerdem werden die ungünstige Gruppierung der Herkunftsländer im Mikrozensus bemängelt (Butler & Rohmann, 2010). Die Eingrenzung der Migranten auf Menschen, die nach 1950 nach Deutschland eingewandert sind (und deren Nachkommen) führt zu einer Verzerrung hinsichtlich des Alters. Im Mikrozensus werden die Staatsangehörigkeit (bei Einbürgerung: die vorherige), eine eventuelle Einbürgerung sowie das Jahr des Zuzugs und gegebenenfalls der Einbürgerung abgefragt. Weitere Merkmale wie Sprache oder Herkunftsland finden als zusätzliche Indikatoren zur Identifikation von Migranten keine Berücksichtigung, obwohl sie vielfach zur Bestimmung des Migrationshintergrundes herangezogen werden (Schenk et al., 2006; Settlemeyer & Erbe, 2010). Trotz aller Kritik wird es insgesamt sehr positiv bewertet, dass seit 2005 durch den Mikrozensus verhältnismäßig differenzierte Aussagen über Migrantengruppen in Deutschland möglich sind.

Manche Kliniken führen **krankenhauseigene Statistiken** über die Herkunft der behandelten Patienten. Solche Daten werden beispielsweise am Städtischen Klinikum München seit 2006 erhoben (Wesselman & Butler, 2010). Dafür wurde in der Maske des Computerprogrammes für die Aufnahme, das Pflichtfeld „Nationalität“ eingeführt. Die Auskunft durch den Patienten erfolgt freiwillig. Die so erhobenen Daten sollen zur

Verbesserung des Angebotes für Migranten führen und so dem Städtischen Klinikum München Wettbewerbsvorteile im Bereich Patientenakquise sichern.

Bei der Erhebung solcher Daten ergeben sich Probleme einerseits von Seiten des Personals, welches die Qualität der erhobenen Daten besonders durch die Vollständigkeit der Erhebung beeinflusst und andererseits durch die Patienten. Wesselmann und Butler beschreiben, dass „eine hohe Motivation und kontinuierliche Auseinandersetzungen mit den Mitarbeitern [...] zwingend notwendig“ seien (Wesselmann & Butler, 2010, S.60), um die Qualität der Daten zu sichern.

Hinsichtlich der Bereitschaft zur Angabe ihrer Nationalität durch die Patienten beschreiben sie, dass die „bisherigen Erfahrungen bei der Patientenabfrage zeigen, dass nur selten eine kritische oder zögernde Haltung eingenommen wird. Wird Patienten erläutert, dass die Auskunft ausschließlich der Verbesserung der Versorgung nichtdeutscher Patienten und Patienten dient, ist die Zustimmung groß“ (Wesselmann & Butler, 2010, S. 59). Die Erhebung solcher Daten scheint also machbar und teilweise auch mit wirtschaftlichen Vorteilen für die jeweiligen Krankenhäuser verbunden zu sein. Ob eine zentrale Sammlung solcher Daten möglich ist und wie valide diese Daten im Einzelfall sind ist aber bisher nicht abzusehen.

Das **Sozio-oekonomischen Panel (SOEP)** ist eine jährliche Befragung von 20.000 Personen aus rund 11.000 Haushalten, die eine repräsentative Stichprobe der deutschen Bevölkerung darstellen (Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, 2007). In dieser vom Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung seit 1984 durchgeführten Erhebung werden neben Informationen zur Gesundheit auch eine detaillierte Biographie der Teilnehmerinnen erhoben (TNS Infratest Sozialforschung, 2011b, 2011a). Die Daten wären also gut für eine Auswertung hinsichtlich Migration und Gesundheit geeignet, allerdings sind es nur Daten einer verhältnismäßig kleinen Stichprobe.

Sehr umfassende Daten zur Morbidität und Mortalität von Migranten kann durch die Verknüpfung von Daten zur Bevölkerung mit Migrationshintergrund mit Daten aus den Krankenhäusern (**data linkage**) gewonnen werden. Ein solches Vorgehen wurde beispielsweise für Schottland beschrieben (Bhopal et al., 2012a). Auf diese Weise konnten die Krankengeschichten von mindestens 85% der schottischen Bevölkerung mit den Informationen aus dem Zensus 2001 zusammengebracht und ausgewertet

werden. Trotz intensiver Bemühungen des Datenschutzes gibt es Kritik an dieser Methode, beispielsweise Boyd hat auf das enorme Risiko des Missbrauches hingewiesen (Boyd, 2007).

3.2.5 *Migrationsspezifische Herausforderungen bei der Rekrutierung und Befragung*

Hinsichtlich migrationsspezifischer Herausforderungen bei der Datenerhebung gibt es wenige veröffentlichte Ergebnisse. Schenk hat im Rahmen des KiGGS eine differenzierte Darstellung dieser Problematik veröffentlicht, auf die sich die folgende Darstellung im Wesentlichen bezieht (Schenk, 2002).

Grundsätzlich treten bei der Befragung von Migranten ähnliche Herausforderungen auf wie bei der Befragung von Nichtmigranten. Doch schon bei der Kontaktierung potentieller Studienteilnehmer scheint es bei Migranten häufiger zu Schwierigkeiten zu kommen. So finden sich beispielsweise deutlich mehr trotz Fortzug noch in Einwohnermeldeämtern gemeldete Migranten als Nichtmigranten (Schenk, 2002).

Ein wesentlicher Aspekt der Datenerhebung ist die Sicherung einer ausreichenden Teilnahme an der Befragung. Dabei sind Migranten gerade in Studien, die explizit auch Items für die Erfassung des Migrationshintergrundes enthalten, scheinbar schwieriger für eine Teilnahme zu gewinnen. Dabei spielen die Ablehnung der Identifikation als „Migrant“, Bedenken hinsichtlich einer Stigmatisierung durch das Label Migrant und ggf. die Angst von „illegalen“ Migranten oder Menschen mit ungeklärtem Aufenthaltsstatus, durch die Teilnahme ihren Aufenthalt in Deutschland zu gefährden, eine Rolle (Schenk, 2002).

Neben der Sicherung der Teilnahme ist eine möglichst vollständige und korrekte Beantwortung sämtlicher Items im Fragebogen eine weitere grundsätzliche Herausforderung. Bei der Befragung von Migranten sind sprachliche Barrieren, daraus resultierende Missverständnisse sowie falsche oder unvollständige Antworten häufiger anzutreffen als bei Menschen ohne Migrationshintergrund.

Den genannten Problemen kann durch Oversampling⁹ an Menschen mit Migrationshintergrund sowie die Sicherung eines ausreichend geschulten Personals und

⁹ Als Oversampling wird die überproportionale Ziehung (Zusatzstichprobe) von Individuen mit einem bestimmten Merkmal (in dieser Studie: Migranten) bezeichnet. Auf diese Weise soll der verstärkte Ausfall an Angehörigen dieser Gruppe ausgeglichen werden.

ggf. Bereitstellung von Dolmetschern bzw. die Übersetzung des Erhebungsinstrumentes begegnet werden.

3.3 Migration und Gesundheit

Im folgenden Abschnitt soll die deutsche und internationale Diskussion zur Gesundheit von Migranten und ethnischen Minderheiten umrissen werden. Dabei werden besonders Reviews und Publikationen ab 2005 berücksichtigt. Die Darstellung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit im Sinne eines systematischen Reviews. Vielmehr handelt es sich um einen an der Fragestellung der vorliegenden Arbeit orientierten Überblick über das sehr umfangreiche und komplexe Forschungsgebiet.

3.3.1 Forschungsergebnisse zur allgemeinen Gesundheit von Migranten

Wie bereits mehrfach angesprochen, finden sich in der Literatur zur Frage „Sind Migranten gesünder?“ widersprüchliche Ergebnisse. Zeeb und Razum schrieben dazu 2006, dass es schwierig sei, „diese extrem heterogene Personengruppe [der Migranten] mit der für die epidemiologische Forschung nötigen Genauigkeit und Reproduzierbarkeit einzugrenzen“ (Zeeb & Razum, 2006, S. 846). In dieser Übersichtsarbeit legen die Autoren dar, wie unterschiedlich die Ergebnisse deutscher Studien im Hinblick auf Morbidität und Mortalität von Migranten sind. Gleichzeitig stellen sie fest, dass vielfach ungeeignete Indikatoren wie die Staatsangehörigkeit zur Bildung von Kategorien herangezogen werden und bisherige Studien nur deskriptive Auswertungen zulassen. Rechel et al. beschreiben in ihrer aktuellen im Lancet publizierten Übersichtsarbeit zu Migration und Gesundheit in Europa, dass die vorhandenen Daten aus Europa bruchstückhaft und häufig widersprüchlich sind. Besondere Herausforderungen sehen sie in der unvollständigen Bereitstellung migrationspezifischer Daten in den nationalen Informationssystemen sowie der Vielfalt der verwendeten Kategorien und zugrundeliegenden Konzepte. Im Vergleich mit der Ursprungsbevölkerung zeige sich häufig gerade kurz nach der Einwanderung eine bessere Gesundheit der Migranten, der sogenannte „*healthy migrant effect*“, heißt es weiter. Migranten seien aber besonderen gesundheitlichen Herausforderungen im Zielland ausgesetzt. Zudem, so heißt es in der Zusammenfassung, scheinen sie mehr von

bestimmten Infektionskrankheiten, Arbeitsunfällen und psychischen Problemen betroffen zu sein. Auch die Mütter- und Säuglingssterblichkeit unter Migranten sei höher als unter Nichtmigranten und für manche Migrantengruppen bestehe ein besonderes Risiko hinsichtlich gesundheitlicher Folgen durch Übergewicht und wenig Bewegung. Einen Teil dieser gesundheitlichen Nachteile erklären die Autoren mit dem niedrigen sozioökonomischen Status, der häufig mit dem Status „Migrant“ verknüpft sei. Aber auch Migration selbst wird als Ursache für gesundheitliche Ungleichheit gesehen (Rechel et al., 2013).

Wengler untersuchte 2005/2006 den Gesundheitszustand von türkischen Migranten der ersten und zweiten Generation in Deutschland. Dazu wertet sie die Ergebnisse von Interviews mit 8615 Deutschen (selbst und beide Elternteile in Deutschland geboren), 2736 türkischer Migranten der ersten Generation (in der Türkei geboren) und 612 türkischer Migranten der zweiten Generation (selbst in Deutschland, aber mindestens ein Elternteil in der Türkei geboren), die im Rahmen des Deutschen Generations- und Gender-Surveys durch das Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung durchgeführt wurden, mittels statistischer Regressionsmodelle aus. Dabei wurden der Gesundheitszustand in Anhängigkeit vom Migrationsstatus sowie Faktoren, die die Gesundheit beeinflussen können, bestimmt. Die Autorin beschreibt die Ergebnisse zwar als insgesamt inkonsistent, konnte aber eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit zunehmender Aufenthaltsdauer beobachten, ein Ergebnis, das ebenfalls als Hinweis auf die Existenz eines „*healthy migrant effect*“ gewertet werden kann. Weiterhin beschreibt sie, dass die Ergebnisse ihrer Arbeit zunächst auf einen schlechteren Gesundheitszustand besonders der älteren Migranten hindeuten. Diese Beobachtung wird allerdings durch die Anpassung durch verschiedene Faktoren, die die Gesundheit beeinflussen, an dieser Stelle besonders der sozioökonomische Status, vermindert, so dass die Autorin als Fazit zumindest für Westdeutschland keinen Einfluss des Merkmals „Migrant-Sein“ auf die Gesundheit feststellen kann (Wengler, 2011). Nielsen & Krasnik hingegen kommen nach der Auswertung von insgesamt 17 Studien aus Schweden, England, Belgien, den Niederlanden und Spanien zu dem Ergebnis, dass Migranten und Angehörige von Minderheiten im Hinblick auf die selbst wahrgenommene Gesundheit („*self-perceived health*“) benachteiligt sind. Diese Beobachtung bleibt auch nach

Anpassung für Alter, Geschlecht und sozioökonomischem Status bestehen. Sie formulieren die besondere Situation der Migranten wie folgt: „Migranten und ethnische Minderheiten scheinen mit der dreifachen Belastung durch die negativen Effekte des Status der ethnischen Minderheit, der niedrigen sozialen Position und schlechten begleitenden Faktoren konfrontiert zu sein“ (Nielsen & Krasnik, 2010, S. 361)¹⁰. Auch Wiking et al. kommen zu ähnlichen Ergebnissen, sie haben 1996 für ihre Studie eine Zufallsstichprobe aus 2250 Schweden, je 840 Menschen die in Polen und der Türkei geboren wurden sowie 480 aus dem Iran stammende Menschen interviewet. Dabei wurde ein Zusammenhang zwischen schlechter Selbsteinschätzung der eigenen Gesundheit und ethnischer Gruppe beobachtet, wobei dieser Zusammenhang nur teilweise durch den niedrigeren sozioökonomischen Status erklärt werden konnte. Vielmehr wurden zusätzlich die Faktoren Akkulturation und Diskriminierung als wichtige Einflussgrößen auf die Gesundheit genannt (Wiking et al., 2004). Ein weiterer wichtiger Einflussfaktor auf die Selbsteinschätzung der Gesundheit scheint die wahrgenommene Kontrolle über das eigene Leben zu sein, wie Lundberg et al. herausfanden. Sie befragten 1007 Schwedinnen und 9231 Russinnen zu ihrer Gesundheit, Bildung und der Kontrolle über ihr Leben. Menschen mit als gering wahrgenommener Kontrolle über ihr Leben schätzten ihre Gesundheit schlechter ein. Besonders Menschen mit geringer Bildung, ältere und alleinstehende Personen empfanden die Kontrolle über das eigene Leben als gering. Der Vergleich zwischen den Ländern zeigt, dass Menschen aus Russland sowohl ihre Gesundheit als die Kontrolle über ihr Leben als schlechter einschätzten (Lundberg et al. 2007).

Die von Wittig et al. untersuchte Gruppe der Aussiedler in Deutschland schätzte ihren Gesundheitszustand ebenfalls schlechter ein als die Menschen aus der deutschen Vergleichsgruppe (Wittig et al., 2004). Die Untersuchung von Migranten aus Polen und Vietnam durch Wittig et al. zeigte auch für diese Gruppen höhere Werte für Ängstlichkeit und Depression sowie mehr Gesundheitsbeschwerden, gleichzeitig wurden weniger Gesundheitseinrichtungen aufgesucht. Die Autoren weisen dabei ausdrücklich darauf hin, dass Migranten eine heterogene Gruppe sind und nur gruppenspezifische Forschungen zur Klärung der Zusammenhänge zwischen

¹⁰ Übersetzung: Lisa Mack

Herkunftsland, Gesundheit und der Nutzung des Gesundheitssystems beitragen können (Wittig et al., 2008).

Ob die Selbsteinschätzung der Gesundheit (im englischen Sprachgebrauch: „*self-perceived*“ oder „*self-reported health*“) ein zuverlässiges Surrogat für den tatsächlichen Gesundheitszustand ist und ob es zwischen ethnischen Gruppen oder für bestimmte Gesundheitsbereiche evtl. gruppenspezifische Abweichungen zwischen der Selbsteinschätzung und der messbaren Gesundheit gibt, wurde bereits mehrfach diskutiert (Acevedo-Garcia, Bates, Osypuk & McArdle, 2010). Grundsätzlich wird angenommen, dass diese Einschätzung der globalen Gesundheit eine ausreichende Zuverlässigkeit bietet.

Acevedo-Garcia et al. nutzten die Daten des March Annual Social and Economic Supplement of the Current Population Survey aus den USA und konnten durch die Zusammenfassung der Daten aus den Jahren 2003-2005 Angaben zu „*race/ethnicity*“, Herkunftsland und verschiedener Aspekte des sozioökonomischen Status von 637209 Teilnehmern für ihre Studie auswerten. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass im Ausland geborene, schwarze und lateinamerikanische Migranten ihren Gesundheitszustand als besser bewerteten als die Migranten der dritten Generation der selben Ethnien. Menschen mit lateinamerikanischen und asiatischem Hintergrund gaben umso häufiger eine schlechte oder ausreichende Gesundheit an, je länger sie sich in den USA aufhielten. Laut Acevedo-Garcia et al. ist auch der Einfluss des sozioökonomischen Status in der dritten Einwanderergeneration stärker ausgeprägt als in der ersten und zweiten Generation. Auch in dieser Studie finden sich also Hinweise auf eine initial bessere Gesundheit von Migranten (Acevedo-Garcia et al., 2010). Keinen Beleg für den „*healthy migrant effect*“ konnten hingegen Razum & Rohrmann durch die Untersuchung der Mortalität im Zusammenhang mit der Aufenthaltsdauer finden, denn die Mortalität anhand von Daten aus dem SOEP untersuchte Gruppe von Einwanderer aus den ehemaligen Gastarbeiter-Anwerbe-Ländern nahm nicht mit der Aufenthaltsdauer zu (Razum & Rohrmann, 2002). Eine gegenteilige Beobachtung machten Aparicio et al.: sie fanden heraus, dass Aussiedler ihr ihre Gesundheit besonders kurz nach der Einwanderung als schlecht einschätzten (Aparicio et al., 2005). Ähnliche Ergebnisse fanden auch Wittig et al. (Wittig et al., 2004). Migranten in den

USA berichteten vor allem in den ersten zehn Jahren nach der Einwanderung von schlechter Gesundheit, wie Ding & Hargraves herausfanden. In dieser Studie konnte auch gezeigt werden, dass die Sprachbarriere eine wichtige Rolle spielt (Ding & Hargraves, 2009).

Gegenteilige Ergebnisse über den Gesundheitszustand von Migranten gibt es besonders auch aus Deutschland. Becher et al. haben über 12 Jahre (01/1990 bis 12/2002) 34393 Aussiedler beobachtet und die standardisierten Mortalitätsverhältnisse dieser Kohorte im Vergleich mit den deutschen Raten ermittelt. Sie haben dabei eine signifikant niedrigere Mortalität für Aussiedler gefunden, was sie selbst als „überraschend“ bezeichnen. Besonders auffällig sei dieses Ergebnis für die Sterblichkeit an Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Lediglich bei den nichtnatürlichen Todesursachen findet sich eine erhöhte Mortalität der Aussiedler (Becher, Razum, Kyobutungi & Laki, 2007). Die für die Berechnung genutzte SMR der WHO basiert allerdings auf Daten aus der gesamtdeutschen Bevölkerung, in der Aussiedler eine Minderheit stellen, und sind somit nicht ohne Weiteres auf die Kohorte der Aussiedler anwendbar. Besonders unter der Maßgabe, einen möglicherweise bestehenden Unterschied hinsichtlich der Sterblichkeit für verschiedene Gruppen aufdecken zu wollen, ist dieses Vorgehen methodisch zu hinterfragen. Auch in den Publikationen des BAMF findet dieses Vorgehen in vielen Berechnungen zur Sterblichkeit von Migranten Anwendung. Kohls beschreibt in diesen sehr detaillierten Auswertungen verschiedener Datenquellen aus Deutschland, darunter Sterbefallstatistiken, das Ausländerzentralregister und die Rentenversicherung, eine niedrigere Mortalität für Migranten (Kohls, 2011; Kohls, 2008b). Dieser Unterschied bleibe auch nach Berücksichtigung möglicher statistischer Artefakte bestehen, so Kohls (Kohls, 2008b, S.44). Des Weiteren muss für diese Veröffentlichungen auch auf die unzureichend Abgrenzung des Begriffes „Migranten“ gegenüber „Ausländern“ hingewiesen werden.

Insgesamt ist also der bisherige Stand der Forschung zum allgemeinen Gesundheitszustand von Migranten von Defiziten in den Bereichen Datengrundlage, Kategorisierung und Methodik der Erhebung und Einbeziehung von Migranten geprägt und unter anderem deshalb sehr widersprüchlich.

3.3.2 *Forschungsergebnisse zur psychischen Gesundheit von Migranten*

Wie zu erwarten war, liegen über die Auswirkungen von Migration und damit verbundenen Bedingungen auf die psychische Gesundheit weit weniger Publikationen vor als über die Beeinflussung des allgemeinen Gesundheitszustandes. Zudem beziehen sich viele Veröffentlichungen nur auf einzelne Gruppen. Es fällt jedoch auf, dass vor allem eine erhöhte Anfälligkeit für psychische Probleme im Zusammenhang mit Migration beschrieben wird, wobei hier besonders einzelne Gruppen betroffen sind. Zwischen den Gruppen bestehen deutliche Unterschiede hinsichtlich des Erkrankungsrisikos und der Erkrankungsort. Diese Erkenntnis zeigt erneut, wie wichtig eine differenzierte Betrachtung des Migrationshintergrundes ist.

Kornischka et al. und Lindert et al. haben jeweils eine Übersicht über die Literatur zur psychischen Gesundheit von besonderen Migrantengruppen veröffentlicht (Kornischka, et al., 2008; Lindert et al., 2009). Kornischka et al. fassten die Ergebnisse ihrer Literaturrecherche zur psychischen Gesundheit von Spätaussiedlern wie folgt zusammen: es „besteht dringend weiterer Forschungsbedarf, zumal die vorliegenden Studien ungeachtet ihrer methodischen Vielfalt, mehrheitlich darauf hindeuten, dass Spätaussiedler eine derzeit noch unterversorgte Risikogruppe für psychische Erkrankungen darstellen“ (Kornischka et al., 2008, S. 64). Lindert et al., 2009 untersuchten in ihrem systematischen Review das Auftreten der Diagnosen „Depression“ und „Ängstlichkeit“ bei Arbeitsmigranten und Flüchtlingen. Dafür wurden 35 Studien in die statistische Auswertung einbezogen. Das Ergebnis dieser Berechnungen zeigt eine doppelt so hohe Rate der Diagnosen Depression (44% vs. 20%) und Ängstlichkeit (40% vs. 21%) unter Flüchtlingen im Vergleich zu Arbeitsmigranten. Des Weiteren vergleichen die Autoren die Auswirkungen des Bruttoinlandsproduktes des Aufnahmelandes auf die psychische Gesundheit der untersuchten Migrantengruppen. Die psychische Gesundheit der Arbeitsmigranten scheint umso besser zu sein, je höher das Bruttoinlandsprodukt des Aufnahmelandes ist, für Flüchtlinge beobachteten die Autoren dies nicht. Abschließend weisen die Autoren noch einmal darauf hin, dass die beiden untersuchten Gruppen getrennt von einander betrachtet werden sollten um so zielgerichtete Interventionsmöglichkeiten entwickeln zu können (Lindert et al., 2009).

Hinweise auf den Einfluss der Traumatisierung vor oder auch im Zuge der Migration auf Schwierigkeiten im Leben nach der Migration (post-migratory living difficulties, PMLD) und auf die Tendenz zur Somatisierung fanden Aragona et al. Sie untersuchten 101 Migranten, die den Caritas-Gesundheitsdienst für Migranten in Rom aufsuchten. Diese Einrichtung stellt eine primäre Gesundheitsversorgung für Migranten zur Verfügung, die keinen Zugang zum regulären italienischen Gesundheitssystem haben. Unter den untersuchten Patienten die somatisierten, fanden sich signifikant mehr die mindesten ein traumatisches Erlebnis hinter sich hatten oder unter posttraumatischer Belastungsstörung litten als unter den Patienten, die keine Somatisierungsstörungen aufwiesen. Diese Faktoren hatten, so ein Ergebnis der Studie, auch wesentlichen Einfluss auf das Vorliegen von PMLD. Somit war auch das Vorliegen von schweren oder sehr schweren PMLD mit der Tendenz zur Somatisierung verknüpft, wobei besonders solche PMLD eine Rolle spielten, die mit dem Zugang zu medizinischer Versorgung und der Sorge um unzureichende Versorgung verbunden waren. Diese Ergebnisse sind laut Autoren vereinbar mit dem Wissen über somatisierende Patienten ohne Migrationshintergrund (Aragona et al., 2011).

Auch für andere Migrantengruppen wurden höhere Werte für Ängstlichkeit und Depression gefunden, so beispielsweise von Wittig et al. für polnische und vietnamesische Migranten in Deutschland. Dabei wiesen die untersuchten Migranten höhere Werte für Depression und Ängstlichkeit auf, aber auch physische Beschwerden wurden im Vergleich mit Deutschen häufiger angegeben. Darüber hinaus gab es zwischen den verschiedenen Migrantengruppen Unterschiede, z.B. litten die polnischen Migranten häufiger an psychischen Problemen und Suchterkrankungen als die Vietnamesen. Eine weitere wichtige Beobachtung dieser Studie ist die geringere Nutzung von psychosozialen und medizinischen Einrichtungen durch die untersuchten Migranten. Abschließend betonen die Autoren die Heterogenität der Gruppe der Migranten und weisen auf die unterschiedlichen Prävalenzraten psychischer Erkrankungen in unterschiedlichen Migrantengruppen hin (Wittig et al., 2008).

Die besondere Bedeutung von Sprache für den Gesundheitszustand der Migranten haben Ding & Hargraves in ihrer bereits im vorangegangenen Kapitel genannten Studie erarbeitet. Schlechte Sprachkenntnisse im Bezug auf die Sprache des Aufnahmelandes

bedeutete für die Migranten aus der untersuchten Gruppe besonderen Stress, der sich wiederum negativ auf die Gesundheit auswirkte (Ding & Hargraves, 2009).

Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen Stress durch Akkulturation und psychischen Problemen konnten Haasen, Demiralay & Reimer durch die Untersuchung von russischen und iranischen Migranten in Deutschland finden. Weiterhin konnten sie herausfinden, dass der Stress durch Akkulturation nicht mit längerem Aufenthalt abnimmt. Die Autoren der Studie empfehlen die Überprüfung der Ergebnisse dieser recht kleinen Studie (Untersuchungssample aus 202 Migranten russischer und 100 Migranten iranischer Herkunft) in größer angelegten Forschungsvorhaben (Haasen, Demiralay & Reimer, 2008).

Die Belastung durch Akkulturation ist auch für Weishaar Grund für die Forderung, dass Arbeitsmigranten als eine Zielgruppe für besondere Gesundheitsförderung erkannt werden sollten. Sie untersuchte in acht qualitativen Interviews und darauffolgenden Fokusgruppen die Erfahrung von Stress und den Auswirkungen davon auf die psychische und physische Gesundheit von Migranten polnischer Herkunft, die in Schottland in niedrig-qualifizierten Arbeitsverhältnissen arbeiteten. Die doppelte Belastung durch Akkulturation und Problemen im täglichen Leben (z.B. durch die fremde Sprache oder Belastung durch schlechte Arbeitsbedingungen) macht sie anfällig für gesundheitliche Probleme, so das Ergebnis der Studie (Weishaar, 2008).

Zu einem gegenteiligen Ergebnis kamen Stafford, Newbold & Ross. auf Grundlage des 2000–2001 Canadian Community Health Survey und des kanadischen Zensus von 2001 wurde mittels Analyse durch Regressionsmodelle der Zusammenhang zwischen psychischer Gesundheit und den Merkmalen „Migrant“ und „sichtbar Angehöriger einer ethnischen Minderheit“ untersucht. Migranten hatten demnach weniger Depressionen als die Ursprungsbevölkerung. Besonders ausgeprägt war dieser Effekt in Regionen, in denen besonders viele Migranten lebten (Stafford, Newbold & Ross, 2011).

Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass auch die bisherige Forschungsergebnisse in Bezug auf die psychische Gesundheit von Migranten nicht eindeutig sind. Es finden sich jedoch vermehrt Hinweise auf eine besondere Belastung einiger Migrantengruppen. In diesem Zusammenhang fällt auf, dass viele Autoren eine

nach Untergruppen differenzierte Betrachtung der psychischen Gesundheit von Migranten fordern.

3.3.3 Zugang zum Gesundheitssystem

Die gleiche und angemessene Versorgung aller Menschen, unabhängig von Sprache, ethnischer Zugehörigkeit und ähnlichen Dingen, ist ein Menschenrecht (siehe Kapitel 2.3). Unabhängig von dieser sehr eindeutigen rechtlichen Situation profitieren nicht nur Minderheiten und andere benachteiligte Gruppen, sondern die ganze Gesellschaft von der Schaffung eines Gesundheitssystems, das allen Nutzern gerecht wird (Rechel et al., 2013; Norredam et al., 2010). Zudem ist die Sicherung eines niedrighwelligen Zugangs zu Vorsorgeleistungen und zu früher und umfassender Behandlung auch unter ökonomischen Gesichtspunkten sinnvoll (Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, 2012).

Dabei gibt es vielfach Hinweise darauf, dass Migranten in besonderem Maße von Barrieren für den Zugang zum Gesundheitswesen betroffen sind (vergl.: (Knipper & Bilgin, 2009; Kooner & Chambers, 2003; Razum, Geiger, Zeeb & Ronellenfisch, 2004; Schenk, 2007). So nehmen sie z.B. weniger an Krebsvorsorgeuntersuchungen teil (siehe z.B. Norredam et al., 2010; Aparicio et al., 2005) und auch die Vorsorgeuntersuchungen im Kindesalter werden seltener wahrgenommen. Borde et al. beobachteten zudem eine verstärkte Nutzung von Notfallambulanzen und Norredam et al. kommen in ihrem Review zu dem Ergebnis, dass es systematische Abweichungen zwischen Migranten und Nichtmigranten hinsichtlich der Nutzung des Gesundheitssystems gibt (Borde et al., 2005; Norredam et al., 2010). So haben beispielsweise Wittig et al. herausgefunden, dass sich Aussiedler auf der Suche nach Unterstützung im Krankheitsfall scheinbar zunächst mehr als Deutsche an Freunde oder Familienmitglieder wenden (Wittig et al., 2008; Wittig et al., 2004).

Eine wichtige Rolle für die Nutzung des Gesundheitssystems spielen Sprache und Kommunikation (Ding & Hargraves, 2009; Fassaert, Hesselink & Verhoeff, 2009). Dabei handelt es sich einerseits um die direkte Informationsübermittlung in der Arzt-Patient-Beziehung, aber andererseits auch um Informationen zu Gesundheit in Form von schriftlichen Unterlagen, Patientenschulungen, Informationsangeboten im Internet und

vielen mehr. Dabei ist nicht nur die sprachliche Barriere im Sinne der oftmals unzureichenden Informationsübermittlung ein Problem, sondern auch kulturelle und religiöse Aspekte. Die daraus entstehenden Krankheitskonzepte sowie unterschiedliche Ansprüche an die Behandlung führen zu Schwierigkeiten in der Kommunikation (Davies et al., 2006). Diese Schwierigkeiten in der Kommunikation sind keineswegs auf Migranten beschränkt, treten aber in diesem Kontext gehäuft auf bzw. werden verstärkt wahrgenommen und problematisiert (vergl. z.B. Kleinman & Benson, 2006; Knipper, 2013). Besonders auch Vorurteile und vorhandene Stereotype auf Seiten der Ärzte sind ein Problem (Braun et al., 2007; Kleinman & Benson, 2006; Knipper & Bilgin, 2010). Johnson et al. beispielsweise fanden Hinweise darauf, dass Ärzte gegenüber schwarzen Patienten im Gespräch dominanter und weniger patientenzentriert waren als gegenüber weißen Patienten (Johnson et al., 2004). Auch der im klinischen Alltag sehr gebräuchliche Terminus „Morbus mediterraneus“, der Patienten mit Migrationshintergrund unterstellt, unverhältnismäßig stark zu leiden, ist ein Beispiel für solche Vorbehalte gegenüber Migranten (Knipper & Bilgin, 2009). Durch schlechte Kommunikation ist jedoch nicht nur der Zugang zum Gesundheitssystem behindert, sondern auch die Qualität der medizinischen Versorgung wird vermindert (Rechel et al., 2013).

Ein möglicher Lösungsansatz für die Verbesserung schlechter Kommunikation aufgrund von sprachlichen, und in engen Grenzen auch kulturellen, Differenzen ist der Einsatz von Dolmetscherinnen (Rechel et al., 2013). Dabei gibt es auch aus Deutschland bereits Beispiele für die erfolgreiche Installation eines Dolmetscher-Dienstes, z. B. aus München (Wesselman & Butler, 2010).

Eine weitere Barriere für den Zugang zum Gesundheitswesen ist mangelndes Wissen über das entsprechende System. Häufig stammen die Migranten aus Ländern, in denen beispielsweise Vorsorgeuntersuchungen kaum etabliert sind und medizinische Versorgung weitestgehend eine private Leistung ist (Knipper & Bilgin, 2009). Unter solchen Voraussetzungen wird besonders unter prekären wirtschaftlichen Bedingungen eine Ärztin nur als „letzte Möglichkeit“ aufgesucht.

Neben den genannten Faktoren, die den Zugang zum Gesundheitssystem für Migranten erschweren, spielen auch Rassismus und Diskriminierung eine wichtige

Rolle (Williams & Harding, 2003). Meistens handelt es sich dabei nicht um offen fremdenfeindliche oder rassistische Handlungen oder Äußerungen, aber Patienten mit „fremden“ Namen werden beispielsweise häufig schon vor dem ersten Kontakt als „Problem-Patienten“ ausgemacht (Castañeda, 2012). In einer Studie aus den USA wurde herausgefunden, dass die Zeit bis zur Reperfusion nach akutem MI bei schwarzen Patienten länger dauerte als bei der weißen Vergleichsgruppe (Bradley et al., 2004). Und Laird et al. konnten zeigen, dass die islamische Religion eines Patienten von Autoren medizinischer Publikationen häufiger mit Vorurteilen wie höherem Krankheitsrisiko oder dem negativen Einfluss von „Traditionen“ verbunden wurde (Laird et al., 2007).

Fast vollständig von der Nutzung des deutschen Gesundheitssystems ausgeschlossene Gruppen stellen die „illegalen“ Einwanderer und die Asylsuchenden dar. Beiden Gruppen wird ausschließlich eine notfallmäßige Versorgung gewährt, wobei „illegale“ Einwanderer bei Inanspruchnahme einer solchen Leistung zudem die Denunziation und Abschiebung fürchten müssen.

3.4 Migration und KHK

Ähnlich kontrovers wie die Diskussion zu den allgemeinen gesundheitlichen Auswirkungen von Migration wird auch die um den Zusammenhang zwischen Migration und KHK geführt.

Bereits 1988 haben Bilgin et al. darauf hingewiesen, dass in einer von Ihnen untersuchten Patientengruppe türkische Herzinfarkt-Patienten im Durchschnitt bei Erkrankungsbeginn 10 Jahre jünger (47 Jahre) waren als die deutschen Patienten (Bilgin et al., 1988). Auch die Ergebnisse der sogenannten Giessen-Studie bestätigen dies: Porsch-Özcürümez et al. (1999) untersuchten dabei Patienten, die bereits erkrankt waren oder bei denen klassische KHK-Risikofaktoren bekannt waren, im Rahmen einer freiwilligen Gesundheitsvorsorgeuntersuchung (Check Up 35) (Porsch-Oezçueruemez et al., 1999; vergl. auch Knipper & Bilgin, 2009). Dabei wurde zum einen eine erhöhte Prävalenz für KHK bei türkischstämmigen Männern sowohl im Vergleich zu türkischen Männern in der Türkei als auch zu deutschen Männern beobachtet und zum anderen eine Zunahme der Erkrankungshäufigkeit in der türkischen Population festgestellt.

Die Studie von Razum und Zeeb extrapolierte Daten zu KHK bei türkischen Staatsbürgerinnen in Deutschland auf die gesamte türkischstämmige Bevölkerung und konnte weder eine erhöhte Morbidität noch ein jüngeres Erkrankungsalter feststellen (Razum & Zeeb, 2000). Auch andere Studien, z. B. des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge, die auf Daten des Statistischen Bundesamtes beruhen, weisen für in Deutschland lebende Migranten gegenüber dem Rest der Bevölkerung stets niedrigere Erkrankungs- und Sterblichkeitsraten auf (Kohls, 2008a, 2008b). Die Autoren einer Studie zu Aussiedlern in Deutschland beschrieben sogar einen von ihnen selbst als „überraschend“ eingeschätzten „*healthy migrant effect*“ speziell bezüglich KHK, da die üblichen Risikofaktoren (insbesondere Rauchen, Adipositas, Bewegungsmangel) bei dieser Gruppe in anderen Studien als besonders stark ausgeprägt beschrieben wurden (Becher et al., 2007).

Studien aus England hingegen zeichnen überwiegend ein anderes Bild: Die bereits von Khattar et al. und Kooner und Chambers beschriebene Gefährdung für KHK von Migranten mit südasiatischer Abstammung im Vergleich zur „weißen“ Gruppe wurde mittlerweile mehrfach bestätigt (Khattar et al., 2000; Kooner & Chambers, 2003). Ganz aktuell hat der Vergleich von sechs europäischen Ländern (Dänemark, England und Wales, Frankreich, Niederlande, Schottland und Schweden) von Bhopal und Rafnsson zu ähnlichen Ergebnissen geführt. Diese große Studie nutzte Daten zur Mortalität aus den sechs genannten Ländern und wertete die Todesfälle, für die kardiovaskuläre Todesursachen angegeben waren, im Hinblick auf die Herkunft der Verstorbenen aus und ermittelte so Schätzwerte für die Gefährdung der jeweiligen Bevölkerungsgruppen. Die Ergebnisse zeigen einerseits konsistente Hochrisiko-Gruppen, die nahezu durchgehend in allen verglichenen Ländern hohe Mortalität an kardiovaskulären Erkrankungen aufweisen. Besonders betrifft dies Menschen aus Südasien und Osteuropa. Andererseits zeigten sich für andere Gruppen weniger einheitliche Ergebnisse mit Unterschieden je nach Herkunfts- und Aufnahmeland (Bhopal et al., 2012b; Rafnsson et al., 2013).

Bhopal et al. nutzen die Daten des Zensus 2001 aus Schottland und verknüpften sie mit Sterberegistern und Daten aus Krankenhäusern. Auf diese Weise konnten sie untersuchen, ob es für Herzversagen Unterschiede nach ethnischen Gruppen gibt. Das

Ergebnis zeigt, dass diese Unterschiede existieren, allerdings stellen sie sich in dieser Auswertung nicht so deutlich dar, wie zuvor in anderen Publikationen angenommen. Wenn der sozioökonomische Status, in dieser Studie ermittelt durch den höchsten Abschluss, in die Auswertung einbezogen wurde, veränderte dies die Ergebnisse nicht grundlegend (Bhopal et al., 2012a).

Auch in England ist das hohe Risiko der Migranten südasiatischer Herkunft schon länger bekannt, beispielsweise Bhopal hat dies beschrieben. Dabei betont er ausdrücklich, dass die Heterogenität der Migranten zu beachten ist und das ein hohes KHK-Risiko nicht unbedingt mit Migration verbunden ist. Er nennt als Beispiel die sehr niedrige Mortalität für kardiovaskuläre Erkrankungen in der chinesischen Migranten-Population in England (Bhopal, 2003).

Ein erhöhtes Risiko für einen MI bei Südasiaten fanden auch Scarborough et al. Die höchste Mortalität für chronische Herzerkrankung hatte laut dieser Zusammenfassung allerdings die weiße Bevölkerung und die niedrigste die schwarze Bevölkerung. Für diese Gruppe fand sich die schon vielfach beschriebene erhöhte Sterblichkeit an zerebrovaskulären Erkrankungen (Scarborough et al., 2010).

Wesentliche Abweichungen in Bezug auf die Gründe für Herzversagen zwischen verschiedenen ethnischen Gruppen beschreiben auch Moe und Tu in ihrem Review (Moe & Tu, 2010).

Mögliche Gründe für die vielfach beschriebenen Unterschiede hinsichtlich Erkrankungsrisiko und Mortalität für KHK sind in der unterschiedlichen Verteilung von Risikofaktoren in den verschiedenen ethnischen Gruppen der jeweiligen Länder zu suchen. So hat Sander herausgefunden, dass mit zunehmendem Aufenthalt in Deutschland der BMI zunimmt. Protektiv scheint es zu sein, wenn Migranten in Regionen wohnen, in denen viele andere Migranten leben, möglicherweise weil so die vorteilhaften Lebensgewohnheiten der Ursprungskultur nicht so schnell zugunsten des westlichen Lebensstils verlassen werden (Sander, 2008).

Eine erhöhte Zufuhr von Fett und damit verbundenes Übergewicht sehen Patel et al. als mögliche Erklärung für das vermehrte Auftreten von Risikofaktoren für KHK bei in England lebenden Gujaratis im Vergleich zu einer Vergleichsgruppe in Indien (Patel et al., 2006).

Auch für den Zusammenhang zwischen KHK und Migration gibt es also widersprüchliche Erkenntnisse. Wie bereits in den vorangegangenen Kapiteln ist mindestens ein Teil dieser Widersprüche in methodischen Unterschieden der verschiedenen Studie begründet. Aber auch die Heterogenität der untersuchten Gruppen spielt eine Rolle.

3.5 Einfluss psychischer und sozialer Faktoren auf die Herzgesundheit und die besondere Situation der Migranten

Der allgemeine Gesundheitszustand und besonders die Gesundheit des Herzens werden durch die psychische Situation eines Menschen wesentlich beeinflusst (siehe z.B. Rosengren et al., 2004). Möglicherweise finden sich im Kontext Migration gehäuft bestimmte Gründe für eine geringere Widerstandskraft (Resilienz) gegenüber diesen Stressoren. Deshalb sollen im folgenden Kapitel kurz ausgewählte Literaturangaben zu diesem Thema zusammengefasst werden.

3.5.1 Einfluss psychischer und sozialer Faktoren auf die Herzgesundheit

Psychosozialer Stress gilt mittlerweile als ein anerkannter Risikofaktor für koronare Herzkrankheit, wie beispielsweise in der INTERHEART-Studie belegt werden konnte. Diese große, weltweite Studie untersuchte 11 119 Patienten und 13 648 Kontrollpersonen aus 52 Ländern auf das Vorliegen verschiedener Risikofaktoren. Dabei wurde auch nach Stress im häuslichen Umfeld, am Arbeitsplatz und hinsichtlich der finanziellen Situation gefragt, sowie Major Life Events der Menschen im der Untersuchung vorangegangenen Jahr erfasst. Unabhängig von Geschlecht, Herkunftsland oder Ethnie gaben die Patienten mit KHK in allen vier Bereichen häufiger Stress an (Rosengren et al., 2004).

Eine etwas andere Ausgangsperspektive wählten Davidson et al. Sie haben im Rahmen des Canadian Nova Scotia Health Survey für 1739 Teilnehmerinnen den Zusammenhang zwischen positivem Affekt und kardiovaskulären Ereignissen untersucht. Das Ergebnis zeigt, dass ein erhöhtes Maß an positivem Affekt protektiv gegen das Auftreten eines kardiovaskulären Ereignisses wirkt. Diese Wirkung ist unabhängig von Depression, Ängstlichkeit und Feindseligkeit (Davidson et al., 2010). Ergänzend dazu haben Denollet et al. herausgefunden, dass Patienten nach Stent-

Implantation mit reduziertem positivem Affekt besonders gefährdet für MI oder Tod sind. Sie untersuchten 874 Patienten aus der Rapamycin-Eluting Stent Evaluated At Rotterdam Cardiology Hospital (RESEARCH)-Studie nach Stent-Implantation in einem zweijährigen Follow-up. Ein reduzierter positiver Affekt konnte dabei als Risikofaktor hinsichtlich des Risikos für ein schlechteres Outcome identifiziert werden. Der Einfluss des Affektes ist dabei vergleichbar mit dem Einfluss des Risikofaktors Diabetes mellitus. Die Autoren beider Studien betonen, dass der positive Affekt losgelöst von negativem Affekt zu betrachten ist, da seine Wirkung durch gleichzeitiges Auftreten nicht verändert wird (Denollet et al., 2008).

Das Risiko für KHK wird nicht nur durch psychische, sondern auch durch soziale Bedingungen beeinflusst. Ein niedriger sozialer Status geht mit einem erhöhten Risiko für KHK einher (Beauchamp, Peeters, Tonkin & Turrell, 2010). Zudem scheinen die Interventionen, die zur Prävention von Risikofaktoren bzw. zur Verbesserung vorliegender Risikofaktoren und zur Identifizierung besonders gefährdeter Personen beitragen sollen besonders bei Menschen mit niedrigem sozialem Status nicht besonders wirksam zu sein, wie Beauchamp et al. aufgrund einer umfangreichen Literaturauswertung beschrieben haben (Beauchamp et al., 2010). Boykin et al. untersuchten den Einfluss des sozioökonomischen Status auf das Vorliegen der kardiovaskulären Risikofaktoren Hypertonie, Diabetes, Rauchen und Übergewicht in verschiedenen ethnischen Gruppen. Die verwendeten Daten stammten aus der Multiethnic Study of Atherosclerosis (MESA), einer Studie die zwischen 2000 und 2002 6814 Menschen im Alter von 45–84 Jahren auf das Vorliegen kardiovaskulärer Risikofaktoren hin untersuchte. Hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen niedrigem sozialem Status und dem Auftreten von Risikofaktoren zeigte sich eine inverse Korrelation für die weiße Studiengruppe. In allen anderen Gruppen war der Zusammenhang nicht eindeutig oder sogar umgekehrt, so fand sich beispielsweise für nichtweiße Männern mit höheren sozioökonomischem Status einen höherer BMI (Boykin et al., 2011).

Daten aus der selben Studie nutzen Aiello et al. für die Überprüfung eines Erklärungsmodelles für die erhöhte Gefährdung von Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status für KHK. Sie fanden heraus, dass Menschen mit niedriger Bildung häufiger mit *Helicobacter pylori*, Cytomegalovirus, Herpes simplex virus-1,

und *Chlamydia pneumoniae* infiziert sind und infizierte Menschen, die chronischem Stress ausgesetzt waren, besonders hohe kumulative Antikörper-Reaktionen gegen diese Pathogene aufwiesen. Die stressbedingte Reaktivierung dieser, bei Menschen mit niedrigem Status häufiger auftretenden, Infektionen und die damit verbundene Entzündungsreaktion wird von den Autoren als mögliches Erklärungsmodell für das erhöhte Risiko niedrigen sozioökonomischen Status herangezogen (Aiello et al., 2009).

3.5.2 Soziale Situation und besondere Stressoren im Kontext Migration

Menschen mit Migrationshintergrund haben häufiger ein geringes Einkommen als Menschen ohne Migrationshintergrund (26,2 % gegenüber 11,7 %). Das Risiko, von Armut betroffen zu sein, ist sogar dreimal so hoch (Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, 2012, S. 25) und sie haben überdurchschnittlich häufig einen niedrigen sozialen Status (Razum et al., 2008). Gleichzeitig sind Migranten oft von Diskriminierung betroffen und haben vielfach weniger soziale Unterstützung (Juhasz et al., 2010). Auch die Identitätsfindung zwischen verschiedenen Kulturen, Werten und Normen (Kornischka et al., 2008; weiterführend auch Bohnsack & Nohl, 2001) und die Fremdheit sowohl im Ziel- als auch im Ursprungsland können eine besondere psychosoziale Belastung darstellen, die für den Kontext Migration spezifisch ist (Razum et al., 2008). Dass die Zuweisung einer solchen ethnischen Identität nicht nur selbst sondern auch durch Andere erfolgt, kann zusätzlich zu dieser Problematik beitragen (Bohnsack & Nohl, 2001). Auch die Akkulturation bzw. „der eindimensionale Anpassungsprozess an die aufnehmende Gesellschaft ohne Möglichkeiten zur Integration der vielfältigen Aspekte einer mehr als ein „Heimatland“ und mehr als eine Sprache umfassenden Identität birgt offenbar ein Krankheitsrisiko: zum einen über die psychische Belastung an sich, und zum anderen über eine mögliche Verringerung der psychosozialen Schutzfaktoren.“ (Knipper & Bilgin, 2009, S.59-60).

Verschiedene Studien konnten bereits einen Zusammenhang zwischen psychosozialen Faktoren und der Entstehung von KHK insbesondere bei Migranten nachweisen (Bongard et al., 2002; Williams & Harding, 2003). Besonders interessant sind hier die Ergebnisse der experimentellen Studie von Bongard et al, die 2001 beschrieben haben, dass besonders gut „angepasste“ türkische Migranten bei einem

Stresstest höhere β -adrenerge Aktivität als die weniger angepasste türkische und die deutsche Vergleichsgruppe zeigten. Eine erhöhte β -adrenerge Aktivität gilt als möglicher Risikofaktor für die Entstehung von Hypertonie und KHK (Bongard et al., 2002). Leider gibt es zu dieser Thematik keine weiterführenden Untersuchungen.

Viele Migranten, darunter vor allem Flüchtlinge und „illegale“ Migranten, leiden unabhängig von ihrer aktuellen psychosozialen Situation unter den Folgen der Traumatisierung durch Folter, Krieg, Verfolgung und anderen traumatische Erfahrungen.

4 Methodischer Forschungsansatz

Im folgenden Kapitel sollen die Methodik und die Vorgehensweise, das Erhebungsinstrument und seine Entwicklung sowie die untersuchte Patientengruppe erläutert werden. Besonderes Augenmerk liegt dabei auf der transparenten Darstellung der gewählten Kategorien und verwendeten Indikatoren.

4.1 Studiensample

4.1.1 *Studiensample*

In die Auswertung sind Fragebögen von 130 Patienten eingegangen. Ursprünglich wurden 175 Fragebögen innerhalb des Befragungszeitraumes ausgefüllt, von denen jedoch nicht alle den Einschlusskriterien entsprachen. Zudem wurden einzelne Fragebögen aufgrund doppelter Erfassung von Patienten aussortiert.

4.1.2 *Zeitraum der Befragung*

Die Studienpatienten wurden über den Zeitraum eines Jahres (März 2010 bis einschließlich Februar 2011) kontinuierlich rekrutiert und befragt.

4.1.3 *Studienstandort UKGM*

Die untersuchte Patientengruppe wurde aus der kardiologischen Abteilung des Universitätsklinikums Gießen (UKGM) rekrutiert. Das Universitätsklinikum Gießen ist ein Haus der Maximalversorgung, die kardiologische Abteilung bestand zum Zeitpunkt der Datenerhebung aus vier Stationen (Morawitz, Matthes, Volhardt und Intermediate Care). Im Befragungszeitraum wurden in dieser Abteilung 1648 Koronarangiographien durchgeführt (Universitätsklinikum Gießen, 2013). Die Abteilung wurde wegen der großen Patientenzahl und der hohen Akzeptanz klinischer Studien durch die Patienten für die Studie ausgewählt.

4.1.4 *Erfassung und Auswahl von Studienteilnehmerinnen*

Über den Zeitraum eines Jahres wurden systematisch Patienten erfasst, die stationär in der kardiologischen Abteilung des Universitätsklinikums aufgenommen wurden.

Die Auswahl der Studienpatienten erfolgte alle drei bis vier Tage. Dabei wurde zunächst eine Vorauswahl potentieller Studienpatienten aus der Übergabeliste der Pflege getroffen.

Diese Auswahl erfolgte nach folgenden Kriterien:

1. Alter <56
2. eine der folgenden (Aufnahme-) Diagnosen: Akutes Koronarsyndrom und Verdacht auf; Chest Pain/Brustschmerz; STEMI („*s-t-elevation myocardial infarction*“), NSTEMI („*non- s-t-elevation myocardial infarction*“), MI und jeweils Verdacht auf ; KHK und Koronarsklerose.

Die Übergabeliste der Pflege wurde für diese erste Auswahl genutzt, da diese Liste neben Patientendaten wie Alter, Geschlecht und Name auch zu jedem Patienten eine kurze Diagnose bzw. einen Einweisungsgrund enthielt. Somit bot sich diese übersichtliche Zuordnung von Diagnosen als Instrument für eine schnelle und einfache Erfassung potentieller Studienpatienten an.

Nach der Durchsicht der Übergabeliste wurde die entsprechende Auswahl mit den Stationsärzten besprochen und eventuelle Ergänzungen zur Auswahl oder Ausschluss von Patienten vorgenommen. Falls nötig wurden ergänzende Informationen aus der Kliniksoftware zur Klärung der Eignung der Patienten herangezogen. Wenn noch diagnostische Schritte ausstanden, aber eine Eignung für die Studie möglich war, wurden Patienten befragt und ggf. nachträglich, nach Einsicht der entsprechenden Befunde, ausgeschlossen.

Die Auswertung der Quellen erfolgte kontinuierlich und die Patienten waren meistens über mehrere Tage stationär aufgenommen. Somit wurden Patienten, die initial ausgeschlossen oder übersehen wurden und sich später (z.B. aufgrund neuer diagnostischer Erkenntnisse) doch noch für die Studie qualifizierten, im Verlauf erfasst.

4.2 Pilotphase

Zu Beginn der Erhebung wurde in einer mehrmonatigen Pilotphase das Erhebungsinstrument, die Auswahl- sowie Befragungsmethoden getestet und weiterentwickelt. Die während der Pilotphase erhobenen Daten, die den im Verlauf der

Pilotphase entwickelten Aufnahmekriterien genügten, konnten nach Ergänzung weniger Details für die Auswertung herangezogen werden.

Die Erprobung des Erhebungsinstrumentes und der Vorgehensweise in der Pilotphase führte zu einigen Änderungen und Ergänzungen. Im Einzelnen waren dies:

1. Das zunächst gewählte Kriterium „chest pain“ für die Aufnahme in die Studie stellte sich als zu ungenau heraus, denn einerseits wurden unter dieser Bezeichnung vielfältige Erkrankungen (KHK und MI, aber auch Lungenembolie und psychosomatische Erkrankungen) zusammengefasst und andererseits präsentierten nicht alle Patienten mit KHK dieses Symptom. Eine objektivere und vollständigere Erfassung geeigneter Patienten gelang mit dem Einschlusskriterium „durch Koronarangiographie diagnostizierte KHK oder Koronarsklerose“.
2. Zur Erfassung der Patienten wurden zunächst nur die Stationsärzte befragt. Dieses Vorgehen wurde um die Nutzung der Übergabeliste der Pflege und teilweise der Kliniksoftware ergänzt (siehe auch: Kapitel 5.2.3), um eine möglichst vollständige Erfassung der Patienten für die Studie zu gewährleisten
3. Das Erhebungsinstrument wurde um die Erfassung der Risikofaktoren ergänzt (siehe 5.3.1).
4. Erweiterung des Erhebungsinstrumentes um a) die schriftliche Information der Patienten über das Forschungsvorhaben und b) das Einholen des schriftlichen Einverständnisses der Patienten. Beides geschah in der Pilotphase nur mündlich.
5. Ergänzung des Einschlusskriteriums Alter <56 Jahre um die Kriterien „Wohnort in Hessen“ und „durch Koronarangiographie diagnostizierte KHK oder Koronarsklerose“.
6. Auf die ursprünglich geplante qualitative Erhebung in Form semistrukturierter Interviews wurde zugunsten einer hochwertigen quantitativen Erhebung verzichtet.

4.3 Erhebungsinstrument

4.3.1 *Entwicklung des Erhebungsinstrumentes*

Der verwendete Fragebogen wurde im Rahmen des Dissertationsvorhabens unter Einbeziehung der Vorschläge des RKI (vergl. Kapitel 3.1.2) entwickelt. Dabei wurde besonderer Wert auf eine umfassende Erfassung der für die Differenzierung des Migrationshintergrundes wichtigen Kriterien gelegt, auch um später die Eignung der einzelnen Variablen diskutieren zu können.

Das so entstandene Erhebungsinstrument wurde dann anhand der praktischen Erfahrungen aus der Pilotphase weiterentwickelt und überarbeitet (siehe Kapitel 5.2, Fragebogen letzter Stand im Anhang).

4.3.2 *Fragen zur Erfassung des Migrationshintergrundes*

In Anlehnung an die Vorschläge des RKI und nach eigener Erweiterung dieser Standards wurden folgende Variablen zur Erfassung des Migrationshintergrundes erfragt: Geburtsland des Patienten und seiner Eltern und Staatsangehörigkeit(en) der Patienten, seiner Eltern sowie der Großeltern. Daraus abgeleitet und zusätzlich explizit erfragt wurde die Migrantengeneration. Außerdem wurden das Einreisejahr, sowie das Migrationsmotiv (bei Patienten ohne eigene Migrationserfahrung: der Eltern/Großeltern) und der Aufenthaltsstatus erfragt. Schließlich wurde um die Angabe der Muttersprache sowie der in der Familie gesprochenen Sprachen gebeten. Für letzteres wurden maximal drei Angaben in der Reihenfolge der angegebenen Häufigkeit der Nutzung erfasst.

4.3.3 *Fragen zu Diagnose, Risikofaktoren und demographische Daten*

Neben der Erfassung des Migrationshintergrundes enthielt der Fragebogen Items zum Geburtsdatum und Geschlecht, Aufnahmedatum sowie der familiären Disposition und des Wohnortes, die von den Patienten beantwortet wurden. Weitere Angaben wurden direkt durch die befragende Person ergänzt: Datum, an dem der Fragebogen ausgefüllt wurde und Station, auf der die Patient aufgenommen wurde. Die Angaben zur Diagnose und Risikofaktoren sowie das Entlassungsdatum wurden aus anderen Quellen (siehe Kapitel 5.5) ergänzt.

4.4 Befragung der Patienten

4.4.1 *Setting und Interviewmethode*

Der Fragebogen wurde im persönlichen Interview ausgefüllt (Befragung durch Lisa Mack). Dazu wurden die Patienten in ihrem Zimmer auf einer der kardiologischen Stationen aufgesucht.

Nach kurzer persönlicher Vorstellung wurden ggf. Besucherinnen aufgefordert, für die Zeit der Befragung hinaus zu gehen. Außerdem wurde sichergestellt, dass die Patient mit der Befragung im Patientenzimmer, teilweise unter Anwesenheit weitere Patienten, einverstanden war. Es folgte eine kurze Darstellung des Forschungsvorhabens und das Einholen des schriftlichen Einverständnisses zur Befragung und anonymisierten Auswertung und Veröffentlichung der Daten.

Anschließend wurden die im Fragebogen enthaltenen Items bearbeitet. Dabei wurde die Reihenfolge der Fragen nach Verlauf des Gespräches angepasst sowie je nach Verständnis des Patienten ergänzende oder synonyme Formulierungen genutzt. Dabei wurde besonders darauf geachtet, möglichst umfassende und richtige Informationen aufzunehmen und dieses ggf. durch Rückfragen oder Wiederholungen sicher zu stellen.

Fast alle Studienteilnehmerinnen verfügten über ausreichende Deutschkenntnisse für die Beantwortung der Fragen. In Einzelfällen war jedoch eine Übersetzung einzelner oder aller Fragen nötig, dabei übersetzten Ärzte oder Angehörige mit entsprechenden Sprachkenntnissen während des jeweiligen Interviews.

Wenn Patienten sich mehrfach stationär aufhielten, wurden sie nicht erneut befragt.

Patienten, die zunächst nicht persönlich anzutreffen waren, wurden zu einem späteren Zeitpunkt befragt.

Zum Zeitpunkt der Erfassung nicht mehr stationär aufgenommene Patienten wurden telefonisch befragt.

4.5 Ergänzung und Kontrolle der Daten sowie Ausschluss von Patienten

4.5.1 Ergänzung fehlender Daten

Nach der Entlassung der Patienten wurden der Entlassungsbrief, die Labordaten und der Koronarangiographie-Befund eingesehen und die fehlenden Informationen zu Risikofaktoren und Aufenthaltsdauer ergänzt.

Dabei wurde zunächst der Entlassungsbrief auf die Diagnosen hinsichtlich kardiovaskulärer Risikofaktoren durchsucht sowie Datum der Entlassung, in Einzelfällen Postleitzahl (PLZ) und Wohnort ergänzt. Außerdem wurde die Liste der Medikamente auf Hinweise zur Behandlung von HLP und Hypertonus durchsucht. Zudem wurden die Angaben zu Risikofaktoren aus dem Koronarangiographie-Befund erfasst. Falls eine HLP in diesen Quellen nicht angegeben war oder eine Unklarheit über diese Diagnose bestand, wurden die Laborwerte des Gesamtcholesterins, des High-Density-Lipoprotein und Low-Density-Lipoprotein-Cholesterins und der Triglyzeride eingesehen und so ggf. eine HLP erfasst.

Soweit Diagnosen nicht direkt aus dem Entlassungsbrief oder dem Koronarangiographie-Befund übernommen werden konnten, wurden sie zusätzlich erfasst und dabei wie folgt definiert:

- HLP: Gesamtcholesterin >220 mg/dl, oder Triglyzeride >245 mg/dl im aktuellen Laborbefund oder Lipidsenker in der Medikation, auch bei unauffälligen Labordaten.
- Hypertonus: ACE-Hemmer und β -Blocker in der Entlassungsmedikation, soweit keine rhythmogene oder durch Herzinsuffizienz bedingte Indikation vorlag.
- Adipositas: BMI >25 kg/m².
- Nikotinabusus: aktiver Nikotinabusus, Menge des Nikotinkonsums nicht erfasst.
- Familiäre Belastung: KHK oder MI der Mutter und/oder des Vaters

4.5.2 Kontrolle der Daten und Ausschluss von Patienten

Nach Abschluss der Datenerhebung wurden sämtliche Fragebögen auf Vollständigkeit der folgenden Daten geprüft: Name, Geburtsdatum/Alter, Diagnose, Wohnort, Staatsangehörigkeit, Geburtsort. Patienten, bei denen eines der Merkmale nicht angegeben oder unklar war, wurden ausgeschlossen.

Wurde koronarangiographisch keine Koronarsklerose oder KHK festgestellt, wurden Patienten aus der Studie nachträglich ausgeschlossen.

Zudem wurden Fragebögen aussortiert, wenn Patienten versehentlich doppelt befragt wurden oder wenn ein Wohnort außerhalb Hessens angegeben wurde.

4.6 Herausforderungen bei der Datenerhebung

Bei der Datenerhebung gab es einige Herausforderungen, die im Folgenden zusammen mit den gewählten Lösungsansätzen kurz skizziert werden sollen.

4.6.1 Vollständige Erfassung der geeigneten Patienten

Um eine möglichst lückenlose Erfassung der für die Studie relevanten Patienten zu erreichen, wurden kontinuierlich und häufig (alle zwei bis drei Tage) Studienpatienten rekrutiert. Dabei wurden für die Identifizierung geeigneter Patienten mehrere Quellen genutzt. So wurden neben der ersten Erfassung aus der pflegerischen Übergabeliste die Stationsärzte befragt, da diese einen guten Überblick über die ihnen zugeordneten Patienten und die jeweiligen Diagnosen hatten. Ergänzend wurden Informationen (z.B. Befunde, Labordaten, frühere Arztbriefe) aus der Kliniksoftware (KAOS) abgerufen.

4.6.2 Qualität und Verfügbarkeit der Datenquellen

Die zur Auswahl der Patientendaten und Ergänzung der Daten genutzten Quellen waren nicht alle zu jedem Zeitpunkt verfügbar und die Qualität der dort verfügbaren Daten war z.T. nicht optimal. Im Einzelnen ergaben sich folgende Probleme:

Quellen für die Erfassung der Studienpatienten:

1. Die Übergabeliste der Pflege enthielt in der Regel die Aufnahmediagnose. Diese wurde während des stationären Aufenthaltes der Patienten häufig nicht aktualisiert.
2. Die Stationsärzte waren nicht immer alle anzutreffen, sie befanden sich häufig im Gespräch mit Patienten/Angehörigen oder bei der Behandlung/Untersuchung von Patienten. Bedingt durch den Stationsablauf (u.a. Aufnahme neuer Patienten, Übermittlung der Ergebnisse von Untersuchungen) konnten sie nicht zu jedem Zeitpunkt Informationen zu allen ihnen zugeordneten Patienten geben.

3. Das KAOS-Programm enthält sehr umfassende Informationen zu den Patienten, aber eine Sichtung aller Daten zu allen stationär aufgenommen Patienten ist sehr aufwendig und auch aus Datenschutzgründen nicht angemessen bzw. nicht möglich.

Diese Schwächen der einzelnen Quellen konnte größtenteils durch die Kombination verschiedener Datenquellen und dadurch mögliche Ergänzung der Daten ausgeglichen werden. Bei nicht-Verfügbarkeit der Stationsärzte wurde die Auskunft zu einem späteren, aber zeitnahen Zeitpunkt eingeholt. Durch die Unterstützung des pflegerischen und ärztlichen Personals war auch eine Erfassung derjenigen geeigneten Patienten möglich, bei denen die auf der Übergabeliste dokumentierte Diagnose nicht zur Erfassung in der Studie geführt hätte.

Auf die vollständige Sichtung der Daten in der Kliniksoftware wurde aus den oben genannten Gründen verzichtet.

Quellen für die Erfassung der Risikofaktoren:

Die Dokumentation der Risikofaktoren in den verwendeten Quellen war nicht immer optimal, auch hier konnte durch die Kombination der einzelnen Quellen eine ausreichende Vollständigkeit und Qualität der Daten erreicht werden. Zudem erfolgte die Auswertung der Medikamentenliste in enger Zusammenarbeit mit einem erfahrenen Arzt aus der kardiologischen Abteilung sowie unter Rücksprache mit dem jeweils betreuenden Arzt. Insgesamt wurden die Kriterien für die Risikofaktoren sehr großzügig gewählt, um eine möglichst vollständige Erfassung zu gewährleisten.

4.6.3 Vollständige Teilnahme

Da die Teilnahme an der Studie freiwillig war, haben einzelne Patienten die Befragung verweigert. In manchen Fällen war es möglich, eine Teilnahmebereitschaft durch Darlegung des Forschungsvorhabens oder durch Anbieten eines für die Patient geeigneteren Zeitpunktes doch noch zu sichern. Grundsätzlich war die Bereitschaft zur Teilnahme aber sehr hoch, so dass dieses Problem nur wenige Patienten betrifft. Eine Non-Responder-Analyse wurde aufgrund der geringen Anzahl an verweigernden Patienten nicht durchgeführt.

4.6.4 Überprüfbarkeit der Angaben

Die Daten, die hinsichtlich des Migrationshintergrundes erhoben wurden, beruhen sämtlich auf Selbstangaben der Patienten. Die Richtigkeit und Vollständigkeit dieser Daten ist nicht überprüft worden. Grundsätzlich wäre eine Überprüfung anhand von Melderegistern und Ähnlichem teilweise denkbar gewesen. Da jedoch kein Grund für vorsätzlich falsche Angaben bestand und somit von der Richtigkeit der meisten Angaben auszugehen ist, sowie der Aufwand für eine solche Überprüfung sehr hoch gewesen wäre, wurde davon abgesehen.

4.7 Begründung der Einschlusskriterien und Operationalisierung der Risikofaktoren

Alter: Die Manifestation einer KHK in verhältnismäßig jungem Alter stellt ein besonderes Risiko für die entsprechenden Patienten dar. Da sowohl vereinzelte Literaturangaben, als auch Beobachtungen klinisch tätiger Kollegen, eine solche frühe Manifestation in Migranten beschrieben haben, wurden für die Studie ausschließlich junge Patienten bis einschließlich 55 Jahre ausgewählt.

Wohnort in Hessen: Zur besseren Vergleichbarkeit der untersuchten Patientengruppe mit den Daten aus dem Mikrozensus für Hessen wurden nur Patienten, die einen Wohnort in Hessen angaben, in die Studie aufgenommen. Es wäre auch möglich gewesen, Patienten ohne Beschränkung des Wohnortes mit den Daten des Statistischen Landesamtes für ganz Deutschland zu vergleichen, aber ein großer Teil der Patienten stammte aus Hessen. Da der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund in Hessen im Vergleich zu Gesamtdeutschland höher ist, wäre es hier möglicherweise zu Verzerrungen gekommen.

Diagnose: Es wurden nur Patienten für die Studie ausgewählt, die die koronarangiographisch gesicherte Diagnose KHK oder mindestens eine Koronarsklerose hatten. Da die Koronarangiographie bisher Goldstandard für die Diagnose einer KHK ist (Bundesärztekammer, 2012), wurden ausschließlich Patienten mit einer auf diese Weise gesicherter Erkrankung in die Studie einbezogen.

4.7.1 Auswahl der Risikofaktoren und Begründung der jeweiligen Kriterien

Die Erfassung der Risikofaktoren unterlag dem Anspruch, ohne großen Aufwand und zusätzliche Erhebung (im Sinne einer körperlichen Untersuchung, Analyse von Blutproben oder umfangreichen Fragebögen) durchführbar zu sein. Es wurden die sechs kardiovaskulären Risikofaktoren gewählt, die routinemäßig bei Patienten im Rahmen einer kardiologischen Diagnostik abgefragt werden (siehe weiter unten in diesem Kapitel). Wie oben beschrieben wurden diese nicht im Rahmen der Befragung erfasst, sondern überwiegend aus bestehenden Dokumentationen übernommen. Wo die Risikofaktoren anhand dokumentierter Daten selbst ergänzt wurden, galten die folgenden Kriterien und Begründungen:

HLP: – Gesamtcholesterin $>220\text{mg/dl}$, oder Triglyzeride $>245\text{mg/dl}$, dies sind jeweils die oberen Grenzwerte des Instituts für Laboratoriumsmedizin und Pathobiochemie, Molekulare Diagnostik des UKGM
– oder Lipidsenker (Statin) in der Medikation, auch bei unauffälligen Labordaten.

Hypertonus: ACE-Hemmer und β -Blocker in der Entlassungsmedikation.

Adipositas: BMI $>25\text{ kg/m}^2$, analog zur Definition des Übergewichtes der WHO

Nikotinabusus: aktiver Nikotinabusus, Menge des Nikotinkonsums nicht bestimmt

Familiäre Belastung: KHK oder MI der Mutter und/oder des Vaters

4.8 Verarbeitung der Daten

Die Daten wurden zunächst in Excel erfasst. Dabei wurde der Name der Patienten nicht erfasst, die Zuordnung zu den Fragebögen erfolgte durch die Vergabe einer laufenden Nummer. Während der Eingabe wurde kontrolliert, ob die Daten plausibel und vollständig sind.

Herkunftsländer, Staatsangehörigkeiten und Sprachen wurden, soweit möglich, durch den ISO 3166 Ländercode abgekürzt. Wenn für die entsprechende Angabe kein Code verfügbar war, wurde die Angabe im Klartext erfasst.

Im Anschluss an die Erfassung wurden die Daten einer erneuten Prüfung auf Richtigkeit und Vollständigkeit unterzogen. Wo es möglich war, wurden fehlende Daten

durch eine erneute Einsicht der Patientenunterlagen in der Kliniksoftware vervollständigt und die Daten nochmals überprüft.

4.9 Daten des Statistischen Landesamtes

Für den Vergleich der erhobenen Daten mit Erwartungswerten aus der Bevölkerung standen Daten aus einer Sonderauswertung aus dem Mikrozensus 2009 des Statistischen Landesamtes Hessen (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2011) sowie der Mikrozensus 2010 für Deutschland (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2010) zur Verfügung.

Die Sonderauswertung beinhaltet unter anderem die Darstellung der Zahlen zur Bevölkerung mit und ohne Migrationshintergrund sowie der Herkunft und des Migrationsstatus der Bevölkerung mit Migrationshintergrund nach Alter unterteilt. Somit war ein verhältnismäßig exakter Vergleich der erhobenen Daten mit der entsprechenden Altersgruppe in der hessischen Bevölkerung möglich (Alter in der Bevölkerung: 18-55 Jahre, Alter der Patienten in der Studie: 24-55 Jahre).

4.10 Datenanalyse

Im Anschluss an die Erfassung in Excel wurden die Daten einer statistischen Analyse unterzogen, dabei wurde die Software Statistical Package of the Social Sciences (SPSS) Statistics 21 genutzt (siehe Syntax im Anhang). Zunächst wurden die Häufigkeiten verschiedener Merkmale der Studienpopulation untersucht und abgebildet. Einige Merkmale wurden hinsichtlich der Häufigkeit in verschiedenen Gruppen untersucht. Um zu prüfen, ob sich die Gruppe der Patienten mit Migrationshintergrund hinsichtlich des Schweregrades der Diagnose und der Anzahl der Risikofaktoren von der Gruppe der Patienten ohne Migrationshintergrund unterscheidet, wurde Mann-Whitney-U-Test durchgeführt.

Der Mann-Whitney-U-Test oder Wilcoxon-Rangsummentest ermöglicht die Untersuchung darauf, ob ein Merkmal in zwei Gruppen gleich ausgeprägt ist oder die eine Gruppe höhere Werte aufweist. Vorteil dieses Tests, besonders im Vergleich zum t-Test, ist, dass er verhältnismäßig robust gegenüber Ausreißern ist.

Schließlich wurden die erhobenen Befunde hinsichtlich des Anteils der Menschen mit Migrationshintergrund in der Studiengruppe mit dem Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund in der hessischen Bevölkerung verglichen und dieses Ergebnis

einem Chi-Quadrat-Test nach Pearson unterzogen. Der Chi-Quadrat-Test ist ein statistischer Test, mit dem die Unabhängigkeit des Auftretens zweier Merkmale (Migrationshintergrund und Zugehörigkeit zur Studiengruppe bzw. Einwohner Hessens) getestet werden kann. Dabei werden die beobachteten Werte (Anteil der Migranten in der untersuchten Patientengruppe) mit erwarteten Werten (Anteil der Migranten in der Bevölkerung Hessens) verglichen und das Ergebnis auf die Aussagekraft (statistische Signifikanz) hin überprüft. Für den Mann-Whitney-U-Test wurde eine Irrtumswahrscheinlichkeit von $p \leq 0,005$ und für den Chi-Quadrat-Test von $p \leq 0,001$ angenommen.

4.11 Votum der Ethikkommission

Am 25.10.2010 stimmte die Ethikkommission des UKGM, Standort Gießen, dem Forschungsprojekt nach Prüfung desselben ohne Einschränkungen oder Auflagen zu.

4.12 Verwendete Software

OpenOffice.org 3.3.0, Apache Software Foundation

Citavi 3.4.0, Swiss Academic Software

SPSS Statistics 21, International Business Machines (IBM)

KAOS, klinisches Informationssystem, Eigenentwicklung, Abteilung für klinische und administrative Datenverarbeitung, UKGM, Standort Gießen

5 Ergebnisse

Es wurden die Antworten aus 130 Fragebögen ausgewertet. Dabei wurden nur Fragebögen von Patienten ausgewertet, die den folgenden Einschlusskriterien entsprachen und bei denen diese vollständig erfasst waren: Alter <56 Jahre, Wohnort in Hessen, Koronarsklerose oder manifeste KHK.

5.1 Eigenschaften der Studienpopulation

5.1.1 Alter, Diagnose und Risikofaktoren

Geschlecht: Insgesamt waren 104 (80%) männlich und 26 (20%) Patienten weiblich. Dabei fanden sich unter den Studienteilnehmern ohne Migrationshintergrund sowie unter denen der ersten Migrantengeneration ähnliche Geschlechterverhältnisse. Bei den Migranten der zweiten und dritten Generation gab es mehr Männer. Auf eine getrennte Betrachtung von Männern und Frauen wird im folgenden verzichtet, da in der untersuchten Stichprobe zu wenig Frauen gefunden wurden.

Alter: Die Studienteilnehmer waren zwischen 24 und 55 Jahre alt, der Altersdurchschnitt lag bei 49 Jahren. 44% der Patienten waren jünger als 50 Jahre. Hinsichtlich des Alters gab es keine Unterschiede zwischen Migranten und Nichtmigranten.

Diagnose: Bei 76% der Patienten wurde eine manifeste KHK diagnostiziert, 24% hatten eine Koronarsklerose. Bei der manifesten KHK nahm die Häufigkeit des Vorkommens mit zunehmender Krankheitsschwere ab, so war bei 46 Patienten ein Koronargefäß betroffen, bei 35 waren zwei Gefäße und bei 18 drei Gefäße betroffen.

Risikofaktoren: Es wurden sechs Risikofaktoren untersucht: Familiäre Disposition, arterielle Hypertonie, HLP, Adipositas, Nikotinabusus und Diabetes mellitus. Bei einem großen Teil der Patienten wurden mehrere Risikofaktoren gefunden, nur 13% der Patienten hatten einen oder zwei Risikofaktoren. Am häufigsten kamen drei (29%) und vier Risikofaktoren (36%) vor, etwas seltener fünf (15%). Alle sechs Risikofaktoren waren nur bei 6% der Patienten zu finden.

Die beiden häufigsten Risikofaktoren waren HLP (95% der Patienten) und Hypertonus (95%). Auch die familiäre Disposition (60%) und Adipositas (55%) waren

häufig. Fast die Hälfte der Patienten (49%) rauchte, zusätzlich waren 18 Patienten (14%) ehemalige Raucher. Diabetes mellitus fand sich bei 21 Patienten (16%).

Psychiatrische Diagnosen: Neben den Diagnosen bezüglich KHK und den Risikofaktoren wurden psychiatrische Diagnosen, soweit sie dokumentiert waren, mit erfasst. Für 15 Patienten (12%) war eine solche Diagnose angegeben, bei neun dieser Patienten wurde ein Alkoholabusus diagnostiziert und fünf litten an depressiven Episoden.

5.1.2 Herkunft und Migrationshintergrund der untersuchten Patienten

Für die Auswertung hinsichtlich des Migrationshintergrundes wurde eine Kategorie gebildet, die sich an der Definition des Statistischen Bundesamtes orientierte (siehe Kapitel 2.1.2). Abweichend von dieser Definition wurden allerdings auch Kinder und Enkelkinder von Menschen, die vor 1950 nach Deutschland eingewandert sind, in der vorliegenden Auswertung als Menschen mit Migrationshintergrund betrachtet. In der im Mikrozensus verwendeten Kategorisierung gelten diese Menschen als Deutsche. Aus Gründen der Übersichtlichkeit und wegen der kleinen Fallzahlen wird auf die Darstellung der Ergebnisse mit anderen Definitionen des Migrationshintergrundes verzichtet.

Bei der Auswertung der Daten hinsichtlich des Migrationshintergrundes fällt die enorme Vielfalt der Herkunft der Studienpatienten auf. Auch wenn sich, wie erwartet, neben Deutschland die Türkei und Polen als Hauptherkunftsländer herausstellten, fanden sich 14 weiterer, Länder aus denen Menschen nach Deutschland immigriert sind. Darunter Griechenland und Italien, aber auch Pakistan und Syrien, Afghanistan und Mazedonien. Im Folgenden werden nur die häufigsten Angaben näher beschrieben.

Migrantengeneration: 47 Studienteilnehmer (36%) gehörten der ersten Migrantengeneration an, das heißt sie sind im Ausland geboren und haben eigene Migrationserfahrungen gemacht. 21 Patienten (16%) waren Migranten zweiter Generation, also als Kind von Migranten in Deutschland geboren. Von zwei Patienten wiesen die Großeltern einen Migrationshintergrund auf.

Geburtsland und Staatsangehörigkeit (siehe Abb. 4 und 5 sowie Tabelle 1 und 2): Die meisten Patienten (64%) sind in Deutschland geboren, gefolgt von der Türkei

(12%) und Kasachstan (6%) sowie Polen (ebenfalls 6%). Deutlich mehr Studienteilnehmer verfügten über die deutsche Staatsangehörigkeit (85%), 9% hatten die türkische Staatsangehörigkeit und 2% die polnische. Lediglich vier Patienten gaben eine zweite Staatsangehörigkeit an.

12 Patienten (9%) wurden eingebürgert, hatten also die deutsche Staatsangehörigkeit, obwohl sie im Ausland geboren wurden. Aussiedler galten nicht als eingebürgert, da sie automatisch mit diesem Status die deutsche Staatsangehörigkeit bekamen.

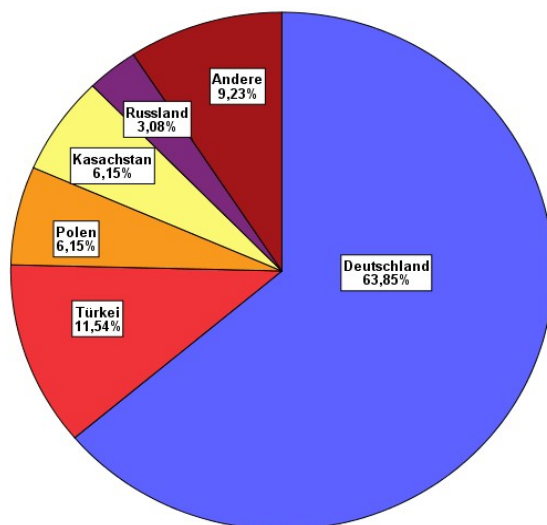


Abbildung 4: Geburtsland, eigene Daten

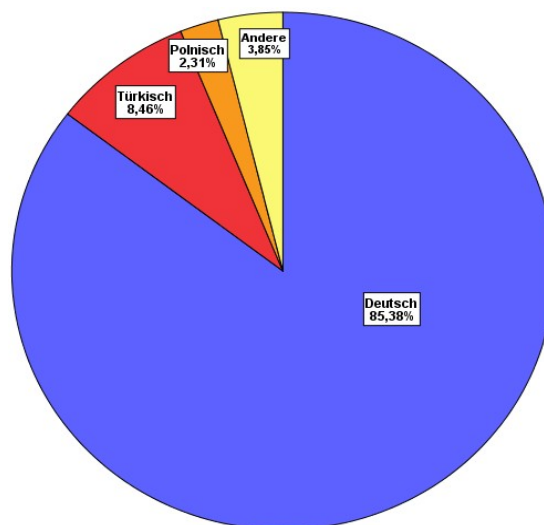


Abbildung 5: Staatsangehörigkeit, eigene Daten

Geburtsländer und Staatsangehörigkeiten der Eltern (siehe Tabelle 1 und 2):

Hinsichtlich der Geburtsländer und Nationalitäten der Eltern zeigt sich ein ähnliches Bild. Jeweils rund die Hälfte der Mütter (52%) und der Väter (58%) stammte aus Deutschland, gefolgt von der Türkei (jeweils 12%) und Polen (Mütter 10%, Väter 9%). Kasachstan wurde als Herkunftsland der Eltern seltener angegeben (jeweils 3%).

Über 75% der Eltern (Mütter 78%, Väter 76%) hatten die deutsche Staatsangehörigkeit. Die türkische Staatsangehörigkeit besaßen 9% der Eltern, nur 5% der Väter und 3% der Mütter waren Polen. Es gab 23 (18%) Mütter und 18 (13%) Väter die eingebürgert wurden.

Bei der Mehrheit der Migranten der ersten und zweiten Generation (69%) stammten beide Elternteile aus dem Ausland, 29% hatten nur ein Elternteil mit einem Geburtsort außerhalb Deutschlands. Unter den binationalen Elternpaaren fanden sich mehr Paare,

bei denen die Mutter aus dem Ausland stammte (14 Mütter und vier Väter die nicht aus Deutschland stammten).

Staatsangehörigkeit	Patient	Mutter	Vater	Geburtsland	Patient/in	Mutter	Vater
Deutsch	111	101	99	Deutschland	83	67	75
Türkisch	11	12	12	Türkei	15	15	15
Polnisch	3	4	6	Polen	8	13	12
Armenisch	1	1	1	Kasachstan	8	4	4
Griechisch	1	1	1	Russland	4	9	6
Italienisch	1	1	1	China	1	2	-
Litauisch	1	1	1	Afghanistan	1	1	1
Mazedonisch	1	1	1	Armenien	1	1	1
Russisch	-	3	2	Griechenland	1	1	1
Afghanisch	-	1	1	Italien	1	1	1
Pakistanisch	-	1	1	Litauen	1	1	1
Rumänisch	-	1	1	Mazedonien	1	1	1
Serbisch	-	1	1	Pakistan	1	1	1
Französisch	-	1	-	Rumänien	1	1	1
ohne Angabe	-	-	2	Serbien	1	1	1
				Syrien	1	1	1
				Kirgisien	1	-	-
				Tschechien	-	7	3
				Ukraine	-	1	2
				Frankreich	-	1	-
				Österreich	-	1	-
				Ungarn	-	-	1
				keine Angabe	-	-	2

Tabelle 2: Staatsangehörigkeit

Tabelle 1: Geburtsland

Geburtsländer und Staatsangehörigkeiten der Großeltern: Die Untersuchung der Staatsangehörigkeiten der Großelterngeneration zeigt, dass rund 70% die deutsche Nationalität hatten, 12% waren Türken und fast 5% Polen.

Sprachen: Eine andere Muttersprache als Deutsch fand sich nur bei den Migranten der ersten Generation, alle Studienteilnehmer ohne Migrationshintergrund und die der zweiten und dritten Generation gaben Deutsch als Muttersprache an.

Unter den Migranten der ersten Generation gab die Mehrheit Türkisch (21%) oder Deutsch (19%) als Muttersprache an. Polnisch und Russisch war die Muttersprache von jeweils 13% und auch Kurdisch wurde mit 11% häufiger genannt (siehe auch Abb. 6). Zwei Patienten gaben eine zweite Muttersprache, Polnisch, an (Tabelle 3).

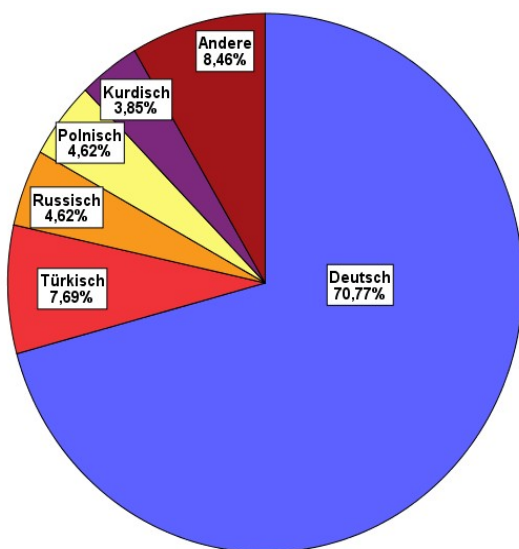


Abbildung 6: Muttersprache (häufigste Angaben) der Migranten der ersten Generation

Es wurden maximal drei in der Familie gesprochene Sprachen erfasst, dabei wurden die Teilnehmer gebeten, bei mehreren Sprachen diese in der Reihenfolge der Häufigkeit der Nutzung anzugeben, d.h. die am häufigsten genutzte Sprache als erstes zu nennen. Wie nach der Angabe der Muttersprache zu erwarten war, haben Patienten ohne Migrationshintergrund und solche der zweiten und dritten Generation Deutsch als erste Familiensprache angegeben. Weitere Familiensprachen wurden in diesen Gruppen bis auf eine Angabe unter den Patienten ohne Migrationshintergrund (Ungarisch als zweite Sprache) nicht gesprochen.

In den 83% der Familien der Migranten der ersten Generation wurden zwei und in 12% sogar drei Sprachen regelmäßig gesprochen. Die am häufigsten angegebene erste Familiensprache ist Deutsch (40%), gefolgt von Türkisch (21%), Russisch (11%), Kurdisch (9%) und Polnisch (6%). Von den 83% der Studienteilnehmer die eine zweite Familiensprache angegeben hatten, gaben 49% Deutsch als zweite Familiensprache an, 15% nannten Russisch, 13% Polnisch und 8% Türkisch. Eine dritte Familiensprache wurde nur von sechs Studienpatienten angegeben, davon nannten drei Deutsch und je einer Aramäisch, Kasachisch und Rumänisch.

Familiensprache	1. Angabe	2. Angabe	3. Angabe
Deutsch	19	19	3
Türkisch	10	3	-
Russisch	5	6	-
Kurdisch	4	1	-
Polnisch	3	5	-
Serbisch	1	-	1
Albanisch	1	-	-
Armenisch	1	-	-
Litauisch	1	-	-
Syrisch	1	-	-
Panjabi	1	-	-
Italienisch	-	1	1
Griechisch	-	1	-
Mazedonisch	-	1	-
Urdu	-	1	-
Persisch	-	1	-
Aramäisch	-	-	1
Kasachisch	-	-	-
Rumänisch	-	-	-
gesamt	47	39	6

Tabelle 3: Sprachen in den Familien der Patienten mit eigener Migrationserfahrung

Migrationsmotiv (siehe Tabelle 4): Von den Migranten der ersten Generation wurde am häufigsten (34%) der Zuzug nach Deutschland als (Spät-)Aussiedler genannt. Jeweils 21% kamen als Arbeitnehmer oder Familienmitglied einer bereits in Deutschland lebenden Person nach Deutschland und 19% gaben an, Kriegsflüchtling zu sein.

Die Migranten der zweiten Generation gaben häufig (48%) den Grund „Kriegsflüchtling/Vertriebener“ für die Einwanderung ihrer Eltern an, viele Eltern kamen aber auch als Aussiedler (29%) nach Deutschland.

Migrationsmotiv	erste Generation	zweite Generation	dritte Generation
Gastarbeiter/Vertragsarbeiter/ ausländischer Arbeitnehmer	10	-	-
(Spät-) Aussiedler	16	6	1
Kriegsflüchtling /Vertriebener	9	10	-
Ehegatte oder Kind einer bereits in Deutschland lebenden Person	10	1	-
Sonstige	2	1	-
nicht angegeben	-	3	1

Table 4: Migrationsmotiv in Abhängigkeit von der Migrantengeneration

Aufenthaltsstatus: Die deutsche Staatsangehörigkeit wurde nicht als Aufenthaltsstatus geführt, eingebürgerte Studienteilnehmer und Aussiedler wurden in dieser Kategorie also nicht erfasst. Ein „legaler Aufenthaltsstatus“ beinhaltet u.a. Menschen mit Asylberechtigung oder unbefristeter Duldung und Bürger von EU-Mitgliedsstaaten, die sich im Rahmen der Freizügigkeit der Bürger in Deutschland aufhielten. Der Aufenthaltsstatus wurde nur für die erste Generation der Migranten ausgewertet, da ab der zweiten Generation keine zuverlässigen Angaben mehr zu erheben waren.

Insgesamt gaben 19 Studienpatienten einen Aufenthaltsstatus an, davon wählten 16 (34%) die Kategorie „legal“ als Angabe, zwei gaben an Asylberechtigte zu sein und einer war Asylbewerber.

Aufenthaltsdauer: Es wurde nur die Gruppe der Migranten der ersten Generation untersucht. Diese Menschen hielten sich zum Zeitpunkt der Befragung zwischen fünf und 38 Jahre in Deutschland auf, im Mittel waren sie vor 21 Jahren eingewandert (siehe Abb. 7).

Einreisealter: Auch das Einreisealter wurde nur für die Migranten der ersten Generation untersucht. Diese Patienten waren zum Zeitpunkt der Einreise nach Deutschland zwischen 10 und 45 Jahre alt, der Altersdurchschnitt bei Einreise lag bei 27 Jahren (siehe Abb. 8).

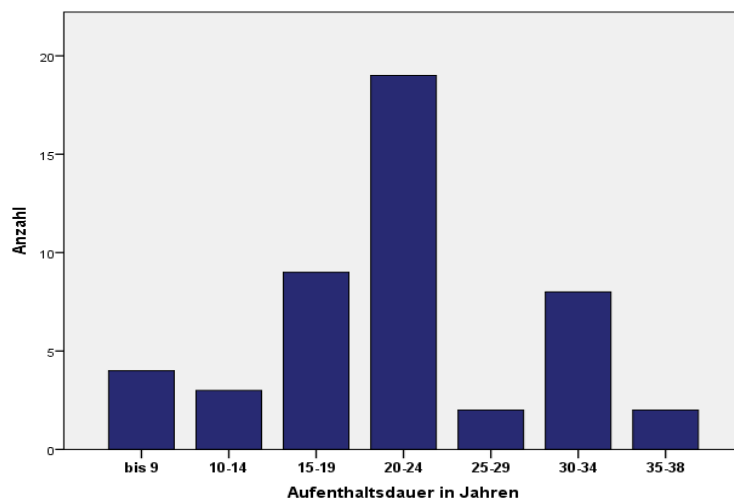


Abbildung 7: Aufenthaltsdauer der Patienten mit eigener Migrationserfahrung

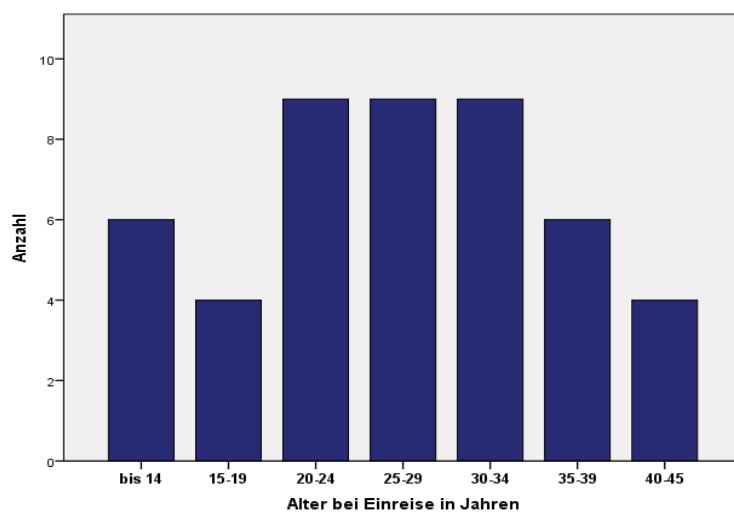


Abbildung 8: Alter bei Einreise nach Deutschland

5.2 Diagnose und Risikofaktoren im Kontext Migrationshintergrund

Risikofaktoren nach Migrantengeneration: Bei den Migranten der ersten und auch der höheren Migrantengeneration wurden am häufigsten vier Risikofaktoren gefunden (44,7% bzw. 43,5%), während bei den Patienten ohne Migrationshintergrund drei Risikofaktoren am häufigsten vorkamen (36,7%) (siehe Abb. 9). Dieser Hinweis für das vermehrte Auftreten von mehr Risikofaktoren bei den Patienten mit

Migrationshintergrund konnte in der statistischen Analyse (Mann-Whitney-U-Test; $p=0,802$) nicht bestätigt werden.

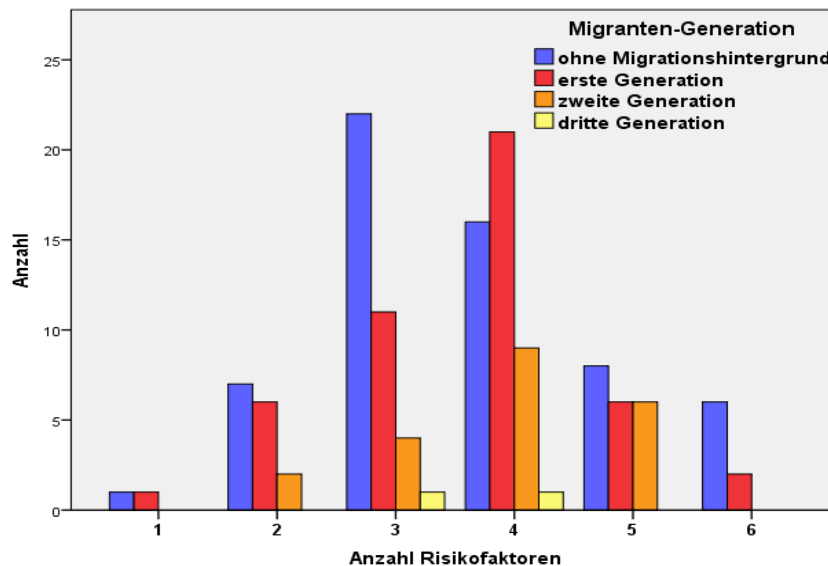


Abbildung 9: Anzahl der Risikofaktoren, getrennte Darstellung nach Migrantengeneration

Diagnose nach Migrantengeneration: Die Auswertung hinsichtlich des Schweregrades der Diagnosen in Zusammenhang mit der Migrantengeneration ergab ein gemischtes Bild. Grundsätzlich war die koronare-Ein-Gefäß-Erkrankung die häufigste Diagnose, sie wurde bei 30% der Patienten ohne Migrationshintergrund sowie bei 36% der Migranten der ersten Generation und sogar bei 44% der Migranten der zweiten und dritten Generation gefunden. Allerdings hatten die Patienten ohne Migrationshintergrund sowie die Migranten der zweiten und dritten Generation auch häufig (32% bzw. 30%) eine koronare-Zwei-Gefäß-Erkrankung und Migranten der ersten Generation eher eine Koronarsklerose (32%) (siehe Abb. 10). Dieses gemischte Bild lässt einen Trend für eine geringere Ausprägung des Schweregrades der Diagnose bei Migranten erkennen, dies ließ sich jedoch nicht nach statistischer Auswertung bestätigen (Mann-Whitney-U-Test; $p=0,066$).

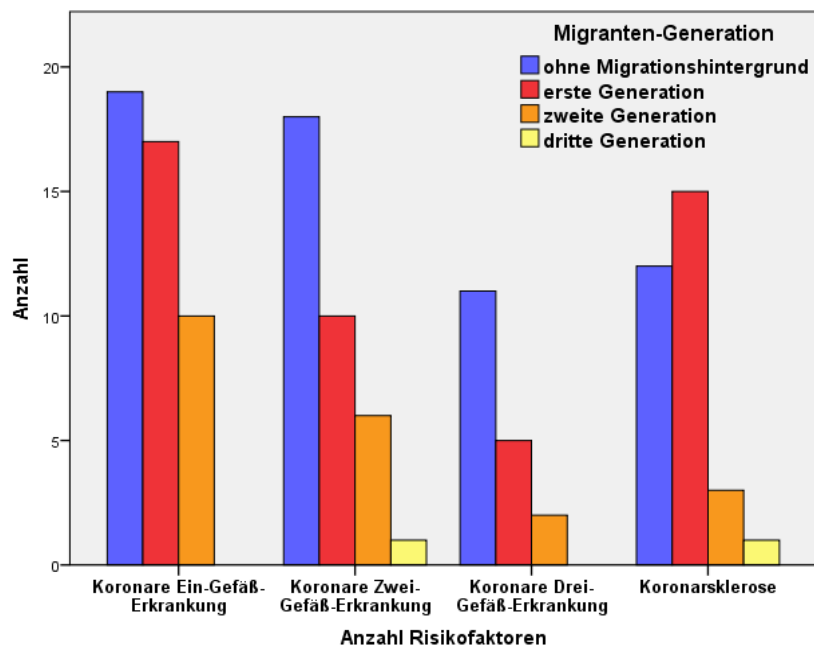


Abbildung 10: Schweregrad der Diagnose, getrennte Darstellung nach Migrantengeneration

5.3 Vergleich der Ergebnisse mit Daten aus dem Mikrozensus

Die in dieser Studie gesammelten Daten zum Migrationshintergrund wurden mit Daten aus dem hessischen Mikrozensus 2009 für die Altersgruppe 18-55 Jahre verglichen. Dabei wurden nur die Daten der Patienten ohne Migrationshintergrund sowie die Daten der Patienten der ersten Migrantengeneration für den Vergleich herangezogen, da die Migranten der zweiten und dritten Generation in der vorliegenden Studie den Definitionen der entsprechenden Gruppen für den Mikrozensus nicht genügten.

Anteil der Migranten: Der Anteil von Menschen der ersten Migrantengeneration in der untersuchten Stichprobe lag bei 36%, während der Anteil in der für den Mikrozensus untersuchten Bevölkerung Hessens mit 22% angegeben wird. Es finden sich also deutlich mehr Migranten mit eigener Migrationserfahrung unter den untersuchten Patienten als anteilig in der Bevölkerung in Hessen (siehe Abb. 11). Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson zeigt eine statistische Signifikanz für diese Abweichung ($p < 0,001$).

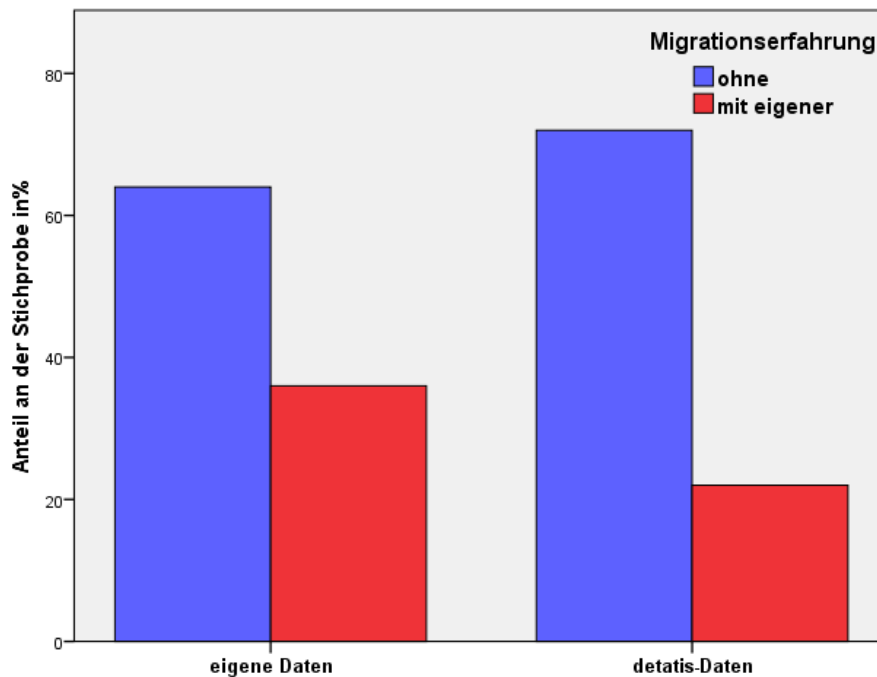


Abbildung 11: Anteil der Menschen mit und ohne Migrationserfahrung in der Studiengruppe und der hessischen Bevölkerung

Herkunft: Die wichtigsten Herkunftsländer der Bevölkerung mit Migrationshintergrund in Hessen bilden sich auch in den Studiendaten ab. Allerdings sind sie dort anteilig stärker vertreten. So stammten 32% der Migranten in der vorliegenden Studie aus der Türkei, während der Anteil für die Migranten im Mikrozensus für Hessen mit 15% angegeben wird. Ähnliches gilt für die Menschen, die aus Polen (17% vs. 10%) oder Kasachstan (17% vs. 6%) kamen. Lediglich für das Herkunftsland Russland ist es annähernd ausgeglichen (9% vs. 8%). Weitere Länder oder Regionen, darunter Italien, Amerika, sowie Afrika und Asien, aus denen viele hessische Migranten laut Mikrozensus stammen, sind in unseren Daten unterrepräsentiert (siehe Abb. 12 und 13).

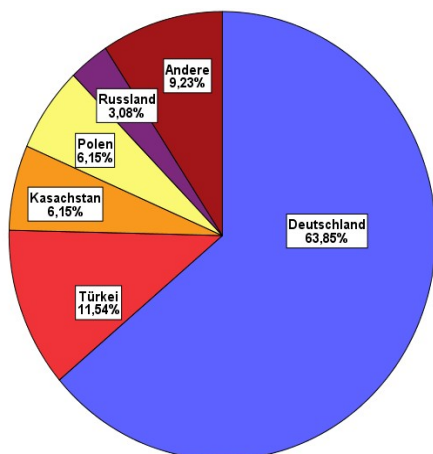


Abbildung 12: Herkunftsländer, Migranten der ersten Generation, eigene Daten

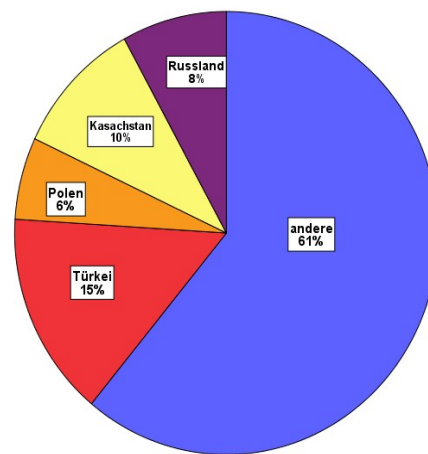


Abbildung 13: Herkunftsländer, Daten des Statistischen Landesamtes

Aussiedler und Eingebürgerte: Der Anteil der (Spät-)Aussiedler in der Gruppe der Migranten der ersten Generation der Studienpatienten betrug 34% während sich in der hessischen Bevölkerung mit eigener Migrationserfahrung nur 27% (Spät-)Aussiedler finden. Ähnlich verhält es sich mit den Daten zur Einbürgerung: Unter den Studienpatienten fanden sich 26%, die eingebürgert wurden, während es unter den Migranten in Hessen nur 19% waren.

Einreisealter und Aufenthaltsdauer: Für den Vergleich der erhobenen Daten hinsichtlich Einreisealter und Aufenthaltsdauer liegen keine Vergleichsdaten für Hessen vor. Aus diesem Grund wurden Daten aus dem deutschen Mikrozensus von 2010 zum Vergleich herangezogen. Das durchschnittliche Einreisealter von Migranten in der Altersgruppe 25-55 Jahre war 23 Jahre und die durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug 17,8 Jahre. Für die untersuchten Patienten wurde ein durchschnittliches Einreisealter von 27 Jahren gefunden und sie waren im Durchschnitt vor 21 Jahren eingewandert.

6 Diskussion

6.1 Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse sowie Stärken und Schwächen der vorliegenden Studie

6.1.1 Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse: statistischer Teil

Eines der beiden Ziele der vorliegenden Arbeit war die Erfassung des Migrationshintergrundes junger Patienten mit KHK am UKGM. Mit den nun vorliegenden Daten kann die Hypothese H1, dass unter den jungen Patienten mit KHK mehr Menschen mit Migrationshintergrund als anteilig in der hessischen Bevölkerung zu finden sind, für die untersuchte Patientengruppe am UKGM bestätigt werden. So fanden sich in der Studiengruppe 36% Menschen mit eigener Migrationserfahrung, während nur 22% der hessischen Bevölkerung in der gleichen Altersgruppe Migranten der ersten Generation sind. Diese Abweichung ist statistisch signifikant ($p < 0,001$).

Zu einem ähnlichen Ergebnis kamen auch (Porsch-Oezçueromez et al., 1999) für Türken in Deutschland, und für Südasiaten in verschiedenen Ländern ist mehrfach ein höheres KHK-Risiko beschrieben worden (beispielsweise Rafnsson et al., 2013; Bhopal, 2003, 2012a; Bhopal et al., 2012a;). Andererseits finden sich in der Literatur auch vielfach Hinweise, dass Migranten kein erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen oder sogar eine niedrigere Morbidität in Bezug auf KHK aufwiesen, beispielsweise wurde dies von Razum et al. für Türken beschrieben (Razum & Zeeb, 2000). Becher et al. kamen für Aussiedler zu einem ähnlichen Ergebnis (Becher et al., 2007) und Kohls kommt in mehreren Veröffentlichungen stets zu dem Ergebnis, dass Migranten gesünder sind (Kohls, 2008b, 2011). Diese in der Literatur vorhandenen Widersprüche sind durch die unterschiedliche Methodik, verschiedenen Datenquellen sowie teilweise unklare oder verallgemeinernde Verwendung von Begriffen und Kategorien erklärbar (vergl. Kapitel 3.2). Die Ergebnisse verschiedener Studien zu diesem Thema sind aus diesen Gründen nur eingeschränkt vergleichbar und die korrekte Interpretation ist schwierig. Die Auseinandersetzung mit den verschiedenen zugrundeliegenden Konzepten und den unterschiedlichen Methoden ist daher unumgänglich, um einen Überblick in diesem Forschungsfeld zu ermöglichen. Hinzu kommt, dass die Patientengruppe mit erhöhtem KHK-Risiko eine Minderheit in der

großen heterogenen Gruppe der Migranten darstellt, die in großen, generalisierenden Untersuchungen „untergeht“ (Kohls, 2008a). Insofern ist das vorliegende Ergebnis durchaus mit den Ergebnissen einer geringeren Morbidität von Migranten beispielsweise von Kohl zu vereinbaren, da in diesen Untersuchungen stets sehr umfassende Kategorien mit der Zusammenfassung vieler Untergruppen gewählt wurden. Dies macht deutlich, wie wichtig eine differenzierte Fragestellung ist und wie schwierig Untersuchungen mit verallgemeinernden Fragestellungen, wie der nach der Gesundheit „der Migranten“, zu interpretieren sind (Knipper & Bilgin, 2010).

In der für die Studie untersuchten Migrantengruppe finden sich anteilig mehr Menschen aus der Türkei (32% vs. 15%), Polen (17% vs. 10%) und Kasachstan (17% vs. 6%) als in der hessischen Bevölkerung. Möglicherweise ist besonders die hohe Zahl der aus der Türkei stammenden Patienten darauf zurückzuführen, dass ein zum Zeitpunkt der Befragung an der Universitätsklinikum tätiger türkischstämmiger Oberärzte aufgrund einer hohen Bekanntheit in der türkischstämmigen Bevölkerung in Gießen eine Sogwirkung auf Patienten türkischer Herkunft ausgeübt hat. Diese Hypothese verliert jedoch unter Einbeziehung der Tatsache, dass der überwiegende Teil der untersuchten Patienten akut bzw. mit dem Rettungsdienst in die Klinik kam, an Bedeutung. Denn auch wenn der Patientenwunsch bezüglich der Wahl des Krankenhauses auch für die Mitarbeiterinnen des Rettungsdienstes bindend ist, ist anzunehmen, dass die freie Auswahl des Klinikums in akuten Situationen eine eher untergeordnete Rolle spielt.

Über die Wirkung dieses möglichen Verzerrungsfaktors hinaus sind möglicherweise besonders unter den Menschen, die aus der Türkei, Polen und Kasachstan nach Deutschland migrierten, Risikogruppen für KHK zu finden. Dabei ist das Herkunftsland als Indikator für die Gründe und Art der Migration sowie damit zusammenhängend die historische und aktuelle gesellschaftliche Situation der jeweiligen Gruppe zu sehen. Menschen aus der Türkei beispielsweise sind mit hoher Wahrscheinlichkeit Gastarbeiter oder Nachkommen bzw. Angehörige eines Gastarbeiters und werden auch in der Gesellschaft also solche identifiziert. Gastarbeiter arbeiteten vielfach unter schlechten Bedingungen in unbeliebten Bereichen. Gleichzeitig bedeutete die Migration die Trennung von der Familie und Freunden sowie die weitestgehend unvorbereitete

Auseinandersetzung mit fremder Sprache, unbekanntem Arbeits- und Sozialsystemen sowie häufig eine Abhängigkeit vom Arbeitgeber. Migranten aus Polen stellen sozusagen die „neue“ Gastarbeiternation. Besonders im pflegerischen und haushaltsnahen Dienstleistungsbereich nimmt gerade die Beschäftigung polnischer Migrantinnen stetig zu. Auch hier finden sich häufig schlechte Arbeitsbedingungen und ebenfalls die Trennung von der Familie, wenn auch im Rahmen der Freizügigkeitsregelung innerhalb der EU die Wiedereinreise im Unterschied zu den Bedingungen für die Gastarbeiter heute unproblematisch ist.

Aus Kasachstan stammende Menschen hingegen sind überwiegend (Spät-)Aussiedler. Diese Migrantengruppe ist besonderen psychischen Belastungsfaktoren ausgesetzt, da sie sowohl im Herkunftsland als auch in der vermeintlichen Heimat Deutschland als fremd empfunden werden. Dies ist einer der Gründe für ein erhöhtes Risiko für psychische Erkrankungen in dieser Gruppe (Kornischka et al., 2008). Auch ein besonders ausgeprägtes Risikoprofil im Hinblick auf KHK wurde für diese Kohorte beschrieben (Aparicio et al., 2005). Aufgrund der Herkunft eines Menschen darf nicht ohne Weiteres auf seine Migrations- und sonstige Biografie oder bestimmte Krankheitsrisiken geschlossen werden. Mit der Herkunft oder Zugehörigkeit zu einer bestimmten Migrantengruppe sind nur Wahrscheinlichkeiten für das Vorliegen bestimmter Bedingungen verbunden.

Der erhöhte Anteil der Menschen aus den genannten Ländern unter den untersuchten Migranten spiegelt also die aus unterschiedlichen Migrationsformen und -bedingungen entstehenden besonderen Risiken wider und macht deutlich, dass verschiedene Aspekte im Kontext Migration zu einem solchen Risiko beitragen können. Dies verdeutlicht erneut, wie wichtig eine differenzierte Betrachtung einzelner Migrantengruppen ist. Mit Blick auf individuelle Patienten, Familien oder soziale Gruppen muss darüber hinaus der aufgrund des Herkunftslandes als „Indikator“ vermutete Aspekt stets gesondert überprüft werden.

Als zweite Hypothese H2 wurde eingangs die Vermutung aufgestellt, dass es zwischen der Gruppe der Migranten und der der Nichtmigranten wesentliche Unterschiede hinsichtlich der Anzahl der Risikofaktoren sowie des Schweregrades der Diagnose bestehen könnten. Diese Vermutung konnte auf Grundlage der erhobenen

Daten nicht bestätigt werden. Dieses Ergebnis steht im Widerspruch zu Literaturangaben, in denen beispielsweise für Aussiedler mehr Risikofaktoren (Aparicio et al., 2005) und in „*South Asians*“, bedingt durch Übergewicht und Ernährung, ein höheres kardiovaskuläres Risiko beschrieben sind (Patel et al., 2006). Auch dieser Widerspruch ist möglicherweise durch die Wahl unterschiedlicher Kategorien, durch die Unterschiede in den untersuchten Gruppen (in dieser Studie vor allem Türken, Polen, Kasachen, bei Patel et al. beispielsweise „*South Asians*“) oder durch die kleinen Fallzahlen in der Studiengruppe begründet.

Auch hinsichtlich des Alters der Patienten fanden sich keine relevanten Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund. Trotzdem lassen sich die die Ergebnisse der vorliegenden Studie mit den Ergebnissen von Bilgin et al. vereinbaren, die zu dem Ergebnis kamen, dass Migranten bei Erkrankungsbeginn durchschnittlich zehn Jahre jünger waren als Deutsche (Bilgin et al., 1988). Denn das für diese Arbeit untersuchte Patientenkollektiv war verhältnismäßig jung und somit bildete sich in den erhobenen Daten möglicherweise ein früherer Erkrankungsbeginn bei den Migranten durch einen größeren Anteil an Patienten mit Migrationshintergrund ab.

Hinsichtlich der Geschlechterverteilung gab es zwischen Patienten mit und ohne Migrationshintergrund keine wesentlichen Unterschiede (siehe Kapitel 5.1.1). In beiden Gruppen waren deutlich mehr Männer zu finden, auch wenn sowohl unter hessischen Migranten als auch in der Ursprungsfamilie das Geschlechterverhältnis annähernd ausgeglichen ist (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2010; Statistisches Bundesamt (Destatis), 2011). Die Beobachtung, dass unter den Patienten deutlich mehr Männer zu finden sind, ist mit dem vielfach beschriebenen erhöhten Risiko für Männer für Herz-Kreislauf-Erkrankungen vereinbar (siehe z.B. *Research Milestones Framingham Heart Study*, 2011).

6.1.2 Zusammenfassung der Ergebnisse: Operationalisierung des Migrationshintergrundes

Neben der Erhebung von Daten und deren statistischer Auswertung war eines der Ziele der vorliegenden Arbeit die Operationalisierung des Migrationshintergrundes für die Fragestellung. Dabei zeigten sich einige Herausforderungen. So gab es

beispielsweise limitierende Faktoren aufgrund der Vergleichsdaten. Denn um die Vergleichbarkeit der erhobenen Daten mit denen des Statistischen Landesamtes zu gewährleisten, musste zumindest für einen Teil der Auswertung eine ähnliche Kategorie gewählt werden. Zudem galt es eine möglichst umfassende Bereitschaft unter den Patienten, den Fragebögen vollständig zu beantworten, zu sichern. Eine hohe Anzahl an Items sowie Fragen, bei denen eine geringe Bereitschaft für die Beantwortung zu erwarten war (beispielsweise für die Erfassung des sozioökonomischen Status) hätten sich darauf möglicherweise negativ ausgewirkt. Außerdem hatten vor dem Hintergrund einer methodisch angemessenen Herangehensweise an die Fragestellung Fragen, die für die differenzierte Erfassung des Migrationshintergrundes nötig waren, in dieser Arbeit Priorität. Dabei bestand der Anspruch, die Ergebnisse nach Aufteilung in unterschiedliche Kategorien darzustellen und diese Kategorien dann im Hinblick auf die Eignung für die epidemiologische Forschung zu vergleichen.

Für diesen Zweck wurde unter Einbeziehung der Erfahrungen aus der Pilotphase ein eigener Fragebogen (siehe Kapitel 5.3 und Anhang) mit Variablen zur Bestimmung des Migrationshintergrundes anhand der Definition des Statistischen Bundesamtes (Nationalität, Einbürgerung) und weiteren Angaben zur weiterführenden Differenzierung des Migrationshintergrundes (z.B. Geburtsland, Muttersprache, Angaben zu den Eltern) entwickelt.

Somit konnten die für die Beantwortung der Fragestellung wichtigen Vergleichsdaten des Statistischen Bundesamtes genutzt werden. Gleichzeitig fanden Variablen, die in der Definition des Statistischen Bundesamtes keine Berücksichtigung finden, Eingang in die Darstellung. Auf diese Weise konnte die Fragestellung bearbeitet werden, ohne die Komplexität des „Migrationshintergrundes“ aus den Augen zu verlieren. Eine Gegenüberstellung unterschiedlicher Kategorien für die Auswertung ist aufgrund der geringen Fallzahl für die vorliegende Studie nur bedingt sinnvoll und aussagekräftig. Trotzdem zeigt ein Vergleich der Aufteilung nach Herkunftsland bzw. Staatsangehörigkeit, dass mit letzterer wesentlich weniger Menschen mit Migrationshintergrund identifiziert werden. Dieses Ergebnis wurde bereits von Schenk et al. und auch von Settlemeyer & Erbe besprochen (Schenk et al., 2006; Settlemeyer & Erbe, 2010).

Eine allgemeingültige Operationalisierung des Terminus Migrationshintergrund kann jedoch nicht geschaffen werden. Vielmehr gilt es, den im Hinblick auf die konkrete Fragestellung den mutmaßlich wichtigsten Aspekten entsprechenden Stellenwert einzuräumen und die Konstruktion der verwendeten Kategorien und das methodische Vorgehen transparent zu beschreiben. Möglicherweise beinhaltet die Konstruktion sinnvoller Kategorien die Ablösung des bisher zugrunde gelegten, starren Migrationsbegriffes durch ein dynamischeres Konzept unter Berücksichtigung der Migrationsumstände (vergl. z.B. Lindert et al., 2008, S. 120). Insgesamt sollte die Bedeutung der Migrationsbedingungen und besonders des Aufenthaltsstatus sowie der Sprachkenntnisse als wichtige Determinanten für den Zugang zum Gesundheitswesen berücksichtigt werden (Norredam et al., 2010; Davies et al., 2006; Inowlocki, 2010).

Ergänzend zu den konkreten inhaltlichen Überlegungen sollten Perspektiven, Methoden und das Wissen anderer Disziplinen als der Medizin in die Forschung eingebunden werden (Kleinman & Benson, 2006). Denn die Erforschung der Zusammenhänge zwischen Migration und Gesundheit stellt eine Schnittstelle zwischen Soziologie, Anthropologie und Medizin dar, da die komplexen Zusammenhänge dieses Vorgangs mit rein naturwissenschaftlichen Ansätzen allein nicht zu erfassen sind (Holmes, 2006). Vielmehr ist die Einbeziehung unterschiedlicher theoretischer und methodischer Ansätze nötig, um die vielfältigen und vielschichtigen Einflussfaktoren nachzuvollziehen, die teilweise direkt oder indirekt im Zusammenhang mit der Migration, teilweise aber auch völlig unabhängig davon, die Gesundheit von Migranten im Einzelfall beeinflussen. Qualitative Forschungsmethoden, beispielsweise in Form von Interviews oder Fokusgruppen und quantitativen Erfassungen ergänzen sich dabei gegenseitig (Knipper & Wolf, 2004). Hinzu kommt die in der geisteswissenschaftlichen Forschung übliche, sehr ausführliche Reflexion über die eigene Position und die Beeinflussung der Forschung durch die eigene Sicht- und Herangehensweise. In Verbindung dieser Techniken und Perspektiven wird schließlich eine differenzierte Darstellung gefundener Ergebnisse und möglicher Zusammenhänge möglich.

6.1.3 Stärken und Schwächen der Studie

Wie bereits mehrfach erwähnt, versteht sich die vorliegende Arbeit als Pilotstudie. Schwächen dieser Studie sind daher, dass die Datenerhebung auf ein Zentrum eingegrenzt war und daher nur eine verhältnismäßig kleine Fallzahl untersucht werden konnte. Daher ist die Aussagekraft beschränkt und gerade in kleinen Untergruppen kam es möglicherweise zu Verzerrungen. Wünschenswert wäre auch eine qualitative Erhebung oder wenigstens die Erfassung weiterer Merkmale (beispielsweise sozioökonomischer Status) gewesen. Im begrenzten Rahmen eines Dissertationsvorhabens konnte dieser qualitative Aspekt neben der aufwändigen quantitativen Erhebung jedoch nicht berücksichtigt werden. Die Erfassung weiterer Merkmale wurde erwogen, aber aufgrund der Erfahrungen der Pilotphase verworfen. Diese Erfahrungen zeigten, dass bereits die Erhebung mit dem schließlich verwendeten Fragebogen sehr aufwändig war und auch die Bereitschaft der Patienten, Fragen beispielsweise zum Einkommen zu beantworten, nicht vorausgesetzt werden konnte. Ein weiterer Aspekt, der neben den genannten Gründen zur Entscheidung gegen die Erhebung dieser Variablen beitrug, waren die Schwierigkeiten, die auch die Operationalisierung dieser Variablen bereitet.

Auch im Hinblick auf die Vergleichsdaten ergaben sich Einschränkungen. Die für den Vergleich genutzten Daten aus dem Mikrozensus 2009 beziehen sich auf das gesamte Bundesland Hessen, während das Einzugsgebiet des UKGM einen deutlich kleineren Bereich abdeckt. Der größte Anteil der Patienten des UKGM stammt aus der Kernstadt Gießen und den unmittelbar anschließenden Ortschaften. Für Gießen ist von einem deutlich niedrigeren Anteil an Migranten in der Bevölkerung auszugehen als im Ballungsraum Frankfurt. Andererseits ist der Anteil vermutlich höher als in ländlichen Gebieten Hessens. Insofern kann davon ausgegangen werden, dass der im Mikrozensus ermittelte Mittelwert aus Bereichen mit sehr vielen Menschen mit Migrationshintergrund und solchen mit kleinem Anteil für Gießen hinreichend korrekt ist.

Umgekehrt gibt es aber auch Stärken der Studie. Das ausgewählte Klinikum ist ein Haus der Maximalversorgung mit einer großen kardiologischen Abteilung mit jährlich über 1500 Koronarangiographien. Die Erfassung geeigneter Patienten erfolgte

kontinuierlich und nahezu vollständig über den Untersuchungszeitraum. Somit wurden Patienten unabhängig davon befragt, wann und auf welche Weise die Anbindung an diese kardiologische Abteilung erfolge und ob sie einen Migrationshintergrund hatten. Die kleine Fallzahl ergibt sich dabei besonders aus den engen Einschlusskriterien für die Studie (besonders die Altersbeschränkung auf <56 Jahre) für die Auswahl der Patienten und großzügige Entfernung aus den Studiendaten bei unvollständigen oder nicht eindeutigen Angaben.

Die wichtigste Stärke dieser Studie ist die sehr umfassende Erhebung von Daten zum Migrationshintergrund, wie sie bisher in der epidemiologischen Forschung noch nicht üblich ist. Auf diese Weise kann die vorliegende Studie einen Beitrag zur methodischen Diskussion in der migrantensensiblen Forschung leisten.

6.2 Migrationshintergrund als Merkmal in der epidemiologischen Forschung

6.2.1 Migrationshintergrund als Variable in der Forschung zu Gesundheit– sinnvoll oder nicht?

Wie nun bereits umfassend beschrieben, ist die Operationalisierung des Migrationshintergrundes schwierig und oft unbefriedigend, da sehr komplexe Zusammenhänge mit sehr unterschiedlichen Auswirkungen in grobe Kategorien unter Zuhilfenahme weniger Indikatoren zusammengefasst werden. Die Aussagekraft einer solchen Kategorie, die immer nur einzelne Faktoren der gesamten Biographie, Lebensweise und individuellen Risikokonstellation eines Menschen erfassen kann, bleibt also mitunter deutlich hinter der Bedeutung zurück, die ihr in Wissenschaft, aber besonders auch im politischen und gesellschaftlichen Kontext beigemessen wird. Aus diesem Grund ist auch die aus politischen und gesellschaftlichen Debatten stammende Frage nach der gesundheitlichen Situation der Menschen mit Migrationshintergrund nicht einfach oder gar vollständig zu beantworten. Zunächst entsteht mit einer solchen Fragestellung die Problematik der Operationalisierbarkeit eines solchen Begriffes, der in einem völlig anderen als dem medizinischen Kontext entstanden ist und zudem in diesem Kontext ständigem Wandel unterworfen ist (vgl. Knipper 2011, 2013). Aus diesem Grund ist die Kenntnis der historischen Zusammenhänge von so großer Bedeutung, denn nur vor diesem Hintergrund kann die Entwicklung dieses Begriffes

nachvollzogen, die aktuelle Bedeutung annähernd erfasst und auf dieser Grundlage eine sinnvolle Kategorisierung geschaffen werden.

Davon auszugehen, dass die Migrationserfahrung (die eigene oder die in der Familie) auf alle Migranten einen so großen Einfluss hat, dass sie, unabhängig von Faktoren wie Alter, Geschlecht, sozialem Status, Religion, Sprache oder Herkunft, diese Gruppe vereint und gegenüber der Ursprungsbevölkerung abgrenzt, ist zu kurz gegriffen (siehe dazu Borde et al., 2005). Mögliche Probleme werden so teilweise unberechtigter Weise mit dem Label „Migrationshintergrund“ versehen und Unterschiede künstlich geschaffen (Butler & Rohmann, 2010; siehe dazu auch 2.3).

Sicherlich kann die Migration als „*life event*“, also ein großes und einschneidendes Erlebnis im Leben des migrierenden Menschen gesehen werden. Der Umgang mit diesem Erlebnis und den Herausforderungen, die auch später durch das Leben im Zielland auf diesen Menschen zukommen, ist jedoch individuell sehr verschieden. So kann sich Migration positiv auf die Gesundheit auswirken (z.B. durch Zugang zu hohen medizinischen Standards) oder aber auch negativ, wenn den hohen Anforderungen und psychosoziale Belastungen durch die Migration nicht genug persönliche und soziale Ressourcen gegenüberstehen und beispielsweise zusätzlich aufgrund sprachlicher Barrieren Hilfsangebote nicht genutzt werden können. Eine differenzierte Erfassung bestimmter Aspekte des Migrationshintergrundes im Hinblick auf die Fragestellung kann also durchaus sinnvoll sein. Generelle Aussagen über Migranten hingegen sind wenig zielführend, da die Unterschiede innerhalb dieser Gruppe deutlich gewichtiger sind als die vermeintlich verbindende Komponente (Sinus Sociovision, 2008). So ist z.B. für die Erforschung von Bildungschancen oder auch dem Zugang zum Gesundheitssystem die Sprache ein sehr wichtiges Merkmal, während für die Frage nach Ursachen für bestimmte Krankheiten oder Krankheitsrisiken bestimmte Verhaltensweisen (z.B. hoher Alkoholkonsum bei Aussiedlern) oder tatsächlich genetische Merkmale (z.B. die ungünstigen Lipidmuster bei Türken) im Vordergrund stehen (Müller et al., 2013). Der Migrationshintergrund stellt dabei jedoch meist einen „Umweg“ dar, wenn die tatsächlich zugrunde liegenden Faktoren, die Einfluss auf das untersuchte Thema haben, bekannt sind. Denn durch die Erfassung des tatsächlichen Einflussfaktors würden alle Patienten mit diesem Risikofaktor erfasst, auch diejenigen

Nichtmigranten, die diesen Risikofaktor haben. Gleichzeitig würden den Migranten, die diesem Einflussfaktor nicht ausgesetzt sind, kein nicht vorhandener Risikofaktor zugeordnet.

Zu bedenken gilt es weiterhin, dass die Wahl der Kategorien und somit die Schaffung von künstlichen, klar abgrenzbaren Gruppen, wie sie in der Realität niemals so deutlich voneinander zu trennen wären, Einfluss auf die Gesellschaft hat. Somit befördert die Untersuchung von Unterschieden zwischen Migranten und Nichtmigranten möglicherweise die Entstehung oder Vertiefung dieser Unterschiede (z.B. Ellison et al., 2007; Krieger, 2000; für die Medizin von Kirmayer & Sartorius, 2007 beschrieben).

6.2.2 Alternativen und Ergänzungen zur Erhebung des Migrationshintergrundes in der epidemiologischen Forschung

Wenn bestimmte Erkrankungen oder Risikofaktoren bei Migranten überdurchschnittlich häufig zu finden sind, lässt dies keineswegs den Schluss zu, dass der Migrationshintergrund ursächlich dafür ist. Vielmehr sollte ein solches Ergebnis nur der Ausgangspunkt für tiefergehende Forschung sein (Knipper & Bilgin, 2009; siehe dazu auch Ellison et al., 2007). Der Migrationshintergrund selbst darf also nicht als Risikofaktor missverstanden werden, er kann nur ein Indikator oder Marker für das gehäufte Vorkommen tatsächlicher Risikofaktoren sein (Kaplan & Bennett, 2003). Anders ausgedrückt: Migration macht nicht krank, teilweise aber damit verbundene Bedingungen. Für die epidemiologische Forschung bietet es sich also an, diese Bedingungen, soweit möglich, ergänzend oder alternativ zum Migrationshintergrund zu erheben. Einige Beispiele für solche sozialen Determinanten der Gesundheit, die im Kontext Migration besonders häufig oder besonders oft in einer bestimmten Ausprägung auftreten, sollen im Folgenden kurz erläutert werden.

Sozioökonomischer Status und Armut: Migranten leiden häufiger unter Armut (Bundeszentrale für Politische Bildung, 2008) und haben öfter einen niedrigen sozioökonomischen Status als Deutsche. Diese beiden Faktoren wirken sich negativ auf die Gesundheit (siehe beispielsweise Aiello et al., 2009; Beauchamp et al., 2010; Bhopal, 2003) und besonders das Gesundheitsverhalten aus (Razum et al., 2008). Hinzu kommen schlechte Arbeitsbedingungen, die unter anderem eine höhere Zahl an

Arbeitsunfällen bedingen (Juhasz et al., 2010; Razum et al., 2008). Gleichzeitig können diese Bedingungen nicht für alle Migranten unterstellt werden (Inowlocki, 2010). Unterschiede im Hinblick auf Gesundheit oder die Nutzung des Gesundheitswesens, die auf den Migrationshintergrund zurückgeführt werden, sind also möglicherweise vielfach auf den niedrigen sozioökonomischen Status der untersuchten Gruppe zurückzuführen.

Die Erfassung des sozioökonomischen Status gelingt verhältnismäßig akkurat durch die Erfragung des Einkommen und des höchsten Bildungsabschlusses.

Social Support und Religion: Der familiäre und soziale Rückhalt ist eine wichtige Ressource und ist besonders für die Bewältigung von Krisen wie z.B. einer schweren Erkrankung unverzichtbar. Beim Verlassen des Heimatlandes erfahren Migranten häufig den Verlust dieses Rückhaltes, da meist ein Teil oder alle Mitglieder ihrer Familie und des sozialen Netzwerkes im Heimatland zurück bleiben. Dieser Verlust, verbunden mit vor allem initial vorhandenen Schwierigkeiten, im Zielland neue Kontakte zu knüpfen führt dazu, dass Migranten zu dieser wichtigen Ressource häufig zumindest unmittelbar nach der Migration keinen oder wenig Zugang haben (Juhasz et al., 2010; Knipper & Bilgin, 2009; Razum et al., 2004; Razum et al., 2008). Umgekehrt scheinen Migranten besonders häufig Rat und Auskunft auch bezüglich ihrer Gesundheit im Familien- und Freundeskreis zu suchen, was diese Wichtigkeit dieses Netzwerkes unterstreicht.

Religion kann eine wichtige Orientierungshilfe im Leben eines Menschen darstellen und neben Orientierung auch Sicherheit und Erklärungsmodelle bereitstellen und so den Umgang mit Krankheit erleichtern (Knipper & Bilgin, 2009).

Die Einbindung in und Qualität von sozialen Netzwerken ist nicht ohne Weiteres zu erfassen. Versuche zur Operationalisierung gibt es beispielsweise in Form von Fragebögen aus der psychosomatischen Forschung. Auch eine Erfassung mit qualitativen Techniken, beispielsweise im Rahmen eines Interviews, ist denkbar.

Sprache: Die Sprache ist von enormer Wichtigkeit für die eigene und von fremden wahrgenommene Identität (Schenk et al., 2006). Außerdem ist es natürlich auch von rein praktischem Belang und für den Zugang zum Gesundheitssystem entscheidend, ob die Sprache des Aufnahmelandes beherrscht wird oder nicht (Rechel et al., 2013; Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, 2012). Für die medizinische und vor allem psychiatrische, psychosomatische und sozialmedizinische Versorgung ist darüber

hinaus die Muttersprache von großer Bedeutung (Knipper & Bilgin, 2009). Aus diesem Grund wird die Muttersprache bereits in einigen Studien (beispielsweise KiGGS) als einer der Indikatoren für den Migrationshintergrund herangezogen. Um die Wichtigkeit von muttersprachlichen und Dolmetscher-Angeboten zu untermauern und eine bedarfsgerechte medizinische Versorgung zu sichern, ist es von großer Wichtigkeit, die sprachlichen Fähigkeiten der Bevölkerung und vor allem einzelner Risikogruppen zu kennen (Rechel et al., 2013; Mladovsky, Rechel, Ingleby & McKee, 2012; Wiking et al., 2004).

Wie die vorliegenden Ergebnisse zeigen, ist der Migrationshintergrund zwar mit der Sprache verknüpft (viele Migranten haben eine andere Muttersprache als Deutsch und vielfach mehr als eine Familiensprache), aber die Kenntnis über das Vorliegen eines Migrationshintergrundes oder des Herkunftslandes erlaubt keine direkten Rückschlüsse auf die Sprachkenntnisse und die Muttersprache. So gibt es etliche Herkunftsländer, in denen mehr als eine Sprache gesprochen wird (allen voran die Türkei mit den Sprachen Türkisch, Kurdisch, Aramäisch, um nur einige häufige zu nennen) und auch Menschen, die im Ausland geboren wurden, können Deutsch als Muttersprache haben (z.B. die große Gruppe der Aussiedler, Kinder von Deutschen, die im Ausland geboren wurden). Und auch innerhalb der deutschen Sprache gibt es durch vielfältige und zum Teil sehr weit vom „Hochdeutschen“ abweichende Dialekte Verständigungsschwierigkeiten zwischen Menschen mit der Muttersprache Deutsch (als Beispiele seien hier Schweizerdeutsch und Plattdeutsch genannt).

Aufenthaltsstatus: Auch wenn dieser Faktor für die vorliegende Studie eine eher untergeordnete Rolle spielte, da der überwiegende Teil der untersuchten Patienten über einen gesicherten Aufenthaltsstatus verfügte, ist diese Merkmal insgesamt von großer Bedeutung für den Gesundheitszustand vieler Migranten. Denn wesentliche Gruppen unter den Migranten, besonders Asylsuchende und „illegale“ Migranten sind aufgrund ihres Aufenthaltsstatus von vollständiger medizinischer Versorgung ausgeschlossen (Juhász et al., 2010; Schenk et al., 2006; Zimmerman et al., 2011). Hinzu kommt die unsichere Situation dieser Menschen; Flüchtlinge und Asylsuchende bekommen oft über Jahre keinen gesicherten Aufenthaltstitel und unautorisierte oder „illegale“ Migranten leben in ständiger Angst vor einer Denunzierung und folgenden Abschiebung. Mit

diesen beiden Aspekten sind nur die allgemeinen, für diese Gruppe insgesamt geltenden Bedingungen genannt. Dazu können im Einzelfall Traumatisierung vor und während der Migration sowie prekäre Arbeits- und Lebensbedingungen kommen (Davies et al., 2006; Rechel et al., 2013). Alle diese Faktoren haben Einfluss auf die Gesundheit des jeweiligen Menschen.

6.3 Konsequenzen für die Klinik

Das Ergebnis der vorliegenden Studie ist von Bedeutung für den klinischen Alltag, da die, beispielsweise bereits 1988 von Bilgin et al. veröffentlichten, Hinweise auf ein erhöhtes Risiko für KHK junger Patienten mit Migrationshintergrund wenigstens für die untersuchte Patientengruppe bestätigt werden konnten. Somit kann der Blick für solche Patienten mit typischen und untypischen Symptomen für KHK/MI geschärft werden und dieses Bewusstsein eventuell vorhandenen Stereotypen (Morbus mediterraneus) gegenüberstehen.

Dabei ist es wichtig, den Migrationshintergrund und die damit verknüpften Erfahrungen, besonders auch hinsichtlich der eigenen und fremden Identifikation als „Mensch mit Migrationshintergrund“ als Teil der individuellen Biographie zu sehen. Diese Erfahrungen und Identifikation sowie die daraus resultierenden Ansichten und Verhaltensweisen sind individuell verschieden und können nicht losgelöst von der sonstigen Biographie, den persönlichen Ressourcen und aktuellen Situation des Menschen betrachtet werden (Knipper, 2013). Wenn aber tatsächlich mit dem Migrationshintergrund und den damit verbundenen Bedingungen für manche Patienten ein erhöhtes KHK-Risiko entsteht, so ist dies ein Grund mehr, alle Patienten auch unter dem Aspekt ihrer biographischen und aktuellen psychosozialen Situation zu betrachten und damit den sozialen Faktoren in der Beeinflussung der Gesundheit ihren Stellenwert einzuräumen. Von einer solchen ganzheitlichen Betrachtungsweise würden alle Patienten profitieren, da im Zuge einer solchen Betrachtung weitere soziale oder biographische Faktoren mit großem Einfluss auf die Gesundheit identifiziert und möglicherweise positiv beeinflusst werden könnten.

7 Fazit und Ausblick

Im Titel wurde die Frage formuliert, ob der Migrationshintergrund einen Einfluss auf das KHK-Risiko junger Patienten hat. Diese Frage lässt sich nicht abschließend beantworten, denn einerseits konnte in der vorliegenden Studie die These, dass mit dem Migrationshintergrund ein höheres KHK-Risiko für junge Patienten assoziiert ist, für die untersuchte Patientengruppe statistisch signifikant belegt werden, andererseits lässt dieses Ergebnis keineswegs den Schluss zu, dass Migranten generell gefährdeter für KHK sind als Menschen ohne Migrationshintergrund. Vielmehr kann eine solche Assoziation immer nur Ausgangspunkt für die Fragen nach den tatsächlich zugrunde liegenden Ursachen für dieses Risiko sein. Der Migrationshintergrund ist in diesem Zusammenhang als Risiko-Marker und nicht als Risikofaktor zu verstehen (vgl. Kaplan & Bennett, 2003). Die Wahrscheinlichkeit, an KHK zu erkranken, ist in der Gruppe der Migranten also möglicherweise erhöht, aber der Migrationshintergrund bzw. das „Migrant-Sein“ ist nicht selbst Ursache dieses Risikos. Manche Risikofaktoren oder Bedingungen, die die Entstehung von Risikofaktoren bedingen oder begünstigen, treten im Kontext Migration jedoch gehäuft auf. Dabei ist davon auszugehen, dass diese Faktoren weder auf diesen Kontext begrenzt sind, noch die Risikofaktoren, die bei Migranten gefunden werden können sich von denjenigen der Menschen ohne Migrationshintergrund unterscheiden (siehe Anand et al., 2008). Anders ausgedrückt: bei Migranten können keine anderen, aber vielleicht manche Risikofaktoren besonders häufig gefunden werden. Eine wichtige Rolle im Hinblick auf mögliche Ursachen spielt vermutlich die soziale Situation und die damit verknüpften psychosozialen Stressoren, denen Migranten häufiger oder in anderem Umfang ausgesetzt sind als die Ursprungsbevölkerung. Besonders anhand dieser Überlegungen wird deutlich, wie wichtig eine differenzierte Erfassung des Migrationshintergrundes in der epidemiologischen Forschung ist. Dabei ist die Wahl und transparente Darstellung der gewählten Kategorien auch vor dem Hintergrund einer kritischen Auseinandersetzung mit den historischen Zusammenhängen, die solche Kategorien mitbestimmen, unabdingbar. Auch die Vergleichsgruppe bedarf einer sorgfältigen Auswahl und kritischen Diskussion der damit verbundenen Möglichkeiten und Einschränkungen.

Denn nur so ist es möglich, Licht in die „black box“ (Junghanss, 1998) Migrationshintergrund zu bringen, um die einzelnen Einflussfaktoren, die über Krankheitsrisiken oder auch -vorteile im Kontext Migration bestimmen, miteinzubeziehen. Schlussendlich muss die ethnisch-kulturelle Diversität und die damit verbundenen Schwierigkeiten in der eindeutigen Zuordnung einzelner Individuen zu distinkten Gruppen einbezogen werden. Nur auf diese Weise kann differenziert werden, inwieweit tatsächlich migrationspezifische Aspekte und nicht allgemeingültige „*social determinants of health*“ ursächlich für die Ergebnisse sind. Die vorliegende Arbeit folgte sowohl im Hinblick auf die Methodik als auch in Bezug auf Analyse und Diskussion der Ergebnisse diesen Ansprüchen. Dabei soll diese Studie als Pilotstudie verstanden werden, die zeigen soll, dass eine solche differenzierte Datenerhebung in der Forschungspraxis umsetzbar ist. In Zukunft wären weitere, größer angelegte Studien zu diesem Thema wünschenswert.

Neben der Bestätigung der vorliegenden Ergebnisse ist die Erarbeitung, ggf. Operationalisierung und möglicherweise quantitative Erfassung der jeweils zugrundeliegenden Risikofaktoren im Kontext Migration Aufgabe weiterer Studien in diesem Feld. Aufgrund der Hinweise auf ein erhöhtes Risiko für psychische Erkrankungen in bestimmten Migrantengruppen und vor allem wegen der besonderen psychosozialen Situation, die häufig mit Migration und dem Status „Migrant“ verbunden ist sowie dem Zusammenhang zwischen psychischer und kardialer Gesundheit sollte besonders der Bereich der Psychosomatik für die weitere Forschung Beachtung finden. Da diese Stressoren nicht auf Migranten beschränkt sind und unter der Annahme, dass dieselben Stressoren unabhängig vom Migrationshintergrund Einfluss haben, liegt eine Erhebung unter Nutzung desselben Instrumentes für alle Patienten nahe.

Von der Identifikation psychosozialer und anderer Risikofaktoren und der dadurch möglichen Prävention und Intervention könnten dann folglich nicht nur Migranten, sondern Patienten unabhängig von der Herkunft und ethnischen Zugehörigkeit profitieren. Und schlussendlich kann die Sensibilisierung für den Migrationshintergrund als möglicher Risiko-Indikator nur ein weiterer Grund sein, die Biographie,

Lebensweise und die individuellen Risiken und Ressourcen jedes einzelnen Patienten in die Diagnostik und Therapie dieser Menschen mit einzubeziehen.

Zusammenfassung

Hintergrund: Trotz national und international zunehmender Forschung ist die Studienlage zum Verhältnis von Migration und Gesundheit widersprüchlich. So finden sich im Hinblick auf KHK neben Hinweisen auf ein erhöhtes Krankheitsrisiko für Migranten auch gegenteilige Aussagen. Dies beruht unter anderem auf den besonderen theoretischen und methodischen Herausforderungen bei der wissenschaftlichen Erfassung des vielschichtigen Phänomens „Migration“ und seiner möglichen Bedeutung für medizinische Fragen. Insbesondere die Bildung sinnvoller Untersuchungskategorien sowie das komplexe Zusammenspiel sozialer, kultureller, psychischer und biologischer Faktoren im Kontext von Migration stellen wesentliche Problemfelder dar.

Fragestellung: Ausgehend von klinischen Beobachtungen und kontrovers diskutierten Studienergebnissen, die unter jungen Patienten mit KHK eine erhöhte Anzahl an Migranten nahelegten, verfolgte die Untersuchung zwei Ziele: 1. Bestimmung des quantitativen Anteils von Migranten unter den jungen Patienten mit KHK am UKGM; 2. Entwicklung geeigneter Kategorien und Methodiken für die Operationalisierung des Kriteriums „Migrationshintergrund“ für medizinische Studien.

Methode: Junge Patienten (<56 Jahre) am UKGM mit Wohnort in Hessen und koronarangiographisch diagnostizierter Koronarsklerose oder KHK wurden über den Zeitraum eines Jahres mit einem für die Studie entwickelten Fragebogen erfasst. Der Fragebogen enthielt Items zur differenzierten Erfassung des Migrationshintergrundes (u. a. zu Herkunft, gesprochenen Sprachen, Einreisejahr, Migrationsmotiv, Aufenthaltsstatus, zusätzlich zu Diagnose und kardiovaskulären Risikofaktoren). Der so ermittelte Anteil an Migranten wurde anschließend mit geeigneten Daten des statistischen Bundesamtes verglichen.

Ergebnisse: Im Vergleich zur hessischen Bevölkerung wurde unter den untersuchten Patienten ein statistisch signifikant höherer Anteil ($p < 0,001$) an Menschen mit Migrationshintergrund gefunden. Die differenzierte Operationalisierung des Migrationshintergrundes ist in der Forschungspraxis umsetzbar, ermöglicht aber keine Rückschlüsse auf die Ursachen des erhöhten KHK-Risikos.

Schlussfolgerung: Für die untersuchte Patientengruppe lässt sich belegen, dass der Migrationshintergrund mit

einem erhöhten KHK-Risiko verbunden ist. Außerdem hat sich die differenzierte Erfassung des Migrationshintergrundes als in der Forschungspraxis möglich erwiesen. Das quantitative Ergebnisse sollte jedoch in einer größeren Studie überprüft werden.

Abstract

Background: Despite increasing national and international research, knowledge about the relation between migration and health remains inconsistent. Concerning the particular case of Coronary Heart disease (CHD), some studies suggest an increased risk for migrants while others indicate just the opposite. In significant parts, this problems can be explained by the particular theoretical and methodological challenges related to the operationalization of the complex phenomenon "migration" for studies in the field of medicine and health. Major problems are the development of suitable and meaningful categories for the distinction of "migrants" and "non-migrants", and research approaches to address the complex interaction of social, cultural, psychological and biological dimensions of migration in the context of health and disease. **Aims:** Based on clinical observations and controversial study results that suggest migrants to be at a higher risk to suffer CHD at comparatively younger age, this study pursued two major goals: 1st Quantitative determination of the proportion of migrants among young patients with CHD in UKGM Cardiology Department; 2nd Development of appropriate study categories and methodological approaches for the operationalization of "migration background" for medical research. **Method:** For one year, all young patients (<56 years old) at UKGM residing in Hesse with coronary heart disease diagnosed by coronary angiography were interviewed with a questionnaire that included items for a differentiated account of the individual migrant background (including country of origin, languages spoken, immigration year, migration motive, residence status) and relevant medical data (e.g. diagnosis and cardiovascular risk factors). The determined percentage of migrants was then compared to the appropriate data from the Federal Statistical Office. **Results:** Compared to the Hessian population, a statistically significantly higher proportion ($p < 0.001$) of people with a migration background was found among the young patients with CHD (36% in contrast to 22 % expected). The differentiated operationalization of migration background proved feasible for research in routine clinical practice. However, even differentiated quantitative data of this kind do not allow general conclusions concerning the causes of probably increased CHD risk among migrants. **Conclusion:** For this particular cohort of CHD patients, ist could be

proved that migration background is associated with an increased risk for coronary heart disease. More research is needed, however, both with a higher number of patients (quantitative studies applying the questionnaire to larger groups of patients) and for the development of meaningful theories to explain the relation between the complex phenomenon of migration and CHD.

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
ACE	Angiotensin Converting-Enzyme
AZR	Ausländerzentralregister
BAMF	Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
BIBB	Bundesinstitut für Berufsbildung
bzw.	beziehungsweise
et al.	und andere
HLP	Hyperlipoproteinämie
IBM	International Business Machines
KHK	Koronare Herzkrankheit
KiGGs	Kinder- und Jugendgesundheit
MI	Myokardinfarkt
PLZ	Postleitzahl
PMLD	post-migratory living difficulties
RKI	Robert-Koch-Institut
S.	Seite
SMR	Standardmortalitätsrate
SOEP	Sozio-oekonomisches Panel
SPSS	Statistical Package of the Social Sciences
UKGM	Universitätsklinikum Gießen und Marburg
Vergl.	Vergleich
WHO	World Health Organisation(Weltgesundheitsorganisation)
z.B.	zum Beispiel

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Alterspyramide nach Migrationshintergrund 2009. Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis), 2010, S. 14.....	16
Abbildung 2: Pathogenese der Atherosklerose. Einfluss vaskulärer Risikofaktoren auf Entstehung und Progression atherosklerotischer Plaques. Quelle: Baer & Rosenkranz, 2011, S.15 (Mod. nach Libby 2002).....	19
Abbildung 3: Unterschiedliche Formen atherosklerotischer Plaques. Dargestellt sind die Extremformen einer nach intraluminal wachsenden, stenosierenden Läsion, die zu Ischämie und Angina pectoris führt, und einer nach abluminal wachsenden, primär nichtstenosierenden Läsion (»vulnerable Plaque«), die durch Einriss der fibrösen Deckmembran und konsekutiver Thrombusbildung zum Gefäßverschluss und Infarkt führt. Quelle: Baer & Rosenkranz, 2011, S.18 (Mod.nach Libby u.Theroux 2005).....	20
Abbildung 4: Geburtsland, eigene Daten.....	72
Abbildung 5: Staatsangehörigkeit, eigene Daten.....	72
Abbildung 6: Muttersprache (häufigste Angaben) der Migranten der ersten Generation.....	74
Abbildung 7: Aufenthaltsdauer der Patienten mit eigener Migrationserfahrung.....	77
Abbildung 8: Alter bei Einreise nach Deutschland.....	77
Abbildung 9: Anzahl der Risikofaktoren, getrennte Darstellung nach Migrantengeneration.....	78
Abbildung 10: Schweregrad der Diagnose, getrennte Darstellung nach Migrantengeneration.....	79
Abbildung 11: Anteil der Menschen mit und ohne Migrationserfahrung in der Studiengruppe und der hessischen Bevölkerung.....	80
Abbildung 12: Herkunftsländer, Migranten der ersten Generation, eigene Daten.....	81
Abbildung 13: Herkunftsländer, Daten des Statistischen Landesamtes.....	81

Verzeichnis der Tabellen

Tabelle 1: Geburtsland.....	73
Tabelle 2: Staatsangehörigkeit.....	73
Tabelle 3: Sprachen in den Familien der Patienten mit eigener Migrationserfahrung	75
Tabelle 4: Migrationsmotiv in Abhängigkeit von der Migrantengeneration.....	76

Literaturverzeichnis

- (2004). *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights: Adopted and opened for signature, ratification and accession by General Assembly resolution 2200A (XXI) of 16 December 1966 entry into force 3 January 1976, in accordance with article 27*. Zugriff am 02.05.2013.
- (2006). *General comment No. 14: The right to the highest attainable Standard of health (Art.12): Adopted at the Twenty-second Session of the Committee on Economic, Social and Cultural Rights, on 11 August 2000*. Zugriff am 02.05.2013.
- Acevedo-Garcia, D., Bates, L. M., Osypuk, T. L. & McArdle, N. (2010). The effect of immigrant generation and duration on self-rated health among US adults 2003–2007. *Social Science & Medicine*, 71 (6), 1161-1172. Zugriff am 02.05.2013.
- Afshari, R. & Bhopal, R. S. (2002). Letters to the Editor: Changing pattern of use of 'ethnicity' and 'race' in scientific literature. *International Journal of Epidemiology* (31), 1074-1076. *International Journal of Epidemiology* 2002;31:1074–1076
- Aiello, A., Diez-Roux, A., Noone, A.-M., Ranjit, N., Cushman, M., Tsai, M. et al. (2009). Socioeconomic and psychosocial gradients in cardiovascular pathogen burden and immune response: The multi-ethnic study of atherosclerosis. *Brain, Behavior, and Immunity*, 23 (5), 663-671. Zugriff am 08.05.2013.
- American Journal of Public Health (AJPH). (2012). "What AJPH Authors Should Know": *American Journal of Public Health (AJPH) Instructions for Authors*. Zugriff am 13.08.2013.
- Anand, S. S., Islam, S., Rosengren, A., Franzosi, M. G., Steyn, K., Yusufali, A. H. et al. (2008). Risk factors for myocardial infarction in women and men: insights from the INTERHEART study. *European Heart Journal*, 29 (7), 932-940. Zugriff am 08.03.2013.
- Aparicio, M., Döring, A., Mielck, A. & Holle, R. (2005). Unterschiede zwischen Aussiedlern und der übrigen deutschen Bevölkerung bezüglich Gesundheit, Gesundheitsversorgung und Gesundheitsverhalten: eine vergleichende Analyse anhand des KORA-Surveys 2000. *Sozial- und Präventivmedizin SPM*, 50 (2), 107-118. Zugriff am 06.03.2013.
- Aragona, M., Pucci, D., Carrer, S., Catino, E., Tomaselli, E., Colosimo, F. et al. (2011). The role of post-migration living difficulties on somatization among first-generation immigrants visited in a primary care service. Zugriff am 18.01.2013.
- Baer, F. M. & Rosenkranz, S. (2011). Koronare Herzkrankheit und akutes Koronarsyndrom. In E. Erdmann (Hrsg.), *Klinische Kardiologie. Krankheiten des Herzens, des Kreislaufs und der herznahen Gefäße* (8. Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
- Beauchamp, A., Peeters, A., Tonkin, A. & Turrell, G. (2010). Best practice for prevention and treatment of cardiovascular disease through an equity lens: a review. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, 17 (5), 599-606. Zugriff am 06.03.2013.
- Becher, H., Razum, O., Kyobutungi, C. & Laki, J. (2007). Mortalität von Aussiedlern aus der ehemaligen Sowjetunion. *Deutsches Ärzteblatt*, 104 (23), A1655–A1661. Zugriff am 04.03.2013.
- Bhopal, R. (2001). Racism in medicine. *BMJ*, 322 (7301), 1503-1504.

- Bhopal, R. (2004). Glossary of terms relating to ethnicity and race: for reflection and debate. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 58 (6), 441-445. Zugriff am 25.04.2013.
- Bhopal, R. (2009). Medicine and public health in a multiethnic world. *Journal of Public Health*, 31 (3), 315-321. Zugriff am 05.03.2013.
- Bhopal, R. S. (2003). Coronary heart disease in South Asians: the scale of the problem and the challenge. In K. C. R. Patel & R. S. Bhopal (Hrsg.), *The epidemic of coronary heart disease in South Asian populations. Causes and consequences* (S. 1–18). Birmingham: South Asian Health Foundation.
- Bhopal, R. S. (2012a). *Research agenda for tackling inequalities related to migration and ethnicity in Europe*. 2. Zugriff am 04.03.2013.
- Bhopal, R. S. (2012b). *The quest for culturally sensitive health-care systems in Scotland: insights for a multi-ethnic Europe*. 1. Zugriff am 04.03.2013.
- Bhopal, R. S., Bansal, N., Fischbacher, C. M., Brown, H. & Capewell, S. (2012a). Ethnic variations in heart failure: Scottish Health and Ethnicity Linkage Study (SHELs). *Heart*, 98 (6), 468-473. Zugriff am 16.01.2013.
- Bhopal, R. S., Rafnsson, S. B., Agyemang, C., Fagot-Campagna, A., Giampaoli, S., Hammar, N. et al. (2012b). Mortality from circulatory diseases by specific country of birth across six European countries: test of concept. *The European Journal of Public Health*, 22 (3), 353-359. Zugriff am 25.04.2013.
- Bilgin, Y., Doppel, W. & Bretzel R.G. (1988). Besonderheiten bei der internistischen Betreuung türkischer Patienten mit koronarer Herzerkrankungen in einer Medizinischen Poliklinik. *Internistische Welt* (12), 55-57.
- Bohnsack, R. & Nohl, A.-M. (2001). Ethnisierung und Differenzenerfahrung: Fremdheit als alltägliches und als methodologisches Problem. *ZBBS Heft* (1), 15-36. Zugriff am 02.05.2013.
- Bongard, S., Pogge, S. F., Arslaner, H., Rohrmann, S. & Hodapp, V. (2002). Acculturation and cardiovascular reactivity of second-generation Turkish migrants in Germany. *Journal of psychosomatic research*, 53 (3), 795-803. Verfügbar unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12217454>.
- Borde, T., Braun, T. & David, M. (2005). *Unterschiede in der Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen durch deutsche Patienten/innen und Migranten/innen.: Problembeschreibung, Ursachenanalyse, Lösungsansätze. Schlussbericht*, BMBF/Spitzenverbände der Krankenkassen, Förderkennzeichen 01 GL 0009. Zugriff am 05.03.2013.
- Boyd, K. M. (2007). Ethnicity and the ethics of data linkage. *BMC Public Health*, 7 (1), 318. Zugriff am 06.03.2013.
- Boykin, S., Diez-Roux A., Carnethon M., Shrager S., Ni H. & Whitt-Glover M. (2011). Racial/ethnic Heterogeneity in the Socioeconomic Patterning of CVD Risk Factors: in the United States: The Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. *J Health Care Poor Underserved*. 2011 February ; 22(1): 111–127, 22 (1), 111-127. Zugriff am 06.03.2013.
- Bradley, E., Herrin, J., Wang, Y., McNamara, R. L., Webster, T. R. & Magid, D. J. e. a. (2004). Racial and Ethnic Differences in Time to Acute Reperfusion Therapy for Patients Hospitalized With Myocardial Infarction. *JAMA*, 292 (13), 1563-1572. Zugriff am 05.03.2013.

- Braun, L., Fausto-Sterling, A., Fullwiley, D., Hammonds, E. M., Nelson, A. & Quivers, W. (2007). Racial Categories in Medical Practice: How Useful Are They? *Plos Medicine*, 4 (9), 1423-1428.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. (2013). *Migrationsbericht 2011 - Zentrale Ergebnisse*. Zugriff am 15.03.2013.
- Bundesärztekammer, B. Ä. (2012). *Nationale VersorgungsLeitlinie Chronische KHK - Langfassung. Version 1.13*. Zugriff am 17.04.2013.
- Bundeszentrale für politische Bildung. (2008, 29. August). *Armutsgefährdungsquoten von Migrantinnen*. Zugriff am 17.04.2013.
- Butler, J., Albrecht, N.-J., Ellsäßer, G., Gavranidou, M., Habermann, M., Lindert, J. et al. (2007). Migrationssensible Datenerhebung für die Gesundheitsberichterstattung. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 50 (10), 1232-1239. Zugriff am 02.05.2013.
- Butler, J. & Rohmann, C. (2010). Einleitung : Migrationssensible Erhebung von Daten für die Gesundheits- und Pflegeberichterstattung. In Beauftragte der Bundesregierung (Hrsg.), *Migrationssensible Datenerhebung für die Gesundheits- und Pflegeberichterstattung* (1. Aufl., S. 8–12). Berlin.
- Butterwegge, C. (2013). *Neue Zuwanderungs- und Integrationspolitik seit 2005*, Bundeszentrale für politische Bildung. Zugriff am 06.06.2013. Verfügbar unter <http://www.bpb.de/gesellschaft/migration/dossier-migration/56340/neue-migrationspolitik>.
- Castañeda, H. (2012). “Over-Foreignization” or “Unused Potential”? A critical review of migrant health in Germany and responses toward unauthorized migration. *Social Science & Medicine*, 74 (6), 830-838. Zugriff am 17.04.2013.
- Chang, V. (2008). Affect and heart disease. *BMJ*, 337 (jun30 1), a549. Zugriff am 25.04.2013.
- Davidson, K. W., Mostofsky, E. & Whang, W. (2010). Don't worry, be happy: positive affect and reduced 10-year incident coronary heart disease: The Canadian Nova Scotia Health Survey. *European Heart Journal*, 31 (9), 1065-1070.
- Davies, A., Basten, A. & Frattini, C. (2006). *Migration: a social determinant of migrants' health: Background Paper*, International Organisation for Migration. Zugriff am 08.05.2013.
- Denollet, J., Pedersen, S. S., Daemen, J., Jaegere, P. de, Serruys, P. W. & van Domburg, R. T. (2008). Reduced positive affect (anhedonia) predicts major clinical events following implantation of coronary-artery stents. *Journal of Internal Medicine*, 263 (2), 203-211. Zugriff am 25.04.2013.
- Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung. (2007). *DIW Berlin: Über uns*, DIW Berlin. Zugriff am 27.06.2013. Verfügbar unter http://www.diw.de/de/diw_02.c.221178.de/ueber_uns.html.
- Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, F. u. I. (Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, F., Hrsg.). (2012). *9. Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland*. Zugriff am 07.03.2013.
- Ding, H. & Hargraves, L. (2009). Stress-Associated Poor Health Among Adult Immigrants with a Language Barrier in the United States. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 11 (6), 446-452. Zugriff am 02.05.2013.
- Duke, M. R., Bourdeau, B. & Hovey, J. D. (2010). Day laborers and occupational stress: Testing the Migrant Stress Inventory with a Latino day laborer population.

- Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 16 (2), 116-122. Zugriff am 18.01.2013.
- Editorial. (2000). Census, race and science. *Nature Genetics*, 24 (2), 97-98.
- Ellison, G., Smart, A., Tutton, R., Outram, S., Ashcroft, R. & Martin, P. (2007). Racial Categories in Medical Practice: A Failure of Evidence-Based Practice? *PLoS Medicine*, 4 (9), e287.
- Epstein, F. H. & Ross, R. (1999). Atherosclerosis — An Inflammatory Disease. *New England Journal of Medicine*, 340 (2), 115-126. Zugriff am 25.04.2013.
- Fassaert, T., Hesselink, A. E. & Verhoeff, A. P. (2009). Acculturation and use of health care services by Turkish and Moroccan migrants: a cross-sectional population-based study. *BMC Public Health*, 9 (1), 332. Zugriff am 02.05.2013.
- Framingham Heart Study. (2011, 10. Juni). *Research Milestones Framingham Heart Study*. Zugriff am 17.04.2013. Verfügbar unter <http://www.framinghamheartstudy.org/about/milestones.html>.
- Haasen, C., Demiralay, C. & Reimer, J. (2008). Acculturation and mental distress among Russian and Iranian migrants in Germany. *European Psychiatry*, 23, 10-13. Zugriff am 18.01.2013.
- Hanewinkel, v. & Engler, M. (2013). *Die aktuelle Entwicklung der Zuwanderung nach Deutschland*, Bundeszentrale für politische Bildung. Verfügbar unter <http://www.bpb.de/gesellschaft/migration/dossier-migration/155584/deutschland>.
- Herbert, U. (2001). *Geschichte der Ausländerpolitik in Deutschland: Saisonarbeiter, Zwangsarbeiter, Gastarbeiter, Flüchtlinge*. München: Beck.
- Holmes, S. (2006). An Ethnographic Study of the Social Context of Migrant Health in the United States. *PLoS Medicine*, 3 (10), e448. Zugriff am 06.03.2013.
- Inowlocki, L. (2010). Psychosoziale Versorgung unter Gesichtspunkten von Diversität, Inklusion und Partizipation: Perspektiven einer qualitativ-interpretativen Sozialforschung. In Beauftragte der Bundesregierung (Hrsg.), *Migrationssensible Datenerhebung für die Gesundheits- und Pflegeberichterstattung* (1. Aufl., S. 145–154). Berlin.
- International Organisation for Migration. (2013). *Key Migration Terms - International Organization for Migration*. Zugriff am 13.08.2013. Verfügbar unter <http://www.iom.int/cms/en/sites/iom/home/about-migration/key-migration-terms-1.html#Migrant>.
- JAMA Network. *Instructions For Authors*. Zugriff am 13.08.2013. Verfügbar unter <http://jama.jamanetwork.com/public/instructionsForAuthors.aspx#ref9>.
- Johnson, R. L., Roter, D., Powe, N. R. & Cooper, L. A. (2004). Patient Race/Ethnicity and Quality of Patient–Physician Communication During Medical Visits. *American Journal of Public Health*, 94 (12), 2084-2090. Zugriff am 06.03.2013.
- Juhász, J., Makara, P. & Taller, A. (European Commission, Hrsg.). (2010). *Possibilities and limitations of comparative research on international migration and health: Working Paper No. 09*. Zugriff am 08.05.2013.
- Junghanss. (1998). Editorial: How unhealthy is migrating? *Tropical Medicine and International Health*, 3 (12), 933-934. Zugriff am 12.08.2013.
- Kaplan, J. B. & Bennett, T. (2003). Use of Race and Ethnicity in Biomedical Publication. *JAMA*, 289 (2709-2716). Zugriff am 09.07.2013.

- Khattar, R., Swales, J., Senior, R. & Lahiri, A. (2000). Racial variation in cardiovascular morbidity and mortality in essential hypertension. *Heart* (83), 267-271.
- Kirmayer, L. J. & Sartorius, N. (2007). Cultural Models and Somatic Syndromes. *Psychosomatic Medicine*, 69 (9), 832-840. Zugriff am 06.03.2013.
- Kleinman, A. & Benson, P. (2006). Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competency and How to Fix It. *PLoS Medicine*, 3 (10), e294. Zugriff am 17.04.2013.
- Knipper, M. (2013). Migrationshintergrund? Plädoyer für eine zeitgemäße Beachtung der sozialen und kulturellen Hintergründe von Kindergesundheit in Deutschland. In Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. (Hrsg.), *Migrantinnen und Migranten in der Pädiatrie/BVKJ-Schwerpunktthema 2013* (S. 65–69). Zugriff am 12.06.2013. Zugriff am 12.06.2013.
- Knipper, M. & Bilgin, Y. (2009). *Migration und Gesundheit*. Sankt Augustin, Berlin: Konrad-Adenauer-Stiftung.
- Knipper, M. & Bilgin, Y. (2010). Migration und andere Hintergründe. *Deutsches Ärzteblatt | Jg. 107 | Heft 3 | 22. Januar 2010*, 107 (3), 76-79. Zugriff am 04.03.2013.
- Knipper, M. & Wolf, A. (2004). Methoden und Methodologie medizinethnologischer Forschung. *Curare. Zeitschrift für Ethnomedizin und transkulturelle Psychiatrie* 27, 61-72.
- Kohls, M. (2008a). *Healthy-Migrant-Effect, Erfassungsfehler und andere Schwierigkeiten bei der Analyse der Mortalität von Migranten: Eine Bestandsaufnahme* (Working Paper 15 der Forschungsgruppe des Bundesamtes WorkingPaper erschienen 2008).
- Kohls, M. (2008b). *Leben Migranten wirklich länger?: Eine empirische Analyse der Mortalität von Migranten in Deutschland* (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Hrsg.) (Working Paper 16 der Forschungsgruppe des Bundesamtes erschienen 2008).
- Kohls, M. (2011). *Morbidität und Mortalität von Migranten in Deutschland* (1. Aufl.) (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Hrsg.). Nürnberg, Mittelfr: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.
- Kooner, J. & Chambers, J. C. (2003). Conceptualising the causes of coronary heart disease in South Asians. In K. C. R. Patel & R. S. Bhopal (Hrsg.), *The epidemic of coronary heart disease in South Asian populations. Causes and consequences* (S. 19–47). Birmingham: South Asian Health Foundation.
- Kornischka, J. & Agelink M. (2007). Zu dem Beitrag: Mortalität von Aussiedlern aus der ehemaligen Sowjetunion: Ergebnisse einer Kohortenstudie. *Deutsches Ärzteblatt*, 104 (37), A 2511. Zugriff am 04.03.2013.
- Kornischka, J., Assion, H.-J., Ziegenbein, M. & Agelink, M. W. (2008). Psychosoziale Belastungsfaktoren und psychische Erkrankungen bei Spätaussiedlern. *Psychiatrische Praxis* (35), 60-66.
- Krieger, N. (2000). Am J Publ H 2000 Krieger Editorial Race and Ethnicity: Counting Accountably: Implications of the New Approaches to Classifying Race/Ethnicity in the 2000 Census. *1688 American Journal of Public Health November 2000, Vol. 90, No. 11, 90* (11), 1687-1689.
- Laird, L. D., Marrais, J. de & Barnes, L. L. (2007). Portraying Islam and Muslims in MEDLINE: A content analysis. *Social Science & Medicine*, 65 (12), 2425-2439.

- Libby, P. (2005). Pathophysiology of Coronary Artery Disease. *Circulation*, *111* (25), 3481-3488. Zugriff am 01.07.2013.
- Lindert, J., Brähler, E., Wittig, U., Mielck, A. & Proebe, S. (2008). Depressivität, Angst und posttraumatische Belastungsstörungen bei Arbeitsmigranten, Asylbewerbern und Flüchtlingen. *sychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* *58*, S. 109-122. (58), 109-122. Zugriff am 06.03.2013.
- Lindert, J., Ehrenstein, O. S. von, Priebe, S., Mielck, A. & Brähler, E. (2009). Depression and anxiety in labor migrants and refugees – A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, *69* (2), 246-257. Zugriff am 25.04.2013.
- Lundberg, J., Bobak, M., Malyutina, S., Kristenson, M. & Pikhart, H. (2007). Adverse health effects of low levels of perceived control in Swedish and Russian community samples. *BMC Public Health*, *7* (1), 314. Zugriff am 04.03.2013.
- Meyer, J., Breithardt, G., Erbel, R., Erdmann, E., Gohlke, H., Hanrath, P. et al. (1998). Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung Leitlinie: Koronare Herzkrankheit / Angina pectoris. *Zeitschrift für Kardiologie*, *87*, 907-911. Zugriff am 17.08.2013.
- Mladovsky, P., Rechel, B., Ingleby, D. & McKee, M. (2012). Responding to diversity: An exploratory study of migrant health policies in Europe. *Health Policy*, *105* (1), 1-9. Zugriff am 08.05.2013.
- Moe, G. W. & Tu, J. (2010). Heart failure in the ethnic minorities. *Current Opinion in Cardiology*, *25* (2), 124-130. Zugriff am 06.03.2013.
- Müller, D. J., Kluge, U. & Heinz, A. (2013). Haben die Ostfriesen andere Gene?: Pharmakotherapie und Ethnizität in Zeiten globaler Migration. *Deutsches Ärzteblatt*, *110* (8), A 314–7. Zugriff am 09.08.2013.
- Nielsen, S. & Krasnik, A. (2010). *Poorer self-perceived health among migrants and ethnic minorities versus the majority population in Europe: a systematic review*. 5. Zugriff am 02.05.2013.
- Nielsen, S., Krasnik, A. & Rosano, A. (2009). Registry data for cross-country comparisons of migrants' healthcare utilization in the EU: a survey study of availability and content. *BMC Health Services Research*, *9* (1), 210. Zugriff am 06.03.2013.
- Norredam, M., Nielsen, S. & Krasnik, A. (2010). Migrants' utilization of somatic healthcare services in Europe--a systematic review. *The European Journal of Public Health*, *20* (5), 555-563. Zugriff am 08.05.2013.
- Patel, J. V., Vyas, A., Cruickshank, J. K., Prabhakaran, D., Hughes, E., Reddy, K. S. et al. (2006). Impact of migration on coronary heart disease risk factors: Comparison of Gujaratis in Britain and their contemporaries in villages of origin in India. *Atherosclerosis*, *185* (2), 297-306. Zugriff am 08.05.2013.
- PLoS Medicine. *PLoS Medicine Guidelines for Authors*. Zugriff am 13.08.2013. Verfügbar unter <http://www.plosmedicine.org/static/guidelines;jsessionid=08C35536E1A70AFFEA6ACA59652EA2F9>.
- Porsch-Oezçueruemez, M., Bilgin, Y., Wollny, M., Gediz, A., Arat, A., Karatay, E. et al. (1999). Prevalence of risk factors of coronary heart disease in Turks living in Germany: The Giessen Study. *Atherosclerosis*, *144* (1), 185-198. Verfügbar unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10381292>.
- Rafnsson, S. B. & Bhopal, R. S. (2009). Large-scale epidemiological data on cardiovascular diseases and diabetes in migrant and ethnic minority groups in

- Europe. *The European Journal of Public Health*, 19 (5), 484-491. Zugriff am 06.03.2013.
- Rafnsson, S. B., Bhopal, R. S., Agyemang, C., Fagot-Campagna, A., Harding, S., Hammar, N. et al. (2013). Sizable variations in circulatory disease mortality by region and country of birth in six European countries. *The European Journal of Public Health*. Zugriff am 25.04.2013.
- Razum, O., Geiger, I., Zeeb, H. & Ronellenfitsch, U. (2004). Gesundheitsversorgung von Migranten. *Deutsches Ärzteblatt*, 101 (43), 2882-2887.
- Razum, O. & Rohrmann, S. (2002). Der Healthy-migrant-Effekt: Bedeutung von Auswahlprozessen bei der Migration und Late-entry-Bias. *Das Gesundheitswesen*, 64 (2), 82-88. Zugriff am 02.05.2013.
- Razum, O., Zeeb H., Meesmann U., Schenk L., Bredehorst M. & Brzoska P. et al. (2008). *Migration und Gesundheit*. Berlin: Robert-Koch-Inst.
- Razum, O. & Zeeb, H. (2000). Risk of coronary heart disease among Turkish migrants to Germany: further epidemiological evidence. *Atherosclerosis*, 150 (2), 439-440.
- Rechel, B., Mladovsky, P., Ingleby, D., Mackenbach, J. P. & McKee, M. (2013). Migration and health in an increasingly diverse Europe. *The Lancet*, 381 (9873), 1235-1245. Zugriff am 07.05.2013.
- Riede, U.-N., Schaefer, H.-E. & Adler, C. P. (1995). *Allgemeine und spezielle Pathologie* (4. Aufl.). Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.
- Rosengren, A., Hawken, S., Ôunpuu, S., Sliwa, K., Zubaid, M., Almahmeed, W. A. et al. (2004). Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11 119 cases and 13 648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *The Lancet*, 364 (9438), 953-962. Zugriff am 08.05.2013.
- Sander, M. (2008). *Changes in immigrants' Body Mass Index with their duration of residence in Germany: SOEPpapers on Multidisciplinary Panel Data Research 122*. Zugriff am 02.05.2013.
- Scarborough, P., Bhatnagar, P., Kaur, A., Wickramasinghe, K. & Rayner, M. (British Heart Foundation Health Promotion Research Group: British Heart Foundation., Hrsg.). (2010). *Ethnic differences in cardiovascular disease: 2010 edition*. Zugriff am 06.03.2013.
- Schenk, L. (2002). Migrantenspezifische Teilnahmebarrieren und Zugangsmöglichkeiten im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey. *Das Gesundheitswesen*, 64, 59-68. Zugriff am 02.05.2013.
- Schenk, L. (2007). Migration und Gesundheit – Entwicklung eines Erklärungs- und Analysemodells für epidemiologische Studien. *International Journal of Public Health*, 52 (2), 87-96. Zugriff am 25.04.2013.
- Schenk, L., Bau, A.-M., Borde, T., Butler, J., Lampert, T., Neuhauser, H. et al. (2006). Mindestindikatoren zur Erfassung des Migrationsstatus. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 49 (9), 853-860. Zugriff am 23.04.2013.
- Schenk, L., Ellert, U. & Neuhauser, H. (2007). Zur Erfassung des Migrationshintergrundes in KiGGS – Wie differenziert muss ein Instrument sein? In *Gesundheit Berlin* (Hrsg.), *Dokumentation 12. bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit, Berlin 2007*. Zugriff am 15.03.2013.

- Schenk, L. & Neuhauser, H. (2005). Methodische Standards für eine migrantensensible Forschung in der Epidemiologie. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforsch. Gesundheitsschutz*, 48 (3), 279-286.
- Schmacke, N. (2010). Deutschland: (K)Ein Einwanderungsland. In Beauftragte der Bundesregierung (Hrsg.), *Migrationssensible Datenerhebung für die Gesundheits- und Pflegeberichterstattung* (1. Aufl., S. 26–30). Berlin.
- Schneider, C. A. (2011). Kardiovaskuläre Risikofaktoren und deren therapeutische Beeinflussung. In E. Erdmann (Hrsg.), *Klinische Kardiologie. Krankheiten des Herzens, des Kreislaufs und der herznahen Gefäße* (8. Aufl., S. 1–12). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
- Settelmeier, A. & Erbe, J. (2010). *Migrationshintergrund: Zur Operationalisierung des Begriffs in der Berufsbildungsforschung Heft 112*. Wissenschaftliche Diskussionspapiere. Bonn. Zugriff am 17.04.2013.
- Sinus Sociovision. (2008). *Zentrale Ergebnisse der Sinus-Studie über Migranten-Milieus in Deutschland*. Zugriff am 05.03.2013.
- Smith, G. D. (2000). Learning to Live With Complexity: Ethnicity, Socioeconomic Position, and Health in Britain and the United States. *American Journal of Public Health*, 90 (11), 1694-1698.
- Stafford, M., Newbold, B. K. & Ross, N. A. (2011). Psychological Distress Among Immigrants and Visible Minorities in Canada: a Contextual Analysis. *International Journal of Social Psychiatry*, 57 (4), 428-441. Zugriff am 18.01.2013.
- Stalker, P. (2002). Migration Trends and Migration Policy in Europe. *International Migration* 40 (5), 151-179. Zugriff am 06.03.2013.
- Statistisches Bundesamt (destatis) (2008). *Bevölkerung mit Migrationshintergrund - Fachserie 1 Reihe 2.2 - 2005*. Zugriff am 17.04.2013.
- Statistisches Bundesamt (Destatis). (2011). *Ergebnisse des Mikrozensus 2009, Sonderauswertung*.
- Statistisches Bundesamt (Destatis). (2009). *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit - Ergebnisse des Mikrozensus 2005: - Fachserie 1 Reihe 2.2 - 2005*. Zugriff am 18.06.2013.
- Statistisches Bundesamt (Destatis). (2010). *Bevölkerung mit Migrationshintergrund - Ergebnisse des Mikrozensus 2010 - Fachserie 1 Reihe 2.2*. Zugriff am 11.03.2013.
- Statistisches Bundesamt (Destatis). (2012a). *Bevölkerung mit Migrationshintergrund - Ergebnisse des Mikrozensus 2011: Fachserie 1 Reihe 2.2*. Zugriff am 11.03.2013.
- Statistisches Bundesamt (Destatis). (2012b). *Todesursachen in Deutschland - Fachserie 12 Reihe 4 - 2011*. Zugriff am 19.04.2013.
- Statistisches Bundesamt (Destatis). (2012c). *Sterbefälle insgesamt 2011 nach den 10 häufigsten Todesursachen der ICD-10*, Statistisches Bundesamt (Destatis). Zugriff am 18.08.2013. Verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/SterbefaelleInsgesamt.html>
- Steinlein, O. (2008). Autosomal-rezessive Erkrankungen in Migrantenfamilien. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 156 (4), 330-336.
- Timmann, C.; Schumacher, J.; Lamprecht, P.; Sudeck, H.; Horstmann, R. (2004). Genetisch bedingte Fiebersyndrome: Klinik, Genetik, Diagnose und Therapie. *Deutsches Ärzteblatt* 101(48), A-3262-3269.

- TNS Infratest Sozialforschung. (2011a). *Leben in Deutschland - Befragung 2012 zur sozialen Lage der Haushalte: Zusatzfragebogen: "Lebenslauf"*, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung. Zugriff am 27.06.2013.
- TNS Infratest Sozialforschung. (2011b). *Leben in Deutschland - Befragung 2012 zur sozialen Lage der Haushalte: Personenfragebogen für alle*, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung. Zugriff am 27.06.2013.
- Treibel, A. (2003). *Migration in modernen Gesellschaften: Soziale Folgen von Einwanderung*. Zugriff am 18.08.2013. Verfügbar unter http://books.google.de/booksid=wKnHghzz71UC&printsec=frontcover&hl=de&source=gbs_similarbooks_r&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- Unabhängige Kommission "Zuwanderung". (2001). *Zuwanderung gestalten ... Integration fördern: Bericht der Unabhängigen Kommission „Zuwanderung“*. Zugriff am 06.06.2013.
- United Nations Economic and Social Council (2011). *Consideration of reports submitted by States parties under Articles 16 and 17 of the Covenant: Concluding Observations of the Committee on Economic, Social and Cultural Rights Germany*, Genf. Zugriff am 02.05.2013.
- Universitätsklinikum Gießen. (2013). *Klinikeigene Statistik: Koronarangiographien 01.03.2010-28.02.2011*.
- Weishaar, H. (2008). Consequences of international migration: A qualitative study on stress among Polish migrant workers in Scotland. *Public Health*, 122 (11), 1250-1256. Zugriff am 18.01.2013.
- Wengler, A. (2011). The health status of first- and second-generation Turkish immigrants in Germany. *International Journal of Public Health*, 56 (5), 493-501. Zugriff am 25.04.2013.
- Wesselman, E. & Butler, J. (2010). Datenerfassung von Migrantinnen und Migranten im Städtischen Klinikum München GmbH (StKM). In Beauftragte der Bundesregierung (Hrsg.), *Migrationssensible Datenerhebung für die Gesundheits- und Pflegeberichterstattung* (1. Aufl., S. 56–64). Berlin.
- Wiking, E., Johansson, S. E. & Sundquist, J. (2004). Ethnicity, acculturation, and self reported health. A population based study among immigrants from Poland, Turkey, and Iran in Sweden. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 58 (7), 574-582. Zugriff am 08.05.2013.
- Williams, R. & Harding, S. (2003). Poverty, stress and racism as factors in South Asian Heart Disease. In K. C. R. Patel & R. S. Bhopal (Hrsg.), *The epidemic of coronary heart disease in South Asian populations. Causes and consequences* (S. 135–143). Birmingham: South Asian Health Foundation.
- Winker, M. A. (2004). Measuring Race and Ethnicity: Why and How? *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 292 (13), 1612.
- Wittig, U., Lindert, J., Merbach, M. & Brähler, E. (2008). Mental health of patients from different cultures in Germany. *European Psychiatry*, 23, 28-35. Zugriff am 25.04.2013.
- Wittig, U., Merbach, M., Siefen, R. & Brähler, E. (2004). Beschwerden und Inanspruchnahme des Gesundheitswesens von Spätaussiedlern bei Einreise nach Deutschland. *Das Gesundheitswesen*, 66 (02), 85-92. Zugriff am 02.05.2013.
- World Health Organization. (2002). *25 Questions & Answers on Health & Human Rights on: Health & Human Rights Publication Series Issue No.1.*, Zugriff am 02.05.2013.

- World Health Organization. (2013). *WHO | Cardiovascular diseases (CVDs)*, World Health Organization. Zugriff am 02.05.2013. Verfügbar unter <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html>.
- Yusuf, S., Hawken, S., Ôunpuu, S., Dans, T., Avezum, A., Lanas, F. et al. (2004). Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *The Lancet*, 364 (9438), 937-952. Zugriff am 08.03.2013.
- Zeeb, H. & Razum, O. (2006). Epidemiologische Studien in der Migrationsforschung. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 49 (9), 845-852.
- Zimmerman, C., Kiss, L. & Hossain, M. (2011). Migration and Health: A Framework for 21st Century Policy-Making. *PLoS Medicine*, 8 (5), e1001034. Zugriff am 08.05.2013.

Anhang

Anhang I: Fragebogen

Fragebogen zur Patientenerfassung

Name

Station

Datum an dem der Fragebogen ausgefüllt wurde

Geburtsdatum (Alter)

Geschlecht

weiblich

männlich

Diagnose

KHK in der Familie?

Aufnahmedatum (Entlassung)

Wohnort + PLZ:

Geburtsland

Geburtsland der Eltern

Staatsangehörigkeit

Staatsangehörigkeit der Eltern

Staatsangehörigkeit der Großeltern

Migrant

1.Generation

2.Generation

3.Generation

Einreisejahr (Einreisealter/Aufenthaltsdauer)

Migrationsmotiv (falls keine eigene Migrationserfahrung: der Eltern/Großeltern)

1. Gastarbeiter/Vertragsarbeiter/ausländischer Arbeitnehmer
2. (Spät-) Aussiedler
3. Kriegsflüchtling /Vertriebener
4. Ehegatte oder Kind einer bereits in Deutschland lebenden Person
5. Student
6. Sonstige:

Aufenthaltsstatus:

1. „legal“:(welche Art, nur grob)
2. Asylbewerber
3. Asylberechtigter
4. ohne Papiere

In der Familie gesprochene Sprachen

Muttersprache

Risikofaktoren:

1.Hypercholesterinämie

2.arterielle Hypertonie

3.Adipositas

4.Nikotinabusus

5.Diabetes mellitus

Quellen

Erklärung

„Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne unzulässige Hilfe oder Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Textstellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder nichtveröffentlichten Schriften entnommen sind, und alle Angaben, die auf mündlichen Auskünften beruhen, sind als solche kenntlich gemacht. Bei den von mir durchgeführten und in der Dissertation erwähnten Untersuchungen habe ich die Grundsätze guter wissenschaftlicher Praxis, wie sie in der „Satzung der Justus-Liebig-Universität Gießen zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis“ niedergelegt sind, eingehalten sowie ethische, datenschutzrechtliche und tierschutzrechtliche Grundsätze befolgt. Ich versichere, dass Dritte von mir weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten haben, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen, oder habe diese nachstehend spezifiziert. Die vorgelegte Arbeit wurde weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde zum Zweck einer Promotion oder eines anderen Prüfungsverfahrens vorgelegt. Alles aus anderen Quellen und von anderen Personen übernommene Material, das in der Arbeit verwendet wurde oder auf das direkt Bezug genommen wird, wurde als solches kenntlich gemacht. Insbesondere wurden alle Personen genannt, die direkt und indirekt an der Entstehung der vorliegenden Arbeit beteiligt waren. Mit der Überprüfung meiner Arbeit durch eine Plagiatserkennungssoftware bzw. ein internetbasiertes Softwareprogramm erkläre ich mich einverstanden.“

Gießen, den 23.08.2013

Lisa Ivy Maria Mack

Danksagung

Mein besonderer Dank gilt Herrn PD Dr. Michael Knipper für die Überlassung des Themas und die vielfältige Unterstützung und Anregung bei der Ausarbeitung und Umsetzung des Forschungsvorhabens sowie der Verschriftlichung dieser Arbeit. Seine Anleitung, viele Diskussionen und persönliche Gespräche mit ihm ermöglichten mir ein differenziertere Sicht auf viele Inhalte dieser Arbeit und erschlossen mir die Perspektive der Ethnologie. Auf diese Weise hat er nicht nur diese Arbeit möglich gemacht, sondern auch meine persönliche Entwicklung befördert.

Herrn Joern Pons-Kühnemann von der AG medizinisches Statistik danke ich für die Unterstützung bei der statistischen Auswertung und die Überprüfung der Berechnung und Darstellung der Daten auf Richtigkeit.

Herr Dr. Dursun Gündüz trug durch seine engagierte fachliche Beratung aus dem Bereich der Kardiologie und darüber hinaus wesentlich zum Gelingen dieser Arbeit bei. Außerdem unterstützte er mich bei der Vervollständigung und Beurteilung der erhobenen Daten.

Die Stationsärztinnen und -ärzte der kardiologischen Stationen am UKGM waren mir eine große Hilfe bei der Auswahl der Patienten. Frau Fedra Hayeri und Frau Lea Zimmermann haben mich dankenswerterweise bei der Datenerhebung unterstützt.

Herrn Dr. Philipp Stieger danke ich für die Einarbeitung in das KAOS-Programm, und seine fachliche Beratung.

Bei Frau Dr. Friederike Herr, Herrn Dr. Christoffer Krug und Herrn Boris Veith möchte ich mich ganz herzlich für die kritische Durchsicht und konstruktive Kritik an dieser Arbeit bedanken. Auch Herr Nils Koerlings hat durch die fachliche Beratung für das KHK-Kapitel einen wichtigen Beitrag zur Entstehung dieser Arbeit geleistet.

Herr Prof. Volker Roelke hat mir nicht nur einen Arbeitsplatz und den Zugang zum Institut zur Verfügung gestellt, sondern verfolgte die Entstehung dieser Arbeit stets mit

Interesse und ermöglichte mir die außerdem Vorstellung dieser Arbeit im institutsinternen Kolloquium. Die Mitarbeiterinnen am Institut für Geschichte der Medizin, besonders Frau Irene Serrano und Frau Inessa Markus, haben mit mir viele Pausen verbracht und einige Krisen durchgestanden, vielen Dank dafür!

Und schließlich möchte ich vor allem meinem Mann danken, dass er mir die Arbeit an diesem Projekt ermöglicht hat und mir nicht nur bei der Eingabe in Excel und bei der Einbindung der Grafiken eine unentbehrliche Hilfe war.