

# Migration und Gesundheit – Entwicklung eines Erklärungs- und Analysemodells für epidemiologische Studien

Liane Schenk

*Institut für Medizinische Soziologie am Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften, Charité-Universitätsmedizin Berlin, Deutschland*

**Submitted: 9 January 2006; Revised: 7 June 2006; Accepted: 5 October 2006**

## Summary

### Migration and Health – Developing an explanatory and analytical Model for Epidemiological Studies

Migrant status, including ethnic minority status, is an important determinant of health inequalities. Previous studies point to a complex, multifactorial relationship between migration and health, however current explanatory approaches focus mostly on the effects of single determinants. In this article, an explanatory and analytical model of migration and health will be developed in an effort to structure and integrate previous approaches by drawing upon existing definitions of the target population and theories of the relationship between migration and health status.

**Keywords:** Health inequality – Migrant – Ethnicity – Race – Definition – Approaches.

Ethnische Zugehörigkeit ist ein zentrales Strukturierungsprinzip von Gesellschaften geworden und dient zudem als Orientierungsrahmen für soziales Handeln (Groenemeyer & Mansel 2003). In letzter Zeit rücken ethnische und migrationsbedingte Differenzen als Determinante gesundheitlicher Ungleichheit zunehmend in den Blickwinkel epidemiologischer Forschung.

Welche gesundheitlichen Auswirkungen ein Leben mit Migrationshintergrund bzw. mit ethnischem Minderheitenstatus hat, ist bislang nicht zuverlässig geklärt. Internationale und nationale Ergebnisse liefern Hinweise, dass Migrantenpopulationen bzw. ethnische Minderheiten in einigen Bereichen größeren gesundheitlichen Risiken unterliegen als Personen ohne Migrationshintergrund. Berichtet werden beispielsweise

höhere Erkrankungsraten an Infektionskrankheiten wie Tuberkulose, HIV und Hepatitis B und C (Altmann et al. 2005; Halfen et al. 2003), eine stärkere Betroffenheit von Übergewicht und Adipositas (Delekat 2003; Erb & Winkler 2004, Frederiks et al. 2005; Gawrich 2004; Kuepper-Nybelen et al. 2005; Lindstrom & Sundquist 2005; Will et al. 2005), eine schlechtere Zahngesundheit und ein auffälligeres Zahnpflegeverhalten (Kühnisch et al. 2003; Rajab et al. 2002; Sundby & Pedersen 2003; Taani 2002; Van Steenkiste 2003). In anderen Bereichen scheinen Personen aus Migrantenfamilien genauso oder sogar weniger gefährdet zu sein als Personen ohne Migrationshintergrund. So leiden Migranten seltener unter Asthma, Neurodermitis und Heuschnupfen (Grüber 2005; Rottem et al. 2005; Windorfer & Bruns-Philipps 2002) und haben eine geringere Sterblichkeit an koronarer Herzkrankheit (Razum & Twardella 2002).

Bisherige Untersuchungen verweisen auf einen sehr komplexen Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit. Migranten gehören häufiger sozial benachteiligten Schichten an und leben überproportional oft in prekären Erwerbs- und Einkommenssituationen. Eine soziale Benachteiligung schlägt sich auch in der Bildungssituation der Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund nieder. Schüler mit ausländischer Staatsangehörigkeit haben häufiger nur einen niedrigen oder gar keinen Schulabschluss (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2005). Migranten tragen damit aufgrund ihrer benachteiligten sozialen Lage größere Krankheitsrisiken als Nicht-Migranten.

Der niedrigere Sozialstatus kann jedoch als alleiniger Faktor gesundheitliche Ungleichheiten zwischen Migranten und Nicht-Migranten nicht hinreichend erklären. So bleibt ungeklärt, warum bei Betrachtung von Personen derselben Sozialschicht der Migrationshintergrund ein zusätzlicher Risikofaktor sein kann oder warum in einigen Bereichen trotz sozialer

Benachteiligung günstigere Gesundheitsaussichten bestehen (Schenk 2005). Es müssen daher weitere erklärende Faktoren herangezogen werden, die sich etwa aus einem anderen kulturellen Hintergrund, aus der gesundheitlichen und sozialen Lage im Herkunftsland oder aus speziellen Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem ergeben. Gleichzeitig ist zu berücksichtigen, dass Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken innerhalb der Migrantenpopulation stark differieren und sich im Verlaufe des Aufenthalts im Zielland ändern können. Ausgehend von vorhandenen Definitionen der Zielpopulation sowie vorhandenen Konzepten zur Erklärung des Zusammenhangs von Migration und Gesundheit wird in diesem Beitrag ein Erklärungs- und Analysemodell vorgestellt, das die bisherigen Ansätze zu integrieren versucht. Das Modell schließt potenzielle Einflussfaktoren ein, versucht diese in Beziehung zu setzen und bietet so eine Strukturierungshilfe für Analysen migrationspezifischer Fragestellungen in der Epidemiologie.

### **„Rasse“, „Ethnie und Ethnizität“, „Nation und Nationalität“, „Migration, Migrant und Migrationshintergrund“ – Begriffsbestimmungen zur Definition der Zielpopulation**

Die begriffliche Einordnung der Zielpopulation hat Konsequenzen für ihre Operationalisierung und steckt den analytischen Rahmen für Auswertungen ab. Mit „Rasse“, „Ethnie“, „Nationalität“ oder „Migrant“ findet sich nicht nur eine Begriffsvielfalt zur Bezeichnung der interessierenden Personengruppe, sondern hinter jedem Begriff verbergen sich wiederum verschiedene theoretische Konzepte. Gleichzeitig sind die einzelnen Begriffe, so wie sie in der Epidemiologie Verwendung finden, nicht trennscharf und nur schwer oder gar nicht voneinander abgrenzbar. In der internationalen epidemiologischen/medizinischen Forschung werden vor allem die Konzepte „race“ und „ethnicity“ kontrovers diskutiert (Bhopal 2004; Kaplan & Bennett 2003; Lin & Kelsey 2000; McKenzie & Crowcroft 1994; Pfeffer 1998; Senior & Bhopal 1994). In Deutschland als einem Einwanderungsland ohne post-koloniale Migration und ohne zahlenmäßig relevante autochthone ethnische Minderheiten, also einem Land mit einer recht jungen Einwanderungsgeschichte, dominiert der Begriff „Migrant“ (bzw. synonym verwendet auch „Zuwanderer“). Die skizzenhafte Vorstellung der folgenden Konzepte sowie die Diskussion ihrer Vor- und Nachteile dient der Entwicklung eines Migrantebegriffs, der dem Erklärungsmodell zugrunde gelegt werden soll.

**Race:** Der Rassebegriff wurde ursprünglich als eine ausschließlich biologisch-genetisch bestimmte Kategorie konzipiert, die nach phänotypischen Merkmalen wie Hautfarbe, Körperbau und Haarstruktur klassifizierte und Verhaltenswei-

sen als biologisch bedingt erklärte. Nachdem die Rassentheorie die Vernichtung von Bevölkerungsgruppen im Nationalsozialismus „wissenschaftlich“ legitimiert hatte, verlor sie nach dem zweiten Weltkrieg ihre Dominanz. Der Rassebegriff findet heute vor allem in den USA und Großbritannien noch weiterhin Verwendung, wenngleich „race“ erklärtermaßen neben biologischen auch kulturelle und soziale Merkmale einschließt. In der Epidemiologie wird „race“ teilweise synonym zu „ethnicity“ genutzt. Die dabei – zudem sehr uneinheitlich – verwendeten Kategorien wie „White“, „Black“, „Asiatics“ und „Hispanics“ erinnern allerdings nach wie vor an frühere Einteilungen in *Rassenkreise* und geraten in Kritik angesichts der unterstellten (biologischen und) kulturellen Homogenität. Vor dem Hintergrund einer generell sehr hohen genetischen Ähnlichkeit der Menschen, die zwischen zwei Menschen aus verschiedenen Kontinenten größer sein kann als zwischen zwei Menschen mit z.B. derselben Hautfarbe, bleibt eine Klassifizierungsgrundlage nach biologischen Gesichtspunkten ohnehin fragwürdig.

**Ethnie und Ethnizität:** Die klassische Definition einer ethnischen Gruppe liefert Max Weber bereits in seinem 1922 erschienen Werk „Wirtschaft und Gesellschaft“.<sup>1</sup> Die charakteristischen Merkmale einer Ethnie sind danach eine gemeinsame Kultur – vermittelt über ein kollektives Geschichtsbewusstsein, Gemeinsamkeiten in der Lebensführung, geteilte Traditionen, Werte, Religion oder Sprache – sowie das subjektive Zugehörigkeitsgefühl und zwar unabhängig von einer *biologischen* Abstammungsgemeinschaft. Wichtig ist weiterhin, dass Zuwanderer nicht einfach ihre (zudem nicht homogene) Herkunftskultur in das Aufnahmeland transportieren, sondern dass sich eine spezifische Einwandererkultur entwickelt, die sich von der Herkunftskultur, aber auch von der Kultur der Einheimischen unterscheidet und gleichzeitig von beiden beeinflusst wird. Heckmann (1981) hat in diesem Zusammenhang den Begriff der *Einwanderergesellschaft* (oder auch: *ethnische Community*) eingeführt.

In den Sozialwissenschaften dominieren derzeit zwei verschiedene Theorieperspektiven: Ethnizität als „soziale Konstruktion“ und Ethnizität als „subjektive Wahlmöglichkeit“, wobei sich beide Perspektiven nicht ausschließen müssen. Bei aller konzeptuellen Vielfalt, die hier nicht weiter ausgeführt wird, fungiert „Ethnizität“ als soziale Kategorie, die Menschen nach *kulturellen* Unterschieden klassifiziert.

<sup>1</sup> „Wir wollen solche Menschengruppen, welche auf Grund von Ähnlichkeiten des äußeren Habitus oder der Sitten oder beider oder von Erinnerungen an Kolonisation und Wanderung einen subjektiven Glauben an eine Abstammungsgemeinschaft hegen, derart, dass dieser für die Propagierung von Vergemeinschaftungen wichtig wird, dann, wenn sie nicht ‚Sippen‘ darstellen, ‚ethnische‘ Gruppen nennen, ganz einerlei, ob eine Blutsgemeinsamkeit objektiv vorliegt oder nicht“ (Weber 1972).

In der Epidemiologie bezeichnet „ethnicity“ eine Gruppe, zu der eine Person durch Selbst- oder Fremdzuschreibung gehört. Die Gruppenzugehörigkeit ergibt sich dabei als Resultat ganz verschiedener gemeinsamer Merkmale wie geographische und genetische Herkunft, kulturelle Traditionen, Religion, Sprache sowie physische Charakteristika (Bhopal 2004). „Ethnicity“ in der Epidemiologie impliziert damit im Unterschied zur sozialwissenschaftlichen Kategorie auch *biologische* Differenzen, was ihre Abgrenzung vom Begriff „race“ so schwierig macht. Die Merkmale, die jeweils eine Ethnie definieren, besitzen darüber hinaus eine gewisse Beliebigkeit. Insofern ist „Ethnie“ nur schwer operationalisierbar. Die Epidemiologie greift dabei z. T. auf dieselben Kategorien wie beim Rassekonzept zurück, ergänzt diese aber um Kategorien wie das Geburtsland der Eltern.

*Nation und Nationalität:* Im Unterschied zu einer „Ethnie“ charakterisiert eine „Nation“ eine Menschengruppe mit einem Bewusstsein der oder Willen zur staatlichen Souveränität. Allerdings wird der Begriff in den Sozialwissenschaften sehr vieldeutig verwendet und betont jeweils andere Charakteristika der zu bezeichnenden Personengruppe. Unterschieden werden vor allem Nation als politischer Zusammenschluss (Staatsnation) und Nation als tradierte Geschichte, Sprache und Kultur (Kulturnation). Problematisch ist in diesem Zusammenhang die in der (bundesdeutschen) Epidemiologie häufig synonyme Verwendung der Begriffe „Staatsangehörigkeit“ und „Nationalität“. Staatsbürgerschaft oder Staatsangehörigkeit ist eine politische und juristische Konstruktion eines Staates, die im Unterschied zur Nationalität – im Sinne der Zugehörigkeit zu einer Kulturnation – erworben und auch aberkannt werden kann. Da Staaten in der Regel ethnisch inhomogen sind (z. B. Kurden in der Türkei, Albaner im Kosovo, Dänen in Schleswig-Holstein), kann von einer Staatsangehörigkeit nicht auf eine bestimmte Nationalität geschlossen werden (und umgekehrt) (Spallek & Razum 2006).

*Migration, Migrant und Migrationshintergrund:* In der Regel werden in der Epidemiologie unter „Migranten“ nur diejenigen Personen subsumiert, die über eine eigene Migrationserfahrung verfügen. Die soziale und gesundheitliche Situation kann sich auch für die nachfolgenden Einwanderergenerationen noch unterscheiden. Um dieses „Dilemma“ begrifflich zu lösen, wird von „Personen mit Migrationshintergrund“ gesprochen. Im Folgenden möchte ich für einen erweiterten Migrantebegriff plädieren, der alle Personen einschließt, deren Situation durch die Zuwanderung der Herkunftsfamilie beeinflusst ist.

Unter „Migration“ werden ganz vielfältige Phänomene zusammengefasst – unter räumlichen Gesichtspunkten kann Wanderung als Wanderung innerhalb der Landesgrenzen (die sog. Binnenmigration) von der internationalen Wanderung

unterschieden, unter zeitlichen Gesichtspunkten können eine temporäre Wanderung wie ein Studienaufenthalt oder eine dauerhafte permanente Wanderung differenziert werden. Allen Begriffs-Bestimmungen ist gemeinsam, dass es sich um einen Wechsel bzw. eine Bewegung handelt. In Anlehnung an Treibel (2003) wird hier unter Migration *ein auf Dauer angelegter bzw. dauerhaft werdender Wechsel von einzelnen oder mehreren Menschen in eine andere Gesellschaft bzw. in ein anderes Land* verstanden. Andere Definitionen sprechen von internationaler Migration, wenn der Lebensmittelpunkt über Staatsgrenzen hinweg verlagert wird (Bundesministerium des Inneren 2004). Charakteristisch ist für beide Definitionen ein Wechsel von einer Gesellschaft in eine andere und damit auch der Wechsel von einer Kultur in eine andere. Kultur ist dabei „die Gesamtheit der Verhaltenskonfigurationen einer Gesellschaft, die durch Symbole über die Generationen hinweg übermittelt werden, in Werkzeugen und Produkten Gestalt annehmen, in Wertvorstellungen und Ideen bewußt werden“ (Fuchs-Heinritz et al. 1995).

Migranten sind eine sehr heterogene Gruppe. Gemeinsames Kennzeichen ist eine Situation, *die durch die eigene oder die Migrationserfahrung der Herkunftsfamilie geprägt ist*. Migranten müssen also, auch wenn es der Begriff suggeriert, nicht selbst gewandert sein. Ihre Situation ist vor allem dadurch gekennzeichnet, dass sie sich in der Einwanderergesellschaft – gewissermaßen zwischen ihrer Herkunftskultur und der Kultur der Aufnahmegesellschaft – sozial orientieren und kulturelle Praktiken transformieren bzw. neu aneignen. Im Unterschied zu Personen ohne Migrationshintergrund charakterisiert Migranten neben der geschlechts-, bildungs- und generationsspezifischen eine ethnische Zugehörigkeit, die durch sie selbst hergestellt oder als Fremdkonstruktion erfahren und bearbeitet wird (Bohnsack & Nohl 1998). Ethnizität ist damit ein Merkmal, das eine Lebenssituation als Migrant charakterisiert, aber nicht das einzig erklärende. So lange keine Indikatoren entwickelt wurden, die das Typische einer Lebenssituation als Migrant abbilden, ist eine Operationalisierung des Migrationsstatus anhand lebensbiographischer Daten (z. B. Geburtsland von Vater und Mutter, Einreisejahr) nötig. Eine Klassifikation von Migranten anhand des Merkmals „Staatsangehörigkeit“ greift in jedem Falle zu kurz, da diese Aussiedler und eingebürgerte Migranten – beide Personengruppen verfügen über eine deutsche Staatsangehörigkeit – ausklammern würde. Im Unterschied zu „race“, „ethnicity“ und „Nationalität“ basiert der Begriff „Migrant“ nicht auf Zuschreibungen von (konstanten) biologischen, kulturellen etc. Eigenschaften, sondern klassifiziert anhand eines lebensbiographischen Ereignisses – der Migration – und daraus resultierender Besonderheiten in der Lebenssituation. Der *Migrationshintergrund* ist damit als ein komplexes Bedingungsgefüge all jener Merk-

male zu definieren, die eine Lebenssituation von Migranten und Nicht-Migranten (in gesundheitsrelevanter) Weise unterscheiden. In Abhängigkeit von verschiedenen Faktoren (z. B. Segregationsgrad der Zuwanderergruppe, aufenthaltsrechtliche Situation, Ethnisierungsprozesse) können diese besonderen Lebensumstände auch für Nachfolgenerationen noch relevant sein. Sind diese Besonderheiten nicht mehr gegeben, ist eine betreffende Person in der dritten oder vierten Einwanderergeneration auch kein „Migrant“ mehr. Insofern ist „Migrant“ eine dynamische Kategorie. Der vorgestellte Migrantbegriff stellt damit in Rechnung, dass mit dem Ereignis der Migration spezifische – auch gesundheitsrelevante – Lebensbedingungen und Handlungsanforderungen einhergehen, die über mehrere Generationen von Bedeutung sein können, es aber nicht sein müssen, und berücksichtigt darüber hinaus das für Deutschland typische Einwanderungsszenarium.

### **Erklärungsansätze zum Zusammenhang von Migration und Gesundheit**

Erklärt werden ethnische und migrationsbedingte Unterschiede in der Gesundheit mit biologischen und genetischen Faktoren, kulturellen Einflüssen, einer benachteiligten sozialen Lage, dem Prozess der Migration und daraus resultierenden Anpassungsforderungen, der gesundheitlichen Lage im Herkunftsland oder mit Zugangsbarrieren zur gesundheitlichen Versorgung. In der Vergangenheit dominierten Ansätze, die Migration als krankmachendes Ereignis erklärten und eine eher defizitorientierte Perspektive gegenüber Migranten einnahmen. Neuere Ansätze nehmen auch mögliche gesundheitsbezogene Ressourcen in den Blick – sei es als Resultat eines spezifischen Risiko- und Todesursachenprofils im Herkunftsland, des besonderen Unterstützungspotenzials durch Familie und ethnische Community oder einer konstruktiven Bewältigung des Migrationsereignisses.

#### *Theorie der positiven Selektion: Healthy-migrant-Effekt*

Nach dem Healthy-migrant-Effekt wird vermutet, dass in erster Linie besonders gesunde sowie jüngere Menschen auswandern und insofern Migration einen (Selbst-)Selektionsprozess beinhaltet. Dieser Gesundheitsvorteil sei aber nur ein vorübergehender und gehe infolge sozialer Benachteiligung sowie aufgrund von Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem verloren. Die Kumulation dieser beiden Effekte führe zu einer vergleichsweise rapideren Verschlechterung des Gesundheitszustandes. Während Lechner und Mielck (1998) eine bei Migranten deutlicher ausgeprägte Zunahme der Morbidität (u. a. chronische Krankheit und Schwerbehinderung) konstatieren, können Razum und Rohrmann (2002) keinen Anstieg der Sterblichkeit feststellen. Sie sprechen vielmehr

von einem anhaltenden Mortalitätsvorteil zumindest in der ersten Einwanderergeneration und argumentieren mit sich international unterscheidenden Mortalitätsraten und Todesursachenprofilen. Verstärkt werde dieser in Studienergebnissen durch einen Late-Entry-Bias, der vorliegt, wenn aufgrund gesundheitlicher Beeinträchtigung in ihr Herkunftsland zurückgekehrte Migranten nicht in der Studienpopulation erfasst werden. Razum und Twardella (2002) erweitern das klassische Erklärungsmodell des Healthy-migrant-Effekts um das Konzept des „gesundheitlichen Übergangs“ (Health transition). Danach konnte während der letzten 100 Jahre in allen „modernen“ Gesellschaften ein allmählicher Wechsel von einer hohen Gesamtsterblichkeit vorwiegend an Infektionskrankheiten zu einer niedrigeren Sterblichkeit an nicht übertragbaren, chronisch-degenerativen Krankheiten festgestellt werden. Dieser Wandel der Mortalitäts- (und auch Morbiditäts-)struktur ist in den verschiedenen Zuwandererländern in Abhängigkeit vom dortigen Grad der Industrialisierung, Urbanisierung, Wohlstands- und Sozialstaatsentwicklung unterschiedlich weit fortgeschritten, so dass Migranten je nach Herkunftsland gegenüber der einheimischen Bevölkerung bezogen auf nichtübertragbare Krankheiten Mortalitätsvorteile aufweisen können, die auch über einen längeren Zeitraum bestehen bleiben. Erst nach einigen Einwanderergenerationen wird mit Veränderung des Lebensstils eine Angleichung der Sterblichkeit vermutet. Damit ist der Migrationsprozess selbst ein gesundheitlicher Übergang.

#### *Migrations-Stress-Hypothesen*

Belastenden Lebensereignissen wird eine große Bedeutung bei der Entstehung psychischer und körperlicher Krankheiten beigemessen. Ihre Wirkung wird mittlerweile nicht mehr als generell krankmachend gesehen. Es können im Gegenteil sogar in Abhängigkeit von den verfügbaren subjektiven Ressourcen sowie vom sozialen und lebensweltlichen Kontext positive persönliche Entwicklungen angestoßen werden (Faltermeier 2005). Die Wanderung selbst wird als ein solch kritisches Lebensereignis betrachtet, das einen radikalen biographischen Bruch in allen Lebensbereichen darstellt, mit dem Erfordernis einer sozialen und kulturellen Neuorientierung einhergeht und das eine Entwertung praktischen Handlungswissens bedeuten kann. Als Determinanten einer erfolgreichen Bewältigung des Lebensereignisses werden günstige Umstände und eine positive subjektive Bewertung der Migration, vorhandene Bewältigungsstrategien und die Fähigkeit, sich in Anpassung auf die veränderten Bedingungen neue Strategien anzueignen, Persönlichkeitsmerkmale wie Kontrollüberzeugung und Optimismus sowie materielle und soziale Ressourcen gesehen. Dabei wird die Bedeutung des Aufbaus neuer sozialer Netzwerke möglichst auch mit Einheimischen betont.

Ältere Theorien, die von kulturellen Unterschieden zwischen Herkunfts- und Einwanderungsland und damit einhergehenden Anpassungsschwierigkeiten ausgehen, sind die *Kulturschocktheorie* sowie die Theorie des *Kulturwandels* (Oberg 1960; Wagner 1996).

Nach der *Theorie der unerfüllten Statusaspiration* wird das Nichterreichen von Migrationszielen – vor allem jenen, die sich mit einem sozialen Aufstieg verbinden – als Auslöser für psychische und psychosomatische Beschwerden gesehen.

#### *Theorie der sozialen Unterprivilegierung*

Während in den 1970er Jahren Hoffmann-Nowotny (1973) die Unterschichtungstheorie entwickelt und erstmals den Einfluss von Migration und ethnischer Zugehörigkeit auf Beschäftigungs- und Sozialstruktur erklärt, gilt heute als evident, dass Ethnizität nicht nur ein System horizontaler Ungleichheit konstituiert, sondern auch gesellschaftliches Strukturierungsprinzip ist, das vertikale Ungleichheiten zumindest mit bedingt (Groenemeyer 2003). Gesundheitliche Risiken von Migranten werden als Folge einer sozialen Benachteiligung interpretiert, die einerseits aus sozialen und beruflichen Abstiegsprozessen, gesundheitsschädigenden Wohn- und Arbeitsbedingungen resultieren können, zum anderen auf ein gesundheitsgefährdendes Gesundheitsverhalten zurückzuführen sind. Migration kann aber gerade im Vergleich zum Herkunftsland auch mit einer Verbesserung der sozialen Situation einhergehen.

#### *Zugangsbarrieren zur Gesundheitsversorgung*

Die folgenden, in der Fachwelt diskutierten Zugangsbarrieren in Deutschland lassen sich benennen (Razum et al. 2004; Borde et al. 2000; Collatz 1999): Auf Seiten der Aufnahmegesellschaft sind dies gesetzliche Limitationen wie durch das deutsche Asylbewerberleistungsgesetz oder aufgrund eines illegalisierten Aufenthalts, eine ethnozentristische Ausrichtung der Angebote und fehlende interkulturelle Kompetenz des medizinischen Personals, der Mangel an Muttersprachlern und Dolmetschern im Gesundheitssystem sowie Ethnisierungs- und Ausgrenzungsprozesse. Auf Seiten der Migranten fehlen ausreichende Deutschkenntnisse für den komplexen Bereich von Gesundheit und Krankheit, Informationen über Versorgungsangebote sowie Vertrauen gegenüber öffentlichen Einrichtungen. Darüber hinaus wirken Aspekte der kulturellen Differenz z. B. beim Krankheitsverständnis oder beim Schamgefühl als Hemmnis.

#### *Biologische Erklärungen*

Im deutschsprachigen Raum finden sich keine biologistischen Erklärungskonzepte mehr, genetische Polymorphismen werden aber als mögliche Erklärung für Unterschiede

in Mortalität und Morbidität angeführt. Einige genetische Krankheiten treten gehäuft in Populationen aus bestimmten geographischen Regionen auf. Das häufigere Auftreten kann Ausdruck einer besseren Anpassung an lokale Umweltbedingungen sein. So verbreiteten sich Hämoglobin-S-Mutationen, die zu einer Sichelzellerkrankung führen können, vorzugsweise in tropischen Regionen Afrikas, im Mittleren Osten und im Mittelmeerraum (Sizilien, Südost-Türkei, Griechenland), wo auch Malaria häufig vorkommt bzw. vorkam (Dickerhoff et al. 1998; Dickerhoff et al. 2000). Die Mutation geht mit einem Überlebensvorteil ihrer Anlageträger gegenüber Malaria einher. Personen türkischer Herkunft scheinen eine ungünstigere Konstellation von Serumlipiden und damit möglicherweise verbunden ein erhöhtes Herzinfarktrisiko aufzuweisen (Hergenc et al. 1999). Ebenfalls bei türkischstämmigen Kindern, aber auch bei Kindern aus dem Mittleren und Nahen Osten und aus Nordafrika (Marokko) wird eine relative Häufung angeborener Stoffwechselerkrankungen beobachtet, deren Ursache u. a. in tradiert häufigeren konsanguinen Eheschließungen gesehen wird (Stöckler-Ipsiroglu et al. 2005). Biologische Erklärungen können Unterschiede im Auftreten einzelner Krankheiten begründen – jener, die auf genetische Dispositionen von Migrantengruppen zurückgeführt werden können, sie werden aber nicht der Komplexität des Zusammenhangs von Migration und Gesundheit gerecht, zumal die biologischen Variationen letztlich Ausdruck einer Umweltpassung oder spezifischer Verhaltensweisen sind.

#### **Bestimmung einer Vergleichsgruppe**

Eine für die Analyse epidemiologischer Daten zu klärende Frage ist die Bestimmung der Vergleichsgruppe. Die Entscheidung für eine Vergleichsgruppe ist letztlich in Abhängigkeit vom Forschungsziel und auch von den zur Verfügung stehenden Forschungsmitteln zu treffen. Generell lassen sich die folgenden drei Vergleichsdimensionen begründen, wobei nachstehende Reihenfolge keine Rangliste ist:

Das handlungsleitende Wissen – auch jenes, das dem Gesundheitsverhalten zugrunde liegt – ist immer mehrdimensional strukturiert, d. h., es ist u. a. bildungs-, generations-, geschlechts- und auch kulturspezifisch sowie migrationsbedingt geprägt. Die verschiedenen Erfahrungsräume überlagern und vermischen sich (Bohnsack & Nohl 2001). Die Trennung der Dimensionen ist also eine rein analytische und für den Einzelnen in seiner Handlungspraxis so nicht erfahrbar. Die beiden letzteren Dimensionen (ethnisch, migrationsbedingt), die den spezifischen Erfahrungsraum der Einwanderergesellschaft konstituieren, unterscheiden die Handlungspraxis der Migranten von der der Mehrheitsgesellschaft und begründen eine

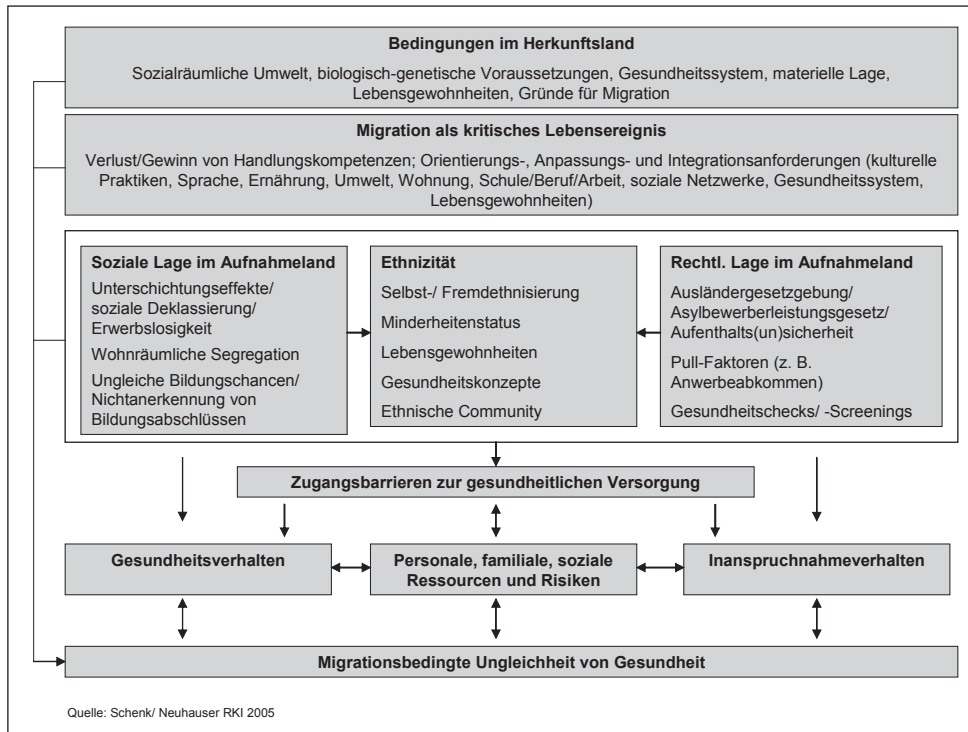


Figure 1 Erklärungsmodell zum Zusammenhang von Migration und Gesundheit

erste Analyseebene: die zwischen *Migranten* vs. *Nicht-Migranten*. Von Interesse ist dabei, welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede sich in der Gesundheit und im Gesundheitsverhalten zwischen Migranten und Nicht-Migranten feststellen lassen und welche Faktoren eine gesundheitliche Ungleichheit jeweils erklären können.

In Folge der Durchmischung verschiedener Erfahrungsräume konstituieren sich neue Milieus. Die Zugehörigkeit zu einem Milieu basiert auf Gleichartigkeiten in der Sozialisationsgeschichte und im biographischen Erleben (Bohnsack & Nohl 1998). Eine Durchmischung des migrationsbedingten mit anderen Erfahrungsräumen und die Entstehung verschiedener Milieus in der Migrantenpopulation begründet eine zweite Analyseebene: die *zwischen verschiedenen Migrantengruppen*, vor allem jenen mit einem guten und jenen mit einem schlechten Gesundheitszustand. Zentrale Fragestellung ist hier, welche Faktoren Unterschiede von Krankheitsrisiken und Gesundheitschancen innerhalb der Migrantenpopulation erklären können.

Eine weitere Vergleichsdimension ist die der *Population im Herkunftsland*. Ein Vergleich kann vor allem darüber Auskunft geben, inwieweit Gesundheitsvorteile oder -nachteile gegenüber der einheimischen Bevölkerung aus den spezifischen Bedingungen des Herkunftslandes resultieren und ob sich Morbidität und Mortalität bei Migrantenpopulationen mit ihrem Aufenthalt im Einwandererland verändern. So legen bspw. Daten nahe, dass Kinder ausländischer Herkunft, die in

Deutschland geboren wurden, häufiger übergewichtig sind als jene, die in ihrem Herkunftsland geboren wurden oder dort leben (Gesundheitsamt der Stadt Dortmund 1997). Dies spricht für ein Erklärungsmodell, in dem das Gesundheitshandeln eine dynamische Größe im Migrationsverlauf ist.

Das folgende Erklärungsmodell konzentriert sich auf die ersten beiden Vergleichsdimensionen zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit zwischen Migranten und Nicht-Migranten sowie innerhalb der Migrantenpopulation.

### Vorschlag für ein Erklärungs- und Analysemodell

Das zu entwickelnde Modell versucht die vorgestellten Erklärungsansätze systematisch zusammenzuführen und berücksichtigt gleichzeitig Vorschläge zur Erklärung und Analyse des Zusammenhangs von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit (Elkeles & Mielck 1997; Faltermeier 2005; Lampert & Schenk 2004; Steinkamp 1993). Mit dem Modell soll eine Analysegrundlage geschaffen werden, die alle potenziellen Einflussfaktoren einschließt. Ob und welchen Einfluss die einzelnen Faktoren auf das zu erklärende Gesundheitsphänomen tatsächlich haben, muss jeweils empirisch geprüft werden. Auch müssen nicht alle Faktoren für eine spezifische Fragestellung relevant sein.

Zunächst zeigt das Modell all jene zentralen Dimensionen, die eine Situation mit Migrationshintergrund von einer Situation ohne Migrationshintergrund unterscheiden und zu ge-

sundheitlichen Ungleichheiten zwischen der einheimischen und der Migrantenpopulation führen können: 1. Unterschiede gesundheitsrelevanter Bedingungen in Herkunfts- und Aufnahmeland, 2. das Migrationsereignis selbst, 3. die besondere soziale und 4. rechtliche Lage von Migranten im Aufnahmeland, 5. ihre ethnische Zugehörigkeit und damit verbundene Ethnisierungsprozesse sowie 6. Zugangsbarrieren zur gesundheitlichen Versorgung (Abb. 1). Im Folgenden sollen einzelne Dimensionen ausführlicher erläutert werden.

1. Gesundheitsbezogene Voraussetzungen, die durch die spezifische Situation im Herkunftsland induziert sind, betreffen die dortigen Umwelt- und Lebensbedingungen, die gesundheitliche Versorgung, den Lebensstil sowie die konkreten Umstände, die zu einer (freiwilligen oder erzwungenen) Migration veranlassen. Diese Bedingungen im Herkunftsland können – etwa durch ein entsprechendes Risiko- und Mortalitätsprofil oder bestimmte biologisch-genetische Voraussetzungen – mit Gesundheitsvorteilen, aber auch mit -nachteilen gegenüber der einheimischen Bevölkerung einhergehen. So ist in Ländern des Mittelmeerraumes eine niedrigere Sterblichkeit an koronarer Herzkrankheit zu verzeichnen als in Deutschland, dagegen kann bei vergleichsweise ungünstigeren Lebensbedingungen die Sterblichkeit an Todesursachen wie Magenkrebs und Schlaganfall höher sein (Razum & Twardella 2002). Durch die Herkunftsbedingungen geprägte gesundheitliche Voraussetzungen variieren also nicht nur in Abhängigkeit vom jeweiligen Herkunftsland, sondern auch in Abhängigkeit von den zu betrachtenden Gesundheitsbereichen.
2. Die Migration selbst stellt vor allem für die erste Einwanderergeneration ein kritisches Lebensereignis dar, das gesundheitliche Folgen nach sich ziehen kann. Die mit der Migration einhergehenden Orientierungs- und Anpassungsanforderungen können aber auch noch für nachfolgende Generationen bedeutsam sein.
3. Der Migrationshintergrund schließt auch die spezifische soziale Situation von Migranten ein, die durch Unterschichtung, berufliche Abstiegs- und Deklassierungsprozesse, eine höhere Erwerbslosigkeit, ungleiche Bildungschancen und Segregationstendenzen infolge eines Migranten- bzw. Minderheitenstatus charakterisiert ist. Insofern kann der (niedrigere) sozioökonomische Status bei vergleichenden Analysen der gesundheitlichen Lage von Nicht-Migranten und Migranten nicht als Confounder betrachtet werden, da dieser ein Merkmal des Migrationshintergrundes und der für Migranten typischen Situation ist.
4. Neben der sozialen ist die spezifische rechtliche Situation ein weiteres Merkmal des Migrationshintergrundes. Diese kann bspw. durch einen unsicheren Aufenthaltsstatus und den damit einhergehenden psychosozialen Belastungen charakterisiert sein; oder aber gesetzlich verordnete Ge-

sundheitschecks wie bei der Anwerbung der sog. Gastarbeiter forcieren eine Selektion von gesünderen Zuwanderern.

5. Im Unterschied zu Nicht-Migranten kann außerdem die ethnische Zugehörigkeit der Migranten gesundheitliche Konsequenzen haben, negativ etwa infolge von Diskriminierungserlebnissen oder auch positiv bei einem (vorübergehenden) Rückzug in die ethnische Community, die als Identitätsanker, unterstützend und psychisch stabilisierend wirken kann.
6. Die bereits beschriebenen Zugangsbarrieren zu Angeboten der Gesundheits- und Sozialdienste sind ein letztes Merkmal des Migrationshintergrundes. Im Vergleich zum Herkunftsland kann die gesundheitliche Versorgung dennoch besser sein.

Der Migrationshintergrund ist ein komplexes Bedingungsgefüge, dessen Dimensionen sich teilweise wechselseitig beeinflussen und das je nach betrachtetem Gesundheitsmerkmal unterschiedlich wirken kann. Eine Vermittlungsebene zwischen diesen Dimensionen (1 bis 6) und der Gesundheit ist das Gesundheits- und Inanspruchnahmeverhalten.

7. Das Gesundheitsverhalten umfasst alle gesundheitsbezogenen Einstellungen und Gewohnheiten ob schädigender oder fördernder Art (z.B. Ernährung, körperliche Aktivität, Rauchen, Tabakkonsum). Die Inanspruchnahme und daran geknüpfte Einstellungen beziehen sich sowohl auf Vorsorge als auch auf Angebote der medizinischen Akutversorgung. Wichtig ist dabei, dass die dem Verhalten zugrunde liegenden Orientierungen sowohl von der Herkunftskultur als auch von der Kultur der Aufnahmegesellschaft geprägt sind und in der Einwanderergesellschaft eine ganz eigene Qualität gewinnen können. Die Verhaltensmuster unterliegen dabei einem Wandel und werden intergenerativ z. T. sehr konflikthaft ausgehandelt. Insbesondere Jugendliche erfahren u. U. eine Diskrepanz zwischen der tradierten Denkweise der Familie und den Normen und Werten der Gesellschaft, in der sie leben.
8. Wie der Migrationsprozess bewältigt wird und ob eine benachteiligte soziale und rechtliche Lage oder Stigmatisierungserfahrungen auch gesundheitliche Konsequenzen haben oder nicht, hängt ganz entscheidend von den personalen, familialen und sozialen Ressourcen ab, über die eine Person verfügt (wie z. B. Selbstwertgefühl, Selbstwirksamkeit, Kontrollüberzeugung, kognitive Fähigkeiten, soziale Kompetenz, Familienklima, inner- und außerfamiliale Unterstützung).

Migranten sind keine homogene Gruppe. Vielmehr sind Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken innerhalb der Mi-

grantenpopulation ungleich verteilt und u. a. davon abhängig, welche konkreten Aufnahmebedingungen Migranten vorfinden und wie der Migrationsprozess bewältigt wird. Als Einflussgrößen fungieren Merkmale wie Herkunftskultur, Art der Migration und Zuwanderergruppe, Aufenthaltsstatus, Einreisealter, Schichtzugehörigkeit bzw. Bildungsniveau, Geschlecht, Grad der Integration (z. B. erworbene Deutschkenntnisse) sowie die vorhandenen personalen, familialen und sozialen Schutz- und Risikofaktoren. Mit zunehmender Verweildauer geht eine stärkere Orientierung an der Aufnahmegesellschaft und damit ein Wandel von Lebensgewohnheiten, Gesundheitskonzepten und gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen einher, so dass Differenzen innerhalb der Migrantengruppe resultieren können. Unter dem medienwirksamen Begriff „Parallelgesellschaften“ wurden in jüngster Zeit mögliche Abschottungstendenzen und eine damit einhergehende Wertekonservierung diskutiert. Empirische Ergebnisse konnten allerdings eine solche Abschottung bislang nicht belegen (Janssen & Polat 2006; Halm & Sauer 2006). Ob und inwieweit für das Gesundheitshandeln relevante Orientierungen durch einen verstärkten Rückzug in die eigene Ethnie weiter tradiert würden, muss zukünftige Forschung beantworten. Mit den Merkmalen „Einwanderergeneration“ und „Aufenthaltsdauer“ gibt auch ein Querschnittsdesign Hinweise auf mögliche Veränderungen.

### **Ausblick**

Erst die Kenntnis der gesundheitlichen Auswirkungen einer Lebenssituation mit Migrationshintergrund sowie die Kenntnis der Prozesse und Mechanismen, die zu ethnischer und migrationsbedingter Ungleichheit von Gesundheit führen, ermöglicht

gezielte Initiativen der Gesundheitsförderung und Prävention für diese Gruppe. Die gesundheitliche Lage von Migranten wird von einer Vielzahl an Faktoren beeinflusst. Das vorgestellte Analyse- und Erklärungsmodell geht daher vom Migrationshintergrund als einem komplexen Bedingungsgefüge aus. Die verschiedenen Dimensionen des Migrationshintergrundes besitzen dabei einen unterschiedlichen Erklärungswert je nach zu untersuchender Todesursache oder Krankheit. Gleichzeitig sind Differenzen innerhalb der Migrantengruppe und im Migrationsverlauf zu beachten. Analysen zum Zusammenhang von Migration und Gesundheit setzen eine angemessene Operationalisierung des Migrationshintergrundes voraus. Erste Schritte in Richtung einer standardisierten Erfassung des Migrationsstatus in epidemiologischen Studien wurden unternommen und ein Mindestindikatorenset entwickelt; eine Diskussion, die weitere Aspekte des Migrationshintergrundes einschließt, wird fortzuführen sein (Schenk et al. 2006). Eine empirische Überprüfung des gesamten, sehr komplexen Erklärungsmodells ist derzeit aufgrund einer fehlenden Datenbasis nicht möglich. Mit dem vom Robert Koch-Institut durchgeführten Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS), der Migrantenkinder entsprechend ihres Anteils in der Bevölkerung repräsentiert und zentrale Merkmale des Migrationshintergrundes erfasst hat, können aber anhand ausgewählter Gesundheitsphänomene Teilaspekte des Modells überprüft werden. Eine komparative Analyse dieser ausgewählten Gesundheitsphänomene und ihrer Einflussfaktoren wird weiteren Aufschluss über potenzielle Vermittlungsmechanismen des Zusammenhangs von Migration und Gesundheit geben und eine Weiterentwicklung des Modells erlauben. Dennoch hoffe ich, bereits mit dem vorgestellten Modell zur Analyse und Erklärung von gesundheitlicher Ungleichheit beizutragen und Diskussionen zur weiteren Theorieentwicklung anzustoßen.

## References

- Altmann D, Brodhun B, Haas W (2005). Bericht zur Epidemiologie der Tuberkulose in Deutschland 2003. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Bhopal R (2004). Glossary of terms relating to ethnicity and race: for reflection and debate. *J Epidemiol Community Health* 58: 441–5.
- Bohnsack R, Nohl AM (2001). Ethnisierung und Differenzierung: Fremdheit als alltägliches und als methodologisches Problem. *ZBBS 1*: 15–36.
- Bohnsack R, Nohl AM (1998). Adoleszenz und Migration – Empirische Zugänge einer praxeologisch fundierten Wissenssoziologie. In: Bohnsack R, Marotzki W (Hrsg.). *Biographieforschung und Kulturanalyse. Transdisziplinäre Zugänge qualitativer Forschung*. Opladen: Leske + Budrich: 260–82.
- Borde T, David M, Kentenich H (2000). Patientinnenorientierung im Kontext kultureller Vielfalt im Krankenhaus. In: David M, Borde T, Kentenich H, eds. *Migration – Frauen – Gesundheit. Perspektiven im europäischen Kontext*. Frankfurt/Main: Mabuse-Verlag: 121–54.
- Bundesministerium des Innern (2004). Migrationsbericht. Bericht des Sachverständigenrates für Zuwanderung und Integration im Auftrag der Bundesregierung in Zusammenarbeit mit dem Europäischen Forum für Migrationsstudien (efms) an der Universität Bamberg. Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. Lebenslagen in Deutschland. Der 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. 2005. [www.bmgs.bund.de/deu/gra/publikationen/p\\_19.php](http://www.bmgs.bund.de/deu/gra/publikationen/p_19.php): 160.
- Collatz J (1999). Kernprobleme des Krankseins in der Migration – Versorgungsstruktur und ethnozentristische Fixiertheit im Gesundheitssystem. In: David M, Borde T, Kentenich H, eds. *Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle*. Frankfurt am Main: Mabuse.
- Delekat D (2003). Zur gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin. Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf Basis der Einschulungsuntersuchungen 2001. Gesundheitsberichterstattung Berlin, Spezialbericht 2003 – 2. Berlin: Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz.
- Dickerhoff R, von Rücker A, Kohne E (1998). Sichelzellerkrankungen in Deutschland. Verlaufsbeobachtungen über zehn Jahre. *Deutsches Ärzteblatt* 95(26): 1675–80.
- Dickerhoff R, von Rücker A, Kohne E (2000). Heterozygote Hämoglobin-S-Anlage. Klinische und genetische Bedeutung der Trägerschaft. *Deutsches Ärzteblatt* 97(41): 2717–9.
- Elkeles T, Mielck A (1997). Entwicklung eines Modells zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit. *Gesundheitswesen* 59: 137–43.
- Erb J, Winkler G (2004). Rolle der Nationalität bei Übergewicht und Adipositas bei Vorschulkindern. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 3: 291–8.
- Faltermeier T (2005). Migration und Gesundheit: Fragen und Konzepte aus einer salutogenetischen und gesundheitspsychologischen Perspektive. In: Marschalck P, Wiedl KH, eds. *Migration und Krankheit*. Göttingen: V&R unipress: 93–112.
- Frederiks AM, Van Buuren S, Sing RA, et al. (2005) Alarming prevalences of overweight and obesity for children of Turkish, Moroccan and Dutch origin in The Netherlands according to international standards. *Acta Paediatr* 94(4): 496–8.
- Fuchs-Heinritz W, Lautmann R, Rammstedt O, Wienhold H, eds. (1995). *Lexikon zur Soziologie*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Gawrich S (2004). Wie gesund sind unsere Schulanfänger? – Zur Interpretation epidemiologischer Auswertungen der Schuleingangsuntersuchung. *Hessisches Ärzteblatt* 2: 73–6.
- Gesundheitsamt der Stadt Dortmund (1997). Die Gesundheit der Schulanfängerinnen und Schulanfänger in Dortmund. Ergebnisse der schulärztlichen Untersuchungen von 1985–1996. Dortmund.
- Groenemeyer A (2003). Kulturelle Differenz, ethnische Identität und die Ethnisierung von Alltagskonflikten. Ein Überblick sozialwissenschaftlicher Thematisierungen. In: Groenemeyer A, Mansel J, eds. *Die Ethnisierung von Alltagskonflikten*. Opladen: Leske & Budrich: 11–46.
- Groenemeyer A, Mansel J, eds. (2003): *Die Ethnisierung von Alltagskonflikten*. Opladen: Leske & Budrich.
- Grüber C (2005). Asthma und Allergie bei türkischstämmigen Kindern in Berlin. In: Borde T, David M, eds. *Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund. Lebenswelten, Gesundheit und Krankheit*. Frankfurt am Main: Mabuse: 161–7.
- Halfen S, Embersin C, Grémy I, et al. (2003). Suivi de l'infection à VIH/Sida en Île-de-France. *Bulletin de Santé* 8.
- Halm D, Sauer M (2006). Parallelgesellschaft und ethnische Schichtung. *Aus Politik und Zeitgeschichte: 1–2*: 18–24.
- Heckmann F (1981). Die Bundesrepublik: Ein Einwanderungsland? Zur Soziologie der Gastarbeiterbevölkerung als Einwandererminorität. Stuttgart.
- Hergenc G, Schulte H, Assmann G, von Eckardstein A (1999). Associations of obesity markers, insulin, and sex hormones with HDL – cholesterol levels in Turkish and German individuals. *Atherosclerosis* 145: 147–56.
- Hoffmann-Novotny HJ (1973). Soziologie des Fremdarbeiterproblems. Eine theoretische und empirische Analyse am Beispiel der Schweiz. Stuttgart.
- Janßen A, Polat A (2006). Soziale Netzwerke türkischer Migrantinnen und Migranten. *Aus Politik und Zeitgeschichte 1–2*: 11–7.
- Kaplan JB, Bennett T (2003). Use of Race and Ethnicity in Biomedical Publication. *JAMA* 289(20): 2709–16.
- Kuepper-Nybelen J, Lamerz A, Bruning N, et al. (2005). Major differences in prevalence of overweight according to nationality in preschool children living in Germany: determinants and public health implications. *Archives of Disease in Childhood* 90: 359–63.
- Kühnisch J, Senkel H, Heinrich-Weltzien R (2003). Vergleichende Untersuchung zur Zahngesundheit von deutschen und ausländischen 8- bis 10-Jährigen des westfälischen Ennepe-Ruhr-Kreises. *Gesundheitswesen* 65: 96–101.
- Lampert T, Schenk L (2004). Gesundheitliche Konsequenzen des Aufwachsens in Armut und sozialer Benachteiligung. In: Jungbauer-Gans M, Kriwy P, eds. *Gesundheit und soziale Lage von Kindern und Jugendlichen*. Weinheim, München: Juventa: 112–39.
- Lechner I, Mielck A (1998). Die Verkleinerung des „Healthy-Migrant-Effects“: Entwicklung der Morbidität von ausländischen und deutschen Befragten im sozio-ökonomischen Panel 1984–1992. *Gesundheitswesen* 60: 715–20.
- Lin SS, Kelsey JL (2000). Use of Race and Ethnicity in Epidemiological Research: Concepts, Methodological Issues, and Suggestions for Research. *Epidemiologic Reviews* 22(2): 187–202.
- Lindstrom M, Sundquist K (2005). The impact of country of birth and time in Sweden on overweight and obesity: a population-based study. *Scand J Public Health* 33(4): 276–84.
- McKenzie KJ, Crowcroft NS (1994). Race, ethnicity, culture, and science. *BMJ* 309(6950): 286–7.
- Oberg K (1960). Cultural shock: adjustment to new cultural environments. *Practical Anthropology* 7: 177–82.
- Pfeffer N (1998). Theories in health care and research: Theories of race, ethnicity and culture. *BMJ* 317(7169): 1381–4.

Rajab LD, Hamdan MA (2002). Early childhood caries and risk factors in Jordan. *Community Dent Health* 19(4): 224–9.

Razum O, Geiger I, Zeeb H, Ronellenfitsch U (2004). Gesundheitsversorgung von Migranten. *Deutsches Ärzteblatt* 101(43): 2882–7.

Razum O, Rohrmann S (2002). Der Healthy-migrant-Effekt: Bedeutung von Auswahlprozessen bei der Migration und Late-entry-Bias. *Gesundheitswesen* 64: 82–8.

Razum O, Twardella D (2002). Time travel with Oliver Twist – towards an explanation for a paradoxically low mortality among recent immigrants. *Trop Med Int Health* 7: 4–10.

Rottem M, Szyper-Kravitz M, Shoenfeld Y (2005). Atopy and asthma in migrants. *Int Arch Allergy Immunol* 136(2): 198–204.

Schenk L (2005). Kulturelle oder soziale Benachteiligung? Gesundheitsverhalten von Migrantenkindern – Ergebnisse aus der Pilotphase des Kinder- und Jugendgesundheits surveys. In: Borde T, David M. Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund. Lebenswelten, Gesundheit und Krankheit. Frankfurt am Main: Mabuse: 187–201.

Schenk L, Bau AM, Borde T, et al. (2006) Mindestindikatorenansatz zur Erfassung des Migrationsstatus. Empfehlungen für die epidemiologische Praxis. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 49: 853–60.

Senior PA, Bhopal R (1994). Ethnicity as a variable in epidemiological research. *BMJ* 309 (6950): 327–30.

Spallek J, Razum O (2006). Das deutschsprachige Konzept „Staatsangehörigkeit“. In: Robert Koch-Institut, ed. Migrationssensible Studiendesigns – zur Repräsentation des Migrationsstatus in der Gesundheitsforschung. Tagung in Kooperation mit dem Robert Koch-Institut und dem Interdisziplinären Forschungsverbund Epidemiologie in Berlin (EpiBerlin) am 25. November 2005: 23–9.

Steinkamp G (1993). Soziale Ungleichheit, Erkrankungsrisiko und Lebenserwartung. Kritik der sozialepidemiologischen Ungleichheitsforschung. *Soz Präventiv Med* 38: 111–22.

Stöckler-Ipsiroglu S, Herle M, Nemstiel U, et al. (2005). Angeborene Stoffwechselerkrankungen. Besonderheiten in der Betreuung von Kindern aus Migrantenfamilien. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 153(1): 22–8.

Sundby A, Petersen PE (2003). Oral health status in relation to ethnicity of children in the Municipality of Copenhagen, Denmark. *Int J Paediatr Dent* 13(3): 150–7.

Taani DQ (2002). Relationship of socioeconomic background to oral hygiene, gingival status, and dental caries in children. *Quintessence* 33(3): 195–8.

Treibel A (2003). Migration in modernen Gesellschaften. Soziale Folgen von Einwanderung und Gastarbeit. Weinheim und München: Juventa.

Van Steenkiste M (2003). Zahngesundheitliches Verhalten bei deutschen und türkischen Vorschulkindern. *Oralprophylaxe* 25(3): 121–8.

Wagner W (1996). Kulturschock Deutschland. Rotbuch Verlag: Hamburg.

Weber M (1972). Ethnische Gemeinschaftsbeziehungen. In: ders. *Wirtschaft und Gesellschaft*. Tübingen: Mohr Siebeck: 234–40.

Will B, Zeeb H, Baune BT (2005). Overweight and obesity at school entry among migrant and German children: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 5(45).

Windorfer A, Bruns-Philippis E (2002). Präventive Maßnahmen: Kinder ausländischer Herkunft benachteiligt. *Kinderärztliche Praxis* 4: 258–64.

---

**Address for correspondence:**

**Dr. Liane Schenk**  
**Institut für Medizinische Soziologie**  
**Zentrum für Human- und Gesundheits-**  
**wissenschaften (CC1)**  
**Charité-Universitätsmedizin Berlin**  
**Thielallee 47**  
**D-14195 Berlin**  
**Tel.: +49 30 8445 1396**  
**e-mail: liane.schenk@charite.de**

---

To access this journal online:  
<http://www.birkhauser.ch/IJPH>

---