

MEDIZIN UND ETHNISCH-KULTURELLE VIelfALT

Migration und andere Hintergründe

Das Thema Migration hat den soziokulturellen Aspekten von Krankheit wieder mehr Aufmerksamkeit verschafft. Doch unreflektierte Annahmen über „fremde Kulturen“ sorgen auch in der Medizin für Probleme.

Michael Knipper, Yasar Bilgin

Seit Beginn der Zuwanderungsdebatte ist die Nachfrage nach Auskünften über den Gesundheitszustand und die Versorgungssituation von Migranten in Deutschland groß (1, 2, e1 bis e10). Aber wer gilt als „Migrant“? Und welcher Zusammenhang besteht zwischen Staatsbürgerschaft, ethnischer Identität, Kultur und Medizin? Trotz der unbestritten hohen Relevanz der Phänomene Migration und ethnisch-kulturelle Vielfalt in der realen Welt ist der analytische Wert der zentralen Begriffe Migration und Kultur für medizinische und/oder gesundheitspolitische Themen fragwürdig. Denn anstatt differenzierte Einsichten zu fördern, werden diese teilweise sogar erschwert, wenn zum Beispiel allgemeine Vorstellungen über „Migranten“ auf den medizinischen Bereich übertragen werden.

Wie steht es etwa um die im medizinischen Alltag häufig als belastend und frustrierend empfundenen Sprach- und Kommunikationsprobleme bei Patienten mit einer anderen Muttersprache als deutsch? Welchen Anteil haben hier mangelhafte Sprachkenntnisse der Patienten und welcher kommt den auch bei Menschen ohne Migrationshintergrund bekannten Kommunikationsdefiziten im medizinischen Alltag zu? (3)

Pauschal ist diese Frage nicht zu beantworten. Das Stereotyp des schlecht Deutsch sprechenden Migranten verleitet jedoch dazu, Kommunikationsprobleme einseitig dem Migrationshintergrund des Patienten

zuzuschreiben. Mögliche Ursachen aufseiten des Personals und strukturelle Aspekte wie etwa Zeitmangel bleiben dagegen außen vor.

Alles eine Frage der Definition

Es gehört zu den alltäglichen Aufgaben von Ärztinnen und Ärzten, jede Intervention, jede diagnostische oder therapeutische Handlung im Hinblick auf ihren Nutzen und das anvisierte Ziel sowie die potenziellen Gefahren zu beurteilen, und zwar auf der Basis des bestmöglichen Wissens. Ein ähnliches Vorgehen ist auch im Hinblick auf die Begriffe „Migration“ und „Kultur“ erforderlich. Bildlich gesprochen gilt es auch hier, eine Abwägung von „Indikationen, Risiken und Nebenwirkungen“ vorzunehmen, um die im politisch-gesellschaftlichen Kontext populären Begriffe auch in der Medizin sinnvoll anwenden zu können.

Wer wird wann und weshalb als „Migrant“ klassifiziert? Weder aus dem unmittelbaren Wortsinn (migratio, lateinisch: Wanderung) noch aus dem umgangssprachlichen Ge-

brauch lässt sich eine konkrete Definition ableiten. Die aktuelle Kategorie „Migrationshintergrund“ hat erst mit dem Mikrozensus des Statistischen Bundesamtes von 2005 Eingang in den offiziellen Sprachgebrauch gefunden (e11). Bis dahin galt allein das Kriterium der Staatsbürgerschaft; und Angaben zur Zahl der Migranten in Deutschland lagen in einer Größenordnung von neun Prozent der Bevölkerung. 2006 schnellte die Zahl auf 19 Prozent in die Höhe, denn auch in Deutschland geborene, eingebürgerte oder eingewanderte Deutsche und die Besitzer mehrerer Staatsbürgerschaften, Kinder aus binationalen Ehen sowie Staatenlose fallen seitdem in diese Kategorie.

Das Statistische Bundesamt begründete die Ausweitung des Begriffs mit dem „Integrationsbedarf“ dieser Bevölkerungsgruppen und knüpfte damit an entsprechende Ansätze aus den Sozial- und Erziehungswissenschaften an (e11, e12). Defizite zum Beispiel in der Sprachkompetenz von Schulkin-



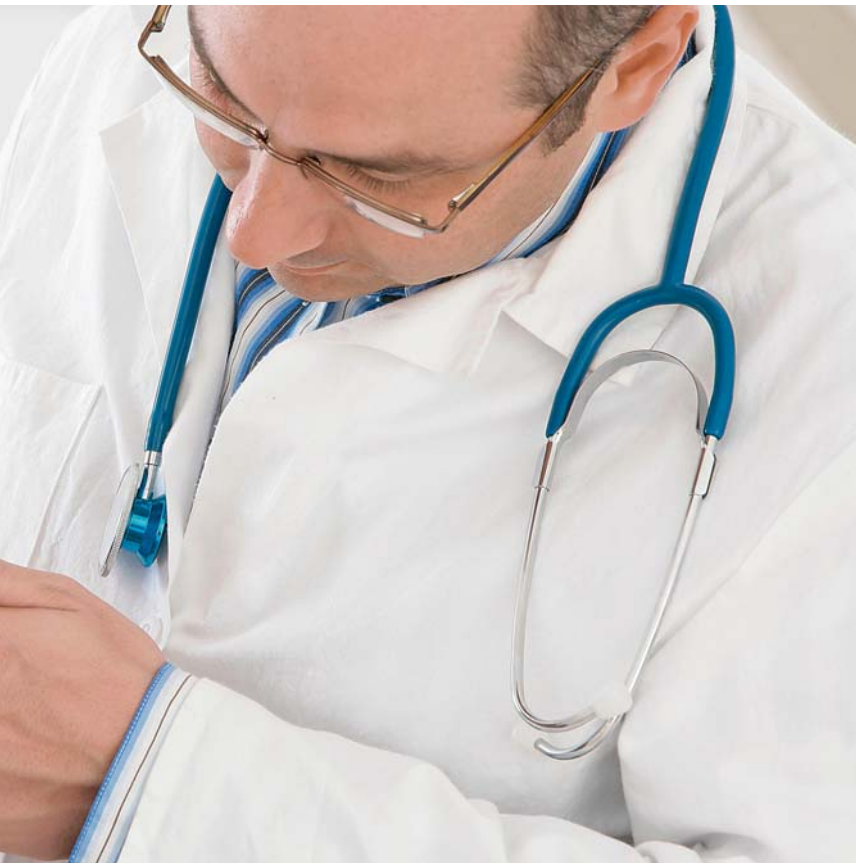


Foto: Superbild

dem aus Zuwandererfamilien bestehen schließlich unabhängig von der nach wechselnden politischen Kriterien vergebenen deutschen Staatsbürgerschaft. Und gerade die große Gruppe der Aussiedler aus Osteuropa und den Staaten der ehemaligen Sowjetunion wird über die Staatsbürgerschaft nicht erfasst. Die Statistiker weisen jedoch darauf hin, dass der nach dieser Definition mit einem Migrationshintergrund identifizierte Bevölkerungsanteil nicht klar von der Mehrheitsbevölkerung abgegrenzt werden kann (e11). Dennoch hat sich auf gesellschaftlicher Ebene ein Sprachgebrauch etabliert, der eine klare Abgrenzung zwischen Migranten und Nichtmigranten suggeriert und interne Differenzierungen jenseits von „Abstammung“ oder „Herkunft“ weitgehend ausblendet.

„Türken haben Kultur, Deutsche eine Psyche“ (e13), lautete die ironische Überschrift über einem der ersten Beiträge zum Thema „Migranten im Gesundheitswesen“, der im Februar 2000 im Deutschen

Ärzteblatt erschien. Der Titel bringt „Risiken und Nebenwirkungen“ eines unreflektierten Kulturverständnisses auf den Punkt. Nicht nur in der Gesellschaft, auch in der Medizin gehören pauschale Aussagen über Migranten oder Migrantengruppen zum Alltag.

Den Migranten gibt es nicht

Konkrete Beispiele aus der medizinischen Fachliteratur sind etwa Aussagen über das vermeintlich „mystische“ Krankheitsverständnis türkischer Migranten, für die nicht die „objektiven Kriterien der Schulmedizin“ entscheidend seien und die im „Vergleich zu Einheimischen“ eine „eher ganzheitliche Auffassung von Körper, Symptomatik und Krankheit“ besäßen (e14). Derartige Aussagen werden jedoch weder den türkischen Patienten gerecht noch denjenigen, die nicht als „fremd“ wahrgenommen und gleichsam zum normativen Standard für den „richtigen“ Umgang mit Krankheit erhoben werden. Entsprechendes gilt für pauschale Hinweise auf die „kollektivistische Prägung“ von Migranten

aus der „Mehrzahl der Herkunftsländer“ gegenüber den „individualistisch geprägten“ Deutschen (e15).

Fragen nach spezifischen Krankheitsvorstellungen oder Gesundheitsrisiken bei Migranten mögen auf den ersten Blick plausibel erscheinen. Doch wie können Denk- und Wahrnehmungsmuster, Verhaltensweisen und moralische Orientierungen, aber auch Krankheitshäufigkeiten oder Versorgungsprobleme „spezifisch“ sein für eine Bevölkerungsgruppe, die erstens nicht klar abgrenzbar ist und sich zweitens durch eine besonders große interne Heterogenität auszeichnet – genetisch, biografisch, sozial, ökonomisch und kulturell?

Auch bei einer Differenzierung nach „Herkunft“ sieht es kaum besser aus, denn das Grundproblem wird damit nur auf eine andere Ebene verschoben: von der Gesamtheit der „Migranten“ auf weiterhin sehr heterogene und unscharf definierte Untergruppen („Türken“, „Aussiedler“, „Lateinamerikaner“). So hat etwa die von der Bundesregierung geförderte „Sinus-Studie“ zu den sozialen Milieus von Migranten in Deutschland gezeigt, dass deren sozioökonomische Lage, Identitäten und Werteorientierungen nicht nur sehr heterogen, sondern vor allem weitgehend unabhängig von der Herkunft sind (e16, e17).

Kultur, Ethnizität, Staatsbürgerschaft und insbesondere der Status „Migrant“ sind keine „objektiven“ oder gar biologisch determinierten Kategorien. Es handelt sich um Ergebnisse sozialer Interaktions- und Abgrenzungsprozesse (4, e18). Sie sind wandelbar und stets abhängig vom Kontext und einer bestimmten Perspektive. So gelten viele junge, in Deutschland geborene Migranten hier trotz des deutschen Passes oft noch als „Fremde“, aber beim Besuch im Heimatland der Eltern oder Großeltern als „Deutsche“ (e19, e20).

Sind Migranten häufiger, seltener oder anders krank als Nichtmigranten? Solche Fragen sind zweifellos legitim, führen aber nicht notwendig zu befriedigenden Antworten. Bestes Beispiel ist der oft zitierte „Healthy-migrant“-Effekt (e21 bis e23).

Kommunikationsprobleme?

Sie werden oft stereotyp den schlecht Deutsch sprechenden Migranten zugeschrieben. Strukturelle Aspekte wie Zeitmangel bleiben dagegen außen vor.



Foto: Getty

Dabei handelt es sich zunächst um die Beobachtung, dass Migranten in epidemiologischen Untersuchungen häufig „gesünder“ erscheinen als die einheimische Bevölkerung. Ursache derartiger Befunde sind in der Regel Untersuchungsartefakte. Allerdings nicht immer, denn es gibt in manchen eng umschriebenen Migrantengruppen – zum Beispiel bei offiziell geförderten Arbeitsmigranten – Selektionsprozesse, die dazu führen, dass vorwiegend junge und gesunde Menschen emigrieren, die bei Krankheit oder im Alter in die Heimat zurückkehren. In solchen Kollektiven ist der „Healthy-migrant“-Effekt plausibel und mit den üblichen Methoden epidemiologischer Forschung messbar. Mit zunehmender Komplexität der Kohorten werden entsprechende Aussagen jedoch kritisch.

Der Migrantenbegriff schafft für die medizinische Forschung offenbar mehr Probleme als Erkenntnisse. Dies führt zu einem Paradox: Unbenommen der genannten Schwierigkeiten besteht ja durchaus ein medizinisch begründeter Bedarf an Information und neuem Wissen. Migranten sind eben nicht „auch nur Deutsche“, wie der Berliner „Tagesspiegel“ als Reaktion auf die „Sinus-Studie“ titelte (e24). Die Biografien, Lebensverhältnisse, Ziele und Handlungsmuster vieler Migranten unterscheiden sich von denen der Menschen ohne Migrationshintergrund und beeinflussen teils erheblich ihre Gesundheit und medizinische Versorgung. Dazu gehören Erfahrungen wie Flucht, Trennung, Traumatisierung und

soziokulturelle Isolation. Die Unterschiede zwischen den Migranten sind jedoch so erheblich, dass Verallgemeinerungen fragwürdig bleiben.

Lebensverhältnisse im Blick

Im medizinischen Kontext kann die Kategorie Migration überall dort sinnvoll verwendet werden, wo ein Zusammenhang zwischen besonderen Krankheitsrisiken, Versorgungsproblemen und/oder konkreten Aspekten des Migrationshintergrunds plausibel erscheint. Ethnische Kategorien und Migrationsstatus können dabei indes nicht mehr sein als der Startpunkt einer genaueren Prüfung (e18).

Grundvoraussetzung ist jedoch zunächst eine differenzierte Erfassung des Migrationshintergrunds (5). Der amorphe Begriff wird durch konkretere Einzelaspekte greifbar und für Forschungszwecke operationalisierbar (5, S. 280). Ferner sind qualitative Forschungsansätze nötig, um jenseits vorgefasster Kategorien eine differenzierte Einsicht in die realen Lebensverhältnisse, Probleme und Sichtweisen der betroffenen Menschen zu gewinnen (e25 bis e27). Auf diese Weise können auch relativ kleine Kohorten mit migrationsbezogener Problematik erfasst werden, die aus einer allein ethnisch orientierten Perspektive unsichtbar bleiben würden.

So gibt es zum Beispiel Hinweise auf Hochrisikogruppen für psychische Erkrankungen und koronare Herzkrankheit unter relativ jungen Migranten der ersten und

zweiten Generation verschiedener Herkunft (e28 bis e31). Der Migrationsbezug ergibt sich hier aus Beobachtungen über besondere psychosoziale Belastungen, die das Leben als Migrant in Deutschland mit sich bringen kann: ein Leben zwischen Anpassung und Abgrenzung, Integration und Rückzug, mit Identitäts- und Loyalitätskonflikten gegenüber der Elterngeneration. Dabei können die Konfliktlinien – zum Beispiel zwischen Kindern und Eltern, alter und neuer „Heimat“ – durchaus unterschiedlich verlaufen und korrelieren nicht zwangsläufig mit der Herkunft der Patienten und/oder ihrer Eltern und Großeltern. Die seelischen und körperlichen Stressreaktionen und -folgen sind aber möglicherweise vergleichbar. Ethnizität und Migrationshintergrund sind auch hier primär als Frage und nicht als Antwort zu verstehen.

Anamnese ist das A und O

In eine andere Richtung zielen Untersuchungen zu medizinischen Folgen migrationsbedingter Veränderungen des Lebensstils, etwa von physischer Aktivität und Ernährung auf den Zucker- und Fettstoffwechsel. Welche gesundheitlichen Folgen hat schließlich ein Leben in „Kettenduldung“, das Ausländer – zum Beispiel Bürgerkriegsflüchtlinge ohne Asyl und ohne Rückkehrmöglichkeit ins Herkunftsland – teilweise über viele Jahre hinweg in Unsicherheit, Perspektivlosigkeit, erzwungene Abhängigkeit und Arbeitslosigkeit zwingt?

Die Lebensverhältnisse vor der Emigration, der Migrationsprozess und die aktuelle Lebenssituation als Migrant in Deutschland: In jeder Phase gibt es potenziell medizinisch relevante Faktoren, die identifiziert und im Kontext von Biografie und Gegenwart analysiert werden können. Denn auch Aspekte des Migrationsprozesses, wie zum Beispiel Erlebnisse auf der Flucht, und insbesondere die Lebensbedingungen im Land der vermeintlich sicheren Zuflucht können traumatisierend wirken und die Lebensperspektive der Betroffenen nachhaltig beeinflussen – positiv wie negativ (e32, e33).

Eine differenzierte Anamneseerhebung, die auch biografischen und sozialen Aspekten Rechnung trägt und diese medizinisch bewertet, gilt bis heute als zentrale Aufgabe ärztlichen Handelns. Patienten mit Migrationselementen in ihrem persönlichen Hintergrund stellen insofern also keine grundsätzlich anderen Anforderungen an Medizin und klinisches Handeln als andere. Zumal Sprach- und Kommunikationsprobleme sowie unterschiedliche Sichtweisen, Krankheitsvorstellungen und Handlungsprioritäten bei medizinischem Personal und Patienten ebenfalls ganz allgemeiner Natur sind. Sie fallen im Alltag bei Nichtmigranten nur weniger auf oder werden in anderen Zusammenhängen problematisiert, etwa im Hinblick auf die Nutzung von Alternativ- und Komplementärmedizin. Die durch das Thema Migration geförderte Aufmerksamkeit für soziokulturelle Aspekte von Krankheit könnte daher auch zu einer differenzierteren Sicht auf den persönlichen Hintergrund aller Patienten anregen, unabhängig von Ethnizität und Herkunft.

Bei Migranten kommen jedoch verschiedene Faktoren hinzu, aus denen für die klinische Praxis und Forschung tatsächlich besondere Herausforderungen erwachsen können: Stereotypen, schablonenhafte Denkmuster und unreflektierte Annahmen über „fremde Kulturen“ sind oft von großer Bedeutung. Eine sorgsame, sozial- und kulturwissenschaftlich fundierte und quellenkritische Verwendung der zentralen Begriffe und Konzepte ist daher ei-

ne notwendige Bedingung für eine an der realen Lebenswelt der betroffenen Menschen orientierte Medizin (2, 3, 4, e34, e35). Hinzu kommen eine adäquate Berücksichtigung juristischer (aufenthaltsrechtlicher) und politischer Aspekte sowie die stärkere Beachtung psychosozialer Zusammenhänge von Krankheit und Gesundheitsversorgung auch jenseits der entsprechenden medizinischen und psychologischen Spezialdisziplinen (2). Auch institutionelle Anpassungen, wie die Einrichtung bedarfsorientierter Dolmetscherdienste und von adäquaten Versorgungsangeboten für Flüchtlinge und Menschen ohne Papiere, sind nötig, damit die Medi-

DIE STUDIE

Unter dem Titel „Migration und Gesundheit“ haben Dr. med. Michael Knipper vom Institut für Geschichte der Medizin an der Universität Gießen (Direktor: Prof. Dr. V. Roelcke) und Dr. med. Yasar Bilgin von der Medizinischen Klinik und Poliklinik III des Universitätsklinikums Gießen/Marburg (Direktor: Prof. Dr. R. G. Bretzel) eine umfangreiche Studie veröffentlicht. Auftraggeber waren die Konrad-Adenauer-Stiftung und die Türkisch-Deutsche Gesundheitsstiftung. Den Autoren geht es dabei weniger um repräsentative Aussagen etwa zur Epidemiologie. Sie wollen vielmehr eine differenzierte Situationsanalyse liefern, die



Foto: Supraphid

neben den medizinischen auch kultur- und sozialwissenschaftliche Aspekte einbezieht.

Ein Kapitel widmet sich deshalb den Grundlagen und Grundbegriffen von Migration, Migrationshintergrund und Kultur. Auch rechtliche, ethische und politische Aspekte werden thematisiert. „Es geht uns um Anregungen zum Nachdenken und genaueren Hinschauen“, betont Knipper.

Das bedingt vor allem eine Abkehr von gängigen Vorurteilen und Stereotypen. Darüber hinaus liefert die Studie aber auch Handlungsempfehlungen, die über die Medizin hinausreichen und sich an die Verantwortlichen in Politik und Gesundheitswesen richten.

EB

zin ihrem Auftrag heute gerecht werden kann (2, e36 bis e38). Dies jedoch nicht aus politischen Gründen, etwa weil Deutschland sich inzwischen als Einwanderungsland begreift, sondern jenseits des Auf und Ab politischer Konjunkturen allein aufgrund der fundamentalen Grundsätze ärztlichen Handelns, wie sie etwa im Genfer Gelöbnis von 1948 (e39) und der ärztlichen Berufsordnung festgelegt sind (e40 bis e42).

Gerade die in dem Begriff „Migrationshintergrund“ kondensierte Vielschichtigkeit ist dabei jedoch nicht nur Problem, sondern auch Chance: Er bietet sich als „Marker“ an für das potenziell „Besondere“, einschließlich der besonderen Verantwortung, genauer hinzuschauen, innezuhalten und nachzudenken (e43).

■ Zitierweise dieses Beitrags:
Dtsch Arztebl 2010; 107(3): A 76-9

LITERATUR

1. Razum O, Zeeb H, Meesmann U, Schenk L, Bredehorst M, Brzoska P et al.: Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert-Koch-Institut 2008. www.rki.de/cln_091/nn_199850/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/migration,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/migration.pdf.
2. Knipper M, Bilgin Y: Migration und Gesundheit. Sankt Augustin: Konrad-Adenauer-Stiftung e.V. und Berlin: Türkisch-Deutsche Gesundheitsstiftung e.V. 2009. www.kas.de/wf/doc/kas_16451-544-1-30.pdf.
3. Dreißig V: Interkulturelle Kommunikation im Krankenhaus. Eine Studie zur Interaktion zwischen Klinikpersonal und Patienten mit Migrationshintergrund. Bielefeld: transkript 2005.
4. Knecht M: Jenseits von Kultur: Sozialanthropologische Perspektiven auf Diversität, Handlungsfähigkeit und Ethik im Umgang mit Patientenverfügungen. Ethik in der Medizin 2008; 20(3): 169–80.
5. Schenk L, Neuhauser H: Methodische Standards für eine migrantensensible Forschung in der Epidemiologie. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2005; 48(3): 279–86.

Anschrift für die Verfasser

Dr. med. Michael Knipper
Institut für Geschichte in der Medizin
Justus-Liebig-Universität
Iheringstraße 6, 35392 Gießen
E-Mail: michael.knipper@histor.med.uni-giessen.de

@ Weiterführende Literatur im Internet
unter: www.aerzteblatt.de/lit0310

LITERATURVERZEICHNIS HEFT 3/2010, ZU:

MEDIZIN UND ETHNISCH-KULTURELLE VIELFALT

Migration und andere Hintergründe

Das Thema Migration hat den soziokulturellen Aspekten von Krankheit wieder mehr Aufmerksamkeit verschafft. Doch unreflektierte Annahmen über „fremde Kulturen“ sorgen auch in der Medizin für Probleme.

Michael Knipper, Yasar Bilgin

LITERATUR

- e1. Borde T, David M (Hg.): Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Frankfurt/Main: Mabuse 2003.
- e2. Razum O, Geiger I, Zeeb H, Ronellenfitsch U: Gesundheitsversorgung von Migranten. Dtsch Arztebl 2004; 101(43): A 2882–7.
- e3. Ipsiroglu OS, Bode H: Transkulturelle Pädiatrie. Eine Einführung. Monatsschrift Kinderheilkunde 2005; 153(1): 8–15.
- e4. Becher H, Razum O, Kyobutungi C, Laki J, Ott JJ, Ronellenfitsch U, Winkler V: Mortalität von Aussiedlern aus der ehemaligen Sowjetunion – Ergebnisse einer Kohortenstudie. Dtsch Arztebl 2007; 104(23): A 1655–61.
- e5. Borde T, David M: Migration und psychische Gesundheit. Belastungen und Potentiale. Frankfurt am Main: Mabuse 2007.
- e6. Butler J, Albrecht N-J, Ellsäßer G, Gavranidou M, Habermann M, Lindert J, Weilandt C a.l.: Migrationssensible Datenerhebung für die Gesundheitsberichterstattung. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2007; 50: 1232–9.
- e7. Koch E, Hartkamp N, Siefen RG, Schouler-Ocak M: Patienten mit Migrationshintergrund in stationärpsychiatrischen Einrichtungen. Nervenarzt 2008; 79: 328–39.
- e8. Kohls M: Leben Migranten wirklich länger? Eine empirische Analyse der Mortalität von Migranten in Deutschland. Herausgegeben von Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Nürnberg 2008 (Working Paper der Forschungsgruppe des Bundesamtes, 16).
- e9. Kornischka J, Assion H-J, Ziegenbein M, Agelink MW: Psychosoziale Belastungsfaktoren und psychische Erkrankungen bei Spätaussiedlern. Psychiatrische Praxis 2008; 35: 60–6.
- e10. Schenk L, Neuhauser H, Ellert U: Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGs) 2003–2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut 2008.
- e11. Statistisches Bundesamt: Mikrozensus 2005. <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pk/2006/Mikrozensus/Pressebrochure.property=file.pdf>
- e12. Dietz B, Holzapfel R: Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund. Kinder in Aussiedlerfamilien und Asylbewerberfamilien – alleinstehende Kinderflüchtlinge. München: Deutsches Jugendinstitut 1999.
- e13. Rieser S: Migranten im Gesundheitswesen – „Türken haben Kultur, Deutsche eine Psyche“. Dtsch Arztebl 2000; 97(8): A 430–1.
- e14. Yildirim-Fahlbusch Y: Türkische Migranten: Kulturelle Missverständnisse. Dtsch Arztebl 2003; 100(5): 213–5.
- e15. Cerda-Hegerl P: Interkulturelle Aspekte in der medizinischen Versorgung nichtdokumentierter Migranten. Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 2008; 58: 136–45.
- e16. Sinus-Sociovision 2008: Zentrale Ergebnisse der Sinus-Studie über Migranten-Milieus in Deutschland. www.sinus-sociovision.de/Download/ZentraleErgebnisse09122008.pdf.
- e17. Wippermann C, Flaig BB: Lebenswelten von Migrantinnen und Migranten. Aus Politik und Zeitgeschichte 2009; 5: 3–11.
- e18. Wimmer A: Ethnische Grenzziehungen in der Immigrationsgesellschaft. Jenseits des Herderschen Commonsense. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 2008; 48: 57–88.
- e19. Spohn C (Hg.): Zweiehmisch. Bikulturell leben in Deutschland. Zwölf Porträts. Edition Kroeber-Stiftung 2006.
- e20. Foroutan N, Schäfer I: Hybride Identitäten muslimischer Migranten. Aus Politik und Zeitgeschichte, 2009; 5: 11–18.
- e21. Razum O, Rohrmann S: Der Healthy-migrant-Effekt: Bedeutung von Auswahlprozessen bei der Migration und Late-entry-Bias. Das Gesundheitswesen 2002; 64(2): 82–8.
- e22. Razum O, Zeeb H, Akgün HS, Yilmaz S: Low overall mortality of Turkish residents in Germany persists and extends into a second generation: merely a healthy migrant effect? Tropical Medicine and International Health 1998; 3(4): 297–303.
- e23. Kohls M: Healthy-Migrant-Effect, Erfassungsfehler und andere Schwierigkeiten bei der Analyse der Mortalität von Migranten. Eine Bestandsaufnahme. Herausgegeben von Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Nürnberg 2008 (Working Paper der Forschungsgruppe des Bundesamtes, 15).
- e24. Tagesspiegel vom 17.10.2007, Online-Version: www.tagesspiegel.de/zeitung/Fragen-des-Tages:art693,2401005
- e25. Pope C, Mays N: Qualitative Research: Reaching the Parts other Methods cannot reach: An Introduction to Qualitative Methods in Health and Health Services Research. British Medical Journal 1995; 311: 42–5.
- e26. Knipper M, Wolf A: Methoden und Methodologie medizinethnologischer Forschung. Curare. Zeitschrift für Ethnomedizin und transkulturelle Psychiatrie 2004; 27(1/2): 61–72.
- e27. Sobo, EJ: Culture and Meaning in Health Services Research. A Practical Field Guide. Walnut Creek: Left Coast Press 2009.
- e28. Porsch-Oezcuemez M, Bilgin Y, Wollny M et al.: Prevalence of risk factors of coronary heart disease in Turks living in Germany: The Giessen Study. Atherosclerosis 1999; 144: 185–98.
- e29. Bongard S, Pogge SF, Arslaner H, Rohrmann S, Hodapp V: Acculturation and cardiovascular reactivity of second-generation Turkish migrants in Germany. Journal of Psychosomatic Research 2002; 53: 795–803.
- e30. Kornischka J, Assion H-J, Ziegenbein M, Agelink MW: Psychosoziale Belastungsfaktoren und psychische Erkrankungen bei Spätaussiedlern. Psychiatrische Praxis 2008; 35: 60–66.
- e31. Boos-Nünning U, Siefen RG: Jugendliche mit Migrationshintergrund und Sucht. In: Assion H-J (Hg.): Migration und seelische Gesundheit. Heidelberg: Springer 2005; 195–213.
- e32. Birk A: Psychotherapie mit traumatisierten Flüchtlingen. Psychotraumatologie

- 2002(4). <http://www.thieme-connect.com/ejournals/html/psychotrauma/doi/10.1055/s-2001-20177>.
- e33. Keilson H: Sequentielle Traumatisierung. Deskriptiv-klinische und quantifizierend-statistische follow-up Untersuchung zum Schicksal der jüdischen Kriegswaisen in den Niederlanden. Gießen: Psychosozial-Verlag 2001.
- e34. Kleinman A, Benson P: Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competency and How to Fix it. *PLOS Med* 2006; 3(10): e294.
- e35. Verwey M: Hat die Odyssee Odysseus krank gemacht? Migration, Integration und Gesundheit. In: Lux T (Hg.): Kulturelle Dimensionen der Medizin. Ethnomedizin – Medizinethnologie – Medical Anthropology. Berlin: Reimer 2003; 277–307.
- e36. Albrecht N-J, Borde T: Sprach- und Kulturmittlung: Ein neuer Weg zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen und MigrantInnen. Göttingen: Cuvillier 2005.
- e37. Borde T, Albrecht NJ (Hrsg.): Innovative Konzepte für Integration und Partizipation. Bedarfsanalyse zur interkulturellen Kommunikation in Institutionen und für Modelle neuer Arbeitsfelder. Frankfurt: IKO-Verlag 2007.
- e38. DIM (Hg.): Frauen, Männer und Kinder ohne Papiere in Deutschland – Ihr Recht auf Gesundheit. Bericht der Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität. Berlin: Deutsches Institut für Menschenrechte 2007.
- e39. Weltärztebund: Deklaration von Genf. <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/genf.pdf>.
- e40. Wiesing U: Die Berufsordnung. In: ders (Hg.): Ethik in der Medizin. Ein Reader. Stuttgart: Reclam; 56–75.
- e41. Bundesärztekammer: (Muster-)Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte. <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.100.1143>.
- e42. Girth E: Über die Unabhängigkeit und berufliche Freiheit des Arztes. Zum Ergebnis der Verhandlungen zwischen Innenministerkonferenz und Bundesärztekammer. *Hess Arztebl* 2005; 5: 297–8.
- e43. Kaplan JB, Bennet T: Use of Race and Ethnicity in Biomedical Publication. *JAMA/Journal of the American Medical Association* 2003; 289(20): 2709–16.