

MIGRATION MACHT GESELLSCHAFT

Werte, Auseinandersetzungen,
Widersprüche und Widerstreitigkeiten
um Werte im Kontext von Migration,
HAW Hamburg 28.05.2019

Werte, Herausforderungen und Chancen einer gleichberechtigten und gleichwertigen Gesundheitsversorgung im Kontext von Migration



Prof. Dr. Theda Borde

ALICE SALOMON



HOCHSCHULE BERLIN
University of Applied Sciences

Übersicht

- I. Demographische Entwicklung, Migration und Diversität
- II. Was heißt eine gleichberechtigte und gleichwertige Gesundheitsversorgung für alle? Auf welchen Werten basiert dieses Konzept?
- III. Was wissen wir über die Gesundheitsversorgung von ImmigrantInnen?
- IV. Offene Fragen
- V. Anforderungen und Chancen für Forschung, Qualifizierung, Praxis und Politik

I. Demografie, Migration und gesellschaftliche Vielfalt

Bevölkerung in Deutschland

mit Migrationshintergrund 23,4 %

mit ausländischer Staatsangehörigkeit

17,4 % Berlin

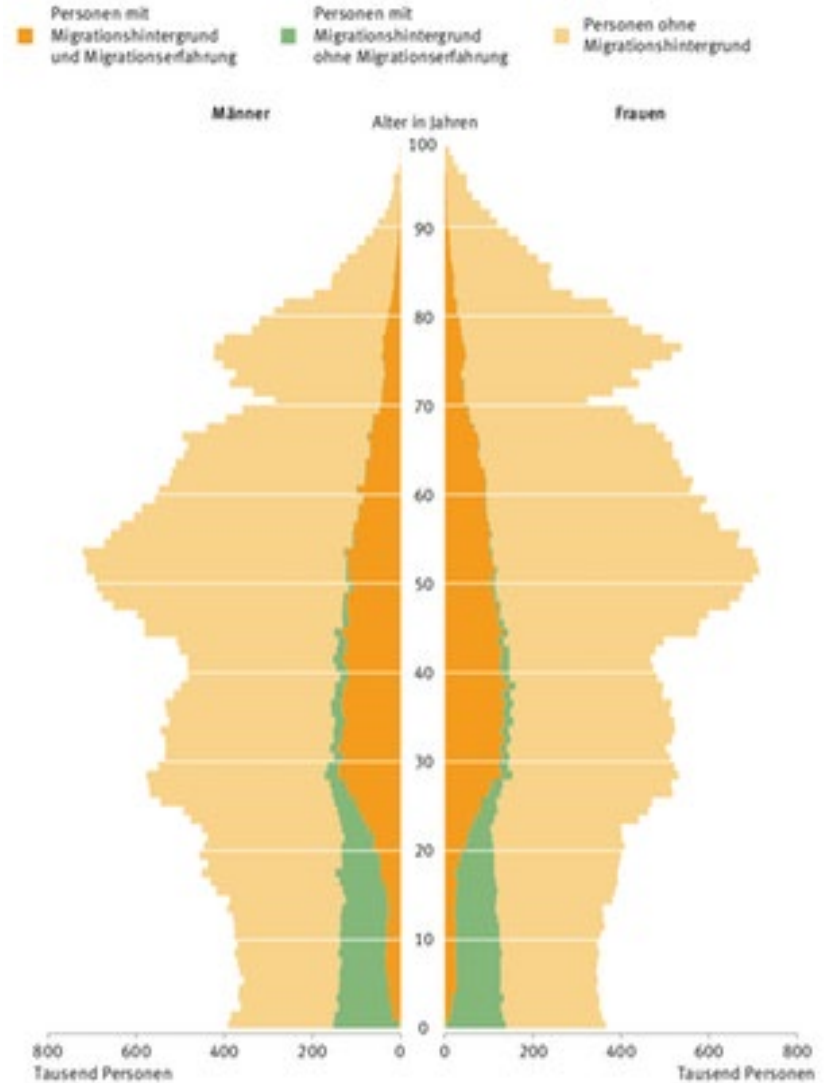
16,4 % Hamburg

4,3 % Brandenburg

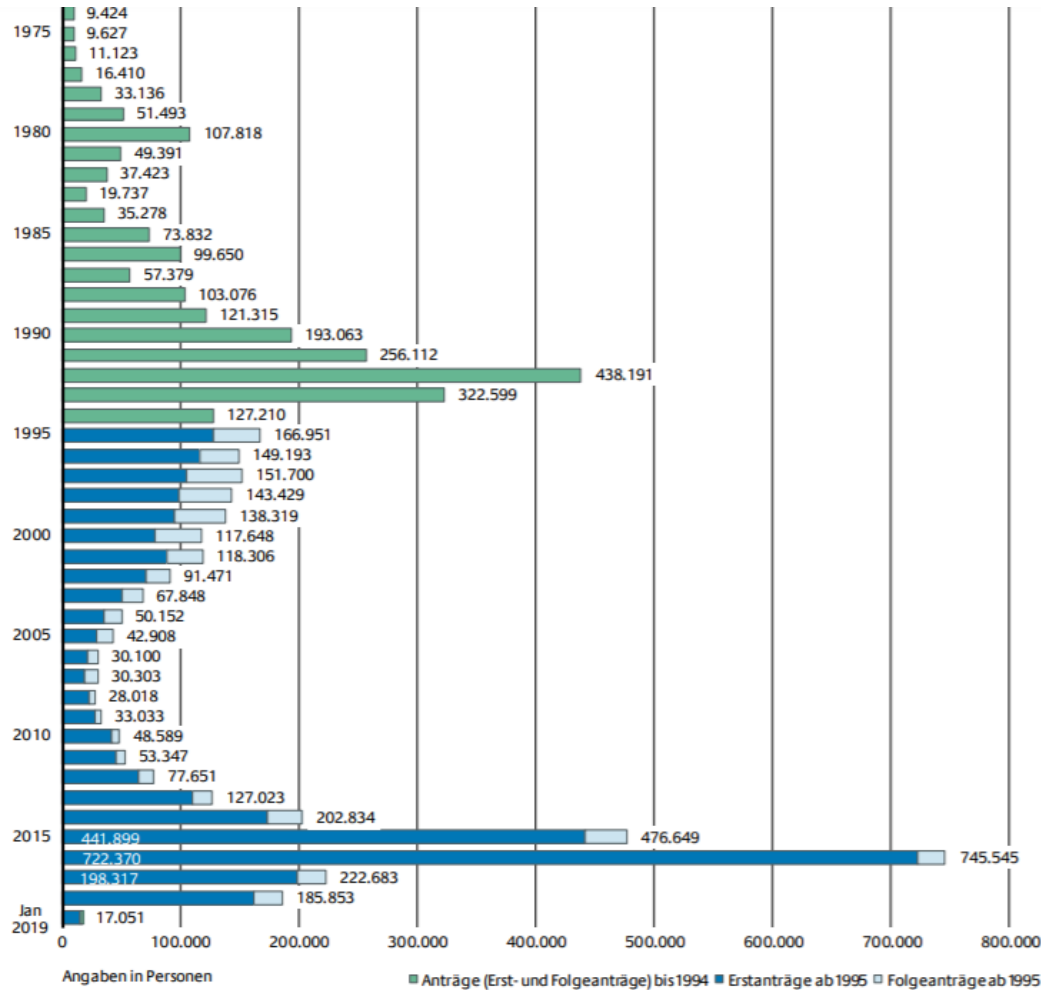
12,7 % NRW

(Statistisches Bundesamt 2017)

Abb. 2 Alterspyramide 2016 nach Migrationserfahrung
Ergebnisse des Mikrozensus



Asylanträge in Deutschland seit 1995

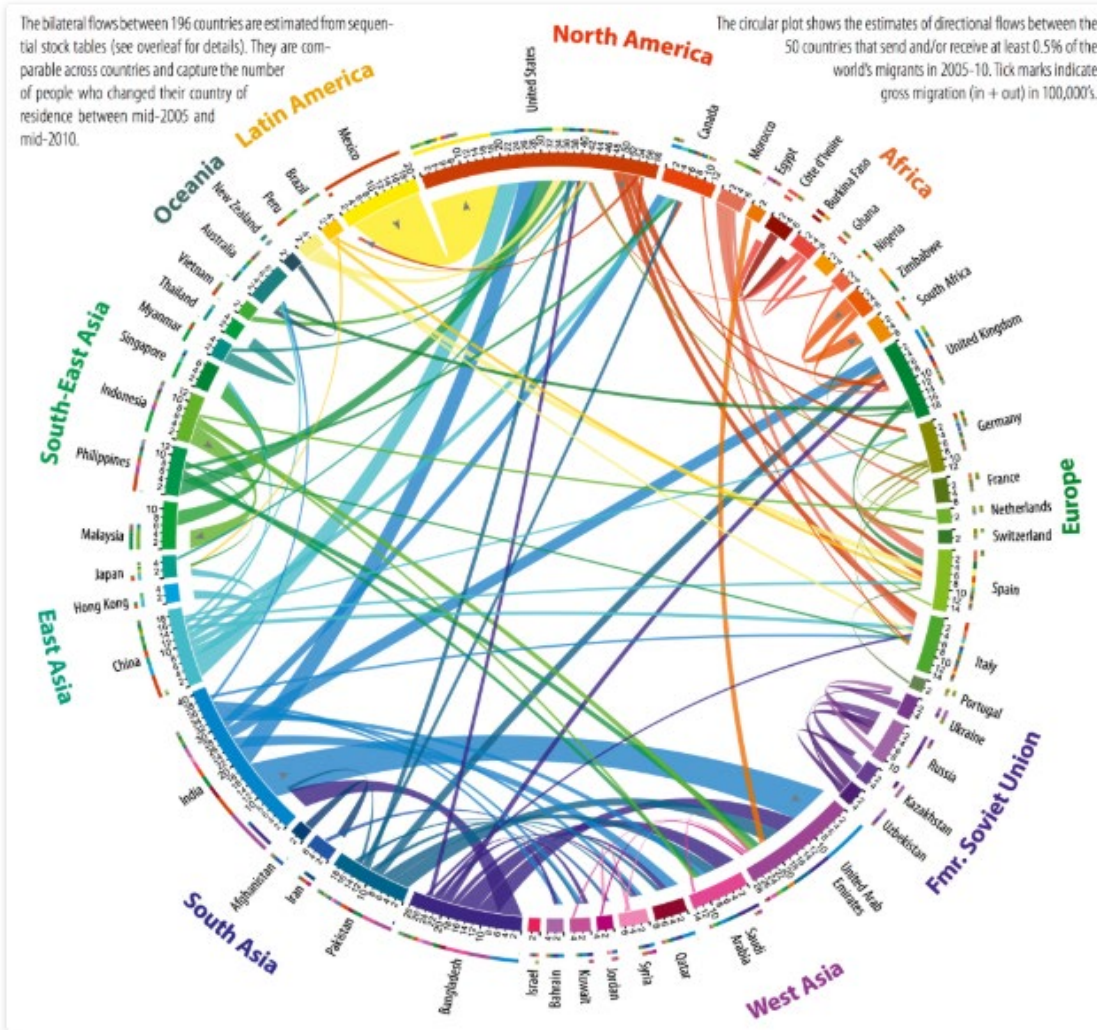


2. Golfkrieg Irak
Jugoslawien Kriege

Syrien Krieg
+ weitere Kriegs- u. Krisengebiete

(BAMF. Aktuelle Zahlen zu Asyl. Januar 2019)

Globale Migrationsbewegungen



(Sander, Abel & Bauer 2013
Global international migration flows – Wittgenstein Centre)

http://download.gsb.bund.de/BIB/global_flow/VID_Global_Migration_Datasheet_web.pdf

Migration macht Gesellschaft(en)!

- ökonomische und demografische Bedeutung der Zuwanderung
- zunehmende soziale, ethnische & kulturelle Vielfalt der Bevölkerung
- Mehrsprachigkeit
- Aktuelle, anhaltende und neue (globale) Migrationstrends

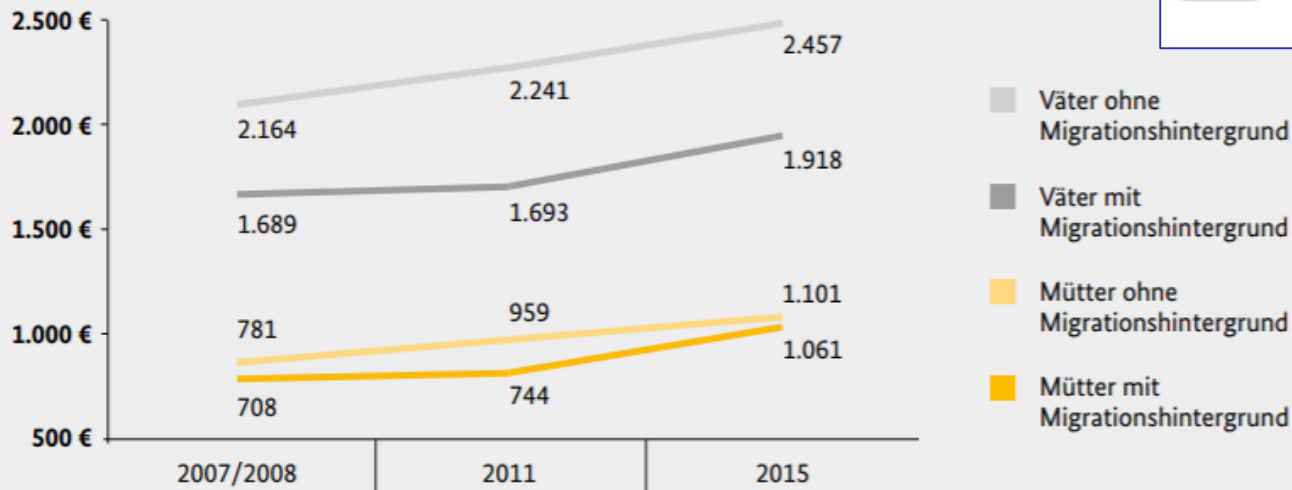
- Arbeitsmigration (unqualifizierte/qualifizierte Arbeit)
- Familienzusammenführung
- irreguläre Migration
- Ost-West und Süd-Nord Migration in der EU
- Flüchtlinge aus Kriegs- und Krisengebieten
- Folgen des Klimawandels

Herausforderungen und Chancen

... auch für Gesundheit

Soziale Ungleichheit: Familien mit und ohne Migrationshintergrund

Mittleres Nettoeinkommen in €



Quelle: PASS 2007/2008, 2011 und 2015, Berechnung FIT; eigene Darstellung Ramboll Management Consulting.

Einkommen

2.981 €

Monatliches mittleres Nettoeinkommen Familien mit Migrationshintergrund (Median)



3.643 €

Monatliches mittleres Nettoeinkommen Familien ohne Migrationshintergrund (Median)



Armutsgefährdung



29 %

Familien mit Migrationshintergrund

13 %

Familien ohne Migrationshintergrund

Gelebte Vielfalt: Familien mit Migrationshintergrund in Deutschland



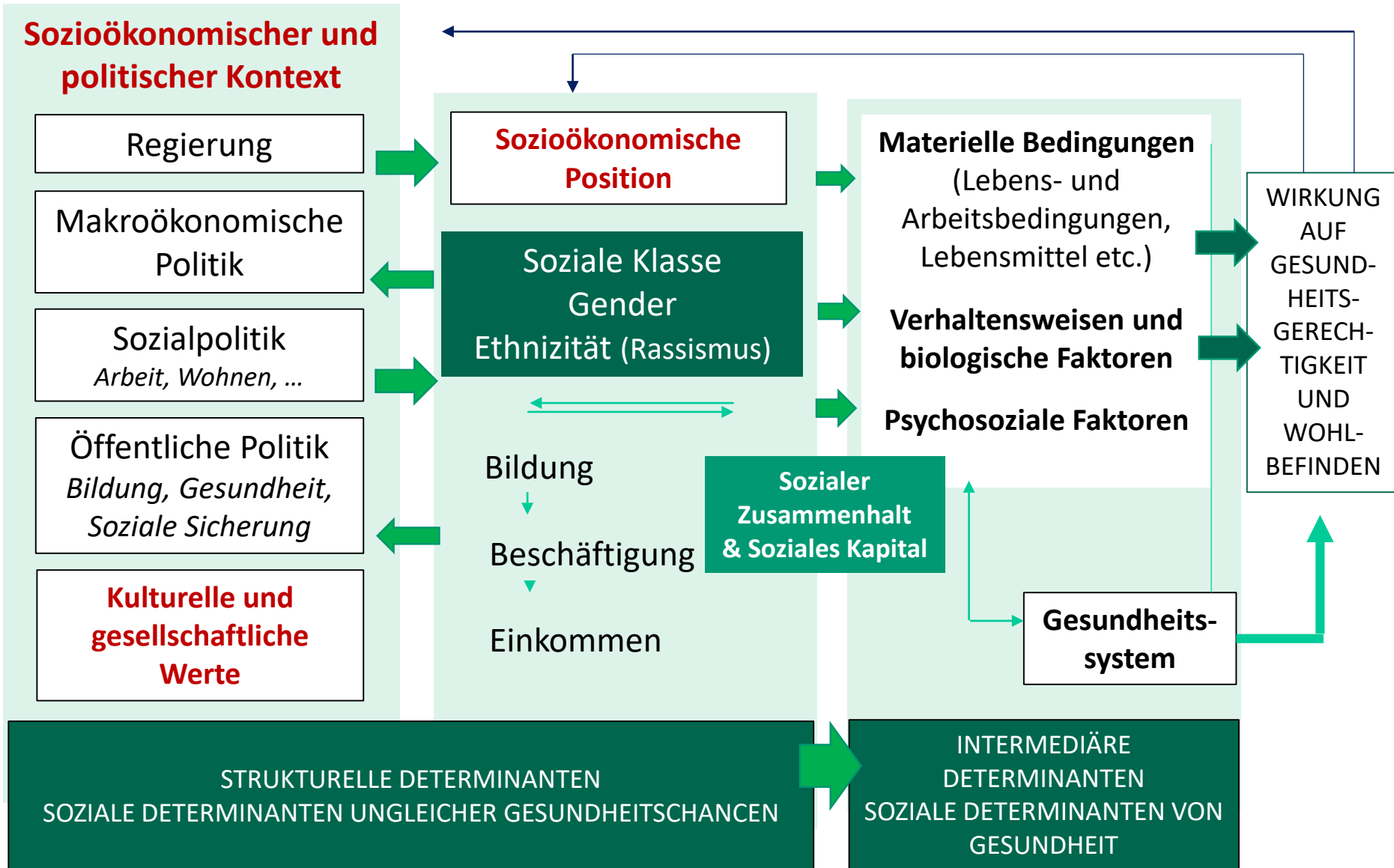
Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Juni 2017

Zusammenhang von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit international und für Deutschland immer wieder belegt (Lampert et al 2016)

Soziale Determinanten von Gesundheit

(WHO CSDH 2008, Solar & Irwin 2010)



II. Was heißt gleichberechtigte und gleichwertige Gesundheitsversorgung für alle?

Auf welchen Werten basiert dieses Konzept?

In verschiedenen Kontexten sind verschiedene **Werte** und davon abgeleitete **Kriterien** bedeutsam.

Recht auf Gesundheit
Artikel 12 (UN Sozialpakt 1966)

Menschenrechte

Qualitätskriterien in der
Gesundheitsversorgung
Norm EN 15224 (2012)

*Versorgungs-
qualität*

Indikatoren des Migrant
Integration Policy Index
“Gesundheit” (2015)

*Gesellschaftliche
Teilhabe u.
Integration*

Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte vom 19. Dezember 1966

Bundesgesetzblatt (BGBl) 1976 II, 428

Artikel 12 **Recht auf Gesundheit**

(1) Die Vertragsstaaten erkennen das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit an.

(2) Die von den Vertragsstaaten zu unternehmenden Schritte zur vollen Verwirklichung dieses Rechts umfassen die erforderlichen Maßnahmen

a) zur Senkung der Zahl der Totgeburten und der Kindersterblichkeit sowie zur gesunden Entwicklung des Kindes;

b) zur Verbesserung aller Aspekte der Umwelt- und der Arbeitshygiene;

c) zur Vorbeugung, Behandlung und Bekämpfung epidemischer, endemischer, Berufs- und sonstiger Krankheiten;

d) zur Schaffung der Voraussetzungen, die für jedermann im Krankheitsfall den Genuss medizinischer Einrichtungen und ärztlicher Betreuung sicherstellen.

Artikel 12 UN Sozialpakt

- nach und nach inhaltliche Anpassung an geänderte gesellschaftliche Normen und globale Bedingungen.
- wichtiges Instrument, um globale Entwicklung und Gerechtigkeit zu erreichen und Diskriminierung und Marginalisierung zu bekämpfen (Grover & Lander 2012:214)

Recht auf Gesundheit ≠ das Recht gesund zu sein.

... wird verwirklicht, indem die **sozialen und anderen Determinanten für Gesundheit** sichergestellt werden, um die Gesundheit der Individuen im Rahmen der zur Verfügung stehenden Mittel zu maximieren.

Das Recht auf Gesundheit – ein Menschenrecht für alle!

Vier Kernelemente

1. Verfügbarkeit

Gesundheitseinrichtungen u. -dienste in ausreichender Anzahl und Verteilung mit angemessener Ausstattung kontinuierlich verfügbar (...)

2. Zugänglichkeit

von Gesundheitsdiensten für alle
tatsächliche Erreichbarkeit, Bezahlbarkeit und angemessene Information darüber sowie Nichtdiskriminierung

3. Annehmbarkeit

Alle Gesundheitseinrichtungen, -güter und -dienstleistungen müssen Grundsätze der medizinischen Ethik sowie die kulturellen Werte der jeweiligen Bevölkerungsgruppen respektieren, soweit diese nicht gegen Menschenrechte verstoßen.

4. Qualität

wissenschaftlich und medizinisch angemessene Qualität, Personal, das nach aktuellen wissenschaftlichen Standards arbeitet, qualitätsgeprüfte Medikamente und adäquate medizinische Ausstattung.

Weitere internationale Abkommen zum Recht auf Gesundheit und Gleichbehandlung in der Gesundheitsversorgung

Europäische Sozialcharta (1961)

Artikel 11: Recht auf Gesundheitsschutz

Menschenrechtsübereinkommen zur Biomedizin (1996)

Artikel 3: Gleicher Zugang zur Gesundheitsversorgung

Charta der Grundrechte der Europäischen Union (2000)

Artikel 21: Anti-Diskriminierung

Artikel 22: kulturelle, religiöse und sprachliche Vielfalt

Artikel 35: Gesundheitsschutz

GG Artikel 3 Abs. 3

Niemand darf wegen seines Geschlechtes, seiner Abstammung, seiner Rasse, seiner Sprache, seiner Heimat und Herkunft, seines Glaubens, seiner religiösen oder politischen Anschauungen benachteiligt oder bevorzugt werden. Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden.

Elf Qualitätskriterien in der Gesundheitsversorgung – für alle!?

Norm EN 15224 (2012)

- Angemessene, richtige Versorgung
- Verfügbarkeit
- Kontinuität der Versorgung
- Wirksamkeit
- Effizienz
- Gleichheit
- Evidenz basierte/wissensbasierte Versorgung
- Patientenorientierung
- Einbeziehung des Patienten/-innen
- Patientensicherheit
- Rechtzeitigkeit und Zugänglichkeit



Patientenrechtegesetz
(2013)



FOKUSRECHTSBEREICH
Beweislasten im
Arzthaftungsprozess



**MIGRANT
INTEGRATION
POLICY INDEX
2015**

Migrant Integration Policy Index



„Gesundheit“ **2015** erstmals als Politikbereich aufgenommen

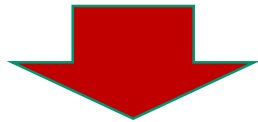
Indikatoren MIPEX Gesundheit

- Anspruch auf Gesundheit
- Zugänglichkeit
- politische Strategien zur Verbesserung der Zugänglichkeit
- Reaktionsfähigkeit und Maßnahmen für Veränderungen im Gesundheitsbereich (Responsivität)

(IOM & EquiHealth 2015, <http://www.mipex.eu>)

III. Was wissen wir über die Gesundheitsversorgung von ImmigrantInnen?

- Zugangs- und Inanspruchnahmebarrieren
- eingeschränkte sprachliche Verständigung
- geringe(re) Gesundheitskompetenzen
- ungünstige(re) soziale Lage
- Probleme der Zugänglichkeit



- insgesamt schlechterer Gesundheitsstatus im Vergleich zu Nicht-MigrantInnen (auch Kinder/Jugendl.)
- Fehl-, Über- und Unterinanspruchnahme der Gesundheitsversorgung
- geringere Qualität der Versorgung

Razum 2008, Ellert et al. 2015, Lampert et al. 2016, Schaeffer et al. 2017, KIGGS Studie,

**Kaum
diversitätssensible
aktuelle Studien
zur Qualität der
Versorgung**

Gesellschaftliche Diversität spiegelt sich in der Gesundheitsversorgung *ungleich* wider

Immigranten/-innen sind

entsprechend ihrem Bevölkerungsanteil im jeweiligen Einzugsgebiet repräsentiert z.B. in Geburtskliniken, Krankenhäuser, Arztpraxen

Beispiel Geburtskliniken der
Berliner Innenstadt

58% Migrationshintergrund, davon

40% im Ausland geboren

30% geringe Deutschkenntnisse

(David et al 2014, Brenne et al 2015)

unterrepräsentiert

z.B. bei präventiven Angeboten,
Selbsthilfe, Gesundheitsförderung

überrepräsentiert

z.B. in Rettungsstellen/Notaufnahmen

Stationäre Versorgung (Beispiel)

Ältere Studie (Gynäkologie)

zeigte bei Immigrantinnen im Vergleich zu einheim. Frauen

- **geringere Kenntnis von Diagnose und Kliniktherapie**
- **Informationsverlust nach Patientenaufklärung**
insbesondere bei Patientinnen mit **geringen Deutschkenntnissen**,
geringem **Bildungsgrad** u. geringen **Gesundheitskompetenzen** (*Pette et al 2004*)
- Immigrantinnen **deutlich unzufriedener** mit der Versorgung (*Borde 2002*)

Aktuelle Studie (Geburtshilfe)

- **keine Unterschiede bei Versorgungszufriedenheit** zwischen Immigrantinnen und einheimischen Müttern (*Seidel et al. 2018*)
- **Gesundheitspersonal** (nach wie vor) mit ihrer Versorgungsleistung gegenüber Immigrantinnen **deutlich unzufrieden** (v.a. bei Sprachbarrieren) (*Borde 2002, Babitsch et al. 2008, Großkreutz et al. 2017*).



Charité
Frauenklinik

Sprachbarrieren in der Gesundheitsversorgung



*Gefühlt häufig
- aber nicht systematisch erfasst!*

Angaben zur Häufigkeit von sprachlichen Verständigungsbarrieren zwischen **10%** und **30%** bezogen auf PatientInnen mit Migrationshintergrund je nach Region (meist basierend auf Schätzungen des Personals)

(Langer et al. 2017, Ulrich et al. 2016, BBMFI 2014, Brenne et al. 2015)

Umgang mit Sprachbarrieren in der Gesundheitsversorgung

- meist **LaiendolmetscherInnen**
(z.B. Familienangehörige)
- **Standards guter Kommunikation**
sind **nicht erfüllt**
(Borde 2002, Langer et al. 2017)



- geringe Dolmetschkompetenzen
- Eile
- Parteilichkeit
- Schamgefühle
- falsche Übersetzungen
- Auslassungen
- Verzerrungen
- Filtern u. Verschweigen von Informationen

Folgen von unzureichend gelösten Kommunikationsbarrieren

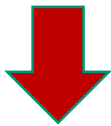
- **Qualität der Versorgung** beeinträchtigt
- **negative Wirkung auf PatientInnen- und MitarbeiterInnenzufriedenheit**
- **Fehl-, Unter- und Überversorgung**
(Penka 2012, Borde et al. 2008, Schott et al 2015, Ulrich et al. 2016)

Rehabilitation

Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation bei Personen mit Migrationshintergrund aus der Türkei **weniger effektiv** als bei Einheimischen (*Schott et al 2015*).

Ursachen:

- sprachliche Verständigungsprobleme &
- sozio-kulturell divergierende Aspekte der Kommunikation



Folgen:

- **Ausschluss** aus sprachbasierten Therapiemodulen
- aktive **Teilnahmeverweigerung** bei Rehabilitationsmaßnahmen

Hinweise auf verbesserte Versorgung im Zeitverlauf

Beispiel Perinatale Versorgung

Studien zur perinatalen Gesundheit aus den 1970er/1980er Jahren zeigten

bei Ausländerinnen im Vergleich zu deutschen Frauen

- deutlich geringere Nutzung der Schwangerenvorsorge
- mehr Kaiserschnittentbindung.
- mehr Frühgeburten
- schlechtere perinatale Ergebnisse bei Mutter & Kind

(Borde, David et al 2014, David et al 2015 u.a.)

Aktuell



... bei Immigrantinnen

- vergleichbare Nutzung der ärztlichen Schwangerenvorsorge
- teilweise weniger Kaiserschnitte
- Frühgeburtenrate vergleichbar
- gleich gute und z.T. bessere perinatale Ergebnisse

- **Unterschiede zw. verschiedenen Gruppen von Immigrantinnen**
(Deutschkenntnisse, Aufenthaltsdauer, Herkunftsländer, Bildungsgrad, soziale Lage, Soziale Netzwerke...)

Situation geflüchteter Frauen

- **Unteranspruchnahme und Unterversorgung bei körperlichen und bei psychischen und bei Beschwerden**
- **verzögerte Schwangerenvorsorge**

Zugangsbarrieren

- sprachliche Kommunikation
- geringe Gesundheitskompetenzen
- geringe Systemkenntnis
- erlebte Diskriminierung
- Mangel an Dolmetscherinnen

Study on Female Refugees
Schouler-Ocak, Abels, Kurmeyer, 2017



Weitere potenzielle Barrieren in der Gesundheitsversorgung für ImmigrantInnen und ethnische Minderheiten

- Stereotype und Vorurteile
- Einstellungen und Verhaltensweisen des Gesundheitspersonals
- Widerstände des Personals
- exklusive Praktiken seitens des Versorgungssystems

(Drewniak et al. 2017)

Studien zur Wirkung von Einstellungen und Verhaltensweisen des Personals stammen v.a. aus den USA.

In Europa und Deutschland fehlen solche Untersuchungen!



**MIGRANT
INTEGRATION
POLICY INDEX
2015**

**HOW COUNTRIES
ARE PROMOTING
integration of immigrants**

Sie erinnern sich ...

GESUNDHEIT

Indikatoren

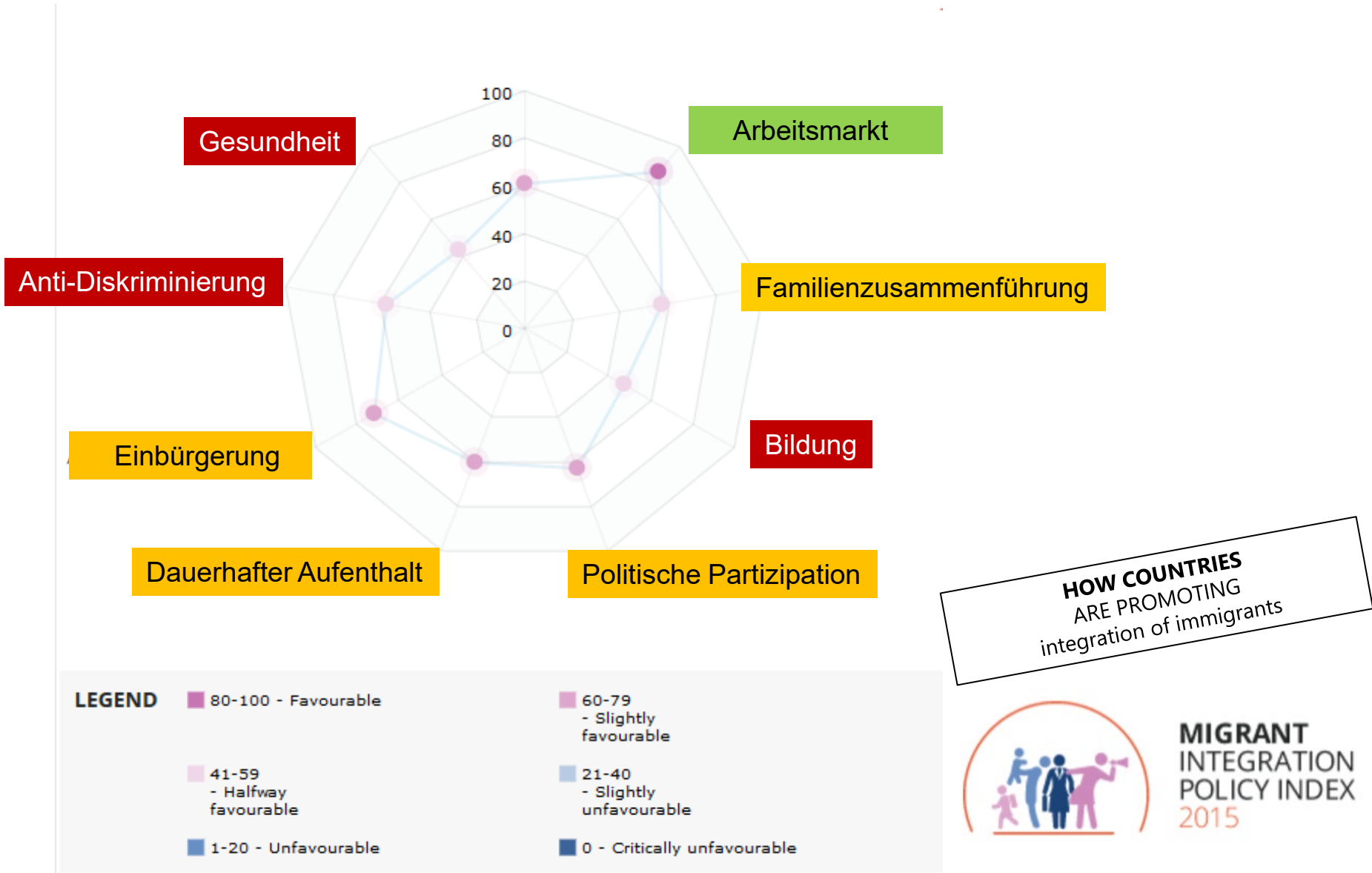
- Anspruch auf Gesundheit
- Zugänglichkeit
- Reaktionsfähigkeit und Maßnahmen für Veränderungen im Gesundheitsbereich
- politische Strategien zur Verbesserung der Zugänglichkeit



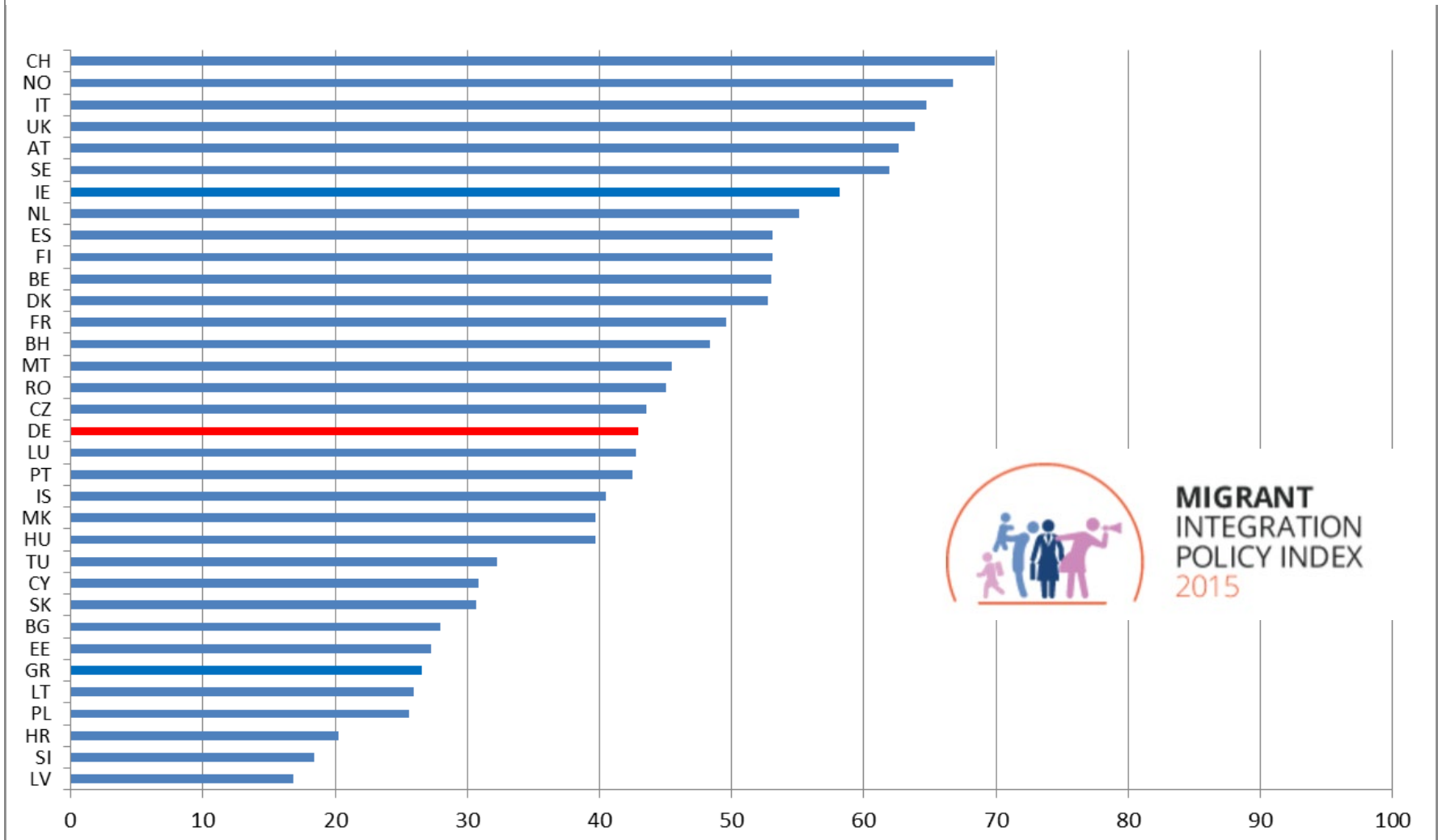
http://equi-health.eea.iom.int/images/MIPEX/GERMANY_MIPEX_Health.pdf

<http://www.mipex.eu/>

Ergebnisse des MIPEX alle Indikatoren - Bericht für Deutschland



Gesamtergebnis des MIPIX 2015 für „Gesundheit“ im Ländervergleich



**MIGRANT
INTEGRATION
POLICY INDEX
2015**

Der MIPEX Gesundheitsbericht identifiziert **5 zentrale Problembereiche** für Deutschland

1. Anspruch auf Gesundheitsleistungen durch §4 AsylbLG eingeschränkt.
2. Versuch strukturelle Defizite in der Versorgung von ImmigrantInnen durch zeitlich befristete und regional begrenzte «interkulturelle» Projekte vielfältiger Akteure zu kompensieren.
3. Es fehlen flächendeckende Strategien & Maßnahmen auf politischer und institutioneller Ebene.
4. Defizitäre Datenlage. Hoher Forschungsbedarf v.a. in der Versorgungsforschung.
5. Das (Gesundheits-)Personal ist nicht ausreichend auf die Diversität der PatientInnen und NutzerInnen vorbereitet.

Deutschland gehört zu den Ländern mit den stärksten Einschränkungen!



(Knipper et al 2017)

IV. Wir wissen einiges, doch es bleiben **offene Fragen und Herausforderungen** für Forschung, Versorgungspraxis und Politik

- Wer ist ein (Im)Migrant/ eine (Im)Migrantin?
Reicht der „Migrationshintergrund“ als Differenzierungsmerkmal für diversitätsgerechte Konzepte?
- Wie repräsentativ sind ImmigrantInnen in Gesundheitsberichten, in gesundheitswissenschaftlichen Studien und im QM in der Gesundheitsversorgung abgebildet?
- Wie sehen die Wechselwirkungen sozialer Determinanten von Gesundheit aus, wenn Migrationsfaktoren systematisch berücksichtigt werden?

Wer ist ein/e MigrantIn oder ImmigrantIn?

Reicht der „Migrationshintergrund“ als Definition ?

Sammelbegriff „**Migrationshintergrund**“ bildet die **Verschiedenheit der Lebenslagen** von Flüchtlingen, ImmigrantInnen und deren direkte Nachkommen nicht ab.

Migrationshintergrund umfasst

- In Deutschland geboren
- im Ausland geboren
- ein Elternteil im Ausland geboren
- beide Eltern im Ausland geboren

- deutsche Staatsangehörigkeit
- ausländische Staatsangehörigkeit

- befristete Aufenthaltserlaubnis
- unbefristete Aufenthaltserlaubnis

- ausgezeichnete Deutschkenntnisse
- geringe Deutschkenntnisse

- verschiedene Herkunftsländer, Ethnizitäten, Religionen
- ...

Diversität und damit verbundene verschiedene Lebenslagen innerhalb der Bevölkerung mit „MH“ verschwimmen.



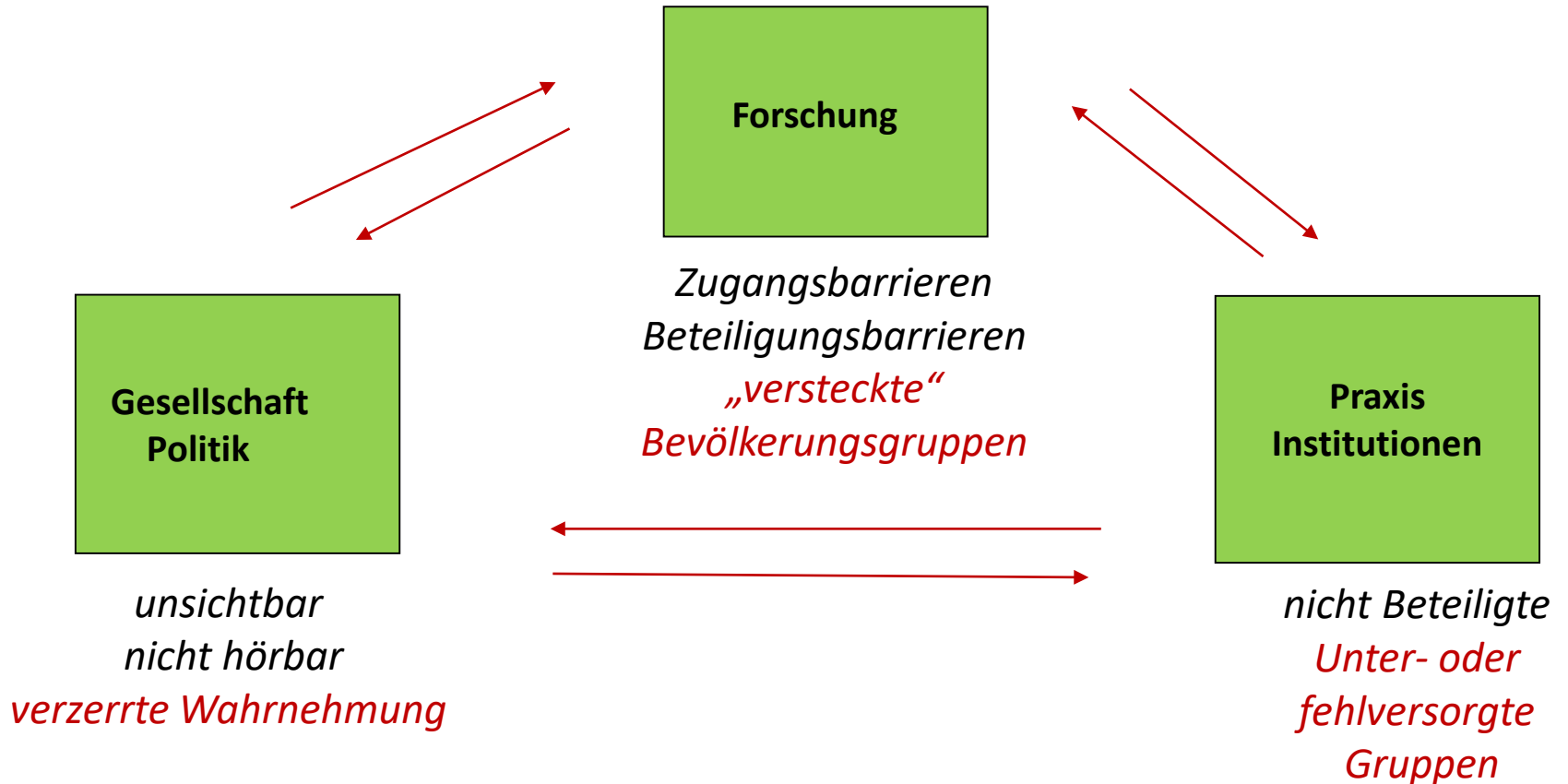
super-diversity

(Vertovec 2007)

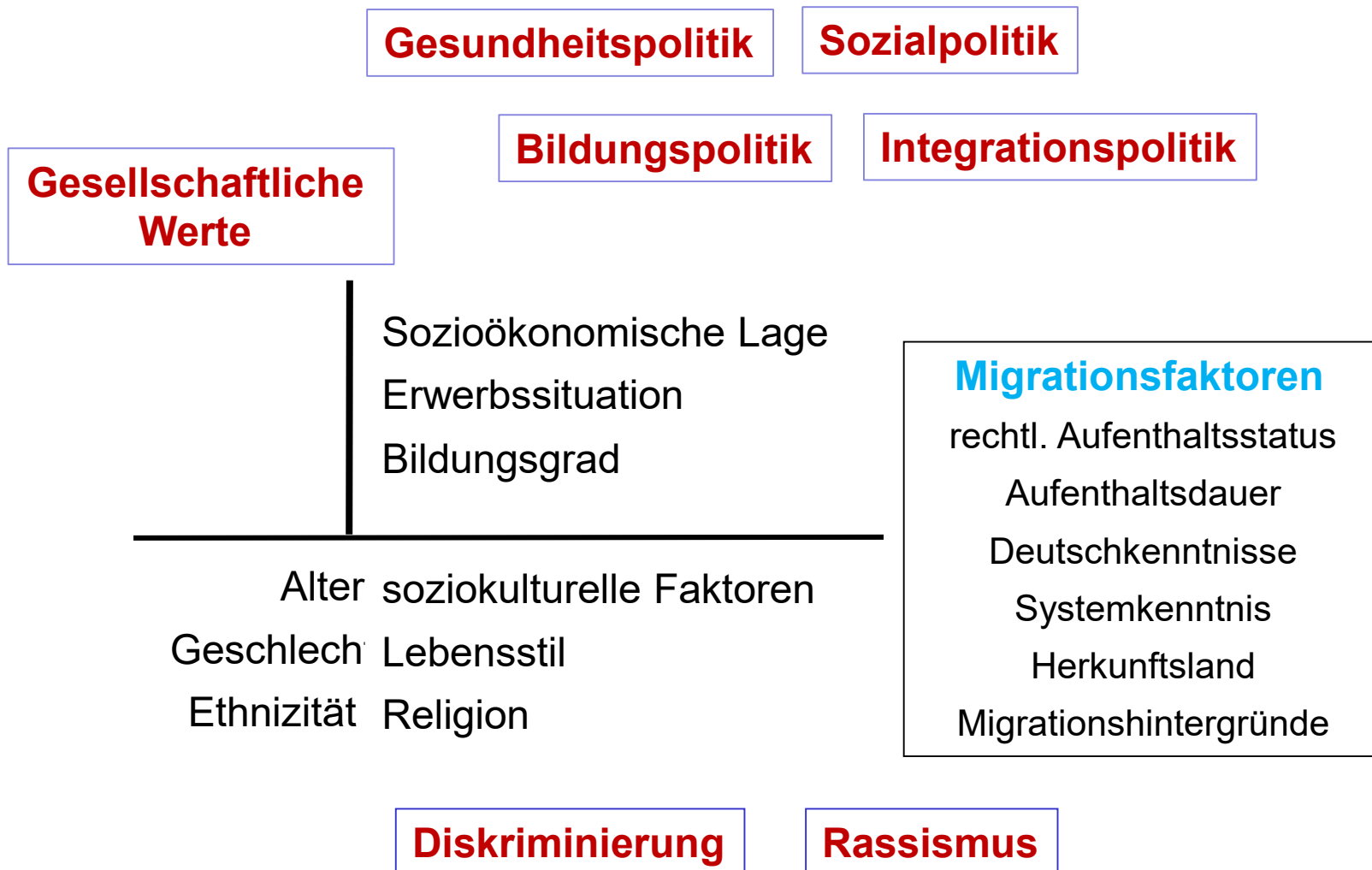
Wie repräsentativ sind ImmigrantInnen in Gesundheitsberichten, gesundheitswissenschaftlichen Studien und im QM abgebildet?

- Immigrantinnen sind deutlich unterrepräsentiert und wenig beteiligt
- Studiendesigns, Instrumente und Ressourcen sind oft nicht geeignet, um
 - Teilnahme zu ermöglichen,
 - Diversität zu erfassen und
 - Repräsentation zu ermöglichen
- Zugangsbarrieren (und zum Teil Ignoranz) auf Seiten der Gesundheits- und Versorgungsforschung

Forschungsdefizite führen zu Versorgungsdefiziten



Wie sehen die Wechselwirkungen verschiedener sozialer Determinanten von Gesundheit aus?



V. Anforderungen und Chancen für Praxis, Forschung und Politik



“Urbanity 2” © 2012 Sally Trace

AUF VIELFALT UMSTELLEN !

Ist das eine individuelle Einstellung oder (Wert)haltung?

... auch, aber nicht allein.

Nötig ist eine **politische Strategie auf allen Ebenen** sowie in Institutionen der Gesundheitsversorgung um flächendeckende Strukturen zu etablieren, damit geschriebene Rechte in **tatsächlichen Rechte und Teilhabemöglichkeiten** transformiert werden.

Gleichwertige und gleichberechtigte Gesundheitsversorgung für alle heißt für die **stationäre und ambulante Versorgung** sowie für **Prävention und Gesundheitsförderung**

- keine Einschränkungen beim Anspruch auf Gesundheitsleistungen
 - §4 AsylbLG abschaffen !
 - *universellen Zugang zur Gesundheitsversorgung für alle sicher stellen*
- diversitätsgerechte Standards der Messung und Steuerung der Versorgungsqualität etablieren
- verlässliche Strukturen schaffen, um Standards guter Kommunikation und eine Politik der Mehrsprachigkeit flächendeckend und zuverlässig zu ermöglichen
- nicht dem Zufall überlassen, wer wie gut oder schlecht informiert, an Entscheidungen beteiligt und besser oder schlechter versorgt wird.

Gleichwertige und gleichberechtigte Gesundheitsversorgung für alle heißt für **Wissenschaft, Forschung und Lehre**

- eine Gesundheits- und Versorgungsforschung etablieren, die der gesellschaftlichen Vielfalt gerecht wird
 - *ImmigrantInnen z.B. bei geringen Deutschkenntnissen per Definition von Einschlusskriterien nicht systematisch ausschließen!*
- eine entsprechende Methodenkompetenz in der Lehre an Hochschulen curricular verankern und in Forschungsprojekten praktizieren
- Standards diversitätsgerechter Forschung etablieren und bei der Begutachtung und Bewilligung von Forschungsfinanzierung berücksichtigen
- Partizipative Ansätze in der Gesundheitsforschung stärken
- nicht dem Zufall überlassen, wer in Studien erreicht und wer wie repräsentiert wird.

İlginiz için teşekkür ederim

Obrigada pela sua atenção

Bedankt voor je aandacht

Ji bo baldariya te spas

Thank your for your attention

Gracias por su atención

Vielen Dank für Ihr Interesse

شكرا لاهتمامكم

Cảm ơn vì sự chú ý của bạn

Literatur

Binder-Fritz C, Rieder A. Zur Verflechtung von Geschlecht, sozioökonomischem Status und Ethnizität im Kontext von Gesundheit und Migration. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz. Vol 57, 9, I 2014: 1031–1037

Borde T. Patientinnenorientierung im Kontext der soziokulturellen Vielfalt im Krankenhaus. Vergleich der Erfahrungen und Wahrnehmungen deutscher und türkischsprachiger Patientinnen sowie des Klinikpersonals zur Versorgungssituation in der Gynäkologie, 2002. URL: http://edocs.tu-berlin.de/diss/2002/borde_theda.htm

Brenne S, David M, Borde T, Breckenkamp J, Razum O. Werden Frauen mit und ohne Migrationshintergrund von den Gesundheitsdiensten gleich gut erreicht? Das Beispiel Schwangerenvorsorge in Berlin. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 58, 6, 2015: 569-576.

Brzoska P, Razum O. Versorgungsprobleme und mögliche Lösungsstrategien bei Menschen mit Migrationshintergrund . DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift 139(38) 2014: 1895–1897

David M, Borde T, Brenne S, Henrich W, Breckenkamp J, Razum O. Caesarean Section Frequency among Immigrants, Second- and Third-Generation Women, and Non-Immigrants: Prospective Study in Berlin/Germany. PLoS ONE 2015; 10 (5): e0127489

Borde T. Migration und Frauengesundheit – komplexe Zusammenhänge erschließen. Public Health Forum. Band 23, Heft 2, 2015: 61–63

David M, Borde T, Brenne S, Ramsauer B, Henrich W, Breckenkamp J, Razum O. Comparison of Perinatal Data of Immigrant Women of Turkish Origin and German Women. Results of a Prospective Study in Berlin. Geburtsh Frauenheilk 2014; 74(5): 441–448

Drewniak D, Krones T, Wild V. Do attitudes and behavior of health care professionals exacerbate health care disparities among immigrant and ethnic minority groups? An integrative literature review. *Int J Nurs Stud.* 2017 May; 70:89-98.

Ellert U, Brettschneider AK, Schenk L. Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in Deutschland. Ausgewählte Ergebnisse der KiGGS-Studie. *Public Health Forum,* 23,2, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1515/pubhef-2015-0022>

Grover A, Lander F. Das Recht auf Gesundheit in Theorie und Praxis. Ein Rahmenübereinkommen wäre sinnvoll. *Vereinte Nationen* 5/2012
https://www.dgvn.de/fileadmin/publications/PDFs/Zeitschrift_VN/VN_2012/Heft_5_2012/06_grover_lander_VN_5-12_10-10-2012.pdf

IOM 2017. Mipex health strand - country report Germany 2017

Lampert T, Richter M, Schneider S, Spallek J, Dragano N. Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Stand und Perspektiven der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl,* 59, 2016:153–165.

Lampert T, Richter M, Schneider S, Spallek J, Dragano N. Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Stand und Perspektiven der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl,* 59, 2016:153–165.

Langer T, Zapf T, Wirth S, Meyer B, Wiegand A, Timmen H, Gupta SJ, Schuster S, Geraedts M. Wie sind Kinder- und Jugendkliniken in Nordrhein-Westfalen auf die Überwindung von Sprachbarrieren vorbereitet? – Eine Pilotstudie zur Strukturqualität in der stationären Gesundheitsversorgung. *Gesundheitswesen* 2017; 79(07): 535-541

MIPEX - Migrant Integration Policy Index. 2015. ULR: <http://www.mipex.eu/> Experts: Knipper M, Razum O, Borde T, Brenne S, Kluge U Markus I. General coordination: Ingleby D. Developed within the framework of the IOM Project „Fostering Health Provision for Migrants, the Roma and other Vulnerable Groups” (EQUI-HEALTH), 2017

- Razum O, Zeeb H et al:** Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut 2008
- Rechel B, Mladovsky P, Ingleby D, Mackenbach JP, McKee M.** Migration and health in an increasingly diverse Europe. *Lancet* 381, 2013: 1235–1245
- Riesberg A, Wörz M.** Quality in and Equality of Access to Healthcare Services. Country Report for Germany 2008. http://www.ehma.org/files/healthquest_germany_en.pdf
- Schaeffer D, Vogt D, Berens EM, Messer M, Quenzel G, Hurrelmann K (2016).** Health Literacy in Deutschland. http://aok-bv.de/imperia/md/aokbv/presse/pressemitteilungen/archiv/2016/08_pk_buchauszugweb.pdf
- Schott T, Reutin B, Yilmaz-Aslan Y.** Weshalb ist der Rehabilitationserfolg bei Menschen mit türkischem Migrationshintergrund häufig geringer? *Public Health Forum*. Band 23, Heft 2, 2015. <https://doi.org/10.1515/pubhef-2015-0019>
- Soerensen K, Van den Boucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H.** European Consortium Health Literacy Project (2012) Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *MC Public Health*, 12, 80
- Penka S, Schouler-Ocak M, Heinz A, Kluge U.** Interkulturelle Aspekte der Interaktion und Kommunikation im psychiatrisch/psychotherapeutischen Behandlungssetting. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*. September 2012, Volume 55, Issue 9, pp 1168–1175.
- Pette M, Borde T, David M.** Kenntnis über die Diagnose und Therapie ihrer Erkrankung bei deutschen und türkischstämmigen Patientinnen vor und nach einem Krankenhausaufenthalt. *J Turkish German Gynecol Assoc* 5 (4): 2004: 130-137.
- Schaeffer D, Vogt D, Berens EM, Messer M, Quenzel G, Hurrelmann K (2016).** Health Literacy in Deutschland. http://aok-bv.de/imperia/md/aokbv/presse/pressemitteilungen/archiv/2016/08_pk_buchauszugweb.pdf

Schott T, Reutin B, Yilmaz-Aslan Y. Weshalb ist der Rehabilitationserfolg bei Menschen mit türkischem Migrationshintergrund häufig geringer? Public Health Forum. Band 23, Heft 2, 2015.

<https://doi.org/10.1515/pubhef-2015-0019>

Ullrich S, Briel D, Nesterko, Hiemisch A, Brähler E, Glaesmer H. Verständigung mit Patienten und Eltern mit Migrationshintergrund in der stationären allgemeinpädiatrischen Versorgung. Gesundheitswesen 2016; 78(04): 209-214.

Vertovec S, Super-diversity and its implications, Ethnic and Racial Studies, 30:6, 2007: 1024-1054

Ullrich S, Briel D, Nesterko, Hiemisch A, Brähler E, Glaesmer H. Verständigung mit Patienten und Eltern mit Migrationshintergrund in der stationären allgemeinpädiatrischen Versorgung. Gesundheitswesen 2016; 78(04): 209-214.

Vertovec S, Super-diversity and its implications, Ethnic and Racial Studies, 30:6, 2007: 1024-1054

Wenner J, Razum O, Schenk L, Ellert U, Bozorgmehr K. Gesundheit von Kindern und Jugendlichen aus Familien mit ungesichertem Aufenthaltsstatus im Vergleich zu Kindern mit und ohne Migrationshintergrund: Auswertung der KiGGS-Daten 2003–06. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 59,5, 2016:627-635