

# Versorgungs-Report 2012

## „Gesundheit im Alter“

Christian Günster / Joachim Klose /  
Norbert Schmacke (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2012

Auszug Seite 131-145



<b>8</b>	<b>Ältere Menschen mit Migrationshintergrund als Patienten und Pflegebedürftige .....</b>	<b>131</b>
	<i>Patrick Brzoska und Oliver Razum</i>	
8.1	Einleitung .....	131
8.2	Soziale und gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund.....	133
8.3	Medizinische Rehabilitation .....	135
8.3.1	Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation .....	135
8.3.2	Erfolg medizinischer Rehabilitation .....	136
8.3.3	Zugangs- und Wirksamkeitsbarrieren .....	136
8.4	Pflege.....	138
8.4.1	Inanspruchnahme formeller Pflegeangebote .....	138
8.4.2	Zugangsbarrieren zu stationären und ambulanten Pflegeangeboten .....	139
8.5	Handlungsempfehlungen für eine migrations- und kultursensible Versorgungsgestaltung .....	140
8.5.1	Versorgungsstruktur .....	140
8.5.2	Versorgungspraxis.....	141
8.5.3	Diversity Management .....	142
8.6	Fazit.....	143

# 8 Ältere Menschen mit Migrationshintergrund als Patienten und Pflegebedürftige

Patrick Brzoska und Oliver Razum

## Abstract

Etwa 15,7 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund leben in Deutschland. Insbesondere ältere Menschen mit Migrationshintergrund sind sozioökonomisch benachteiligt und haben einen schlechteren Gesundheitszustand als Menschen ohne Migrationshintergrund. In der gesundheitlichen Versorgung sehen sie sich zahlreichen Zugangs- und Wirksamkeitsbarrieren gegenüber. Um ihre Versorgung bedarfs- und bedürfnisgerechter zu gestalten, ist eine migrations- und kultursensible Ausrichtung von Versorgungsangeboten als Teil eines ganzheitlichen Diversity Managements erforderlich. Wir erläutern dies exemplarisch an den Versorgungsbereichen der medizinischen Rehabilitation und Pflege.

About 15.7 million persons residing in Germany have a migration background. Particularly older migrants have a lower socio-economic status and a poorer health status than the majority population. With regard to health care access and effectiveness, they are faced with many barriers. In order to adjust health care to their subjective and objective needs, migrant- and culture-sensitive health care services as part of a comprehensive diversity management are required. We illustrate this by presenting empirical findings from the fields of medical rehabilitative and nursing care.

## 8.1 Einleitung

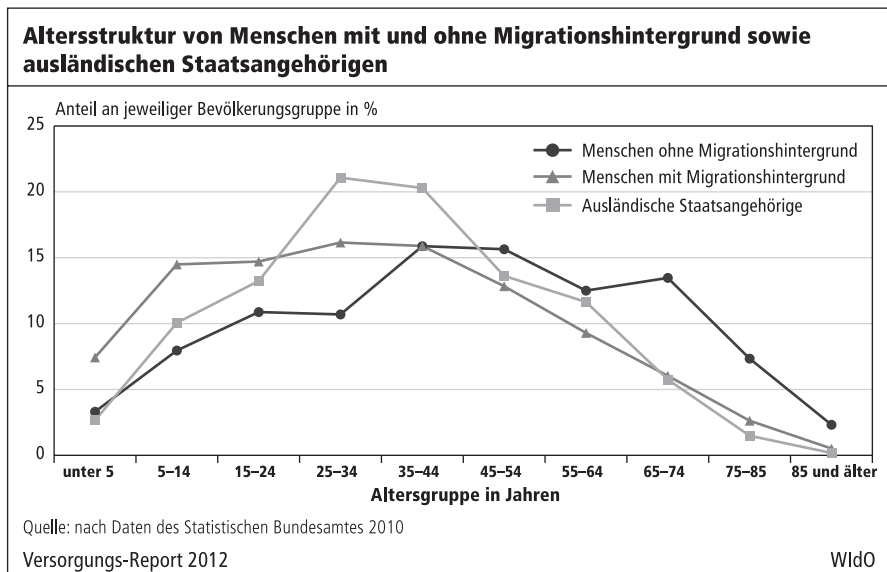
Rund 15,7 der 81,8 Millionen Menschen in Deutschland haben einen Migrationshintergrund. Das Statistische Bundesamt meint damit Personen, die „nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland zugezogen sind sowie alle in Deutschland geborenen Ausländer/-innen und alle in Deutschland als Deutsche Geborene mit zumindest einem zugezogenen oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil“ (Statistisches Bundesamt 2010, S. 31). Davon sind 7,2 Millionen ausländische Staatsangehörige, die verbleibenden 8,5 Millionen haben eine deutsche Staatsangehörigkeit. (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler, vorwiegend aus der ehemaligen Sowjetunion und Polen, sowie Menschen türkischer Herkunft stellen dabei die beiden größten in Deutschland lebenden Gruppen von Menschen mit Migrationshintergrund dar (Statistisches Bundesamt 2010).

Menschen mit Migrationshintergrund unterscheiden sich in gesundheitsrelevanten Faktoren von Menschen ohne Migrationshintergrund – sei es in Bezug auf Krankheitsmuster, das Gesundheitsverhalten oder die Inanspruchnahme gesundheitlicher Angebote. So machen versorgungsepidemiologische Studien deutlich, dass insbesondere ältere Menschen mit Migrationshintergrund oft einen schlechteren Gesundheitszustand als Menschen ohne Migrationshintergrund gleichen Alters haben (Razum et al. 2008). Die Ursachen für diese Befunde sind vielfältig und liegen in den gesundheitlich relevanten Expositionen begründet, denen Menschen mit Migrationshintergrund in ihrem Leben ausgesetzt sind. Hierzu zählen zum einen schlechtere Arbeitsbedingungen, die insbesondere für die sogenannten „Gastarbeiter“ vorherrschten. Aber auch eine ungünstige soziale Lage und Schwierigkeiten mit der deutschen Sprache, die viele ältere Menschen mit Migrationshintergrund nach wie vor haben, und damit einhergehende Kommunikationsprobleme und Informationsdefizite könnten den schlechteren Gesundheitszustand erklären (Razum et al. 2008; Spallek und Razum 2008).

Vor diesem Hintergrund stellt die bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung dieser Bevölkerungsgruppe zahlreiche Herausforderungen an das Gesundheitssystem. Viele Versorgungsbereiche – etwa die Rehabilitation und Pflege – setzen sich bisher noch nicht flächendeckend mit diesen Herausforderungen auseinander. Das führt dazu, dass Menschen mit Migrationshintergrund in allen Phasen des Versorgungsprozesses zahlreichen Schwierigkeiten begegnen – angefangen beim Zugang zu Angeboten über die Interaktion mit Gesundheitsdienstleistern bis hin zu einer eingeschränkten Versorgungsqualität und -effektivität (Brzoska et al. 2010b).

Wie Abbildung 8–1 zeigt, hat die Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund eine deutlich jüngere Altersstruktur als die der Menschen ohne Migrationshintergrund.

Abbildung 8–1



Bisher ist daher auch die absolute Zahl derjenigen, die die genannten Angebote in Anspruch nehmen, noch vergleichsweise gering. Das ist wahrscheinlich einer der Gründe dafür, warum sich viele Versorgungseinrichtungen nur sehr zaghaf mit den Bedürfnissen und Bedarfen dieser Bevölkerungsgruppe beschäftigen. Aber auch bei Menschen mit Migrationshintergrund lässt sich ein demografischer Wandel feststellen. Für die Teilgruppe der ausländischen Bevölkerung gehen Schätzungen davon aus, dass sich der Anteil der 60-Jährigen und Älteren an allen ausländischen Menschen bis zum Jahr 2030 verdoppelt haben wird (Münz und Ulrich 2001). Die heute jüngere Bevölkerung der Menschen mit Migrationshintergrund wird also älter und mit zunehmendem Alter steigt auch ihre Wahrscheinlichkeit für altersbedingte (chronische) Erkrankungen. Hierdurch wird sich auch der Bedarf an Versorgungsangeboten für diese Bevölkerungsgruppe erhöhen und die Institutionen des Gesundheitssystems vor veränderte Anforderungen stellen, denen sie heute noch nicht gewachsen sind.

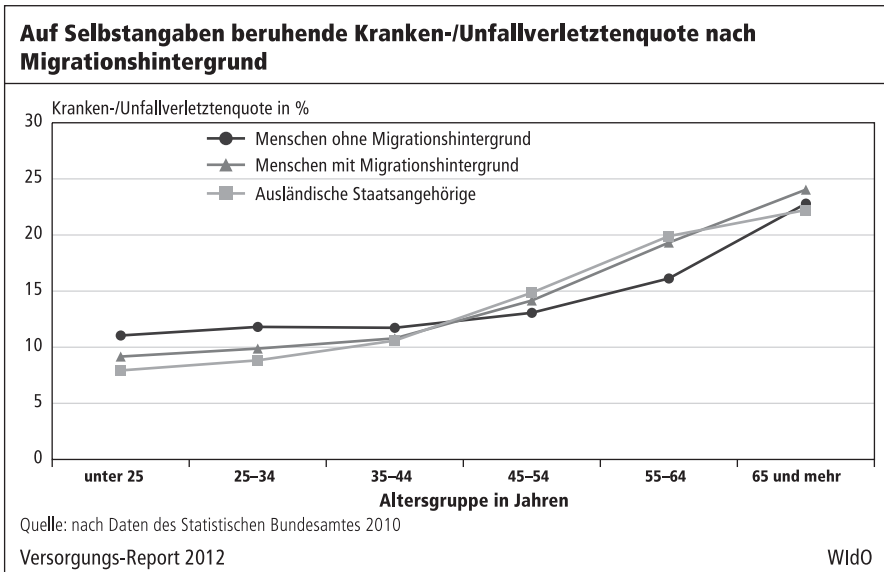
In unserem Beitrag gehen wir den Herausforderungen nach, die eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung von (älter werdenden) Menschen mit Migrationshintergrund an das gesundheitliche Versorgungssystem in Deutschland stellt. Wir geben hierzu zunächst einen kursorischen Überblick über die sozioökonomische Struktur dieser Bevölkerungsgruppe und präsentieren empirische Ergebnisse zu ihrer gesundheitlichen Lage. Danach widmen wir uns schwerpunktmäßig der rehabilitativen und pflegerischen Versorgung. Wir präsentieren Ergebnisse zur Inanspruchnahme rehabilitativer und pflegerischer Angebote durch Menschen mit Migrationshintergrund und erörtern, inwiefern sich diese Bevölkerungsgruppe Zugangs- und Wirksamkeitsbarrieren in der Versorgung gegenübersteht. Abschließend leiten wir Handlungsempfehlungen für eine migrations- und kultursensible rehabilitative und pflegerische Versorgungsgestaltung ab.

## 8.2 Soziale und gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund

Menschen mit Migrationshintergrund haben im Durchschnitt eine deutlich ungünstigere soziale Lage als Menschen ohne Migrationshintergrund. Das spiegelt sich zum Beispiel in den Schul- und Berufsabschlüssen beider Bevölkerungsgruppen wider. Daten des Mikrozensus 2009 zeigen, dass 14,2% der Menschen mit Migrationshintergrund, die sich nicht mehr in Ausbildung befinden, keinen Schulabschluss haben. Bei Menschen ohne Migrationshintergrund ist dieser Anteil mit 1,8% deutlich kleiner. Auch andere sozioökonomische Indikatoren deuten auf eine ungünstigere soziale Lage hin. Menschen mit Migrationshintergrund sind häufiger von Erwerbslosigkeit betroffen, beziehen öfter Arbeitslosengeld II, weisen eine schlechtere berufliche Stellung auf, haben einen schlechteren Zugang zum Arbeitsmarkt und arbeiten darüber hinaus häufiger in Berufen mit einem hohen körperlichen Belastungsniveau (Statistisches Bundesamt 2010; 2008; Brzoska et al. 2010a; Oldenburg et al. 2010).

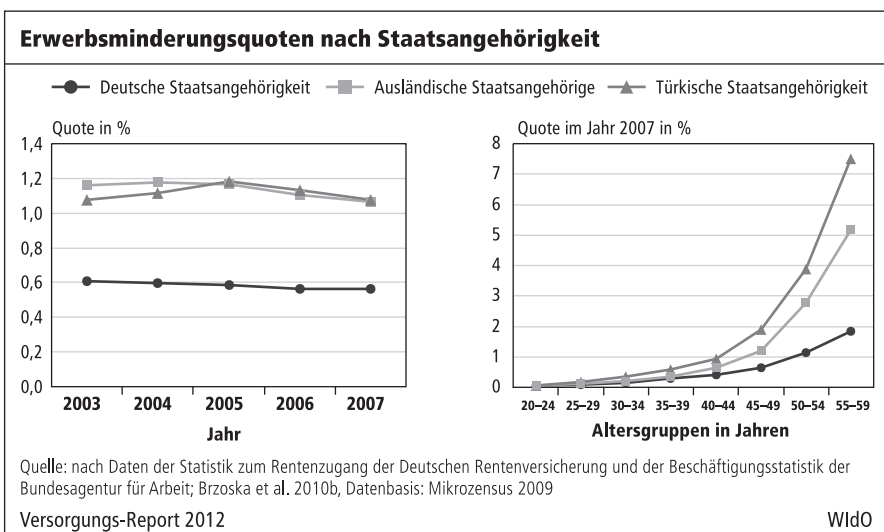
Ein niedriger sozioökonomischer Status ist mit einem höheren Risiko für einen schlechteren Gesundheitszustand assoziiert (Lampert et al. 2005), sodass auch bei

Abbildung 8–2



Menschen mit Migrationshintergrund von einer höheren Morbidität ausgegangen werden kann. Unterschiedliche Survey- und Sekundärdatenauswertungen stützen diese Vermutung (Razum et al. 2008). Daten des Mikrozensus 2009 belegen zwar, dass Menschen mit Migrationshintergrund unter 45 Jahren in den vier Wochen vor der Befragung nach eigenen Angaben seltener krank und unfallverletzt waren. In den höheren Altersgruppen liegen die Erkrankungsquoten von Menschen mit Migra-

Abbildung 8–3



tionshintergrund jedoch deutlich höher als in der Mehrheitsbevölkerung (Abbildung 8–2).

Ebenso geht aus Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung der Jahre 2003 bis 2007 hervor, dass Menschen ausländischer Staatsangehörigkeit (eine Auswertung nach Migrationshintergrund ist nicht möglich) eine fast doppelt so hohe Erwerbsminderungsquote wie deutsche Staatsangehörige haben (Abbildung 8–3 links). Erwartungsgemäß steigt die Erwerbsminderungsquote bei allen Staatsangehörigkeiten mit dem Alter an. Auffällig ist jedoch, dass auch der Unterschied zwischen den Staatsangehörigkeiten mit zunehmendem Alter größer wird. So ist die Erwerbsminderungsquote (in Abbildung 8–3 rechts exemplarisch für das Jahr 2007 dargestellt) in der Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen bei ausländischen Staatsangehörigen fast dreimal so hoch und bei Menschen mit türkischer Staatsangehörigkeit mehr als viermal so hoch wie bei Deutschen. Gründe für diese Unterschiede sind unter anderem in unterschiedlichen Krankheitsmustern und unterschiedlichen gesundheitlichen Einflussfaktoren wie Arbeitsbelastungen zu vermuten, denen viele Arbeitsmigranten ausgesetzt waren und teilweise auch noch sind. Darauf deuten auch die höheren Arbeitsunfall-, Berufskrankheiten- und Arbeitsunfähigkeitsquoten von ausländischen Arbeitnehmern hin (Brzoska et al. 2010a).

Menschen mit Migrationshintergrund unterscheiden sich aber nicht nur in ihrem Gesundheitszustand, sie nutzen Versorgungsangebote auch anders und oft in geringerem Maße als Menschen ohne Migrationshintergrund. Darüber hinaus profitieren sie von Versorgungsangeboten in der Regel nicht in gleicher Weise wie Menschen ohne Migrationshintergrund. Auch das sind Faktoren, die Unterschiede im Gesundheitszustand erklären könnten. Wir illustrieren und erläutern dies nachfolgend exemplarisch an den beiden Versorgungsbereichen *medizinische Rehabilitation* und *Pflege*.

## 8.3 Medizinische Rehabilitation

### 8.3.1 Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation

Menschen mit Migrationshintergrund nehmen die rehabilitative Versorgung in geringerem Maße in Anspruch als Menschen ohne Migrationshintergrund. So ist in den letzten Jahren zwar ein Anstieg der absoluten Zahl von Rehabilitanden mit Migrationshintergrund zu verzeichnen, gemessen an der Größe dieser Bevölkerungsgruppe liegt ihre Inanspruchnahme jedoch deutlich unter dem Niveau von Menschen ohne Migrationshintergrund. Auswertungen des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) der Jahre 2002 bis 2004 zeigen, dass 4,7% aller deutschen Staatsangehörigen im Jahr vor der SOEP-Befragung eine medizinische Rehabilitation in Anspruch genommen haben. Bei Befragten ausländischer Staatsangehörigkeit war dieser Anteil mit 3,2% deutlich geringer. Allein durch die oben beschriebenen Unterschiede in der soziodemografischen, sozioökonomischen und gesundheitlichen Struktur beider Bevölkerungsgruppen ist die geringere Inanspruchnahme allerdings nicht zu erklären. Auch nach Kontrolle für diese Unterschiede mittels multivariater Verfahren ist die Chance für ausländische Staatsangehörige, im Jahr vor der Befra-

gung eine Rehabilitation in Anspruch genommen zu haben, mit einem Odds Ratio von 0,66 (95 %-Konfidenzintervall [95 %-CI] = 0,49; 0,90) deutlich geringer als bei Deutschen (Brzoska et al. 2010c).

Vergleichbar geringere Inanspruchnahmequoten lassen sich auch für Leistungen der medizinischen Rehabilitation identifizieren, die im Falle von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten von der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung getragen werden – trotz der im Vergleich zu Deutschen größtenteils höheren Quoten von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten bei ausländischen Bevölkerungsgruppen (Brzoska et al. 2010b).

### 8.3.2 Erfolg medizinischer Rehabilitation

Ähnlich unterschiedlich fällt auch der Erfolg der medizinischen Rehabilitation für beide Bevölkerungsgruppen gemessen an der beruflichen Leistungsfähigkeit nach Abschluss der medizinischen Rehabilitation aus. Es handelt sich hierbei um eine ärztliche Einschätzung des Umfangs, in dem ein Rehabilitand nach Abschluss der Rehabilitation wieder in dem Beruf arbeiten kann, den er vor der Rehabilitation ausgeübt hat (Deutsche Rentenversicherung Bund 2007).<sup>1</sup> Nach Daten der Deutschen Rentenversicherung aus dem Jahr 2006 schlossen ca. 15,4 % aller Rehabilitanden deutscher Staatsangehörigkeit die Rehabilitation mit einer geringen beruflichen Leistungsfähigkeit ab. Diese Personen können in ihrem vor der Rehabilitation ausgeübten Beruf weniger als drei Stunden täglich arbeiten. Bei Menschen ausländischer Staatsangehörigkeit war dieser Anteil mit 21,6 % deutlich höher und lag bei einzelnen Staatsangehörigkeiten teilweise noch darüber. Die entsprechenden (rohen) Odds Ratios liegen je nach Staatsangehörigkeit bei 1,3 bis 1,8 (siehe Tabelle 8–1).

Doch auch diese Unterschiede sind nicht allein durch Unterschiede in der soziodemografischen, sozioökonomischen und gesundheitlichen Struktur beider Bevölkerungen zu erklären. Nach Adjustierung für diese Störgrößen sind die Unterschiede zwischen Rehabilitanden deutscher und ausländischer Staatsangehörigkeiten zwar geringer, die Chancen für eine geringe Leistungsfähigkeit nach Abschluss der medizinischen Rehabilitation bleiben aber bei Menschen ausländischer Staatsangehörigkeit mit einer Ausnahme signifikant erhöht (Brzoska et al. 2010c).

### 8.3.3 Zugangs- und Wirksamkeitsbarrieren

Wie eine qualitative Untersuchungen von Rehabilitanden türkischer Herkunft und mit einem (Spät-)Aussiedlerhintergrund auf Basis von Experteninterviews und Fokusgruppeninterviews zeigt, könnten die dargestellten Unterschiede durch Zugangs- und Wirksamkeitsbarrieren begründet sein, die auf system- und migrations-

<sup>1</sup> Limitationen der hier herangezogenen subjektiven Einschätzung der Leistungsfähigkeit liegen in einer möglichen Überschätzung des Rehabilitationserfolgs durch einen Informationsbias. Objektive Vergleichsmessungen der Leistungsfähigkeit zum Zeitpunkt vor und nach der Rehabilitation sind in den Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung bisher nicht verfügbar (siehe für eine methodische Diskussion sozialmedizinischer Beurteilungskriterien des Rehabilitationserfolgs in diesen Daten Brzoska et al., e-pub ahead of print).

Tabelle 8–1

**Rohe und adjustierte Odds Ratios (OR) und 95 %-Konfidenzintervalle (95 %-CI) für einen geringen Rehabilitationserfolg bei Menschen ausländischer Staatsangehörigkeit im Vergleich zu Deutschen**

	Staatsangehörigkeit			
	Ausland gesamt	Türkei	Ehemaliges Jugoslawien	Portugal/Spanien/ Italien/Griechenland
Rohe OR	1,50	1,63	1,82	1,33
[95 %-CI]*	[1,46; 1,55]	[1,55; 1,72]	[1,73; 1,93]	[1,25; 1,42]
Adjustiertes OR	1,20	1,23	1,47	1,06
[95 %-CI]*	[1,16; 1,24]	[1,16; 1,30]	[1,38; 1,56]	[0,98; 1,14]

\* Odds Ratio und 95 %-Konfidenzintervalle adjustiert für sozio-demographische/-ökonomische und gesundheitliche Unterschiede

Quelle: Brzoska et al. 2010c; Datenbasis: Abgeschlossene Rehabilitationen 2006, Deutsche Rentenversicherung Bund, Reha-Statistik-Datenbasis, eigene Berechnungen.

spezifische Faktoren zurückzuführen sind (Brzoska et al. 2010b). Hierbei handelt es sich um Kommunikations- und Interaktionsprobleme zwischen Gesundheitsdienstleistern und Patienten bedingt durch Probleme mit der deutschen Sprache und damit einhergehende Informationsdefizite. Diese führen in der rehabilitativen Versorgung zum Beispiel zu Problemen im Anamnesegespräch oder bei der Anleitung zu Therapien. Dies birgt die Gefahr, dass Therapien einerseits nicht optimal auf den Bedarf und die Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten abgestimmt werden können und andererseits womöglich von diesen nicht gemäß Therapieempfehlungen durchgeführt werden. Dieses kann sich negativ auf die Wirksamkeit der Rehabilitation auswirken. Informationsdefizite können aber auch ein Grund sein, warum Menschen mit Migrationshintergrund die Rehabilitation in geringerem Maße in Anspruch nehmen. In der Studie äußerten die Befragten, vor der Rehabilitation nur unzureichend oder falsch über rehabilitative Versorgungsangebote und sozialrechtliche Ansprüche informiert gewesen zu sein (ebd.).

Kommunikations- und Interaktionsprobleme können aber auch die Folge von kulturbedingten Faktoren sein. Das ist insbesondere für Rehabilitanden mit türkischem Migrationshintergrund zutreffend. Es handelt sich hierbei zum einen um kulturspezifische Krankheitsausdrücke und Symptombeschreibungen, die zu Missverständnissen in der Arzt-Patienten-Beziehung führen und Frustrationspotenziale für beide Akteure bilden. Aber auch ein kulturspezifisch unterschiedlicher Umgang mit Krankheit sowie externale Kontrollüberzeugungen im Hinblick auf die eigene Krankheit können den Therapieerfolg gefährden, wenn sie im Therapieverlauf nicht adäquat adressiert werden. Zum anderen wirken sich Aussagen von Gesundheitsdienstleistern wie auch Rehabilitanden zufolge auch Scham und kulturelle Tabus nachteilig auf eine optimale Versorgung aus. Das betrifft zum Beispiel Vorbehalte und Akzeptanzprobleme bei manchen Menschen türkischer Herkunft, sich von Personal des jeweils anderen Geschlechts behandeln zu lassen, oder auch die mangelnde Bereitschaft traditionell orientierter türkischstämmiger Frauen, in der Rehabilitationsklinik gemischtgeschlechtliche Angebote wie zum Beispiel Schwimmthera-



prien in Anspruch zu nehmen. Schließlich ist es aber auch das unzureichende Bewusstsein vieler Einrichtungen und ihres Personals für die Notwendigkeit, rehabilitative Angebote migrations- und kultursensibel sowie bedarfs- und bedürfnisgerecht auszurichten, das einem barrierearmen Zugang zur medizinischen Rehabilitation und einer optimalen Wirksamkeitsqualität dieser Angebote entgegensteht (Brzoska et al. 2010b).

## 8.4 Pflege

### 8.4.1 Inanspruchnahme formeller Pflegeangebote

Wie bei der rehabilitativen Versorgung gibt es auch zahlreiche Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund im Hinblick auf die Nutzung von Angeboten des formellen Pflegesektors. Auswertungen von Daten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Westfalen-Lippe (MDK W-L) aus den Jahren 2001 bis 2005 machen deutlich, dass lediglich 9 % aller Menschen türkischer Herkunft, die nach Definition des Sozialgesetzbuchs (SGB XI) pflegebedürftig und einer der drei Pflegestufen zugeordnet sind, ambulante Sachleistungen, Kombinationsleistungen und vollstationäre Pflegeleistungen in Anspruch nehmen. Die verbleibenden 91 % der Pflegebedürftigen türkischer Herkunft beantragten ausschließlich Geldleistungen. Bei nicht-türkischen Pflegebedürftigen ist das Inanspruchnahmeverhalten deutlich anders verteilt: 58 % von ihnen beantragen ambulante Sachleistungen, Kombinationsleistungen und vollstationäre Pflegeleistungen, während nur 42 % Geldleistungen in Anspruch nehmen. Ähnlich große Unterschiede waren auch innerhalb der drei Pflegestufen-Kategorien zu finden (Okken et al. 2008).

Die geschilderten Ergebnisse sind ein Hinweis darauf, dass die informelle Pflege durch Familienangehörige und Bekannte bei Pflegebedürftigen türkischer Herkunft eine deutlich größere Rolle als bei nicht-türkischen Pflegebedürftigen spielt. Die Gründe hierfür sind in den vorherrschenden traditionellen Familienkonzepten zu sehen, in denen sowohl bei Menschen mit türkischem Migrationshintergrund als auch bei vielen (Spät-)Aussiedlern die Pflege von Angehörigen als fester Bestandteil verankert ist (Schnepf et al. 2003; Zielke-Nadkarni 2003; Dietzel-Papakyriakou und Olbermann 1996). Aber auch ein höherer Anteil von Pflegebedürftigen im Kinder- und Jugendalter, wie er sich zum Beispiel für Menschen mit türkischem Migrationshintergrund feststellen lässt (Okken et al. 2008), könnte die geschilderten Befunde erklären.

Durch unterschiedliche Entwicklungen ist in Zukunft mit einer deutlich höheren Inanspruchnahme formeller Pflegeangebote durch Menschen mit Migrationshintergrund zu rechnen. Dies hängt zum einen mit der geschilderten demografischen Struktur der Bevölkerung mit Migrationshintergrund zusammen, denn die zunehmende Alterung dieser heute noch vergleichsweise jungen Bevölkerungsgruppe geht mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für chronische Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit einher. Zum anderen gibt es Hinweise darauf, dass sich informelle Pflegepotenziale bei ihnen in Zukunft erschöpfen werden. Das liegt daran, dass traditionelle Familienstrukturen rückläufig sind und die Anzahl von Ein- und Zwei-

personenhaushalten bei Menschen mit Migrationshintergrund zunimmt (Enquête-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ 2005; Olbermann 2003). Darüber hinaus lässt sich feststellen, dass weibliche Familienmitglieder, die traditionell – sowohl bei Menschen mit als auch bei Menschen ohne Migrationshintergrund (Mager und Eisen 2002) – in Familien Pflegeaufgaben übernehmen, zunehmend einer Erwerbstätigkeit nachgehen und dadurch nur noch bedingt für die Pflege von Angehörigen zur Verfügung stehen (von Kondratowitz 2005; Seifert 2007).

#### **8.4.2 Zugangsbarrieren zu stationären und ambulanten Pflegeangeboten**

Das deutsche Versorgungssystem ist vergleichsweise komplex angelegt und auf zahlreiche Instanzen verteilt. Insbesondere im Zusammenhang mit der Versorgung altersbedingter (chronischer) Krankheit, einschließlich Pflege, werden vielfach intransparente Strukturen sowie ein Mangel an Koordination und Versorgungskontinuität kritisiert (Müller-Mundt und Schaeffer 2003). Fallstudien zeigen, dass sich viele chronisch Erkrankte und ihre Angehörigen mangels Ressourcen und Informationen nicht ohne Weiteres in der Vielschichtigkeit der ambulanten und stationären Versorgungsinstanzen zurechtfinden und dass nicht selten zufällige Informationen eine wichtige Rolle spielen (Schaeffer 2004; 2005). Bei Menschen mit Migrationshintergrund sind diese Barrieren noch um einiges höher. Eine große Bedeutung haben hierbei ebenfalls Informationsdefizite, bedingt durch Probleme mit der deutschen Sprache, aber auch durch eine mangelnde Integration in die deutsche Mehrheitsgesellschaft. Sie führen dazu, dass viele Menschen mit Migrationshintergrund keine ausreichenden Kenntnisse über die Strukturen des ambulanten und stationären Pflegesektors haben. Sprachliche Probleme erschweren darüber hinaus die Beantragung von Pflegeleistungen und die damit verbundene Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (Grieger 2001; Glodny und Razum 2008; Kuratorium Deutsche Altershilfe 2003).

Neben zielgruppenspezifischen Informationsangeboten mangelt es dem stationären und ambulanten Pflegesektor aber auch an einer für Menschen mit Migrationshintergrund ausreichend gestalteten bedarfs- und bedürfnisgerechten Versorgungsgestaltung. Das führt dazu, dass – vergleichbar der Situation im rehabilitativen Bereich – migrations- und kulturbedingt anderen Pflegevorstellungen einschließlich Scham, körperlicher Tabus und Reinigungsritualen (Brzoska/Razum 2009) nicht ausreichend Rechnung getragen wird. Schwellenängste können die Folge sein, die ihrerseits die Barrieren zur Inanspruchnahme von Angeboten des professionellen Pflegesektors erhöhen. Vor dem Hintergrund des in Zukunft voraussichtlich zunehmenden Inanspruchnahmebedürfnisses durch die Abschwächung familiärer Pflegepotenziale weist dieses auf einen erhöhten Handlungsbedarf hin.

## 8.5 Handlungsempfehlungen für eine migrations- und kultursensible Versorgungsgestaltung

Die Versorgungsleistungen, die im Verlauf alterbedingter (chronischer) Krankheiten in Anspruch genommen werden müssen, sind sehr vielfältig und reichen von der rein medizinischen Behandlung über die Nachsorge bis hin zu Angeboten der Rehabilitation und Pflege. Neben der Belastung durch die Therapien selbst sehen sich Betroffene und ihre Familien dabei auch mit unterschiedlichen Anspruchsregelungen konfrontiert, die von der Kranken- über die Pflege- bis hin zur Renten- und Unfallversicherung reichen. Entsprechend groß ist daher auch das Ausmaß an Versorgungsmanagement, das Betroffene leisten müssen und so über die Zeit an natürliche Grenzen stoßen (Müller-Mundt und Schaeffer 2003). Kommen wie im Falle von Menschen mit Migrationshintergrund sprachbedingte Informationsdefizite, wahrgenommene Diskriminierung, kulturelle Unterschiede und damit einhergehende Kommunikations- und Interaktionsprobleme hinzu, gestaltet sich der Versorgungsprozess umso schwieriger. Konflikte, Frustration, eine verminderte Versorgungsqualität und Ängste können die Folge sein. Für die Versorgungsgestaltung lassen sich dabei Schlussfolgerungen auf mehreren Ebenen ableiten.

### 8

### 8.5.1 Versorgungsstruktur

Auf Ebene der Versorgungsstruktur ist es wichtig, Unterstützungsangebote zu implementieren, die für ältere und chronisch kranke Menschen Wegweiserfunktionen durch das Versorgungssystem und seine Institutionen übernehmen können. Das gilt für Betroffene im Allgemeinen, aus den geschilderten Gründen jedoch für Menschen mit Migrationshintergrund im Besonderen. Das lässt sich zum einen durch integrierte Versorgungspfade, noch besser allerdings durch ein umfassendes Case Management realisieren. Ein Case Management erlaubt es nicht nur, Versorgungsleistungen bedarfsgerecht und mit einer angemessenen Kontinuität anzubieten, sondern auch den finanziellen, sozialen, familiären und psychischen Anforderungen gerecht zu werden, die mit chronischer Krankheit und der Nutzung unterschiedlicher Versorgungsinstanzen verbunden sind (Schaeffer und Moers 2003). Case Management ist hierbei ein Ansatz, um die Versorgung in einer stark segmentierten Versorgungslandschaft mit inter- und intrasektoralen Koordinationsdefiziten auf ein gemeinsames Ziel zu fokussieren (Ewers und Schaeffer 2000). Für Personen mit Migrationshintergrund muss Case Management allerdings so ausgerichtet sein, dass es kultur- und migrationspezifische Bedürfnisse und Bedarfe anspricht. Auch die behandelnden niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte können für diese Bevölkerungsgruppe Lotsenfunktionen übernehmen. Eine orientierende Unterstützung von Personen mit Migrationshintergrund ihrerseits ist umso wichtiger, spielen Schnittstellenprobleme zum Beispiel beim Übergang in die Rehabilitation oder die Pflege aufgrund von Informationsdefiziten und Schwellenängsten bei Menschen mit Migrationshintergrund eine große Rolle.

Zugangsbarrieren zur Versorgung könnten für Menschen mit Migrationshintergrund auch durch die Implementierung von aufsuchenden Versorgungsstrukturen reduziert werden, die Versorgungsangebote an Nutzerinnen und Nutzer herantragen und dadurch niedrigschwelliger als herkömmliche Angebote sind. Entsprechende

Erfahrungen liegen zum Beispiel aus Modellprojekten in der Rehabilitation vor, die das Konzept der „Mobilen Rehabilitation“ nutzen. Es handelt sich hierbei um eine alltags- und lebensweltorientierte Form der ambulanten Rehabilitation, bei der rehabilitative Leistungen im häuslichen Umfeld der Rehabilitanden unter Berücksichtigung zur Verfügung stehender sozialer Ressourcen erbracht werden (Schmidt-Ohlemann und Schweizer 2009). Aufsuchende Angebote werden auch vermehrt im Rahmen der interkulturellen Öffnung von Pflegeangeboten eingesetzt, bedürfen allerdings noch einer angemessenen Evaluation (Glodny 2008).

Im Bereich der pflegerischen Versorgung liegen wegen der großen Bedeutung der Angehörigenpflege innerhalb vieler Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund darüber hinaus Potenziale in der ambulanten Pflege und der Kooperation mit dem informellen Pflegesektor. Durch eine stärkere Verschränkung professioneller Pflege- und familiärer Betreuungs- und Unterstützungsaktivitäten können einerseits sich abschwächende Pflegepotenziale in der Familie kompensiert, gleichzeitig jedoch der Bedeutung der häuslichen Pflege bei vielen Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund und ihren Angehörigen Rechnung getragen werden.

### 8.5.2 Versorgungspraxis

Neben einer besseren Versorgungscoordination, um Zugangsbarrieren abzubauen, sind auf Ebene der Versorgungspraxis professionelle Lösungsstrategien erforderlich, um eine zielgruppenspezifische sowie migrations-/kultursensible und dadurch bedarfs- und bedürfnisorientierte Umgestaltung von Angeboten zu ermöglichen.

Im Rahmen der interkulturellen Öffnung von Institutionen sind in den letzten Jahren rehabilitative und pflegerische Versorgungsangebote entstanden, die durch unterschiedliche kultur- und migrationspezifische Bestandteile das Ziel verfolgen, Bedürfnisse und Bedarfe von Menschen mit Migrationshintergrund besser zu adressieren. Beispiele sind das Angebot von Speisen, die gemäß religiöser Nahrungsgelübte zubereitet wurden, die Verfügbarkeit von Gebetsräumen sowie das Vorhalten von Informationsmaterial und Therapieangeboten in der jeweiligen Muttersprache (siehe Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2010 sowie Glodny 2008 für eine Übersicht). Kultur- und migrationspezifische Elemente wie diese könnten geeignet sein, Zugangs- und Wirksamkeitsbarrieren in der Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund zu reduzieren. Inwieweit sie diesem Zweck tatsächlich gerecht werden, ist allerdings schwer zu beurteilen, da es bisher an einer adäquaten (Ergebnis-)Evaluation mangelt.

Einige Versorgungseinrichtungen legen verstärkt Wert darauf, medizinisches und pflegerisches Personal mit Migrationshintergrund zu beschäftigen, um durch deren muttersprachliche Kenntnisse und kulturellen Hintergrund die Kultur- und Migrationssensibilität der Versorgungsangebote zu erhöhen (Kuratorium Deutsche Altershilfe 2003). Oftmals wird dabei aber vernachlässigt, dass nicht alle Menschen mit Migrationshintergrund zweiter und dritter Generation die Herkunftssprache ihrer Eltern ausreichend beherrschen. Allein durch den Migrationshintergrund des Personals kann außerdem nicht sichergestellt werden, dass sich die Mitarbeiter auch mit den kulturellen Gepflogenheiten und Wünschen ihrer Patientinnen und Patienten auskennen. Um die Versorgungsqualität für Menschen mit Migrationshintergrund zu erhöhen und Schwellenängste zu reduzieren, ist es daher wichtig, sowohl

beim Personal mit als auch ohne Migrationshintergrund interkulturelle Handlungskompetenz zu fördern und ihre Vermittlung in Aus-, Fort- und Weiterbildungscurricula zu verankern (Hinz-Rommel 1994; Tseng und Streltzer 2008). Unterschiedliche Lehrmodule wurden zum Beispiel für die Pflege bereits entwickelt (Pfabigan 2007; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2005) und müssten zukünftig für die Rehabilitation noch angepasst werden.

Das Einrichtungspersonal kann bei der sprachlichen Verständigung und beim kulturellen Umgang mit den Patienten außerdem unterstützt werden, indem professionelle interkulturell-kompetente Sprach- und Kulturmittler eingestellt oder sektorübergreifende Sprach- und Kulturmittlungsdienste eingerichtet werden (Schwarze 2009; Wesselman 2009).

### 8.5.3 Diversity Management

Die beschriebenen Maßnahmen auf Ebene der Versorgungsstruktur und der Versorgungspraxis können Ausgangspunkte für Strategien sein, die im Sinne eines Diversity Managements der Vielfalt von Bedürfnissen und Bedarfen im Gesundheitswesen Rechnung tragen – und zwar nicht nur bei Menschen mit Migrationshintergrund, sondern bei allen Nutzern von Versorgungsangeboten. „Die wesentliche Schwierigkeit liegt darin, dass es eine diversity-neutrale Wirklichkeit nicht gibt und konsequenterweise ein diversity-neutraler Umgang – auch im Gesundheitsbereich – nicht möglich ist. Infolge dessen muss das Diversity-Konstrukt der Beteiligten bei allen Aktivitäten reflektiert und berücksichtigt werden, will man gesundheitliche Chancengleichheit erreichen.“ (Geiger 2006, S. 168) Diversity-Management-Strategien sollten sich dabei sowohl auf die Ebene der Versorgungsstruktur als auch die der Versorgungspraxis beziehen, um zum einen strukturelle Voraussetzungen für eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung entlang unterschiedlicher Diversitätsdimensionen (Migrationshintergrund, Kultur, soziale Schicht, Geschlecht etc.) zu schaffen, zum anderen Einrichtungen und ihr Personal für die Heterogenität von Bedürfnissen und Bedarfen zu sensibilisieren. Auf der Ebene der Versorgungseinrichtungen bedeutet Diversity Management unter anderem die Implementierung von Leitbildern, die Vielfalt als Chance anerkennen und dadurch einen Beitrag zur Organisationsentwicklung leisten. Diese Organisationsentwicklung kann durch die Benennung von Diversity-Beauftragten oder die Einrichtung von Diversity-Abteilungen unterstützt werden (Fitzgerald 2010). Für die Diversitätsmerkmale Migrationshintergrund und Kultur haben einige Kliniken bereits Organisationseinheiten dieser Art eingerichtet. Sie übernehmen dort unter anderem auch die Implementierung der oben genannten kultur- und migrationspezifischen Versorgungselemente und koordinieren die interkulturelle Fort- und Weiterbildung des Personals (Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2010).

Mittels Diversity-Management-Strategien ist es auch möglich zu berücksichtigen, dass sich mit zunehmender grenzüberschreitender Mobilität nicht nur die Diversität der Nutzer des Versorgungssystems erhöht, sondern auch die der Gesundheitsdienstleister. Das birgt seinerseits zahlreiche Herausforderungen und Konfliktpotenziale, aber auch Chancen für die Versorgungsgestaltung. Diese können durch Diversity Management optimal genutzt werden, um hierdurch die Versorgungsgestaltung für alle Akteure des Versorgungssystems zu optimieren.

## 8.6 Fazit

Ältere Menschen mit Migrationshintergrund sind im Hinblick auf sozioökonomische Faktoren im Vergleich zu Menschen ohne Migrationshintergrund oft benachteiligt. Diese Faktoren und damit einhergehende Informationsdefizite tragen dazu bei, dass ihr gesundheitlicher Status im Durchschnitt schlechter ist als der von Menschen ohne Migrationshintergrund. Beim Zugang zum Versorgungssystem sehen sie sich zahlreichen Barrieren gegenüber, wobei diejenigen, die diese Barrieren überwinden können, von den Angeboten nicht in gleicher Weise wie Menschen ohne Migrationshintergrund profitieren können. Die Gründe dafür haben wir exemplarisch an den bisher vergleichsweise wenig erforschten Versorgungsbereichen der medizinischen Rehabilitation und der Pflege aufgezeigt.

Eine adäquate Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund muss sich – wie auch bei Menschen ohne Migrationshintergrund – an den jeweiligen Bedürfnissen und Bedarfen orientieren. Auf Ebene der Versorgungsstruktur und Versorgungspraxis müssen hierfür die Voraussetzungen geschaffen werden. Für Gesundheitsdienstleister bedeutet das, mit Menschen zu kommunizieren und zu interagieren, die sich im Hinblick auf ihre Kultur, ihre Religion sowie ihre Vorstellungen von Krankheit, Gesundheit und Therapie von der Mehrheitsbevölkerung unterscheiden. Dies setzt ein hohes Maß an interkultureller Kompetenz voraus, das vom Versorgungssystem gefördert, aber auch gefordert werden muss. Neben diesen Voraussetzungen in Aus-, Fort- und Weiterbildung muss das Versorgungssystem seine Nutzerinnen und Nutzer aber auch auf ihrem Weg durch unterschiedliche Versorgungsinstanzen unterstützen. Eine kultur- und migrationsensible Ausrichtung von Versorgungsstrukturen und -angeboten für Menschen mit Migrationshintergrund ist insbesondere auch vor dem Hintergrund wichtig, dass sich die Inanspruchnahmebedürfnisse dieser Bevölkerungsgruppe in Zukunft verändern werden und auch durch die demografische Alterung mit einem absoluten und relativen Zuwachs von Menschen mit Migrationshintergrund zu rechnen ist, die Versorgungsangebote in Anspruch nehmen wollen und müssen. Diversity Management stellt eine adäquate und ganzheitliche Strategie dar, um mit diesen Herausforderungen umzugehen.

## Literatur

- Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration. 8. Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland. Berlin: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2010.
- Brzoska P, Razum O. Krankheitsbewältigung bei Menschen mit Migrationshintergrund im Kontext von Kultur und Religion. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* 2009; 18: 151–61.
- Brzoska P, Reiss K, Razum O. Arbeit, Migration und Gesundheit. In: Badura, B., Schröder, H., Klose, J., Macco, K. (Hg.): *Fehlzeiten-Report 2010*. Berlin: Springer 2010a, 129–39.
- Brzoska P, Voigtländer S, Reutin B, Yilmaz-Aslan Y, Barz I, Starikow K, Reiss K, Dröge A, Hinz J, Exner A, Striedelmeyer L, Krupa E, Spallek J, Berg-Beckhoff G, Schott T, Razum O. Rehabilitative Versorgung und gesundheitsbedingte Frühberentung von Personen mit Migrationshinter-

- grund in Deutschland. Forschungsbericht 402. Berlin: Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2010b.
- Brzoska P, Voigtländer S, Spallek J, Razum O. Die Nutzung von Routinedaten in der rehabilitationswissenschaftlichen Versorgungsforschung bei Menschen mit Migrationshintergrund: Möglichkeiten und Grenzen. *Das Gesundheitswesen* 73 (e-pub ahead of print, DOI: 10.1055/s-0031-1280759).
- Brzoska P, Voigtländer S, Spallek J, Razum O. Utilization and effectiveness of medical rehabilitation in foreign nationals residing in Germany. *European Journal of Epidemiology* 2010c; 25: 651–60.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Handbuch für eine kultursensible Altenpflegeausbildung. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2005.
- Deutsche Rentenversicherung Bund. Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht. Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung 2007. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund 2007.
- Dietzel-Papakyriakou M, Olbermann E. Soziale Netzwerke älterer Migranten: Zur Relevanz familiärer und innerethnischer Unterstützung. *Zeitschrift für Gerontologie* 1996; 29: 34–41.
- Enquête-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“. Situation und Zukunft der Pflege in NRW. Bericht der Enquête-Kommission des Landtags von Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf: Toennes Druck & Medien 2005.
- Ewers M, Schaeffer D. Einleitung: Case Management als Innovation im bundesdeutschen Sozial- und Gesundheitswesen. In: Ewers, M., Schaeffer, D. (Hg.): *Case Management in Theorie und Praxis*. Bern: Huber 2000; 7–27.
- Fitzgerald A. Diversity und das Sozialkapital der Krankenhäuser. In: Badura B, Schröder H, Klose J, Macco K (Hrsg). *Fehlzeiten-Report 2010*. Berlin: Springer 2010; 112–20.
- Geiger I. Managing Diversity in Public Health. In: Razum O, Zeeb H, Laaser U. (Hrsg). *Globalisierung – Gerechtigkeit – Gesundheit. Einführung in International Public Health*. Bern: Hans Huber 2006; 163–75.
- Glodny S. Migration und Pflege. *Public Health Forum* 2008; 16: 5.e1–5.e3.
- Glodny S, Razum O. Verbesserung der häuslichen Pflege von türkischen Migranten in Deutschland. In: Schaeffer D, Behrens J, Görres S (Hrsg). *Optimierung und Evidenzbasierung pflegerischen Handelns*. Weinheim: Juventa 2008; 132–52.
- Grieger D. Soziodemografische Daten und Fakten zur Situation älterer Migrantinnen und Migranten in der Bundesrepublik Deutschland. In: *Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (Hg.): Älter werden in Deutschland. Fachtagung zu einer Informationsreihe für ältere Migranten*. Berlin 2001; 9–17.
- Hinz-Rommel W. Interkulturelle Kompetenz. Ein neues Anforderungsprofil für die soziale Arbeit. Münster: Waxman 1994.
- Kuratorium Deutsche Altershilfe. *Kultursensible Altenhilfe: Damit einem die Pflege nicht spanisch vorkommt*. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe 2003.
- Lampert T, Saß AC, Häfelfinger M, Ziese T. Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Gesundheitsbericht der Bundesregierung. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut 2005.
- Mager HC, Eisen R. Noch ist häusliche Pflege Familiensache. Die Pflegeversicherung und ihre Folgen. *Forschung Frankfurt* 2002; 1–2, 15–20.
- Müller-Mundt G, Schaeffer D. Patientensorientierte Versorgung chronisch Kranker. In: Pfaff H, Schrappe M, Lauterbach KW, Engelmann U, Halber M (Hrsg). *Gesundheitsversorgung und Disease Management. Grundlagen und Anwendungen der Versorgungsforschung*. Bern: Huber 2003; 143–8.
- Münz R, Ulrich RE. Migration und zukünftige Bevölkerungsentwicklung in Deutschland. In: Franz W (Hrsg). *Wirtschaftspolitische Herausforderungen an der Jahrhundertwende*. Tübingen: Mohr Siebeck 2001; 181–200.
- Okken PK, Spallek J, Razum O. Pflege türkischer Migranten. In: Bauer U, Büscher A (Hrsg). *Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung*. Wiesbaden: VS 2008; 369–422.

- Olbermann E. Soziale Netzwerke, Alter und Migration: Theoretische und empirische Explorationen zur sozialen Unterstützung älterer Migranten. Dissertation, Universität Dortmund 2003.
- Oldenburg C, Siefer A, Beermann B. Migration als Prädiktor für Belastung und Beanspruchung? In: Badura B, Schröder H, Klose J, Macco K (Hrsg). Fehlzeiten-Report 2010. Berlin: Springer 2010; 141–51.
- Pfabigan D. Kultursensible Pflege und Betreuung: Methodische Ermutigungen für die Aus- und Weiterbildung. Wien: Ausbildungszentrum des Wiener Roten Kreuzes GmbH in Kooperation mit dem Forschungsinstitut des Wiener Roten Kreuzes 2007.
- Razum O, Zeeb H, Meesmann U, Schenk L, Bredehorst M, Brzoska P, Dercks T, Glodny S, Menkhaus B, Salman R, Saß AC, Ulrich R. Migration und Gesundheit. Berlin: Robert Koch-Institut 2008.
- Schaeffer D. Der Patient als Nutzer – eine Analyse des Bewältigungs- und Nutzungshandelns im Verlauf chronischer Krankheit. Bern: Hans Huber 2004.
- Schaeffer D. Versorgungswirklichkeit in der letzten Lebensphase: Ergebnisse einer Analyse der Nutzerperspektive. In: Ewers M, Schaeffer D (Hrsg). Am Ende des Lebens. Bern: Hans Huber 2005; 69–71.
- Schaeffer D, Moers M. Bewältigung chronischer Krankheit – Aufgaben der Pflege. In: Rennen-Allhoff B, Schaeffer D (Hrsg). Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim: Juventa 2003, 447–83.
- Schmidt-Ohlemann M, Schweizer C. Mobile Rehabilitation: Eine Innovation in der ambulanten medizinischen Rehabilitation. Die Rehabilitation 2009; 48: 15–25.
- Schnepf W, Duijnste M, Gryndonck M. Was es bedeutet, in russlanddeutschen Familien pflegebedürftige Menschen zu versorgen. In: Zielke-Nadkarni A, Schnepf W (Hrsg). Pflege im kulturellen Kontext. Positionen, Forschungsergebnisse, Praxiserfahrungen. Bern: Hans Huber 2003, 73–100.
- Schwarze A. Qualifizierung zum/zur professionellen Sprach- und Integrationsmittler/-in. In: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg). Gesundheitliche Versorgung von Personen mit Migrationshintergrund. Berlin: Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2009, 131–8.
- Seifert W. Integration und Arbeit. Aus Politik und Zeitgeschichte 2007; 22–23, 12–19.
- Spallek J, Razum O. Erklärungsmodelle für die gesundheitliche Situation von Migrantinnen und Migranten. In: Bauer U, Bittlingmayer UH, Richter M (Hrsg). Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2008, 271–88.
- Statistisches Bundesamt. Datenreport 2008. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt 2008.
- Statistisches Bundesamt. Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2009. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt 2010.
- Tseng WS, Streltzer J. Cultural Competence in Health Care. Boston: Springer 2008.
- von Kondratowitz HJ. Die Beschäftigung von Migranten/innen in der Pflege. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2005; 38: 418–23.
- Wesselman E. Sprachmittlung im Krankenhaus durch den hausinternen Dolmetscherdienst. In: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg). Gesundheitliche Versorgung von Personen mit Migrationshintergrund. Berlin: Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2009, 122–30.
- Zielke-Nadkarni A. Individualpflege als Herausforderung in multikulturellen Pflegesituationen. Eine ethnografische Studie mit türkischen und deutschen Frauen. Bern: Hans Huber 2003.