

# **Psychische Gesundheit und Armut von Frauen mit Migrationshintergrund**

*Dr. Phil. Maria Gavranidou*

Vortrag gehalten auf der AKF-Tagung Frauengesundheit in sozialer Ungleichheit

in Kassel vom 30.10. bis 01.11.09

## **Einleitung**

Migration ist kein neues Phänomen in der deutschen Geschichte. Migration nach Deutschland und von Deutschland in andere Länder hat es immer gegeben und daran wird sich auch in Zukunft nichts ändern. In den letzten Jahrzehnten haben sich jedoch einerseits das Verständnis dessen, was ein/e Migrant/in ist und die Auseinandersetzung mit den nach Deutschland migrierten Bevölkerungsgruppen geändert.

Der Begriff Migrant schließt nach der modernen Migrations-Definition eine größere Anzahl von Individuen als der Begriff Ausländer ein: „Migration steht für die räumliche Bewegung zur Veränderung des Lebensmittelpunktes von Individuen oder Gruppen über eine bedeutsame Entfernung. Die Verlagerung des Lebensmittelpunktes über die Grenzen eines Nationalstaates ist dabei kennzeichnend für internationale Migration.“ (Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen, 1999, S. 5). Migration ist gemäß dieser Definition auch innerhalb nationaler Grenzen möglich.

In Deutschland leben inzwischen rund 15 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund und aus sehr unterschiedlichen Kulturen, das entspricht einem Anteil von fast 20% der Bevölkerung (Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung, 2009). In manchen deutschen Großstädten wie München oder Stuttgart überschreitet der Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund sogar die 30% (Statistisches Amt der Landeshauptstadt München, 2008). Der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund ist in manchen Großstädten wesentlich höher. Neuere Prognosen gehen zudem davon aus, dass in den nächsten Jahren der Migrantenanteil unter der deutschen Bevölkerung stetig wachsen wird (Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung, 2009).

**Tabelle 1: Die Münchner Bevölkerung am 31.12.2008 differenziert nach Migrationsgruppen**

Migrationshintergrund	Hauptwohnsitzbevölkerung					
	männlich		weiblich		zusammen	
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
Deutsche	500 326	36,6	551 064	40,3	1 051 390	76,9
ohne Migrationshintergrund	415 518	30,4	462 133	33,8	877 651	64,2
mit Migrationshintergrund	84 808	6,2	88 931	6,5	173 739	12,7
davon						
Eingebürgerte	22 944	1,7	23 142	1,7	46 086	3,4
Spätaussiedler	15 734	1,2	18 424	1,3	34 158	2,5
Kinder deren Eltern migriert sind	22 467	1,6	21 600	1,6	44 067	3,2
Optionskinder	7 288	0,5	6 866	0,5	14 154	1,0
Deutsche mit ausländischer Herkunft	9 226	0,7	10 561	0,8	19 787	1,4
Deutsche mit 2. ausländischer Staatsangehörigkeit	7 149	0,5	8 338	0,6	15 487	1,1
Ausländer	164 191	12,0	151 733	11,1	315 924	23,1
Zusammen	664 517	48,6	702 797	51,4	1 367 314	100,0

Statistisches Amt München

Migrantinnen und Migranten sind eine sehr heterogene Gruppe. In Tabelle 1 ist die Münchner Bevölkerung mit und ohne Migrationshintergrund dargestellt.

**Tabelle 2: Migrantinnen und Migranten in München, LH-München, Sozialreferat, Stelle für interkulturelle Arbeit, 2009**

**2. Herkunftsgruppen im Vergleich:**

Herkunftsgruppe	Zahlenmäßiger Rang bundesweit	Zahlenmäßiger Rang München	Absolute Zahl München
Aussiedlerinnen und Aussiedler	1	5	35.181 <sup>4</sup>
Menschen aus Südeuropa (Griechenland, Italien, Portugal und Spanien)	4	3	48.405 <sup>5</sup>
Menschen aus weiteren Ländern der EU 25 (Belgien, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, Irland, Lettland, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Österreich, Polen, Schweden, Slowakei, Slowenien, Tschechische Republik, Ungarn, Vereinigtes Königreich und Zypern)	3	2	62.897 <sup>6</sup>
Menschen aus der Türkei	2	4	43.309
Menschen aus dem ehemaligen Jugoslawien (Bosnien-Herzegowina, Kosovo, Kroatien, Montenegro, Serbien)	5	1	68.239
„Ferner Osten“ (die süd-, ost- und südostasiatischen Staaten)	6	6	21.057
„Nahe Osten“ (östlicher Mittelmeerraum bis einschließlich Iran und den Staaten der Arabischen Halbinsel)	7	7	12.901
Menschen aus Afrika	8	8	9.830

3 Berlin-Institut, S. 66

4 2007, Statistisches Amt München (Die Daten der Deutschen mit Aussiedlerhintergrund in München werden erst seit dem Jahr 2007 mit den Daten des Einwohnermelderegisters ausgewertet.)

5 2005, Statistisches Amt München (dies gilt auch für die folgenden Daten). Bei diesen Daten handelt es

Daraus wird ersichtlich, dass Spätaussiedler/innen, Optionskinder, Eingebürgerte und

Ausländer/innen zur Bevölkerung mit Migrationshintergrund gezählt werden. Menschen mit Migrationshintergrund unterscheiden sich wiederum nach Herkunftsland (s. Tabelle 2), Religions- und kultureller Zugehörigkeit, Migrationsmotiv, -dauer, Aufenthaltsstatus, aber auch im Hinblick auf Bildungsressourcen, Familienstatus, Arbeits- und Wohnsituation u.s.w.

Eine wachsende multikulturelle Gesellschaft stellt nicht nur die Politik vor besonderen Herausforderungen. Auch die Gesundheitswissenschaften und die Gesundheitsversorgungssysteme müssen sich mit einer Gesellschaft befassen, für die kulturelle Diversität die Regel und nicht die Ausnahme ist. Eine wichtige Aufgabe ist dabei, Gesundheitsförderungs- und Interventionsangebote auch kultursensitiv zu gestalten bzw. im Hinblick auf ihre Kultur-Offenheit und –Adäquatheit zu untersuchen, um Menschen unterschiedlichen kulturellen Hintergrunds effektiv behandeln zu können (Gavranidou & Abdallah-Steinkopff, 2007; Rosner & Gavranidou, 2007).

### **Migration und Gesundheit**

Bei Menschen mit Migrationshintergrund wird eine erhöhte Vulnerabilität für körperliche und psychische Erkrankungen erwartet, da sie zum einen mehrheitlich in benachteiligten sozialen Lagen leben und zum anderen weil sie bestimmten migrations-spezifischen Stressoren ausgesetzt sind: wie z.B. Sprachproblemen, Anpassungsforderungen an mehrere Kulturen (multipler Akkulturationsstress), Fremdenfeindlichkeit und Diskriminierungserfahrungen. Betrachtet man die Biographien von Migrantinnen und Migranten im Hinblick auf erlebte und erfahrene Stressoren und Belastungen, so sind drei große Gruppen von Stressoren zu unterscheiden:

#### *a) Migrationsbedingte und –spezifische Stressoren:*

Stressoren, die aufgrund des Migrationsaktes und des Migrationsprozesses entstanden sind, z.B. Fehlendes Wissen über Land, Bräuche, Sitten und Sprache, Zerstörung von traditionellen Beziehungen in der Familie, Verluste von sozialen Beziehungen, Verluste von sozialen Rollen und Status, Unterbrechungen in der eigenen Entwicklung (Karriere, Bildung etc.), Erschwerter Zugang

zu Ressourcen des Aufnahmelandes.

Ein besonderer Punkt, der bei Migrantinnen und Migranten beachtet werden muss, ist die Art und Weise, wie Migration psychologisch bewältigt wird. Denn Migration hat Auswirkungen auf das psychische Wohlbefinden, ausgelöst durch tiefgreifende Einschnitte in die Identität der migrierten Person: Selbstkontinuitätssinn, Selbstbestätigung, Kommunikationsfähigkeit, Handlungskompetenzen müssen neu erarbeitet werden (Kizilhan, 2007). Nach Kürsat-Ahlers (1995) gehen psychoanalytische Modelle davon aus, dass **Migration einen Trauerprozess** aktiviert. Nach dem Verlust der Heimat entsteht der Wunsch, das verlorene Objekt (die Heimat, die Heimat-Beziehungen und Bezugspersonen) wiederzugewinnen; im Verlauf der Migration finden die Trennung und der Abschied von inneren und äußeren Objekten (aus der Heimat) statt. Die daraus aktivierte Trauer wird z.B. durch *Verleugnung* (sichtbar in Sätzen und Plänen wie „nächstes Jahr gehe ich zurück“, „ich bleibe nicht lange hier“), *Idealisierung der Herkunftsgesellschaft* (negative Erlebnisse oder gar der tägliche harte Überlebenskampf in der Heimat werden gänzlich vergessen, dafür wird die Heimat, das Dorf, die Beziehungen idealisiert und sehnsüchtig herbeigewünscht) oder *Spaltungen* (wir in der Heimat sind fröhlich, ihr hier seid nicht fröhlich) abgewehrt. Dieser Phase der *Desorganisation* folgt eine Phase der innerpsychischen Transformation. Die internalisierten Objektbeziehungen verändern sich, das Selbstkonzept wird erschüttert, es folgt eine *Reorganisation* durch eine selektive Aufnahme neuer Objektbeziehungen aus der neuen Kultur. Am Ende dieses innerpsychischen Bewältigungsprozesses steht ein neues Selbstkonzept und eine neue Identität (Kürsat-Ahlers, 1995).

#### *b) Migrationsunspezifische Stressoren:*

Unter den migrationsunspezifischen Belastungen sind stressende Ereignisse und Lebensbedingungen zu subsummieren, die wenig oder nur indirekt mit Migration zu tun haben wie z.B. gesamtgesellschaftliche Ereignisse (z.B. Finanzkrise) oder geringe bzw. falsche Ressourcen sowie andere kritische Lebensereignisse, die jeden treffen können (z.B. Scheidung, Arbeitslosigkeit etc.). Das Armutsrisiko scheint z.B. für Migrantinnen und Migranten besonders erhöht, wie ich im folgenden aufzeigen möchte:

Migrantinnen und Migranten verfügen im Durchschnitt über ein geringeres Einkommen im Vergleich zu Menschen ohne Migrationshintergrund. Im 3. Armutsbericht heißt es:

„Stellt man allein auf das tatsächlich erzielte Einkommen aus Erwerbstätigkeit ab, wird deutlich, welche Einkommenshöhe von den einzelnen Migrationsgruppen auf dem Arbeitsmarkt erzielt werden kann. Nur 14% der Erwerbstätigen mit Migrationshintergrund erzielen ein Einkommen über 2.000 Euro (ohne Migrationshintergrund: 23%). Erwerbstätige mit Migrationshintergrund sind in der Einkommensgruppe bis 1.100 Euro mit 45% deutlich stärker vertreten als Erwerbstätige ohne Migrationshintergrund (37%). 54% der Frauen ohne Migrationshintergrund, aber 67% der Migrantinnen erzielen Einkommen von unter 1.100 Euro.“ Und weiter „Aufgrund der im Durchschnitt geringeren Einkommen sind Personen mit Migrationshintergrund auch einem höheren Armutsrisiko ausgesetzt. Das Risiko, einkommensarm zu sein, haben nach den Daten des Mikrozensus 2005 15% der Gesamtbevölkerung. Bei Personen mit Migrationshintergrund liegt dieser Anteil mit über 28% fast doppelt so hoch (Personen ohne Migrationshintergrund: 12%). Auch hier zeigt der Vergleich der Migrationsgruppen beträchtliche Unterschiede: Während 34% der ausländischen Bevölkerung armutsgefährdet sind, sind es bei den Eingebürgerten bzw. als Deutsche Geborenen 25% und bei den (Spät-)Aussiedler/innen lediglich 21%“ (ebd.).

Migrantinnen und Migranten haben im Durchschnitt häufiger keinen Schulabschluß und häufiger keine beruflichen Qualifikationen (Mikrozensus 2005). Wenn Sie über höhere berufliche Qualifikationen verfügen, dann werden diese oftmals nicht anerkannt (ebd.). Mangelhafte Deutschkenntnisse oder Diskriminierungen durch Arbeitgeber werden als Gründe für ihre dennoch schlechten Arbeitsmarktchancen vermutet. So belegen neuere Studien, dass Personen mit Migrationshintergrund auch bei gleichem Bildungsstand wie deutsche Bewerber mit größeren Schwierigkeiten am Arbeitsmarkt konfrontiert sind (Akman, 2005; OECD, 2007).

Erwerbstätige mit Migrationshintergrund sind im Vergleich zu Erwerbstätigen ohne Migrationshintergrund z. B. wesentlich häufiger als Arbeiter tätig (47,6% gegenüber 25,9% ohne Migrationshintergrund). Ausländerinnen in der Altersgruppe zwischen 60 und 80 Jahren leisten zu 45% mehr Angehörigenpflege als Deutsche in dieser Altersgruppe (Frauen: 87% mehr, Männer:

12% mehr; SOEP, 2007).

Insgesamt gibt es mehrere Hinweise dafür, dass das Armutsrisiko bei Migrantinnen und auch Migranten höher ist als bei der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. Bei den Migrantinnen kommt hinzu, dass sie häufiger von Gewalt betroffen sind. So berichtet Borde in einer Untersuchung von Frauen die eine Berliner Notfallambulanz aufsuchten, dass über 12% der türkeistämmigen Frauen (30-50 J.) ihre Beschwerden als Folge von Gewalterfahrungen sehen, bei den anderen Migrantinnen sind es 7%, bei den Deutschen 2,5% (Borde, 2007).

Die bei Migranten und insbesondere Migrantinnen erwartete hohe Vulnerabilität für Erkrankungen generell, und insbesondere für psychische Erkrankungen ist, obwohl Hinweise für ein erhöhtes Armutsrisiko und weitere migrationsspezifische Belastungen bei Ihnen vorliegen, noch nicht ausreichend empirisch überprüft worden. Denn empirische Untersuchungen sind angesichts der großen Heterogenität, der sprachlichen Barrieren sowie der fehlenden kulturangepassten Instrumente sehr schwer zu realisieren (Zeeb & Razum, 2006). Deshalb sind bei Aussagen zur gesundheitlichen Situation von Migrantinnen und Migranten die große Heterogenität dieser Gruppe, ihre kulturellen Besonderheiten sowie Ressourcen mit protektiver Wirkung für die Gesundheit zu beachten. Je nach Herkunftsland, Einwanderergeneration und sozialem Status zeigen sich große Unterschiede in ihrer Gesundheit.

### *c) Kulturspezifische Stressoren:*

Der kulturelle Hintergrund kann häufiger bei Menschen mit Migrationshintergrund zu Konflikten führen, diese kommen jedoch auch bei der indigenen Population vor (kulturbedingte Erziehungsvorstellungen der Großeltern und Eltern können nicht selten zu Krisen/Stress führen) und sind nicht zwingenderweise migrations-spezifisch (Gavranidou, 2006). Krankheits- und Heilungsvorstellungen sind kulturell bedingt und „Zeitgeist“ abhängig, d.h. sie sind nicht statisch, sondern veränderbar. Sie bestimmen und beeinflussen das in der jeweiligen Gesellschaft vorherrschende medizinische System und werden von diesem ebenso mitbedingt. In den meisten Gesellschaften existieren mittlerweile unterschiedliche Medizinische Systeme gleichzeitig, sie werden jedoch unterschiedlich häufig in Anspruch genommen und auch unterschiedlich gewertet.

Während z.B. in westlichen Kulturen überwiegend biomedizinische Vorstellungen vorherrschen und favorisiert werden (Trennung von Geist und Soma, Maschinenanalogie, naturwissenschaftliche Fundierung), stehen in asiatischen medizinischen Systemen Harmonie und Homöostase (traditionelle chinesische Medizin oder Ayurveda) im Vordergrund und werden häufig von der Bevölkerung beansprucht. In anderen Kulturen sind naturalistische eng mit religiösen und gesellschaftlichen Vorstellungen verknüpfte Vorstellungen von Krankheit und Heilung vorherrschend und entsprechende Heilmethoden werden häufig angewandt, nicht selten neben westlichen biomedizinischen Verfahren (Leslie, 1992). Schwere Erkrankung, Behinderung oder chronische Krankheit eines Familienmitglieds werden in Letzteren nicht als Konsequenz von eigenem Fehlverhalten gesehen, sondern eher als Strafe für die Sünden der Vorfahren, der Eltern u.s.w. Dementsprechend werden persönliche oder soziale Bereiche der Behandlung negiert bzw. misstrauisch betrachtet und nur widerständig gefolgt. Sich widersprechende Krankheits- und Heilungsmodelle stehen nicht selten in Konkurrenz zu einander und können Compliance und Heilungsverlauf verhindern. Wissen über Krankheits- und Heilungsvorstellungen sind deshalb ein zentraler Aspekt bei der Auseinandersetzung mit der Gesundheit bzw. Krankheit von Migrantinnen und Migranten.

Bei Menschen mit Migrationshintergrund, und insbesondere bei Flüchtlingen, müssen auch traumatische Ereignisse berücksichtigt werden, da eine beträchtliche Anzahl von Asylbewerbern und Flüchtlingen viele traumatische Ereignisse in der Heimat, auf der Flucht und im Aufnahmeland erfahren haben (Rosner und Gavranidou 2003; Gavranidou, Niemiec, Magg, Rosner, 2008).

#### *d) Ressourcen in der Migration:*

Bei der Auseinandersetzung mit dem Bereich Migration und Gesundheit muss man schließlich auch die Faktoren bzw. Eigenschaften berücksichtigen, die diese Menschen mitbringen und die möglicherweise Belastungen abfangen bzw. mildern und somit gesundheitsförderlich sind.

Migrantinnen und Migranten bringen einige solcher protektiven Faktoren bzw. Ressourcen mit. Das sind zum einen **persönliche Ressourcen** wie hohe Flexibilität, Anpassungsfähigkeit, Optimismus und Mut aber auch **familiäre Ressourcen** wie Familienzusammenhalt und familiäre Unterstützung

(finanziell, emotional aber auch praktisch z.B. bei Kindererziehung und Pflegebedarf); Migrantinnen und Migranten verfügen oft, insbesondere wenn sie größeren Migrationsgruppen angehören, über **soziale Ressourcen**, nämlich die Einbindung in ethnische Communities, Unterstützungs- und Puffersysteme der Migrantenselbstorganisationen; **Bikulturalität und Bilingualität** ist eine weitere sehr wichtige Ressource, die bedauerlicherweise in der Aufnahmegesellschaft zu wenig gesehen wird. Denn die meisten Migrantinnen und Migranten verfügen über Kenntnisse über die Kultur des Heimatlandes, des Aufnahmelandes und der Migrantenkultur! Kinder und Jugendliche sind meistens bi- wenn nicht multilingual.

### **Migration und psychische Gesundheit**

Migration ist nicht automatisch von einer stärkeren und häufiger anzutreffenden Anfälligkeit bzw. Morbidität begleitet. Aus den vereinzelt Untersuchungen dazu zeigt sich, dass Migration vor allem dann mit psychischen und körperlichen Erkrankungen assoziiert ist, wenn sie gleichzeitig mit Benachteiligung in den unterschiedlichen Lebensbereichen verbunden ist (Razum, Geiger, Zeeb, Ronellenfitsch, 2004).

Inanspruchnahmestatistiken und kleine Untersuchungen liefern die wenigen Daten, die wir derzeit zur Prävalenz psychischer Störungen bei ausgewählten Migrantengruppen haben (z.B. Kleinemeier, Yagdiran, Cenci, Haasen, 2004). Den wenigen epidemiologischen Studien ist zu entnehmen, dass bei Migranten häufiger Somatoforme Störungen, Depressionen und Persönlichkeitsstörungen vorkommen (z.B. Ross, Malanin, Pfäfflin, 2004). Migrantenkinder und -jugendliche werden häufiger als aggressiv beschrieben (z.B. Pfeiffer & Wetzels, 2000), delinquentes Verhalten, Sucht (Boos-Nünig und Siefen, 2004) und Depressionen (Siefen, 2005) scheinen bei einigen Migrantengruppen häufiger vorzukommen. Die Ergebnisse einer Münchner Studie an 50 Flüchtlingskindern und -jugendlichen weist auf eine hohe Belastung bei den Flüchtlingskindern mit entsprechend vielen psychischen Problemen (ca. ein Viertel klinisch auffällig). Etwa die Hälfte war z.B. persönlich an Kriegshandlungen beteiligt und bei ca. einem Drittel war in der erweiterten Familie Tod durch den Krieg zu berichten (Gavranidou et al., 2008). Diese Kinder beanspruchen weniger die Hilfe ihrer Eltern als deutsche Kinder und geben auch an,



sozialen Rückhalt häufiger bei Freunden als bei Eltern zu suchen (ebd.). Zur psychischen Gesundheit von Menschen ohne Aufenthaltsstatus (s.g. sans papier oder „Illegalen“) ist kaum etwas bekannt.

### **Versorgung**

Es existieren wenig Versorgungsstudien für den Bereich der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund. Die existierenden Versorgungsstudien deuten jedoch auf eine Fehlversorgung von Migrantinnen und Migranten mit psychischen und psychiatrischen Erkrankungen hin. Koch (2005) stellt aus eigenen und aus einer Übersicht von Versorgungsstudien fest: „Zahlreiche Hinweise bestätigen, dass es bei der Klientel zu einer Überversorgung bezüglich ambulanter Arztbesuche und Facharztkontakte wie auch apparativer Diagnostik und medikamentöser Behandlung kommt. Gleichzeitig sind psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungsangebote unterdurchschnittlich genutzt und Überweisungen aus dem Bereich der somatischen Medizin in die Psychiatrie oder psychosoziale Versorgung erfolgen – wenn überhaupt – zu spät bei bereits bestehender Chronifizierung (ebd. S. 183). In ihrer Diplomarbeit hat Alena Stotz die Basisdokumentation einer psychiatrischen Universitätsklinik in München untersucht im Hinblick auf die Inanspruchnahme der Klinik durch Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund. Neben dem Ergebnis, dass Migrantinnen und Migranten mit ca. 12% unterrepräsentiert waren (der Bevölkerungsanteil mit Migrationshintergrund beträgt in München 33%, der Ausländeranteil 23%), hat sie auch festgestellt, dass Migrantinnen im Durchschnitt fünf Jahre nach der Erstmanifestation ihrer psychiatrischen Symptomatik in eine entsprechende Einrichtung eingewiesen wurden. Migranten wurden dagegen schon nach drei Jahren psychiatrisch behandelt. Bei den deutschen Patienten betrug der Zeitraum zwischen Ersterkrankung und psychiatrische Behandlung 4 Jahre, bei den deutschen Patientinnen 3,5 Jahre (Stotz, 2008).

### **Inanspruchnahme von Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten**

Migrantinnen und Migranten scheinen Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote weniger

häufig in Anspruch zu nehmen. So zeigten z.B. Wimmer-Puchinger und Kolleginnen (2006) in einer Befragung in Österreich von 989 Frauen mit und ohne Migrationshintergrund, dass während bei der Inanspruchnahme von Untersuchungen von praktischen und Frauenärzten/innen kaum Unterschiede zwischen Migrantinnen und Nicht-Migrantinnen existieren, große Unterschiede bei der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen vorliegen. Gründe hierfür sind fehlende Informationen, aber auch Kommunikations- und Kulturbarrieren. Ein weiterer Grund könnte die Hochschwelligkeit vieler Gesundheitsförderungsangebote für Menschen aus niedrigen sozialen Schichten zu denen Migrantinnen häufig angehören sein.

### **Zusammenfassung und Ausblick**

Migrantinnen leben häufiger als nicht-Migrantinnen aber auch Migranten in benachteiligende soziale Lebenslagen. Frauen mit Migrationshintergrund haben nach der Migration möglicherweise stärkere Verluste als Männer zu beklagen, was u.U. zu einer komplexen Traumareaktion führen kann. Frauen mit Migrationshintergrund haben möglicherweise größere Schwierigkeiten als Männer die richtigen Zugänge zu Gesundheitsförderung und –versorgung zu finden. Bestimmte Angebote sind den Migrantinnen unbekannt, für sie hochschwellig und unerreichbar bzw. aus kulturellen und sozialen oder anderen Gründen nicht sichtbar.

Die von Alexander Thomas (2007) geforderten Veränderungen in der Deutschen Gesellschaft würden auch im Bereich der Migration und Gesundheit große Fortschritte bewirken. Deshalb möchte ich mit seinen Worten meinen Vortrag schließen:

„Die Entwicklung der Verhältnisse in Deutschland, in Europa und Weltweit erzwingt einen radikalen Perspektivwechsel im Verhältnis von Deutschen und Ausländern:

Statt Duldungspolitik eine konsequente Aufnahmepolitik

Statt Mitleidspolitik eine konsequente Leistungspolitik

Statt Ausländerpolitik eine konsequente Mitbürgerpolitik

Statt Abwehr-, Ausgrenzungs-, Mitleids- und (Zwangs-)Integrationspolitik eine konsequente Wertschätzungspolitik!“ (ebd., S. 47)

## Literatur

Akman, S. (2005): Migrationshintergrund und Geschlecht bei Bewerbungen. *Personalführung* 10, S. 72Ff.

### 3. Armutsbericht:

[http://www.bmas.de/portal/26742/property=pdf/dritter\\_\\_armuts\\_\\_und\\_\\_reichtumsbericht.](http://www.bmas.de/portal/26742/property=pdf/dritter__armuts__und__reichtumsbericht.), am 27.10.09.

Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (1999). *Migrationsbericht. Zu- und Abwanderung nach und aus Deutschland. Berlin.*

Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung (2009). *Ungenutzte Potenziale. Zur Lage der Integration in Deutschland.* Stiftung Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung, Berlin 2009.

Boos-Nünning, U., Siefen, R.G. (2004): Suchtprobleme bei Jugendlichen mit Migrationshintergrund. In Assion, H.J. (Hrsg.): *Migration und seelische Gesundheit* Springer, Berlin, 85-94.

Borde, T. (2007). Psychosoziale Potentiale und Belastungen der Migration – globale, institutionelle und individuelle Perspektiven. In T. Borde & M. David, *Migration und Psychische Gesundheit*, (s. 193-212). Frankfurt, a.M.: Mabuse.

Gavranidou, M. (2006). Migration in der Krise? Psychologische Krisenmodelle des Migrationsprozesses. *Suizidprophylaxe*, 33, 154–155.

Gavranidou, M., Abdallah-Steinkopff, B. (2007). Brauchen Migrantinnen und Migranten eine andere Psychotherapie? *Psychotherapeutenjournal*, 4, 353-361.

Gavranidou, M., Niemiec, B., Magg, B., Rosner, R., (2008). Traumatische Erfahrungen, aktuelle Lebensbedingungen im Exil und psychische Belastung junger Flüchtlinge. *Kindheit und Entwicklung*, 17 (4), 224-231.

Kizilhan, I. (2007). Potenziale und Belastungen psychosozialer Netzwerke in der Migration. In T.

Borde & M. David, Migration und Psychische Gesundheit, (s. 53-68). Frankfurt, a.M.: Mabuse.

Kleinemeier, E., Yagdiran, O., Censi, B., Haasen, C. (2004). Psychische Störungen bei Türkischen Migranten. Inanspruchnahme einer Spezialambulanz. *Psychoneuro*, 30(11) 628-632.

Koch, E. (2005). Institutionelle Versorgung von psychisch kranken Migranten. In H.-J. Assion (Hrsg.), *Migration und seelische Gesundheit* (S. 167-186). Heidelberg: Springer.

Kürsat –Ahlers, E. (1995). Migration als psychischer Prozess. In I. Attia (Hrsg.), *Multikulturelle Gesellschaft – Monokulturelle Psychologie* (s. 157-171). Tübingen: DGVT.

Leslie, C. (Hrsg.) (1992). *Paths to Asian Medical Knowledge*. Berkeley: University of California.

OECD (2007): *Jobs for Immigrants - Labour Market integration in Australia, Denmark, Germany and Sweden*, Paris.

Pfeiffer, C. & Wetzels, P. (2000). *Junge Türken als Täter und Opfer von Gewalt*. Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen. Forschungsbericht Nr. 81.

Razum, O., Geiger, I., Zeeb, H., Ronellenfisch, U. (2004). Gesundheitsversorgung von Migranten. *Deutsches Ärzteblatt*, 101, 43, 2326-2330.

Rosner, R., Gavranidou, M. (2003). Psychische Folgen von Flucht und Vertreibung. In Zielke, M., Meermann, R., Hackhausen, W. (Hrsg.), *Das Ende der Geborgenheit? Die Bedeutung von traumatischen Erfahrungen in verschiedenen Lebens- und Ereignisbereichen: Epidemiologie, Prävention, Behandlungskonzepte und klinische Erfahrungen* (S 386-408). Lengerich: Pabst Science Publishers.

Ross, T., Malanin, A., Pfäfflin, F. (2004). Stressbelastung, Persönlichkeitsstörungen und Migration. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 25, 3, 345-363.

Siefen, R.G. (2005): Psychische Entwicklungsrisiken bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund. In Borde, Th., David, M. (Hrsg.): *Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund*. Mabuse-Verlag, Frankfurt/a.M., 107-119.

Statistisches Bundesamt (2005). *Leben in Deutschland. Haushalte, Familien und Gesundheit – Ergebnisse des Mikrozensus, 2005*.

[http://www.destatis.de/presse/deutsch/pk/2006/mikrozensus\\_2005i.pdf](http://www.destatis.de/presse/deutsch/pk/2006/mikrozensus_2005i.pdf)

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2007): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund - Ergebnisse des Mikrozensus 2005. Wiesbaden.

Statistisches Amt der Landeshauptstadt München (Hrsg.) (2008). *Münchner Statistik*. 3. Quartalheft, Jahrgang 2008. München: Stadtkanzlei.

Stotz, A. (2008). Psychische Störungen unter Migranten – Eine retrospektive Inanspruchnahmestudie auf Basis einer psychiatrischen Klinik. LMU-München: Unveröffentlichte Diplomarbeit.

Thomas, A. (2007). Die Zukunft liegt in den multikulturellen Potentialen. In T. Borde & M. David, Migration und Psychische Gesundheit, (s. 39-52). Frankfurt, a.M.: Mabuse.

Wimmer-Puchinger, B., Wolf, H., Engleder, A. (2006). Migrantinnen im Gesundheitssystem. Inanspruchnahme, Zugangsbarrieren und Strategien zur Gesundheitsförderung. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 49:884–892.

Zeeb, H., Razum, O. (2006): Epidemiologische Studien in der Migrationsforschung. Ein einleitender Überblick. *Bundesgesundheitsblatt*, Band 49, 845-852.