



„Ältere Menschen mit Migrationsgeschichte: gesundheitliche Lage und Zugang zu Gesundheitsförderung und Versorgung“

15.06.2018 im Kreishaus Detmold

Svenja Budde



Gliederung

- Ältere Menschen mit Migrationsgeschichte
- Bevölkerung mit Migrationsgeschichte in NRW
- Gesundheit von Migrantinnen und Migranten
- Gesundheit(-sförderung) und Krankheit in verschiedenen Kulturen
- Barrieren der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen
- Kultursensible Ansätze
- Empfehlungen



Ältere Menschen mit Migrationsgeschichte I

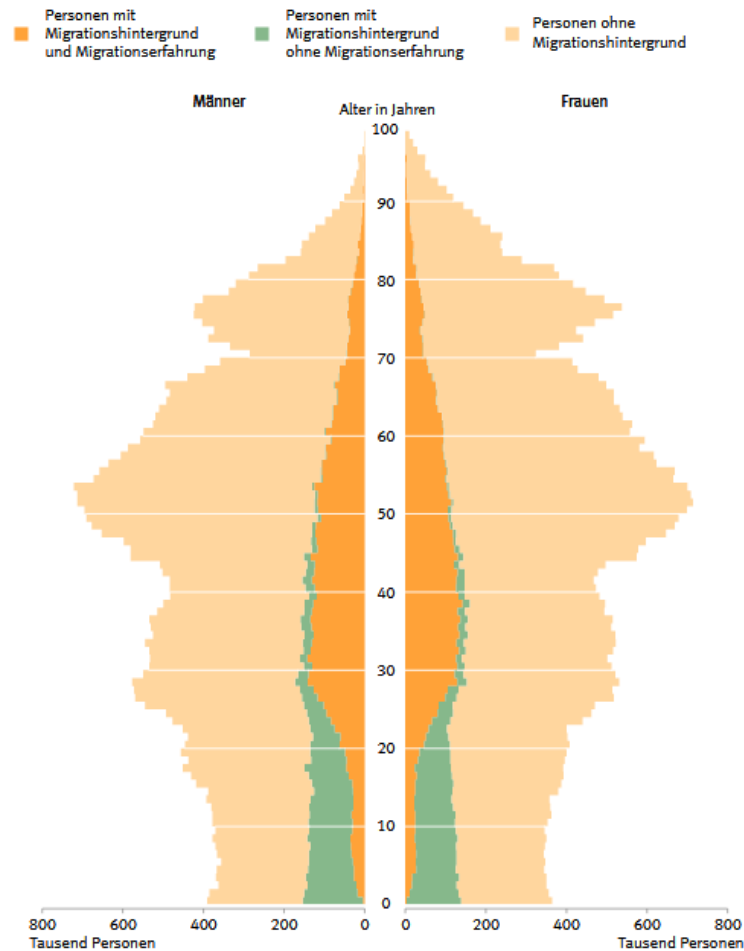
„Menschen mit Migrationsgeschichte umfasst **alle zugewanderten** und **nicht zugewanderten Ausländerinnen** und **Ausländer** sowie **alle nach 1955** in das Gebiet der heutigen Bundesrepublik Deutschland **zugewanderten Deutschen**. Darüber hinaus zählen alle Deutschen **mit mindestens einem nach 1955** in das Gebiet der heutigen Bundesrepublik Deutschland zugewanderten **Elternteil** zu Menschen mit Migrationshintergrund“ (MAIS NRW 2014).

- ca. **15 %** der Menschen im Alter **von 40 bis 85 Jahren** haben einen **Migrationshintergrund**
- hohe Heterogenität
- überproportionale demographische Alterung
- Bedarf:
 - soziale Teilhabe, Vernetzung und Unterstützung
 - kultursensible Herangehensweisen in Gesundheitsförderung, Prävention, Versorgung und Pflege



Ältere Menschen mit Migrationsgeschichte II

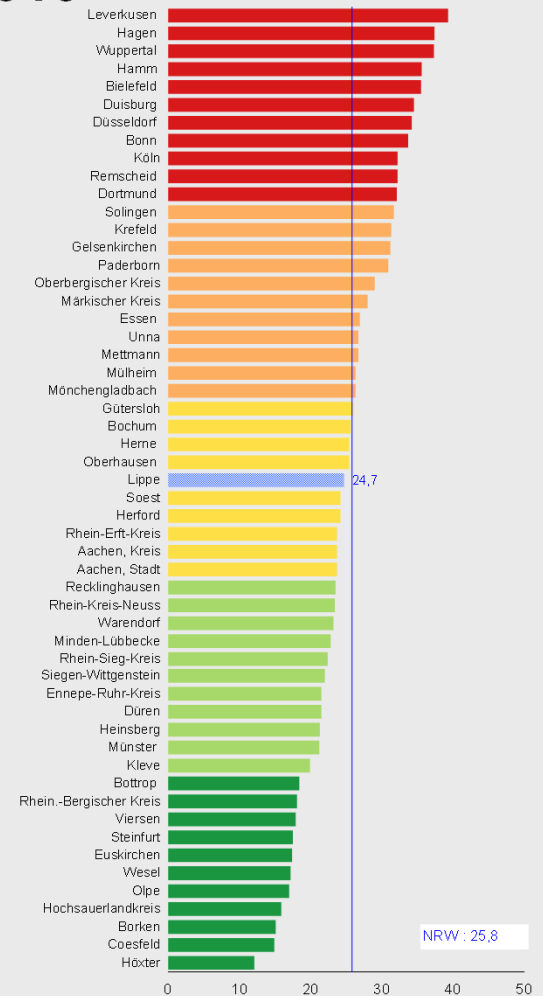
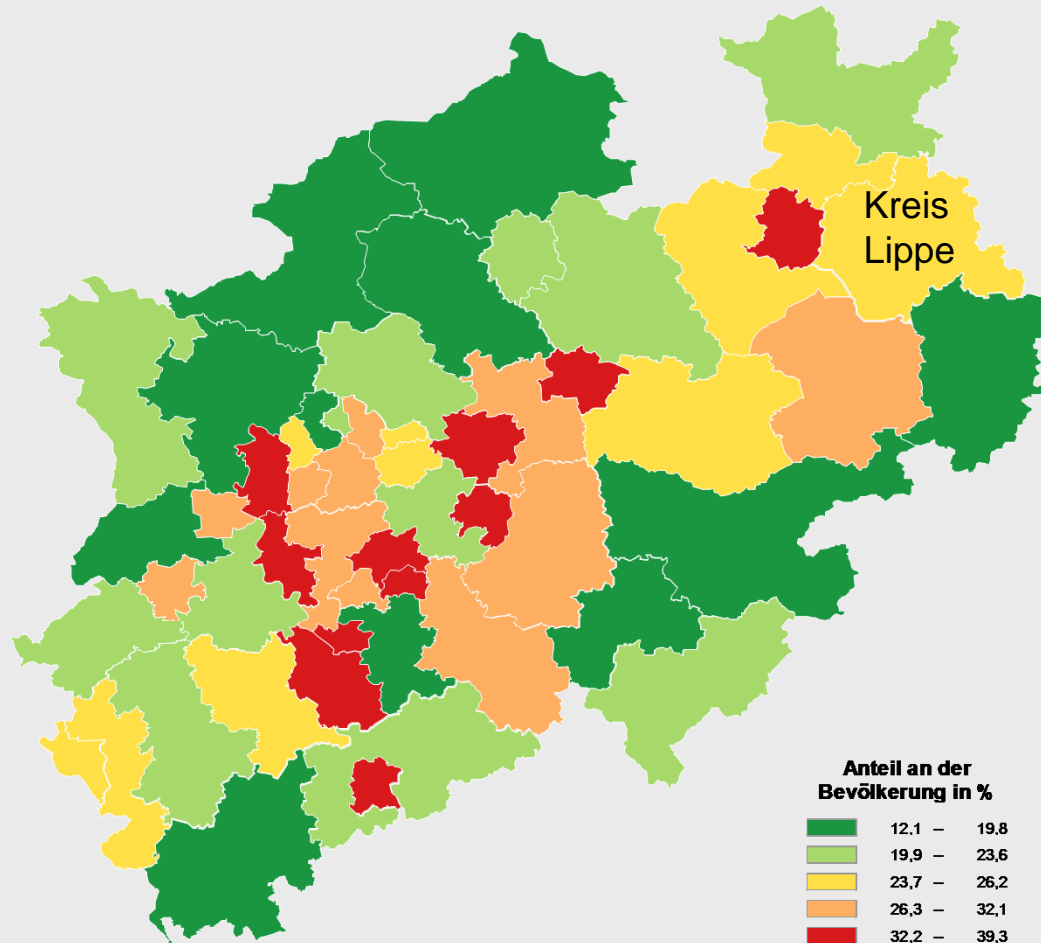
Abb. 2 Alterspyramide 2016 nach Migrationserfahrung
Ergebnisse des Mikrozensus



© Statistisches Bundesamt (Destatis), 2017
Vervielfältigung und Verbreitung, auch
auszugsweise, mit Quellennachweis
gestattet.



Bevölkerung mit Migrationsgeschichte in NRW 2016

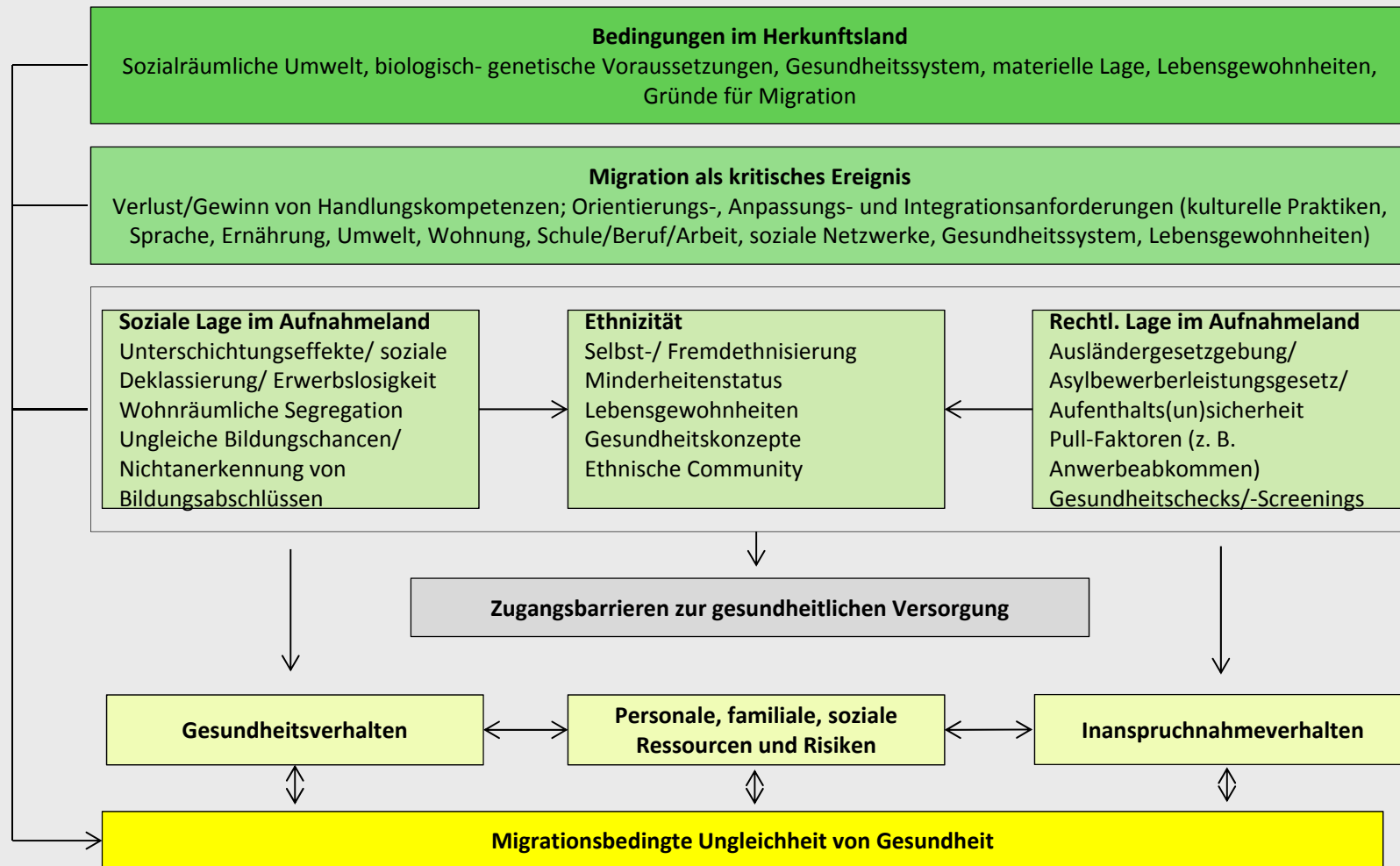


Quelle: IT.NRW

Hinweis: Die Daten der Stadt Aachen und des Kreises Aachen entsprechen der Verteilung in der Städtereion Aachen. Hochrechnung basierend auf den fortgeschriebenen Ergebnissen des Zensus 2011



Gesundheit von Migrantinnen und Migranten: Einflussfaktoren I



Quelle: Eigene Darstellung des LZG.NRW nach Quelle: Schenk/
Neuhauser 2007: 92 (Int J Public Health 52)



Gesundheit von Migrantinnen und Migranten II

subjektive Gesundheit

- Überwiegend positive Einschätzung der Gesundheit
 - 52 % Migrantinnen und Migranten
 - 57 % Menschen ohne Migrationshintergrund
- Unterschiede zwischen den Migrantengruppen:
 - guter Gesundheitszustand: ehemalige Arbeitsmigranten (41 %); Spätaussiedler (50 %); andere Migrantengruppen (59 %)
 - schlechte oder sehr schlechte Gesundheit: ehemalige Arbeitsmigranten (27 %); Spätaussiedler (14 %); andere Migrantengruppen (13 %)

funktionale Einschränkungen

- geringe Unterschiede mit und ohne Migrationshintergrund (22,1 % vs. 19,2 %)
- Unterschiede zwischen den einzelnen Migrantengruppen: ehemalige Arbeitsmigranten (35 %); Spätaussiedler (24 %); andere Migrantengruppen (16 %)



Gesundheit von Migrantinnen und Migranten III

körperliche Erkrankungen

- Anzahl der (selbstberichteten) körperlichen Erkrankungen ist ein Indikator für die körperliche Gesundheit
- besonderes Risiko Beeinträchtigung der Lebensqualität bei 5 oder mehr Erkrankungen
- Unterschiede zwischen den Migrantengruppen:
 - 5 oder + Erkrankungen: ehemalige Arbeitsmigranten (28 %); Spätaussiedler (13 %); andere Migrantengruppen (12 %)

Ressourcen

- Bewusstsein, viel erreicht zu haben (Zuversicht/Stärke)
- Soziale Netzwerke (Familie, Freunde, Nachbarschaft)
- Pflege des Kontakts in die alte Heimat
- Gesundheitsverhalten (z. B. geringerer Substanzmittelkonsum)



Gesundheit von Migrantinnen und Migranten : Altersarmut IV

- Armutsrisiko mit 26 % doppelt so hoch, als bei Menschen ohne Migrationsgeschichte.
- In NRW sind 32,1 % der Bevölkerung mit und 12,4 % der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund armutsgefährdet.
- Gründe für höheres Armutsrisiko bei älteren Migrantinnen und Migranten in NRW:
 - geringeres Nettoeinkommen ca. 500 bis 1.000 Euro (48,7 % vs. 24,7 %)
 - durchschnittlich geringeres Bildungsniveau
 - weniger Wohneigentum

→ frühere Arbeitsmigrantinnen und -migranten der ersten Generation sind besonders von Altersarmut bedroht
- Diese Risikokonstellationen sowie die Wahrnehmung sozialer Ungleichheit führen zu Belastungen, die Einfluss auf die Gesundheit haben.



Gesundheit von Migrantinnen und Migranten : Altersarmut V

Armutsgefährdungsquote¹ NRW nach soziodemografischen Merkmalen in % gemessen am Bundesmedian

| Merkmal | Jahr | | | | | | | | | | | |
|--|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
| Insgesamt | 14,4 | 13,9 | 14,6 | 14,7 | 15,2 | 15,4 | 16,4 | 16,3 | 17,1 | 17,5 | 17,5 | 17,8 |
| Alter | | | | | | | | | | | | |
| Unter 18 | 20,4 | 19,7 | 20,0 | 20,3 | 21,0 | 20,9 | 22,5 | 21,4 | 22,8 | 23,6 | 22,9 | 23,9 |
| 18 bis unter 25 | 23,0 | 22,9 | 22,6 | 22,7 | 23,6 | 23,4 | 25,4 | 26,1 | 26,9 | 27,1 | 27,7 | 27,8 |
| 25 bis unter 50 | 13,7 | 13,3 | 13,8 | 13,5 | 14,2 | 14,3 | 15,5 | 15,3 | 16,1 | 16,3 | 16,4 | 16,8 |
| 50 bis unter 65 | 10,9 | 10,6 | 11,5 | 11,9 | 12,2 | 12,5 | 12,8 | 13,0 | 13,3 | 13,6 | 13,7 | 13,1 |
| 65 und älter | 9,7 | 9,0 | 10,4 | 11,1 | 11,4 | 12,1 | 12,6 | 13,0 | 14,3 | 14,8 | 15,3 | 15,8 |
| Staatsangehörigkeit | | | | | | | | | | | | |
| Ohne deutsche Staatsangehörigkeit | 36,9 | 36,6 | 36,0 | 35,2 | 37,1 | 35,7 | 38,1 | 38,0 | 38,1 | 40,1 | 40,1 | 42,4 |
| Mit deutscher Staatsangehörigkeit | 11,6 | 11,1 | 11,9 | 12,2 | 12,6 | 13,0 | 14,2 | 14,0 | 14,8 | 14,8 | 14,8 | 14,4 |
| Migrationshintergrund⁶ | | | | | | | | | | | | |
| Mit Migrationshintergrund | 29,7 | 29,1 | 29,2 | 28,2 | 29,8 | 29,5 | 30,5 | 30,5 | 30,6 | 32,1 | 31,8 | 32,1 |
| Ohne Migrationshintergrund | 9,5 | 9,1 | 9,9 | 10,3 | 10,4 | 10,8 | 12,1 | 11,8 | 12,5 | 12,5 | 12,5 | 12,4 |

Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2017): Ergebnisse des Mikrozensus. Ab 2011 basiert die Hochrechnung auf den fortgeschriebenen Ergebnissen des Zensus 2011. Durch Effekte der Umstellung auf eine neue Stichprobe sowie durch Sondereffekte im Kontext der Bevölkerungsentwicklung ist die Vergleichbarkeit der Mikrozensusergebnisse für das Berichtsjahr 2016 mit den Vorjahren eingeschränkt. IT.NRW <http://www.amtliche-sozialberichterstattung.de/A1armutsgefaehrungsquoten.html> (Abruf: 05.06.2018)

¹⁾ Anteil der Personen mit einem Äquivalenzeinkommen von weniger als 60% des Medians der Äquivalenzeinkommen der Bevölkerung in Privathaushalten am Ort der Hauptwohnung. Das Äquivalenzeinkommen wird auf Basis der neuen OECD-Skala berechnet.

⁶⁾ Als Person mit Migrationshintergrund gilt, wer eine ausländische Staatsangehörigkeit besitzt, oder im Ausland geboren wurde und nach 1949 zugewandert ist, oder in Deutschland geboren ist und eingebürgert wurde, oder ein Elternteil hat, das zugewandert ist, eingebürgert wurde oder eine ausländische Staatsangehörigkeit besitzt.



Gesundheit Migrantinnen und Migranten: Pflegebedürftigkeit VI

- kaum repräsentative Daten zu Pflegebedürftigkeit und Pflegebedarfen von Migrantinnen und Migranten
 - aktuelle und zukünftige Pflegebedarfe schwer zu schätzen
- 71 % der Pflegebedürftigen werden in Deutschland zu Hause gepflegt
 - unter den türkischstämmigen Migrantinnen und Migranten rund 98 %
- Pflegebedürftige Menschen mit Migrationsgeschichte:
 - durchschnittlich deutlich jünger als Menschen ohne Migrationsgeschichte (62 Jahre vs. 73 Jahre)
 - haben häufiger Pflegestufe 3 (15 % vs. 9 %)
 - seltenere Inanspruchnahme von Sach- und Hilfsleistungen
 - überwiegend ausschließlich Pflegegeld
 - Risiko einer Unterversorgung?



Gesundheit Migrantinnen und Migranten: Pflegebedürftigkeit VI

- Gründe für die Pflege zu Hause:
 - hohes familiäres Solidarpotential
 - Schwächere Einkommenssituation → Geldleistungen der Pflegeversicherung tragen zum Familieneinkommen bei
- Kompensationsfaktor Familie in der Pflege wird geringer:
 - Durch zunehmende Integration in die deutsche Gesellschaft
 - Anforderungen an die jüngere Generation, z. B. Mobilität im Erwerbsleben
 - Verkleinerung der Kernfamilie
 - Verlust an sozialen Ressourcen
 - Singularisierungseffekt bei älteren Migrantinnen und Migranten



Gesundheit(-sförderung) und Krankheit in verschiedenen Kulturen I

Kollektivistische Kulturen (u. a. Italien, Türkei, arabische/afrikanische Länder, Asien)

- religiöse Vorstellungen von Gesundheit → Erhalt der Gesundheit durch Lebensweise nach göttlichen Geboten
- Naturreligionen (z. B. Afrika)
- Krankheit ist Gottes Prüfung, z. B. „Böser Blick“, „Unheil des Auges“ etc.
- Glaube an Geister (z. B. Dschinns)
- hoher Stellenwert der Krankenbesuche
- gesundheitliche Aufklärung über persönliche Kontaktaufnahme
- kulturell geprägtes (ganzheitliches) Schmerzempfinden

Individualistische Gesellschaft (z. B. Deutschland)

- Gesundheitsförderung durch
 - gesunde Ernährung, gute Lebensverhältnisse
- Förderung des Wohlbefindens u. a. durch Sport und Entspannung



Gesundheit(-sförderung) und Krankheit in verschiedenen Kulturen II

Jüdischer Glaube

- für jede/jeden Einzelne(n) besteht die Verpflichtung zum Erhalt der Gesundheit

Hinduismus (z. B. Sri Lanka, Indien, Afghanistan)

- ganzheitliches Verständnis, Ayurveda-Medizin

Shintoisten (z. B. Japan)

- hoher Maßstab an Hygiene (Mund- und Nasenschutz bei Erkältung)

Islam

- Ernährungsgebote
 - kein Schweinefleisch sowie Gelatine, kein Alkohol, Fastenmonat „Ramadan“
- Bekleidungs- und Hygienevorschriften
- Vorschriften zu Gebetszeiten, Häufigkeit, rituelle Waschungen vor dem Gebet



Barrieren der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen I

Gesundheitsförderung

- ältere Migrantinnen und Migranten = am wenigsten erreichte Zielgruppe

Warum ist das so?

- keine Beschwerden = kein Handlungsbedarf für Gesundheitsfürsorge
- Unzureichende Datenlage zur Gesundheit
- fehlende Anpassung von Angeboten an die Lebenslagen
- sprachliche Barrieren
- Informationslücken: Angebote sowie Teilnahmebedingungen
- Teilnahmegebühren/Finanzierungspraxis der Krankenkassen
- Pendelmigration
- religiöse Überzeugungen
- Ausgrenzungserfahrungen



Barrieren der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen II

Versorgung und Pflege

- häufigeres Aufsuchen von Rettungswachen als Hausärzte
- unterdurchschnittliche Inanspruchnahme von stationärer und ambulanter Pflege
- Informationslücken und sprachliche Barrieren
- Schamgrenzen
- unterschiedliche Krankheits-/Gesundheits- und Geburtskonzepte
- stationäre sowie ambulante Versorgungsstrukturen sind nicht auf migrationsspezifische Bedürfnisse ausgerichtet
- Misstrauen gegenüber öffentlichen Einrichtungen und Fachkräften z. B.
 - Pflegeinstitutionen
 - deutsche Ärzte verwenden Maschinen vs. Ärzte aus dem Heimatland wenden Gespräche und Handauflegen an



Kultursensible Ansätze I

| Gesundheitsförderung | |
|--|---|
| Interkulturelle Kompetenz | <ul style="list-style-type: none"> • wertschätzender, sensibler Umgang mit der Vielfalt an Einstellungen und Verhaltensweisen • gegenseitiger Austausch von Geschichten/Sichtweisen |
| Lebenslagenorientierte Herangehensweise | <ul style="list-style-type: none"> • unterschiedliche Interessenvertretungen einbinden • kontinuierliche und vertrauensschaffende Angebote • herkunftsspezifische/geschlechtsspezifische Maßnahmen • kostengünstige/kostenfreie Angebote • Maßnahmen in den Lebenswelten (Setting) anbieten • Verhaltens- und Verhältnisprävention |
| Partizipation | <ul style="list-style-type: none"> • Beteiligungsmöglichkeiten an Entscheidungs- und Entwicklungsprozessen schaffen • kultursensible Gesundheitsselbsthilfe unterstützen |
| Gesundheitskompetenz fördern | <ul style="list-style-type: none"> • Fokus auf ressourcenorientierten Kompetenzerwerb |
| Abbau sprachlicher und kultureller Zugangsbarrieren | <ul style="list-style-type: none"> • muttersprachliche Beschäftigte • Sprach- und Kulturmittler |



Kultursensible Ansätze II

| Versorgung/Pflege | |
|---|---|
| Offener, vorurteilsfreier Austausch | <ul style="list-style-type: none"> • Interessiertes, offenes Nachfragen bei der Familie zum Verständnis über die Krankheit Was passiert im Herkunftsland im Falle dieser Erkrankung? |
| Individuelle Bedürfnisse klären | <ul style="list-style-type: none"> • Wie viel Information/Aufklärung über die Krankheit ist gewünscht? Wunsch nach „Nicht-Informieren“ akzeptieren (Wahrung rechtlicher Vorgaben) • Individuelle Bedürfnisse bei der Pflegehandlung erfragen → Annahme der Bedarfe aufgrund des Kulturkreises nicht ausreichend |
| Vertrauensarbeit | <ul style="list-style-type: none"> • Gute Beziehung und Vertrauen zu der Familie herstellen und Basis schaffen • Zeit für Zusatzleistungen einräumen → unterstützt Beziehungsaufbau |
| Vermittlung durch vertraute Bezugspersonen | <ul style="list-style-type: none"> • Religiöse Einrichtung oder Seelsorgerverein aus demselben Kulturkreis hinzuziehen |
| sprachliche Barrieren abbauen | <ul style="list-style-type: none"> • Aneignung einiger Wörter in der Muttersprache der Patienten • Arbeit mit Bildern, die die Behandlung/Pflegehandlung erklären |



Kultursensible Ansätze: Zugangswege im Setting Kommune III

- Ansprache von Zielgruppen, die sich über andere Lebenswelten nur schwer erreichen lassen
- Stärkung sozialer Netzwerke und damit die soziale Teilhabe
- Umsetzung niedrigschwelliger, wohnortnaher und aufsuchender Angebote
- Nutzung von Strukturen und Angeboten, die von Älteren mit Migrationsgeschichte bereits akzeptiert werden
- Vernetzung zwischen Ressorts und Entwicklung gemeinsamer Maßnahmen

Beispiele

- interkulturelle Gesundheitslotsinnen und -lotsen (iGlo, MiMi, Stadtteilmütter und -väter)
- beteiligungsorientierte Maßnahmen (z. B. Gemeinschaftsgärten)
- Stadtteilspaziergänge (z. B. Essen, Köln)
- Gewerbetreibende als Multiplikatoren (Projekt „GO-Gesund im Osten“)



Kultursensible Ansätze: Zugangswege im Setting Kommune IV

Akteursspektrum sowie Kooperationsstrukturen für Gesundheitsförderung und -versorgung im Setting Kommune

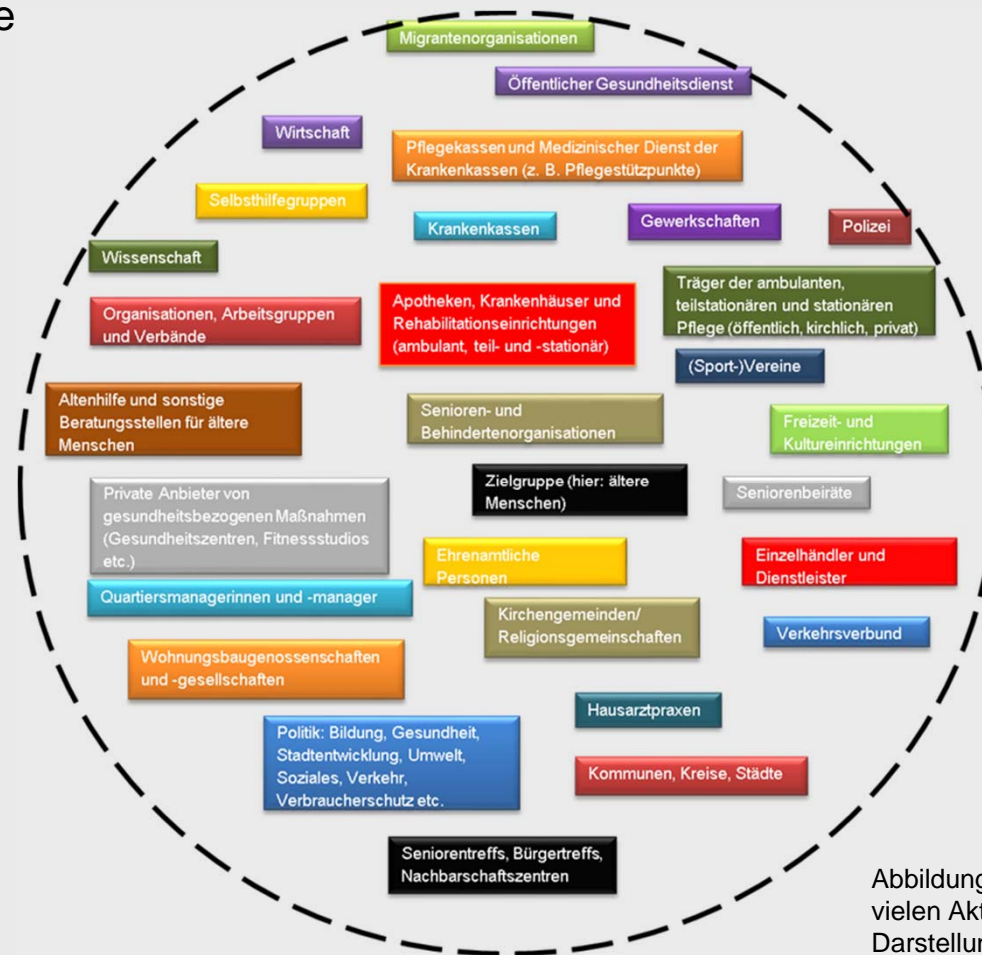


Abbildung: Einbindung und Vernetzung von möglichst vielen Akteuren im Setting Kommune (Eigene Darstellung, LZG.NRW)



Empfehlungen

- niedrigschwellige, zugehende, muttersprachliche Informations- und Beratungsangebote
 - Schlüssel-/Vertrauenspersonen hinzuziehen
 - Peer-geleitete Kurse/Gruppen
- Migrationsspezifische Datenlage Gesundheit und Bedarfslagen verbessern
- Berücksichtigung von Kultur und Religion in Gesundheitsförderung und Versorgung
- offener und vorurteilsfreier gegenseitiger Austausch
- Respekt und Interesse an anderen Kulturen
- Offenheit, das eigene Wertesystem kritisch zu reflektieren
- Vertrauen schaffen
- Orientierung an den Lebenslagen von Menschen mit Migrationshintergrund
- Anerkennung älterer Migrantinnen und Migranten als Experten ihrer eigenen Lage
- Vermeidung der Überbetonung sowie Verleugnung kultureller, ethnischer und religiöser Unterschiede



Literatur I

- Binder-Fritz, C., Rieder, A. (2014): Zur Verflechtung von Geschlecht, sozioökonomischen Status und Ethnizität im Kontext von Gesundheit und Migration. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz. Online-Publikation. 2. August 2014. Springer-Verlag: Heidelberg.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) (2012): Ältere Migrantinnen und Migranten. Entwicklungen, Lebenslagen, Perspektiven. Forschungsbericht 18. Bonifatius GmbH, Druck-Buch-Verlag: Paderborn.
- CarEMi (Hrsg.) (2016): Eine Handreichung zur medizinischen und pflegerischen Versorgung von älteren Migrant_innen. Ältere türkische/türkischstämmige Migrant_innen der ersten Gastarbeitergeneration im Gesundheitswesen. Tübingen.
- Deutsches Rotes Kreuz, Landesverband Westfalen-Lippe e.V. (DRK), Ethnomedizinisches Zentrum e.V. (EMZ) (Hrsg.) (2012): Gesunde Kinder. Ein Handbuch für die Interkulturelle Gesundheitsförderung in Erziehung, Pädagogik und Beratung. VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung. Berlin
- Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA) (2017): Report Altersdaten. Migrantinnen und Migranten in der zweiten Lebenshälfte.
- Institut Arbeit und Technik (IAT), Zentrum für Türkeistudien und Integrationsforschung (ZfTI) (2017): Gemeinsam zuhause? Birlikte evde? Wohnalternativen für türkische Migrantinnen und Migranten. Endbericht.
- Glodny, S., Yilmaz-Aslan, Y., Razum, O. (2010): Häusliche Pflege bei Migrantinnen und Migranten. Informationsdienst Altersfragen 37 (6), S. 9-12.
- Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW): Auswertung der Bevölkerung 2016 nach Migrationsstatus, Kreisen/kreisfreien Städten und Altersgruppen.
- Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen(LZG.NRW) (2014): NRW-Gesundheitssurvey. Ausgewählte Daten zur Gesundheit von älteren Migrantinnen und Migranten in NRW. LZG.NRW: Bochum.
- Mahne K, Wolff JK, Simonson J, Tesch-Römer (Hrsg.) (2017): Altern im Wandel. Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS). Kapitel „Kernaussagen zu Menschen mit Migrationshintergrund. Berlin.
- Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAIS NRW) (2016): 5. Kommentierte Zuwanderungs- und Integrationsstatistik Nordrhein-Westfalen. MAIS NRW: Düsseldorf. Verfügbar unter: http://www.integrationsmonitoring.nrw.de/integrationsberichterstattung_nrw/berichte_analysen/Zuwanderungs-und_Integrationsstatistiken/5_KomZwStat_2016_Textband_Endversion-online-fertig-a.pdf (Abruf: 20.02.2018).



Literatur II

Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA NRW) (2016): Landesgesundheitsbericht 2015. Informationen zur Entwicklung von Gesundheit und Krankheit in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf

Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA NRW) (2016a): Alt werden in Nordrhein-Westfalen. Bericht zur Lage der Älteren. Altenbericht 2016. Düsseldorf.

Niedersächsisches Ministerium für Inneres, Sport und Integration (Hrsg.): Interkulturelle Öffnung Im Gesundheitssystem. Verfügbar unter: <http://www.gesundheit-nds.de/downloads/doku.ikoeg.pdf> (Abruf: 20.02.2018).

Olbermann, E. (2013): Das Alter wird bunter: Lebenslagen älterer Menschen mit Migrationshintergrund und Handlungsbedarfe für Politik und Gesellschaft. WISO direkt. Friedrich-Ebert-Stiftung, Abt. Wirtschafts- und Sozialpolitik. Bonn. Verfügbar unter: <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/10188.pdf> (Abruf: 20.02.2017).

Olbermann, E. (2010): Gesundheitsförderung und Primärprävention bei älteren Migrantinnen und Migranten: Ausgewählte Projektergebnisse. Informationsdienst Altersfragen 37 (6): 3-8.

Reiss, K., Spallek, J., Razum, O. (2015): Die Entwicklung des Rauchverhaltens im Kontext der Migration nach Deutschland. In: Public Health Forum 2015; 23(2): 85-87.

Schenk, L. (2007): Migration und Gesundheit – Entwicklung eines Erklärungs- und Analysemodells für epidemiologische Studien. In : International Journal of Public Health 2007; 52(2), 87–96.

Schott, T., Reutin, B., Yilmaz-Aslan, Y. (2015): Weshalb ist der Rehabilitationserfolg bei Menschen mit türkischem Migrationshintergrund häufig geringer? In: Public Health Forum 2015; 23(2): 79-81

Spallek, J., Razum, O. (2015): Migration und Geschlecht, In: Public Health Forum 2015; 23(2): 73-75.

Statistisches Bundesamt (2017): Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2016 – Alterspyramide Menschen mit Migrationserfahrung https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund2010220167004.pdf?__blob=publicationFile (Abruf: 23.03.2018)

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2017): Ergebnisse des Mikrozensus. <http://www.amtliche-sozialberichterstattung.de/A1armutsgefaehrungsquoten.html> (Abruf: 05.06.2018)

Yilmaz-Aslan, Y., Brzoska, P., Bluhm, M., Aslan, A., Razum, O. (2015): Krankheitsvorstellungen bei Diabetikern mit türkischem Migrationshintergrund. In: Public Health Forum 2015; 23(2): 82-84

Zanoni, S. et al. (2018): Selbstmanagementförderung bei chronischer Krankheit für Menschen mit Migrationshintergrund – ein Gruppenkurs mit Peer-Ansatz als Beitrag zu gesundheitlicher Chancengleichheit. Das Gesundheitswesen; 80: 259-261.



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Svenja Budde

Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW)

Fachgruppe Prävention und Gesundheitsförderung

svenja.budde@lzg.nrw.de

www.lzg.nrw.de