

Bundesgesundheitsblatt



Gesundheitsforschung | Gesundheitsschutz

Indexed in Medline, SCIE and SCOPUS

Elektronischer Sonderdruck für

J. Bungartz

Ein Service von Springer Medizin

Bundesgesundheitsbl 2011 · 54:1179–1186 · DOI 10.1007/s00103-011-1365-3

© Springer-Verlag 2011

zur nichtkommerziellen Nutzung auf der
privaten Homepage und Institutssite des Autors

J. Bungartz · S. Joos · J. Steinhäuser · J. Szecsenyi · T. Freund

Herausforderungen und Potenziale hausärztlicher Versorgung in einer multikulturellen Gesellschaft

Herausforderungen und Potenziale hausärztlicher Versorgung in einer multikulturellen Gesellschaft

Hintergrund

„Integration erfordert Gleichberechtigung – natürlich auch dort wo es um gesundheitliche Prävention und medizinische Versorgung geht“ schreibt die Bundesministerin für Arbeit und Soziales Ursula von der Leyen [1]. Den Bezugsrahmen für diesen Satz bildet die zunehmende sprachliche und kulturelle Vielfalt der Patienten¹ im deutschen Gesundheitssystem. Derzeit leben circa 7,2 Mio. Ausländer und circa 16 Mio. Menschen mit Migrationshintergrund in der Bundesrepublik [2]. Sie alle haben Anspruch auf eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung und einen gleichberechtigten Zugang zu den Einrichtungen und Diensten des deutschen Gesundheitssystems. In der Literatur besteht heute weit hin Konsens darüber, dass der Gesundheitszustand von Menschen mit Migrationshintergrund zumindest teilweise hinter dem der einheimischen Bevölkerung zurücksteht [3, 4, 5]. Ausschlaggebend für eine Verbesserung der medizinischen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund könnte in Zukunft eine stärkere Gewichtung ihrer hausärztlichen Primärversorgung sein [6]. Denn Hausärzte sind die am stärk-

ten genutzte Institution im deutschen Gesundheitssystem [7]. Es gibt Hinweise darauf, dass Menschen mit Migrationshintergrund ein ähnliches Inanspruchnahme-Verhalten in Bezug auf Hausärzte aufweisen [8, 9, 10]. Teilweise wird bei ihnen sogar von einer stärkeren Nutzung des Hausarztes als primärer Ansprechpartner („Gatekeeper“) bei gesundheitlichen Problemen im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung berichtet [11]. Demgegenüber ist der Stellenwert der hausärztlichen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund im öffentlichen und fachspezifischen Diskurs bisher verhältnismäßig gering.

Die folgenden Ausführungen haben – ausgehend von einem Überblick über die aktuelle (allgemein)medizinische Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund – zum Ziel, Potenziale aufzuzeigen, die in der Allgemeinmedizin hinsichtlich einer migrations- und kulturkompetenten Arbeitsweise ruhen. Anschließend wird der derzeitige Stellenwert migrations- und kulturspezifischer Inhalte in der allgemeinmedizinischen Forschung und Lehre sowie in der fachspezifischen Fort- und Weiterbildung analysiert.

Begriffsbestimmungen

Das Statistische Bundesamt führte im Jahr 2005 den Begriff „Migrationshintergrund“ als Oberbegriff für eine äußerst heterogene Personengruppe ein (*Über-*

sicht 1). Aus der Definition wird deutlich, dass sich Menschen mit Migrationshintergrund² nicht nur in Bezug auf die eigene Migrationserfahrung, Staatsangehörigkeit, Ethnie und Herkunftsregion, sondern auch hinsichtlich kultureller, soziodemographischer und -ökonomischer Determinanten erheblich unterscheiden können [4, 12].

Die gesundheitliche Situation von Menschen mit Migrationshintergrund

Ein Migrationshintergrund kann sowohl gesundheitliche Risiken als auch gesundheitliche Vorteile und Ressourcen mit sich bringen [4, 17]. **Tab. 1** liefert ohne Anspruch auf Vollständigkeit einen Überblick über Faktoren, die im Zusammenhang mit einem Migrationsereignis Einfluss auf den Gesundheitszustand nehmen können. Es wird dabei unterschieden zwischen den Bedingungen im Herkunftsland, während der Migration, im Einwanderungsland und persönlichen beziehungsweise individuellen Faktoren. Als Beispiel seien hier Verständigungsprobleme angeführt, die häufig als „Zugangsbarriere“ von Migran-

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlecht.

² Im Folgenden werden die Begriffe „Menschen mit Migrationshintergrund“ und „Migranten“ synonym verwendet. Entsprechend der Definition des Statistischen Bundesamtes besteht also in der Vergangenheit entweder eine eigene Migrationserfahrung oder eine Migrationserfahrung der Herkunftsfamilie.

Tab. 1 Beispiele für migrationspezifische Gesundheitsrisiken und -ressourcen. (Eigene Zusammenstellung aus [4, 17])

	Risiken	Ressourcen
Bedingungen im Herkunftsland	Hohe Prävalenz bestimmter Infektionskrankheiten (zum Beispiel HIV, Tbc, Hepatitis B)	Gutes Ernährungs- und Gesundheitsverhalten (zum Beispiel gemüserreiche Kost, wenig Alkohol- und Zigarettenkonsum bei Personen muslimischen Glaubens etc.)
	Geringe Qualität und Verfügbarkeit medizinischer Versorgung	
	Schlechte Lebens- und Hygienebedingungen	
Bedingungen während der Migration	Migrationsmotiv (zum Beispiel Verfolgung, Folter, Flucht)	Migrationsmotiv (zum Beispiel Familienzusammenführung, Arbeit/Studium)
	Psychosoziale Belastung: Stress, Trennung von Familie, Einsamkeit, Entwurzelungsgefühl	Hohe Anpassungsfähigkeit an neue Lebenssituation
Bedingungen im Einwanderungsland	Statusverlust gegenüber dem Herkunftsland; niedriger sozioökonomischer Status	Zugang zu qualitativ hochwertiger Gesundheitsversorgung: bessere Präventions- und Behandlungsmöglichkeiten (zum Beispiel Muttersterblichkeit)
	Arbeitslosigkeit, Arbeitsplatzunsicherheit	
	Zugangsbarrieren zum deutschen Gesundheitssystem (zum Beispiel Sprache, Informationsdefizit)	Geringere Mortalitäts- und Morbiditätsraten verschiedener Migrantengruppen (zum Beispiel Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen)
	Psychosoziale Belastungsfaktoren (Aufenthaltsstatus, Rassismus-Erfahrungen etc.)	
Individuelle Persönlichkeit	Niedrige/r Bildungsstand/berufliche Qualifikation	Hohe/r Bildungsstand/berufliche Qualifikation
	Isolation, geringe Teilhabe	Gutes soziefamiliäres Netzwerk
	Individuelles Verständnis von Krankheit und Gesundheit, Gesundheitsverhalten	Individuelle Bewältigungsstrategien für Krankheiten

ten zum deutschen Gesundheitssystem interpretiert werden, und sowohl sprachlicher (zum Beispiel aufgrund mangelnder Deutschkenntnisse) als auch kultureller (zum Beispiel aufgrund kulturell bedingter, unterschiedlicher Krankheitskonzepte) Natur sein können [18]. Hier wird deutlich, wie vielschichtig der Einfluss eines Migrationshintergrunds auf die gesundheitliche Situation sein kann: Während sprachlichen Verständigungsproblemen mit strukturellen Angeboten wie Dolmetscherdiensten, fremdsprachigen Informationsmaterialien oder muttersprachlichen Mitarbeitern begegnet werden kann, stellen sich kulturelle Verständigungsprobleme komplexer dar, und erfordern eine besondere Sensibilisierung der Leistungserbringer. Dazu gehört, dass sich Ärzte bei der Betreuung von Patienten mit Migrationshintergrund der eigenen kulturellen „Prägung“ bewusst sind, kollektivistische Rückschlüsse vom Migrationshintergrund eines Patienten auf seine kulturellen Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit vermeiden und jedem Patienten auf einer individualistischen, vorurteilsfreien Ebene begegnen [13].

Die (allgemein)medizinische Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund

Versorgungsdefizite von Menschen mit Migrationshintergrund existieren in erster Linie in Bereichen, die vornehmlich zum hausärztlichen Arbeitsfeld zählen: Prävention, Gesundheitsförderung und Rehabilitation [3, 9, 19, 20]. Kinder durchlaufen zu geringeren Teilen die Vorsorgeuntersuchungen (U-Untersuchungen) vollständig, sie zeigen eine höhere Kariesprävalenz und sind häufiger übergewichtig als deutsche Kinder [21]. Erwachsene Migranten nutzen Krebsvorsorgeuntersuchungen in einem geringeren Maße als deutsche Vergleichsgruppen [3, 5]. Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen und physiotherapeutische Angebote werden trotz höherer Arbeitsunfallraten ausländischer (besonders männlicher türkischer) Arbeitnehmer seltener wahrgenommen und sind zudem weniger effektiv als bei deutschen Patienten [22].

Zusätzlich prädestinieren migrationspezifische Belastungsfaktoren für psychischen Stress und können Auslöser für psychiatrische Erkrankungen sein (Vulnerabilitäts-Stress-Modell) [23]. Die Prävalenz

psychiatrischer Erkrankungen wie Depressionen und somatoforme Störungen ist im Verhältnis zur Bevölkerungszahl bei Menschen mit Migrationshintergrund überdurchschnittlich hoch [24]. Dennoch werden Einrichtungen wie psychosomatische Rehabilitationskliniken [19] oder psychiatrische Tageskliniken [25] von ausländischen Patienten deutlicher seltener in Anspruch genommen. Das Hilfesuch-Verhalten bei psychischen Problemen führt einen großen Teil der Migranten nicht zu niedergelassenen Psychiatern oder psychiatrischen Notfallambulanzen, sondern zum Hausarzt [26].

In der Altersgruppe über 65 Jahre scheinen verschiedene migrations- und kulturspezifische Risikofaktoren zu kumulieren und in der Summe zu einem schlechten Gesundheitszustand zu führen: Die subjektive Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit nimmt bei Migranten (besonders türkischen) ab dem 40. Lebensjahr im Vergleich zur deutschen Bevölkerung stärker ab und ist bei den über 65-Jährigen noch einmal deutlich schlechter [5, 27]. Das Frühberentungsrisiko ist bei Menschen mit Migrationshintergrund höher als bei deutschen Arbeitnehmern [22]. Das Alter und ein schlechter subjektiver Gesundheitszustand sind bekanntermaßen zwei Hauptfaktoren für eine starke Inanspruchnahme des Hausarztes [7]. Dementsprechend ist in den nächsten Jahren mit einer zunehmenden Inanspruchnahme des Hausarztes besonders durch ältere, multimorbide Menschen mit Migrationshintergrund zu rechnen.

Spezielle Herausforderungen in der Hausarztpraxis

Die strukturellen Gegebenheiten in der Hausarztpraxis können eine bedarfsgerechte Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund erschweren. In einer europaweiten Studie zur Gesundheitsversorgung von Migranten war die Barriere, die im ambulanten Sektor am häufigsten genannt wurde, die mangelnde sprachliche Verständigung mit den Patienten (95%) [28]. Umgekehrt wurden verfügbare Dolmetscherdienste (99%) und zeitliche Flexibilität (96%) als wichtigste Faktoren für eine gute ambulante Versorgung von Migranten angeführt [28]. Zur Kom-

Übersicht 1 Definition „Migrationshintergrund“ (Quelle: Statistisches Bundesamt [12])

Bei den Personen mit Migrationshintergrund handelt es sich um solche, 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.

Ebenso amorph wie der Begriff „Migrationshintergrund“ [13] sind auch Ausdrücke wie „interkulturelle Öffnung“, „inter“- oder „transkulturelle Kompetenz“, „migrations“- „migranten“- beziehungsweise „kultursensibel“ oder „migrationspezifisch“, die häufig unreflektiert nebeneinander verwendet werden, wie bereits an anderer Stelle kritisch diskutiert wurde [14, 15]. Diese Begriffe implizieren einen synonymen Gebrauch von Migration und Kultur und werden dem Umstand nicht gerecht, dass neben dem kulturellen Hintergrund auch – und in einem besonderen Maße – soziodemografische und -ökonomische Faktoren, die im Zusammenhang mit der Migration stehen, Einfluss auf den Gesundheitszustand und die medizinische Versorgung von Migranten nehmen können [16]. Um diese Differenzierung hervorzuheben und eine sprachliche „Kulturalisierung“ zu vermeiden, wird in diesem Beitrag konsequent der Begriff „migrations- und kulturbezogen“ verwendet.

munikation mit fremdsprachigen Patienten stehen in deutschen Hausarztpraxen jedoch oft keine professionellen Dolmetscherdienste zur Verfügung. Hinzu kommt, dass die Kosten für Dolmetscherleistungen derzeit in Deutschland nicht von der Krankenkasse übernommen werden und die Rechtslage diesbezüglich unzureichend ist [4]. Ein Telefondolmetscherdienst wie er beispielsweise in der Schweiz angeboten wird, ist in Deutschland noch nicht flächendeckend etabliert. Auch mehrsprachige Patienteninformationen haben vielerorts noch keinen Eingang in die Hausarztpraxis gefunden. Die Verständigung mithilfe von Laiendolmetschern (Kinder, Freunde, Nachbarn) führt dazu, dass sensible Themen weniger häufig angesprochen werden [29]. Die Kommunikation konzentriert sich weitgehend auf medizinische Sachthemen. Soziokulturelle Hintergründe, deren Erfassung wesentlich für die hausärztliche Arbeit sind, werden oftmals nur unzureichend berichtet und berücksichtigt [30, 31]. Dies alles schlägt sich besonders auf die Behandlung

Bundesgesundheitsbl 2011 · 54:1179–1186 DOI 10.1007/s00103-011-1365-3
© Springer-Verlag 2011

J. Bungartz · S. Joos · J. Steinhäuser · J. Szecsenyi · T. Freund Herausforderungen und Potenziale hausärztlicher Versorgung in einer multikulturellen Gesellschaft

Zusammenfassung

Hausärzte leisten in Deutschland den quantitativ größten Anteil an der gesundheitlichen Basisversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund. Es gibt Hinweise darauf, dass Patienten mit Migrationshintergrund Hausärzte im gleichen oder sogar stärkeren Maß als die einheimische Bevölkerung als erste Anlaufstelle bei körperlichen und psychischen Beschwerden in Anspruch nehmen. Versorgungsdefizite von Patienten mit Migrationshintergrund bestehen besonders in Kernbereichen der hausärztlichen Versorgung wie der Prävention und Rehabilitation. Demgegenüber erscheint der Stellenwert der hausärztlichen Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund bislang im fachinternen und öffentlichen Diskurs verhältnismäßig gering. Der vorliegende Beitrag zeigt zunächst ausgehend von einer Analyse der aktuellen (allgemein)medizinischen Versorgungssituation von Menschen mit Migrationshintergrund Potenziale auf, die spe-

ziell im Fachgebiet der Allgemeinmedizin liegen, um allen Bevölkerungsgruppen in Deutschland einen niederschweligen, migrations- und kulturkompetenten Zugang zu Gesundheitsleistungen zu ermöglichen. Anschließend werden der derzeit in den Bereichen allgemeinmedizinische Forschung, Lehre, Fort- und Weiterbildung beobachtbare Stellenwert migrationspezifischer Inhalte beleuchtet sowie Anregungen für zukünftige Forschungsfragen beziehungsweise für migrations- und kultursensible Interventionen gegeben.

Schlüsselwörter

Allgemeinmedizin · Patienten mit Migrationshintergrund · Migrations- und kulturbezogene Kompetenz · Patientenorientierte Gesundheitsversorgung · Entwicklungspotenzial

Challenges and potentials of primary care in a multicultural society

Abstract

The greatest proportion of basic health care for patients with a migrational background living in Germany is provided by general practitioners. There is evidence that patients with a migrational background see a general practitioner as a gate keeper in case of physical or mental complaints even more frequently than the native German population. In contrast, the impact of migration-specific tasks in general practice appears to be relatively low in the medical and public discourse. This article analyzes the current situation of medical care for migrant patients in general practice and shows its potential to

offer low-threshold high quality health care services to migrant patients and the whole population. In addition, an overview on migration-specific issues in research, teaching, and continuous medical education of general practitioners is provided. Finally, the implications of these findings for future research questions on migration-sensitive interventions are discussed.

Keywords

General practice · Migration background · Basic health care · Cultural competence · Patient-oriented health care

Tab. 2 Auszüge aus den Sonnenberger Leitlinien der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) [34]

Leitlinie N°	
1.	Erleichterung des Zugangs zur (...) allgemeinmedizinischen Regelversorgung durch Niederschwelligkeit, Kultursensitivität und Kulturkompetenz
4.	Kooperation und Vernetzung der Dienste der Regelversorgung im gemeindepsychiatrischen Verbund und der Allgemeinmediziner mit den Migrations-, Sozial- und sonstigen Fachdiensten sowie mit Schlüsselpersonen der unterschiedlichen Migrantengruppen, -organisationen und -verbänden. (...)
6.	Verbesserung der Informationen über das regionale (...) klinische und ambulante Versorgungsangebot durch Allgemeinärztinnen/Allgemeinärzte, (...)
7.	(Transkulturelle) Aus-, Fort- und Weiterbildung für in der Psychiatrie und Psychotherapie und in der Allgemeinmedizin tätigen MitarbeiterInnen unterschiedlicher Berufsgruppen (...) unter Einschluss von Sprachfortbildungen

von Patienten mit Migrationshintergrund mit somatoformen Störungen und chronischen Schmerzzuständen nieder; hier wird die hausärztliche Betreuung oft als große Herausforderung empfunden [32]. Ressourcen für die sprachliche und kulturelle Verständigung in der Praxis können muttersprachliche Mitarbeiter sein wie Medizinische Fachangestellte (MFA) oder die Hausärzte selbst. Muttersprachliche Ärzte sind bislang aber überwiegend in Krankenhäusern und selten im ambulanten Bereich tätig [4]. Die Zahl der medizinischen Fachangestellten mit Migrationshintergrund steigt in den letzten Jahren kontinuierlich an [4]. Sie werden jedoch nicht speziell für eine Dolmetschertätigkeit geschult, das heißt, die Ausbildung der medizinischen Fachkompetenz erfolgt deutschsprachig, sodass bei Übersetzungstätigkeiten in der Praxis Missverständnisse und Verständigungsschwierigkeiten nicht auszuschließen sind. Ferner ergeben sich aus Dolmetschertätigkeiten von Praxismitarbeitern auch logistische Schwierigkeiten. Das Übersetzen ist eine Zusatzbelastung, zudem ist der zeitliche Rahmen für eine hausärztliche Sprechstunde – insbesondere vor dem Hintergrund kurzer Konsultationszeiten – oft nur wenig flexibel [33].

Anspruch an die Allgemeinmedizin in einer multikulturellen Gesellschaft

Initiativen zur Förderung einer migrations- und kulturkompetenten Allgemeinmedizin könnten sowohl strukturell als auch inhaltlich an Aktivitäten und

Erkenntnissen in anderen Bereichen des Gesundheitssystems anknüpfen. Beispielsweise gründete die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) bereits im Jahr 1991 das Referat für Transkulturelle Psychiatrie. Seit dem Jahr 2008 setzt sich zusätzlich der Dachverband für transkulturelle Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im deutschsprachigen Raum e.V. (DTPPP) in Deutschland, Österreich und der Schweiz für eine länderübergreifende, qualitativ hochwertige psychosoziale Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund ein. Um bessere Versorgungsmodelle für diese Patientengruppe im ambulanten Sektor bemüht sich auch die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK). In den „Sonnenberger Leitlinien“, die bereits im Jahr 2002 auf einer Fachtagung entwickelt wurden, wird mehrmals konkret auf die stärkere Einbeziehung der Allgemeinmedizin hingewiesen, um die Versorgungssituation von Menschen mit Migrationshintergrund zu verbessern ([34], [Tab. 2](#)). Dies erscheint vor dem Hintergrund, dass kaum eine andere medizinische Fachrichtung wie die Allgemeinmedizin über ein derartiges Potenzial für eine migrations- und kultursensible Arbeitsweise verfügt, umso notwendiger.

Deutlich wird dies aus der Definition der „World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians“ (WONCA): „Die Allgemeinmedizin stellt den ersten medizinischen Kontaktpunkt im Gesundheitssystem dar und gewährleistet einen offenen

und unbegrenzten Zugang für alle Nutzer und für alle Gesundheitsprobleme, unabhängig von Alter, Geschlecht oder anderen Merkmalen der betroffenen Person“ [35]. In der Fachdefinition der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM) wird diese Definition erweitert: Es gehöre zum Arbeitsbereich von Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzten, „als erste Ansprechpartner bei allen Gesundheitsproblemen zu helfen, dabei somatische, psychosoziale, soziokulturelle Aspekte einzubeziehen und den Patienten, sein Krankheitskonzept, sein Umfeld und seine Geschichte zu würdigen (hermeneutisches Fallverständnis)“ [36].

Die Allgemeinmedizin erhebt zu Recht den Anspruch, Patienten in ihrem lebensweltlichen Kontext zu behandeln. Eine migrations- und kulturkompetente Arbeitsweise zu verfolgen bedeutet genau dies: „individuelle Lebenswelten in besonderen Situationen und verschiedenen Kontexten zu erfassen, zu verstehen und Handlungsweisen daraus abzuleiten“ [37]. Eine migrations- und kultursensible Allgemeinmedizin ist deshalb nicht als eigene Disziplin, sondern als Erweiterung und konsequente Anwendung der grundlegenden Prinzipien dieses Fachbereichs aufzufassen [38].

Potenziale der allgemeinmedizinischen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund

Ein genauerer Blick auf die Bestandteile der allgemeinmedizinischen Fachdefinition macht konkrete Potenziale für eine stärkere Berücksichtigung der Thematik in der Allgemeinmedizin deutlich:

Arzt-Patienten-Beziehung. Die Arzt-Patienten-Beziehung hat in der Allgemeinmedizin im Vergleich zu anderen Fachrichtungen aus Arzt- und Patientensicht einen besonderen Stellenwert. Nicht nur deutsche Patienten, sondern auch Patienten mit Migrationshintergrund bringen ihrem Hausarzt viel Vertrauen entgegen [8]. Durch Offenheit, Unvoreingenommenheit, Geduld und Empathie besteht für Arzt und Patient die Chance, eine vertrauensvolle Basis zu schaffen, auf der gemeinsame Behandlungsstrategien und -ziele festgelegt werden. Dies kann zur

Prävention und Lösung von Konflikten beitragen und Somatisierungsprozessen vorbeugen [39].

Haus- und familienärztliche Funktion. Durch die haus- und familienärztliche Funktion bekommt der Hausarzt Zugang zu Patientengruppen, die gesundheitlich gefährdet sind und zugleich nur schlecht von bestehenden Angeboten erreicht werden, wie Kinder und ältere Menschen mit Migrationshintergrund. Zudem kann er im besonderen Maße Einblick in die familiären und soziokulturellen Hintergründe der Patienten erlangen, die es zum Beispiel bei der Behandlung von psychischen Erkrankungen besonders zu berücksichtigen gilt.

Gesundheitsbildungsfunktion. Die Gesundheitsbildungsfunktion des Hausarztes soll zu einer Gesundheitsförderung des Einzelnen und der Gemeinde beitragen. Ein Grund für die mangelnde Inanspruchnahme präventiver Maßnahmen durch Patienten mit Migrationshintergrund ist der oft niedrige Stellenwert solcher Angebote in ihren Herkunftsländern [4]. Durch gezielte Informationsvermittlung könnten diese Patienten in ihrem Kenntnisstand über die und in ihrer Eigenverantwortung bei der Nutzung bestehender Angebote gestärkt werden („Empowerment“). Am Beispiel der Krebsfrüherkennung als „klassischer“ Präventionsmaßnahme wird deutlich, dass der Grad der Informiertheit direkt im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme steht [7]. Die zielgruppenorientierte Förderung gesundheitsbezogener Selbsthilfe [40] (Empfehlung krankheitsbezogener Internetportale, Selbsthilfegruppen) kann zu einer verbesserten Einbindung in bereits bestehende Versorgungsstrukturen führen.

Koordinations- und Integrationsfunktion. Mit seiner Koordinations- und Integrationsfunktion fördert der Hausarzt als Lotse („Gatekeeper“) die Koordination zwischen den Versorgungsebenen. Untersuchungen zur hausarztzentrierten Versorgung konnten kürzlich zeigen, dass Bevölkerungsgruppen mit einem hohen Versorgungsbedarf den Hausarzt besonders häufig als „Gatekeeper“ im Gesund-

heitswesen nutzen. Dazu gehören Ältere und chronisch Kranke, nicht oder nur geringfügig Erwerbstätige und Angehörige der sozialen Mittel- und Unterschicht [41, 42]. Die Vermutung, dass dies auch für viele Menschen mit Migrationshintergrund zutrifft, liegt nahe: Sie leben häufig auf einem niedrigen sozioökonomischen Niveau und sind überdurchschnittlich oft von Armut betroffen [43]. Zudem sind ältere Migranten (über 65 Jahre) die derzeit am stärksten wachsende Bevölkerungsgruppe in Deutschland [44]. Hausärzte könnten durch gezielte Überweisungen dazu beitragen, Versorgungsdefizite von Patienten mit Migrationshintergrund auszugleichen, wie beispielsweise die unterdurchschnittliche Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen (zum Beispiel Psychiater, Zahnärzte) oder die überdurchschnittliche Nutzung von Notfallambulanzen [45].

Anforderungen an migrations-spezifische Inhalte in Forschung, Lehre, Fort- und Weiterbildung

Die beschriebenen Potenziale können nur dann effizient für die Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund genutzt werden, wenn entsprechende migrations- und kulturspezifische Inhalte in die Bereiche Forschung, Lehre, Fort- und Weiterbildung von Allgemeinmediziner*innen implementiert werden.

Forschung

In der Migrationsforschung läge noch viel Spielraum, um die Allgemeinmedizin stärker in den Fokus des Interesses zu rücken. Grundlegend fehlt es bislang an belastbaren epidemiologischen Untersuchungen, die Originaldaten zur hausärztlichen Gesundheitsversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland liefern. Trotz vermehrter Bemühungen, methodische Standards für eine migrations- und kultursensible Forschung zu etablieren [46, 47], wird der Migrationsstatus in der Gesundheitsberichterstattung und in der epidemiologischen Forschung bisher meist nicht oder nur unzureichend erfasst. Die meisten Repräsentativerhebungen sind des-

halb nicht mit Blick auf die spezielle Gesundheitsversorgung von Migranten auswertbar [48]. Insbesondere im Bereich der Praxisepidemiologie wäre es sinnvoll, die Erhebung migrations- und kultursensitiver Daten zu fördern. Daten aus der Praxisroutine – wie sie beispielsweise in der CONTENT-Studie der Universitätsklinik Heidelberg gewonnen werden [49] – könnten Rückschlüsse auf das Inanspruchnahmeverhalten, die Beratungsanlässe und Behandlungsepisoden von Patienten mit Migrationshintergrund zulassen. Dadurch könnten Unterschiede und Gemeinsamkeiten, die bei der Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund gegenüber der einheimischen Bevölkerung im ambulanten Versorgungsbereich bestehen, aufgezeigt werden. Ohne aussagekräftige Daten zur Versorgungssituation und den Bedürfnissen von Menschen mit Migrationshintergrund ist es schwierig, wenn nicht sogar unmöglich, fundierte, patientenorientierte Vorschläge für Systemverbesserungen, die eine migrations- und kultursensiblere Allgemeinmedizin zum Ziel haben, zu entwickeln und zu implementieren.

Lehre

Nicht nur im Fachbereich Allgemeinmedizin ist die Integration migrations- und kulturbezogener Aspekte in die Lehre unzureichend. Deren konsequente Berücksichtigung bereits in der ärztlichen Ausbildung würde „dem Gefühl entgegenwirken, es handle sich bei interkultureller Kompetenz um eine eigene Fachrichtung“, die mit hohem Aufwand und persönlichem Einsatz erlernt werden muss [38]. In den letzten Jahren wurde deshalb auf die Notwendigkeit hingewiesen, bereits im Studium mehr Wert auf die Förderung migrations- und kulturbezogener Kompetenzen zu legen [50]. Bislang findet die Thematik in der Approbationsordnung für Ärzte keine Erwähnung. Ein Blick in die auf dem deutschsprachigen Markt³ erhältlichen allgemeinmedizinischen Lehrbücher lässt vermuten, dass

³ Die Suche nach Lehrbüchern erfolgte über den Katalog für die Bibliotheken der Universitätsklinik Heidelberg (HEID) und das elektronische Bücherversandhaus Amazon.de.

Tab. 3 Übersicht über allgemeinmedizinische Lehrbücher mit migrationspezifischen Inhalten [Die Suche nach den Lehrbüchern erfolgte über den Katalog für die Bibliotheken der Universitätsklinik Heidelberg (HEIDI) und das elektronische Bücherversandhaus Amazon.de]

Titel	Autor(en) und Verlag	Migrations- und kulturspezifischer Inhalt
„Allgemeinmedizin und Familienmedizin“	Kochen M 3. Auflage 2006 Thieme Verlag, Stuttgart	Kapitel 14: „Ausländische Patienten“
„Komplikationen in der Hausarztpraxis. Erkennen – Handeln – Vermeiden“	Fischer GC, Hesse E, Keseberg A, Lichte T, Romberg H-P 1. Auflage 2004 Springer Verlag, Wien	Kapitel 4: „Komplikationen bei ausgewählten Patientengruppen“ 4.7 „Migranten“
„Praxistrainer Allgemeinmedizin – Leitlinien-basierte Fallseminare“	Sandholzer H 1. Auflage 2007 Schattauer Verlag, Stuttgart	Fall 19: 30-jähriger Migrant mit akuten Bauchschmerzen

das Thema der Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund in der Ausbildung unterrepräsentiert ist. Lediglich in drei von 17 Lehrbüchern, die speziell nach den Begriffen „Migrant“, „Migration“, „Ausländer“ und „trans-beziehungsweise interkulturell“ durchsucht wurden, fanden sich Kapitel beziehungsweise Unterkapitel zu Besonderheiten der Versorgung ausländischer Patienten. **Tab. 3** ist auf die Lehrbücher mit migrationspezifischen Inhalten reduziert. Die komplette Tabelle ist beim Korrespondenzautor erhältlich. In der Lehre finden sich begrüßenswerte Einzelinitiativen zur Implementierung migrations- und kulturbezogener Inhalte in das Regelstudium. Die Universität Gießen führte im Jahr 2004 als reguläres Lehrangebot das Wahlfach „Migrantenmedizin“ ein [51]. Das Institut für Allgemeinmedizin der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf bietet als Pilotprojekt seit 2008 die Lehrveranstaltung „Interkulturelle Kompetenz für den ärztlichen Berufsalltag“ an. Das Seminar findet derzeit ergänzend zu den regulären Lehrveranstaltungen statt [52].

Fort- und Weiterbildung

Die DEGAM hat in den letzten Jahren mit der Entwicklung evidenzbasierter Leitlinien begonnen, die die Versorgungsqualität in der allgemeinmedizinischen Praxis verbessern sollen [53]. Bislang wird in diesen Leitlinien nicht auf die spezifischen Probleme von Menschen mit Migrationshintergrund eingegangen. Dies wäre aber wünschenswert, um die Existenz migrations- und kulturspezifischer

Problemfelder in das hausärztliche Bewusstsein und damit in den Arbeitsalltag zu integrieren. Als Beispiel sei hier angeführt, dass pflegende Angehörige mit Migrationshintergrund einen zunehmend hohen Bedarf an hausärztlicher Betreuung haben, da die Versorgung älterer pflegebedürftiger Migranten bisher fast ausschließlich von Familienangehörigen geleistet wird, die nur in sehr geringem Maße Pflegegeld und institutionelle Altenhilfeleistungen in Anspruch nehmen [54, 55]. In der Leitlinie „Pflegerische Angehörige“ wird jedoch nicht gesondert auf diese Problematik eingegangen.

Auch wäre eine Aufnahme der Thematik in das seit März 2010 in der Entstehung begriffene kompetenzbasierte Curriculum für die allgemeinmedizinische Weiterbildung wünschenswert, um die Ärzte in der Weiterbildung zu erreichen. Das Curriculum wird derzeit vom Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin Baden-Württemberg in Zusammenarbeit mit der DEGAM und der Gesellschaft für Hochschullehrer für Allgemeinmedizin (GHA) ausgearbeitet [56].

Fazit und Ausblick

Menschen mit Migrationshintergrund leiden teilweise unter spezifischen psychosozialen und gesundheitlichen Belastungen und haben in Deutschland bislang nicht immer einen gleichberechtigten Zugang zu allen Angeboten im Gesundheitswesen. Rein quantitativ wird ein Großteil der gesundheitlichen Basisversorgung von Patienten mit Migrationshintergrund in hausärztlichen Pra-

xis geleistet. Im Zuge des demografischen Wandels wird die Versorgung der wachsenden Zahl an älteren Migranten, die vermehrt unter chronischen Erkrankungen und Multimorbidität leiden, eine zusätzliche Herausforderung für Hausärzte darstellen. Wie gezeigt werden konnte, sind in der allgemeinärztlichen Fachdefinition und Arbeitsweise elementare Grundlagen für eine migrations- und kultursensible Praxis vorhanden. Damit migrations- und kulturbezogene Fragestellungen in der hausärztlichen Patientenversorgung und auf Ebene der Fachgesellschaften zukünftig als bedeutend und ökonomisch relevant erkannt werden, ist eine Sensibilisierung für die Thematik auf mehreren Ebenen erforderlich. Diese umfassen die Forschung und Lehre ebenso wie die Fort- und Weiterbildung von Allgemeinärzten. Nicht zuletzt motiviert ein Blick auf knapper werdende Ressourcen im Gesundheitssystem für dieses Vorhaben. Eine gute gesundheitliche (Basis-)Versorgung von Migranten könnte erheblich zur Kostenentlastung im Gesundheitswesen beitragen, da sie eine teure Über-, Unter- und Fehlversorgung verringert [5]. Anregungen zur Implementierung einer migrations-sensiblen Praxis finden sich bereits vielfach in anderen medizinischen Fachgebieten, Gesundheitsberufen und Versorgungsebenen (zum Beispiel Psychiatrie, stationäre Versorgung). Aus diesen Ansätzen leiten sich folgende Vorschläge für entsprechende Initiativen in der Allgemeinmedizin ab:

- Förderung der migrations- und kulturspezifischen Grundlagen- und Versorgungsforschung, für eine möglichst flächendeckende Datengewinnung zur derzeitigen Versorgungsrealität speziell im Praxissetting,
- Durchsetzung struktureller Maßnahmen wie die forcierte Etablierung kommunaler Dolmetscherdienste oder alternativer Angebote wie Telefondolmetscherdienste,
- Entwicklung validierter, mehrsprachiger Patienteninformationsmaterialien für die Praxis,
- Implementierung migrations- und kulturspezifischer Themen in die allgemeinmedizinische Lehre (zum Beispiel in Lehrbücher und Curricula),

- Förderung des Problembewusstseins und Aufwertung einer transkulturellen Allgemeinmedizin durch die Fachgesellschaften,
- Entwicklung von Leitlinien für eine kulturkompetente hausärztliche Praxis.

Im Frühjahr 2011 fand in Marburg erstmals ein Treffen unter der Prämisse statt, speziell die allgemeinmedizinische Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund zu verbessern. Der Einladung von Herrn Prof. Dr. Donner-Banzhoff, Leiter der Abteilung Allgemeinmedizin der Universität Marburg, und Frau Dr. Andrea Kronenthaler, Leiterin der Arbeitsgruppe für eine migrantensensible Allgemeinmedizin des Lehrbereichs Allgemeinmedizin der Universität Tübingen, folgten Vertreter entsprechender Arbeitsgruppen der allgemeinmedizinischen Abteilungen aus Düsseldorf, Göttingen, Frankfurt a. M., Hamburg, Heidelberg und Witten/Herdecke. Wesentliche Themeninhalte waren die mangelnden migrations- und kulturspezifischen Fragestellungen in der allgemeinmedizinischen Ausbildung und der geringe Anteil an diesbezüglichen epidemiologischen Studien im hausärztlichen Bereich. Zukünftig werden weitere Treffen und Forschungs Kooperationen der beteiligten allgemeinmedizinischen Abteilungen angestrebt. Mögliche zukünftige Forschungsfragen könnten sein:

- Wie ist die derzeitige Inanspruchnahme der hausärztlichen Versorgung aus Sicht der unterschiedlichen Migrantengruppen?
- Wie hoch ist der Anteil an Migranten in hausarztzentrierten Verträgen?
- Führt eine bessere Informationsvermittlung durch Hausärzte zu einer höheren Inanspruchnahme von Präventionsleistungen durch Migranten?
- Wie häufig treten im hausärztlichen Versorgungsbereich Fehlversorgungen (zum Beispiel Medikamenten-überversorgung, unnötige Krankenhauseinweisungen) bei der Behandlung von Patienten mit Migrationshintergrund auf? Finden sie sich bei ihnen häufiger als bei Patienten ohne Migrationshintergrund? Welche Ur-

chen könnten häufigeren Fehlversorgungen zugrunde liegen?

- Wie zufrieden sind Patienten mit Migrationshintergrund mit der hausärztlichen Versorgung in Deutschland?
- Welche Kommunikations- und Interaktionsprobleme bestehen zwischen Hausärzten und Patienten mit Migrationshintergrund? Welche Erwartungen, Vorerfahrungen und vielleicht auch Vorurteile spielen dabei auf beiden Seiten eine Rolle?

Insgesamt erscheint die Förderung einer bewussten Auseinandersetzung mit migrations- und kulturspezifischen Problemstellungen in der Allgemeinmedizin in jedem Falle wünschenswert. Sie bietet die Chance, den ambulanten Sektor mehr als bisher in die notwendige interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems einzubeziehen und dadurch einen wesentlichen Beitrag zu einer gleichberechtigten und qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung für alle Bevölkerungsgruppen zu leisten.

Korrespondenzadresse

J. Bungartz

Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg
Voßstr. 2, Geb. 37, 69115 Heidelberg
jessica.bungartz@med.uni-heidelberg.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Leyen U von der (2011) Vorwort. In: Machleidt W, Heinz A (Hrsg) Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit. Urban & Fischer, München
2. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge und Bundesministerium des Inneren (Hrsg) (2009) Migrationsbericht des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge im Auftrag der Bundesregierung, Berlin
3. Kohls M (2011) Morbidität und Mortalität von Migranten in Deutschland. 9. Forschungsbericht. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hrsg), Berlin
4. Razum O, Zeeb H, Messmann U et al (2008) Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut (Hrsg), Berlin

5. Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2010) 8. Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland. Berlin
6. Beitrag zur Gesundheit der Bevölkerung (Meta-Review/Evidenzreport) (2009) Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Bonn, S 315–318
7. Bergmann E, Kalcklösch M, Tiemann F (2005) Inanspruchnahme des Gesundheitswesens. Erste Ergebnisse des telefonischen Gesundheits surveys 2003. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitschutz 48:1365–1373
8. Heim T (2004) Missverständnisse – nicht nur durch die Sprache. Probleme bei der hausärztlichen Versorgung von Migranten. MMW Fortschr Med 22:4–6
9. Zeeb H, Baune BT, Vollmer W et al (2004) Gesundheitliche Lage und Gesundheitsversorgung von erwachsenen Migranten – ein Survey bei der Schuleingangsuntersuchung. Gesundheitswesen 66:76–84
10. Borde T, Braun T, David M (2003) Gibt es Besonderheiten bei der Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanz durch Migrantinnen und Migranten? In: Borde T, David M (Hrsg) Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Mabuse, Frankfurt a.M., S 43–84
11. Butler J (2009) Gesundheits- und Vorsorgeverhalten von erwachsenen MigrantInnen im Bezirk Berlin-Mitte – eine Befragung im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung. In: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg) Gesundheitliche Versorgung von Personen mit Migrationshintergrund. Dokumentation des Expertenworkshops im Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Berlin. S 67–79
12. Statistisches Bundesamt (Hrsg) (2010) Statistisches Jahrbuch 2010 für die Bundesrepublik Deutschland mit „Internationalen Übersichten“. Wiesbaden, S 31
13. Knipper M, Bilgin Y (2010) Migration und andere Hintergründe. Medizin und ethnisch-kulturelle Vielfalt. Dtsch Arztebl 107:76–79
14. Boral S, Davis M, Borde T (2011) Zur Bedeutung von Diversity-Kompetenz in der Gesundheitsforschung und -versorgung von Frauen am Beispiel älterer Migrantinnen aus der Türkei. In: Keuk E van, Ghaderi C, Joksimovic L, David DM (Hrsg) Diversity. Transkulturelle Kompetenz in klinischen und sozialen Arbeitsfeldern. Kohlhammer, Stuttgart, S 181
15. Borde T (2009) Interkulturelle Öffnung in der Gesundheitsversorgung – was heißt das? In: Niedersächsisches Ministerium für Inneres, Sport und Integration (Hrsg) Interkulturelle Öffnung im Gesundheitssystem. Hannover, S 14–18
16. Razum O (2007) Erklärungsmodelle für den Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit. Int J Public Health 52:75–77
17. Razum O, Geiger I, Zeeb H, Rollenfitsch U (2004) Gesundheitsversorgung von Migranten. Dtsch Arztebl 101:A2282–2287
18. Scheppers E, Dongen E van, Dekker J, Geertzen J (2006) Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review. Fam Pract 23:325–348
19. Mösko M-O, Pradel S, Schulz H (2011) Die Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund in der psychosomatischen Rehabilitation. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitschutz 4:465–474

20. Spallek J, Zeeb H, Razum O (2010) Prevention among immigrants: the example of Germany. *BMC Public Health* 10:92
21. Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg) (2008) Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003–2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin
22. Brzoska P, Voigtländer S, Reutin B et al (2010) Rehabilitative Versorgung und gesundheitsbedingte Frühberentung von Personen mit Migrationshintergrund in Deutschland. Forschungsbericht 402 des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (Hrsg), Berlin
23. Irfayya M, Maxwell AE, Krämer A (2008) Assessing psychological stress among Arab migrant women in the city of Cologne/Germany using the Community Oriented Primary Care (COPC) approach. *J Immigr Minor Health* 10:337–344
24. Bühring P (2010) Psychotherapeutische Versorgung von Migranten: „Ziel ist die interkulturelle Öffnung des Gesundheitswesens“. *Dtsch Arztebl* 11:487–489
25. Koch E, Hartkamp N, Siefen RG, Schouler-Ocak M (2008) Patienten mit Migrationshintergrund in stationär-psychiatrischen Einrichtungen. *Nervenarzt* 79:328–339
26. Machleidt W (2010) Ausgangslage und Leitlinien transkultureller Psychiatrie in Deutschland. In: Hegemann T, Salman R (2010) *Handbuch transkulturelle Psychiatrie*. Psychiatrie Verlag, Bonn
27. Razum O, Zeeb H, Schenk L (2008) Migration und Gesundheit: Ähnliche Krankheiten, unterschiedliche Risiken. *Dtsch Arztebl* 105:2520–2522
28. Priebe S, Sandhu S, Dias S et al (2011) Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC Public Health* 11:187
29. Rosenberg E, Richard C, Lussier M-T, Shuldiner T (2010) The content of talk about health conditions and medications during appointments involving interpreters. *Fam Pract* 0:1–6
30. Ali N, Atkin K, Neal R (2006) The role of culture in the general practice consultation process. *Ethn Health* 11:389–408
31. Wachtler C, Brorsson A, Troein M (2005) Meeting and treating cultural difference in primary care: a qualitative interview study. *Fam Pract* 23:111–115
32. Koch E, Müller J (2007) Migranten leiden lieber somatisch. Psychische Erkrankungen werden oft verneint. *MMW Fortschr Med* 42:30–32
33. Primärversorgungspraxen (PVP) als mögliche Elemente einer patientenzentrierten und populationsbezogenen Versorgung (2009). In: Gutachten 2009 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Bonn, S 497
34. Machleidt W (2002) Die 12 Sonnenberger Leitlinien zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von MigrantInnen in Deutschland. *Nervenarzt* 73:1208–1212
35. WONCA Europe. Die europäische Definition der Allgemeinmedizin/ Hausarztmedizin (2002). http://www.woncaeurope.org/Web%20documents/European%20Definition%20of%20family%20medicine/EUROPAISCHE_DEFINIION%20DER_ALLGEMEINMEDIZIN_HAUSARZTMEDIZIN.pdf
36. Fachdefinition der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM). <http://www.degam.de/index.php?id=303>
37. Althaus F, Hudelson P, Domening D et al (2010) Transkulturelle Kompetenz in der medizinischen Praxis. Bedürfnisse, Mittel, Wirkung. *Schweiz Med Forum* 10:79–84
38. Neher JO, Borkan JM (1990) Why family medicine is always cross-cultural medicine. *Fam Pract* 7:161–162
39. Machleidt W, Assion HJ (2007) Migranten in der Allgemeinpraxis: Gute Arzt-Patient-Beziehung schützt vor Somatisierung. *MMW Fortschr Med* 149:30
40. Kofahl C, Hollmann J, Möller-Bock B (2009) Gesundheitsbezogene Selbsthilfe bei Menschen mit Migrationshintergrund. Chancen, Barrieren, Potenziale. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 52:55–63
41. Kurschner N, Weidmann C, Muters S (2011) Wer wählt den Hausarzt zum „Gatekeeper“? Eine Anwendung des Verhaltensmodells von Andersen zur Beschreibung der Teilnahme an Hausarztmodellen in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 54:221–227
42. Freund T, Szecsenyi J, Ose D (2010) Charakteristika von eingeschriebenen Versicherten eines flächendeckenden Vertrages zur hausarztzentrierten Versorgung. *Med Klin* 105:808–811
43. Lampert T, Ziese T (2005) Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Robert Koch-Institut (Hrsg), Berlin
44. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2008) Migration und demographischer Wandel. 5. Forschungsbericht, Berlin
45. Philips H, Remmen R, De Paepe P et al (2010) Out of hours care: a profile analysis of patients attending the emergency department and the general practitioner on call. *BMC Fam Pract* 11:88
46. Schenk L, Ellert U, Neuhauser H (2007) Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Methodische Aspekte im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 50:590–599
47. Schenk L, Neuhauser H (2005) Methodische Standards für eine migrantensensible Forschung in der Epidemiologie. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 48:279–286
48. Butler J, Albrecht NJ, Ellsasser G et al (2007) Migrationssensible Datenerhebung für die Gesundheitsberichterstattung. Arbeitsgruppe Gesundheitsberichterstattung des Arbeitskreises „Migration und öffentliche Gesundheit“. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 10:1232–1239
49. Laux G, Rosemann T, Körner M et al (2007) Detaillierte Erfassung von Inanspruchnahme, Morbidität, Erkrankungsverläufen und Ergebnissen durch episodenzugehörige Dokumentation in der Hausarztpraxis innerhalb des Projekts CONTENT. *Gesundheitswesen* 69:284–291
50. Knipper M, Seeleman C, Essink-Bot M-L (2010) How should ethnic diversity be represented in medical curricula? A plea for a systematic training in cultural competence. *GMS Z Med Ausbild* 27:Doc 26
51. Knipper M, Akinci A (2005) Wahlfach „Migrantenmedizin“ – interdisziplinäre Ansätze der medizinischen Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund. Das erste reguläre Lehrangebot zum Thema „Medizin und ethnisch-kulturelle Vielfalt“ in Deutschland. *GMS Z Med Ausbild* 22:Doc 215
52. Internet-Auftritt der Universität Hamburg zum Seminar „Interkulturelle Kompetenz für den ärztlichen Berufsalltag“. http://www.uke.de/institute/allgemeinmedizin/index_47035.php?id=-1_-1_-1&as_link=http%3A/www.uke.de/institute/allgemeinmedizin/index_47035.php
53. Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM). <http://leitlinien.degam.de/index.php?id=fertiggestellteleitlinien>
54. Ulusoy N, Gräbel E (2010) Türkische Migranten in Deutschland. Wissens- und Versorgungsdefizite im Bereich häuslicher Pflege – ein Überblick. *Z Gerontol Geriatr* 43:330–338
55. Glodny S, Yilmaz-Aslan Y, Razum O (2011) Storytelling als Intervention. Verbesserung der häuslichen Pflege von türkischen Migranten in Deutschland. *Z Gerontol Geriatr* 44:19–26
56. Kompetenzbasiertes Curriculum Allgemeinmedizin des Kompetenzzentrums Allgemeinmedizin Baden-Württemberg. <http://www.kompetenzzentrum-allgemeinmedizin.de/public/curriculum.shtml>