

# **UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG-EPPENDORF**

Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung  
Prof. Dr. med. Hans-Helmut König, MPH

## **Die Rolle des Migrationsstatus in der Assoziation zwischen Einschränkungen in ADL/IADL und der Inanspruchnahme häuslicher Pflege**

### **Dissertation**

zur Erlangung des Grades einer Doktorin der Medizin  
an der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg

Vorgelegt von:

Henrike Isabelle Wilckens  
geboren am 18.07.1993 in Itzehoe

Hamburg 2024

**Angenommen von der  
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am: 27.08.2024**

**Veröffentlicht mit Genehmigung der  
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.**

**Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende: Prof. Dr. Dr. Thomas Beikler**

**Prüfungsausschuss, zweite/r Gutachter/in: Prof. Dr. André Hajek**

## Inhaltsverzeichnis

<b>Abbildungsverzeichnis</b>	<b>III</b>
<b>Tabellenverzeichnis</b>	<b>III</b>
<b>1. Arbeitshypothese und Fragestellung</b>	<b>1</b>
<b>2. Einleitung</b>	<b>2</b>
2.1. Einwanderungsland Deutschland	3
2.2. Menschen mit Migrationshintergrund: Begriffserklärung	5
2.3. Systematisierung der Determinanten für die Inanspruchnahme informeller und formeller Pflege	8
2.4. Das Pflegesystem in Deutschland	11
2.5. Zusammenhänge zwischen dem Migrationsstatus und Gesundheit sowie medizinischer und pflegerischer Versorgung	13
2.5.1. Epidemiologische Erklärungsmodelle der gesundheitlichen Lage von Menschen mit Migrationshintergrund	13
2.5.1.1. Migration, sozioökonomischer Status und Gesundheit	17
2.5.1.2. Zugangsbarrieren und Diskriminierung	19
2.5.2. Erkenntnisse zum Gesundheitszustand älterer Menschen mit Migrationshintergrund	21
2.5.3. Pflegerische Versorgung und Inanspruchnahme von Menschen mit Migrationshintergrund	24
2.5.1. Interkulturelle Öffnung in der Pflege	27
2.6. Abgeleitete Arbeitshypothesen	28
<b>3. Material und Methoden</b>	<b>30</b>
3.1. Beschreibung des Datensatzes	30
3.2. Die abhängigen Variablen: informelle und formelle Pflege	31
3.3. Die unabhängigen Variablen: ADL und IADL	32
3.4. Moderation durch den Migrationsstatus	32
3.5. Potenzielle Störfaktoren	32
3.6. Statistische Auswertung	33
<b>4. Ergebnisse</b>	<b>35</b>
4.1. Charakterisierung der Stichprobe	35
4.1.1. Soziodemografische Faktoren	35
4.1.2. Gesundheitsbezogene Faktoren	36
4.1.3. IADL/ADL	37
4.1.4. Formelle und informelle Pflege	37
4.2. Ergänzende Merkmale der Stichprobengruppe mit Migrationshintergrund	41

4.3. Regressionsanalysen	43
4.3.1. Formelle Pflege	43
4.3.2. Informelle Pflege	45
<b>5. Diskussion</b>	<b>47</b>
5.1. Wichtigste Ergebnisse und deren Einordnung vor dem Hintergrund bisheriger Forschung	47
5.1.1. Relevanz migrationssensibler Forschungsdesigns	49
5.1.2. Theoretische Ansätze migrationssensibler Forschung	51
5.1.3. Herausforderungen und Lösungsansätze der praktischen Umsetzung diversitätssensibler Forschungsprozesse	52
5.1.4. Umsetzung migrationssensibler Praktiken in der vorliegenden Arbeit	54
5.2. Stärken und Limitationen	55
5.3. Fazit und Ausblick	57
<b>6. Zusammenfassung</b>	<b>59</b>
<b>7. Abstract</b>	<b>59</b>
<b>8. Literaturverzeichnis</b>	<b>60</b>
<b>9. Danksagung</b>	<b>71</b>
<b>10. Lebenslauf</b>	<b>72</b>
<b>11. Eidesstattliche Erklärung</b>	<b>73</b>
<b>12. Anhang</b>	<b>74</b>

## Abbildungsverzeichnis

<b>Abb. 1:</b> Verhaltensmodell der Inanspruchnahme gesundheitsbezogener Versorgung von Ronald M. Andersen (Andersen et al., 2013) .....	9
<b>Abb. 2:</b> Lebenslaufmodell zu Migration und Gesundheit: Wirkung verschiedener Expositionen. (Spallek et al., 2019) .....	15
<b>Abb. 3:</b> Comprehensive Model of Migration, Age and Health (Schenk & Pepler, 2020).....	16
<b>Abb. 4:</b> Schaubild der Moderation des Migrationsstatus auf den Zusammenhang zwischen Einschränkungen in ADL/IADL und der Inanspruchnahme von formeller oder informeller Pflege .....	28
<b>Abb. 5:</b> Migrationszeitpunkt der befragten Migrant*innen mit eigener Migrationserfahrung .....	41

## Tabellenverzeichnis

<b>Tabelle 1:</b> Bivariate Statistik 1 – Unterteilt in Gesamt, kein Migrationshintergrund und Migrationshintergrund. Kategoriale Variablen dargestellt in absoluten und relativen Häufigkeiten, verglichen mit dem Chi-Quadrat-Test. Metrische Variablen dargestellt mit dem arithmetischen Mittelwert und der Standardabweichung, verglichen mit dem t-Test. Signifikanzniveau $p < 0,05$ . .....	38
<b>Tabelle 2:</b> Die moderierende Rolle des Migrationsstatus in der Assoziation zwischen Einschränkungen in ADL/IADL und formeller Pflege. Ergebnisse gepoolter, multipler logistischer Regressionen mit Interaktionsanalyse. ....	44
<b>Tabelle 3:</b> Die moderierende Rolle des Migrationsstatus in der Assoziation zwischen Einschränkungen in ADL/IADL und informeller Pflege. Ergebnisse gepoolter, multipler logistischer Regressionen mit Interaktionsanalyse. ....	46
<b>Tabelle A1:</b> Deskriptive Statistik 2 – Gesamt, Kein Migrationshintergrund, Migrant*innen (erste Generation) und ihre Nachkommen (zweite Generation) .....	74
<b>Tabelle A2:</b> Geburtsländer der Personen mit eigener Migrationserfahrung (nach absteigender Häufigkeit) .....	76
<b>Tabelle A3:</b> Geburtsländer der Eltern der zweiten Generation mit Migrationshintergrund (alphabetisch).....	77
<b>Tabelle A4:</b> Die moderierende Rolle des Migrationsstatus in der Assoziation zwischen Einschränkungen in ADL/IADL und formeller Pflege. Ergebnisse aus nicht adjustierten, gepoolten, multiplen logistischen Regressionen mit Interaktionsanalyse. ....	78
<b>Tabelle A5:</b> Die moderierende Rolle des Migrationsstatus (differenziert) in der Assoziation zwischen Einschränkungen in ADL/IADL und formeller Pflege. Ergebnisse aus gepoolten, multiplen logistischen Regressionen mit Interaktionsanalyse. ....	79
<b>Tabelle A6:</b> Die moderierende Rolle des Migrationsstatus (differenziert) in der Assoziation zwischen Einschränkungen in ADL/IADL und formeller persönlicher Pflege. Ergebnisse aus gepoolten, multiplen logistischen Regressionen mit Interaktionsanalyse. ....	80

<b>Tabelle A7:</b> Die moderierende Rolle des Migrationsstatus (differenziert) in der Assoziation zwischen Einschränkungen in ADL/IADL und formeller häuslicher Pflege. Ergebnisse aus gepoolten, multiplen logistischen Regressionen mit Interaktionsanalyse. ....	81
<b>Tabelle A8:</b> Die moderierende Rolle des Migrationsstatus (differenziert) in der Assoziation zwischen Einschränkungen in ADL/IADL und dem Erhalt von Essen auf Rädern. Ergebnisse aus gepoolten, multiplen logistischen Regressionen mit Interaktionsanalyse. ....	82
<b>Tabelle A9:</b> Die moderierende Rolle des Migrationsstatus in der Assoziation zwischen Einschränkungen in ADL/IADL und informeller Pflege. Ergebnisse aus nicht adjustierten, gepoolten, multiplen logistischen Regressionen mit Interaktionsanalyse. ....	83
<b>Tabelle A10:</b> Die moderierende Rolle des Migrationsstatus (differenziert) in der Assoziation zwischen ADL/IADL und informeller Pflege. Ergebnisse aus gepoolten, multiplen logistischen Regressionen mit Interaktionsanalyse. ....	84

## 1. Arbeitshypothese und Fragestellung

Zielsetzung dieser Arbeit ist die Untersuchung einer potenziellen Moderation des Migrationsstatus in der Assoziation zwischen funktionellen Beeinträchtigungen und der Inanspruchnahme informeller und formeller häuslicher Pflege in Deutschland. Hierzu werden die Daten der 5. und 6. Welle des bevölkerungsrepräsentativen *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* (SHARE) ausgewertet. Funktionelle Beeinträchtigungen werden anhand von Einschränkungen in den basalen und instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (*activities of daily living* (ADL) und *instrumental activities of daily living* (IADL)) gemessen und der Fokus auf die häusliche Pflegeinanspruchnahme gelegt, da diese den größten Anteil der Pflegeversorgung ausmacht. Es wird die Hypothese aufgestellt, dass sich die Inanspruchnahme von formeller und informeller Pflege in Abhängigkeit der funktionellen Beeinträchtigungen zwischen Menschen mit Migrationshintergrund (MH) und der nicht migrierten Bevölkerung wie folgt unterscheidet:

1. Es wird angenommen, dass der Zusammenhang zwischen Einschränkungen in ADL/IADL und der Inanspruchnahme informeller Pflege bei Personen mit Migrationshintergrund stärker ausgeprägt ist.
2. Es wird angenommen, dass der Zusammenhang zwischen Einschränkungen in ADL/IADL und der Inanspruchnahme formeller Pflege bei Personen mit Migrationshintergrund weniger stark ausgeprägt ist.

Dabei können Unterschiede in Bezug auf das Potential, informelle Pflege zu erhalten, sowie hinsichtlich der Informiertheit über und der Erfahrung mit formeller Pflege die moderierende Rolle des Migrationsstatus erklären. Aufgrund der begrenzten Anzahl repräsentativer Studien zu diesem Thema soll die Dissertation zu einem besseren Verständnis der Pflegesituation älterer Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland beitragen. Migrationssensible und diversitätsorientierte Forschung gewinnt in Anbetracht der zunehmenden Pluralität der Gesellschaft an Bedeutung. Zudem wird die Gruppe der älteren Personen mit Migrationshintergrund im Rahmen der demografischen Entwicklung stark wachsen, womit ein zunehmender Bedarf an Pflegeversorgung einhergeht und die wissenschaftliche Betrachtung der Versorgungssituation von großer Relevanz ist. Die Ergebnisse der Studie wurden zu Teilen im Februar 2022 in der Fachzeitschrift *Archives of Gerontology and Geriatrics* in alleiniger Erstautorenschaft veröffentlicht (Wilckens et al., 2022).

## 2. Einleitung

Einhergehend mit der demografischen Entwicklung einer stetig älter werdenden Bevölkerung in Deutschland wächst die Zahl der pflegebedürftigen Personen, sie betrug im Jahr 2021 laut des Statistischen Bundesamtes 4,96 Mio. Menschen (im Vergleich zu 2,5 Mio. im Jahr 2011) (Destatis, 2020, 2022b). Von diesen wurden 16 % stationär in Pflegeheimen und 84 % in der häuslichen Umgebung versorgt. Die Pflege in Privathaushalten wurden zu 51,5 % rein informell, also allein durch Angehörige oder befreundete Personen ohne professionelle Unterstützung durchgeführt (Destatis, 2023a). In der amtlichen Pflegestatistik wird keine Differenzierung eines möglichen Migrationshintergrundes vorgenommen, sodass regelmäßig erhobene bevölkerungsrepräsentative Zahlen zum Anteil dieser Bevölkerungsgruppe in der Pflegeversorgung fehlen. Im Jahr 2016 wurde im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums im Rahmen der Studie zur „Wirkung des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG) und des ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG I)“ repräsentative Zahlen erhoben, nach denen etwa 10 % der Pflegebedürftigen einen Migrationshintergrund aufwiesen (Bundesgesundheitsministerium, 2017). Dieser Anteil wird im Rahmen der demografischen Entwicklung voraussichtlich wachsen. Im Jahr 2021 hatten 15,5 % der Gesamtbevölkerung im Alter über 55 Jahren einen Migrationshintergrund, im Vergleich zu 11 % im Jahr 2012 (Destatis, 2013, 2022a). Für das Jahr 2021 entspricht dies einem Anteil von 20,7 % aller Personen mit Migrationshintergrund, wobei 13,6 % der Altersklasse zwischen 55 und 70 Jahren und nur 7 % der Altersklasse über 70 Jahren angehörten (Destatis, 2022a).

Die zu erwartende Zunahme der Anzahl von Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund unterstreicht die wachsende Bedeutung der spezifischen Betrachtung und Repräsentation dieser heterogenen Bevölkerungsgruppe in Studien. Dazu zählt u.a. die Untersuchung des Zugangs und der Nutzung von Pflegeversorgung, um frühzeitig mögliche Defizite aufzudecken und diesen entgegenwirken zu können.

Um die Rolle des Migrationsstatus in der Assoziation zwischen Beeinträchtigungen in ADL/IADL und der Inanspruchnahme von informeller und formeller Pflege näher zu beleuchten, sollen zunächst thematische Hintergründe erläutert werden. Hierzu wird Deutschland als Einwanderungsland beschrieben und der Begriff des Migrationshintergrundes kritisch analysiert. Zudem wird auf bekannte



Determinanten für die Inanspruchnahme formeller und informeller Pflege eingegangen, das deutsche Pflegesystem vorgestellt und epidemiologische Erklärungsmodelle für den Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit dargelegt. Schließlich werden Erkenntnisse zum Gesundheitszustand sowie der Pflegeversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund erläutert und das Konzept der interkulturellen Öffnung im Gesundheitswesen geschildert.

## **2.1. Einwanderungsland Deutschland**

Im Laufe des 20. Jahrhunderts entwickelte sich die Bundesrepublik Deutschland (BRD) zu einem Einwanderungsland, Menschen mit Migrationshintergrund sind zu einem integralen Bestandteil der Gesellschaft geworden und die thematische Auseinandersetzung ist Gegenstand gesellschaftlicher und politischer Realität. Laut dem Mikrozensus des Statistischen Bundesamtes lag der Anteil von Personen mit Migrationshintergrund im Jahr 2021 bei 27,2 %. Von diesen waren 17,0 % selbst zugewandert und 10,2 % Nachkommen von Migrant\*innen. 14,2 % wiesen die deutsche Staatsangehörigkeit auf und 12,9 % zählten mit einer anderen Staatsangehörigkeit zu den Ausländer\*innen (Destatis, 2022a). Die zehn häufigsten Herkunftsländer bildeten in absteigender Reihenfolge die Türkei (12.3 %), Polen (9.8 %), Russland (5.8 %), Kasachstan (5.6 %), Syrien (4.7 %), Rumänien (4.5 %), Italien (4.1 %), Bosnien und Herzegowina (2.2 %), Kosovo (2.15 %) und Griechenland (2.0 %) (BiB, 2023).

An dieser Stelle sollen einige maßgebende Migrationsbewegungen ab Mitte des 20. Jahrhunderts skizziert werden, um die Einwanderungsgeschichte (älterer) Menschen mit Migrationshintergrund strukturell einordnen zu können.

Nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges war die Zuwanderung nach Deutschland zunächst durch die Fluchtbewegungen von Ost nach West geprägt (Panagiotidis, 2021). Diese Geflüchteten bzw. Vertriebenen werden nach der Definition des Statistischen Bundesamtes nicht zu den Personen mit Migrationshintergrund gezählt (Destatis, 2023c). In die Kategorie fallen hingegen die sogenannten Aussiedler\*innen (1950 – 1992) bzw. Spätaussiedler\*innen (ab 1993), die als deutsche Volkszugehörige aus den (ehemaligen) Ostblockstaaten bzw. (ehemaligen) sozialistischen Staaten nach Deutschland migriert sind und als solche eine gesonderte Rechtskategorie im Bundesvertriebenengesetz (im Langtitel Gesetz über die Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge (BVFG)) von

1953 zugesprochen bekommen haben (Panagiotidis, 2015). Die Zuwanderung erfolgte phasenweise zunächst v.a. aus Polen, Rumänien sowie den ehemaligen Ländern Jugoslawien und der Tschechoslowakei. Zwischen 1987 und 1992 fand aufgrund liberalisierter Ausreisebedingungen und der Auflösung der Sowjetunion die stärkste Einwanderung von Aussiedler\*innen statt. Diese Entwicklung wurde durch die ab 1993 gültige Reform des BVFG begrenzt, sodass sich nachfolgend die Einwanderung der mit der Reform als Spätaussiedler\*innen bezeichneten Personen stabilisierte und im Verlauf abnahm (Panagiotidis, 2015).

Ein weiterer großer Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund bilden die sogenannten Gastarbeiter\*innen (und ihre Familien bzw. Nachkommen), die zwischen 1955 und 1973 durch die Anwerbeabkommen u.a. mit Italien, Spanien, Griechenland und der Türkei in die BRD eingewandert sind (Schenk et al., 2020). Analog bezog die Deutsche Demokratische Republik (DDR) einen Teil ihrer Arbeitskräfte aus anderen sozialistischen Staaten des Ostens oder globalen Südens, u.a. aus Ungarn, Polen, Algerien, Kuba, Mosambik und Vietnam (Panagiotidis, 2021; Schenk et al., 2020).

Ende der 80er Jahre bis Anfang der 90er Jahre verstärkte sich die Einwanderung in die BRD durch die Zunahme der Migration der (Spät-)Aussiedler\*innen, der postsowjetischen Migrant\*innen, der Bürgerkriegsflüchtlinge aus dem ehemaligen Jugoslawien sowie einer parallel wachsenden Zuwanderung von außereuropäischen Asylbewerber\*innen (Panagiotidis, 2021). Dieser Entwicklung und den zeitgleich vermehrten ausländerfeindlichen und rassistischen Gewalttaten wurde mit einer Restriktion der Migrationspolitik begegnet und die Zuwanderungsrechte u.a. durch die Reform des BVFG und einer Neuregelung des Asylverfahrensrechts, dem sogenannten Asylkompromiss, im Jahr 1993 stark eingeschränkt (Cremer, 2013; Panagiotidis, 2015).

Seither war die Einwanderung nach Deutschland zum einen durch Migrationsbewegungen innerhalb der Europäischen Union geprägt, die sich im Rahmen der EU-Osterweiterung 2004 sowie des Freizügigkeitsgesetzes für Unionsbürger\*innen 2005 vermehrten (Panagiotidis, 2021). Zum anderen stieg die Anzahl von Schutzsuchenden durch Flüchtlingsbewegungen aus Kriegs- und Krisengebieten, zuletzt v.a. aus Afghanistan, Irak, Syrien und der Ukraine (BAMF, 2023; BMI, 2023; Panagiotidis, 2021).

Insgesamt zeigt sich durch die Vielzahl an Herkunftsländern, Migrationszeitpunkten und -motiven wie heterogen sich die Bevölkerungsgruppe mit Migrationshintergrund zusammensetzt. Ein politisches und gesellschaftliches Selbstverständnis als Einwanderungsland hat sich erst spät etabliert, so wurde erstmals im Jahr 2001 durch die von der Bundesregierung berufene, unabhängige Kommission „Zuwanderung“ unter Rita Süßmuth offiziell anerkannt, dass Deutschland ein Einwanderungsland sei (Unabhängige Kommission Bundesinnenministerium, 2001). Damit einhergehend begann das Bewusstsein über die gesellschaftspolitische Verantwortung für die Bevölkerungsgruppe mit Migrationshintergrund zu wachsen und Themen wie Integration, Antidiskriminierung und gleichberechtigte Teilhabechancen wurde mehr Bedeutung zugemessen. Die Förderung der Integration wurde im Zuwanderungsgesetz 2005 als staatliche Aufgabe festgeschrieben, ist aber letztlich eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung (Hanewinkel, 2021). Migrationspolitische Ansichten und Maßnahmen werden sehr kontrovers diskutiert und können an dieser Stelle nicht ausführlich erörtert werden. Zu betonen ist, dass auch die medizinische und pflegerische Versorgungssituation älterer Personen mit Migrationshintergrund nicht zuletzt von den sozialpolitischen, institutionellen und individuellen Einstellungen zu Migration beeinflusst wird.

## **2.2. Menschen mit Migrationshintergrund: Begriffserklärung**

Migration ist ein nicht einheitlich definierter Begriff, der im Forschungskontext meist als Bewegung von Menschen über nationale Grenzen hinweg mit dem Ziel oder dem Resultat eines längerfristigen Aufenthaltes in einem anderen Land verstanden wird (Panagiotidis, 2021). Die in dieser Arbeit definierten statistischen Kategorien „kein Migrationshintergrund“ und „Migrationshintergrund“ sowie die Unterteilung letzterer in 1. und 2. Generation sind in Anlehnung an die Definition des Statistischen Bundesamtes erfolgt: „Eine Person hat einen Migrationshintergrund, wenn sie selbst oder mindestens ein Elternteil nicht mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren wurde. Im Einzelnen umfasst diese Definition zugewanderte und nicht zugewanderte Ausländer\*innen, zugewanderte und nicht zugewanderte Eingebürgerte, (Spät-) Aussiedler\*innen sowie die als Deutsche geborenen Nachkommen dieser Gruppen. Die Vertriebenen des Zweiten Weltkrieges haben gemäß dem BVFG einen gesonderten Status; sie und ihre

Nachkommen zählen daher nicht zur Bevölkerung mit Migrationshintergrund“ (Destatis, 2023b).

Die Kategorie des Migrationshintergrundes wird im Mikrozensus des Statistischen Bundesamtes seit 2005 berücksichtigt, zuvor wurde nur anhand der Staatsbürgerschaft zwischen Ausländer\*innen und Deutschen differenziert. Die Einführung zielte darauf ab, Zugewanderte und ihre Nachkommen sowie die Entwicklungen und Auswirkungen von Migration statistisch abbilden zu können (Kluge & Rau, 2021). Der Begriff findet auch in zahlreichen Studien außerhalb des Mikrozensus Anwendung, wobei die Operationalisierung nicht zwingend einheitlich erfolgt (Kajikhina et al., 2023). Auch international besteht keine Übereinkunft über eine Definition des Migrationshintergrundes, wodurch vergleichbare Studien schwierig zu realisieren sind (Supik, 2017). Die Kategorisierung und der Begriff des Migrationshintergrundes werden trotz des Zugewinns an Daten über die betroffene Bevölkerungsgruppe zunehmend u.a. von Expert\*innen migrationssensibler Forschung, von migrantischen Selbstorganisationen und politischen Akteuren kritisiert (Fachkommission Bundesinnenministerium, 2021; Kajikhina et al., 2023; Neue deutsche Medienmacher\*innen, 2022). Diese Kritik beruht auf unterschiedlichen Gründen, von denen einige exemplarisch genannt werden sollen. Ein Hauptkritikpunkt ist, dass die Kategorie des Migrationshintergrundes der Heterogenität der Eingewanderten und ihrer Nachkommen nicht gerecht wird und keine konkreten Rückschlüsse auf die unterschiedlichen Lebensrealitäten zulässt (Kajikhina et al., 2023). Zudem erfasst die gewählte Definition des Migrationshintergrundes nicht in jedem Fall eine Migrationserfahrung oder deren mögliche Auswirkungen (Petschel & Will, 2020). So haben beispielsweise im Ausland geborene Deutsche mit deutschen Eltern keinen Migrationshintergrund, auch wenn sie im Ausland leben und im Laufe des Lebens nach Deutschland migrieren. Außerdem können Personen, die aufgrund einer länger zurückliegenden Migrationsgeschichte formell keinen Migrationshintergrund haben, durch äußere Erscheinung rassifiziert werden und Erlebnisse rassistischer und struktureller Diskriminierung erleben und so Auswirkungen von Migration erfahren. Auf der anderen Seite kann die Fremdzuschreibung eines Migrationshintergrundes für Personen, die in Deutschland geboren sind und keine Verbindung zur Migrationserfahrung der Vorfahren (z.B. Großelterngeneration eingewandert, aber zunächst als Ausländer\*innen registriert), als unpassend und stigmatisierend

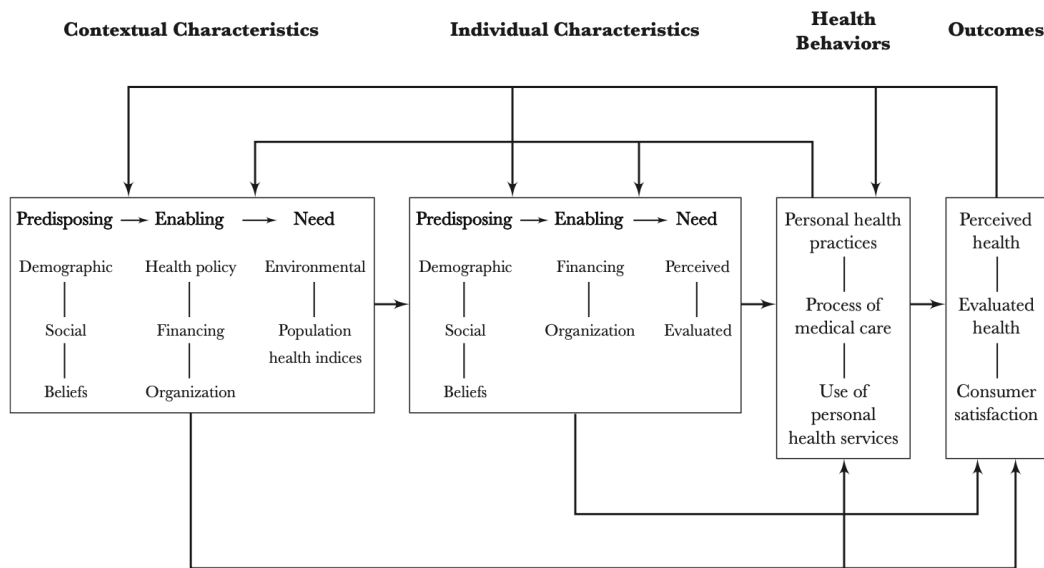
empfundener werden (Ahyoud, 2018; Kajikhina et al., 2023). Ein weiterer Kritikpunkt ist, dass der Begriff in der öffentlichen Debatte häufig negativ konnotiert verwendet wird und die Gegenüberstellung der Bevölkerungsgruppe mit dem von außen zugeschriebenen Status des Migrationshintergrundes gegen die Referenzgruppe ohne Migrationshintergrund die Bildung von Stereotypen und die Stigmatisierung der ersteren als fremd provozieren kann (Petschel & Will, 2020). Diese Abgrenzungspraxis wird auch als *Othering* (deutsch „Ver-Anderung“) bezeichnet und verdeutlicht die Verteilung der Definitionsmacht, bei der eine vermeintliche Mehrheitsgesellschaft eine Gruppe durch das Konzept des Migrationshintergrundes von sich abgrenzt (Foroutan, 2019). Dies wird auch dadurch unterstrichen, dass die Zuschreibung des Migrationshintergrundes häufig nicht der Selbstwahrnehmung und -bezeichnung entspricht (Nesterko & Glaesmer, 2019). Akbulut et. al. (2022; 2020) beschreiben das Konzept des *Othering* in der Public Health Forschung und zeigen, dass es sich auf einer individuellen, institutionellen und kontextbasierten Ebene auf die Gesundheit auswirken kann.

In Anbetracht der Kritik an dem Konzept des Migrationshintergrundes schlägt die Fachkommission der Bundesregierung zu den Rahmenbedingungen der Integrationsfähigkeit als neue in der amtlichen Statistik zu verwendende Kategorie „Eingewanderte und ihre (direkte) Nachkommen“ vor, die Personen einschließt, die entweder selbst oder deren Eltern beide eine eigene Einwanderungsgeschichte (seit 1950) haben (unabhängig von der Staatsangehörigkeit, die ebenfalls abgefragt werden soll) (Fachkommission Bundesinnenministerium, 2021). Vorteile sind u.a. eine erleichterte Erhebung in quantitativen Befragungen sowie eine Vergleichbarkeit mit den häufig international verwendeten Kategorien *migrants* und *foreign-born* (Fachkommission Bundesinnenministerium, 2021). Eine Berücksichtigung der Heterogenität, ein Vermeiden einer Fremdzuschreibung und eines möglichen *Othering* kann durch diese Umschreibung allerdings nicht erfolgen. In der sozialepidemiologischen Forschung hat sich noch keine neue Begrifflichkeit einheitlich durchgesetzt und es dominiert das Bestreben, eine Vereinheitlichung zu vermeiden und die Heterogenität der Bevölkerungsgruppe in jeder Studie differenziert darzustellen (Samkange-Zeeb & Mlinaric, 2021). Die Umsetzung der angestrebten heterogenen Betrachtung stellt Forschungsprojekte vor besondere Herausforderungen, die in einem Unterkapitel der Diskussion gemeinsam mit möglichen Lösungsansätzen näher erläutert werden.

In dieser Arbeit wird der Begriff Person oder Mensch mit Migrationshintergrund i.S. des statistischen Bundesamtes verwendet und mit der Bezeichnung Person oder Mensch mit Migrationsgeschichte gleichartig verstanden. Migrant\*innen, Eingewanderte und Zugewanderte stellen dabei Personen mit eigener Migrationserfahrung dar. Menschen ohne eigene Migrationserfahrung werden als ihre Nachkommen oder als zweite Generation bezeichnet. Die Berücksichtigung weiterer migrationsspezifischer Determinanten, zu denen nach Kajikhina et. al. (2023) mindestens das Geburtsland (bzw. das der Eltern), die Staatsangehörigkeit(en), das Jahr der Einreise, der Aufenthaltsstatus sowie Sprachkenntnisse zählen, wird als erstrebenswert erachtet, ist aber aufgrund der Studienpopulation und der dadurch resultierenden statistischen Machbarkeit der Analysen in dieser Arbeit nur teilweise möglich.

### **2.3. Systematisierung der Determinanten für die Inanspruchnahme informeller und formeller Pflege**

Um die Rolle des Migrationsstatus in der Assoziation zwischen Beeinträchtigungen in ADL/IADL und der Nutzung von Pflegeangeboten zu untersuchen, kann es hilfreich sein, die Determinanten für die Inanspruchnahme von formeller oder informeller Pflege anhand des Verhaltensmodells der Inanspruchnahme gesundheitsbezogener Versorgung von Ronald Max Andersen zu strukturieren (Andersen, 2008; Andersen et al., 2013). Wie in Abbildung 1 ersichtlich, berücksichtigt das Modell das persönliche Gesundheitsverhalten sowie Determinanten auf kontextbasierter und individueller Ebene, jeweils bestehend aus prädisponierenden Faktoren, ermöglichenden Faktoren und Bedarfsfaktoren (Andersen et al., 2013). Das Modell wurde häufig angewandt, um die Determinanten für die Inanspruchnahme der Gesundheitsleistungen von Krankenhäusern oder Ärzt\*innen zu erfassen, ist aber auch im Bereich der häuslichen Pflege anwendbar (Steinbeisser et al., 2018; Travers et al., 2020). Es wäre erstrebenswert, die Inanspruchnahme von formeller und informeller Pflege unter Berücksichtigung aller Faktoren dieses Modells zu untersuchen (Babitsch et al., 2012). Dieses Vorhaben überschreitet allerdings den Rahmen der vorliegenden Arbeit, sodass im Folgenden das Modell als theoretische Grundlage dient und wichtige Determinanten für die Inanspruchnahme von Pflege anhand dessen kategorisiert werden.



**Abb. 1:** Verhaltensmodell der Inanspruchnahme gesundheitsbezogener Versorgung von Ronald M. Andersen (Andersen et al., 2013)

Auf individueller Ebene zählen zu den prädisponierenden Faktoren demografische und soziale Merkmale wie Alter, Geschlecht und Bildung; zu den ermöglichenden Faktoren Merkmale, die eine Inanspruchnahme behindern oder unterstützen, z. B. das Einkommen, ein persönlicher Versicherungsschutz, die Wohnsituation und die körperlichen Fähigkeiten eines Partners oder der Angehörigen; und zu den Bedürfnisfaktoren die physische und psychische Gesundheit und der funktionale Status (Andersen et al., 2013; Von Lengerke et al., 2014).

Als wichtige individuelle prädisponierende Determinanten für die Inanspruchnahme von informeller oder formeller Pflege wurden ein höheres Alter (de Meijer et al., 2009; Steinbeisser et al., 2018; Wong et al., 2010) und das weibliche Geschlecht (Steinbeisser et al., 2018) identifiziert. Wichtige individuelle Bedarfsfaktoren sind Einschränkungen aufgrund chronischer Erkrankungen (Zhang & Sun, 2020), kognitive Beeinträchtigungen (Bokberg et al., 2018) oder Multimorbidität (Vorliegen von zwei oder mehr chronischen Erkrankungen) (de Meijer et al., 2009; Halonen et al., 2019; Steinbeisser et al., 2018).

Die spezifische Art der Pflege, die eine Person erhält, hängt von verschiedenen Faktoren ab. Die prädisponierenden Faktoren höheres Alter und weibliches Geschlecht sowie der ermöglichende Faktor höheres Einkommen und der Bedarfsfaktor schlechterer Gesundheitszustand sind positiv mit der Wahrscheinlichkeit verbunden, formelle Pflege zu erhalten (Carvalho et al., 2019;

Duell et al., 2019; Steinbeisser et al., 2018; Tsuchiya-Ito et al., 2020). Die Inanspruchnahme von informeller Pflege hängt in erster Linie von begünstigenden Faktoren ab. Sie wird umso häufiger genutzt, je größer der Haushalt ist, je besser die körperlichen Fähigkeiten des Partners sind und je mehr Kinder in der Nähe wohnen (Bakx et al., 2015; Steinbeisser et al., 2018; Wong et al., 2010).

Die unmittelbarste und häufigste Ursache für die Inanspruchnahme häuslicher formeller oder informeller Pflege sind Beeinträchtigungen des Funktionsniveaus einer Person, die zu den Bedarfsfaktoren des Verhaltensmodells von Andersen gehören (Dupraz et al., 2020). Der Funktionsstatus kann anhand der Anzahl von Einschränkungen bei den grundlegenden Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL), wie Essen, Baden und Anziehen, sowie bei den instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL), wie Einkaufen, Hausarbeit und Medikamentenverwaltung, quantifiziert werden (Dale et al., 2008; Katz et al., 1963; Sonn, 1996). Aufgrund der Relevanz dieser Bedarfsfaktoren wurde die Assoziation zwischen Einschränkungen in ADL/IADL und der Inanspruchnahme von informeller oder formeller Pflege gewählt, um eine mögliche Moderation des Migrationsstatus zu untersuchen.

Die kontextbasierte Ebene des Verhaltensmodells von Andersen berücksichtigt rechtliche, politische und gesellschaftliche Gegebenheiten. Zu den kontextbasierten prädisponierenden Faktoren zählen beispielsweise die demografische Situation und das Gesundheitsbewusstsein einer Gesellschaft; zu den ermöglichenden Faktoren die Struktur des Gesundheitswesens und gesundheitsbezogene sozialpolitische Entscheidungen; und zu den Bedarfsfaktoren umweltassoziierte Gesundheitsrisiken und epidemiologische Statistiken zu Morbidität und Mortalität innerhalb einer Gesellschaft (Andersen et al., 2013).

Im Folgenden wird die grundlegende Struktur des Pflegesystems als wichtiger kontextbasierter Einflussfaktor auf die Inanspruchnahme formeller und informeller häuslicher Pflege dargestellt. Im Anschluss wird die Rolle des Migrationsstatus beleuchtet, der sowohl auf individueller als auch auf kontextbasierter Ebene Einfluss auf die Gesundheit und medizinische sowie pflegerische Versorgung einer Person nehmen kann.



## 2.4. Das Pflegesystem in Deutschland

In Deutschland sind alle gesetzlich krankenversicherten Personen über die soziale Pflegeversicherung abgesichert, deren rechtliche Grundlagen im Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) festgehalten werden. Privat krankenversicherte Personen werden verpflichtet, eine private Pflegeversicherung abzuschließen. Unter Berücksichtigung der allgemeinen Pflicht zur Krankenversicherung sind demnach regulär in Deutschland lebende Personen pflegeversichert, somit i.d.R. auch ältere Menschen mit Migrationshintergrund. Ausnahmen stellen Asylbewerber\*innen und Menschen ohne regulären Aufenthaltsstatus dar. Erstere haben nach dem Asylbewerberleistungsgesetz Anrecht auf soziale Hilfe zur Pflege (§§ 2, 6 AsylbLG), letztere haben keinen Anspruch auf Pflegeleistungen.

Die Pflegeversicherung ist ein Teilleistungssystem, sodass sich zu den von der Versicherung übernommenen Kosten immer ein nicht unerheblicher Eigenanteil ergibt (Rothgang, 2023). Laut Pflegereport 2021 lag dieser im Jahr 2020 bei 41 % für stationäre und bei 37 % für ambulante Pflege (Jacobs et al., 2021). Eine private Zusatzversicherung, die den Eigenanteil ganz oder teilweise übernimmt, wird staatlich subventioniert, ist aber keine Verpflichtung. Können die Kosten nicht (mehr) selbst oder von unterhaltspflichtigen Familienangehörigen gedeckt werden, haben Pflegebedürftige einen Anspruch auf Hilfe vom Sozialhilfeträger (Bundesgesundheitsministerium, 2023).

Die Pflegebedürftigkeit einer Person wird vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen oder anderen unabhängigen Gutachter\*innen beurteilt und der jeweiligen Person ein Pflegegrad zugeteilt, der die Einschränkung der Selbstständigkeit und Funktionsfähigkeit unabhängig von der Art der Beeinträchtigung (körperlich, geistig, psychisch) in fünf Abstufungen abbildet und anhand dessen der Umfang der Leistungen der Pflegeversicherung bemessen wird (Bundesgesundheitsministerium, 2023).

Die soziale Pflegeversicherung sieht unterschiedliche bedarfsorientierte Pflegekonzepte vor: ambulante Pflege, die aus Pflegegeld (für informelle Pflege durch Angehörige, Freunde oder Ehrenamtliche) oder Pflegesachleistungen (professionelle Hilfe) oder einer Kombination der beiden Formen besteht, sowie Verhinderungspflege, Kurzzeitpflege, teilstationäre und stationäre Pflege. Zudem gibt es erweiterte Leistungen und Zuschüsse, beispielsweise für Pflegehilfsmittel oder für die pflegegerechte Anpassung von Wohnräumen. Die Versicherung soll

nach § 3 SGB XI „mit ihren Leistungen vorrangig die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn unterstützen, damit die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können“. Zudem gehen „Leistungen der teilstationären Pflege und der Kurzzeitpflege [...] den Leistungen der vollstationären Pflege vor“ (§ 3 SGB XI). Dieser Vorranggrundsatz gilt dabei nicht verbindlich, sondern ist als eine Leitlinie zu verstehen (von Mielecki, 2017). Er wird zum einen durch das Normalisierungsprinzip begründet, wonach die pflegebedürftigen Personen ein so normales Leben wie möglich führen können sollen. Zum anderen wird die Finanzierbarkeit der Pflegeversicherung angeführt, wobei die Annahme der kostengünstigeren ambulanten Versorgung bei höheren Pflegegraden und Ausnutzung von kombinierten Pflegeleistungen nicht unbedingt zutrifft (Bundesgesundheitsministerium, 2022; Clausen, 2012). Der rechtliche Vorrang der häuslichen Pflege deckt sich mit den Präferenzen der Pflegebedürftigen und spiegelt sich in der tatsächlichen Inanspruchnahme der Pflegeleistungen wider, wie es im ersten Abschnitt der Einleitung beschrieben wurde (84 % häusliche Pflegeversorgung) (Destatis, 2022b; Rudel et al., 2017).

Innerhalb der Struktur des Pflegesystems können einzelne politisch modulierbare Merkmale die Inanspruchnahme einer bestimmten Pflegeform positiv oder negativ beeinflussen. Hierzu zählen beispielsweise die Höhe bzw. Kombinationsmöglichkeit von finanziellen Entlastungen und die Vereinbarkeit von Pflege und Berufstätigkeit der Angehörigen sowie die strukturelle Verfügbarkeit von stationären und ambulanten Pflegediensten (Fischer & Müller, 2020; Klie & Pfundstein, 2010; Kuhlmeier & Budnick, 2023). Auch das politische Streben nach einer kultur- bzw. diversitätsorientierten Pflege zählt zu den kontextbasierten Faktoren nach Andersens Verhaltensmodell (s.o.). Eine rechtliche Grundlage findet sich hierzu seit einer Änderung des Gesetzestextes 2008 in §1 Absatz 5 des SGB XI und lautet: „In der Pflegeversicherung sollen geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich der Pflegebedürftigkeit von Männern und Frauen und ihrer Bedarfe an Leistungen berücksichtigt und den Bedürfnissen nach einer kultursensiblen Pflege nach Möglichkeit Rechnung getragen werden“ (28. Mai 2008, Bundesgesundheitsblatt I S. 875). Inwiefern dieses Bestreben nach einer kultursensiblen Pflege Umsetzung gefunden hat, wird im letzten Abschnitt der Einleitung zur „Interkulturellen Öffnung in der Pflege“ näher betrachtet.

## **2.5. Zusammenhänge zwischen dem Migrationsstatus und Gesundheit sowie medizinischer und pflegerischer Versorgung**

In Andersens Verhaltensmodell kann der Migrationsstatus als individueller prädisponierender Faktor eingeordnet werden, der in unterschiedlicher Weise Einfluss auf andere Determinanten ausübt und so die Inanspruchnahme von medizinischer und pflegerischer Versorgung modulieren kann. Die in dieser Arbeit angestrebte Untersuchung der moderierenden Rolle des Migrationsstatus in dem Zusammenhang zwischen Einschränkungen in ADL/IADL und der Inanspruchnahme informeller oder formeller Pflege wurde bisher nicht untersucht. Dennoch gibt es eine Vielzahl an einschlägigen Studien zu den Zusammenhängen zwischen Migrationsstatus und Gesundheit sowie medizinischer und pflegerischer Versorgung. Im Folgenden werden diese Zusammenhänge zunächst in theoretischer Überlegung anhand sozioepidemiologischer Erklärungsmodelle veranschaulicht. Des Weiteren werden Erkenntnisse zum Einfluss des Migrationsstatus auf den Gesundheitszustand sowie auf die pflegerische Versorgung erläutert und das Konzept der interkulturellen Öffnung in der Pflege beschrieben.

### **2.5.1. Epidemiologische Erklärungsmodelle der gesundheitlichen Lage von Menschen mit Migrationshintergrund**

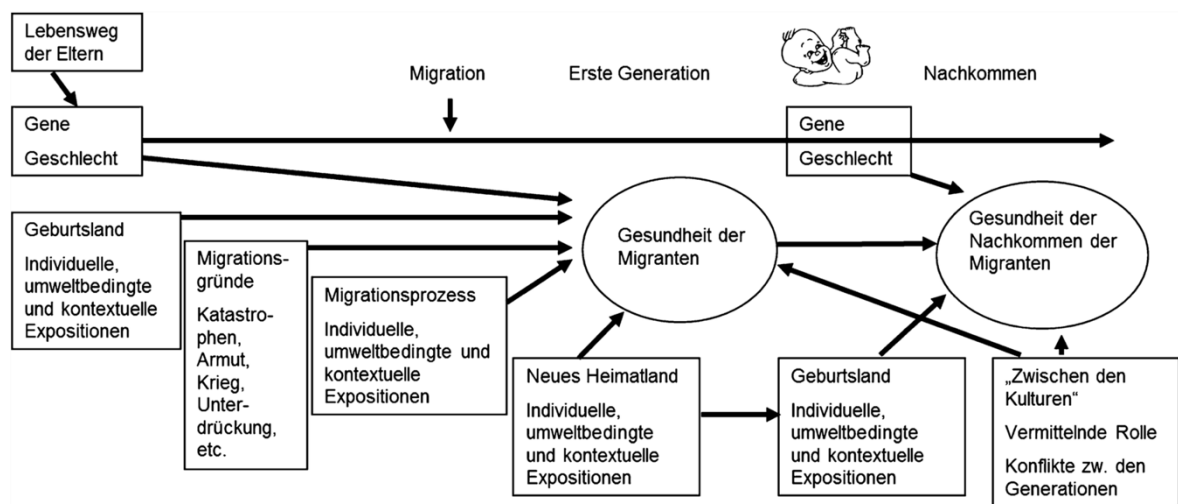
In Anbetracht der Komplexität der Zusammenhänge zwischen Gesundheit und Migration wurden verschiedene epidemiologische Modelle entwickelt, die mögliche Erklärungen für Unterschiede in der gesundheitlichen Lage von Menschen mit Migrationshintergrund veranschaulichen. Dabei ist Migration weder als rein negativer noch positiver Einfluss auf die Gesundheit zu bewerten, sondern generiert eine besondere Konstellation von Gesundheitsressourcen einerseits und Krankheitsrisiken andererseits. An dieser Stelle sollen vier Modelle vorgestellt werden.

Bei der Beschreibung der gesundheitlichen Lage von Menschen mit Migrationshintergrund wird häufig auf den sogenannten *healthy migrant effect* verwiesen (Bousmah et al., 2019; Kohls, 2015; Razum, 2009). Er beschreibt eine positive Selektion oder das Paradox des gesunden Migranten bzw. der gesunden Migrantin, wonach v.a. junge, gesunde Personen migrieren und im Zielland einen überdurchschnittlich guten Gesundheitszustand und eine geringere Sterblichkeit als

die nicht migrierte Bevölkerung aufweisen (Spallek & Razum, 2021). Das Modell wird zunehmend kritisiert, da es die Vielzahl von unterschiedlichen Determinanten, die beeinflussend auf die Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund wirken können, nicht adäquat berücksichtigt. Zudem trifft die Annahme, dass Migrant\*innen jung und gesund seien, zwar häufig im Kontext der Arbeitsmigration zum Zeitpunkt der Einwanderung zu, dies gilt aber nicht gleichermaßen über eine längere Zeitperiode und auch nicht für andere Migrationsformen, wie dem Nachzug von Familien oder der zurzeit zunehmenden Fluchtmigration aus Krisen- und Kriegsgebieten (Bousmah et al., 2019; Spallek & Razum, 2021).

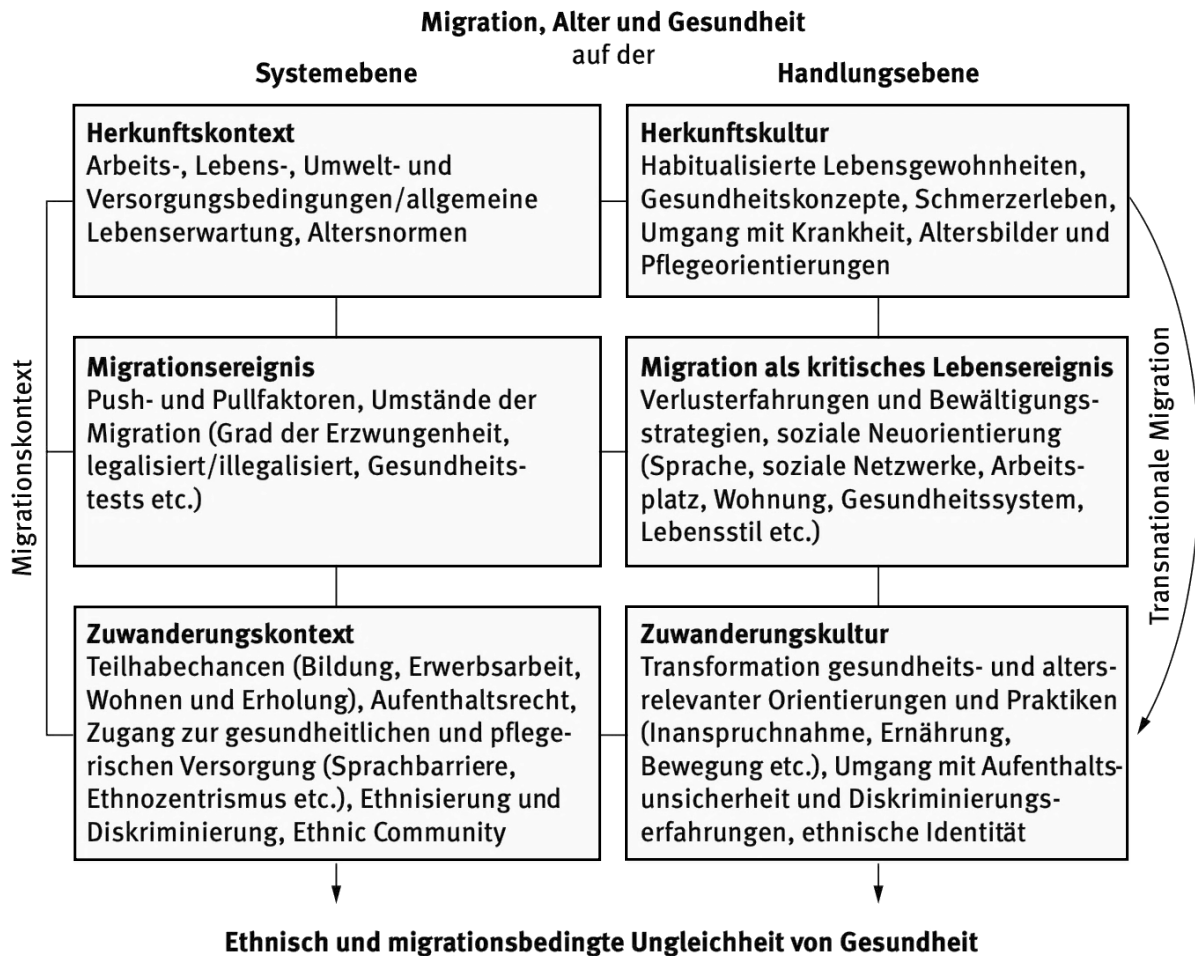
Ein weiteres epidemiologisches Modell ist das des gesundheitlichen Übergangs (*health transition*), bei dem die Migration von einem ärmeren in ein reicheres Land beschrieben wird. Der Übergang zu einer besseren medizinischen Versorgung verringert Morbidität und Mortalität bzgl. bestimmter Infektionskrankheiten sowie in Schwangerschaft und Kindheit. Gleichzeitig behalten Migrant\*innen das herkunftsbedingt bzw. mit dem Lebensstil einhergehend niedrigere Risiko für chronische, nicht übertragbare Erkrankungen wie Herz-Kreislauf- oder Stoffwechselerkrankungen für einen gewissen Zeitraum bei (Spallek & Razum, 2021). In welchem Ausmaß der Effekt eintritt, wird durch die Unterschiede in der Entwicklung, Struktur und Verfügbarkeit der medizinischen Versorgung zwischen Herkunftsland und Zuwandererland bedingt. Mit der Zeit bzw. in den Folgegenerationen schwächt er sich durch Assimilationsprozesse zunehmend ab (Schenk, 2007).

Detaillierter berücksichtigt das Lebenslaufmodell zu Migration und Gesundheit von Spallek et. al. (2011) unterschiedliche Einflussfaktoren im zeitlichen Verlauf (s. Abb. 2). Es betrachtet positive wie negative Expositionen auf die Gesundheit vor, während und nach der Migration. Aufgenommen werden biologische, soziale und verhaltensbezogene Faktoren über den gesamten Lebenslauf einer migrierten Person und mögliche Auswirkungen auf die Folgegeneration (Spallek & Razum, 2021; Spallek et al., 2019; Spallek et al., 2011).



**Abb. 2:** Lebenslaufmodell zu Migration und Gesundheit: Wirkung verschiedener Expositionen. (Spallek et al., 2019)

Ähnlich wie bei dem Lebenslaufmodell beschreiben Schenk und Poppler (2020) im *Comprehensive Model of Migration, Age and Health* die ethnische und migrationsbedingte Ungleichheit von Gesundheit durch unterschiedliche Einflussfaktoren vor, während und nach der Migration (s. Abb. 3). In diesem Modell werden die Determinanten zusätzlich in zwei, miteinander in Wechselwirkung stehende Ebenen eingeordnet: einer Systemebene, die die gesellschaftlich bedingten strukturellen Rahmenbedingungen abbildet, und einer Handlungsebene, die das soziale Handeln des Individuums und dessen gesundheitsrelevante Orientierung und Praktiken beleuchtet.



**Abb. 3:** *Comprehensive Model of Migration, Age and Health* (Schenk & Pepler, 2020)

Die ersten beiden beschriebenen Modelle, der *healthy migrant effect* und das Modell des gesundheitlichen Übergangs, haben v.a. die gesundheitsbezogenen Vorteile von Migration im Blick, die sich allerdings im Verlauf des Aufenthaltes im Zielland verändern, sich abschwächen oder sogar zu Nachteilen konvergieren können u.a. bedingt durch die Auswirkungen eines Migrationsstatus auf die Arbeitsbedingungen, die sozioökonomische Lage und den Zugangsmöglichkeiten zum Gesundheitssystem (Bousmah et al., 2019; Spallek & Razum, 2021). Das Lebenslaufmodell zu Migration und Gesundheit sowie das *Comprehensive Model of Migration, Age and Health* verstehen Migration nicht als singuläres Ereignis, sondern als Prozess, der unterschiedliche Einflussfaktoren auf die Gesundheit positiv wie negativ beeinflusst und Auswirkungen über das gesamte Leben einer Person haben kann. Diese Modelle setzen damit einen differenzierten Blick auf den Zusammenhang zwischen Gesundheit und Migration und erlauben die heterogenen

Umstände und die unterschiedlichen Phasen des Lebens mit Migrationsgeschichte zu berücksichtigen.

Eine pauschale Gewichtung der aufgeführten Einflussfaktoren ist aufgrund der Heterogenität der Personen mit Migrationshintergrund nicht sinnvoll, sondern sollte nach individuellen Umständen erfolgen. Hervorzuheben sind an dieser Stelle die im *Comprehensive Model of Migration, Age and Health* unter der Rubrik Zuwanderungskontext aufgeführten Faktoren, da diese am ehesten durch (gesundheits-)politische Maßnahmen beeinflussbar sind und somit der gesellschaftlichen Verantwortung unterliegen. Im Folgenden soll innerhalb dieses strukturellen Kontextes auf die Zusammenhänge zwischen der gesundheitlichen Lage von Menschen mit Migrationshintergrund und der sozioökonomischen Situation einerseits sowie den bestehenden Zugangsbarrieren zum Gesundheitswesen andererseits eingegangen werden.

#### **2.5.1.1. Migration, sozioökonomischer Status und Gesundheit**

Ein niedriger sozioökonomischer Status wird mit dem Auftreten vermehrter Gesundheitsrisiken assoziiert (Brand, 2019; Lampert et al., 2019; Mergenthaler, 2012b). Die in der Gesellschaft beobachtete soziale Ungleichheit, die maßgeblich durch Unterschiede bzgl. des Bildungsniveaus, des Einkommens bzw. des Vermögens und des Berufsstatus erzeugt wird, überträgt sich in gradueller Weise in gesundheitliche Ungleichheit (Brand, 2019; Lampert et al., 2019). Bei Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status ist die Lebenserwartung erniedrigt, das Risiko an chronischen Erkrankungen zu leiden erhöht und der subjektive Gesundheitszustand wird schlechter eingestuft (Bartig et al., 2023; Lampert et al., 2019). Letzteres wird auch dadurch begründet, dass Menschen in benachteiligter sozialer Lage häufig weniger Ressourcen und eine geringere Resilienz aufweisen, um physischen und psychischen Belastungen entgegenzutreten (Lampert et al., 2019; Mergenthaler, 2012a). Als Ursache für die gesundheitliche Ungleichheit lassen sich nach Mackenbach (2006) maßgeblich drei Faktoren unterscheiden, die gegenseitig in Wechselwirkung treten: materielle, psychosoziale und verhaltensbasierte. Einschränkungen in materiellen bzw. finanziellen Ressourcen können die Gesundheit auf unterschiedliche Weise beeinflussen: psychosozialer Stress durch existenzielle Nöte, geringere gesellschaftliche Partizipationsmöglichkeiten, keine Ressourcen für private soziale Absicherungen

(z.B. einer privaten Pflegezusatzversicherung), eingeschränkte Möglichkeit gesundheitsfördernde Produkte oder Angebote zu konsumieren (bspw. gesundes Essen und Sport) sowie physisch und psychisch belastende Arbeits- und Wohnbedingungen (Lampert et al., 2019; Mackenbach, 2006). Zudem kann eine niedrige sozioökonomische Lage mit erhöhten psychosozialen Belastungen einhergehen, die u.a. durch prekäre Lebensverhältnisse, anstrengende Arbeitsbedingungen und unverhältnismäßig niedriger Anerkennung in Bezug auf die erbrachten Anstrengungen entstehen kann (Mackenbach, 2006). Der erzeugte psychosoziale Stress wirkt wiederum als gesundheitlicher Risikofaktor, der entweder direkt auf körperlicher und psychischer Ebene zu Erkrankungen führt (u.a. kardiovaskuläre Belastung, Schlafstörung, depressive Symptomatik) oder risikobehaftete Kompensationsmechanismen fördert (z.B. Rauchen, Alkoholkonsum) (Hapke et al., 2013; Lampert et al., 2019; Mackenbach, 2006). Der dritte von Mackenbach beschriebene Faktor beschreibt eine Differenz im Gesundheitsverhalten, und zwar dahingehend, dass Menschen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status sich vermehrt gesundheitsschädlich verhalten (bedingt u.a. durch die bereits beschriebenen materiellen und psychosozialen Belastungen) und zudem präventive und medizinische Versorgung seltener in Anspruch nehmen (Hoebel et al., 2016; Lampert et al., 2019; Mackenbach, 2006). Dabei ist zu beachten, dass Risikofaktoren und Einschränkungen in den genannten Bereichen in der Regel nicht statisch vorliegen, sondern entweder durch kritische Perioden oder durch eine Kumulation einzelner belastender Phasen zu der Benachteiligung der gesundheitlichen Lage führen (Lampert et al., 2019).

Für die gesundheitliche Ungleichheit zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund bzw. für den beobachteten Übergang der möglichen migrationsbezogenen Gesundheitsvorteile zu einer Verschlechterung des gesundheitlichen Risikoprofils nach der Migration wird häufig ein niedriger sozioökonomischer Status als ursächlich betrachtet (Hoffmann & Spallek, 2018; Lampert et al., 2016). Tatsächlich sind Menschen mit Migrationshintergrund überproportional häufig in einer benachteiligten sozioökonomischen Situation: Sie weisen durchschnittlich ein niedrigeres Bildungsniveau auf und sind häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen oder müssen häufiger gering entlohnten Arbeitstätigkeiten nachgehen als die nicht migrierte Bevölkerung (Hoffmann & Spallek, 2018). Auch bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund ist die soziale Lage durch die



migrationsspezifische Erwerbsbiografie bedingt, die sich durch einen im Vergleich späteren (nach der Migration) stattfindenden Eintritt ins Berufsleben, vermehrten Phasen von Arbeitslosigkeit und geringer entlohnten Arbeitstätigkeiten auszeichnet und in geringeren Rentenansprüchen resultiert (Bartig, 2022; Heien & Heckmann, 2017; Tucci & Yıldız, 2012). Diese vereinfacht skizzierte Biografie trifft insbesondere bei den ehemals angeworbenen Gastarbeiter\*innen sowie bei Spätaussiedler\*innen zu, da erstere häufig geringe Bildungsabschlüsse vorwiesen und bei letzteren im Ausland erbrachte Bildungsabschlüsse nicht anerkannt wurden (Tucci & Yıldız, 2012). Hoffmann und Romeu Gordo (2016) zeigten zudem, dass über 50-jährige Personen mit Migrationshintergrund „durchschnittlich ein niedrigeres Bildungsniveau, eine geringere Erwerbsbeteiligung, ein niedrigeres Einkommensniveau, weniger Wohneigentum und [...] mehr als doppelt so häufig von Armut bedroht [sind]“ (S. 72), dies gelte insbesondere für ehemalige Arbeitsmigrant\*innen. Somit wirken sich auch häufiger die oben beschriebenen Mechanismen der materiellen, psychosozialen und verhaltensbezogenen Nachteile auf die Gesundheit von Personen mit Migrationshintergrund aus (Hoffmann & Spallek, 2018). Dennoch ist zu betonen, dass der Umstand einer sozioökonomischen Benachteiligung nicht für alle Menschen dieser heterogenen Bevölkerungsgruppe zutrifft. Zudem sollte nicht vernachlässigt werden, dass der Migrationsstatus sich nicht nur auf die soziale Lage und somit auf die Gesundheit auswirkt, sondern auch gegenseitig ein niedriger sozioökonomischer Status oder ein schlechter Gesundheitszustand eine Ursache für Migration darstellen können (Hoffmann & Spallek, 2018). Für eine differenzierte Analyse der gesundheitlichen Ungleichheit im Migrationskontext sowie für die Festlegung gesundheitspolitischer Handlungsbestrebungen ist die Berücksichtigung des sozioökonomischen Status der Personen mit Migrationshintergrund von großer Relevanz, sollte aber andere migrationsspezifische Determinanten für die Gesundheit, wie sie beispielsweise im *Comprehensive Model of Migration, Age and Health* beschrieben werden, nicht unterminieren.

#### **2.5.1.2. Zugangsbarrieren und Diskriminierung**

Bei der Betrachtung von Zusammenhängen zwischen Migration, Gesundheit und medizinischer sowie pflegerischer Versorgung sollen mögliche institutionelle und

individuelle Zugangsbarrieren sowie Diskriminierungserfahrungen von Menschen mit Migrationshintergrund Berücksichtigung finden.

Die Antidiskriminierungsstelle des Bundes (2017) verwendet den Begriff rassistische Diskriminierung als zusammenfassende Bezeichnung für Benachteiligungen aufgrund (zugeschriebener) Merkmale, „mit denen eine bestimmte biologische Abstammung oder ethnokulturelle Herkunft assoziiert wird“ (S. 41). Hierzu zählen Aspekte wie Hautfarbe, kulturelle Identität, Religionszugehörigkeit, Kleidung, Name, Sprache und Akzent (Antidiskriminierungsstelle des Bundes, 2017; Bartig et al., 2021). Diese Definition unterstreicht die bereits beschriebene Unzulänglichkeit der statistischen Kategorisierung des Migrationshintergrundes, da einerseits nicht alle Personen mit den genannten Merkmalen einen Migrationshintergrund aufweisen und andererseits nicht alle Personen mit Migrationshintergrund ethnizierende oder rassifizierende Zuschreibungen erfahren (Bartig et al., 2021).

Obwohl Zugangsbarrieren, Ausgrenzungspraktiken und Diskriminierung zu einer Ungleichheit der Gesundheit beitragen können, gibt es wenige empirische Untersuchungen, die sich explizit mit diesen Inhalten auseinandersetzen und dessen Ausmaß, Ursachen sowie Auswirkungen detailliert beschreiben (Bartig et al., 2021; Braun & Zeeb, 2021). Vorhandene Studien sowie Beratungsanfragen an die Antidiskriminierungsstelle des Bundes zeigen, dass subjektiv wahrgenommene ethnische oder rassistische Diskriminierung und Benachteiligung im Gesundheitswesen stattfinden (Bartig et al., 2021; Bartig et al., 2023; Beigang et al., 2017). In der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell: Fokus“ (GEDA Fokus), die im Rahmen des Projektes *Improving Health Monitoring in Migrant Populations II* (IMIRA II) vom Robert-Koch-Institut (RKI) durchgeführt wurde und Migrant\*innen (n=6038) ausgewählter Staatsangehörigkeiten (italienisch, kroatisch, polnisch, syrisch, türkisch) umfassend zu ihrer gesundheitlichen Lage befragte, gaben 36,2 % an sich „teils/teils“ oder „kaum/gar nicht“ zur deutschen Gesellschaft zugehörig zu fühlen, 41,2 % haben subjektiv wahrgenommene Diskriminierungserfahrungen erlebt und 14,2 % „sehr oft/oft“ oder „manchmal“ Diskriminierung im Gesundheits- oder Pflegebereich erfahren (Bartig et al., 2023). Eine Benachteiligung im Gesundheitswesen kann sich in unterschiedlicher Weise manifestieren, u.a. durch mangelnde Übersetzungsdienste oder unzureichendes mehrsprachiges Informationsmaterial (Bartig et al., 2021; Gerlach et al., 2008; Yilmaz-Aslan et al.,

2013), durch längere Wartezeiten und kürzere Konsultationsdauern (Bartig et al., 2021; Borde et al., 2002; Gerlach et al., 2012) sowie durch subjektiv wahrgenommene Respektlosigkeit, Unfreundlichkeit, mangelnde Wertschätzung, rassistische Verhaltensweisen oder fehlende interkulturelle Kompetenz des medizinischen Personals (Bartig et al., 2021; Bermejo et al., 2012; Brause et al., 2010; Gerlach et al., 2012; Gerlach et al., 2008). Weitere Untersuchungen legen nahe, dass ethnische oder rassistische Diskriminierungserfahrungen auf struktureller oder individueller Ebene die Inanspruchnahme von und den Zugang zu medizinisch ambulanten, präventiven und rehabilitativen Versorgungsstrukturen negativ beeinflussen können (Bartig et al., 2021; Brzoska & Razum, 2015; Klein & von dem Knesebeck, 2018). Zudem zeigte sich, dass ein geringes Zugehörigkeitsgefühl in der Gesellschaft und erlebte Diskriminierungserfahrungen u.a. mit einer subjektiv schlechter eingeschätzten Gesundheit und vermehrter depressiver Symptomatik assoziiert sind (Bartig et al., 2023).

Insgesamt mangelt es an Studien, die Diskriminierung in ihren unterschiedlichen Erscheinungsformen sowie dessen Auswirkungen auf den Zugang zum Gesundheitssystem (auch im stationären Setting und bzgl. der Inanspruchnahme von Pflege) analysieren (Bartig et al., 2021). In Anbetracht der wachsenden Pluralität der Gesellschaft wird zunehmend eine heterogene Betrachtung von Menschen mit Migrationshintergrund in Studien implementiert und auch auf Diskriminierungserfahrungen eingegangen, wodurch zukünftig nähere Erkenntnisse zu den Zusammenhängen zu erwarten sind (Bartig et al., 2021; Kajikhina et al., 2023).

### **2.5.2. Erkenntnisse zum Gesundheitszustand älterer Menschen mit Migrationshintergrund**

Ältere Personen mit Migrationshintergrund haben im Verlauf ihres Lebens in unterschiedlicher Weise positive wie negative Expositionen auf die Gesundheit erlebt (Bartig, 2022). In der aktuellen Studienlage sind ältere Personen mit Migrationshintergrund häufig unterrepräsentiert und bezüglich ihrer Heterogenität unzureichend differenziert berücksichtigt (Bartig, 2022). Wertvolle Erkenntnisse zu Risikofaktoren und Erkrankungsprävalenzen ergeben sich zum einen aus Daten großer Gesundheitssurveys, insbesondere Studien des RKI und dem Sozio-ökonomischen Panel (SOEP), und zum anderen aus einzelnen kleineren Studien,

die sich mit spezifischen Migrationsgruppen befassen – häufig türkeistämmige Personen oder Spätaussiedler\*innen, da diese einen großen Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund ausmachen (Hoffmann & Romeu Gordo, 2016; Zeeb & Brand, 2021).

Im Folgenden sollen zusammenfassend Erkenntnisse zu einzelnen Bereichen des Gesundheitszustandes von älteren Menschen mit Migrationshintergrund vorgestellt werden. Der Anspruch an eine differenzierte Berücksichtigung der Heterogenität kann nicht erfüllt werden, da diese Arbeit keinen Fokus auf eine spezifische Subgruppe legt und zudem die Studienlage häufig nur generalisierende Aussagen zulässt. Es werden keine Erkenntnisse über die gesundheitliche Lage älterer geflüchteter Personen in Deutschland beschrieben, da bisher kaum Studien zu dieser Teilgruppe durchgeführt wurden (Maddox, 2021). Gründe für Unterschiede in der gesundheitlichen Verfassung sind vielfältig (s. epidemiologische Erklärungsmodelle). In Bezug auf die vorherigen Abschnitte lässt sich feststellen, dass der bereits erläuterte Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheit auch für ältere Menschen mit Migrationshintergrund zutrifft, die u.a. abhängig vom Herkunftsland und Geschlecht häufiger einen niedrigen sozioökonomischen Status als die nicht migrierte Bevölkerung aufweisen (Bartig, 2022). Zudem ist davon auszugehen, dass auch ältere Personen von ethnischer und rassistischer Diskriminierung sowie von Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem betroffen sind (Bartig, 2022).

In Bezug auf den Gesundheitszustand haben Studien gezeigt, dass ältere Menschen mit Migrationserfahrung einen schlechteren Gesundheitszustand haben als nicht-migrierte Personen (Bousmah et al., 2019; Brzoska et al., 2015; Giannoni et al., 2016). Es ist bekannt, dass die subjektiv eingeschätzte Gesundheit im Alter bedingt durch die altersbedingte Zunahme von chronischen Erkrankungen und funktionalen Beeinträchtigungen abnimmt (Spuling et al., 2019; Zimmermann et al., 2022). Dies gilt sowohl für Personen mit als auch ohne Migrationshintergrund, wobei der subjektiv ermessene Gesundheitszustand sowie funktionale Einschränkungen von Migrant\*innen mit eigener Migrationserfahrung, insbesondere denjenigen, die als Spätaussiedler\*innen oder im Kontext der Arbeitsmigration im Rahmen der Anwerbeabkommen nach Deutschland gekommen sind, im Vergleich schlechter bewertet wird (Hoffmann & Romeu Gordo, 2016; Nowossadeck et al., 2017). Hinsichtlich der psychischen Gesundheit wird eine höhere Prävalenz depressiver

Symptomatik bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund beschrieben (Aichberger et al., 2012). Darüber hinaus haben Brothers et al. (2014) sowie Walkden et al. (2018) anhand von Daten des SHARE gezeigt, dass ältere Menschen mit eigener Migrationserfahrung in Europa (mit Ausnahme Südeuropas) im Vergleich zu nicht migrierten Personen ein höheres Maß an Gebrechlichkeit (*frailty*) aufweisen. Gebrechlichkeit ist ein Konzept, das mit funktionalen Beeinträchtigungen zusammenhängt, beide Faktoren korrelieren stark miteinander und stehen in Verbindung mit der Notwendigkeit bzw. Inanspruchnahme von informeller oder formeller Pflege (Lambotte et al., 2018; Malaguarnera et al., 2013). Bezüglich gesundheitsrelevanter Risikofaktoren zeigt sich, dass bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund, insbesondere älteren Frauen, vermehrt Adipositas auftritt, die als Risikofaktor für eine Vielzahl von chronischen Erkrankungen (z.B. Diabetes Mellitus Typ II, Bluthochdruck und kardiovaskuläre Erkrankungen) gilt (Lavie et al., 2009; RKI, 2015).

Zu weiteren Risikofaktoren in der Bevölkerungsgruppe mit Migrationshintergrund (ohne Altersberücksichtigung) ist bekannt, dass insgesamt weniger Alkohol konsumiert und in der zweiten Migrationsgeneration vermehrt Tabak geraucht wird (Rommel et al., 2015). Gesundheitsvorteile, insbesondere für die 1. Generation, werden in einzelnen Studien bezüglich der Prävalenz bestimmter maligner Tumoren wie Brustkrebs oder kolorektales Karzinom beschrieben (Hermes-Moll et al., 2020; Spallek et al., 2009). Dem entgegen stehen Neoplasien, die auf frühere Infektionen wie z.B. *Helicobacter pylori* (Magenkarzinom), HPV (Gebärmutterhalskrebs) oder Hepatitis-Viren (Leberkarzinom) zurückzuführen sind (Arnold et al., 2010; Hermes-Moll et al., 2020). Die Studienlage ist allerdings begrenzt, da u.a. das Krebsregister keine migrationsspezifischen Informationen erhebt, und zudem vorhandene Analysen die heterogenen Umstände von Migration unzureichend berücksichtigen (Hermes-Moll et al., 2020; Zeeb, 2022).

Auch die Datenlage zur Mortalitätsstatistik von älteren Menschen mit Migrationshintergrund ist uneindeutig und variiert je nach Datenquelle (Mikrozensus, Ausländerzentralregister, ursachenspezifische Statistiken) (Zeeb & Brand, 2021). Im Mikrozensus wird eine niedrigere Sterblichkeit von älteren Menschen mit Migrationshintergrund verzeichnet, die jedoch auch auf eine Verzerrung in der Hinsicht zurückgeführt werden kann, dass Personen in der Statistik weitergeführt werden, die Deutschland ohne offizielle Abmeldung verlassen

(z.B. in ihr Herkunftsland zurückkehren) (Bartig, 2022; Kohls, 2015). Kibele et. al. (2008) zeigten, dass die Mortalität nach den Daten der deutschen Rentenversicherung in der Bevölkerungsgruppe mit Migrationshintergrund vergleichbar bis etwas höher ist als die der nicht migrierten Personen. Dies kann zum Teil auch dadurch bedingt sein, dass überproportional viele ehemalige Arbeitsmigrant\*innen mit höherem Gesundheitsrisiko in dieser Gruppe eingeschlossen werden (Kohls, 2015). In Zusammenschau der unterschiedlichen Auswertungen scheint es einen angleichenden Prozess zu geben, sodass die Mortalitätsrate von Menschen mit Migrationshintergrund sich mit der Dauer des Aufenthaltes an die Werte der nicht migrierten Bevölkerung annähert (Zeeb & Brand, 2021).

### **2.5.3. Pflegerische Versorgung und Inanspruchnahme von Menschen mit Migrationshintergrund**

In der amtlichen Pflegestatistik werden keine migrationsspezifischen Indikatoren, auch nicht der Migrationsstatus als Basisinstrument, abgefragt (Habermann & Biedermann, 2021). Erkenntnisse über die pflegerische Versorgung und Inanspruchnahme von Menschen mit Migrationshintergrund sind unzureichend und ergeben sich aus regionalen und gruppenspezifischen Studien sowie aus einzelnen repräsentativen Untersuchungen, wobei zu beachten ist, dass hier die migrationsspezifische Rekrutierung häufig unzulänglich erfolgt, z.B. angemessene Deutschkenntnisse vorausgesetzt werden (Habermann & Biedermann, 2021; Hackmann et al., 2018). Letzteres galt für eine bundesweite Erhebung des Bundesministeriums für Gesundheit zur Wirkung des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG) und des ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG I), die im Jahr 2016 durchgeführt wurde (Bundesgesundheitsministerium, 2017). In dieser wiesen ca. 10 % der in Privathaushalten versorgten Pflegebedürftigen einen Migrationshintergrund auf. Die Teilgruppe wurde früher pflegebedürftig (im Durchschnitt 6 Jahre), häufiger einem höheren Pflegegrad zugeordnet und fühlte sich tendenziell weniger gut über das Pflegesystem informiert. Ein überdurchschnittlich hoher Anteil der pflegebedürftigen Personen mit Migrationshintergrund stellte keinen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung, was die Autor\*innen durch mögliche migrationsspezifische Hürden bei der Antragstellung erklären (Bundesgesundheitsministerium, 2017). In der häuslichen

Versorgung zeigten sich keine Unterschiede der Anteile informeller (Pflegegeld) und formeller (Sach- und Kombinationsleistungen) Pflege zu der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund; dies war in einer vorherigen Untersuchung des Bundesministeriums für Gesundheit zur Weiterentwicklung des Pflegegesetzes aus dem Jahr 2010 insofern anders, als dass Personen mit Migrationshintergrund häufiger ausschließlich Pflegegeld bezogen (Bundesgesundheitsministerium, 2011, 2017).

Gladis et. al. (2014) führten im Jahr 2012 eine flächendeckende Studie zur pflegerischen Versorgungssituation von Menschen mit Migrationshintergrund in Baden-Württemberg durch, in der ambulante und stationäre Einrichtungen befragt wurden, also der rein formelle Sektor Berücksichtigung fand. Die pflegebedürftigen Personen mit Migrationshintergrund waren nach den Erkenntnissen der Studie sowohl in stationärer als auch ambulanter Pflege nur leicht unterrepräsentiert und ein Versorgungsdefizit wurde nicht konstatiert. Die Versorgungsart (stationär vs. ambulant) variierte stark nach Herkunftsland, so wurden Personen aus der Türkei, die die größte Gruppe von Menschen mit Migrationshintergrund in Baden-Württemberg ausmachten, v.a. ambulant betreut und Personen aus Russland und der Ukraine v.a. stationär. Als mögliche Gründe für diese Disparität nennen die Autor\*innen unterschiedliche Alterszusammensetzungen sowie persönliche Präferenzen u.a. bedingt durch die Struktur sozialer bzw. familiärer Unterstützung und die sozioökonomische Situation der Pflegebedürftigen. Trotz der vorhandenen Anbindung an die Pflegeversorgung wird die interkulturelle Öffnung und die Etablierung mehrsprachiger Kommunikationswege sowohl der ambulanten als auch stationären Pflegeangebote als defizitär beschrieben. Insbesondere bei demenzerkrankten Personen, die einen Großteil der Pflegebedürftigen ausmachen, werden sprachliche Hürden durch die krankheitsbedingt eintretenden kognitiven Einschränkungen verstärkt, weil i.d.R. zunächst die Sprachkompetenz der erlernten Fremdsprachen abnimmt (Gladis et al., 2014). Auch andere Studien bestätigen diese Problematik, die mit Versorgungseinbußen einhergehen kann und die Relevanz fremdsprachlicher Unterstützungsangebote unterstreicht (Gladis et al., 2014; Habermann & Biedermann, 2021; Mogar & von Kutzleben, 2015; Yılmaz-Aslan et al., 2021).

Weitere Erkenntnisse zu der pflegerischen Versorgung ergeben sich aus kleineren Studien, die sich regional, thematisch oder bezüglich der Zielgruppe eingrenzen.

Letztere betreffen häufig Migrant\*innen aus der Türkei, Polen oder Russland, da diese einen großen Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund ausmachen. Es ist zu beachten, dass zahlenmäßig weniger stark vertretende Herkunftsländer in der Summe den größten Anteil bilden und über die Personen aus diesen Ländern wenig spezifische Informationen zu Zugang und Inanspruchnahme von Pflegeversorgung vorliegen (Habermann & Biedermann, 2021). Insgesamt zeigt sich in den Untersuchungen, dass Pflegebedürftige sowohl mit als auch ohne Migrationshintergrund eine häusliche Pflege durch Angehörige präferieren (Hackmann et al., 2018). Wie im genannten Bericht des Bundesministeriums für Gesundheit zur Wirkung des PNG und PSG 1 zeigen auch andere Studien, dass Menschen mit Migrationshintergrund sowie deren pflegende Familienmitglieder einen geringeren Informationsstand über das Versorgungssystem sowie über formelle Pflege- und Unterstützungsangebote aufweisen als die nicht migrierte Bevölkerung (Hackmann et al., 2018; Krobisch et al., 2014; Mogar & von Kutzleben, 2015; Yilmaz-Aslan et al., 2021). Als Gründe für das Informationsdefizit werden mögliche sprachliche Barrieren sowie die Art der Informationsbeschaffung aufgeführt, die eher im sozialen Umfeld als über öffentliche Beratungsstellen erfolgt, da eine Hürde besteht, institutionelle Einrichtungen aufzusuchen (Hackmann et al., 2018; Yilmaz-Aslan et al., 2021). In Studien zu der Versorgungssituation von Migrant\*innen aus der Türkei wird eine stärkere Komponente der häuslichen, informellen Pflege verzeichnet, begründet u.a. durch eine kulturell und religiös bedingt hohe Pflegebereitschaft der Angehörigen sowie eine starke familiäre und intergenerationale Kohäsion (Ar & Karanci, 2019; Hackmann et al., 2018; Volkert & Risch, 2017; Yilmaz-Aslan et al., 2021). Es wird davon ausgegangen, dass zukünftig mehr formelle Pflege (ambulant oder stationär) in Anspruch genommen wird, weil familiäre Unterstützungspotentiale aufgrund einer zunehmenden Erwerbstätigkeit von Frauen, einer geringeren Anzahl jüngerer Familienmitglieder sowie der räumlichen Verteilung von Familien abnehmen (Hackmann et al., 2018; Krobisch et al., 2014; Yilmaz-Aslan et al., 2021). Gleichzeitig scheint auch die Akzeptanz professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen zu wachsen, dies gilt v.a. für ambulante Pflegedienste und weniger für die stationäre Betreuung (Bartig, 2022).



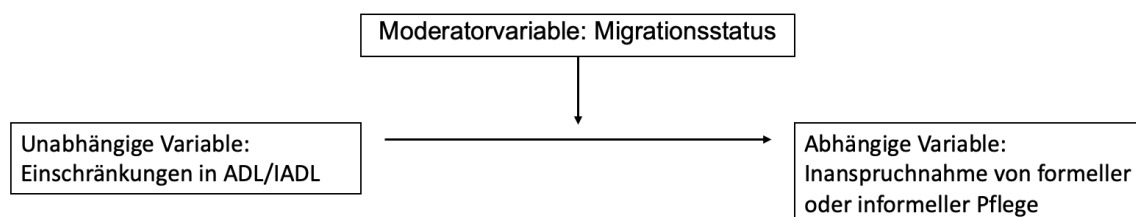
### **2.5.1. Interkulturelle Öffnung in der Pflege**

Der Begriff „interkulturelle Öffnung“ präzisiert das Bestreben von Organisationen und Institutionen auf die kulturelle Vielfalt einer Gesellschaft angemessen zu reagieren, wobei diese Pluralität nicht nur durch einen Migrationshintergrund, sondern auch durch andere kulturelle Dimensionen wie Alter, Geschlecht, soziales Milieu, Bildungsgrad oder sexuelle Orientierung begründet sein kann (Vanderheiden & Mayer, 2014). Bei der thematischen Betrachtung von Migration und Pflege gewinnt das Konzept der interkulturellen Öffnung der Pflegeversorgung i.S. einer kultur- bzw. migrationssensiblen Altenpflege zunehmend an Relevanz (Habermann & Biedermann, 2021). In der bereits erwähnten Erhebung des Bundesministeriums für Gesundheit im Jahr 2016 gaben 10 % der Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund an, aufgrund der nicht ausreichenden Berücksichtigung kultureller und religiöser Belange nur Pflegegeld und keine Sachleistungen in Anspruch zu nehmen (Bundesgesundheitsministerium, 2017). Eine Verbesserung der Versorgungssituation ist mit dem Bestreben der interkulturellen Öffnung verknüpft. Für den Pflegesektor kann dieser Prozess eine Vielzahl von Maßnahmen beinhalten, die v.a. auf kommunikative Verständigung und die Berücksichtigung kultureller wie religiöser Vorstellungen und Bedürfnisse beruht. Zu diesen zählen u.a. der Einsatz mehrsprachiger Informationsmaterialien und die niederschwellige Verfügbarkeit von Übersetzungsdiensten, Strategien zur Einbindung von Menschen mit Migrationshintergrund in Beratungs- und Unterstützungsangebote, Rekrutierung von Pflegepersonal mit sprachlichen wie kulturspezifischen Kompetenzen, Fortbildungen zur kultursensiblen Arbeit im Gesundheitswesen sowie die Anpassung von Räumlichkeiten, um religiöse oder spirituelle Gewohnheiten ausüben zu können (Habermann & Biedermann, 2021; Yılmaz-Aslan et al., 2021). Einen weiteren Ansatz zur Überwindung von Schwierigkeiten bei der Inanspruchnahme formeller Pflege stellen Aslan und Tezcan-Güntekin (2022) vor, indem sie die mögliche „Rolle und das Potenzial von Migrant\*innenorganisationen bei der Enttabuisierung professioneller pflegerischer Unterstützung und der Reduzierung von Zugangsbarrieren“ (S. 31) bei Personen mit türkischem Migrationshintergrund beleuchten. Zudem können Pflegekonzepte in alternativen Wohnarrangements, wie z.B. Pflegewohngruppen eines Herkunftslandes, die kultursensible Versorgungssituation verbessern (Bartig, 2022; Bölük et al., 2017).

In Studien zur Evaluation der praktischen Umsetzung einer interkulturellen Öffnung des Pflegesystems zeigt sich, dass die Mehrheit stationärer und ambulanter Pflegedienste an der Etablierung kultur- und migrationssensibler Angebote arbeitet, gleichzeitig aber noch großes Verbesserungspotential besteht (Anderson, 2008; Gladis et al., 2014; Kowoll et al., 2018; Marquardt et al., 2016; Mogar & von Kutzleben, 2015; Schenk et al., 2015; Thum et al., 2015). In einem System, das per se mit knappen Ressourcen funktionieren muss, ist für die erfolgreiche Umsetzung einer interkulturellen Öffnung zudem entscheidend, dass der Aufwand bzw. die Mehrarbeit von Pflegeeinrichtungen und -personal von Seiten der Kostenträger Berücksichtigung findet (Habermann & Biedermann, 2021).

## 2.6. Abgeleitete Arbeitshypothesen

Die bisher erläuterten Hintergründe zeigen deutlich das komplexe Netz an Faktoren, die bei einer empirischen Betrachtung der moderierenden Rolle des Migrationsstatus in der Assoziation zwischen Einschränkungen in ADL/IADL und der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen berücksichtigt werden sollten. Ein Zusammenhang zwischen Einschränkungen in ADL/IADL und der Inanspruchnahme von Pflege wird erwartet, da erstere die unmittelbarste und häufigste Ursache für letzteres ist (s. S. 10). In der Interaktionsanalyse soll untersucht werden, inwiefern der Migrationsstatus als Moderatorvariable die Effektstärke dieses Zusammenhangs beeinflusst. (s. Abbildung 4).



**Abb. 4:** Schaubild der Moderation des Migrationsstatus auf den Zusammenhang zwischen Einschränkungen in ADL/IADL und der Inanspruchnahme von formeller oder informeller Pflege

In Anbetracht der Unterschiede hinsichtlich des Potenzials, informelle Pflege zu erhalten, und möglicher Zugangsbarrieren zu formellen Pflegeformen wurden die folgenden Arbeitshypothesen aufgestellt:

1. Es wird angenommen, dass der Zusammenhang zwischen Beeinträchtigungen in ADL/IADL und der Inanspruchnahme informeller Pflege bei Personen mit Migrationshintergrund stärker ausgeprägt ist als bei Personen ohne Migrationshintergrund.
2. Es wird angenommen, dass der Zusammenhang zwischen Beeinträchtigungen in ADL/IADL und der Inanspruchnahme formeller Pflege bei Personen mit Migrationshintergrund weniger stark ausgeprägt ist als bei Personen ohne Migrationshintergrund.

Die Analyse betrachtet explizit die Inanspruchnahme von Pflege im häuslichen Setting, andere Pflegeformen wie teilstationäre oder stationäre Pflege werden ausgeklammert. Diese Fokussierung beruht zum einen auf der bereits beschriebenen dominanten Rolle der häuslichen Versorgung in der Pflegestruktur (s. S. 12) und zum anderen auf dem Umstand, dass Menschen in institutionalisierten Einrichtungen (z.B. Pflegeheimen) in bevölkerungsweiten Umfragen schwieriger rekrutiert werden können (Weischer, 2007).

### 3. Material und Methoden

#### 3.1. Beschreibung des Datensatzes

Der *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* (SHARE) ist eine länderübergreifende Panelstudie, in der Daten zur Gesundheit, zum sozioökonomischen Status und zu sozialen und familiären Netzwerken von Personen ab 50 Jahren, sowie deren Partner\*innen unabhängig vom Alter, erhoben werden. Die Befragten müssen dauerhaft im jeweiligen Befragungsland leben und über gute Kenntnisse der Landessprache verfügen (Bergmann, 2019). Diese multidisziplinäre Erhebung wurde 2004 initiiert und wird seither alle zwei Jahre in Ländern der Europäischen Union, in der Schweiz und in Israel durchgeführt. Daraus ergeben sich die folgenden Wellen: Welle 1 (2004 - 2005), Welle 2 (2006 - 2007), Welle 3 (2008 - 2009), Welle 4 (2010 - 2011), Welle 5 (2013), Welle 6 (2014 - 2015), Welle 7 (2017 - 2018) und Welle 8 (2019 - 2020). Um die Stichprobengröße zu erhöhen und die natürlichen Fluktuationen bzw. auftretenden Panelausfälle auszugleichen, wurden bei jeder neuen Welle Auffrischungstichproben (*refreshment samples*) zusätzlich zur Längsschnittstichprobe erhoben (Bergmann, 2019; Reus-Pons et al., 2018).

In dieser Arbeit wurden aus Gründen der Datenverfügbarkeit sowohl die Datensätze der Welle 5 als auch die der Welle 6 verwendet. Es wurden nur Daten aus Deutschland berücksichtigt, da die Struktur der Pflegeversorgung in den einzelnen europäischen Ländern sehr unterschiedlich ist und diese Studie sich auf die Situation in Deutschland fokussiert. Die Befragung des SHARE wurde mittels *Computer Assisted Personal Interviewing* (CAPI) durchgeführt. In den betrachteten Wellen betrug die Rücklaufquote in Deutschland für das Längsschnittpanel 79,21 % in Welle 5 und 79,61 % in Welle 6; für die Auffrischungstichprobe waren es 34,04 % in Welle 5 und 57,05 % in Welle 6 (Börsch-Supan, 2019a, 2019b; Malter & Börsch-Supan, 2015, 2017). Die Feldarbeit für die deutsche SHARE-Erhebung wurde im Auftrag des *Munich Center for the Economics of Aging* (MEA) und der Technischen Universität München durch das Marktforschungsinstitut Kantar ausgeführt (SHARE, 2019). Die SHARE-Erhebung wurde bis 2010 von der Ethikkommission der Universität Mannheim (Welle 1 bis 4) und danach vom Ethikrat der Max-Planck-Gesellschaft (Welle 4 bis 8) geprüft und genehmigt.

### **3.2. Die abhängigen Variablen: informelle und formelle Pflege**

Die abhängigen Variablen wurden in folgende Kategorien eingeteilt: 1) formelle Pflege, 2) informelle Pflege durch eine Person innerhalb des Haushalts und 3) informelle Pflege durch eine Person außerhalb des Haushalts.

Die formelle Pflege wurde daran gemessen, ob die oder der Befragte in den letzten zwölf Monaten aufgrund eines physischen, geistigen, emotionalen Problems oder aufgrund von Gedächtnisschwierigkeiten professionelle oder bezahlte Dienstleistungen zu Hause in Anspruch genommen hatte. Die Befragten konnten zwischen folgenden Antwortmöglichkeiten wählen: a) Hilfe bei der Körperpflege (z.B. beim Hinlegen und Aufstehen aus dem Bett, beim Anziehen, Baden oder Duschen), b) Hilfe bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten (z.B. Putzen, Bügeln, Kochen), c) Erhalt von Essen auf Rädern (d.h. Fertiggerichte, die von einer Gemeinde oder einer privaten Einrichtung bereitgestellt werden) oder d) Hilfe bei anderen Tätigkeiten (z.B. Auffüllen eines Medikamentenbehälters). Für die Hauptanalyse wurde eine dichotome Variable „formelle Pflege“ erstellt (mit Erhalt einer solchen Hilfe = 1 und Erhalt keiner Hilfe = 0). Weitere Analysen mit Differenzierung dieser Variable in persönliche Betreuung, Haushaltshilfe und Erhalt von Essen auf Rädern findet sich im Anhang (s. Tabelle A7 – A9).

Die Inanspruchnahme informeller Pflege durch eine Person aus dem eigenen Haushalt wurde definiert über die Frage, ob in dem Haushalt eine Person lebt, die der oder dem Befragten in den letzten zwölf Monaten regelmäßig (täglich oder fast täglich während eines Zeitraums von mindestens drei Monaten) bei der persönlichen Pflege geholfen hat, z.B. beim Waschen, Anziehen oder Ein- und Aussteigen aus dem Bett.

Für die Variable der informellen Pflege durch eine Person außerhalb des eigenen Haushalts wurde gefragt, ob ein außerhalb lebendes Familienmitglied, eine befreundete oder in der Nachbarschaft lebende Person in den letzten zwölf Monaten auf eine der folgenden Arten geholfen hat: beim Anziehen, Baden oder Duschen, beim Essen, beim Hinlegen oder Aufstehen aus dem Bett, bei der Benutzung der Toilette, bei Reparaturen im Haus, bei der Gartenarbeit, beim Transport, beim Einkaufen, bei der Hausarbeit, bei finanziellen oder rechtlichen Angelegenheiten oder bei administrativen Aufgaben, wie z.B. dem Ausfüllen von Formularen.

### **3.3. Die unabhängigen Variablen: ADL und IADL**

Die funktionellen Einschränkungen der Befragten wurden mit dem *Activities of Daily Living Index* (ADL) und dem *Instrumental Activities of Daily Living Index* (IADL) gemessen (Börsch-Supan, 2020). Für jeden Index wurden die Einschränkungen bei der Ausführung von fünf Tätigkeiten berücksichtigt und durch eine Punktzahl von 0 bis 5 dokumentiert, wobei ein höherer Wert eine größere Schwierigkeit bedeutet. Bei den ADL bestehen die Aufgaben aus Anziehen, Baden oder Duschen, Essen z.B. Zerschneiden von Lebensmitteln), Durchqueren eines Raumes und Hinlegen bzw. Aufstehen aus dem Bett (jeweils: keine Einschränkung = 0, Vorhandensein einer Einschränkung = 1). Bei den IADL bestehen die Aufgaben aus Telefonieren, der Einnahme von Medikamenten, der Verwaltung von Finanzen bzw. Geld, dem Einkaufen von Lebensmitteln und der Zubereitung einer warmen Mahlzeit (auch hier gilt jeweils: keine Einschränkung = 0, Vorhandensein einer Einschränkung = 1). Aus Gründen der Stichprobengröße fasst die unabhängige Hauptvariable dieser Studie die beiden Indizes ADL/IADL zusammen, sodass unterschieden wurde, ob die befragte Person in mindestens einem Index Einschränkungen hatte oder nicht.

### **3.4. Moderation durch den Migrationsstatus**

In der Hauptanalyse wurde der potenzielle Moderator eines Migrationsstatus in zwei Kategorien definiert: kein Migrationshintergrund und Migrationshintergrund. Letztere setzte sich zusammen aus Personen mit Migrationshintergrund der ersten Generation (nicht in Deutschland geboren) und der zweiten Generation (in Deutschland geboren, aber mindestens ein Elternteil ist im Ausland geboren). Eine Analyse mit differenziertem Migrationsstatus nach erster und zweiter Generation wurde zusätzlich durchgeführt und ist im Anhang zu finden (s. Tabelle A6 – A10).

### **3.5. Potenzielle Störfaktoren**

Die Analyse wurde um die folgenden potenziellen Störfaktoren bereinigt: Alter, Geschlecht (weiblich versus männlich) und Bildungsniveau (kategorisiert nach der Internationalen Standardklassifikation des Bildungswesens (ISCED 1997) in keine Bildung, Elementar- oder Primarbereich (ISCED 0, 1), Sekundarbereich I oder II (ISCED 2, 3) oder postsekundärer Bereich (ISCED 4-6)). Weitere soziodemografische Kontrollvariablen waren das Haushaltsnettoeinkommen (gemessen an der Summe der individuell kalkulierten Einkommen aller

Haushaltsmitglieder), die Haushaltsgröße, die Anzahl der Kinder und der Familienstand (unterteilt in verheiratet oder in einer eingetragenen Partnerschaft lebend einerseits und verheiratet, aber nicht im selben Haushalt lebend, geschieden, verwitwet oder nie verheiratet andererseits). Darüber hinaus wurden folgende auf die Gesundheit bezogenen Faktoren berücksichtigt: die selbst wahrgenommene Gesundheit (5 Antwortmöglichkeiten von ausgezeichnet = 1 bis schlecht = 5), die Anzahl chronischer Krankheiten (einschließlich Herzinfarkt, Bluthochdruck, hoher Cholesterinspiegel, Schlaganfall oder zerebrale Gefäßerkrankung, Diabetes oder hoher Blutzucker, chronische Lungenerkrankung, Krebs oder bösartige Tumoren, Magen- oder Duodenalulzera, Parkinson, Katarakt, Hüft- oder Oberschenkelbruch), die Depressionsskala EURO-D (von „nicht depressiv“ = 0 bis „sehr depressiv“ = 12 als zusammengesetzter Index mit den Items depressive Stimmung, Pessimismus, Suizidalität, Schuldgefühle, Schlaf, Interesse, Reizbarkeit, Appetit, Müdigkeit, Konzentration, Freude und Weinerlichkeit (Prince et al., 1999)) und ein Index der kognitiven Funktion (Werte 0 - 10; je höher, desto besser das kognitive Funktionsniveau), der die Anzahl der Wörter misst, an die man sich nach einer bestimmten Zeit erinnern kann (Harris & Dowson, 1982).

### **3.6. Statistische Auswertung**

Die Merkmale der untersuchten Stichprobe wurden insgesamt sowie in den Kategorien ohne bzw. mit Migrationshintergrund deskriptiv untersucht (s. Tabelle 1). Eine Stichprobenbeschreibung mit weiter differenziertem Migrationsstatus findet sich im Anhang (s. Tabelle A1). Bei nominal bzw. ordinal skalierten Variablen wurden die absoluten und relativen Häufigkeiten berechnet und mittels Chi-Quadrat-Test die Unabhängigkeit zwischen dem Migrationsstatus und den einzelnen kategorialen Variablen der Stichprobenbeschreibung analysiert (Signifikanzniveau  $p < 0,05$ ). Bei Variablen mit metrischem Messniveau wurde das arithmetische Mittel und die Standardabweichung (*standard deviation* (SD)) beschrieben und die Unabhängigkeit mittels T-Test geprüft (Signifikanzniveau  $p < 0,05$ ). Zudem wurde unter den Personen mit Migrationshintergrund die absoluten und relativen Häufigkeiten hinsichtlich der Merkmale Staatsangehörigkeit, Herkunftsland und Migrationszeitpunkt deskriptiv ausgewertet (s. Abb. 5, Tabelle A2 und A3).

Anschließend wurde mittels gepoolter, multipler logistischer Regressionen der Zusammenhang zwischen Beeinträchtigungen in ADL/IADL und der Inanspruchnahme von formeller und informeller häuslicher Pflege untersucht und mittels einer Interaktionsanalyse die Moderation des Migrationsstatus auf den Zusammenhang geprüft (s. Tabelle 2 und 3). Zusätzlich wurden gemäß der STROBE-Guidelines (*STrengthening the Reporting of OBservational studies in Epidemiology*) Berechnungen ohne Adjustierung der Kontrollvariablen durchgeführt, die in Tabelle A4 und A9 ersichtlich sind (von Elm et al., 2008). Zudem wurden Analysen mit der Differenzierung des Migrationsstatus in erste und zweite Generation (s. Tabelle A5 und A10) sowie mit der Unterteilung in einzelne formelle Pflegeformen (s. Tabelle A6 – A9) vorgenommen. Die Ergebnisse wurden mittels Odds Ratio (OR) und einem 95%-Konfidenzintervall (KI) dargestellt. Das Signifikanzniveau wurde auf  $p < 0,05$  festgelegt. Fehlende Werte wurden aus der Untersuchung ausgeschlossen. Die statistischen Analysen wurden mit Stata 16.0 (Stata Corp, College Station, TX, USA) durchgeführt.



## 4. Ergebnisse

### 4.1. Charakterisierung der Stichprobe

Die untersuchte Stichprobe der bevölkerungsrepräsentativen SHARE-Datensätze der Welle 5 und 6 umschloss insgesamt 5717 Proband\*innen ( $n = 5717$ ), von denen 4433 (77,5 %) keinen Migrationshintergrund und 1284 (22,5 %) einen Migrationshintergrund aufwiesen. Die Ergebnisse der bivariaten Analyse werden in Tabelle 1 aufgezeigt. Für die Stichprobenbeschreibung wurden soziodemografische und gesundheitsbezogene Faktoren sowie die Merkmale Einschränkungen in ADL/IADL und Inanspruchnahme formeller und informeller Pflegeformen untersucht. Von 1284 Personen mit Migrationshintergrund waren 780 (13,6 %) der Kategorie erste Generation und 504 (8,8 %) der Kategorie zweite Generation zugehörig. Die Ergebnisse der deskriptiven Analyse in Bezug auf den differenzierten Migrationsstatus findet sich im Anhang (s. Tabelle A1).

#### 4.1.1. Soziodemografische Faktoren

Das Durchschnittsalter der Stichprobe betrug 64,4 Jahre (SD: 10,4), wobei Befragte ohne Migrationshintergrund ein signifikant höheres Alter als Personen mit Migrationshintergrund aufzeigten (64,6 Jahre (SD: 10,4) ohne MH vs. 63,9 Jahre (SD: 10,3) mit MH;  $t(5715) = 2,16$ ;  $p = 0,03$ ). 53,2 % der Befragten gaben das weibliche Geschlecht an (52,9 % ohne MH vs. 54,5 % mit MH;  $\chi^2(1) = 1,11$ ;  $p = 0,29$ ). Bezüglich des Bildungsniveaus zeigten 1,7 % einen niedrigen (1,7 % ohne MH vs. 3,8 % mit MH;  $\chi^2(1) = 45,80$ ;  $p < 0,01$ ), 64,6 % einen mittleren (66,0 % ohne MH vs. 59,8 % mit MH;  $\chi^2(1) = 17,57$ ;  $p < 0,01$ ) und 33,7 % einen hohen Bildungsabschluss (32,9 % ohne MH vs. 36,4 % mit MH;  $\chi^2(1) = 4,98$ ;  $p = 0,03$ ). Wie die jeweiligen Ergebnisse der Chi-Quadrat-Teste aufzeigen, hatten Menschen mit Migrationshintergrund signifikant häufiger einen niedrigen oder hohen Bildungsabschluss und signifikant seltener einen mittleren Bildungsabschluss. Hinsichtlich des Familienstandes waren 73,9 % der Teilnehmenden getrennt lebend, geschieden, verwitwet oder ledig (74,1 % ohne MH vs. 73,3 % mit MH;  $\chi^2(1) = 0,37$ ;  $p = 0,54$ ). Die durchschnittliche Anzahl an Kindern betrug 2,0 (SD: 1,3) und Personen mit Migrationshintergrund hatten signifikant mehr Kinder (1,9 (SD: 1,2) ohne MH vs. 2,0 (SD: 1,4) mit MH;  $t(5708) = -2,05$ ;  $p = 0,04$ ).

Mit 63,1 % lebte die Mehrheit der Teilnehmenden in einem Zweipersonenhaushalt (63,5 % ohne MH vs. 61,5 % mit MH;  $\chi^2 (1) = 1,71$ ;  $p = 0,19$ ). Im Vergleich aller Haushaltsgrößen zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen mit und ohne Migrationshintergrund ( $\chi^2 (6) = 18,24$ ;  $p < 0,01$ ), wobei in den Chi-Quadrat-Tests differenziert nach Haushaltsgröße nur hinsichtlich des 6 Personen Haushalts das Ergebnis signifikant war (0,2 % ohne MH vs. 0,9 % mit MH;  $\chi^2 (1) = 13,75$ ;  $p < 0,01$ ).

Das durchschnittliche Nettoeinkommen der Haushalte lag in der Gesamtstichprobe bei 39054,3 Euro (SD: 26673,2 Euro). Bei Personen mit Migrationshintergrund war es signifikant geringer als bei denjenigen ohne Migrationshintergrund (39.665,9 Euro (SD: 27125,3 Euro) ohne MH vs. 36.942,8 Euro (SD: 24944,8 Euro) mit MH;  $t (5715) = 3,22$ ;  $p < 0,01$ ).

#### **4.1.2. Gesundheitsbezogene Faktoren**

Bei der Abfrage der selbsteingeschätzten Gesundheit gaben 60,6 % aller Teilnehmenden an, einen ausgezeichneten, sehr guten oder guten Gesundheitszustand aufzuweisen (61,6 % mit MH vs. 56,5 % ohne MH) und 39,4 % schätzten ihn als mittelmäßig oder schlecht ein (38,3 % mit MH vs. 56,5 % ohne MH). Die Selbsteinschätzung war bei der gemeinsamen Betrachtung aller Abstufungen zwischen den Gruppen signifikant unterschiedlich ( $\chi^2 (4) = 12,71$ ;  $p = 0,01$ ). Im Einzelnen zeigte sich, dass Personen mit Migrationshintergrund signifikant seltener einen sehr guten Gesundheitszustand ( $\chi^2 (1) = 4,99$ ;  $p = 0,03$ ) und signifikant häufiger einen mittelmäßigen Gesundheitszustand aufwiesen ( $\chi^2 (1) = 7,71$ ;  $p < 0,01$ ). Die Anzahl chronischer Erkrankungen lag in der Stichprobe bei 1,2 (SD: 1,3) und unterschied sich nicht signifikant zwischen den Gruppen (1,2 (SD: 1,3) ohne MH vs. 1,3 (SD: 1,3) mit MH;  $t (5698) = -0,57$ ;  $p = 0,57$ ). Bei der Depressionsskala EURO-D wurde in der Gesamtkohorte ein Wert von 2,3 (SD: 2,0) festgestellt und Personen mit Migrationshintergrund wiesen signifikant mehr depressive Symptome auf als diejenigen ohne Migrationshintergrund (2,3 (SD: 2,0) ohne MH vs. 2,5 (SD: 2,1) mit MH;  $t (5637) = -3,00$ ;  $p < 0,01$ ). Im kognitiven Funktionsindex liegt der durchschnittliche Wert aller Teilnehmenden bei 4,2 (SD: 2,2). Personen ohne Migrationshintergrund erzielten ein signifikant höheres Funktionsniveau als Menschen mit Migrationshintergrund (4,3 (SD: 2,2) ohne MH vs. 4,1 (SD: 2,2) mit MH;  $t (5616) = 2,23$ ;  $p = 0,03$ ).

#### 4.1.3. IADL/ADL

Innerhalb der untersuchten Stichprobe wiesen 12,2 % Beeinträchtigungen in ADL oder IADL auf (12,1 % vs. MH vs. 12,7 % mit MH;  $\chi^2 (1) = 0,29$ ;  $p = 0,59$ ). Innerhalb dieser Gruppe (ADL/IADL > 0) lag der durchschnittliche ADL-Wert bei 1,7 (SD: 1,4; 1,7 (SD: 1,4) ohne MH vs. 1,7 (SD: 1,2) mit MH) und der durchschnittliche IADL-Wert bei 1,3 (SD: 1,5; 1,3 (SD: 1,5) ohne MH vs. 1,1 (SD: 1,4) mit MH). Einschränkungen in ADL hatten insgesamt 10,1 % der Teilnehmenden (10,0 % ohne MH vs. 10,8 % mit MH,  $\chi^2 (1) = 0,74$ ;  $p = 0,39$ ). Bei der Betrachtung der Anzahl von Funktionseinschränkungen in ADL zeigte sich, dass Personen mit Migrationshintergrund signifikant häufiger 3 Beeinträchtigungen aufwiesen als Personen ohne Migrationshintergrund (1,2 % ohne MH vs. 2,1 % mit MH,  $\chi^2 (1) = 5,58$ ;  $p = 0,02$ ). Bei allen anderen Vergleichen bezüglich Einschränkungen in ADL konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen festgestellt werden. Einschränkungen in IADL wiesen insgesamt 7,1 % der Stichprobe auf (7,1 % ohne MH vs. 6,9 % mit MH,  $\chi^2 (1) = 0,08$ ;  $p = 0,77$ ). Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede bezüglich Einschränkungen in IADL zwischen den Teilnehmenden mit und ohne Migrationshintergrund.

#### 4.1.4. Formelle und informelle Pflege

In der Gesamtgruppe wurde formelle häusliche Pflege von 8,9 % in Anspruch genommen (8,9 % ohne MH vs. 9,0 % mit MH;  $\chi^2 (1) = 0,02$ ;  $p = 0,88$ ), wobei 4,2 % formelle persönliche Pflege (4,3 % ohne MH vs. 3,8 % mit MH;  $\chi^2 (1) = 0,75$ ;  $p = 0,39$ ), 6,5 % formelle Haushaltshilfe (6,5 % ohne MH vs. 6,6 % mit MH;  $\chi^2 (1) = 0,03$ ;  $p = 0,87$ ), und 1,4 % Essen auf Rädern erhielten (1,4 % ohne MH vs. 1,3 % mit MH;  $\chi^2 (1) = 0,06$ ;  $p = 0,81$ ). Im Rahmen der informellen Pflege bekamen 10,3 % Unterstützung von einer Person des eigenen Haushalts (10,5 % ohne MH vs. 9,7 % mit MH;  $\chi^2 (1) = 0,25$ ;  $p = 0,62$ ) und 21,2 % von einer Person außerhalb des eigenen Haushalts (20,9 % ohne MH vs. 22,3 % mit MH;  $\chi^2 (1) = 1,26$ ;  $p = 0,26$ ). Insgesamt konnte bei der Betrachtung der Inanspruchnahme unterschiedlicher Pflegeformen kein signifikanter Unterschied zwischen der Gruppe mit und ohne Migrationshintergrund festgestellt werden.

**Tabelle 1:** Bivariate Statistik 1 – Unterteilt in Gesamt, kein Migrationshintergrund und Migrationshintergrund. Kategoriale Variablen dargestellt in absoluten und relativen Häufigkeiten, verglichen mit dem Chi-Quadrat-Test. Metrische Variablen dargestellt mit dem arithmetischen Mittelwert und der Standardabweichung, verglichen mit dem t-Test. Signifikanzniveau  $p < 0,05$ .

Unabhängige Variablen		Gesamt	Migrationshintergrund		Unabhängige t-Tests bzw. Chi <sup>2</sup> -Tests
		n/Mittelwert (%/SD)	Kein Migrationshintergrund n/ Mittelwert (%/SD)	Migrationshintergrund n/ Mittelwert (%/SD)	
Beobachtungen		5717	4433	1284	
Sozio-demographische Kontrollvariablen	Geschlecht				$\chi^2 (1) = 1,11$ ; $p = 0,29$
	männlich	2674 (46,8 %)	2090 (47,1 %)	584 (45,5 %)	
	weiblich	3043 (53,2 %)	2343 (52,9 %)	700 (54,5 %)	
	Alter beim Interview in Jahren	64,4 (10,4)	64,6 (10,4)	63,9 (10,3)	$t (5715) = 2,16$ ; <b><math>p = 0,03</math></b>
	Migrationshintergrund				
	Kein Migrationshintergrund	4433 (77,5 %)	4433 (100,0 %)	0 (0,0 %)	
	Migrationshintergrund	1284 (22,5 %)	0 (0,0 %)	1284 (100,0 %)	
	Migrationsstatus				
	Kein Migrationshintergrund	4433 (77,5 %)	4433 (100,0 %)	0 (0,0 %)	
	1. Generation	780 (13,6 %)	0 (0,0 %)	780 (60,7 %)	
	2. Generation	504 (8,8 %)	0 (0,0 %)	504 (39,3 %)	
	Bildungsniveau				$\chi^2 (2) = 54,69$ ; <b><math>p &lt; 0,01</math></b>
	Keine, Elementar- oder Primarbereich (ISCED 0, 1)	96 (1,7 %)	47 (1,1 %)	49 (3,8 %)	$\chi^2 (1) = 45,80$ ; <b><math>p &lt; 0,01</math></b>
	Sekundarbereich I oder II (ISCED 2, 3)	3675 (64,6 %)	2913 (66,0 %)	762 (59,8 %)	$\chi^2 (1) = 17,57$ ; <b><math>p &lt; 0,01</math></b>
	Postsekundärer Bereich (ISCED 4 – 6)	1918 (33,7 %)	1454 (32,9 %)	464 (36,4 %)	$\chi^2 (1) = 4,98$ ; <b><math>p = 0,03</math></b>
	Familienstand				
	Verheiratet oder eingetragene Lebenspartnerschaft	1489 (26,1 %)	1146 (25,9 %)	343 (26,7 %)	$\chi^2 (1) = 0,37$ ; $p = 0,54$
	Verheiratet (getrennt lebend), geschieden, verwitwet oder ledig	4226 (73,9 %)	3285 (74,1 %)	941 (73,3 %)	
	Anzahl an Kindern	2,0 (1,3)	1,9 (1,2)	2,0 (1,4)	$t (5708) = -2,05$ ; <b><math>p = 0,04</math></b>
	Größe des Haushaltes				$\chi^2 (6) = 18,24$ ; <b><math>p &lt; 0,01</math></b>
1	996 (17,4 %)	769 (17,3 %)	227 (17,7 %)	$\chi^2 (1) = 0,08$ ; $p = 0,78$	
2	3606 (63,1 %)	2816 (63,5 %)	790 (61,5 %)	$\chi^2 (1) = 1,71$ ; $p = 0,19$	
3	726 (12,7 %)	547 (12,3 %)	179 (13,9 %)	$\chi^2 (1) = 2,3$ ; $p = 0,13$	
4	289 (5,1 %)	228 (5,1 %)	61 (4,8 %)	$\chi^2 (1) = 0,32$ ; $p = 0,57$	
5	76 (1,3 %)	60 (1,4 %)	16 (1,2 %)	$\chi^2 (1) = 0,09$ ; $p = 0,77$	
6	19 (0,3 %)	8 (0,2 %)	11 (0,9 %)	$\chi^2 (1) = 13,75$ ; $p < 0,01$	
7	5 (0,1 %)	5 (0,1 %)	0 (0,0 %)	$\chi^2 (1) = 1,45$ ; $p = 0,23$	
Nettoeinkommen des Haushaltes	39054,3 (26673,2)	39665,9 (27125,3)	36942,8 (24944,8)	$t (5715) = 3,22$ ; <b><math>p &lt; 0,01</math></b>	

Gesundheits- bezogene Kontrollvariablen	Selbst eingeschätzte Gesundheit				$\chi^2(4) = 12,71$ ; <b>p = 0,01</b>
	Ausgezeichnet	352 (6,2 %)	280 (6,3 %)	72 (5,6 %)	$\chi^2(1) = 0,87$ ; p = 0,35
	Sehr gut	832 (14,6 %)	670 (15,1 %)	162 (12,6 %)	$\chi^2(1) = 4,99$ ; <b>p = 0,03</b>
	Gut	2273 (39,8 %)	1782 (40,2 %)	491 (38,3 %)	$\chi^2(1) = 1,60$ ; p = 0,21
	Mittelmäßig	1704 (29,8 %)	1281 (28,9 %)	423 (33,0 %)	$\chi^2(1) = 7,71$ ; <b>p &lt; 0,01</b>
	Schlecht	549 (9,6 %)	415 (9,4 %)	134 (10,5 %)	$\chi^2(1) = 1,33$ ; p = 0,25
Anzahl chronischer Erkrankungen	1,2 (1,3)	1,2 (1,3)	1,3 (1,3)	t (5698) = -0,57; p = 0,57	
Depressionsskala EURO-D - von 0 bis 12, höhere Werte entsprechen mehr depressiven Symptomen	2,3 (2,0)	2,3 (2,0)	2,5 (2,1)	t (5637) = -3,00; <b>p &lt; 0,01</b>	
Kognitiver Funktionsindex - von 0 bis 10, höhere Werte entsprechen einer besseren kognitiven Funktion	4,2 (2,2)	4,3 (2,2)	4,1 (2,2)	t (5616) = 2,23; <b>p = 0,03</b>	
ADL / IADL	Einschränkungen in ADL/ IADL				
	Nein	5007 (87,8 %)	3890 (87,9 %)	1117 (87,3 %)	$\chi^2(1) = 0,29$ ; p = 0,59
	Ja	698 (12,2 %)	536 (12,1 %)	162 (12,7 %)	
	Einschränkungen in ADL				
	Nein	5126 (89,9 %)	3985 (90,0 %)	1141 (89,2 %)	$\chi^2(1) = 0,74$ ; p = 0,39
	Ja	579 (10,1 %)	441 (10,0 %)	138 (10,8 %)	
	ADL (höherer Wert entspricht mehr Einschränkungen)				
	0	5126 (89,9 %)	3985 (90,0 %)	1141 (89,2 %)	$\chi^2(5) = 9,45$ ; <b>p = 0,09</b>
	1	277 (4,9 %)	211 (4,8 %)	66 (5,2 %)	$\chi^2(1) = 1,14$ ; p = 0,29
	2	136 (2,4 %)	105 (2,4 %)	31 (2,4 %)	$\chi^2(1) = 0,31$ ; p = 0,58
	3	81 (1,4 %)	54 (1,2 %)	27 (2,1 %)	$\chi^2(1) = 0,01$ ; p = 0,93
	4	45 (0,8 %)	35 (0,8 %)	10 (0,8 %)	$\chi^2(1) = 5,58$ ; <b>p = 0,02</b>
	5	40 (0,7 %)	36 (0,8 %)	4 (0,3 %)	$\chi^2(1) = 0,00$ ; p = 0,97
	Durchschnittliche Anzahl an Einschränkungen in ADL, wenn ADL > 0	1,7 (1,4)	1,7 (1,4)	1,7 (1,2)	$\chi^2(1) = 3,59$ ; p = 0,06
	Einschränkungen in IADL				
		5302 (92,9 %)	4111 (92,9 %)	1191 (93,1 %)	$\chi^2(1) = 0,08$ ; p = 0,77
		403 (7,1 %)	315 (7,1 %)	88 (6,9 %)	
	IADL (höherer Wert entspricht mehr Einschränkungen)				
	0	5302 (92,9 %)	4111 (92,9 %)	1191 (93,1 %)	$\chi^2(5) = 2,63$ ; p = 0,76
	1	182 (3,2 %)	139 (3,1 %)	43 (3,4 %)	$\chi^2(1) = 0,00$ ; p = 0,98
2	89 (1,6 %)	69 (1,6 %)	20 (1,6 %)	$\chi^2(1) = 0,15$ ; p = 0,70	
3	52 (0,9 %)	43 (1,0 %)	9 (0,7 %)	$\chi^2(1) = 0,00$ ; p = 0,10	
4	34 (0,6 %)	25 (0,6 %)	9 (0,7 %)	$\chi^2(1) = 0,80$ ; p = 0,37	
5	46 (0,8 %)	39 (0,9 %)	7 (0,5 %)	$\chi^2(1) = 0,32$ ; p = 0,57	
Durchschnittliche Anzahl an Einschränkungen in IADL, wenn IADL > 0	1,3 (1,5)	1,3 (1,5)	1,1 (1,4)	$\chi^2(1) = 1,40$ ; p = 0,24	

Formelle und informelle Pflege (in den letzten 12 Monaten erhalten)	Erhielt formelle Pflege				$\chi^2(1) = 0,02;$ $p = 0,88$
	Nein	5188 (91,1 %)	4029 (91,1 %)	1159 (91,0 %)	
	Ja	508 (8,9 %)	393 (8,9 %)	115 (9,0 %)	
	Erhielt formelle persönliche Hilfe				$\chi^2(1) = 0,75;$ $p = 0,39$
	Nein	5457 (95,8 %)	4231 (95,7 %)	1226 (96,2 %)	
	Ja	239 (4,2 %)	191 (4,3 %)	48 (3,8 %)	
	Erhielt formelle Hilfe im Haushalt				$\chi^2(1) = 0,03;$ $p = 0,87$
	Nein	5326 (93,5 %)	4136 (93,5 %)	1190 (93,4 %)	
	Ja	370 (6,5 %)	286 (6,5 %)	84 (6,6 %)	
	Erhielt Essen auf Rädern				$\chi^2(1) = 0,06;$ $p = 0,81$
	Nein	5616 (98,6 %)	4359 (98,6 %)	1257 (98,7 %)	
	Ja	80 (1,4 %)	63 (1,4 %)	17 (1,3 %)	
	Erhielt informelle Pflege durch Personen des gleichen Haushalts				$\chi^2(1) = 0,25;$ $p = 0,62$
	Nein	1926 (89,7 %)	1481 (89,5 %)	445 (90,3 %)	
Ja	222 (10,3 %)	174 (10,5 %)	48 (9,7 %)		
Erhielt informelle Pflege durch Personen außerhalb des eigenen Haushalts				$\chi^2(1) = 1,26;$ $p = 0,26$	
Nein	4494 (78,8 %)	3502 (79,1 %)	992 (77,7 %)		
Ja	1208 (21,2 %)	923 (20,9 %)	285 (22,3 %)		

## 4.2. Ergänzende Merkmale der Stichprobengruppe mit Migrationshintergrund

Um die Gruppe mit Migrationshintergrund näher zu beschreiben, wurde eine deskriptive Statistik mit Differenzierung von Migrant\*innen in erste (n = 780) und zweite Generation (n = 504) anhand der zuvor aufgeführten soziodemografischen und gesundheitsbezogenen Faktoren durchgeführt. Die Ergebnisse dieser Untersuchung sind in Tabelle A1 des Anhangs ersichtlich. Zudem werden die Merkmale Staatsangehörigkeit, Geburtsland und Migrationszeitpunkt zur Beschreibung der Gruppe herangezogen, die im Folgenden zunächst für die erste Generation und anschließend für die zweite Generation untersucht werden sollen. In der ersten Generation der befragten Migrant\*innen besaßen 76,6 % die deutsche und 23,4 % eine andere Staatsangehörigkeit. Eine mögliche doppelte Staatsangehörigkeit wurde in der SHARE-Erhebung nicht explizit erfragt. Es wurden 64 unterschiedliche Geburtsländer angegeben, zu den zehn häufigsten zählten Polen (18,4 %), ehemalige Gebiete des Deutschen Reiches (10,4 %), Russland (10,2 %), Kasachstan (4,9 %), Österreich (4,9 %), die Türkei (4,7 %), die ehemalige Tschechoslowakei (4,4 %), Italien (3,8 %), Tschechien (3,7 %) und die ehemalige Sowjetunion (3,6 %). Die weiteren Geburtsländer werden in der Tabelle A2 des Anhangs aufgeführt. Der Migrationszeitpunkt der Personen mit eigener Migrationserfahrung variiert von 1928 bis 2013 und wird hinsichtlich der relativen Häufigkeiten in Abbildung 5 schematisch dargestellt.

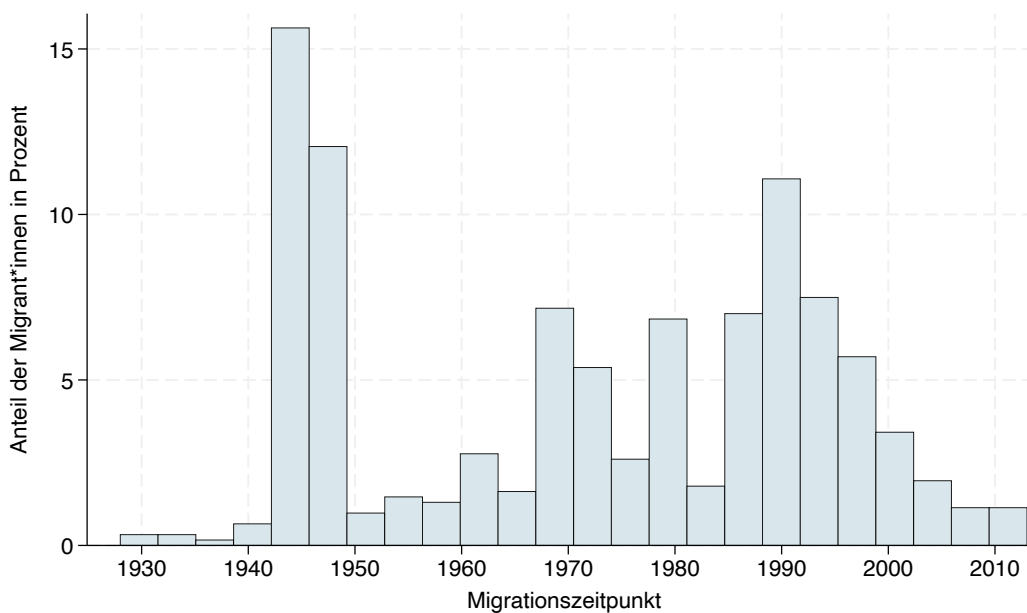


Abb. 5: Migrationszeitpunkt der befragten Migrant\*innen mit eigener Migrationserfahrung

Unter den Personen mit Migrationshintergrund aus der zweiten Generation besaßen 99,2 % die deutsche Staatsangehörigkeit, lediglich 0,8 % hatten eine andere als die deutsche (auch hier gibt es keine Auskunft über eine mögliche doppelte Staatsbürgerschaft). Angaben zu den Geburtsländern der Elterngeneration umfassen 28 Staaten, unter denen Polen (väterlicherseits 16,1 %, mütterlicherseits 18,3 %) Tschechien (väterlicherseits 5,6 %, mütterlicherseits 5,2 %), die ehemalige Tschechoslowakei (väterlicherseits 4,6 %, mütterlicherseits 6,7 %), Ungarn (väterlicherseits 3,6 %, mütterlicherseits 2,2 %), Rumänien (väterlicherseits 2,8 %, mütterlicherseits 2,4 %), Österreich (väterlicherseits 2,6 %, mütterlicherseits 2,4 %), Russland (väterlicherseits 2,2 %, mütterlicherseits 1,6 %) und das ehemalige Jugoslawien (väterlicherseits 2,0 %, mütterlicherseits 1,4 %) am häufigsten angegeben wurden (s. Tabelle A3).



### **4.3. Regressionsanalysen**

Im Folgenden werden die Ergebnisse der logistischen Regressionen mit der unabhängigen Variable Einschränkungen in ADL/IADL und den abhängigen Variablen formelle Pflege, informelle Pflege innerhalb des befragten Haushaltes und informelle Pflege außerhalb des befragten Haushaltes unter Adjustierung der Kontrollvariablen präsentiert. Zudem wird auf die Ergebnisse der jeweiligen Interaktionsanalyse des moderierenden Effekts des Migrationshintergrundes eingegangen. Des Weiteren werden die Ergebnisse der im Anhang aufgeführten nicht adjustierten Regressionen sowie der Analysen nach einzelnen formellen Pflegearten und nach differenziertem Migrationshintergrund umrissen.

#### **4.3.1. Formelle Pflege**

Die in Tabelle 2 dargestellten Ergebnisse zeigen, dass in der untersuchten Stichprobe Einschränkungen in ADL/IADL signifikant mit der Inanspruchnahme von formeller Pflege zusammenhängen (OR: 6,21; KI: [4,80 – 8,02];  $p < 0,001$ ). Dies gilt in ähnlichem Maße für Menschen ohne Migrationshintergrund (OR: 6,45; KI: [4,81 – 8,66];  $p < 0,001$ ) wie für diejenigen mit Migrationshintergrund (OR: 6,21; KI: [3,35 – 10,93];  $p < 0,001$ ). Die Inanspruchnahme von formeller Pflege war unabhängig von Einschränkungen in ADL/IADL nicht signifikant abhängig vom Migrationsstatus (OR: 1,05; KI: [0,68 – 1,61];  $p > 0,1$ ). Zudem zeigte die Interaktionsanalyse keinen signifikanten moderierenden Effekt des Migrationshintergrundes auf den Zusammenhang zwischen Einschränkungen in ADL/IADL und der Inanspruchnahme von formeller Pflege (OR: 0,80; KI: [(0,46 – 1,40)];  $p > 0,1$ ). Die Analyse ohne Adjustierung der Kontrollvariablen ist in Tabelle A2 des Anhangs ersichtlich und zeigte keine von der Hauptanalyse differierenden Signifikanzniveaus. Die Untersuchung mit Unterscheidung zwischen Migrant\*innen der ersten und der zweiten Generation zeigte, dass Einschränkungen in ADL/IADL sowohl bei Personen mit eigener Migrationserfahrung (OR: 8,26; KI: [3,91 – 17,44];  $p < 0,001$ ) als auch bei Personen der zweiten Generation (OR: 3,83; KI: [1,46 – 10,09];  $p < 0,01$ ) signifikant mit der Inanspruchnahme formeller Pflege zusammenhängen (s. Tabelle A5). Die entsprechende Interaktionsanalyse zeigte bei der ersten Generation kein signifikantes Ergebnis (OR: 1,06; KI: [(0,55 – 2,06)];  $p > 0,1$ ). Ein marginal signifikanter moderierender

Effekt des Migrationshintergrundes konnte bei der Assoziation zwischen Einschränkungen in ADL/IADL und der Inanspruchnahme von formeller Pflege bei der zweiten Generation der Migrant\*innen festgestellt werden (OR: 0,48; KI: [0,20 – 1,13];  $p < 0,1$ ).

Die Aufspaltung der abhängigen Variable formelle Pflege in persönliche Pflege und Haushaltshilfe zeigte keine Veränderung der Signifikanzniveaus der Ergebnisse im Vergleich zur Hauptanalyse (s. Tabelle A6 und A7). Der Zusammenhang zwischen Einschränkungen in ADL/IADL und der Inanspruchnahme von formeller Pflege im Rahmen von Essen auf Rädern (s. Tabelle A8) war bei Menschen ohne Migrationshintergrund signifikant (OR: 7,49; KI: [3,61 – 15,52];  $p < 0,001$ ), bei Personen mit Migrationshintergrund hingegen nicht (OR: 2,02; KI: [0,54 – 7,62];  $p > 0,1$ ). Die Interaktionsanalyse zeigte einen signifikanten moderierenden Effekt des Migrationshintergrundes bei dem nicht differenzierten Migrationsstatus (OR: 0,23; KI: [0,07 – 0,81];  $p < 0,05$ ) und bei der zweiten Generation der Migrant\*innen (OR: 0,12; KI: [0,02 – 0,73];  $p < 0,05$ ).

**Tabelle 2:** Die moderierende Rolle des Migrationsstatus in der Assoziation zwischen Einschränkungen in ADL/IADL und formeller Pflege. Ergebnisse gepoolter, multipler logistischer Regressionen mit Interaktionsanalyse.

	Formelle Pflege			
	Total	Kein Migrationshintergrund	Migrationshintergrund	Interaktionsanalyse (Total)
Mindestens eine Einschränkung in ADL/ IADL	<b>6,21***</b> (4,80 – 8,02)	<b>6,45***</b> (4,81 – 8,66)	<b>6,21***</b> (3,53 – 10,93)	6,55*** (4,91 – 8,73)
Migrationshintergrund	1,05 (0,68 – 1,61)			1,06 (0,75 – 1,50)
Interaktion: Migrationshintergrund x Einschränkungen in ADL/IADL				0,80 (0,46 – 1,40)
Kontrollvariablen	Ja	ja	ja	ja
Konstante	0,00*** (0,00 – 0,00)	0,00*** (0,00 – 0,00)	0,00*** (0,00 – 0,00)	0,00*** (0,00 – 0,00)
Beobachtungen	5541	4301	1240	5541
Pseudo R <sup>2</sup>	0,32	0,33	0,36	0,32

\*\*\*  $p < 0,001$ , \*\*  $p < 0,01$ , \*  $p < 0,05$ , +  $p < 0,10$

Odds Ratios werden angezeigt, 95%-Konfidenzintervalle in Klammern

Zu den Kontrollvariablen gehören Alter, Geschlecht, Bildungsniveau, Familienstand, Haushaltsgröße, Anzahl der Kinder, selbst wahrgenommener Gesundheitszustand, Anzahl der chronischen Krankheiten, Depressionsskala EURO-D, Einkommen, kognitiver Funktionsindex

### 4.3.2. Informelle Pflege

Wie in Tabelle 3 dargestellt zeigte sich in der untersuchten Stichprobe ein signifikanter Zusammenhang zwischen Einschränkungen in ADL/IADL und der Inanspruchnahme informeller Pflege durch eine Person innerhalb des eigenen Haushalts (OR: 8,12; KI: [5,58 – 11,83];  $p < 0,001$ ) und durch eine Person außerhalb des eigenen Haushalts (OR: 2,12; KI: [1,73 – 2,60];  $p < 0,001$ ). Dies galt sowohl für Personen mit als auch ohne Migrationsstatus im Rahmen der Inanspruchnahme informeller Pflege durch eine Person innerhalb des Haushalts (OR: 7,76; KI: [5,08 – 11,84];  $p < 0,001$  ohne MH vs. OR: 13,46; KI: [5,23 – 34,63];  $p < 0,001$  mit MH) sowie im Rahmen der Inanspruchnahme informeller Pflege durch eine Person außerhalb des Haushalts (OR: 2,28; KI: [1,81 – 2,57];  $p < 0,001$  ohne MH vs. OR: 1,67; KI: [1,09 – 2,57];  $p < 0,05$  mit MH). Unabhängig von Einschränkungen in ADL/IADL zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Migrationsstatus und der Inanspruchnahme von informeller Pflege durch eine Person innerhalb des Haushalts (OR: 0,98; KI: [0,51 – 1,90];  $p > 0,10$ ) oder durch eine Person außerhalb des Haushalts (OR: 0,96; KI: [0,75 – 1,22];  $p > 0,10$ ). Die Interaktionsanalyse zeigte keinen signifikanten moderierenden Effekt des Migrationsstatus auf den Zusammenhang zwischen Einschränkungen in ADL/IADL und der Inanspruchnahme informeller Pflege durch eine Person innerhalb des Haushalts (OR: 1,88; KI: [0,74 – 4,81];  $p > 0,10$ ). Dahingegen gab es eine marginal signifikante Moderation des Migrationsstatus in der Assoziation zwischen Einschränkungen in ADL/IADL und der Inanspruchnahme informeller Pflege durch eine Person außerhalb des Haushalts (OR: 0,69; KI: [0,45 – 1,05];  $p < 0,10$ ). Letzteres zeigte sich auch in der Interaktionsanalyse ohne Adjustierung der Kontrollvariablen aufgeführt in Tabelle A9 (OR: 0,69; KI: [0,45 – 1,05];  $p < 0,10$ ). Bei der Unterscheidung zwischen Migrant\*innen der ersten und der zweiten Generation zeigte sich keine signifikante Moderation des Migrationsstatus auf den Zusammenhang zwischen der Inanspruchnahme von informeller Pflege durch eine Person innerhalb des Haushalts (erste Generation: OR: 1,52; KI: [0,51 – 4,51];  $p > 0,10$ ; zweite Generation: OR: 2,95; KI [0,56 – 15,38];  $p > 0,10$ ) oder durch eine Person außerhalb des Haushalts (erste Generation: OR: 0,75; KI: [0,45 – 1,26];  $p > 0,10$ ; zweite Generation: OR: 0,60; KI: [0,32 – 1,13];  $p > 0,10$ ; s. Tabelle A10).

**Tabelle 3:** Die moderierende Rolle des Migrationsstatus in der Assoziation zwischen Einschränkungen in ADL/IADL und informeller Pflege. Ergebnisse gepoolter, multipler logistischer Regressionen mit Interaktionsanalyse.

	Informelle Pflege innerhalb des Haushalts				Informelle Pflege von außerhalb des Haushalts			
	Total	Kein Migrations-hintergrund	Migrations-hintergrund	Interaktions-analyse (Total)	Total	Kein Migrations-hintergrund	Migrations-hintergrund	Interaktions-analyse (Total)
Mindestens eine Einschränkung in ADL/ IADL	<b>8,12***</b> (5,58 – 11,83)	<b>7,76***</b> (5,08 – 11,84)	<b>13,46***</b> (5,23 – 34,63)	7,15*** (4,71 – 10,84)	<b>2,12***</b> (1,73 – 2,60)	<b>2,28***</b> (1,81 – 2,87)	<b>1,67*</b> (1,09 – 2,57)	2,31*** (1,84 – 2,89)
Migrations-hintergrund	0,98 (0,51 – 1,90)			0,62 (0,28 – 1,34)	0,96 (0,75 – 1,22)			1,10 (0,92 – 1,31)
Interaktion: Migrations-hintergrund x Einschränkungen in ADL/IADL				1,88 (0,74 – 4,81)				<b>0.69+</b> (0,45 – 1,05)
Kontrollvariablen Konstante	ja 0,01*** (0,00 – 0,05)	ja 0,00*** (0,00 – 0,05)	ja 0,04 (0,00 – 5,25)	ja 0,01*** (0,00 – 0,06)	ja 0,14*** (0,06 – 0,34)	ja 0,20** (0,07 – 0,58)	ja 0,06** (0,01 – 0,36)	ja 0,14*** (0,06 – 0,34)
Beobachtungen	2047	1577	438	2047	5539	4302	1237	5539
Pseudo R <sup>2</sup>	0,30	0,28	0,42	0,30	0,05	0,05	0,05	0,05

\*\*\* p<0,001, \*\* p<0,01, \* p<0,05, + p<0,10

Odds Ratios werden angezeigt, 95%-Konfidenzintervalle in Klammern

Zu den Kontrollvariablen gehören Alter, Geschlecht, Bildungsniveau, Familienstand, Haushaltsgröße, Anzahl der Kinder, selbst wahrgenommener Gesundheitszustand, Anzahl der chronischen Krankheiten, Depressionsskala EURO-D, Einkommen, kognitiver Funktionsindex

## **5. Diskussion**

Ziel der durchgeführten Analyse war es, auf der Grundlage einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe zu untersuchen, ob der Migrationsstatus eine moderierende Rolle in dem Zusammenhang zwischen Einschränkungen in ADL/IADL und der Inanspruchnahme formeller sowie informeller häuslicher Pflege in Deutschland einnimmt. Dabei wurde angestrebt, die Heterogenität der Bevölkerungsgruppe mit Migrationshintergrund bestmöglich darzustellen. Die genutzten Daten des SHARE haben sich dabei aus unterschiedlichen Gründen als bedingt geeignet gezeigt, obwohl sie im Rahmen einer repräsentativen Erhebung gesammelt wurden. Es zeigte sich, dass für die Erbringung reliabler Ergebnisse migrationssensibler Forschung die konsequente Umsetzung eines diversitätssensiblen Studiendesigns unabdingbar ist. Daher sollen im Folgenden neben der Vorstellung und kritischen Einordnung der wichtigsten Ergebnisse unterschiedliche theoretische Ansätze migrationssensibler Forschungsdesigns vorgestellt werden. Die Herausforderungen der praktischen Umsetzung diversitätssensiblen Vorgaben sollen zudem diskutiert und die Implementierung in der aktuellen Untersuchung überprüft werden. Zuletzt sollen Stärken und Limitationen der Arbeit besprochen und ein Ausblick für zukünftige Forschung aufgezeigt werden.

### **5.1. Wichtigste Ergebnisse und deren Einordnung vor dem Hintergrund bisheriger Forschung**

In den Regressionsanalysen zeigte sich mehrheitlich, dass Beeinträchtigungen in ADL/IADL signifikant mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme von formeller und informeller häuslicher Pflege verbunden sind. Dies galt für die unterschiedlichen Pflegeformen und für die unterschiedlichen Migrationsstatus. Einzige Ausnahme ist die Untersuchung bezüglich der Inanspruchnahme von Essen auf Rädern, bei der dieser Zusammenhang statistisch nicht signifikant ausfiel (s. Tabelle A8). Diese Abweichungen sind allerdings in Anbetracht der niedrigen Fallzahlen einzuordnen (Inanspruchnahme von Essen auf Rädern bei Personen mit Migrationshintergrund  $n = 17$ , erste Generation  $n = 10$ , zweite Generation  $n = 7$ ; s. Tabelle 1). So kann insgesamt der positive Zusammenhang zwischen Einschränkungen in ADL/IADL und der Inanspruchnahme von Pflege, der die Basis der durchgeführten Interaktionsanalyse darstellt und dessen Bestehen für die

Durchführung dieser Studie angenommen wurde, bestätigt werden. Dies ist konsistent mit früheren Untersuchungen und plausibel, da die Pflegebedürftigkeit einer Person gewisse Einschränkungen ihrer Selbstständigkeit voraussetzt (Dale et al., 2008; Kadushin, 2004; Slivinske et al., 1998).

Ein direkter Zusammenhang zwischen dem Migrationsstatus und der Inanspruchnahme der unterschiedlichen Pflegeformen wurde in der vorliegenden Arbeit nicht festgestellt. Damit wird unterstrichen, dass ein Migrationshintergrund für sich stehend die Inanspruchnahme von formeller oder informeller Pflege nicht beeinflusst und Moderationsanalysen für den weiteren Erkenntnisgewinn sinnvoll sind. Letztere zeigten in den Hauptanalysen, dass der Migrationsstatus die Effektstärke des Zusammenhanges zwischen Einschränkungen in ADL/IADL und der Inanspruchnahme von formeller Pflege sowie informeller Pflege einer Person innerhalb des Haushalts nicht signifikant moderiert. Ein marginal signifikant moderierender Effekt des Migrationsstatus wurde in dem Zusammenhang zwischen Einschränkungen in ADL/IADL und der Inanspruchnahme von informeller Pflege einer Person außerhalb des Haushalts aufgezeigt. Dies kann darauf hindeuten, dass der Zusammenhang bei Menschen mit Migrationshintergrund in der Tendenz stärker ausgeprägt ist als bei Personen ohne Migrationsgeschichte. In den zusätzlich durchgeführten Analysen zeigte sich zudem bei der zweiten Generation mit Migrationshintergrund eine marginal signifikante Moderation des Migrationsstatus auf den Zusammenhang zwischen Einschränkungen in ADL/IADL und der Inanspruchnahme von formeller Pflege und der Nutzung von Essen auf Rädern. Diese marginal signifikanten Ergebnisse ( $p < 0,1$ ) außerhalb des offiziellen Signifikanzniveaus ( $p < 0,05$ ) könnten statistische Trends anzeigen, sind aber aufgrund der geringen Fallzahlen in den jeweiligen Subgruppen fraglich reliabel und sind mit Vorsicht zu interpretieren. Eine Durchführung der Berechnungen ohne die Adjustierung der Kontrollvariablen hatte keine Konsequenz auf die Ergebnisse. Entgegen der aufgestellten Arbeitshypothesen zeigen die Ergebnisse weder, dass der Zusammenhang zwischen Beeinträchtigungen in ADL/IADL und der Inanspruchnahme informeller Pflege bei Personen mit Migrationshintergrund stärker ausgeprägt ist als bei Personen ohne Migrationshintergrund, noch, dass der Zusammenhang zwischen Beeinträchtigungen in ADL/IADL und der Inanspruchnahme formeller Pflege bei Personen mit Migrationshintergrund weniger stark ausgeprägt ist als bei Personen ohne Migrationshintergrund.

Diese Ergebnisse sind übereinstimmend mit der bereits beschriebenen repräsentativen Erhebung des Bundesamts für Gesundheit zur Wirkung des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG) und des ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG I) aus dem Jahr 2016, in der keine Unterschiede der in Anspruch genommenen Leistungsarten der Pflegeversorgung in Privathaushalten zwischen älteren Personen mit und ohne Migrationshintergrund festgestellt wurden (Bundesgesundheitsministerium, 2017). Den Ergebnissen folgend hätten die in der Einleitung beschriebenen sprachlichen und kulturellen Hürden bei der Inanspruchnahme formeller Leistungen sowie die Unterschiede bzgl. der Informiertheit über das Pflegesystem und das dargestellte Defizit an kultursensibler Ausrichtung der Pflege mehrheitlich keine Konsequenz auf die Nutzung und Art der Pflege von Menschen mit Migrationshintergrund (Hackmann et al., 2018; Yılmaz-Aslan et al., 2021). Die erläuterten Schwierigkeiten bestehen zwar vermutlich, aber gemäß den Ergebnissen nicht in einem Ausmaß, das die Inanspruchnahme einer Pflegeart beeinflusst. Zudem unterstreichen die Ergebnisse dieser Studie die Theorie, dass das informelle Versorgungspotential von Familien mit Migrationshintergrund u.a. durch die räumliche Verteilung von Familienmitgliedern und die zunehmende Erwerbstätigkeit von Frauen abnimmt und sich die Inanspruchnahme von formellen Pflegeleistungen an die der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund angleicht (Hackmann et al., 2018; Krobisch et al., 2014; Yılmaz-Aslan et al., 2021).

Bei der Interpretation und Einordnung der Ergebnisse in oben genannter Weise ist anzumerken, dass die Heterogenität der Bevölkerungsgruppe mit Migrationshintergrund nicht adäquat berücksichtigt wird. Im Nachfolgenden soll aufgezeigt werden, inwiefern diese fehlende differenzierte Betrachtungsweise die Validität der Interpretation der Ergebnisse kompromittiert.

### **5.1.1. Relevanz migrationssensibler Forschungsdesigns**

Ohne die Sicherstellung der konsequenten Umsetzung migrations- bzw. diversitätssensibler Forschungsprozesse wird die Validität der Ergebnisse auf zwei Arten eingeschränkt. Zum einen kann in Frage gestellt werden, ob in der SHARE-Erhebung Menschen mit Migrationshintergrund, insbesondere vulnerable Gruppen, angemessen also tatsächlich in einem repräsentativen Umfang erreicht und rekrutiert werden konnten, um eine valide statistische Abbildung etwaiger

Versorgungsunterschiede zu ermöglichen. Zum anderen wird die Bedeutung einer Erkenntnis zur Versorgung von Personen mit Migrationshintergrund in Anbetracht der starken Heterogenität der Gruppe abgeschwächt, insofern als dass nicht eindeutig ist, für welche Subgruppen der Erkenntnisgewinn gilt.

Der Größenumfang und die deklarierte Repräsentativität der Erhebung sind große Vorteile der SHARE-Daten. Dem entgegen steht, dass ohne Fokussierung des Studiendesigns auf bestimmte Gruppen der älteren Personen mit Migrationshintergrund (z.B. nach einem Herkunftsland) die Stichprobengröße dieser Subgruppen nicht ausreicht, um valide Erkenntnisse differenziert zu gewinnen. Zudem kann ohne migrationssensibles Vorgehen bei der Rekrutierung der Studienteilnehmenden nicht detektiert werden, ob Personen mit Migrationshintergrund in adäquatem Umfang eingeschlossen wurden. Letzteres gilt auch für andere vulnerable Gruppen, die aus unterschiedlichen Gründen gesellschaftlich marginalisiert werden und bei Studien, die nicht explizit deren Teilhabe forcieren, häufig unterrepräsentiert sind. So weisen verhältnismäßig wenige Personen aus der Stichprobe Einschränkungen in ADL/IADL auf und diese häufig nur zu einer geringen Ausprägung. Es kann vermutet werden, dass Pflegebedürftige mit stärkeren Einschränkungen keine Kapazitäten haben an ausführlichen Interviews teilzunehmen oder in stationären Einrichtungen versorgt werden und damit in einer Befragung der Privathaushalte nicht repräsentiert werden können.

Bei älteren Personen mit Migrationshintergrund können sich Indikatoren wie Migrationszeitpunkt, Herkunftsland, Sprachkenntnisse, Aufenthaltsstatus und Religionszugehörigkeit auf die Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung auswirken (Butler et al., 2007; Schumann et al., 2019). Hierfür sprechen auch die Ergebnisse gruppenspezifischer Studien, die eine unterschiedliche Inanspruchnahme pflegerischer Versorgung konstatieren (Ar & Karanci, 2019; Hackmann et al., 2018; Volkert & Risch, 2017; Yılmaz-Aslan et al., 2021). Schon bei der Berücksichtigung der unterschiedlichen Generationen von Personen mit Migrationshintergrund fällt auf, wie groß die Diskrepanz zwischen den Lebensrealitäten der Personen mit Migrationshintergrund sein kann: Die zweite Generation (in dieser Studie 39,3 %) haben ihr Leben in Deutschland verbracht und sind sehr wahrscheinlich weniger mit kulturellen oder sprachlichen Barrieren konfrontiert als Migrant\*innen der ersten Generation. Bei letzteren hängt dieser



Effekt stark vom Zeitpunkt der Migration ab. In dieser Stichprobe kam die Mehrheit der Personen mit eigener Migrationsgeschichte vor mindestens zwanzig Jahren nach Deutschland und hatte somit Zeit, mögliche Hürden abzubauen und sich an die Bedingungen des Gesundheits- bzw. Pflegesystems anzupassen (s. Abb. 5). Demnach scheint es plausibel, dass in der vorliegenden Arbeit der Migrationsstatus die Inanspruchnahme von Pflege nicht signifikant moderierte. Gleichzeitig ist es problematisch, eine Projektion der Ergebnisse aus dieser Studienpopulation auf die Gesamtheit der Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund vorzunehmen. Für die Belastbarkeit von Ergebnissen migrationspezifischer sozialepidemiologischer Forschung ist die angemessene Berücksichtigung der Heterogenität von Personen mit Migrationshintergrund entscheidend. Um der Relevanz dieser differenzierten Betrachtungsweise Ausdruck zu verleihen, sollen im folgenden Abschnitt methodisch-theoretische Überlegungen für einen diversitätssensiblen Forschungsprozess beschrieben, im Anschluss Herausforderungen sowie Lösungsansätze der praktischen Umsetzung beleuchtet und abschließend die vorliegende Studie hinsichtlich ihrer Migrationssensibilität untersucht werden.

### **5.1.2. Theoretische Ansätze migrationssensibler Forschung**

In der sozialepidemiologischen Forschung stehen sich zwei gegensätzlich wirkende Überlegungen gegenüber: Einerseits das Streben nach der Berücksichtigung einer potenziellen Migrationsgeschichte, um die statistische Sichtbarkeit der betroffenen Personen und die Aufdeckung struktureller Ungleichheiten zu ermöglichen. Andererseits soll die Heterogenität der Gruppe beachtet und nachteilige Folgewirkungen wie Stigmatisierung und ein *Othering* von Personen mit Migrationshintergrund vermieden werden (Samkange-Zeeb & Mlinaric, 2021). Die Forschungsprojekte IMIRA I und II des RKI haben sich in den Jahren 2016 bis 2023 explizit mit den Möglichkeiten eines Ausbaus des diversitätsorientierten Gesundheitsmonitorings beschäftigt. In diesem Rahmen formulierten Kajikhina et al. (2023) Empfehlungen zur Erhebung und Auswertung migrationsbezogener Determinanten in der Public Health-Forschung. Diese sollen Aspekte der Migrations- oder Fluchtgeschichte, Diskriminierungs- und Rassismuserfahrung sowie strukturelle und lebensweltbezogene Faktoren erfassen, da „gesundheitliche Risiken und Ungleichheiten [...] nicht allein durch eine (vermeintliche) Migrationsgeschichte erklärt werden [können]“ (Kajikhina et al., 2023, S. 58). Dabei

umfassen die empfohlenen Mindestindikatoren das Geburtsland und dasjenige der Eltern, die Staatsangehörigkeit, das Jahr der Einreise, den Aufenthaltsstatus und vorhandene Deutschkenntnisse. Zusätzlich werden soziale und migrationsbezogene Indikatoren (Migrationsmotive, selbstberichtete Diskriminierung, soziale Unterstützung und subjektives Zugehörigkeitsgefühl zur Gesellschaft) sowie strukturelle Faktoren (sozioökonomische Position, subjektiver Sozialstatus, Arbeitsbedingung und Wohnsituation) berücksichtigt (Kajikhina et al., 2023).

Bei der Konzeptualisierung von Forschungsprozessen sollte für jede Fragestellung abgewogen werden, inwiefern die Kategorie des Migrationshintergrundes oder die Berücksichtigung von nationalstaatlichen, migrations- und kulturbedingten Determinanten einen Mehrwert bringt (Kluge & Rau, 2021). In einem Einwanderungsland mit einer postmigrantischen, pluralen Gesellschaft kann eine Migrationsgeschichte selbst nicht (mehr) als hinreichende Analyse- und Erklärungskategorie herangezogen werden (Foroutan, 2015, 2019; Hill & Yildiz, 2018). Um die unterschiedlichen Einflussfaktoren angemessen einzubeziehen, wird in der sozialepidemiologischen Migrations- sowie Antidiskriminierungs- und Gleichstellungsforschung die Intersektionalität als vielversprechender Forschungsansatz gehandelt, der auch im Bereich der Public Health-Forschung Anwendung finden soll (Ahyoud, 2018; Bauer & Scheim, 2019; Ghasemi et al., 2021; Green et al., 2017; Mlinaric & Ulrich, 2021). Das intersektionale Konzept betrachtet Kategorien wie Alter, Geschlecht, sexuelle Identität und Orientierung, Migrationsgeschichte, ethnische Zugehörigkeit, rassistische Diskriminierungserfahrungen, Religion und Schichtzugehörigkeit als miteinander verbunden und sich gegenseitig beeinflussend (Collins & Bilge, 2020). Die intersektionale Perspektive stellt eine Möglichkeit dar, die Komplexität sozialer Ungleichheit in den Wechselwirkungen und Abhängigkeiten dieser unterschiedlichen sozialstrukturellen Determinanten zu erfassen (Foroutan, 2019; Kajikhina et al., 2023).

### **5.1.3. Herausforderungen und Lösungsansätze der praktischen Umsetzung diversitätssensibler Forschungsprozesse**

Die Umsetzung eines diversitätssensiblen Forschungsdesigns ist mit Herausforderungen verbunden, die nicht nur das methodische Konzept, sondern

auch die praktische Rekrutierung und damit verbundene Repräsentativität der Studie betreffen.

In bevölkerungsweiten Gesundheitssurveys ist die adäquate Repräsentanz von Personen mit Migrationshintergrund nicht notwendigerweise gegeben (Borgmann et al., 2019; Schenk, 2021). Dies beruht einerseits auf Faktoren, die per se die Erreichbarkeit von Studienteilnehmenden negativ bedingen (Sprachbarriere, Unterbringung in Gemeinschaftsunterkünften, illegalisierter Aufenthaltsstatus) und damit die Definition der betrachteten Grundgesamtheit begrenzen (bspw. Deutschsprechende in Privathaushalten), und andererseits auf einem Nonresponse-Bias, also dem systematischen Ausfall von Personen mit Migrationshintergrund, der durch die Teilnahmebedingungen und die subjektiven Teilnahmemotive beeinflusst wird (Schenk, 2021; Weischer, 2007). So gelten Untersuchungssurveys als besonders voraussetzungsreich und eine fehlende Teilnahmebereitschaft kann durch Misstrauen vor Kontaktaufnahme sowie Vorbehalte hinsichtlich der Studienteilnahme bedingt sein. Letzteres ist meist durch Unwissen oder mangelnde Information bezüglich des Konzeptes und des Nutzens von Forschungsprozessen verursacht und ist „Ausdruck einer ungesicherten und benachteiligten Lebenssituation mit Migrationskontext“ (Schenk, 2021, S. 203).

Um die adäquate Repräsentanz von Menschen mit Migrationshintergrund durch eine migrationsspezifische Rekrutierung und diversitätssensible Datenerhebung zu ermöglichen, müssen also besondere Anstrengungen unternommen werden, die mit einem erhöhten zeitlichen und personellen ergo finanziellen Aufwand einhergehen (Saß et al., 2015; Schenk, 2021). Folgende Kriterien werden dabei als wichtig anerkannt: 1) Überwindung von Sprachbarrieren durch Übersetzung von Fragebögen und Einsatz von Dolmetscher\*innen sowie Überprüfung der abgefragten Items auf ihre interkulturelle Konstruktäquivalenz (d.h. die Erfassung gleicher zugrunde liegender Dimensionen bei unterschiedlichen kulturellen Hintergründen) (Behr et al., 2015; Schenk, 2021); 2) Vertrauensbildung z.B. durch Partizipation und kultursensible Arbeit einschließlich einer Reflektion über subgruppenspezifische Themen; 3) Berücksichtigung von soziokulturellen Faktoren, wie beispielweise Geschlechterrollen in den Erhebungssituationen (Borgmann et al., 2019) und 4) Strategien zur verstärkten migrationsspezifischen Rekrutierung, hierzu wird eine Kombination aus der registerbasierten Ziehung einer Zufallsstichprobe aus Einwohnermelderegistern einschließlich der anschließenden

persönlichen Kontaktierung und der Rekrutierung über Schlüsselpersonen in einem sozialen Netzwerk empfohlen (Reiss et al., 2012; Schenk, 2021).

Um die Anwendung von diversitätssensibler Datenerhebung transparent zu machen, wird die Einführung von verpflichtend zu bilanzierenden Standards vorgeschlagen, die den Zugang zur Studienteilnahme unabhängig vom sozialen und kulturellen Kontext sicherstellen sollen (Schenk, 2021; Schenk & Neuhauser, 2005). Zurzeit sind solche Standards noch nicht implementiert und auch wenn der Fokus auf diversitätsorientierte Forschungsprozesse in den letzten Jahren gewachsen ist, gibt es erst wenige Datenquellen, die differenzierte Analysen und migrationsspezifische Auswertungen ermöglichen. In den Gesundheitswissenschaften sind, neben kleineren lokalen Primärstudien sowie qualitativen Arbeiten, hier vor allem die Gesundheitssurveys des RKI sowie das sozioökonomische Panel (SOEP) als positive Beispiele zu nennen (Bartig et al., 2023; Dyck et al., 2019). Auch in den migrationsspezifischen Studien muss aber häufig ein Fokus auf größere Subgruppen (z.B. anhand des Herkunftslandes) gesetzt werden, da eine differenzierte Betrachtung des Migrationsstatus aufgrund von zu geringen Subgruppengrößen oftmals nicht möglich ist bzw. keine statistisch validen Erkenntnisse liefert.

#### **5.1.4. Umsetzung migrationssensibler Praktiken in der vorliegenden Arbeit**

Die vorliegende Studie hat angestrebt, die Heterogenität der Bevölkerungsgruppe mit Migrationshintergrund zu berücksichtigen. Die bevölkerungsrepräsentativen Daten der SHARE-Erhebung waren dabei aus unterschiedlichen Gründen bedingt geeignet. Primär ist anzumerken, dass das Zugangskriterium „gute Deutschkenntnisse“ die Grundgesamtheit der betrachteten Bevölkerung dahingehend eingrenzt, dass Menschen mit schlechteren Deutschkenntnissen, die i.d.R. einen Migrationshintergrund aufweisen, nicht eingeschlossen wurden. Die Studie gilt als bevölkerungsrepräsentativ, was u.a. eine Chancengleichheit auf Studienteilnahme bedeutet und damit aus einer diversitätsorientierten Perspektive auch die Rücksichtnahme auf Minderheiten implizieren sollte. So kann die Repräsentativität in Anbetracht des Zugangskriteriums der Sprachkenntnisse zumindest kritisch hinterfragt werden. Bezüglich migrationsspezifischer Determinanten wurden in der SHARE-Erhebung Geburtsland und das der Eltern,

Einreisezeitpunkt und Staatsbürgerschaft abgefragt. Die von Kajikhina et. al. (2023) beschriebenen Mindestindikatoren würden noch den Aufenthaltstitel und Deutschkenntnisse ergänzen; der Aufenthaltstitel wurde nicht abgefragt und gute Deutschkenntnisse vorausgesetzt. Die erweiterten migrationsspezifischen Indikatoren wie Migrationsmotiv, Diskriminierungserfahrungen und subjektives Zugehörigkeitsgefühl wurden nicht abgefragt, strukturelle Faktoren wie der sozioökonomische Status und die Wohnsituation aber berücksichtigt.

In der statistischen Auswertung dieser Arbeit konnte in Nebenanalysen die Unterscheidung zwischen Migrant\*innen der ersten und zweiten Generation erfolgen (s. Tabelle A5 – A8 und A10). Die Ergebnisse differenziert nach den Migrationsgenerationen sind aufgrund der kleinen Gruppengrößen jedoch mit Vorsicht zu interpretieren und daher nicht in die Hauptanalyse eingeflossen, in der nur die Kategorisierung mit und ohne Migrationshintergrund erfolgte. Weitere Differenzierungen nach Geburtsland, Einreisezeitpunkt und Staatsbürgerschaft konnten zwar deskriptiv dargestellt, aber aufgrund der kleinen Subgruppengrößen nicht in den Analysen berücksichtigt werden (s. Kapitel 4.2). Zudem ist der Mehrwert der Betrachtung der Staatsbürgerschaft ohne die ergänzende Information über den Aufenthaltsstatus als fraglich zu werten.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass die SHARE-Daten zwar wichtige Aspekte migrationssensibler Forschung berücksichtigen, aber den neuen Ansätzen zur differenzierten Betrachtung der Bevölkerungsgruppe mit Migrationshintergrund nicht vollständig gerecht werden. Dabei ist zu bedenken, dass sich repräsentative Bevölkerungssurveys nicht für die Beantwortung aller Fragestellungen eignen können und gezieltere Studien ergänzend durchgeführt werden müssen, um z.B. die Versorgungssituation einzelner, kleinerer Zielgruppen darzustellen.

## **5.2. Stärken und Limitationen**

Die Stärken dieser Arbeit liegen in der ausführlichen Darstellung der Einflussfaktoren auf die Versorgungssituation älterer Menschen mit Migrationshintergrund. Dabei wurden die Relevanz und die Komplexität der Thematik nicht nur anhand der Beschreibung theoretischer Grundlagen deutlich, sondern auch im Hinblick auf Fragen der praktischen Umsetzung und Aussagekraft migrationssensibler Studiendesigns. Die Arbeit trägt zu der Repräsentanz von Personen mit Migrationshintergrund in der Gesundheits- und

Versorgungsforschung bei, die durch die postmigrantische Pluralität der deutschen Gesellschaft zunehmend in den Fokus gerückt wird. Insbesondere Forschungsvorhaben über die Versorgungssituation älterer Personen mit Migrationsgeschichte gewinnen vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung an Bedeutung. Es wurde dargestellt, wie sich ein Migrationserlebnis in unterschiedlicher Weise auf die gesundheitliche Lage sowie auf Einflussfaktoren für die Inanspruchnahme medizinischer oder pflegerischer Versorgung auswirken kann. Für einen gleichberechtigten Zugang zum Gesundheits- und Pflegesystem ist es notwendig, diese besonderen Umstände bei versorgungsrelevanten Entscheidungen auf politischer oder institutioneller Ebene zu antizipieren. So konnte beispielsweise der Bedarf einer interkulturellen Öffnung und der damit verbundenen Veränderungen für die Pflegeversorgung festgeschrieben werden. In der Ausarbeitung der Thematik wurde außerdem deutlich, dass die Datenlage in den meisten Bereichen noch unzulänglich ist und es belastbarer Studien im Rahmen diversitätsorientierter Versorgungsforschung bedarf. Hierzu wurden die aktuellen Konzepte eines migrationssensiblen Gesundheitsmonitorings sowie das Potential einer intersektionalen Perspektive vorgestellt. Diese neuen Ansätze vereint, dass sie den Begriff Migrationshintergrund und die damit einhergehende Kategorisierung vermeiden, um die Heterogenität der Bevölkerungsgruppe zu berücksichtigen und kein *Othering* zu fördern. Die daraus resultierenden Herausforderungen für Studiendesigns und deren Umsetzung wurde ausführlich besprochen. Eine weitere Stärke der Arbeit ergibt sich aus der Verwendung der landesweit repräsentativen Stichprobe des SHARE-Datensatzes, um die Fragestellung nach der Moderation des Migrationsstatus auf den Zusammenhang zwischen Einschränkungen in ADL/IADL und der Inanspruchnahme von Pflege in einer flächendeckenden Analyse zu beleuchten. Die abhängigen Variablen formelle und informelle Pflege konnten sinnvoll in verschiedenen Arten der häuslichen Pflege unterteilt werden und die unabhängige Variable ADL/IADL wurde anhand etablierter Skalen gemessen. Es wurde versucht, alle migrationsrelevanten Determinanten, die in der SHARE-Studie erhoben wurden, für eine heterogene Darstellung des Migrationsstatus zu nutzen. Zudem konnten in erweiterten Analysen die erste und zweite Generation getrennt voneinander betrachtet werden, auch wenn die statistische Aussagekraft der entsprechenden Berechnungen aufgrund kleiner Subgruppengrößen eingeschränkt war.

Die Limitationen der statistischen Validität beziehen sich auf alle in den Nebenanalysen durchgeführten Untersuchungen, da die Daten keine belastbaren Gruppengrößen in den Subkategorien zuließen. Zudem ist anzumerken, dass ein Selektionsbias bei der Verwendung der SHARE-Daten nicht auszuschließen ist (Malter & Börsch-Supan, 2015, 2017). Wie in den meisten Studien kann davon ausgegangen werden, dass pflegebedürftige Menschen mit Einschränkungen in ADL/IADL in der Erhebung unterrepräsentiert sind. Außerdem wird die adäquate Rekrutierung von Menschen mit Migrationshintergrund aufgrund der vorausgesetzten Kenntnisse der deutschen Sprache als fragwürdig eingestuft. Zudem kann die unvollständige Berücksichtigung migrationssensibler Forschungsanforderungen als Einschränkung der Arbeit eingeordnet werden, auch wenn die Problematik im Diskussionsteil ausführlich erörtert wurde.

### **5.3. Fazit und Ausblick**

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass Einschränkungen in ADL/IADL signifikant mit der Inanspruchnahme von formeller und informeller häuslicher Pflege in Deutschland verbunden sind. Es wurden keine Hinweise darauf gefunden, dass der Migrationsstatus der Befragten diesen Zusammenhang signifikant moderiert. Dies deutet darauf hin, dass eine vergleichbare Pflegeversorgung formeller und informeller Pflege für Personen mit und ohne Migrationshintergrund besteht. Diese Interpretation kann allerdings nur mit Vorsicht für die gesamte Bevölkerung mit Migrationshintergrund angenommen werden, da ein Selektionsbias der Studie nicht ausgeschlossen und die Heterogenität der Bevölkerungsgruppe nicht umfänglich berücksichtigt werden konnte. Weitere Untersuchungen mit einer größeren Stichprobe und einem migrationssensibleren Forschungsdesign wären wünschenswert, um die Rolle des Migrationsstatus bzw. die Rolle spezifischerer migrationsbezogenen Faktoren in dem Zusammenhang zwischen Einschränkungen in ADL/IADL und der Inanspruchnahme von formeller und informeller häuslicher Pflege abschließend zu klären.

Es ist positiv zu verzeichnen, dass zunehmend Bestrebungen unternommen werden, die gesundheitliche Lage und Versorgungssituation von Menschen mit Migrationshintergrund in differenzierter Weise zu beschreiben. Dies ist insbesondere wichtig, um Versorgungsdefizite vulnerabler Gruppen zu detektieren und auf deren Bedarfe gesondert eingehen zu können. In zukünftigen Studien zur

Inanspruchnahme von Pflegeversorgung sollten migrationssensible Forschungsdesigns standardisiert Anwendung finden, um differenzierte Analysen und belastbare Daten zu erhalten. Dabei ist eine migrationsspezifische Rekrutierung, die Überwindung von Sprachbarrieren und die Berücksichtigung soziokultureller Faktoren entscheidend. Zudem kann ein intersektionaler Forschungsansatz einen wichtigen Perspektivwechsel darstellen, um neue Erkenntnisse bezüglich möglicher Ungleichheit in der Pflegeversorgung zu generieren. Von Interesse wäre u.a., inwiefern sich Sprachkenntnisse, die Aufenthaltsdauer, das Herkunftsland, der Aufenthaltstitel und erlebte Diskriminierungserfahrungen auf die Inanspruchnahme einer Pflegeart auswirken. Neben der häuslichen Versorgung sollten zudem die stationären und teilstationären Angebote hinsichtlich ihrer Inanspruchnahme von Pflegebedürftigen mit Migrationsgeschichte untersucht werden, um auch stärker eingeschränkte Pflegebedürftige zu erreichen. Zudem sollte die Umsetzung einer interkulturellen Öffnung in der Pflege vorangetrieben und durch Studien begleitet werden, um den Bedürfnissen aller Personen entgegenzukommen und frühzeitig Strukturen zu etablieren, die vulnerablen Gruppen den Anschluss an die Pflegeversorgung erleichtern.



## **6. Zusammenfassung**

Die vorliegende Arbeit hat die Rolle des Migrationsstatus im Zusammenhang zwischen Einschränkungen in ADL/IADL und formeller sowie informeller häuslicher Pflege in Deutschland untersucht. Dazu wurden Paneldaten der bevölkerungsrepräsentativen SHARE-Erhebung ausgewertet. Der Migrationsstatus wurde in „kein Migrationshintergrund“ und „Migrationshintergrund“ kategorisiert. Die Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL/IADL) wurden anhand gut etablierter Skalen quantifiziert. Die häusliche Pflege wurde in folgende drei Kategorien unterteilt: formelle Pflege, informelle Pflege von einer Person innerhalb und außerhalb des eigenen Haushalts. Die Regressionsanalysen zeigten, dass Einschränkungen in ADL/IADL signifikant die Wahrscheinlichkeit erhöhen, formelle und informelle Pflege in Anspruch zu nehmen. Dies trifft für alle untersuchten Gruppen unabhängig vom Migrationsstatus zu. Es konnte kein signifikanter moderierender Effekt des Migrationsstatus auf den Zusammenhang zwischen Einschränkungen in ADL/IADL und der Inanspruchnahme von Pflege festgestellt werden. Die Arbeit leistet einen Beitrag zu der Repräsentanz von Personen mit Migrationshintergrund in der Versorgungsforschung und erläutert die Relevanz sowie die Herausforderungen migrationssensibler Studien.

## **7. Abstract**

The aim of this study was to clarify the role of migration status in the link between impairments in ADL/IADL and the use of formal as well as informal home care in Germany. Cross-sectional data were used from the representative SHARE-Survey. Migration status was quantified as no migration background and migration background. ADL and IADL were quantified by well-established disability scales. The type of care was categorized as formal care received at home, informal care from someone inside the household and from someone outside the household. Regression analysis showed that impairments in ADL/IADL are significantly linked with an increased likelihood of receipt of formal and informal care. This applies to all respondents regardless of their migration background. However, the analysis could not demonstrate a significant moderating effect of the migration status on the link between impairments in ADL/IADL and the use of care. The work contributes to the representation of people with a migration background in public health research and explains the relevance and challenges of migration-sensitive studies.

## 8. Literaturverzeichnis

- Ahyoud, N. A., Joshua Kwesi; Bartsch, Samera; Bechert, Naomi; Gyamerah, Daniel; Wagner, Lucienne. (2018). *Wer nicht gezählt wird, zählt nicht. Antidiskriminierungs- und Gleichstellungsdaten in der Einwanderungsgesellschaft – eine anwendungsorientierte Einführung*. Vielfalt entscheidet – Diversity in Leadership, Citizens For Europe. [www.vielfaltentscheidet.de/publikationen](http://www.vielfaltentscheidet.de/publikationen)
- Aichberger, M. C., Neuner, B., Hapke, U., Rapp, M. A., Schouler-Ocak, M., & Busch, M. A. (2012). Der Zusammenhang zwischen Migrationsstatus und depressiven Symptomen in der älteren Bevölkerung in Deutschland. *Psychiatrische Praxis*, 39(03), 116-121. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1276936>
- Akbulut, N., & Razum, O. (2022). Why Othering should be considered in research on health inequalities: Theoretical perspectives and research needs. *SSM - Population Health*, 20, 101286. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2022.101286>
- Akbulut, N., Zick, A., & Razum, O. (2020). Conceptualization of Othering in public health. *European Journal of Public Health*, 30(Supplement\_5). <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa165.1175>
- Andersen, R. M. (2008). National health surveys and the behavioral model of health services use. *Med Care*, 46(7), 647-653. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31817a835d>
- Andersen, R. M., Davidson, P. L., & Baumeister, S. E. (2013). Improving access to care in America. In E. Kominski (Ed.), *Changing the U.S. health care system: key issues in health services, policy, and management*. 4th edition. (pp. p. 33 - 69). Jossey-Bass.
- Anderson, P. (2008). » *Ein bisschen dort, ein bisschen hier...*«. (ISBN: 978-3-937170-16-9). Landeshauptstadt München Landeshauptstadt München Sozialreferat/Amt für Soziale Sicherung in Zusammenarbeit mit der Stelle für interkulturelle Arbeit.
- Antidiskriminierungsstelle. (2017). *Handbuch Rechtlicher Diskriminierungsschutz*. (ISBN: 978-3-8487-1811-5). Berlin: Antidiskriminierungsstelle des Bundes.
- Ar, Y., & Karanci, A. N. (2019). Turkish adult children as caregivers of parents with Alzheimer's disease: Perceptions and caregiving experiences. *Dementia*, 18(3), 882-902. <https://doi.org/10.1177/1471301217693400>
- Arnold, M., Razum, O., & Coebergh, J. W. (2010). Cancer risk diversity in non-western migrants to Europe: An overview of the literature. *Eur J Cancer*, 46(14), 2647-2659. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2010.07.050>
- Aslan, M., & Tezcan-Güntekin, H. (2022). Chancen der Enttabuisierung professioneller pflegerischer Unterstützung durch Migrant\*innenorganisationen zur Entlastung pflegender Angehöriger. In M. Breuer & J. Herrlein (Eds.), *Religiöse Migrantengemeinden und ihre Dienstleistungen für ältere Menschen: Zwischen offener Altenarbeit und Altenpflege* (pp. 31-50). Springer Fachmedien Wiesbaden. [https://doi.org/10.1007/978-3-658-37579-9\\_2](https://doi.org/10.1007/978-3-658-37579-9_2)
- Babitsch, B., Gohl, D., & von Lengerke, T. (2012). Re-revisiting Andersen's Behavioral Model of Health Services Use: a systematic review of studies from 1998-2011. *Psychosoc Med*, 9, Doc11. <https://doi.org/10.3205/psm000089>
- Bakx, P., de Meijer, C., Schut, F., & van Doorslaer, E. (2015). Going formal or informal, who cares? The influence of public long-term care insurance. *Health Econ*, 24(6), 631-643. <https://doi.org/10.1002/hec.3050>
- BAMF. (2023). *Das Bundesamt in Zahlen 2022 - Modul Asyl*. (ISBN: 978-3-948289-19-5). Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.

- Bartig, S. (2022). Alter(n) und Migration in Deutschland. Ein Überblick zum Forschungsstand zur Lebenssituation älterer Menschen mit Migrationsgeschichte in Deutschland. *DeZIM Research Notes* 9.
- Bartig, S., Kalkum, D., Le, H. M., & Lewicki, A. (2021). *Diskriminierungsrisiken und Diskriminierungsschutz im Gesundheitswesen – Wissensstand und Forschungsbedarf für die Antidiskriminierungsforschung*.
- Bartig, S., Koschollek, C., Bug, M., Blume, M., Kajikhina, K., Geerlings, J., Starker, A., Hapke, U., Rommel, A., & Hövener, C. (2023). Gesundheit von Menschen mit ausgewählten Staatsangehörigkeiten in Deutschland–Ergebnisse der Studie GEDA Fokus. <https://doi.org/10.1007/s00103-023-03767-4>
- Bauer, G. R., & Scheim, A. I. (2019). Methods for analytic intercategory intersectionality in quantitative research: Discrimination as a mediator of health inequalities. *Social Science & Medicine*, 226, 236-245. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.12.015>
- Behr, D., Braun, M., & Dorer, B. (2015). Messinstrumente in internationalen Studien. *GESIS–Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften (GESIS Survey Guidelines)*. [https://doi.org/10.15465/sdm-sg\\_006](https://doi.org/10.15465/sdm-sg_006)
- Beigang, S., Fetz, K., Kalkum, D., & Otto, M. (2017). *Diskriminierungserfahrungen in Deutschland. Ergebnisse einer Repräsentativ- und einer Betroffenenbefragung*. Baden-Baden: Antidiskriminierungsstelle des Bundes.
- Bergmann, M. K., T., De Luca, G., & Scherpenzeel, A. (2019). Survey participation in the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE), Wave 1-7. Based on Release 7.0.0. SHARE Working Paper Series 41-2019. Munich: SHARE-ERIC.
- Bermejo, I., Hölzel, L. P., Kriston, L., & Härter, M. (2012). Subjektiv erlebte Barrieren von Personen mit Migrationshintergrund bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 55(8), 944-953. <https://doi.org/10.1007/s00103-012-1511-6>
- BiB. (2023). *Bevölkerung mit Migrationshintergrund und ausländische Bevölkerung nach den 10 häufigsten Herkunftsländern (2021)*. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung. Retrieved 18.06.2023 from [https://www.bib.bund.de/Permalink.html?cms\\_permaid=13782578](https://www.bib.bund.de/Permalink.html?cms_permaid=13782578)
- BMI. (2023). *Aktuelle Zahlen aus dem Ausländerzentralregister*. Retrieved 29.03.2023 from <https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/kurzmeldungen/DE/2022/10/ukraine-zahlen.html>
- Bokberg, C., Ahlstrom, G., & Karlsson, S. (2018). Utilisation of formal and informal care and services at home among persons with dementia: a cross-sectional study. *Scand J Caring Sci*, 32(2), 843-851. <https://doi.org/10.1111/scs.12515>
- Bölük, R., Bräutigam, C., & Cirkel, M. (2017). Gemeinsam zuhause? Birlikte evde? Wohnalternativen für türkische Migrantinnen und Migranten. [https://doi.org/https://doi.org/10.1007/978-3-658-34386-6\\_11](https://doi.org/https://doi.org/10.1007/978-3-658-34386-6_11)
- Borde, T., David, M., & Kentenich, H. (2002). Erwartungen und Zufriedenheit deutscher und türkischsprachiger Patientinnen im Krankenhaus-eine vergleichende Befragung in einer Berliner Frauenklinik. *Das Gesundheitswesen*, 64(8/9), 476-485. <https://doi.org/10.1055/s-2002-33775>
- Borgmann, L.-S., Waldhauer, J., Bug, M., Lampert, T., & Santos-Hövener, C. (2019). Zugangswege zu Menschen mit Migrationshintergrund für die epidemiologische Forschung – eine Befragung von Expertinnen und Experten. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 62(11), 1397-1405. <https://doi.org/10.1007/s00103-019-03036-3>

- Börsch-Supan, A. (2019a). Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 5. Release version: 7.1.0. SHARE-ERIC. Data set. <https://doi.org/10.6103/SHARE.w5.710>
- Börsch-Supan, A. (2019b). Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 6. Release version: 7.1.0. SHARE-ERIC. Data set. <https://doi.org/10.6103/SHARE.w6.710>
- Börsch-Supan, A., S. Gruber. (2020). easySHARE. Release version: 7.1.0. SHARE-ERIC. Data set. <https://doi.org/10.6103/SHARE.easy.710>
- Bousmah, M. A., Combes, J. S., & Abu-Zaineh, M. (2019). Health differentials between citizens and immigrants in Europe: A heterogeneous convergence. *Health Policy*, 123(2), 235-243. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.12.005>
- Brand, T. (2019). Dimensionen gesundheitlicher Ungleichheit. In R. Haring (Ed.), *Gesundheitswissenschaften* (pp. 445-456). Springer Berlin Heidelberg. [https://doi.org/10.1007/978-3-662-58314-2\\_41](https://doi.org/10.1007/978-3-662-58314-2_41)
- Braun, G., & Zeeb, H. (2021). Gesundheitliche Dimension von Rassismus und Diskriminierung. In J. Spallek & H. Zeeb (Eds.), *Handbuch Migration und Gesundheit: Grundlagen, Perspektiven und Strategien*. Hogrefe AG. <https://doi.org/10.1024/85995-000>
- Brause, M., Reutin, B., Schott, T., & Yilmaz-Aslan, Y. (2010). Migration und gesundheitliche Ungleichheit in der Rehabilitation. Versorgungsbedarf und subjektive Bedürfnisse türkischer und türkischstämmiger Migrant (inn) en im System der medizinischen Rehabilitation. Abschlussbericht. *Bielefeld: Universität Bielefeld-Fakultät für Gesundheitswissenschaften*.
- Brothers, T. D., Theou, O., & Rockwood, K. (2014). Frailty and migration in middle-aged and older Europeans. *Arch Gerontol Geriatr*, 58(1), 63-68. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2013.07.008>
- Brzoska, P., Ellert, U., Kimil, A., Razum, O., Sass, A. C., Salman, R., & Zeeb, H. (2015). Reviewing the topic of migration and health as a new national health target for Germany. *Int J Public Health*, 60(1), 13-20. <https://doi.org/10.1007/s00038-014-0617-z>
- Brzoska, P., & Razum, O. (2015). Erreichbarkeit und Ergebnisqualität rehabilitativer Versorgung bei Menschen mit Migrationshintergrund. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 58(6), 553-559. <https://doi.org/10.1007/s00103-015-2144-3>
- Bundesgesundheitsministerium. (2011). *Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“ im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit* (Bericht zu den Repräsentativerhebungen. TNS Infratest Sozialforschung, Issue.
- Bundesgesundheitsministerium. (2017). *Abschlussbericht: Studie zur Wirkung des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG) und des ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG I)*.
- Bundesgesundheitsministerium. (2022). *Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung (Stand: April 2022)*.
- Bundesgesundheitsministerium. (2023). *Ratgeber Pflege. Alles, was Sie zum Thema Pflege wissen sollten*. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/user\\_upload/148x210\\_BMG\\_Ratgeber\\_Pflege\\_2301\\_RZ\\_BF.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/user_upload/148x210_BMG_Ratgeber_Pflege_2301_RZ_BF.pdf)
- Bundesinnenministerium. (2001). *Zuwanderung gestalten - Integration fördern: Bericht der Unabhängigen Kommission "Zuwanderung"*. Bundesministerium des Innern, Öffentlichkeitsarbeit.
- Bundesinnenministerium. (2021). *Gemeinsam die Einwanderungsgesellschaft gestalten: Bericht der Fachkommission der Bundesregierung zu den Rahmenbedingungen der Integrationsfähigkeit*. Bundesministerium des Innern und für Heimat.

- Butler, J., Albrecht, N.-J., Ellsäßer, G., Gavranidou, M., Habermann, M., Lindert, J., & Weilandt, C. (2007). Migrationssensible Datenerhebung für die Gesundheitsberichterstattung. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 50(10), 1232-1239. <https://doi.org/10.1007/s00103-007-0333-4>
- Carvalho, N., Meylan, L., Blanco, J. M., Fustinoni, S., Abolhassani, N., & Santos-Eggimann, B. (2019). Gender differences regarding opinions on long-term care arrangements: A study of community-dwelling older adults. *Arch Gerontol Geriatr*, 83, 195-203. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2019.03.018>
- Clausen, H. (2012). *Ambulant oder stationär - die ökonomische Vorteilhaftigkeit der Angebotsformen in der Pflege* Staats- und Universitätsbibliothek Hamburg Carl von Ossietzky]. <https://ediss.sub.uni-hamburg.de/handle/ediss/4797>
- Collins, P. H., & Bilge, S. (2020). *Intersectionality*. John Wiley & Sons.
- Cremer, H. (2013). Die Asyldebatte in Deutschland: 20 Jahre nach dem "Asylkompromiss". *Essay*, 14. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-349368>
- Dale, B., Saevareid, H. I., Kirkevold, M., & Soderhamn, O. (2008). Formal and informal care in relation to activities of daily living and self-perceived health among older care-dependent individuals in Norway. *Int J Older People Nurs*, 3(3), 194-203. <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2008.00122.x>
- de Meijer, C. A. M., Koopmanschap, M. A., Koolman, X. H. E., & van Doorslaer, E. K. A. (2009). The role of disability in explaining long-term care utilization. *Med Care*, 47(11), 1156-1163. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3181b69fa8>
- Destatis. (2013). *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund - Ergebnisse des Mikrozensus 2012*. Retrieved 11.01.2024 from [https://www.statistischebibliothek.de/mir/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft\\_derivate\\_00037311/2010220127004\\_korr21032017.pdf](https://www.statistischebibliothek.de/mir/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00037311/2010220127004_korr21032017.pdf)
- Destatis. (2020). *Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse 2019*.
- Destatis. (2022a). *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund - Ergebnisse des Mikrozensus 2021*. Retrieved 11.01.2024 from [https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Publikationen/Downloads-Migration/migrationshintergrund-2010220217004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Publikationen/Downloads-Migration/migrationshintergrund-2010220217004.pdf?__blob=publicationFile)
- Destatis. (2022b). *Pflegebedürftige nach Versorgungsart, Geschlecht und Pflegegrade 2021*. Statistisches Bundesamt (Destatis). Retrieved 06.04.2023 from <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Tabellen/pflegebeduerftige-pflegestufe.html>
- Destatis. (2023a). *Bevölkerung in Privathaushalten nach Migrationshintergrund*. Statistisches Bundesamt (Destatis). Retrieved 20.03.2023 from <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Tabellen/migrationshintergrund-geschlecht-insgesamt.html>
- Destatis. (2023b). *Migrationshintergrund*. Statistisches Bundesamt (Destatis). Retrieved 20.03.2023 from <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Glossar/migrationshintergrund.html>
- Destatis. (2023c). *Personen mit Migrationshintergrund*. Statistisches Bundesamt (Destatis). Retrieved 21.03.2023 from <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Methoden/Erlauterungen/migrationshintergrund.html>

- Duell, D., Lindeboom, M., Koolman, X., & Portrait, F. (2019). Practice variation in long-term care access and use: The role of the ability to pay. *Health Econ*, 28(11), 1277-1292. <https://doi.org/10.1002/hec.3940>
- Dupraz, J., Henchoz, Y., & Santos-Eggimann, B. (2020). Formal home care use by older adults: trajectories and determinants in the Lc65+ cohort. *BMC Health Serv Res*, 20(1), 22. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4867-6>
- Dyck, M., Wenner, J., Wengler, A., Bartig, S., Fischer, F., Wandschneider, L., Santos-Hövenner, C., & Razum, O. (2019). Migration und Gesundheit in Deutschland – eine Bestandsaufnahme der Datenquellen. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 62(8), 935-942. <https://doi.org/10.1007/s00103-019-02973-3>
- Fischer, B., & Müller, K.-U. (2020). Bessere Vereinbarkeit von Beruf und Pflege kann Zielkonflikt zwischen Renten-und Pflegepolitik lösen. *DIW Wochenbericht*, 87(46), 853-860. [https://doi.org/https://doi.org/10.18723/diw\\_wb:2020-46-1](https://doi.org/https://doi.org/10.18723/diw_wb:2020-46-1)
- Foroutan, N. (2015). *Die postmigranitsche Gesellschaft*. Bundeszentrale für politische Bildung. <https://www.bpb.de/themen/migration-integration/kurzdosiers/205190/die-postmigranitsche-gesellschaft/>
- Foroutan, N. (2019). *Die postmigranitsche Gesellschaft: ein Versprechen der pluralen Demokratie*. Transcript. <https://doi.org/10.14361/9783839442630>
- Gerlach, H., Abholz, H.-H., Koc, G., Yilmaz, M., & Becker, N. (2012). Ich möchte als Migrant auch nicht anders behandelt werden. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 88(2), 77-85. <https://doi.org/https://doi.org/10.3238/fa.2012.0077-0085>
- Gerlach, H., Becker, N., Fuchs, A., Wollny, A., & Abholz, H. (2008). Diskriminierung von Schwarzen[1] aufgrund ihrer Hautfarbe? Ergebnisse von Focusgruppendifkussionen mit Betroffenen im deutschen Gesundheitswesen. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes)*, 70(1), 47-53. <https://doi.org/10.1055/s-2007-1022524>
- Ghasemi, E., Majdzadeh, R., Rajabi, F., Vedadhir, A., Negarandeh, R., Jamshidi, E., Takian, A., & Faraji, Z. (2021). "Applying Intersectionality in designing and implementing health interventions: a scoping review". *BMC Public Health*, 21(1), 1407. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11449-6>
- Giannoni, M., Franzini, L., & Masiero, G. (2016). Migrant integration policies and health inequalities in Europe. *BMC Public Health*, 16, 463. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3095-9>
- Gladis, S., Kowoll, M., & Schröder, J. (2014). Versorgungssituation älterer Menschen mit Migrationshintergrund in der Pflege (VäMP). Studie im Auftrag des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familien, Frauen und Senioren Baden-Württemberg, mit Unterstützung der Robert Bosch Stiftung.
- Green, M. A., Evans, C. R., & Subramanian, S. V. (2017). Can intersectionality theory enrich population health research? *Social Science & Medicine*, 178, 214-216. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.02.029>
- Habermann, M., & Biedermann, H. (2021). Pflegeversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund. In J. Spallek & H. Zeeb (Eds.), *Handbuch Migration und Gesundheit: Grundlagen, Perspektiven und Strategien*. Hogrefe AG. <https://doi.org/10.1024/85995-000>
- Hackmann, T., Huschik, G., Maetzel, J., Schmutz, S., Sulzer, L., & Vollmer, J. (2018). *Pflege- und Unterstützungsbedarf sogenannter vulnerabler Gruppen. Schlussbericht*. Bonn: Bundesministerium für Gesundheit.

- Halonen, P., Raitanen, J., Jamsen, E., Enroth, L., & Jylha, M. (2019). Chronic conditions and multimorbidity in population aged 90 years and over: associations with mortality and long-term care admission. *Age Ageing*, 48(4), 564-570. <https://doi.org/10.1093/ageing/afz019>
- Hanewinkel, V. (2021). *Integration und Integrationspolitik in Deutschland*. Bundeszentrale für politische Bildung. <https://www.bpb.de/themen/migration-integration/laenderprofile/deutschland/344036/integration-und-integrationspolitik-in-deutschland/>
- Hapke, U., Maske, U., Scheidt-Nave, C., Bode, L., Schlack, R., & Busch, M. (2013). Chronischer Stress bei Erwachsenen in Deutschland. 56(5/6). <https://doi.org/10.1007/s00103-013-1690-9>
- Harris, S. J., & Dowson, J. H. (1982). Recall of a 10-word list in the assessment of dementia in the elderly. *Br J Psychiatry*, 141, 524-527. <https://doi.org/10.1192/bjp.141.5.524>
- Heien, T., & Heckmann, J. (2017). *Alterssicherung in Deutschland 2015 (ASID 2015) – Endbericht*. (ISSN 0174-4992). München: Bundesministeriums für Arbeit und Soziales.
- Hermes-Moll, K., Hempler, I., & Knauf, W. (2020). Krebserkrankte mit Migrationshintergrund in Deutschland. *InFo Hämatologie + Onkologie*, 23(11), 74-78. <https://doi.org/10.1007/s15004-020-8292-0>
- Hill, M., & Yildiz, E. (2018). *Postmigrantisches Visionen: Erfahrungen–Ideen–Reflexionen*. transcript Verlag.
- Hoebel, J., Rattay, P., Prütz, F., Rommel, A., & Lampert, T. (2016). Socioeconomic Status and Use of Outpatient Medical Care: The Case of Germany. *PLoS One*, 11(5). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0155982>
- Hoffmann, E., & Romeu Gordo, L. (2016). Lebenssituation älterer Menschen mit Migrationshintergrund. In *Datenreport 2016: ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland* (pp. 64-73). Bundeszentrale für Politische Bildung. <https://doi.org/https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-66382-7>
- Hoffmann, S., & Spallek, J. (2018). Migration, Gesundheit und soziale Lage. *Public Health Forum*, 26(4), 345-348. <https://doi.org/doi:10.1515/pubhef-2018-0107>
- Jacobs, K., Kuhlmeier, A., Greß, S., Klauber, J., & Schwinger, A. (2021). *Pflege-Report 2021: Sicherstellung der Pflege: Bedarfslagen und Angebotsstrukturen*. Springer Nature. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/978-3-662-63107-2>
- Kadushin, G. (2004). Home health care utilization: a review of the research for social work. *Health Soc Work*, 29(3), 219-244. <https://doi.org/10.1093/hsw/29.3.219>
- Kajikhina, K., Koschollek, C., Sarma, N., Bug, M., & Wengler, A. (2023). Empfehlungen zu Erhebung und Analyse migrationsbezogener Determinanten in der Public-Health-Forschung. *J Health Monit*, 8(1), 55–77. <https://doi.org/10.25646/11093>
- Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A., & Jaffe, M. W. (1963). Studies of Illness in the Aged. The Index of Adl: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. *JAMA*, 185, 914-919. <https://doi.org/10.1001/jama.1963.03060120024016>
- Kibele, E., Scholz, R., & Shkolnikov, V. M. (2008). Low migrant mortality in Germany for men aged 65 and older: fact or artifact? *European Journal of Epidemiology*, 23(6), 389-393. <https://doi.org/10.1007/s10654-008-9247-1>
- Klein, J., & von dem Knesebeck, O. (2018). Inequalities in health care utilization among migrants and non-migrants in Germany: a systematic review. *Int J Equity Health*, 17(1), 160. <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0876-z>

- Klie, T., & Pfundstein, T. (2010). Kommunale Pflegeplanung zwischen Wettbewerbsneutralität und Bedarfsorientierung. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 43(2), 91-97. <https://doi.org/10.1007/s00391-009-0063-3>
- Kluge, U., & Rau, L. (2021). Kritische Betrachtung des Begriffes und der Definition eines „Migrationshintergrundes“. In J. Spallek & H. Zeeb (Eds.), *Handbuch Migration und Gesundheit: Grundlagen, Perspektiven und Strategien* Hogrefe AG. <https://doi.org/10.1024/85995-000>
- Kohls, M. (2015). Sterberisiken von Migranten. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 58(6), 519-526. <https://doi.org/10.1007/s00103-015-2140-7>
- Kowoll, M. E., Meyer-Kuhling, I., Degen, C., Gladis, S., Zeier, P., & Schroder, J. (2018). Elderly migrants in outpatient and inpatient care services in Baden-Württemberg/Germany. *Psychiatry Res*, 260, 130-137. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.11.059>
- Krobisch, V., Ikiz, D., & Schenk, L. (2014). *Pflegesituation von türkeistämmigen älteren Migranten und Migrantinnen in Berlin. Endbericht für das ZQP*. <https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Abschlussbericht-Pflegesituation-Migranten.pdf>
- Kuhlmeiy, A., & Budnick, A. (2023). Pflegende Angehörige in Deutschland: Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbstätigkeit. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 1-7. <https://doi.org/10.1007/s00103-023-03687-3>
- Lambotte, D., De Donder, L., Van Regenmortel, S., Fret, B., Dury, S., Smetcoren, A. S., Dierckx, E., De Witte, N., Verte, D., & Kardol, M. J. M. (2018). Frailty differences in older adults' use of informal and formal care. *Arch Gerontol Geriatr*, 79, 69-77. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2018.05.018>
- Lampert, T., Hoebel, J., Kuntz, B., & Waldhauer, J. (2019). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In (pp. 155-164). [https://doi.org/10.1007/978-3-662-58314-2\\_14](https://doi.org/10.1007/978-3-662-58314-2_14)
- Lampert, T., Richter, M., Schneider, S., Spallek, J., & Dragano, N. (2016). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 59(2), 153-165. <https://doi.org/10.1007/s00103-015-2275-6>
- Lavie, C. J., Milani, R. V., & Ventura, H. O. (2009). Obesity and cardiovascular disease: risk factor, paradox, and impact of weight loss. *J Am Coll Cardiol*, 53(21), 1925-1932. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2008.12.068>
- Mackenbach, J. P. (2006). *Health inequalities: Europe in profile*. Produced by COI for the Department of Health of the United Kingdom.
- Maddox, A. (2021). Lebenssituationen älterer Geflüchteter in Deutschland. *Kurzanalyse des BAMF, Ausgabe 05|2021*. <https://doi.org/https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-73268-3>
- Malaguarnera, M., Vacante, M., Frazzetto, P. M., & Motta, M. (2013). What is the frailty in elderly? Value and significance of the multidimensional assessments. *Arch Gerontol Geriatr*, 56(1), 23-26. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2011.09.017>
- Malter, F., & Börsch-Supan, A. (2015). *SHARE Wave 5: Innovations & Methodology*.
- Malter, F., & Börsch-Supan, A. (2017). *SHARE Wave 6: Panel innovations and collecting Dried Blood Spots*.
- Marquardt, G., Delkic, E., & Motzek, T. (2016). Wenn Migranten alt werden – Das Altenpflegesystem zwischen Versorgungslücken und Entwicklungspotenzialen. *ifo Dresden berichtet*, 23(1), 26-32.



- Medienmacher\*innen. (2022). *Wörter- verzeichnis der Neuen deutschen Medienmacher\*innen (NdM) mit Formulierungshilfen, Erläuterungen und alternativen Begriffen für die Berichterstattung in der Einwanderungsgesellschaft*. [www.glossar.neuemedienmacher.de](http://www.glossar.neuemedienmacher.de)
- Mergenthaler, A. (2012a). Gesundheitliche Resilienz im Alter: Theoretische und konzeptionelle Grundlagen. In A. Mergenthaler (Ed.), *Gesundheitliche Resilienz: Konzept und Empirie zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheit im Alter* (pp. 57-77). VS Verlag für Sozialwissenschaften. [https://doi.org/10.1007/978-3-531-19231-4\\_3](https://doi.org/10.1007/978-3-531-19231-4_3)
- Mergenthaler, A. (2012b). Soziale Ungleichheit der Gesundheit im Alter. In A. Mergenthaler (Ed.), *Gesundheitliche Resilienz: Konzept und Empirie zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheit im Alter* (pp. 35-55). VS Verlag für Sozialwissenschaften. [https://doi.org/10.1007/978-3-531-19231-4\\_2](https://doi.org/10.1007/978-3-531-19231-4_2)
- Mlinaric, M., & Ulrich, H.-S. (2021). „Intersektionalität“ als De-Zentrierung und kritischer Perspektivwechsel in der sozialepidemiologischen Migrationsforschung. In J. Spallek & H. Zeeb (Eds.), *Handbuch Migration und Gesundheit: Grundlagen, Perspektiven und Strategien*. Hogrefe AG. <https://doi.org/10.1024/85995-000>
- Mogar, M., & von Kutzleben, M. (2015). Demenz in Familien mit türkischem Migrationshintergrund. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 48(5), 465-472. <https://doi.org/10.1007/s00391-014-0802-y>
- Nesterko, Y., & Glaesmer, H. (2019). Warum fragen wir nicht direkt nach? *Psychologische Rundschau*, 70(2), 101-108. <https://doi.org/10.1026/0033-3042/a000399>
- Nowossadeck, S., Klaus, D., Romeu Gordo, L., & Vogel, C. (2017). *Migrantinnen und Migranten in der zweiten Lebenshälfte* (Report Altersdaten Issue. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-55395-5>
- Panagiotidis, J. (2015). *Aussiedler/Spätaussiedler*. Retrieved 18.06.2023 from [www.omelexikon.uni-oldenburg.de/p32717](http://www.omelexikon.uni-oldenburg.de/p32717)
- Panagiotidis, J. (2021). Zur Geschichte der Migration nach und aus Deutschland und Europa seit dem 19. Jahrhundert. In J. Spallek & H. Zeeb (Eds.), *Handbuch Migration und Gesundheit: Grundlagen, Perspektiven und Strategien* Hogrefe AG. <https://doi.org/10.1024/85995-000>
- Petschel, A., & Will, A.-K. (2020). Migrationshintergrund – ein Begriff, viele Definitionen. Ein Überblick auf Basis des Mikrozensus 2018. *WISTA – Wirtschaft und Statistik*, 72(5), 78-90.
- Prince, M. J., Reischies, F., Beekman, A. T., Fuhrer, R., Jonker, C., Kivela, S. L., Lawlor, B. A., Lobo, A., Magnusson, H., Fichter, M., van Oyen, H., Roelands, M., Skoog, I., Turrina, C., & Copeland, J. R. (1999). Development of the EURO-D scale--a European, Union initiative to compare symptoms of depression in 14 European centres. *Br J Psychiatry*, 174, 330-338. <https://doi.org/10.1192/bjp.174.4.330>
- Razum, O. (2009). Migration, Mortalität und der Healthy-migrant-Effekt<sup>1</sup>. In M. Richter & K. Hurrelmann (Eds.), *Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (pp. 267-282). VS Verlag für Sozialwissenschaften. [https://doi.org/10.1007/978-3-531-91643-9\\_15](https://doi.org/10.1007/978-3-531-91643-9_15)
- Reiss, K., Makarova, N., Spallek, J., Zeeb, H., & Razum, O. (2012). Identifizierung und Rekrutierung von Menschen mit Migrationshintergrund für epidemiologische Studien in Deutschland. *Das Gesundheitswesen*. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1321768>
- Reus-Pons, M., Mulder, C. H., Kibele, E. U. B., & Janssen, F. (2018). Differences in the health transition patterns of migrants and non-migrants aged 50 and older in southern and western Europe (2004-2015). *BMC Med*, 16(1), 57. <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1044-4>

- RKI. (2015). Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, gemeinsam getragen vom Robert Koch-Institut und Destatis. <https://doi.org/10.17886/rkipubl-2015-003>
- Rommel, A., Saß, A.-C., Born, S., & Ellert, U. (2015). Die gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund und die Bedeutung des sozioökonomischen Status. *58*(6). <https://doi.org/10.1007/s00103-015-2145-2>
- Rothgang, H. (2023). Zur Notwendigkeit einer Finanz- und Strukturreform der Pflegeversicherung. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, *66*(5), 498-507. <https://doi.org/10.1007/s00103-023-03695-3>
- Rudel, M., Abraham, M., & Görtler, E. (2017). Pflegepräferenzen und regionale Mobilität. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, *50*(3), 200-209. <https://doi.org/10.1007/s00391-015-0991-z>
- Samkange-Zeeb, F., & Mlinaric, M. (2021). Buchteil II: Forschung und Theorien. In J. Spallek & H. Zeeb (Eds.), *Handbuch Migration und Gesundheit: Grundlagen, Perspektiven und Strategien* (pp. 79). Hogrefe AG. <https://doi.org/10.1024/85995-000>
- Saß, A.-C., Grüne, B., Brettschneider, A.-K., Rommel, A., Razum, O., & Ellert, U. (2015). Beteiligung von Menschen mit Migrationshintergrund an Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts. <https://doi.org/10.1007/s00103-015-2146-1>
- Schenk, L. (2007). Migration und Gesundheit – Entwicklung eines Erklärungs- und Analysemodells für epidemiologische Studien. *International Journal of Public Health*, *52*(2), 87-96. <https://doi.org/10.1007/s00038-007-6002-4>
- Schenk, L. (2021). Vielfalt planen? Methodische Grundlagen eines diversitätssensiblen Forschungsdesigns. In J. Spallek & H. Zeeb (Eds.), *Handbuch Migration und Gesundheit: Grundlagen, Perspektiven und Strategien* Hogrefe AG. <https://doi.org/10.1024/85995-000>
- Schenk, L., Habermann, M., & Pepler, L. (2020). Grundlagen – Zentrale Zuwanderungsgruppen in Deutschland. In *Migration und Alter* (Vol. 9). Walter de Gruyter GmbH. <https://doi.org/https://doi.org/10.1515/9783110563375-001>
- Schenk, L., & Neuhauser, H. (2005). Methodische Standards für eine migrantensensible Forschung in der Epidemiologie. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforsch. Gesundheitsschutz*, *48*(3), 279-286. <https://doi.org/10.1007/s00103-004-0995-0>
- Schenk, L., & Pepler, L. (2020). Erklärungsansätze zum Zusammenhang von Migration und Gesundheit. In *Migration und Alter* (pp. 21-32). De Gruyter. <https://doi.org/https://doi.org/10.1515/9783110563375-003>
- Schenk, L., Sonntag, P.-T., Krobisch, V., & Ruf, V. (2015). Ambulante pflegerische Versorgung älterer türkeistämmiger Migrantinnen und Migranten in Berlin: Eine Online-Befragung von Pflegediensten. ZQP-Abschlussbericht. Berlin: Zentrum für Qualität in der Pflege. <https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Abschlussbericht-Ambulante-Pflegerische-Versorgung-Migranten.pdf>
- Schumann, M., Kajikhina, K., Polizzi, A., Sarma, N., Hoebel, J., Bug, M., Bartig, S., Lampert, T., & Santos-Hövenner, C. (2019). Konzepte für ein migrationssensibles Gesundheitsmonitoring. *Journal of Health Monitoring*, *4*(3), 49-65. <https://doi.org/10.25646/6075>
- SHARE. (2019). *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE)*. <http://www.share-project.org/index.php?id=deutschland>
- Slivinske, L. R., Fitch, V., & Wingerson, N. (1998). The effect of functional disability on service utilization: Implications for long-term care. *Health & social work*, *23*(3), 175-185. <https://doi.org/10.1093/hsw/23.3.175>

- Sonn, U. (1996). Longitudinal studies of dependence in daily life activities among elderly persons. *Scand J Rehabil Med Suppl*, 34, 1-35. <https://doi.org/10.3109/11038129509106798>
- Spallek, J., Arnold, M., Hentschel, S., & Razum, O. (2009). Cancer incidence rate ratios of Turkish immigrants in Hamburg, Germany: A registry based study. *Cancer Epidemiology*, 33(6), 413-418. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.canep.2009.10.006>
- Spallek, J., & Razum, O. (2021). Epidemiologische Erklärungsmodelle für den Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit. In J. Spallek & H. Zeeb (Eds.), *Handbuch Migration und Gesundheit: Grundlagen, Perspektiven und Strategien*. Hogrefe AG. <https://doi.org/10.1024/85995-000>
- Spallek, J., Schumann, M., & Reeske-Behrens, A. (2019). Migration und Gesundheit – Gestaltungsmöglichkeiten von Gesundheitsversorgung und Public Health in diversen Gesellschaften. In R. Haring (Ed.), *Gesundheitswissenschaften* (pp. 527-538). Springer Berlin Heidelberg. [https://doi.org/10.1007/978-3-662-58314-2\\_49](https://doi.org/10.1007/978-3-662-58314-2_49)
- Spallek, J., Zeeb, H., & Razum, O. (2011). What do we have to know from migrants' past exposures to understand their health status? a life course approach. *Emerg Themes Epidemiol*, 8(1), 6. <https://doi.org/10.1186/1742-7622-8-6>
- Spuling, S. M., Cengia, A., & Wettstein, M. (2019). Funktionale und subjektive Gesundheit bei Frauen und Männern im Verlauf der zweiten Lebenshälfte. In C. Vogel, M. Wettstein, & C. Tesch-Römer (Eds.), *Frauen und Männer in der zweiten Lebenshälfte: Älterwerden im sozialen Wandel* (pp. 35-52). Springer Fachmedien Wiesbaden. [https://doi.org/10.1007/978-3-658-25079-9\\_3](https://doi.org/10.1007/978-3-658-25079-9_3)
- Steinbeisser, K., Grill, E., Holle, R., Peters, A., & Seidl, H. (2018). Determinants for utilization and transitions of long-term care in adults 65+ in Germany: results from the longitudinal KORA-Age study. *BMC Geriatr*, 18(1), 172. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0860-x>
- Supik, L. (2017). Wie erfassen andere europäische Staaten den „Migrationshintergrund“. [https://mediendienst-integration.de/fileadmin/Dateien/Expertise\\_Migrationshintergrund\\_andere\\_Laender.pdf](https://mediendienst-integration.de/fileadmin/Dateien/Expertise_Migrationshintergrund_andere_Laender.pdf)
- Thum, M., Delkic, E., Kernitz, A., Kluge, J., Marquardt, G., Motzek, T., Nagl, W., & Zwerschke, P. (2015). *Auswirkungen des demografischen Wandels im Einwanderungsland Deutschland*. (ISBN: 978-3-95861-244-0). Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung
- Travers, J. L., Hirschman, K. B., & Naylor, M. D. (2020). Adapting Andersen's expanded behavioral model of health services use to include older adults receiving long-term services and supports. *BMC geriatrics*, 20(1), 1-16. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1405-7>
- Tsuchiya-Ito, R., Ishizaki, T., Mitsutake, S., Hamada, S., Yoshie, S., Iijima, K., & Tamiya, N. (2020). Association of household income with home-based rehabilitation and home help service utilization among long-term home care service users. *BMC Geriatr*, 20(1), 314. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01704-7>
- Tucci, I., & Yıldız, S. (2012). Das Alterseinkommen von Migrantinnen und Migranten: zur Erklärungskraft von Bildungs- und Erwerbsbiografien. *Viele Welten des Alterns: Ältere Migranten im alternden Deutschland*, 101-126. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/978-3-531-19011-2>
- Vanderheiden, E., & Mayer, C.-H. (2014). *Handbuch Interkulturelle Öffnung. Grundlagen, Best Practice, Tools*. Göttingen.
- Volkert, M., & Risch, R. (2017). *Altenpflege für Muslime: Informationsverhalten und Akzeptanz von Pflegearrangements; im Auftrag der Deutschen Islam Konferenz*. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF), Forschungszentrum Migration, Integration und Asyl (FZ). <https://doi.org/https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-67662-6>

- von Elm, E., Altman, D. G., Egger, M., Pocock, S. C., Gøtzsche, P. C., Vandenbroucke, J. P., & für die, S.-I. (2008). Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE-) Statement. *Der Internist*, 49(6), 688-693. <https://doi.org/10.1007/s00108-008-2138-4>
- Von Lengerke, T., Gohl, D., & Babitsch, B. (2014). Re-visiting the Behavioral Model of Health Care Utilization by Andersen: a review on theoretical advances and perspectives. *Health care utilization in Germany*, 11-28. [https://doi.org/10.1007/978-1-4614-9191-0\\_2](https://doi.org/10.1007/978-1-4614-9191-0_2)
- von Mielecki, K. (2017). *Grenzen des Vorrangs der ambulanten vor der stationären Pflege in der sozialen Pflegeversicherung* (1 ed., Vol. 44). Duncker & Humblot. <https://doi.org/https://doi.org/10.3790/978-3-428-55117-0>
- Walkden, G. J., Anderson, E. L., Vink, M. P., Tilling, K., Howe, L. D., & Ben-Shlomo, Y. (2018). Frailty in older-age European migrants: Cross-sectional and longitudinal analyses of the Survey of Health, Aging and Retirement in Europe (SHARE). *Soc Sci Med*, 213, 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.07.033>
- Weischer, C. (2007). *Sozialforschung*. UVK Verlag. <https://doi.org/10.36198/9783838529240>
- Wilckens, H., König, H.-H., & Hajek, A. (2022). The role of migration status in the link between ADL/IADL and informal as well as formal care in Germany: Findings of the Survey of Health, Aging and Retirement in Europe. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 101, 104669. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.archger.2022.104669>
- Wong, A., Elderkamp-de Groot, R., Polder, J., & van Exel, J. (2010). Predictors of long-term care utilization by Dutch hospital patients aged 65+. *BMC Health Serv Res*, 10, 110. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-110>
- Yılmaz-Aslan, Y., Aksakal, T., Annaç, K., Razum, O., Özer-Erdoğan, I., Tezcan-Güntekin, H., & Brzoska, P. (2021). Diversität in der Pflege am Beispiel von Menschen mit Migrationshintergrund. In M. Bonacker & G. Geiger (Eds.), *Migration in der Pflege: Wie Diversität und Individualisierung die Pflege verändern* (pp. 155-171). Springer Berlin Heidelberg. [https://doi.org/10.1007/978-3-662-61936-0\\_8](https://doi.org/10.1007/978-3-662-61936-0_8)
- Yılmaz-Aslan, Y., Brzoska, P., Berens, E.-M., Salman, R., & Razum, O. (2013). Gesundheitsversorgung älterer Menschen mit türkischem Migrationshintergrund. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 46(4). <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s00391-012-0406-3>
- Zeeb, H. (2022). Onkologische Versorgungssituation von Menschen mit Migrationshintergrund. *Forum*, 37(4), 274-279. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s12312-022-01101-8>
- Zeeb, H., & Brand, T. (2021). Was wissen wir aus empirischen Studien und was nicht? In J. Spallek & H. Zeeb (Eds.), *Handbuch Migration und Gesundheit: Grundlagen, Perspektiven und Strategien*. Hogrefe AG. <https://doi.org/10.1024/85995-000>
- Zhang, W., & Sun, H. (2020). Formal and informal care received by middle-aged and older adults with chronic conditions in Canada: CLSA data. *PLoS One*, 15(7), e0235774. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235774>
- Zimmermann, J., Brijoux, T., & Zank, S. (2022). Erkrankungen, Pflegebedürftigkeit und subjektive Gesundheit im hohen Alter. *D80+ Kurzberichte*, 3, 22. <https://doi.org/https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-76808-6>

## **9. Danksagung**

Mein erster Dank gilt Herrn Prof. Dr. André Hajek, dessen Betreuung, Unterstützung und Vertrauen diese Arbeit für mich ermöglicht hat. Die wohlwollende Supervision habe ich während des gesamten Promotionsvorhabens als sehr wertvoll empfunden und danke ausdrücklich für den inhaltlichen Austausch, die Anregungen und Hilfestellungen.

Weiter möchte ich mich bei Herrn Prof. Dr. König bedanken, der das Voranschreiten der Arbeit durch seine Validierung und seine hilfreichen Beiträge maßgeblich mitgestaltet hat.

Meinen Freundinnen und Freunden danke ich für inspirierende und motivierende Gespräche und Begleitung während der Studiums- und Promotionszeit.

Expliziter Dank gilt Franziska Wilckens und Gustav Buescher, die sich für mich Zeit nahmen, um u.a. diese Arbeit Korrektur zu lesen.

Meinen Eltern danke ich für die geschaffenen Möglichkeiten, für ihre Geduld und ihr unterstützendes Vertrauen.

## 10. Lebenslauf

Entfällt aus datenschutzrechtlichen Gründen.

### Publikationen:

- 02/2022 Wilckens H, König H-H, Hajek A. The role of migration status in the link between ADL/IADL and informal as well as formal care in Germany: Findings of the Survey of Health, Aging and Retirement in Europe. Archives of Gerontology and Geriatrics 2022;101:104669. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.archger.2022.104669>.  
Eigenanteil: Konzeptualisierung, Methodologie, Formale Analyse, Verfassen des Originalentwurfs
- 05/2022 Wilckens H, König H-H, Hajek A. Die medizinische Versorgung von Menschen ohne regulären Aufenthaltsstatus im französischen Gesundheitssystem. Gesundheitswesen 2022;84(12):e53-e57. (In De). DOI: 10.1055/a-1709-1059.  
Eigenanteil: Konzeptualisierung, Methodologie, Formale Analyse, Verfassen des Originalentwurfs

## **11. Eidesstattliche Erklärung**

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Dissertation vom Dekanat der Medizinischen Fakultät mit einer gängigen Software zur Erkennung von Plagiaten überprüft werden kann.

Unterschrift: .....

## 12. Anhang

**Tabelle A1:** Deskriptive Statistik 2 – Gesamt, Kein Migrationshintergrund, Migrant\*innen (erste Generation) und ihre Nachkommen (zweite Generation)

Unabhängige Variablen		Gesamt n/Mean (%/SD)	Migrationsstatus		
			Kein Migrations- hintergrund n/Mean (%/SD)	1. Generation n/Mean (%/SD)	2. Generation n/Mean (%/SD)
Beobachtungen		5717	4433	780	504
Soziodemo- graphische Kontrollvariablen	Geschlecht				
	männlich	2674 (46,8 %)	2090 (47,1 %)	373 (47,8 %)	211 (41,9 %)
	weiblich	3043 (53,2 %)	2343 (52,9 %)	407 (52,2 %)	293 (58,1 %)
	Alter beim Interview in Jahren	64,4 (10,4)	64,6 (10,4)	65,5 (10,9)	61,3 (8,8)
	Migrationshintergrund				
	Kein Migrations- hintergrund	4433 (77,5 %)	4433 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
	Migrationshintergrund	1284 (22,5 %)	0 (0,0 %)	780 (100,0 %)	504 (100,0 %)
	Migrationsstatus				
	Kein Migrations- hintergrund	4433 (77,5 %)	4433 (100,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
	1. Generation	780 (13,6 %)	0 (0,0 %)	780 (100,0 %)	0 (0,0 %)
	2. Generation	504 (8,8 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	504 (100,0 %)
	Bildungsniveau				
	Keine, Elementar- oder Primarbereich (ISCED 0, 1)	96 (1,7 %)	47 (1,1 %)	44 (5,7 %)	5 (1,0 %)
	Sekundarbereich I oder II (ISCED 2, 3)	3675 (64,6 %)	2913 (66,0 %)	437 (56,6 %)	325 (64,6 %)
	Postsekundärer Bereich (ISCED 4 – 6)	1918 (33,7 %)	1454 (32,9 %)	291 (37,7 %)	173 (34,4 %)
	Familienstand				
	Verheiratet oder eingetragene Lebenspartnerschaft	1489 (26,1 %)	1146 (25,9 %)	200 (25,6 %)	143 (28,4 %)
	Verheiratet (getrennt lebend), geschieden, verwitwet oder ledig	4226 (73,9 %)	3285 (74,1 %)	580 (74,4 %)	361 (71,6 %)
	Anzahl an Kindern	2,0 (1,3)	1,9 (1,2)	2,1 (1,4)	1,9 (1,4)
	Größe des Haushaltes				
1	996 (17,4 %)	769 (17,3 %)	135 (17,3 %)	92 (18,3 %)	
2	3606 (63,1 %)	2816 (63,5 %)	495 (63,5 %)	295 (58,5 %)	
3	726 (12,7 %)	547 (12,3 %)	96 (12,3 %)	83 (16,5 %)	
4	289 (5,1 %)	228 (5,1 %)	34 (4,4 %)	27 (5,4 %)	
5	76 (1,3 %)	60 (1,4 %)	12 (1,5 %)	4 (0,8 %)	
6	19 (0,3 %)	8 (0,2 %)	8 (1,0 %)	3 (0,6 %)	
7	5 (0,1 %)	5 (0,1 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	
Nettoeinkommen des Haushaltes	39054,3 (26673,2)	39665,9 (27125,3)	33609,0 (22629,3)	42102,4 (27389,4)	
Gesundheits- bezogene Kontrollvariablen	Selbst eingeschätzte Gesundheit				
	Ausgezeichnet	352 (6,2 %)	280 (6,3 %)	39 (5,0 %)	33 (6,5 %)
	Sehr gut	832 (14,6 %)	670 (15,1 %)	78 (10,0 %)	84 (16,7 %)
	Gut	2273 (39,8 %)	1782 (40,2 %)	290 (37,3 %)	201 (39,9 %)
	Mittelmäßig	1704 (29,8 %)	1281 (28,9 %)	287 (36,9 %)	136 (27,0 %)
	Schlecht	549 (9,6 %)	415 (9,4 %)	84 (10,8 %)	50 (9,9 %)
Anzahl chronischer Erkrankungen	1,2 (1,3)	1,2 (1,3)	1,3 (1,3)	1,2 (1,2)	



	Depressionsskala EURO-D - von 0 bis 12, höhere Werte entsprechen mehr depressiven Symptomen	2,3 (2,0)	2,3 (2,0)	2,5 (2,1)	2,5 (2,2)
	Kognitiver Funktionsindex - von 0 bis 10, höhere Werte entsprechen einer besseren kognitiven Funktion	4,2 (2,2)	4,3 (2,2)	3,9 (2,2)	4,5 (2,1)
ADL / IADL	Einschränkungen in ADL/ IADL				
	Nein	5007 (87,8 %)	3890 (87,9 %)	677 (87,4 %)	440 (87,3 %)
	Ja	698 (12,2 %)	536 (12,1 %)	98 (12,6 %)	64 (12,7 %)
	ADL (höherer Wert entspricht mehr Einschränkungen)				
	0	5126 (89,9 %)	3985 (90,0 %)	697 (89,9 %)	444 (88,1 %)
	1	277 (4,9 %)	211 (4,8 %)	36 (4,6 %)	30 (6,0 %)
	2	136 (2,4 %)	105 (2,4 %)	19 (2,5 %)	12 (2,4 %)
	3	81 (1,4 %)	54 (1,2 %)	15 (1,9 %)	12 (2,4 %)
	4	45 (0,8 %)	35 (0,8 %)	6 (0,8 %)	4 (0,8 %)
	5	40 (0,7 %)	36 (0,8 %)	2 (0,3 %)	2 (0,4 %)
	IADL (höherer Wert entspricht mehr Einschränkungen)				
	0	5302 (92,9 %)	4111 (92,9 %)	713 (92,0 %)	478 (94,8 %)
	1	182 (3,2 %)	139 (3,1 %)	31 (4,0 %)	12 (2,4 %)
	2	89 (1,6 %)	69 (1,6 %)	12 (1,5 %)	8 (1,6 %)
	3	52 (0,9 %)	43 (1,0 %)	8 (1,0 %)	1 (0,2 %)
	4	34 (0,6 %)	25 (0,6 %)	7 (0,9 %)	2 (0,4 %)
	5	46 (0,8 %)	39 (0,9 %)	4 (0,5 %)	3 (0,6 %)
	Einschränkungen in ADL				
	Nein	5126 (89,9 %)	3985 (90,0 %)	697 (89,9 %)	444 (88,1 %)
	Ja	579 (10,1 %)	441 (10,0 %)	78 (10,1 %)	60 (11,9 %)
	Einschränkungen in IADL				
	Nein	5302 (92,9 %)	4111 (92,9 %)	713 (92,0 %)	478 (94,8 %)
	Ja	403 (7,1 %)	315 (7,1 %)	62 (8,0 %)	26 (5,2 %)
Formelle und informelle Pflege (in den letzten 12 Monaten erhalten)	Erhielt formelle Pflege				
	Nein	5188 (91,1 %)	4029 (91,1 %)	698 (90,3 %)	461 (92,0 %)
	Ja	508 (8,9 %)	393 (8,9 %)	75 (9,7 %)	40 (8,0 %)
	Erhielt formelle persönliche Hilfe				
	Nein	5457 (95,8 %)	4231 (95,7 %)	742 (96,0 %)	484 (96,6 %)
	Ja	239 (4,2 %)	191 (4,3 %)	31 (4,0 %)	17 (3,4 %)
	Erhielt formelle Hilfe im Haushalt				
	Nein	5326 (93,5 %)	4136 (93,5 %)	716 (92,6 %)	474 (94,6 %)
	Ja	370 (6,5 %)	286 (6,5 %)	57 (7,4 %)	27 (5,4 %)
	Erhielt Essen auf Rädern				
	Nein	5616 (98,6 %)	4359 (98,6 %)	763 (98,7 %)	494 (98,6 %)
	Ja	80 (1,4 %)	63 (1,4 %)	10 (1,3 %)	7 (1,4 %)
	Erhielt informelle Pflege durch Personen des gleichen Haushalts				
	Nein	1926 (89,7 %)	1481 (89,5 %)	274 (89,8 %)	171 (91,0 %)
	Ja	222 (10,3 %)	174 (10,5 %)	31 (10,2 %)	17 (9,0 %)
	Erhielt informelle Pflege durch Personen außerhalb des eigenen Haushalts				
	Nein	4494 (78,8 %)	3502 (79,1 %)	594 (76,7 %)	398 (79,1 %)
	Ja	1208 (21,2 %)	923 (20,9 %)	180 (23,3 %)	105 (20,9 %)

**Tabelle A2:** Geburtsländer der Personen mit eigener Migrationserfahrung (nach absteigender Häufigkeit)

Geburtsland (insg. 64)	Migrant*innen der 1. Generation (n/%)	
Polen	125	18,5 %
Ehemalige Gebiete des Deutschen Reiches (historisch)	70	10,4 %
Russland	69	10,2 %
Kasachstan	33	4,9 %
Österreich	33	4,9 %
Türkei	32	4,7 %
Tschechoslowakei (historisch)	30	4,4 %
Italien	26	3,8 %
Tschechien	25	3,7 %
Sowjetunion (UdSSR, historisch)	24	3,6 %
Rumänien	23	3,4 %
Jugoslawien (historisch)	16	2,4 %
Niederlande	13	1,9 %
Ungarn	13	1,9 %
Frankreich	9	1,3 %
Kroatien	9	1,3 %
Vereinigten Königreich	9	1,3 %
Bosnien und Herzegowina	8	1,2 %
Kirgisistan	8	1,2 %
Slowenien	8	1,2 %
Belarus	6	0,9 %
China	6	0,9 %
Philippinen	6	0,9 %
Tunesien	6	0,9 %
Slowakei	5	0,7 %
Iran	4	0,6 %
Ukraine	4	0,6 %
Vietnam	4	0,6 %
Griechenland	3	0,4 %
Kosovo	3	0,4 %
Pakistan	3	0,4 %
Belgien	2	0,3 %
Brasilien	2	0,3 %
Finnland	2	0,3 %
Irak	2	0,3 %
Kuba	2	0,3 %
Schweden	2	0,3 %
Serbien	2	0,3 %
Spanien	2	0,3 %
USA	2	0,3 %
Usbekistan	2	0,3 %
Afghanistan	1	0,1 %
Argentinien	1	0,1 %
Australien	1	0,1 %
Bangladesch	1	0,1 %
Bulgarien	1	0,1 %
Chile	1	0,1 %
Estland	1	0,1 %
Haiti	1	0,1 %
Honduras	1	0,1 %
Indonesien	1	0,1 %
Israel	1	0,1 %
Jordanien	1	0,1 %
Lettland	1	0,1 %
Litauen	1	0,1 %
Madagaskar	1	0,1 %
Mosambik	1	0,1 %
Palästina	1	0,1 %
Portugal	1	0,1 %
Schweiz	1	0,1 %
Südafrika	1	0,1 %
Thailand	1	0,1 %
Turkmenistan	1	0,1 %
Uruguay	1	0,1 %

**Tabelle A3:** Geburtsländer der Eltern der zweiten Generation mit Migrationshintergrund (alphabetisch)

Geburtsland (insg. 38)	väterlicherseits (n/%)		mütterlicherseits (n/%)	
	n	%	n	%
Argentinien	-	-	1	0,2 %
Belgien	3	0,6 %	-	-
Bosnien und Herzegowina	1	0,2 %	-	-
Chile	1	0,2 %	-	-
Dänemark	-	-	1	0,2 %
Deutschland	175	34,7 %	191	37,9 %
Ehemalige Gebiete des Deutschen Reiches (historisch)	20	13,9 %	75	14,9 %
Estland	1	0,2 %	1	0,2 %
Frankreich	10	2,0 %	3	0,6 %
Griechenland	1	0,2 %	-	-
Indien	1	0,2 %	-	-
Indonesien	-	-	1	0,2 %
Italien	4	0,8 %	2	0,4 %
Jugoslawien (historisch)	10	2,0 %	7	1,4 %
Kroatien	1	0,2 %	1	0,2 %
Lettland	2	0,4 %	3	0,6 %
Litauen	2	0,4 %	2	0,4 %
Luxemburg	-	-	1	0,2 %
Moldau	5	1,0 %	4	0,8 %
Niederlande	5	1,0 %	4	0,8 %
Österreich	13	2,6 %	12	2,4 %
Österreich-Ungarn (historisch)	2	0,4 %	1	0,2 %
Polen	81	16,1 %	92	18,3 %
Rumänien	14	2,8 %	12	2,4 %
Russland	11	2,2 %	8	1,6 %
Schweden	1	0,2 %	-	-
Schweiz	6	1,2 %	3	0,6 %
Serbien	2	0,4 %	-	-
Slowakei	2	0,4 %	1	0,2 %
Sowjetunion (historisch)	1	0,2 %	-	-
Spanien	2	0,4 %	-	-
Tschechien	28	5,6 %	26	5,2 %
Tschechoslowakei (historisch)	23	4,6 %	34	6,7 %
Türkei	1	0,2 %	1	0,2 %
Ukraine	3	0,6 %	4	0,8 %
Ungarn	18	3,6 %	11	2,2 %
USA	2	0,4 %	-	-
Vereinigtes Königreich	2	0,4 %	2	0,4 %

**Tabelle A4:** Die moderierende Rolle des Migrationsstatus in der Assoziation zwischen Einschränkungen in ADL/IADL und formeller Pflege. Ergebnisse aus nicht adjustierten, gepoolten, multiplen logistischen Regressionen mit Interaktionsanalyse.

	<b>Formelle Pflege</b>			
	Total	Kein Migrations-hintergrund	Migrations-hintergrund	Interaktionsanalyse (Total)
Mindestens eine Einschränkung in ADL/ IADL	<b>53,32***</b> (37,23 – 76,35)	<b>47,04***</b> (31,99 – 69,17)	<b>105,26***</b> (37,16 – 298,18)	47,04*** (31,99 – 69,17)
Migrationshintergrund	0,80 (0,56 – 1,15)			0,41+ (0,14 – 1,15)
Interaktion: Migrations-hintergrund x Einschränkungen in ADL/IADL				2,24 (0,74 – 6,79)
Konstante	0,01*** (0,01 – 0,01)	0,01*** (0,01 – 0,01)	0,00*** (0,00 – 0,01)	0,01*** (0,01 – 0,01)
Beobachtungen	5694	4420	1274	5694
Pseudo R <sup>2</sup>	0,35	0,34	0,41	0,36

\*\*\* p<0,001, \*\* p<0,01, \* p<0,05, + p<0,10

Odds Ratios werden angezeigt, 95%-Konfidenzintervalle in Klammern

**Tabelle A5:** Die moderierende Rolle des Migrationsstatus (differenziert) in der Assoziation zwischen Einschränkungen in ADL/IADL und formeller Pflege. Ergebnisse aus gepoolten, multiplen logistischen Regressionen mit Interaktionsanalyse.

	Formelle Pflege				
	Total	Kein Migrationshintergrund	1. Generation	2. Generation	Interaktionsanalyse (Total)
Mindestens eine Einschränkung in ADL/ IADL	<b>6,21***</b> (4,80 – 8,02)	<b>6,45***</b> (4,81 – 8,66)	<b>8,26***</b> (3,91 – 17,44)	<b>3,83**</b> (1,46 – 10,09)	6,53*** (4,89 – 8,71)
1. Generation	0,89 (0,54 – 1,48)				0,91 (0,60 – 1,39)
2. Generation	ausgelassen				1,39 (0,83 – 2,31)
Interaktion: 1. Generation x Einschränkungen in ADL/IADL					1,06 (0,55 – 2,06)
Interaktion: 2. Generation x Einschränkungen in ADL/IADL					<b>0,48+</b> <b>(0,20 – 1,13)</b>
Kontrollvariablen	ja	ja	ja	ja	ja
Konstante	0,00*** (0,00 – 0,00)	0,00*** (0,00 – 0,00)	0,00*** (0,00 – 0,01)	0,01* (0,00 – 0,43)	0,00*** (0,00 – 0,00)
Beobachtungen	5541	4301	748	370	5541
Pseudo R <sup>2</sup>	0,32	0,33	0,41	0,32	0,32

\*\*\* p<0,001, \*\* p<0,01, \* p<0,05, + p<0,10, Odds

Odds Ratios werden angezeigt, 95%-Konfidenzintervalle in Klammern

Zu den Kontrollvariablen gehören Alter, Geschlecht, Bildungsniveau, Familienstand, Haushaltsgröße, Anzahl der Kinder, selbst wahrgenommener Gesundheitszustand, Anzahl der chronischen Krankheiten, Depressionsskala EURO-D, Einkommen, kognitiver Funktionsindex

**Tabelle A6:** Die moderierende Rolle des Migrationsstatus (differenziert) in der Assoziation zwischen Einschränkungen in ADL/IADL und formeller persönlicher Pflege. Ergebnisse aus gepoolten, multiplen logistischen Regressionen mit Interaktionsanalyse.

	Formelle persönliche Pflege						
	Total	Kein Migrations-hintergrund	Migrations-hintergrund	Interaktions-analyse (Total)	1. Generation	2. Generation	Interaktions-analyse (Total)
Mindestens eine Einschränkung in ADL/ IADL	<b>21,05***</b> (13,68 – 32,37)	<b>18,78***</b> (11,73 – 30,09)	<b>45,16***</b> (13,65 – 149,45)	18,60*** (11,74 – 29,46)	<b>41,29***</b> (9,83 – 173,41)	<b>74,42***</b> (6,91 – 801,10)	18,60*** (11,74 – 29,47)
Migrations-hintergrund	0,82 (0,43 – 1,56)			0,43 (0,15 – 1,24)			
Interaktion: Migrations-hintergrund x Einschränkungen in ADL/IADL				2,11 (0,67 – 6,62)			
1. Generation	0,95 (0,44 – 2,06)						0,47 (0,14 – 1,57)
2. Generation	ausgelassen						0,35 (0,05 – 2,59)
Interaktion: 1. Generation x Einschränkungen in ADL/IADL							1,88 (0,51 – 7,01)
Interaktion: 2. Generation x Einschränkungen in ADL/IADL							2,75 (0,33 – 22,84)
Kontrollvariablen	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Konstante	0,00*** (0,00 – 0,00)	0,00*** (0,00 – 0,01)	0,00*** (0,00 – 0,03)	0,00*** (0,00 – 0,00)	0,00* (0,00 – 0,20)	0,00* (0,00 – 0,46)	0,00*** (0,00 – 0,00)
Beobachtungen	5541	4301	1011	5541	636	370	5541
Pseudo R <sup>2</sup>	0,40	0,40	0,46	0,40	0,46	0,55	0,40

\*\*\* p<0,001, \*\* p<0,01, \* p<0,05, + p<0,10, Odds

Odds Ratios werden angezeigt, 95%-Konfidenzintervalle in Klammern

Zu den Kontrollvariablen gehören Alter, Geschlecht, Bildungsniveau, Familienstand, Haushaltsgröße, Anzahl der Kinder, selbst wahrgenommener Gesundheitszustand, Anzahl der chronischen Krankheiten, Depressionsskala EURO-D, Einkommen, kognitiver Funktionsindex

**Tabelle A7:** Die moderierende Rolle des Migrationsstatus (differenziert) in der Assoziation zwischen Einschränkungen in ADL/IADL und formeller häuslicher Pflege. Ergebnisse aus gepoolten, multiplen logistischen Regressionen mit Interaktionsanalyse.

	Formelle häusliche Pflege						
	Total	Kein Migrationshintergrund	Migrationshintergrund	Interaktionsanalyse (Total)	1. Generation	2. Generation	Interaktionsanalyse (Total)
Mindestens eine Einschränkung in ADL/ IADL	<b>4,88***</b> (3,64 – 6,55)	<b>5,29***</b> (3,77 – 7,41)	<b>4,29***</b> (2,28 – 8,07)	5,29*** (3,81 – 7,35)	<b>5,30***</b> (2,36 – 11,89)	<b>2,95+</b> (0,99 – 8,79)	5,28*** (3,80 – 7,34)
Migrationshintergrund	0,94 (0,57 – 1,55)			1,13 (0,76 – 1,67)			
Interaktion: Migrationshintergrund x Einschränkungen in ADL/IADL				0,71 (0,39 – 1,32)			
1. Generation							1,05 (0,65 – 1,68)
2. Generation							1,29 (0,70 – 2,37)
Interaktion: 1. Generation x Einschränkungen in ADL/IADL							0,88 (0,43 – 1,81)
Interaktion: 2. Generation x Einschränkungen in ADL/IADL							0,46 (0,17 – 1,24)
Kontrollvariablen	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Konstante	0,00*** (0,00 – 0,00)	0,00*** (0,00 – 0,00)	0,00*** (0,00 – 0,00)	0,00*** (0,00 – 0,00)	0,00*** (0,00 – 0,00)	0,00** (0,00 – 0,20)	0,00*** (0,00 – 0,00)
Beobachtungen	5541	4301	1082	5541	674	370	5541
Pseudo R <sup>2</sup>	0,31	0,32	0,32	0,31	0,37	0,31	0,31

\*\*\* p<0,001, \*\* p<0,01, \* p<0,05, + p<0,10, Odds

Odds Ratios werden angezeigt, 95%-Konfidenzintervalle in Klammern

Zu den Kontrollvariablen gehören Alter, Geschlecht, Bildungsniveau, Familienstand, Haushaltsgröße, Anzahl der Kinder, selbst wahrgenommener Gesundheitszustand, Anzahl der chronischen Krankheiten, Depressionsskala EURO-D, Einkommen, kognitiver Funktionsindex

**Tabelle A8:** Die moderierende Rolle des Migrationsstatus (differenziert) in der Assoziation zwischen Einschränkungen in ADL/IADL und dem Erhalt von Essen auf Rädern. Ergebnisse aus gepoolten, multiplen logistischen Regressionen mit Interaktionsanalyse.

	Formelle Pflege: Essen auf Rädern						
	Total	Kein Migrations-hintergrund	Migrations-hintergrund	Interaktions-analyse (Total)	1. Generation	2. Generation	Interaktions-analyse (Total)
Mindestens eine Einschränkung in ADL/ IADL	<b>5,68***</b> ( <b>3,06 – 10,54</b> )	<b>7,49***</b> ( <b>3,61 – 15,52</b> )	2,02 (0,54 – 7,62)	<b>8,15***</b> (4,01 – 16,58)	<b>8,07+</b> ( <b>0,93 – 70,32</b> )	0,79 (0,07 – 8,43)	<b>7,96***</b> (3,92 – 16,18)
Migrations-hintergrund	1,81 (0,76 – 4,34)			2,31+ (0,98 – 5,42)			
Interaktion: Migrations-hintergrund x Einschränkung in ADL/IADL				<b>0,23*</b> ( <b>0,07 – 0,81</b> )			
1. Generation	0,43 (0,14 – 1,29)						1,36 (0,44 – 4,22)
2. Generation	ausgelassen						5,02** (1,75 – 14,43)
Interaktion: 1. Generation x Einschränkung in ADL/IADL							0,38 (0,08 – 1,82)
Interaktion: 2. Generation x Einschränkung in ADL/IADL							<b>0,12*</b> ( <b>0,02 – 0,73</b> )
Kontrollvariablen	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Konstante	0,00*** (0,00 – 0,00)	0,00*** (0,00 – 0,00)	0,01+ (0,00 – 2,65)	0,00*** (0,00 – 0,00)	0,00 (0,00 – 13,69)	0,18 (0,00 – 5049,40)	0,00*** (0,00 – 0,00)
Beobachtungen	5541	4025	1039	5541	567	370	5541
Pseudo R <sup>2</sup>	0,28	0,31	0,23	0,28	0,42	0,36	0,29

\*\*\* p<0,001, \*\* p<0,01, \* p<0,05, + p<0,10, Odds

Odds Ratios werden angezeigt, 95%-Konfidenzintervalle in Klammern

Zu den Kontrollvariablen gehören Alter, Geschlecht, Bildungsniveau, Familienstand, Haushaltsgröße, Anzahl der Kinder, selbst wahrgenommener Gesundheitszustand, Anzahl der chronischen Krankheiten, Depressionsskala EURO-D, Einkommen, kognitiver Funktionsindex



**Tabelle A9:** Die moderierende Rolle des Migrationsstatus in der Assoziation zwischen Einschränkungen in ADL/IADL und informeller Pflege. Ergebnisse aus nicht adjustierten, gepoolten, multiplen logistischen Regressionen mit Interaktionsanalyse.

	Informelle Pflege innerhalb des Haushalts				Informelle Pflege von außerhalb des Haushalts			
	Total	Kein Migrations-hintergrund	Migrations-hintergrund	Interaktions-analyse (Total)	Total	Kein Migrations-hintergrund	Migrations-hintergrund	Interaktions-analyse (Total)
Mindestens eine Einschränkung in ADL/ IADL	<b>18,53**</b> * <b>(13,26 – 25,91)</b>	<b>16,82***</b> <b>(11,61 – 24,36)</b>	<b>27,72***</b> <b>(12,43 – 61,81)</b>	16,82*** (11,61 – 24,36)	<b>3,19***</b> <b>(2,70 – 3,77)</b>	<b>3,48***</b> <b>(2,87 – 4,20)</b>	<b>2,40***</b> <b>(1,69 – 3,40)</b>	3,48*** (2,87 – 4,20)
Migrations-hintergrund	0,87 (0,60 – 1,27)			0,61 (0,28 – 1,30)	1,09 (0,93 – 1,26)			1,16+ (0,98 – 1,37)
Interaktion: Migrations-hintergrund x Einschränkung in ADL/IADL				1,65 (0,68 – 3,99)				<b>0,69+</b> <b>(0,45 – 1,05)</b>
Konstante	0,03*** (0,02 – 0,04)	0,03*** (0,03 – 0,05)	0,02*** (0,01 – 0,04)	0,03*** (0,03 – 0,05)	0,22*** (0,20 – 0,24)	0,22*** (0,20 – 0,24)	0,25*** (0,22 – 0,29)	0,22*** (0,20 – 0,24)
Beobachtungen	2146	1653	493	2146	5697	4422	1275	5697
Pseudo R <sup>2</sup>	0,25	0,24	0,30	0,25	0,03	0,03	0,02	0,03

\*\*\* p<0,001, \*\* p<0,01, \* p<0,05, + p<0,10

Odds Ratios werden angezeigt, 95%-Konfidenzintervalle in Klammern

**Tabelle A10:** Die moderierende Rolle des Migrationsstatus (differenziert) in der Assoziation zwischen ADL/IADL und informeller Pflege. Ergebnisse aus gepoolten, multiplen logistischen Regressionen mit Interaktionsanalyse.

	Informelle Pflege innerhalb des Haushalts					Informelle Pflege von außerhalb des Haushalts				
	Total	Kein Migrationshintergrund	1. Gen.	2. Gen.	Interaktion (Total)	Total	Kein Migrationshintergrund	1. Gen.	2. Gen.	Interaktion (Total)
Mindestens eine Einschränkung in ADL/ IADL	<b>8,12***</b> (5,58 – 11,83)	<b>7,76***</b> (5,08 – 11,84)	<b>11,74**</b> * (3,67 – 37,52)	<b>17170,26*</b> (2,56 – 115235,061,78)	7,14*** (4,71 – 10,83)	<b>2,12***</b> (1,73 – 2,60)	<b>2,28***</b> (1,81 – 2,87)	<b>1,73+</b> (0,99 – 3,04)	<b>1,86+</b> (0,91 – 3,82)	2,31*** (1,85 – 2,90)
1. Generation	0,92 (0,42 – 2,03)				0,69 (0,29 – 1,68)	1,13 (0,85 – 1,51)				1,14 (0,92 – 1,40)
2. Generation	ausgelassen				0,46 (0,11 – 1,97)	ausgelassen				1,05 (0,81 – 1,36)
Interaktion: 1. Generation x Einschränkungen in ADL/IADL					1,52 (0,51 – 4,51)					0,75 (0,45 – 1,26)
Interaktion: 2. Generation x Einschränkungen in ADL/IADL					2,95 (0,56 – 15,38)					0,60 (0,32 – 1,13)
Kontrollvariablen Konstante	ja 0,01*** (0,00 – 0,05)	ja 0,00*** (0,00 – 0,05)	ja 0,61 (0,00 – 549,32)	ja 0,00+ (0,00 – 1,57)	ja 0,01*** (0,00 – 0,06)	ja 0,14*** (0,06 – 0,34)	ja 0,20** (0,07 – 0,58)	ja 0,07* (0,01 – 0,58)	ja 0,07+ (0,00 – 1,15)	ja 0,14*** (0,06 – 0,34)
Beobachtungen	2047	1577	276	102	2047	5539	4302	745	487	5539
Pseudo R <sup>2</sup>	0,30	0,28	0,40	0,70	0,30	0,05	0,05	0,09	0,06	0,05

\*\*\* p<0,001, \*\* p<0,01, \* p<0,05, + p<0,10, Odds

Odds Ratios werden angezeigt, 95%-Konfidenzintervalle in Klammern

Zu den Kontrollvariablen gehören Alter, Geschlecht, Bildungsniveau, Familienstand, Haushaltsgröße, Anzahl der Kinder, selbst wahrgenommener Gesundheitszustand, Anzahl der chronischen Krankheiten, Depressionsskala EURO-D, Einkommen, kognitiver Funktionsindex