

**Das alltägliche Gesundheitshandeln von (Spät-)Aussiedlerinnen und
(Spät-)Aussiedlern aus der ehemaligen Sowjetunion:
Eine qualitative Studie am Beispiel der Kreisstadt Merzig**

Dissertation
zur Erlangung des akademischen Grades eines
Doktors der Philosophie
der Philosophischen Fakultät III
der Universität des Saarlandes

vorgelegt von

Caroline Gisch

aus Neunkirchen/Saar

Saarbrücken, 2016

Der Dekan: Prof. Dr. Roland Brünken

Erstberichterstatterin: Prof. Dr. Birte Nienaber, Universität Luxemburg

Zweitberichterstatter: Prof. Dr. H. Peter Dörrenbächer, Universität des Saarlandes

Tag der Disputation: 21.06.2016

„Danke!“

So manche Herausforderung meiner externen Promotion, die ich in den vergangenen fünf Jahren erlebt habe, habe ich nur durch die Unterstützung von einigen Personen gemeistert. Diesen Personen möchte ich an dieser Stelle „Danke!“ sagen.

„Danke!“ an meine Betreuerin Frau Professorin Birte Nienaber, die mir stets in anregenden Diskussionen wissenschaftliche und methodische Ratschläge gegeben und damit zum Gelingen der Arbeit beigetragen hat.

„Danke!“ an meinen Zweitbetreuer Herrn Professor Peter Dörrenbächer, der mir, vor allem in der Schlussphase meiner Arbeit, mit hilfreichen Anregungen zur Seite stand.

„Danke!“ an alle meine Interviewpartnerinnen und -partner, ohne die diese Arbeit nie zustande gekommen wäre.

„Danke!“ an meine Eltern Margit und Ludwig, meine Patentante Edelgard sowie meinen Patenonkel Martin. Sie alle haben mir immer wieder Mut gemacht, so dass ich mein Ziel – die Abgabe meiner Arbeit – nie aus den Augen verloren habe.

„Danke!“ an meinen Mann Dima, der mir zu jeder Zeit Kraft und Zuversicht für den, in einigen Momenten sehr anstrengenden und kräftezehrenden, Weg der Promotion gegeben hat.

Mosberg-Richweiler, im Juni 2016

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	IV
Tabellenverzeichnis.....	VI
1 Einleitung	1
1.1 Forschungsstand.....	3
1.2 Zielsetzung, Fragestellungen und Untersuchungsansatz	9
1.3 Aufbau der Arbeit	14
2 Migration von (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedlern aus der ehemaligen Sowjetunion.....	15
2.1 Migration	15
2.1.1 Definition, Abgrenzung und Kennzeichen des Begriffs Migration.....	15
2.1.2 Erklärungsmodelle und -konzepte von Migration	16
2.2 (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler aus der ehemaligen Sowjetunion: Geschichte und aktuelle Lage.....	17
2.2.1 Migration nach Russland.....	18
2.2.2 Migration nach Deutschland.....	24
2.2.3 Aktuelle Bevölkerungsstruktur und -verteilung.....	28
3 Gesundheit.....	46
3.1 Definitionen und Dimensionen von Gesundheit	46
3.2 Konzepte, Modelle und Theorien von Gesundheit	49
3.2.1 Das Konzept der Gesundheitsförderung der WHO	49
3.2.2 Das Modell der Salutogenese	54
3.2.3 Das Modell der Determinanten der Gesundheit.....	60
3.3 Subjektive Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen	61
3.3.1 Subjektive Gesundheitskonzepte und -theorien.....	63
3.3.2 Subjektive Krankheitskonzepte und -theorien.....	70
3.3.3 Subjektive Gesundheitsvorstellungen von Personen mit Migrationshintergrund.....	71
3.4 Gesundheitshandeln	72
3.4.1 Gesundheitshandeln nach Toni Faltermaier	73
3.4.2 Gesundheitshandeln aus geographischer Perspektive	80
3.4.3 Gesundheitshandeln von Personen mit Migrationshintergrund.....	88

4	Migration und Gesundheit	91
4.1	Einflüsse auf die Gesundheit von Personen mit Migrationshintergrund	91
4.2	Gesundheit von (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedlern	100
4.2.1	Subjektives Gesundheitsbewusstsein	101
4.2.2	Gesundheitshandeln	108
4.2.3	Gesundheitsverhalten	113
4.2.4	Subjektiver Gesundheitszustand	116
5	Methodik und Untersuchungsgruppe	121
5.1	Methodische Vorgehensweise.....	121
5.2	Beschreibung der Untersuchungsgruppe	126
6	Das Setting „Kreisstadt Merzig“	133
6.1	„Stadtgrün“ und „Stadtblau“	134
6.2	Gesundheitseinrichtungen und -angebote	136
6.3	Bevölkerungsstruktur.....	137
7	Ergebnisse der qualitativen Interviews	144
7.1	Subjektives Gesundheitsbewusstsein	144
7.1.1	Subjektive Gesundheitskonzepte	144
7.1.2	Subjektive Krankheitskonzepte	149
7.1.3	Subjektive Gesundheits- und Krankheitstheorien	152
7.1.4	Wahrnehmung geographisch-gesundheitlicher Ressourcen und Risiken	165
7.1.5	Die subjektive Bedeutung und der Stellenwert von Gesundheit.....	166
7.1.6	Verantwortung für die eigene Gesundheit	168
7.1.7	Subjektiver Gesundheitszustand	168
7.2	Das alltägliche Gesundheitshandeln	170
7.2.1	Das bewusste Handeln für die eigene Gesundheit.....	171
7.2.2	Der Umgang mit körperlichen (und psychischen) Beschwerden sowie Krankheiten.....	177
7.2.3	Der Umgang mit wahrgenommenen Risiken und Belastungen.....	183
7.2.4	Die räumliche Dimension des Gesundheitshandelns.....	184
7.2.5	Migrationsspezifische Aspekte des Gesundheitshandelns	185
7.3	Fallbeispiele	187
7.3.1	MANN 1	188
7.3.2	MANN 11.....	195
7.3.3	FRAU 16	200
7.3.4	FRAU 20	205

8	Das alltägliche Gesundheitshandeln von (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedlern aus der ehemaligen Sowjetunion: Fazit und Ausblick	211
9	Anhang.....	219
10	Literatur- und Quellenverzeichnis	224

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Untersuchungsansatz der Arbeit.....	13
Abbildung 2: Entwicklung der Zuzüge von (Spät-)Aussiedler/innen im Zeitraum 1950-2014	25
Abbildung 3: Zuzug von (Spät-)Aussiedler/innen nach Herkunftsländern im Zeitraum 1950-2014	26
Abbildung 4: Bevölkerung nach Migrationsstatus	28
Abbildung 5: Anteil der Personen mit Migrationshintergrund an der Gesamtbevölkerung im Zeitraum 2005-2014	30
Abbildung 6: Anteil der (Spät-)Aussiedler/innen an der Gesamtbevölkerung im Zeitraum 2007-2014	30
Abbildung 7: (Spät-)Aussiedler/innen nach früherer Staatsangehörigkeit im Zeitraum 2009-2014	32
Abbildung 8: Altersstruktur der Bevölkerung nach Migrationsstatus im Jahr 2014	33
Abbildung 9: Bevölkerung nach Beteiligung am Erwerbsleben, Geschlecht und Migrationsstatus im Jahr 2014	37
Abbildung 10: Erwerbs-, Erwerbstätigen- und Erwerbslosenquote nach Migrationsstatus und Geschlecht im Jahr 2014	38
Abbildung 11: Verteilung der Bevölkerung auf nicht-administrative Gebietseinheiten nach Migrationsstatus im Jahr 2014	43
Abbildung 12: Verteilung der Bevölkerung auf Gemeindegrößenklassen nach Migrationsstatus im Jahr 2014	44
Abbildung 13: Bevölkerung in Wohngebäuden nach Baujahr und Migrationsstatus im Jahr 2010	45
Abbildung 14: Dimensionen von Gesundheit.....	48
Abbildung 15: Ressourcenorientierte Erweiterung des Salutogenese-Modells	57
Abbildung 16: Integratives Modell der Salutogenese und der subjektiven/sozialen Konstruktion von Gesundheit.....	58
Abbildung 17: Determinanten der Gesundheit nach Dahlgren & Whitehead	60
Abbildung 18: Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit im Kontext	63
Abbildung 19: Zusammenhänge und Bedingungen des Konstrukts Gesundheitshandeln.....	80

Abbildung 20: Handlungszentrierte Perspektive nach Benno Werlen	84
Abbildung 21: Einflussbedingungen und -prozesse auf die Gesundheit von Migrant/innen...	95
Abbildung 22: Modell verschiedener Einflussgrößen auf die Gesundheit während des Lebenslaufs von Migrant/innen	97
Abbildung 23: Einflussbedingungen und -prozesse auf die Gesundheit von Migrant/innen...	99
Abbildung 24: Methodische Vorgehensweise	121
Abbildung 25: Ablaufschema einer inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse	124
Abbildung 26: Lage der Kreisstadt Merzig	134
Abbildung 27: Entwicklung des Anteils der Bevölkerung mit Migrationshintergrund in der Kreisstadt Merzig im Zeitraum 1990-2015	139
Abbildung 28: (Spät-)Aussiedler/innen aus der ehemaligen Sowjetunion nach Herkunftslän- dern/-regionen in der Kreisstadt Merzig (Stand: 11.11.2015)	139
Abbildung 29: Altersstruktur der in der Kreisstadt Merzig lebenden Bevölkerung nach Migrationsstatus (Stand: 11.11.2015)	140

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Räumliche Verteilung der deutschen Bevölkerung in der Sowjetunion nach Unionsrepubliken.....	23
Tabelle 2: Personen mit Migrationshintergrund nach Herkunftsländern/-regionen im Jahr 2014	31
Tabelle 3: Sexualproportion nach detailliertem Migrationsstatus im Jahr 2014	33
Tabelle 4: Familienstand der Bevölkerung nach Geschlecht und Migrationsstatus im Jahr 2014	34
Tabelle 5: Bevölkerung nach allgemeinem Schulabschluss, Geschlecht und Migrationsstatus im Jahr 2014.....	35
Tabelle 6: Bevölkerung nach berufsqualifizierendem Bildungsabschluss und Migrationsstatus im Jahr 2014.....	36
Tabelle 7: Erwerbstätige nach Stellung im Beruf, Geschlecht und Migrationsstatus im Jahr 2014	39
Tabelle 8: Erwerbstätige nach Wirtschaftsbereichen, Geschlecht und Migrationsstatus im Jahr 2014	40
Tabelle 9: Bevölkerung nach überwiegendem Lebensunterhalt, Geschlecht und Migrationsstatus im Jahr 2014	41
Tabelle 10: Bevölkerung nach Migrationsstatus und Bundesländern im Jahr 2014.....	43
Tabelle 11: Subjektive Gesundheitsvorstellungen – Drei Dimensionen nach Herzlich	64
Tabelle 12: Formen des Gesundheitshandelns als Lebensweise	76
Tabelle 13: The developmental themes of the therapeutic landscape concept	88
Tabelle 14: Dimensionen der subjektiven Gesundheitskonzepte von Spätaussiedler/innen.....	103
Tabelle 15: Anteil der kranken/unfallverletzten Personen in den letzten vier Wochen nach Migrationshintergrund im Jahr 2013.....	109
Tabelle 16: Anteil der kranken/unfallverletzten (Spät-)Aussiedler/innen in den letzten vier Wochen nach Geschlecht und Alter im Jahr 2013	110
Tabelle 17: Body-Mass-Index der Bevölkerung nach Migrationsstatus im Jahr 2013.....	112
Tabelle 18: Bevölkerung ab 15 Jahren mit Angaben zum Rauchverhalten nach Geschlecht und Migrationsstatus im Jahr 2013	114

Tabelle 19: Auswahl demographischer und sozioökonomischer Merkmale der befragten (Spät-)Aussiedler/innen	128
Tabelle 20: Angaben zur Wohnsituation der befragten (Spät-)Aussiedler/innen	131
Tabelle 21: Personen mit Migrationshintergrund nach Herkunftsländern/-regionen in der Kreisstadt Merzig (Stand: 11.11.2015).....	138
Tabelle 22: Frauenanteile der in der Kreisstadt Merzig lebenden Bevölkerung nach Migrationsstatus (Stand: 11.11.2015)	141
Tabelle 23: Bevölkerung nach Familienstand und Migrationsstatus (Stand: 11.11.2015)....	141
Tabelle 24: Anteil der (Spät-)Aussiedler/innen und der Migrant/innen an der Gesamtbevölkerung in den einzelnen Stadtteilen der Kreisstadt Merzig (Stand: 11.11.2015).....	142
Tabelle 25: Räumliche Verteilung der in der Kreisstadt Merzig lebenden Bevölkerung nach Migrationsstatus (Stand: 11.11.2015)	143
Tabelle 26: Zuzug von (Spät-)Aussiedler/innen nach Herkunftsgebieten von 1950 bis 2014	222

1 Einleitung

„Gesundheit für alle“ zum Ziel des Handelns zu machen, dazu rief bereits vor drei Jahrzehnten die Weltgesundheitsorganisation (WHO) auf (vgl. WHO 1986, o. S.), wobei Gesundheit „als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen [ist] und nicht als vorrangiges Lebensziel“ (EBENDA). Darüber hinaus besitzt jeder Mensch das Recht auf Gesundheit. In Artikel 25 der „Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte“ steht hierzu:

„Jeder hat das Recht auf einen Lebensstandard, der seine und seiner Familie Gesundheit und Wohl gewährleistet, einschließlich Nahrung, Kleidung, Wohnung, ärztliche Versorgung und notwendige soziale Leistungen, sowie das Recht auf Sicherheit im Falle von Arbeitslosigkeit, Krankheit, Invalidität oder Verwitwung, im Alter sowie bei anderweitigem Verlust seiner Unterhaltsmittel durch unverschuldete Umstände.“ (UN 1948, S. 5)

Gesundheit zählt also zum einen zu den Menschenrechten und zum anderen sollte Gesundheit ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens sein. Doch was ist Gesundheit? Eine einheitliche Definition des Begriffs existiert bislang nicht, obwohl, oder vielleicht gerade weil, sich verschiedene wissenschaftliche Disziplinen, aus unterschiedlichen Perspektiven, mit dem Thema Gesundheit beschäftigen (vgl. u. a. BLÄTTNER ET AL. 2011, S. 52; GATRELL ET AL. 2009, S. 4). Während zum Beispiel im medizinischen Bereich Gesundheit negativ als Abwesenheit von Krankheit definiert wird (vgl. u. a. ANTHAMATTEN ET AL. 2011, S. 147; NAIDOO ET AL. 2010, S. 4-5), wird Gesundheit aus Perspektive der Gesundheitsförderung positiv als vollkommenes Wohlbefinden definiert (vgl. NAIDOO ET AL. 2010, S. 5).

Allerdings beschäftigen sich nicht nur Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler mit dem Thema Gesundheit, sondern auch „Laien“ entwickeln Vorstellungen darüber, was Gesundheit ist, wer oder was die (eigene) Gesundheit positiv und negativ beeinflusst oder wie die eigene Gesundheit gefördert werden kann. Darüber hinaus unternehmen Personen die unterschiedlichsten Aktivitäten in ihrem Alltag, um damit ihre eigene Gesundheit zu erhalten bzw. zu fördern, d. h. sie handeln für ihre Gesundheit (vgl. FALTERMAIER 2005a, S. 200). Dieses Handeln für die eigene Gesundheit beschreibt der Gesundheitspsychologe FALTERMAIER (1994, S. 171) als Gesundheitshandeln und versteht darunter

„das subjektiv bedeutsame Handeln von gesunden oder kranken Menschen [...], das mehr oder weniger bewusst mit dem Ziel der Gesunderhaltung und im alltäglichen sozialen Kontext erfolgt.“

Gesundheit(shandeln), das ist also ein Thema, das alle Menschen betrifft (vgl. FALTERMAIER 2005, S. 7; UN 1948, S. 5), egal ob Personen mit oder ohne Migrationshintergrund.

Während es derzeit weltweit schätzungsweise fast eine Milliarde Menschen gibt, die entweder im eigenen Land oder über internationale Grenzen hinweg migrieren bzw. migriert sind (vgl. WHO 2015c, o. S.), hatten im Jahr 2014 circa 16,4 Millionen Personen in Deutschland einen

sogenannten Migrationshintergrund (siehe Tabelle 2). Dies entspricht einem Anteil von 20,3 % an der Gesamtbevölkerung Deutschlands (siehe Abbildung 5). Zu den Personen mit Migrationshintergrund zählen

„alle, die nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland zugezogen sind, alle in Deutschland geborenen Ausländer/-innen und alle in Deutschland mit deutscher Staatsangehörigkeit Geborene mit zumindest einem zugezogenen oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil.“
(STATISTISCHES BUNDESAMT 2014a, o. S.)

Insgesamt ist das deutsche Migrationsgeschehen seit dem Ende des Zweiten Weltkrieges durch die Zuwanderung von unterschiedlichen Gruppen gekennzeichnet (eine detaillierte Beschreibung findet sich unter anderem bei OLTMER 2010). So migrierten zum Beispiel nach dem Zweiten Weltkrieg Flüchtlinge und Vertriebene aus den ehemaligen Ostgebieten des Deutschen Reiches nach Deutschland. In den 1960er und 1970er Jahren kamen vor allem die sogenannten Gastarbeiterinnen und Gastarbeiter nach Deutschland und seit den 1980er Jahren steigt die Zahl von Asylsuchenden und Geflüchteten in Deutschland an. Des Weiteren begannen vor allem seit dem Jahr 1985 Aussiedlerinnen und Aussiedler bzw. Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler, d. h. „deutsche Volkszugehörige aus den Nachfolgestaaten der ehemaligen Sowjetunion und anderen osteuropäischen Staaten“ (BUNDESAMT FÜR MIGRATION UND FLÜCHTLINGE 2015b, o. S.), nach Deutschland einzuwandern. (vgl. HAMBURGISCHES WELTWIRTSCHAFTSINSTITUT 2007, S. 2; vgl. OLTMER 2010, S. 45-52 u. S. 56)

Wenn auch häufig durch die Politik bestritten, hat sich Deutschland in den vergangenen Jahrzehnten zu einem Einwanderungsland entwickelt (vgl. BUTTERWEGGE 2005, o. S.). Durch die unterschiedlichen Phasen der Zuwanderung stellen Personen mit Migrationshintergrund in Deutschland eine sehr heterogene Gruppe dar. Ohne Berücksichtigung der Herkunftsländer bilden (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler mit knapp 3,1 Millionen Personen die größte Gruppe unter den Personen mit Migrationshintergrund. Unter Berücksichtigung der Herkunftsländer stellen Personen mit türkischem Migrationshintergrund die größte Gruppe dar (ca. 2,8 Millionen Menschen). Die zweitgrößte Gruppe bilden Personen mit polnischem Migrationshintergrund (gut 1,5 Millionen Menschen), darunter eine halbe Million (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler. (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler aus dem Gebiet der ehemaligen Sowjetunion stellen mit knapp 1,4 Millionen Personen die drittgrößte Migrantengruppe dar. (siehe Kapitel 2.2.3)

Obwohl Gesundheit ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens aller Menschen sein sollte und 20 % der in Deutschland lebenden Personen einen Migrationshintergrund besitzen, spielt das Thema „Migration und Gesundheit(shandeln)“ in Deutschland, sowohl in der Wissenschaft als auch in der öffentlichen Diskussion, eine vergleichsweise geringe Rolle (vgl. GEIGER ET AL. 2012, S. 610; KNIPPER ET AL. 2009, S. 11; OTMAN 2003, S. 3). Vor dem Hinter-

grund dieses Forschungsdefizits ist die vorliegende Arbeit zu sehen, die sich aus geographischer Perspektive mit dem Thema Gesundheit(shandeln) von (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedlern aus dem Gebiet der ehemaligen Sowjetunion befasst.

1.1 Forschungsstand

Bislang wurde das Handeln für die eigene Gesundheit, d. h. das Gesundheitshandeln, sehr selten empirisch untersucht (vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND 2001, S. 187). Bisherige Arbeiten zeigen jedoch, die Formen des Gesundheitshandelns sind vielfältig und Personen setzen unterschiedliche Schwerpunkte: So spricht FALTERMAIER (1994) beispielsweise von „vielfältigen, oft widersprüchlichen Versuche[n] der Subjekte im Umgang mit ihrer Gesundheit“ (EBENDA, S. 294). Der Autor untersuchte aus salutogenetischer Perspektive und anhand qualitativer Methoden das Gesundheitsbewusstsein von Laien und deren Umgang mit der eigenen Gesundheit im Alltag. In einer späteren, ebenfalls qualitativ ausgerichteten Arbeit kommt Toni Faltermaier gemeinsam mit Irene Kühnlein und Martina Burda-Viering zu folgendem Ergebnis: „Das Gesundheitshandeln im Alltag kann ein breites Spektrum von Möglichkeiten umfassen und unterschiedliche Schwerpunkte haben“ (FALTERMAIER ET AL. 1998, S. 117). Und auch HITZBLECH (2005, S. 306-307) identifizierte in ihrer qualitativ orientierten Studie „Gesund durch den Ruhestand“ eine Vielfalt an Formen des Gesundheitshandelns.

EICHLER (2008) ist, nach dem Kenntnisstand der Autorin, die einzige Wissenschaftlerin, die sich bislang explizit mit dem Gesundheitshandeln von Personen mit Migrationshintergrund beschäftigt hat. In ihrer Untersuchung „Migration, transnationale Lebenswelten und Gesundheit. Eine qualitative Studie über das Gesundheitshandeln von Migrantinnen“ kommt sie zu dem Ergebnis, dass „die transnationalen Lebensbezüge [...] den Frauen eine vergleichende Perspektive auf unterschiedliche Gesundheitssysteme, unterschiedliche soziale Repräsentationen von Gesundheit und unterschiedliche Strategien des Gesundheitshandelns [ermöglichen]“ (EBENDA, S. 282).

Insgesamt wurden die bisherigen Arbeiten zu Migration und Gesundheit bzw. Krankheit stark durch die verschiedenen Phasen des Migrationsgeschehens in Deutschland beeinflusst. Demnach können bisherige Untersuchungen thematisch und zeitlich wie folgt strukturiert werden: Zu Beginn der Gastarbeiteranwerbung stand die Behandlung von akuten Krankheiten der Arbeiterinnen und Arbeiter im Vordergrund (vgl. RAZUM ET AL. 2011, S. 561f.). Vor dem Hintergrund des in den 1970ern begonnenen Familiennachzuges rückte in den 1980er Jahren die Versorgung von ausländischen Kindern und Frauen in der Geburtshilfe in den Fokus (z. B. Studien zu Frühgeburtenrate, Schwangerschaftsvorsorge und perinatale Mortalität) (vgl. BORDE 2009, o. S.). In den 1990ern wurden unter anderem die „psychosozialen Belastungen

der Migration, Traumatisierung durch Flucht, Folter und Vertreibung [und die] transkulturellen Aspekte der Psychiatrie“ (EBENDA) untersucht. Des Weiteren wurde die gesundheitliche Versorgung der inzwischen älter gewordenen Gastarbeiterinnen und Gastarbeiter thematisiert (vgl. EBENDA). Nach Einschätzung der Autorin differenzieren sich die Forschungsthemen seit Anfang des neuen Jahrtausends zunehmend aus. Forscherinnen und Forscher untersuchen zum Beispiel das Gesundheitsverhalten/-handeln von Migrantinnen und Migranten (vgl. EICHLER 2008; SEIDENSTÜCKER 2001). An der Universität Bielefeld forschen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler zu Themen wie Pflegebedürftigkeit von türkischen Migrantinnen und Migranten, Häufigkeiten von gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen (Rauchen) bei Menschen türkischer Herkunft bzw. Aussiedlerinnen und Aussiedlern, Inanspruchnahme von Maßnahmen zur medizinischen oder beruflichen Rehabilitation durch Migrantinnen und Migranten sowie Krebshäufigkeiten von türkischen Migrantinnen und Migranten in Deutschland (vgl. UNIVERSITÄT BIELEFELD 2015, o. S.).

In den bisherigen Arbeiten zum Thema Migration und Gesundheit bzw. Krankheit standen vor allem gesundheitliche Belastungen und Defizite (z. B. Trennung von der Familie, verbale Diskriminierung, körperliche Gewalt, unsicherer Aufenthaltsstatus, Statusverlust) im Vordergrund statt der gesundheitlichen Ressourcen und Potentiale (u. a. Einbindung in die Familie und/oder die ethnische Gemeinschaft) (vgl. u. a. BORDE ET AL. 2015, o. S.; OTMAN 2003, S. 54; RAZUM ET AL. 2004, S. A2884; WIEDL ET AL. 2005, S. 17 u. 20). Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler untersuchten zum Beispiel Fragestellungen wie „Worin bestehen die besonderen Gesundheitsbelastungen von Menschen mit Migrationshintergrund und wie unterscheiden sich diese von denen der Mehrheitsbevölkerung?“ (ROBERT KOCH-INSTITUT 2008, S. 7). Nach OTMAN (2003, S. 54) lässt sich allerdings seit längerem ein Perspektivenwechsel, weg von Migration und Krankheit hin zu Migration und Gesundheit feststellen. Forscherinnen und Forscher stellen nun Fragen wie „Was kann in der Migration gesund machen?“ oder „Wie kann Migration Gesundheit fördern?“ (vgl. EBENDA).

Insgesamt spielte und spielt das Thema Gesundheit von Personen mit Migrationshintergrund in der deutschsprachigen Forschung jedoch eine vergleichsweise geringe Rolle (vgl. GEIGER ET AL. 2012, S. 610; KNIPPER ET AL. 2009, S. 11; OTMAN 2003, S. 3). Aus dieser „Nichtbeachtung“ der Themen Migration und Gesundheit resultieren große Wissenslücken und ein unvollständiges sowie teilweise widersprüchliches Bild zur Gesundheit und zum Gesundheitsverhalten von Personen mit Migrationshintergrund (vgl. BORDE ET AL. 2015, o. S.; KNIPPER ET AL. 2009, S. 5; RAZUM ET AL., S. 561). So weisen Studien „bei der Bevölkerung mit Migrationshintergrund zum Teil günstigere, zum Teil ungünstigere Befunde im Vergleich zur Bevölkerung ohne Migrationshintergrund auf“ (BORDE ET AL. 2015, o. S.).

Das mangelnde Forschungsinteresse lässt sich unter anderem mit einer unzureichenden Datenlage, die auf methodische Probleme zurückgeführt werden kann, begründen. Zu den methodischen Schwierigkeiten zählen etwa Sprachprobleme, Analphabetismus, Rückkehr der Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer ins Herkunftsland, uneinheitliche Definition der Zielgruppe und damit mangelnde Vergleichbarkeit von Studien, fehlende Anpassung der Forschungswerkzeuge an die Zielgruppe oder fehlende Primärdaten. (vgl. BORDE ET AL. 2015, o. S.; RAZUM ET AL. 2011, S. 558 u. S. 562-563)

Untersuchungen, die sich mit dem Thema Gesundheit(shandeln) von (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedlern (aus der ehemaligen Sowjetunion) beschäftigen, liegen bislang ebenfalls kaum vor (vgl. u. a. APARICIO ET AL. 2005, S. 113; BORDE 2009, o. S; KRÄMER ET AL. 2004, S. 18; KREFT ET AL. 2012, S. 1046; VOLODINA ET AL. 2011, S. 2; WITTIG 2008, S. 29). Neben den bereits beschriebenen methodischen Problemen, die teilweise auf (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler (aus der ehemaligen UdSSR) zutreffen, ist die geringe Anzahl an Studien zu deren Gesundheit auch darauf zurückzuführen, dass die Personen die deutsche Staatsbürgerschaft besitzen und damit in der amtlichen Statistik nicht (einfach) von Deutschen ohne Migrationshintergrund zu unterscheiden sind (vgl. APARICIO ET AL. 2005, S. 113; BRÄHLER ET AL. 2003, S. 37; WORBS ET AL. 2013, S. 160). Oder wie dies BORDE (2009, o. S.) zusammenfasst: „Der Gesundheitssituation von Aussiedler/-innen, die in der Gesundheitsversorgung offenbar weniger auffielen, wurde kaum Aufmerksamkeit geschenkt.“ Der Besitz der deutschen Staatsangehörigkeit bringt für (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler im Vergleich zu anderen Personen mit Migrationshintergrund jedoch einen, zumindest theoretischen, Gesundheitsvorteil: Den uneingeschränkten Zugang zum deutschen Gesundheitssystem (vgl. KREFT ET AL. 2012, S. 1046; WITTIG 2008, S. 29).

Während Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler zu Beginn der Forschungen vor allem Aspekte der psychischen Gesundheit (z. B. Suchterkrankungen, Depression) thematisierten, differenzieren sich die untersuchten Gesundheitsaspekte zunehmend aus, wobei die pathogenetische Sichtweise die Studien immer noch dominiert.

BRANIK (1982) untersuchte Anfang der 1980er Jahre zum Beispiel „psychische Störungen und soziale Probleme von Kindern und Jugendlichen aus Spätaussiedlerfamilien“. Ein Jahrzehnt später stellte KORNISCHKA (1992) in einer Fallkontrollstudie anhand einer psychosomatisch erkrankten Gruppe von Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedlern fest, dass „bei den Symptomen [...] depressive Symptome, Partnerkonflikte, Ängste, Kontaktstörungen und Suizidgedanken [überwogen]“ (EBENDA, S. 170). Darüber hinaus kam MASUMBUKU (1995) in der Studie „Psychische Schwierigkeiten von Zuwanderern aus den ehemaligen Ostblockländern“ zu dem Ergebnis, dass vor allem Aussiedlerinnen und Aussiedler aus der ehemaligen Sowjetunion von Depressionen betroffen sind (vgl. EBENDA, S. 150). Zu Beginn des 21. Jahrhunderts brachten

COLLATZ ET AL. (2002) den Sammelband „Psychosoziale Betreuung und psychiatrische Behandlung von Spätaussiedlern“ heraus.

In den vergangenen Jahren standen bzw. stehen verstärkt subjektive Gesundheitserlebnisse im Fokus der Studien. So untersuchten BRÄHLER ET AL. (2003) anhand quantitativer und qualitativer Methoden, wie die Kultur und die Migration das Erleben, Handeln und Wissen bezüglich Gesundheit, Krankheit und Körper unter russischsprachigen Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedlern beeinflusst (vgl. EBENDA, S. 6). Die Autorinnen und Autoren kamen unter anderem zu dem Ergebnis, dass das Handeln bezüglich Gesundheit und Krankheit sich im Rahmen der Migration verändert, wobei die „Veränderungen [...] aber nicht als ‚freiwilliges‘ Anpassen an die Ankunfts-kultur sondern eher an veränderte gesellschaftliche Rahmenbedingungen zu interpretieren [sind]“ (EBENDA, S. 5).

WITTIG ET AL. (2004) beschäftigten sich in ihrer quantitativen Studie mit subjektiven Morbiditätsraten, subjektiv wahrgenommenen Beschwerden und der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens von bzw. durch Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler aus der ehemaligen Sowjetunion. Im Vergleich zur deutschen Vergleichsstichprobe nahmen die befragten Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler das Gesundheitswesen seltener in Anspruch, nahmen mehr körperliche Beschwerden wahr (am häufigsten Kopfschmerzen, Mattigkeit und Erschöpfbarkeit) und schätzten ihren Gesundheitszustand schlechter ein (66 % bewerteten diesen mit zufriedenstellend) (vgl. EBENDA, S. 89-91). Im Gegensatz dazu stellten VOLODINA ET AL. (2011) in ihrer Untersuchung fest, „Ethnic German migrants seem to differ only slightly from Germans in health status, drug utilization, and diseases risk factors, and if so, not in an extreme way“ (EBENDA, S. 509).

Während WITTIG ET AL. (2004) eine geringere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens durch Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler feststellten, untersuchten BERMEJO ET AL. (2012) im Rahmen einer quantitativen Studie die subjektiv erlebten Barrieren von Personen mit Migrationshintergrund bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen. Unter den Personen mit Migrationshintergrund befanden sich auch Aussiedlerinnen und Aussiedler aus der ehemaligen Sowjetunion. Die Autoren kamen zu folgendem Ergebnis: „Personen mit russischem Hintergrund vertrauen mehr auf selbst umzusetzende Maßnahmen (Hausmittel) und geben [...] sprachliche Probleme als wichtigstes Hindernis für eine gezielte Inanspruchnahme an“ (EBENDA, S. 946).

LAMPERT ET AL. (2009) fanden, wie schon BRÄHLER ET AL. (2003), heraus, dass Migrationserfahrungen die Gesundheit beeinflussen. Die Autorinnen stellten in ihrer qualitativen Untersuchung zum Gesundheits- und Gesundheitsinformationsverhalten von älteren Migrantinnen und Migranten, darunter auch russischsprachige Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler, folgendes fest: „Der Umstand der Migration [hat] durchaus Einfluss auf das Gesundheitsverständnis

(das auch kulturell geprägt ist), die Einschätzung der eigenen Gesundheit und die Bewältigungsstrategie“ (EBENDA, S. 83). So scheint vor allem der Migrationszeitpunkt bzw. die Frage, in welchem Land die befragten Personen stärker (gesundheits-)sozialisiert wurden, für das Gesundheits- und Gesundheitsinformationsverhalten relevant zu sein (vgl. EBENDA).

In ihrer quantitativen Studie „Soziale Integration - soziale Lage - subjektive Befindlichkeiten von Spätaussiedlern in Marzahn-Hellersdorf 2006“ kamen HAUPT ET AL. (2007) zu dem Fazit, dass die befragten Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler aus der ehemaligen Sowjetunion „ihrer Gesundheit und gesundheitlichen Versorgung große Aufmerksamkeit bei[messen]“ (EBENDA, S. 64). Allerdings beschreibt sich nur ein Viertel der Befragten als vital und gesund, während bei der Mehrheit gesundheitliche Beeinträchtigungen auftreten (vgl. EBENDA).

Wie bereits WITTIG ET AL. (2004) stellten auch APARICIO ET AL. (2005) im Rahmen ihrer Arbeit fest, Aussiedlerinnen und Aussiedler (u. a. aus der ehemaligen UdSSR) schätzen ihre eigene Gesundheit im Vergleich zur übrigen deutschen Bevölkerung schlechter ein (vgl. EBENDA, S. 116). Des Weiteren haben die Aussiedlerinnen und Aussiedler häufiger ein ungünstiges Lipidverhältnis, sind eher übergewichtig und weniger sportlich aktiv und sie nehmen seltener an Krebsvorsorgeuntersuchungen teil (vgl. EBENDA). Die Autorinnen und Autoren schlussfolgern, „[Aussiedlerinnen] und Aussiedler sind eine Risikogruppe, die bei Präventions- und Versorgungsmaßnahmen berücksichtigt werden sollten“ (EBENDA). Während APARICIO ET AL. (2005) Aussiedlerinnen und Aussiedler als Risikogruppe „identifizierten“, kamen BECHER ET AL. (2007) in ihrer Kohortenstudie „Mortalität von Aussiedlern aus der ehemaligen Sowjetunion“ zu dem Ergebnis: „Die Mortalität der [Aussiedlerinnen und] Aussiedler ist insgesamt betrachtet überraschenderweise niedriger als die der deutschen Gesamtbevölkerung“ (EBENDA, S. A1659). Als Gründe führen die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler eine insgesamt niedrige Herz-Kreislauf-Mortalität und bei Aussiedlerinnen eine zusätzlich sehr niedrige Krebsmortalität an (vgl. EBENDA, S. A1658). Darüber hinaus kamen KREFT ET AL. (2012) in ihrer, auf dem Mikrozensus aufbauenden Studie, zu dem Schluss: „Aussiedler living less than 15 years in Germany have a slight health advantage compared to native Germans and to Aussiedler living more than 15 years in Germany“ (EBENDA, S. 1051).

In einer weiteren, quantitativ ausgerichteten Untersuchung stellte WITTIG (2008) fest, „die [russischsprachigen Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler] haben komplexe Vorstellungen von Gesundheit“ (EBENDA, S. 95). Diese Komplexität zeigt sich anhand von zwei Aspekten: Zum einen gaben die befragten Personen mehrere Antworten auf die offene Frage „Was bedeutet für Sie Gesundheit?“ und zum anderen kombinierten sie mehrere Gesundheitsdimensionen miteinander (vgl. EBENDA, S. 95).

Insgesamt sind die bisher vorliegenden Studien zur Gesundheit von (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedlern aus der ehemaligen Sowjetunion meist nur schwer miteinander vergleichbar, da die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler unterschiedliche Untersuchungsansätze und Methoden nutzten. Zudem treten in den Ergebnissen teilweise Widersprüche auf. (siehe hierzu auch Kapitel 4.2)

Trotz methodischer Schwierigkeiten sollten (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler als Zielgruppe für Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung in Betracht gezogen werden (vgl. APARICIO ET AL. 2005, S. 115; KRÄMER ET AL. 2004, S. 18). Um dieser Personengruppe die Möglichkeit zu geben, ein hohes Alter in guter Gesundheit zu erreichen, müssen mehr Informationen zur Gesundheit von (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedlern erhoben werden (vgl. KREFT ET AL. 2012, S. 1052). Darüber hinaus ist die Förderung der gesundheitlichen Ressourcen und Kompetenzen der Personen wichtig, um deren Gesundheit zu stärken (vgl. KRÄMER ET AL. 2004, S. 18; RAZUM ET AL. 2004, S. A2884). Um dies zu erreichen, müssen die gesundheitlichen Ressourcen und Potentiale jedoch zuerst erforscht werden.

Mit Blick auf die bisherigen Forschungsarbeiten zu dem Thema Gesundheit(shandeln) von (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedlern aus der ehemaligen Sowjetunion bzw. von Personen mit Migrationshintergrund im Allgemeinen lassen sich mindestens die folgenden vier Forschungslücken identifizieren: Die bisherigen Arbeiten lassen sich meist einem positivistischen Ansatz zuordnen, wobei diese Studien zukünftig durch alternative Ansätze, wie etwa qualitative Forschungsmethoden, ergänzt werden sollten (vgl. GATRELL ET AL. 2009, S. 177). Ferner ist die Theoriebildung im Vergleich zur empirischen Arbeit zurückgeblieben (vgl. WIEDL ET AL. 2005, S. 16; RAZUM 2007, S. 76) und es mangelt an Untersuchungen, die sich dem Thema aus ressourcenorientierter Perspektive nähern. Außerdem wurden das Gesundheitsbewusstsein und das Gesundheitshandeln (nach Faltermaier) von (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedlern aus der ehemaligen Sowjetunion bislang noch nicht explizit untersucht. Die Erforschung der beiden Konstrukte bei bislang wenig berücksichtigten Zielgruppen ist jedoch wichtig, um „damit die empirische Basis zu verbreitern und bessere Chancen für Verallgemeinerungen zu schaffen“ (FALTERMAIER 1994, S. 300).

Im Rahmen dieser Arbeit sollen die, im Alltag vorhandenen, gesundheitlichen Ressourcen sowie Potentiale, und damit das alltägliche Gesundheitshandeln, von (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedlern aus der ehemaligen Sowjetunion im Fokus stehen. Zur Erforschung des alltäglichen Gesundheitshandelns kommen leitfadengestützte Interviews zum Einsatz, deren Auswertung mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse erfolgt. Qualitative Interviews, zu denen die leitfadengestützten Interviews zählen, eignen sich besonders gut, um Alltagsvorstellungen und -theorien sowie Handlungsmotive offen zu erheben (vgl. HOPF 2013, S. 350; LAMNEK 2010,

S. 316). Damit scheint mit dem Einsatz von leitfadengestützten Interviews die Erreichung der Ziele, die in der vorliegenden Arbeit verfolgt werden, möglich zu sein.

1.2 Zielsetzung, Fragestellungen und Untersuchungsansatz

Das Ziel dieser Arbeit besteht darin, die subjektiven Gesundheitsvorstellungen und das persönliche Gesundheitshandeln von (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedlern aus der ehemaligen Sowjetunion, der drittgrößten Migrantengruppe in Deutschland, im Setting „Kreisstadt Merzig“ näher zu analysieren. Dabei geht es nicht darum repräsentative Aussagen zu treffen, sondern es sollen die subjektiven Gesundheitskonzepte und -theorien sowie die Maßnahmen, die zur Erhaltung und zur Förderung der eigenen Gesundheit ergriffen werden, aus Sicht der befragten Personen, aufgezeigt werden. Die Studie hat demnach einen explorativen Charakter. Des Weiteren erfolgt die Untersuchung aus salutogenetischer Perspektive.

Die folgende Frage steht dabei im Fokus der vorliegenden Arbeit: „Wie sieht das Gesundheitshandeln von (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedlern aus der ehemaligen Sowjetunion im Setting ‚Kreisstadt Merzig‘ unter Berücksichtigung sozialer, migrationsspezifischer und räumlicher Bedingungen aus?“. Konkret setzt sich die Studie mit folgenden Fragestellungen auseinander:

- 1) Welche subjektiven Gesundheitskonzepte besitzen die befragten (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler aus der ehemaligen Sowjetunion in der Kreisstadt Merzig?
- 2) Welche Einflüsse auf die (eigene) Gesundheit nehmen die befragten (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler aus der ehemaligen Sowjetunion in der Kreisstadt Merzig wahr?
 - a. Wie wird der Bereich Wohnen auf die eigene Gesundheit wahrgenommen?
 - b. Wie wird die Auswanderung auf die eigene Gesundheit wahrgenommen?
- 3) Wie sieht das alltägliche Gesundheitshandeln der befragten (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler aus der ehemaligen Sowjetunion in der Kreisstadt Merzig aus?
 - a. Wie beeinflusst die räumliche Dimension das Gesundheitshandeln?
 - b. Wie beeinflussen migrationsspezifische Aspekte das Gesundheitshandeln?
 - c. Welche sozialen Strukturen weist das Gesundheitshandeln auf?
- 4) Wie hängen das subjektive Gesundheitsbewusstsein und das alltägliche Gesundheitshandeln der befragten (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler aus der ehemaligen Sowjetunion in der Kreisstadt Merzig zusammen?

Sicherlich sind neben diesen Fragestellungen weitere Fragen denkbar, allerdings konnte in der vorliegenden Untersuchung nur eine begrenzte Anzahl an Fragestellungen bearbeitet werden, da dies sonst den Rahmen der Arbeit überschritten hätte.

Da das Gesundheitshandeln von (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedlern aus der ehemaligen Sowjetunion unter Berücksichtigung sozialer, migrationsspezifischer und räumlicher Bedingungen bislang noch nicht untersucht wurde, wurde im Rahmen dieser Arbeit der folgende Untersuchungsansatz (siehe Abbildung 1) erarbeitet. Die einzelnen Aspekte des Untersuchungsansatzes werden in den nachfolgenden Kapiteln detaillierter beschrieben.

Die Basis der Arbeit stellt das Konzept der Gesundheitsförderung dar (siehe Kapitel 3.2.1), wobei Gesundheitsförderung „auf einen Prozess [zielt], allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (WHO 1986, o. S.). Im Rahmen der Gesundheitsförderung geht es unter anderem um die Beantwortung folgender, geographisch relevanter, Frage: „Wo und wie wird Gesundheit hergestellt?“. Um diese aus subjektiver Sicht beantworten zu können, stützt sich die Arbeit auf das Konzept des Gesundheitshandelns (siehe Kapitel 3.4.1), den Ansatz der handlungszentrierten Geographie (siehe Kapitel 3.4.2.1) und das Konzept der therapeutischen Landschaften (siehe Kapitel 3.4.2.2).

Beim Gesundheitshandeln handelt es sich um die unterschiedlichsten Aktivitäten, die Individuen in ihrem Alltag bewusst umsetzen, um ihre Gesundheit zu erhalten bzw. zu fördern (vgl. FALTERMAIER 2005a, S. 200), wobei sowohl Fachleuten als auch „Laien“ eine gesundheitliche Handlungskompetenz unterstellt wird (vgl. FALTERMAIER 2010, o. S.). Während das Konstrukt Gesundheitshandeln aus sieben Komponenten gebildet wird (siehe Kapitel 3.4.1.1), stehen in dieser Arbeit das bewusste Handeln für die eigene Gesundheit, der Umgang mit körperlichen Beschwerden und Krankheiten, der Umgang mit wahrgenommenen Risiken und Belastungen sowie die Herstellung und Aktivierung von gesundheitlichen Ressourcen im Fokus.

Das Gesundheitshandeln einer Person wird unter anderem durch deren Gesundheitsbewusstsein, das aus verschiedenen Komponenten besteht (siehe Kapitel 3.4.1.3), beeinflusst. Von zentraler Bedeutung für diese Arbeit sind dabei die folgenden Komponenten: die subjektive Bedeutung und der Stellenwert von Gesundheit, das subjektive Konzept von Gesundheit, die Wahrnehmung gesundheitlicher Risiken und Belastungen, die Wahrnehmung gesundheitlicher Ressourcen sowie das subjektive Konzept von Krankheit. Die wichtigsten Komponenten zur Erklärung des Gesundheitshandelns stellen die subjektiven Gesundheitsvorstellungen¹ und der Stellenwert von Gesundheit dar. So geben die Inhalte des subjektiven Gesundheitskonzeptes Hinweise darauf, auf welche Bereiche eine Person ihre Aufmerksamkeit

¹ Das subjektive Gesundheitskonzept, die Wahrnehmung gesundheitlicher Risiken/Belastungen und die Wahrnehmung gesundheitlicher Ressourcen bilden die subjektiven Gesundheitsvorstellungen (siehe Kapitel 3.3).

richtet und damit auf die Ziele, die sie mit ihrem Handeln verfolgt. Diese Handlungsziele werden durch die subjektiven Gesundheitstheorien² näher bestimmt. Während die subjektiven Gesundheitsvorstellungen also die Richtung eines (möglichen) Gesundheitshandelns vorgeben, gibt der Stellenwert von Gesundheit Hinweise darauf, ob das Gesundheitshandeln von der Person umgesetzt wird.

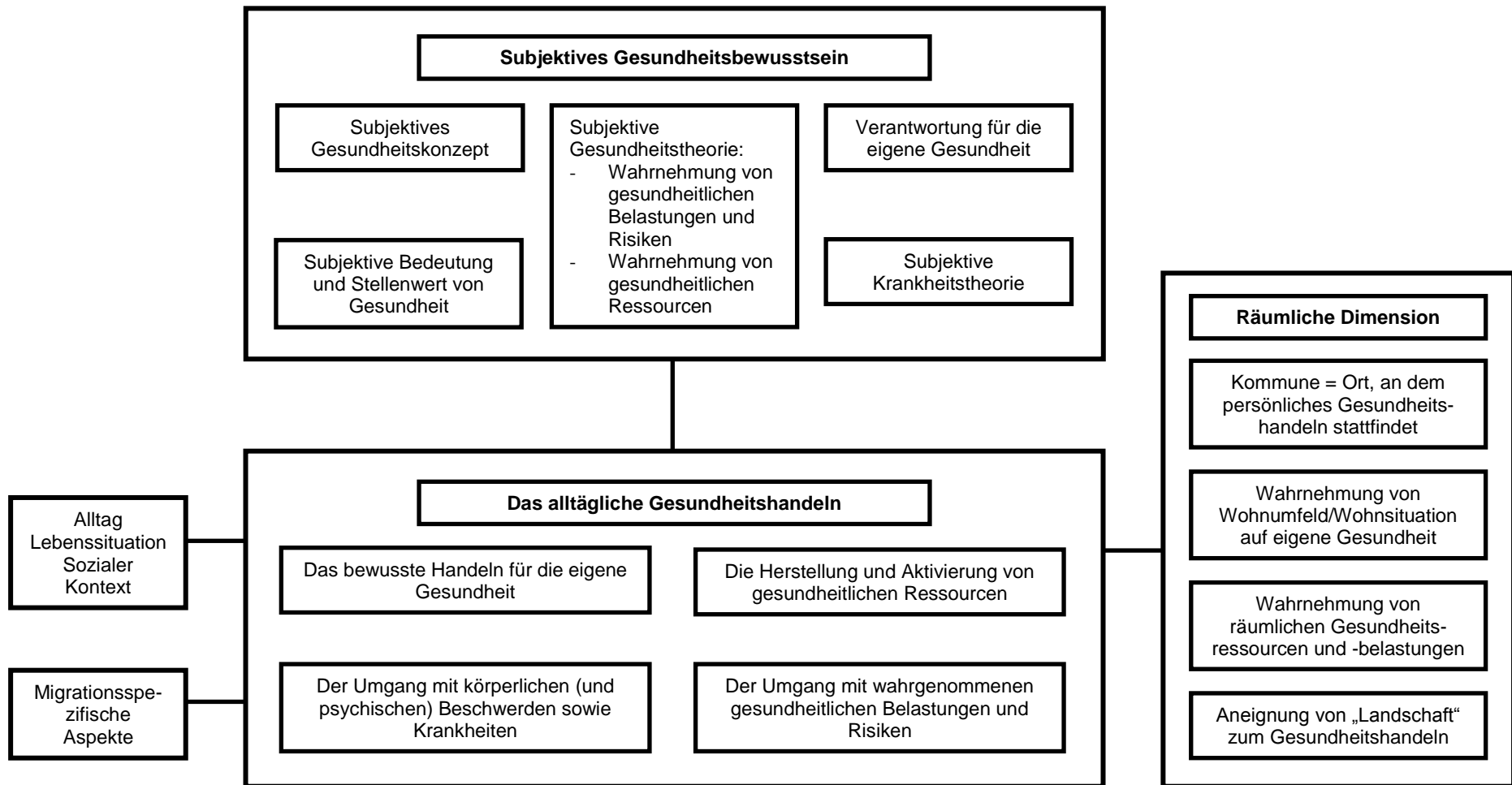
Neben dem Gesundheitsbewusstsein beeinflussen auch der Alltag und die aktuelle Lebenssituation einer Person deren alltägliches Gesundheitshandeln. Vor diesem Hintergrund ist die grundlegende Annahme des Settingansatzes – der wichtigsten Umsetzungsstrategie der Gesundheitsförderung – zu sehen, die besagt, dass Gesundheit im Alltag hergestellt und aufrechterhalten wird. Als weitere (mögliche) Einflussfaktoren auf das persönliche Gesundheitshandeln untersucht diese Arbeit die räumliche Dimension, „*die* geographische Schlüsselkategorie“ (KISTEMANN ET AL. 2012, S. 113; Hervorhebung im Original) und migrationsspezifische Bedingungen.

So steht im Fokus dieser Studie das Setting Kommune, d.h. die Kreisstadt Merzig. Die Kommune gilt zum einen als der Ort, an dem das persönliche Gesundheitshandeln stattfindet und zum anderen beeinflusst das Wohnumfeld – als Teil der Kommune – mit seinen ökologischen und sozialen Bedingungen die Gesundheit von Individuen. Der Settingansatz, der durch die Gesundheitswissenschaften entwickelt wurde, macht deutlich, außerhalb der Geographie werden „Orte“ als gesundheitsbeeinflussend beschrieben (siehe Kapitel 3.4.2). In der Geographie wird der Settingansatz im Rahmen des Konzeptes der therapeutischen Landschaften diskutiert (siehe Kapitel 3.4.2.2). Dieses Konzept schafft einen Diskussionsrahmen, um die gesundheitliche Bedeutung von „Raum“ und „Ort“ zu thematisieren. Auch im Rahmen der Gesundheitsförderung rückt Landschaft seit circa drei Jahrzehnten verstärkt als Gesundheitsressource in den Fokus von Untersuchungen. Sowohl die Vorstellung als auch die Wahrnehmung einer therapeutischen Landschaft variiert jedoch zwischen Individuen. Des Weiteren wird das Konzept je nach Anwendungsbeispiel unterschiedlich interpretiert. In dieser Arbeit findet das Konzept der therapeutischen Landschaften dadurch Anwendung, dass durch das explizite Fragen nach Orten bzw. Plätzen an denen Personen sich unwohl bzw. wohl fühlen geographische Belastungen bzw. Ressourcen für die Gesundheit ermittelt werden. Darüber hinaus untersucht die Studie, welche „Landschaften“ sich die Befragten beim Gesundheitshandeln aneignen, denn aus Sicht der handlungsorientierten Sozialgeographie wird „Raum“ immer vom handelnden Subjekt durch eine spezifische Handlung konstituiert. Des Weiteren

² „Minimalform einer subjektiven Theorie“: individuelle (explizite und implizite) Vorstellungen über positive und negative Einflüsse auf die (eigene) Gesundheit (siehe Kapitel 3.3).

betont der Ansatz der handlungszentrierten Geographie nach Benno Werlen die Fokussierung auf die Handlungen der Menschen, die sich auch im Konzept des Gesundheitshandelns nach Toni Faltermaier wiederfindet. Die zentrale Frage der handlungszentrierten Geographie lautet demnach: Wie handeln Subjekte? Nach WERLEN (1998, S. 28; Hervorhebung im Original) „fragt man zuerst, was jemand tut, bevor man nach den räumlichen Bedingungen *dafür* und den räumlichen Konsequenzen *davon* Ausschau hält.“ Auf die vorliegende Arbeit übertragen bedeutet dies, dass es um die Beantwortung der folgenden Fragen geht: „Was tun die befragten (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler für ihre Gesundheit?“ und „Welche räumlichen Bedingungen nutzen sie dafür?“.

Abbildung 1: Untersuchungsansatz der Arbeit



Quelle: Eigene Erstellung

1.3 Aufbau der Arbeit

Kapitel 2 dieser Arbeit thematisiert das Migrationsgeschehen sowie die aktuelle Bevölkerungsstruktur und -verteilung von (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedlern aus der ehemaligen Sowjetunion. Im Anschluss daran setzt sich Kapitel 3 mit dem Thema Gesundheit auseinander. Dabei erfolgt unter anderem eine Darstellung von Definitionen, Dimensionen und verschiedenen Modellen von Gesundheit, wobei das Konzept der Gesundheitsförderung, das Modell der Salutogenese sowie die subjektiven Gesundheitsvorstellungen im Fokus stehen. Auf diesen Grundlagen aufbauend wird das Konzept des Gesundheitshandelns näher dargestellt sowie aus geographischer und migrationsspezifischer Perspektive diskutiert. In Kapitel 4 erfolgt eine Verknüpfung der Themen Migration und Gesundheit: In dem Kapitel werden zum einen Einflüsse auf die und Erklärungsmodelle/-ansätze zur Gesundheit von Personen mit Migrationshintergrund im Allgemeinen thematisiert und zum anderen Studienergebnisse zur Gesundheit von (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedlern, die für diese Arbeit von Bedeutung sind, dargestellt. Kapitel 5 markiert den Einstieg in den empirischen Teil der Arbeit. In diesem Kapitel werden die methodische Vorgehensweise und die Untersuchungsgruppe näher dargestellt. Danach wird in Kapitel 6 das Setting „Kreisstadt Merzig“ im Hinblick auf städtische Gesundheitsressourcen, vor Ort vorhandene Gesundheitseinrichtungen und -angebote sowie die aktuelle Bevölkerungsstruktur näher beschrieben. Die Ergebnisdarstellung der qualitativen Interviews erfolgt in Kapitel 7, dabei werden das subjektive Gesundheitsbewusstsein und das alltägliche Gesundheitshandeln der Interviewten entlang der Hauptthemen der Arbeit dargestellt sowie die Zusammenhänge zwischen den subjektiven Gesundheitsvorstellungen und dem alltäglichen Gesundheitshandeln in Fallbeispielen näher analysiert. Zum Abschluss werden in Kapitel 8 die wichtigsten Ergebnisse der Arbeit zusammengefasst und es wird ein Ausblick gegeben.

2 Migration von (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedlern aus der ehemaligen Sowjetunion

Nach einer kurzen theoretischen Auseinandersetzung mit dem Begriff Migration sowie mit Modellen und Konzepten, die Migration zu erklären versuchen (Kapitel 2.1 inkl. Unterkapitel), werden in Kapitel 2.2 (inkl. Unterkapitel) das Migrationsgeschehen sowie die aktuelle Bevölkerungsstruktur und -verteilung von (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedlern aus der ehemaligen Sowjetunion näher beschrieben. In Anlehnung an WORBS ET AL. (2013, S. 18) erfolgt die Verwendung der Begriffe Aussiedlerin/Aussiedler, Spätaussiedlerin/Spätaussiedler und (Spät-)Aussiedlerin/(Spät-)Aussiedler in der vorliegenden Arbeit wie folgt:

„Wenn beide Gruppen – vor und nach 1993 zugewanderte Personen – gemeint sind, [wird] der Ausdruck „(Spät-)Aussiedler[in]“ verwendet. „Aussiedler[in]“ meint dementsprechend Personen, die vor dem 01.01.1993 auf vertriebenenrechtlicher Grundlage nach Deutschland kamen, „Spätaussiedler[in]“ (ohne Klammerschreibweise) alle danach Zugewanderten. In der Literatur werden allerdings häufig die Termini „Aussiedler[in]“ oder „Spätaussiedler[in]“ als Oberbegriffe verwendet, ohne Bezugnahme auf die juristische Grundlage der Unterscheidung. Da sich nicht immer klar zuordnen lässt, wann die Personen zugewandert sind, die in der jeweiligen Studie untersucht wurden, wird in solchen Fällen die Terminologie der [Autorinnen] und Autoren übernommen. Dadurch kann es auch zu uneinheitlicher Schreibweise innerhalb einzelner Kapitel kommen.“ (EBENDA)

2.1 Migration

2.1.1 Definition, Abgrenzung und Kennzeichen des Begriffs Migration

Eine einheitliche Definition des Begriffs Migration existiert bislang nicht (vgl. BÄHR 2010, S. 239; OSWALD 2007, S. 13). Anfang der 1970er Jahre definierte ALBRECHT (1972, S. 23) Migration als „die Ausführung einer räumlichen Bewegung, die einen vorübergehenden oder permanenten Wechsel des Wohnsitzes bedingt, eine Veränderung der Position also im physischen und im ‚sozialen Raum‘.“ OSWALD (2007, S. 13) beschreibt Migration als einen „Prozess der räumlichen Versetzung des Lebensmittelpunkts, also einiger bis aller relevanten Lebensbereiche, an einen anderen Ort, der mit der Erfahrung sozialer, politischer und/oder kultureller Grenzziehung einhergeht.“ OLTMER (2013, S. 31) versteht unter Migration „die auf einen längerfristigen Aufenthalt angelegte räumliche Verlagerung des Lebensmittelpunktes von Individuen, Familien, Gruppen oder auch ganzen Bevölkerungen.“ Für diese Arbeit sind die Aspekte der Positionsveränderung im physischen und sozialen Raum sowie der Prozesshaftigkeit und der Aspekt, dass neben Individuen auch ganze Bevölkerungsgruppen den Entschluss zur Migration fassen, von Bedeutung.

DE LANGE ET AL. (2014, S. 126-128) fassen Migration (mit Wohnsitzverlagerung) und zirkuläre Mobilität (ohne Wohnsitzverlagerung) unter dem Begriff „räumliche Mobilität“ zusammen. Wanderungen werden weiter in internationale Wanderungen (Überschreitung von Staatsgrenzen bei der Wohnortverlagerung) und Binnenwanderungen (Wohnortverlagerung innerhalb von Staatsgrenzen) unterteilt. Die Binnenwanderung lässt sich weiter in Nah-/Fernwanderung und intra-/interregionale Wanderung untergliedern. Ebenfalls zur Bevölkerungsmobilität zählt die soziale Mobilität. Darunter wird der „Wechsel von Menschen zwischen unterschiedlichen gesellschaftlichen Positionen“ (EBENDA, S. 126) verstanden. Bei der sozialen Mobilität wird zwischen vertikaler (sozialer Auf-/Abstieg innerhalb einer sozialen Schicht) und horizontaler (die soziale Position innerhalb einer sozialen Schicht ändert sich) Mobilität unterschieden. Soziale und räumliche Mobilität können zusammenhängen (vgl. EBENDA, S. 126), zum Beispiel, wenn Personen im Rahmen einer Migration einen Statusverlust erleiden.

Einige Autoren (u. a. Ravenstein (1885/89), Petersen (1958), Pries (2008)) entwickelten verschiedene Ansätze, um Wanderungen zu typisieren (vgl. BÄHR 2010, S. 246-252). Zu einer solchen Typisierung werden unterschiedliche Merkmale (z. B. räumliche Dimension, zeitliche Dimension, freiwillige vs. erzwungen Migration, Motive zur Migration, Reichweite, quantitativer Umfang, soziale Selektivität und rechtliche Situation von Zugewanderten) herangezogen (vgl. BÄHR 2010, S. 247-250; DE LANGE ET AL. 2014, S. 141; WEHRHAHN ET AL. 2011, S. 86). Die Typisierungsversuche könnten dazu genutzt werden, eine Basis zur Theorieentwicklung für die verschiedenen Formen der Migration zu entwerfen, was allerdings bisher nicht geschehen ist (vgl. BÄHR 2010, S. 246 u. S. 251). Dies ist wohl mit einer der Gründe, dass die Typisierungsversuche kritisch hinterfragt werden (vgl. WEHRHAHN ET AL. 2011, S. 86).

2.1.2 Erklärungsmodelle und -konzepte von Migration

„Die“ Theorie zur Erklärung von Migration existiert bisher nicht, ein Grund hierfür stellt deren Komplexität dar (vgl. DE LANGE ET AL. 2014, S. 159). Nach BÄHR (2010, S. 253-263; vgl. auch DE LANGE ET AL. 2014, S. 146-151; KULS ET AL. 2002, S. 198) gehen die Erklärungsversuche von Wanderungen – seit den Migrationsgesetzen von Ravenstein – fast immer von vier Überlegungen aus, die die Formulierungen von Modellen und Theorien beeinflussen:

- 1) Die Entfernung zwischen Abwanderungs- und Zielgebiet (nicht nur im Hinblick auf die räumliche sondern z. B. auch auf die soziale Dimension) spielt bei der Erklärung von Wanderungen eine zentrale Rolle. Gravitations- und Distanzmodelle bauen auf dieser Überlegung auf, sie versuchen Migration mathematisch zu fassen. Eine Weiterentwicklung dieser Ansätze zu regressionsanalytischen Modellen fand statt.
- 2) Die Regressions- bzw. Push-Pull-Modelle (z. B. nach Lee) beschreiben und analysieren Wanderungen nicht nur anhand der Einflussgröße Entfernung, sondern auch anhand der

sozialen und ökonomischen Situation im Herkunfts- und Zielgebiet. Diese Erklärungsansätze betrachten vor allem push-Faktoren (abstoßende Faktoren im Herkunftsland oder fernhaltende Faktoren im Zielland) und pull-Faktoren (anziehende Faktoren im Zielland oder haltende Faktoren im Herkunftsland) genauer. Personen nehmen diese Faktoren unterschiedlich wahr und bewerten sie unterschiedlich, so dass sie verschiedene Migrationsentscheidungen treffen.

- 3) Im Rahmen der verhaltensorientierten Modelle dienen Merkmale wie Verhaltensweisen und Einstellungen von Individuen zur Analyse von Migrationen. Es wird angenommen, Wanderungen seien nie vollständig voraussagbar, da Personen Situationen unterschiedlich bewerten und infolgedessen heterogene Entscheidungen treffen. Objektive Merkmale der Herkunfts- und Zielländer rücken in diesem Ansatz in den Hintergrund.
- 4) In constraints-Modellen werden die objektiven und subjektiven Faktoren, die Wanderungen beeinflussen, zusammengeführt. Die Modelle gehen von einer weitgehenden Entscheidungsfreiheit der Subjekte aus, die jedoch durch äußere Zwänge (= constraints) eingeengt sein kann.

Neben diesen klassischen Ansätzen zur Erklärung von Migration, werden „vor allem seit den 1990er Jahren neue Theorieansätze zur Erklärung internationaler Migration entwickelt“ (PRIES 2008, S. 6). Detaillierte Beschreibungen der klassischen und der neuen Ansätze finden sich unter anderem bei BÄHR (2010), DE LANGE ET AL. (2014) und KULS ET AL. (2002).

2.2 (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler aus der ehemaligen Sowjetunion: Geschichte und aktuelle Lage

Das deutsche Migrationsgeschehen ist seit dem Ende des Zweiten Weltkrieges durch die Zuwanderung von unterschiedlichen Gruppen gekennzeichnet (u. a. Asylsuchende/Flüchtlinge, Gastarbeiterinnen/Gastarbeiter) (vgl. HAMBURGISCHES WELTWIRTSCHAFTSINSTITUT 2007, S. 2; vgl. OLTMER 2010, S. 45-52 u. S. 56). So stieg, neben dem Zuzug von Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit, ab dem Jahr 1985 die Zuwanderung von (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedlern und damit von Personen deutscher Herkunft deutlich an. Ohne Berücksichtigung der Herkunftsländer stellen (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler die größte Migrantengruppe in Deutschland dar (siehe Kapitel 2.2.3). Spätaussiedlerinnen bzw. „Spätaussiedler sind deutsche Volkszugehörige aus den Nachfolgestaaten der ehemaligen Sowjetunion und anderen osteuropäischen Staaten, die im Wege eines speziellen Aufnahmeverfahrens ihren Aufenthalt in Deutschland begründet haben“ (BUNDESAMT FÜR MIGRATION UND FLÜCHTLINGE 2015b, o. S.). Deutsche Volkszugehörige bzw. deutscher Volkszugehöriger ist,

„wer sich in seiner Heimat zum deutschen Volkstum bekannt hat, sofern dieses Bekenntnis durch bestimmte Merkmale wie Abstammung, Sprache, Erziehung, Kultur bestätigt wird. Wer nach dem 31. Dezember 1923 geboren worden ist, ist deutscher Volkszugehöriger, wenn er von einem deutschen Staatsangehörigen oder deutschen Volkszugehörigen abstammt und sich bis zum Verlassen der Aussiedlungsgebiete durch eine entsprechende Nationalitätenerklärung oder auf andere Weise zum deutschen Volkstum bekannt oder nach dem Recht des Herkunftsstaates zur deutschen Nationalität gehört hat.“ (BUNDESMINISTERIUM DER JUSTIZ UND FÜR VERBRAUCHERSCHUTZ 2007, S. 3-4)

Untersuchungsgegenstand dieser Arbeit sind die subjektiven Gesundheitsvorstellungen und das alltägliche Gesundheitshandeln von (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedlern aus der ehemaligen Sowjetunion. Nachfolgend wird daher die Migration nach und das Leben in Russland sowie die Migration nach und die aktuelle Lage der Gruppe in Deutschland näher dargestellt.

2.2.1 Migration nach Russland

Bereits im 16. Jahrhundert gab es Migrationsströme von Deutschland nach Russland, die unter Zarin Katharina II. (1762-1796) zunahmen. Um den wirtschaftlichen Aufstieg des Russischen Reiches zu erreichen, sollten unerschlossene Landesteile (v. a. Wolgagebiet) sowie neu eroberte Teile (v. a. Schwarzmeergebiet, Balkan, Polen) besiedelt und landwirtschaftlich erschlossen werden. Da russische Bauernfamilien durch die Leibeigenschaft an ihre Grundherren gebunden waren, sollten Siedlerinnen und Siedler aus dem europäischen Ausland angeworben werden. Katharina II. erließ hierzu am 22. Juli 1763 ein Einladungsmanifest. Mit der Übersiedlung ins Russische Reich waren Privilegien wie freie Religionsausübung, Militärdienstbefreiung, regionale Selbstverwaltung und deutscher Sprachgebrauch verbunden. Der Einladung folgten vor allem Personen, die aus Gebieten stammten, die besonders stark vom Siebenjährigen Krieg (1756-63) betroffen waren (u. a. Württemberg, Baden, Pfalz, Hessen, Bayern). (vgl. EISFELD 1989, S. 10; INGENHORST 1997, S. 19-21; SCHNEIDER 2005a, o. S.)

Bis 1767/68 wanderten rund 30.000 Menschen von Deutschland nach Russland aus. Einige von ihnen ließen sich in der Nähe von St. Petersburg nieder, die Mehrheit (ca. 23.000 Personen) wurde an der Wolga in der Nähe der Stadt Saratow angesiedelt. Die Bedingungen vor Ort entsprachen allerdings nicht den gemachten Versprechungen. So gab es zum Beispiel kaum Baumaterialien, keine landwirtschaftlichen Geräte und keine Infrastruktur. Obwohl die ersten Jahrzehnte durch Armut, Missernten, Existenzängste und Überfälle gekennzeichnet waren, gründeten die Zugewanderten im Wolgagebiet 104 Kolonien. Zu Beginn des 19. Jahrhunderts wurde die Selbstverwaltung der Gebiete gesetzlich verankert, woraufhin sich die Wirtschaft positiv entwickelte und im Jahr 1815 über 60.000 Personen in den Kolonien lebten. (vgl. EISFELD 1989, S. 10; INGENHORST 1997, S. 21-23; SCHNEIDER 2005a, o. S.)

Im Jahr 1785 trafen die ersten deutschen Kolonistinnen und Kolonisten an der Nordküste des Schwarzen Meeres ein. Zu Beginn des 19. Jahrhunderts nahm die Auswanderung in diese Region, beeinflusst durch das Einladungsmanifest von Alexander I. (20. Februar 1804), zu. Die Siedlerinnen und Siedler (meist Bauern- und Handwerkerfamilien), die wegen der politischen, materiellen und kirchlichen Not in ihrer Heimat auswanderten, stammten vor allem aus Württemberg, Baden, der Pfalz und Hessen. Die Einwanderungsbedingungen waren im Vergleich zu denen in die Wolgagebiete günstiger: Die Personen brachten eigenes Vieh, eigene Geräte und Vermögen mit. Vorwiegend in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts entstanden zwischen den Flüssen Dnjestr und Don sowie in Bessarabien, auf der Halbinsel Krim und in der Nähe der Stadt Tiflis circa 180 deutsche Kolonien (vgl. PINKUS ET AL. 1987, S. 39). Bis Mitte des 19. Jahrhunderts wanderten etwa 55.000 Personen in die Schwarzmeerregion ein. (vgl. EISFELD 1989, S. 10-11; INGENHORST 1997, S. 24-25; SCHNEIDER 2005a, o. S.)

Insgesamt verlief die wirtschaftliche Entwicklung der Kolonien des Schwarzmeerraumes aufgrund günstigerer Ausgangsbedingungen (größere Anbauflächen, bessere Kenntnisse in der Landwirtschaft, mehr Kapital, neben Bauern- auch Handwerkerfamilien) positiver als an der Wolga. Der Anbau und der Handel mit Getreide sicherte den deutschen Kolonistinnen und Kolonisten, sowohl im Wolga- als auch im Schwarzmeerraum, die Teilhabe am russischen Markt und sicherte ihnen ein relativ gutes Leben im Vergleich zu russischen Bauernfamilien. (vgl. EISFELD 1989, S. 11-12; INGENHORST 1997, S. 25-27; SCHNEIDER 2005a, o. S.)

Vor dem Hintergrund des Rechts auf freie Religionsausübung entstanden in den Kolonien von Beginn an Kirchen und ein eigenes deutsches Schulwesen entwickelte sich, das eng mit den Kirchengemeinden verbunden war. Ferner wurden auf Initiative der Kirchen Kranken-, Armen- und Waisenhäuser gegründet. (vgl. EISFELD 1989, S. 12; SCHNEIDER 2005a, o. S.)

Laut PINKUS ET AL. (1987, S. 39) gab es Mitte des 19. Jahrhunderts etwa 300 deutsche „Mutterkolonien“. Deren Zahl wuchs durch Landankauf und Aussiedlung der jüngeren Generation in „Töchterkolonien“ bis zum Ausbruch des Ersten Weltkrieges auf circa 3.000 an. Zwischen 1905 und 1914 wanderten zum Beispiel Personen nach Sibirien und Zentralasien (v. a. Kirgisien und Kasachstan) aus, um dort Land wirtschaftlich zu erschließen. Im Jahr 1914 lebten knapp 45.000 Personen in Sibirien und gut 50.000 Personen in Zentralasien (vgl. EBENDA, S. 41). Die Kolonien waren vor allem dadurch gekennzeichnet, dass sie in sich konfessionell homogen waren (vgl. STUMPP 1980, S. 15) und dass die Mehrheit der Russlanddeutschen in ihren Kolonien isoliert und (fast) ohne Kontakt zur russischen Bevölkerung lebte (vgl. KABUZAN 1990, S. 72). Zwischen den deutschen Kolonien gab es, aufgrund der räumlichen Distanz, ebenfalls kaum Kontakt (vgl. INGENHORST 1997, S. 27). Mitte der 1860er Jahre lebten in den Kolonien etwa 900.000 Russlanddeutsche (vgl. SCHNEIDER 2005a, o. S.), 1897 waren dies 1,8 Millionen und 1914 schon 2,4 Millionen (vgl. INGENHORST 1997, S. 28 u. S. 31). Bis zur Mitte

des 19. Jahrhunderts bestimmte Zuwanderung das Bevölkerungswachstum mit, danach spielte das natürliche Bevölkerungswachstum eine zentrale Rolle (vgl. KABUZAN 1990, S. 67). Gleichzeitig zur positiven, wirtschaftlichen und demographischen, Entwicklung, verschlechterte sich die rechtliche und politische Stellung der Russlanddeutschen. Nach der Niederlage im Krimkrieg (1853-56), wurden ab den 1870er Jahren Reformen umgesetzt, die das Russische Reich stärken sollten (u. a. Einführung der Militärpflicht, Abschaffung der Amts-/Unterrichtssprache Deutsch, Aufhebung der Selbstverwaltung). Ebenfalls weitreichende Folgen hatte die Diskussion um die „Deutsche Frage in Russland“: Die Slawophilen³ befürchteten eine Verhinderung der „Russifizierung“ der westlichen Kolonien (v. a. in Wolhynien⁴) und so bestand das Ziel des Fremdengesetzes (1887) darin, deutsche Kolonistinnen und Kolonisten zu vertreiben. Infolgedessen wanderten mehrere Zehntausend nach Übersee aus oder zogen nach Osten (u. a. Sibirien). Die Liquidationsgesetze (1915) verschlechterten die Lebensbedingungen der Russlanddeutschen weiter. So führten Befürchtungen, Deutschstämmige könnten deutsche Truppen unterstützen, dazu, dass in einem 150 km breiten Grenzstreifen im (Süd-)Westen des Russischen Reiches 200.000 Wolhyniendeutsche vertrieben, in östliche Teile umgesiedelt und wirtschaftlich ruiniert wurden. Deutschstämmige Soldaten wurden von der westlichen an die Front im Kaukasus abgezogen. 1917 verhinderte die Revolution die Ausweitung der Liquidation auf den gesamten europäischen Teil des Russischen Reiches. (vgl. EISFELD 1989, S. 12-13; INGENHORST 1997, S. 29-33; SCHNEIDER 2005a, o. S.)

Im Rahmen der Russischen Revolution erhielt die gesamte Bevölkerung das Recht auf Gleichheit, Souveränität und Selbstbestimmung. Eine sich daraufhin entwickelnde deutsche Autonomiebewegung errichtete mehrere regionale Zentren (u. a. in Omsk, Odessa, Saratow, Moskau, Tiflis, Slawgorod). Als nach der Oktoberrevolution der Bürgerkrieg (1917/18-20) ausbrach, entwickelten sich diese Zentren unterschiedlich: Während Lenin die „Arbeitskommune des Gebiets der Wolgadeutschen“ 1918 als autonomes Gebiet anerkannte, befanden sich andere Kolonien (u. a. in der Ukraine) zeitweise im Machtbereich der „Weißen“. (vgl. EISFELD 1989, S. 13; SCHNEIDER 2005a, o. S.)

³ Slawophile waren Anhänger/innen „einer streng orthodoxen, antirationalistischen, kulturpolitisch konservativen Richtung [...], die im Gegensatz zu den Westlern, [diese forderten eine weitere Öffnung Russlands zum Westen] die russische Eigenart betonten“ (INGENHORST 1997, S. 216 u. S. 215).

⁴ Vor allem zwischen den 1830er und 1860er Jahren wanderten deutsche Bauernfamilien, die aus Mittelpolen und Galizien stammten, in Wolhynien ein (vgl. BRANDES 1992, S. 121). Im Gegensatz zu den Besiedlungen des Wolga- und Schwarzmeergebietes waren diese Zuzüge nicht durch staatliche Eingriffe gelenkt (vgl. STUMPP 1980, S. 14).

Nach Beendigung des Bürgerkrieges erholte sich das Land, wovon die Russlanddeutschen anfangs jedoch nichts spürten: Missernten (1921/22 u. 1924) führten zu Auswanderung und Hungertod. Nachdem diese Rückschläge überwunden waren, begannen die Russlanddeutschen mit dem Wiederaufbau. Nach der Gründung der Sowjetunion (1922) sollten die verschiedenen Völker durch mehr Selbstbestimmungsrechte für die Mitwirkung am Aufbau des Sozialismus gewonnen werden. Vor diesem Hintergrund ist die Aufwertung der autonomen „Arbeitskommune des Gebiets der Wolgadeutschen“ zur „Autonomen Sozialistischen Sowjetrepublik (ASSR) der Wolgadeutschen“ am 6. Januar 1924 zu sehen. Des Weiteren wurden ab 1925 deutsche Siedlungsgebiete zu insgesamt 15 Rayons⁵ zusammengefasst. In den Gebieten, in denen es nur wenige deutsche Dörfer gab, kam es zur Gründung von insgesamt 550 deutschen Dorfsowjets. In den autonomen Gebieten wurde Deutsch wieder zur Amts- und Unterrichtssprache, ein eigenes Bildungssystem entwickelte sich, es entstanden kulturelle Einrichtungen und ein Verlagswesen. Die nationalen Verwaltungseinheiten schützten die Russlanddeutschen jedoch nicht vor staatlicher Willkür: Die sowjetische Regierung kollektiviert die ASSR der Wolgadeutschen bis zum 01. Juli 1931 zu 95 %. In der Schwarzmeerregion kam es ebenfalls zur Zwangskollektivierung. Stalin schlug den Aufstand der „Kulaken“ (Großbauern), zu denen relativ viele Deutschstämmige zählten, durch deren Deportation in Zwangsarbeitslager, die sich in Sibirien, im Ural und in Kasachstan befanden, nieder. (vgl. EISFELD 1989, S. 14-15; INGENHORST 1997, S. 41-43)

Nach der Machtübernahme der NSDAP (1933) erfolgte eine Erfassung der in der Sowjetunion lebenden Deutschstämmigen in Listen, auf deren Grundlage später Säuberungen und Deportationen stattfanden. Die Repressionen gegen Russlanddeutsche erfolgten auf verschiedenste Art und Weise: Umsiedlung von Personen aus deutschen Verwaltungseinheiten in andere Gebiete bzw. Deportation in Arbeitslager; Auflösung der Rayons in der Ukraine und in Altai; der Schulunterricht außerhalb der ASSR der Wolgadeutschen erfolgte ab dem Schuljahr 1938/39 auf Russisch bzw. Ukrainisch; übergeordnete kirchliche Organisationen und lokale Kirchengemeinden wurden zerstört und aus dem öffentlichen Leben zurückgedrängt. (vgl. EISFELD 1989, S. 14-15; INGENHORST 1997, S. 43-46; SCHNEIDER 2005a, o. S.)

Nach Ausbruch des deutsch-sowjetischen Krieges (22. Juni 1941) verloren die sowjetischen Behörden die Kontrolle über die westlichen Gebiete. Daraufhin begannen die Deportationen und Umsiedlungen deutschstämmiger Personen (v. a. nach Sibirien und Kasachstan). Insgesamt wurden zwischen Juli und Oktober 1941 etwa 100.000 Russlanddeutsche östlich des Dnjepr deportiert. Ein Erlass vom 28. August 1941 beschuldigte die Wolgadeutschen der Kollaboration, woraufhin die Umsiedlung von etwa 400.000 Personen unter Mitnahme des Nötigs-

5 Ein Rayon (=Landkreis) bestand aus mehreren Dorfsowjets (vgl. PINKUS ET AL. 1987, S. 80).

ten stattfand. Die Deportationen betrafen bis 1944 weitere 155.000 deutschstämmige Personen. Ab Oktober 1941 wurden deutsche Soldaten und Offiziere von der Front abgezogen und der „Arbeitsarmee“ zugeteilt. Schätzungsweise waren insgesamt 100.000 deutschstämmige Frauen und Männer unter härtesten Lebens- und Gesundheitsbedingungen in der „Arbeitsarmee“, die bis 1948 existierte (vgl. BRANDES 1992, S. 129), tätig. Aufgrund der Kontrollverluste der Behörden in den westlichen Gebieten der Sowjetunion im Juni 1941 entgingen etwa 350.000 Russlanddeutsche (v. a. westlich des Dnjepr) den Deportationen. Sie standen unter dem „Schutz“ des Deutschen Reiches. Nach der Niederlage bei Stalingrad verließen im November 1943 etwa 220.000 deutschstämmige Personen die Schwarzmeerregion, sie sollten zur „Germanisierung“ des Warthelands beitragen. Weitere 130.000 Personen flüchteten ins „Altreich“. Am Ende des Zweiten Weltkrieges befanden sich etwa 200.000 Russlanddeutsche im Wartheland und in der sowjetischen Besatzungszone. Sie wurden in die Sowjetunion „repatriert“. In den westlichen Besatzungszonen befanden sich annähernd 150.000 ehemalige Kolonistinnen und Kolonisten, die Hälfte von ihnen wurde ebenfalls „repatriert“. Familientrennungen und Menschenverluste waren dabei nicht selten. Die Überlebenden kamen in Sibirien und Mittelasien in Sondersiedlungen, wo sie bis Ende 1955 Schwerstarbeit leisten mussten und nur zu Hause ihr Deutschtum (deutsche Sprache und Religion) ausüben konnten (vgl. BRANDES 1992, S. 129). Im September 1955 erfolgten, nach Verhandlungen des Altbundeskanzlers Adenauer, Begnadigungen verurteilter Kollaborateure und in Gefangenschaft geratener Militärangehöriger. Im Gegensatz dazu blieben die 1,5 Millionen Russlanddeutschen vorerst weiter in Gefangenschaft und ohne Rechte. (vgl. EISFELD 1989, S. 15-17; INGENHORST 1997, S. 49-56)

Den Verhandlungen Adenauers folgte am 13. Dezember 1955 die Unterzeichnung des Dekrets „Über die Aufhebung der Beschränkungen in der Rechtsstellung der Deutschen und deren Familienangehörigen, die sich in Sondersiedlungen befinden“. Daraufhin kam es zur Aufhebung der Sondersiedlungen und die Russlanddeutschen konnten ab 1956 ihre Aufenthaltsorte verlassen. Eine Rückkehr in die alten Heimatorte („Orte ihres Deutschtums“) gestattete die sowjetische Regierung nicht. Sie erhielten auch keine Entschädigung für ihre Verluste. (vgl. EISFELD 1989, S. 17; INGENHORST 1997, S. 56-57; SCHNEIDER 2005a, o. S.) „Sie blieben Vertriebene im eigenen Land, behaftet mit dem Makel, Angehörige des besiegten Feindstaates zu sein“ (EISFELD 1989, S. 17).

Wie anhand der Tabelle 1 deutlich wird, änderte sich die räumliche Verteilung der deutschen Bevölkerung in der Sowjetunion zwischen 1926 und 1989, aufgrund des Zweiten Weltkrieges und der 1956 einsetzenden Binnenmigration (v. a. nach Kasachstan, Kirgisien) grundlegend.

Tabelle 1: Räumliche Verteilung der deutschen Bevölkerung in der Sowjetunion nach Unionsrepubliken

Unionsrepublik	1926	1959	1970	1979	1989
Russische SFSR	62,3 %	50,8 %	41,6 %	41,0 %	41,3 %
Ukrainische SSR	30,4 %	1,4 %	1,6 %	1,8 %	1,9 %
Belorussische SSR	0,5 %	-	-	-	0,2 %
Moldauische SSR	()	0,2 %	0,5 %	0,6 %	0,4 %
Estnische SSR	()	?	?	0,2 %	0,2 %
Lettische SSR	()	0,1 %	0,3 %	0,2 %	0,2 %
Litauische SSR	()	0,7 %	?	0,1 %	0,1 %
Georgische SSR	0,9 %	-	-	-	0,1 %
Armenische SSR	-	-	-	-	0,0 %
Aserbaidschanische SSR	1,0 %	-	-	-	0,0 %
Kasachische SSR	3,9 %	40,9 %	46,9 %	46,6 %	47,0 %
Kirgisische SSR	0,3 %	2,5 %	4,9 %	5,2 %	5,0 %
Usbekische SSR	0,4 %	1,1 %	1,9 %	2,0 %	2,0 %
Tadschikische SSR	-	2,0 %	2,1 %	2,0 %	1,6 %
Turkmenische SSR	0,1 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %
Bevölkerung insgesamt	1.293.826	1.613.727	1.830.470	1.930.330	2.038.603

Quelle: EISFELD 1989, S. 17; DIETZ ET AL. 1992, S. 58; Anm.: „Ein Strich bedeutet, daß in diesen Republiken praktisch keine deutsche Bevölkerung mehr lebt; ein Fragezeichen weist darauf hin, daß in den betreffenden Republiken zwar nachweislich Deutsche leben, jedoch in Statistiken nicht erscheinen; die Klammern weisen darauf hin, daß die betroffenen Republiken 1926 eine deutsche Bevölkerung hatten, aber zu dieser Zeit nicht zur Sowjetunion gehörten.“ (EISFELD 1989, S. 17)

Der Anteil der deutschstämmigen Bevölkerung, die in Städten lebte, hat sich ebenfalls verändert: Von 15 % im Jahr 1926 auf 50 % im Jahr 1979. Ein Großteil dieser Personen war als ungelernete Arbeiterin bzw. ungelerner Arbeiter in der Industrie oder als schlecht bezahlte Arbeitskraft im Dienstleistungsbereich tätig. Erst in den 1960er Jahren stieg der Anteil der deutschen Bevölkerung, die einen akademischen Beruf ausübte, an. (vgl. EISFELD 1989, S. 17 u. S. 19)

Zwischen 1941 und 1956 besuchte die Mehrheit der deutschstämmigen Kinder keine Schule. Erst ab 1957 wurde „Deutsch als Muttersprache“ in Schulen wieder erlaubt. Allerdings versuchten viele Eltern ihre Kinder vor Diskriminierung (z. B. Beschimpfung als Faschisten und Fritzen) zu schützen, indem sie auf das „Deutsch sein“ und „Deutsch sprechen“ verzichteten. Diese Umstände trugen dazu bei, dass im Jahr 1989 circa 50 % der deutschstämmigen Personen Deutsch als ihre Muttersprache bezeichneten, im Jahr 1926 waren dies noch 95 % gewesen. In der öffentlichen Kommunikation war die deutsche Sprache zwischen 1942 und 1956 fast vollständig verschwunden. Deutschsprachige Rundfunksendungen und Zeitungen erschienen erst im Jahr 1957 wieder. Ab 1956 wurde die Ausübung der Religion in bescheidenem Umfang wieder erlaubt. (vgl. EISFELD 1989, S. 19; INGENHORST 1997, S. 59-60)

Die zuvor beschriebenen Repressionen und Deportationen während des Zweiten Weltkrieges schufen unter den Russlanddeutschen ein Zusammengehörigkeitsgefühl und nationales Bewusstsein, das sich bis dahin vor allem durch die räumliche und konfessionelle Trennung der Kolonien nicht entwickelt hatte (vgl. BRANDES 1992, S. 85).

Ein Dekret vom 29. August 1964 nahm den Vorwurf der Kollaboration zurück, eine Rückkehr in frühere Siedlungsgebiete blieb aber weiter, bis 1972 (vgl. WEYDT 1992, S. 81), verboten. Einzelpersonen und kleinere Gruppen unternahmen zwischen 1955 und 1964 (vergeblich) Versuche die vollständige politische und rechtliche Rehabilitation zu erreichen. Die Wiederherstellung der „Autonomen Republik an der Wolga“ wurde ebenfalls angestrebt. Aus diesen Versuchen entwickelte sich im Jahr 1965 eine Autonomiebewegung, deren Delegationen mit der Staats- und Parteiführung verhandelten, allerdings ohne ihr Ziel zu erreichen. In den 1970er Jahren resignierten immer größere Teile der deutschstämmigen Bevölkerung und der Wunsch zur Ausreise sowie die gestellten Ausreiseanträge wuchsen an, wobei der Autonomiegedanke nie ganz aufgegeben wurde. Die Autonomiedebatte nahm Mitte der 1980er Jahre, in Zeiten der Glasnost- und Perestroika-Politik, erneut zu. Die Personen, die im Krieg nicht „repatriert“ wurden, sahen die autonome Republik an der Wolga als Alternative zur Ausreise in die Bundesrepublik. 1991 und 1992 wurden auf Initiative der Autonomiebewegung zwei Deutsche Nationale Rayons im Altai-Gebiet und Omsk gebildet, die „den großen Strom der Aussiedelung [...] nicht brechen konnten“ (BADE ET AL. 2003, S. 25).

2.2.2 Migration nach Deutschland

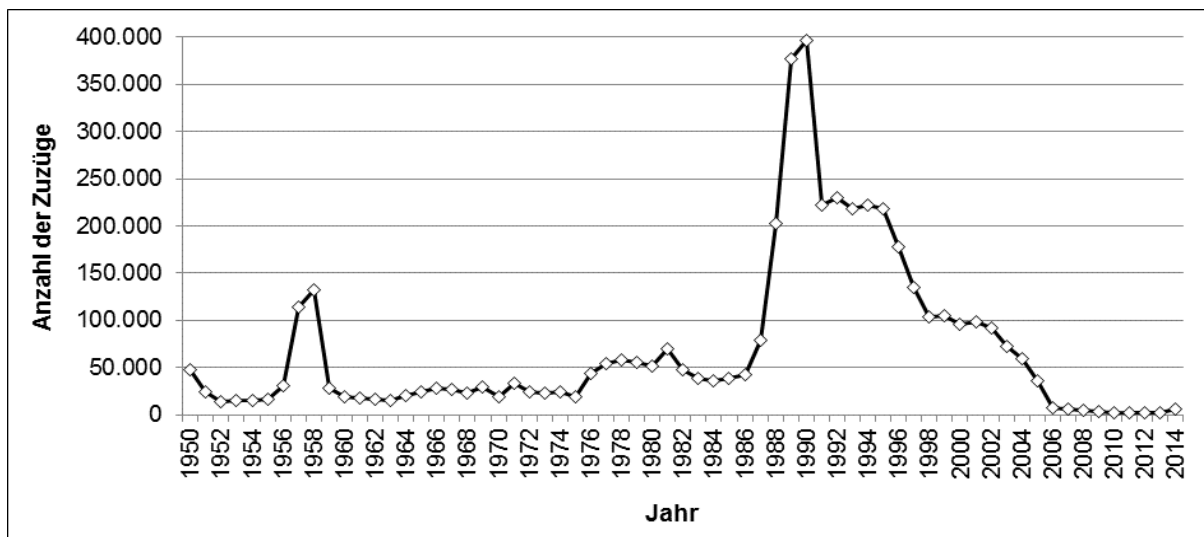
Die Personen, die „repatriert“ wurden, bemühten sich schon früh (1950er Jahre) um ihre Ausreise. Diejenigen, die der damaligen „Repatriierung“ entgingen, besaßen eine wichtige Funktion bei den Ausreisen, „sie waren der erste Brückenkopf für die übrigen Rußlanddeutschen in Deutschland“ (Ingenhorst 1997, S. 58). Eine Erleichterung der Ausreisen aus der UdSSR in die Bundesrepublik war bereits mit der Amtsübernahme durch Gorbatschow (1985), aber vor allem ab 1987, als das Recht auf freie Ausreise aus der Sowjetunion in Kraft trat, spürbar (vgl. EISFELD 2013, O. S.). Ab diesem Zeitpunkt war die Ausreise nicht mehr an die Familienzusammenführung gebunden (vgl. EBENDA). So mussten zum Beispiel 60 % der Personen, die 1985 in die Bundesrepublik einreisten, mindestens vier Ausreiseanträge stellen, im Jahr 1989 konnten 77 % der Personen direkt beim ersten Antrag ausreisen (vgl. DIETZ ET AL. 1992, S. 54). (vgl. EISFELD 1989, S. 21; INGENHORST 1997, S. 62-65)

Nach EISFELD (2013, o. S) verschlechterten sich nach dem Zusammenbruch der Sowjetunion die Lebensbedingungen in den ehemaligen Unionsrepubliken insgesamt und im Besonderen für Personen mit ausländischem Hintergrund (u. a. Gewaltausbrüche, wirtschaftlicher Niedergang). Für viele Ausländerinnen und Ausländer war die Lage, in den nun eigenständigen

Staaten, hoffnungslos geworden. Die Russlanddeutschen sahen „ihr rettendes Ufer in Deutschland, das sie als ihre historische Heimat sahen“ (EBENDA), denn „an eine vollständige Rehabilitierung, geschweige denn an die Wiederherstellung der Autonomen Republik der Wolgadeutschen (ASSRdWD) glaubte zu dieser Zeit kaum noch jemand“ (EBENDA).

Die Ausreiseerleichterungen und die sich verschlechternden Lebensbedingungen lassen sich an den Zuzugszahlen ablesen: Während zwischen 1950 und 1987 circa 1,4 Millionen Aussiedlerinnen und Aussiedler vor allem aus Polen und Rumänien nach Deutschland kamen, wanderten im Zeitraum 1988 bis 2014 3,1 Millionen (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler vor allem aus der (ehemaligen) Sowjetunion zu (siehe Abbildung 2 und Abbildung 3 sowie Tabelle 26). Die Zuwanderung dieser Migrantengruppe erreichte mit rund 397.000 Personen im Jahr 1990 ihren Höhepunkt. Seit Mitte der 1990er Jahre ist bei den Zuzügen ein stetiger Rückgang erkennbar. Gründe hierfür sind die Verringerung der Gruppengröße von potentiellen Zuwanderinnen und Zuwanderern, Änderungen bei den Aufnahmevoraussetzungen (Nachweis eines Kriegsfolgeschicksals, Nachweis deutscher Sprachkenntnisse etc.) sowie die Begrenzung der Zuwanderung durch Kontingente. Von den knapp 3,1 Millionen Menschen (1988-2014) kamen 97,7 % zwischen 1988 und 2004 nach Deutschland. (vgl. BUNDESAMT FÜR MIGRATION UND FLÜCHTLINGE 2015a; HAMBURGISCHES WELTWIRTSCHAFTSINSTITUT 2007, S. 2-3)

Abbildung 2: Entwicklung der Zuzüge von (Spät-)Aussiedler/innen im Zeitraum 1950-2014



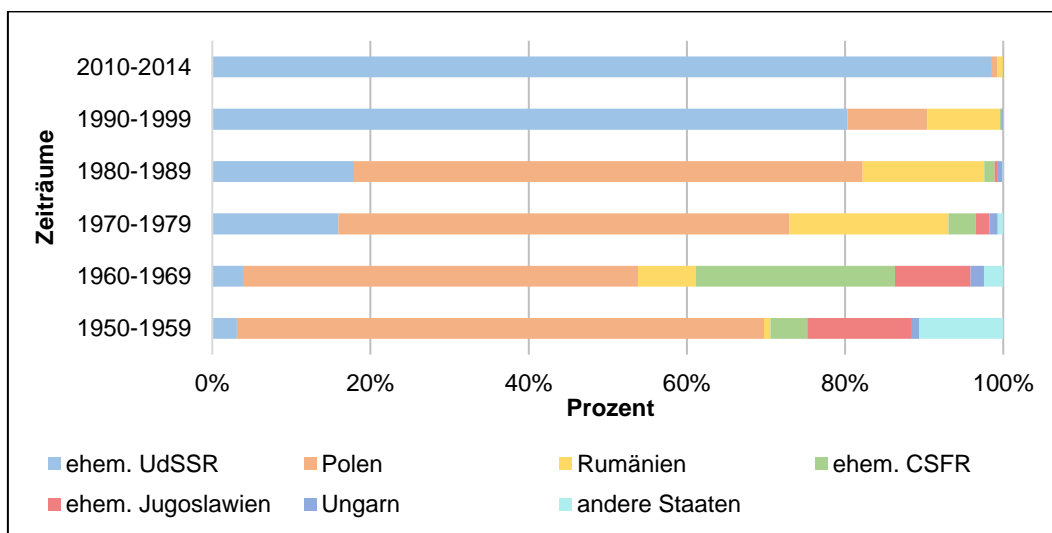
Quelle: BUNDESVERWALTUNGSAMT 2010, S. 4f. u. BUNDESAMT FÜR MIGRATION UND FLÜCHTLINGE 2016, S. 136; eigene Berechnung und Erstellung

Das Bundesvertriebenengesetz (BVFG) regelt die Zuwanderung der (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler, die seit 1993 auf ein Kontingent pro Jahr (aktuell: 100.000 Personen) begrenzt ist. Eine Person, die nach dem 31. Dezember 1992 nach Deutschland zugewandert ist bzw. zuwandert, wird nicht mehr als Aussiedlerin bzw. Aussiedler bezeichnet, sondern als

Spätaussiedlerin bzw. Spätaussiedler. Grundlage hierfür ist das Kriegsfolgenbereinigungsgesetz (KfbG), das am 01. Januar 1993 in Kraft trat. Nach dem Kriegsfolgenbereinigungsgesetz müssen Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler, die nicht aus den Ländern der ehemaligen Sowjetunion stammen, ein Kriegsfolgeschicksal bzw. einen daraus resultierenden Vertreibungsdruck selbst nachweisen, was die Einreise aus diesen Ländern erschwert. (vgl. BUNDESMINISTERIUM DER JUSTIZ UND FÜR VERBRAUCHERSCHUTZ 2007, S. 2; BUNDESZENTRALE FÜR POLITISCHE BILDUNG 2005, o. S.; HAUG ET AL. 2007, S. 18; WORBS ET AL. 2013, S. 21)

Diese gesetzlichen Änderungen spiegeln sich in der Zusammensetzung der Zuzugsgruppen wider: Während in den 1950er bis 1980er Jahren Personen aus Polen und Rumänien den Zuzug dominierten, änderte sich die Zusammensetzung zu Beginn der 1990er Jahre zugunsten der Personen, die aus der ehemaligen Sowjetunion stammen (siehe Abbildung 3).

Abbildung 3: Zuzug von (Spät-)Aussiedler/innen nach Herkunftsländern im Zeitraum 1950-2014



Quelle: BUNDESVERWALTUNGSAMT 2010, S. 4f. u. BUNDESAMT FÜR MIGRATION UND FLÜCHTLINGE 2016, S. 136; eigene Berechnung und Erstellung

Die Ausreisemotive der russlanddeutschen (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler unterlagen ebenfalls einem Wandel: Während bis Anfang der 1990er Jahre vor allem ethnische („als Deutsche unter Deutschen zu leben“) und religiöse Motive dominierten, nahm der Anteil an Personen, bei denen wirtschaftliche und Sicherheitsmotive eine wichtige Rolle spielten, zu Beginn der 1990er Jahre zu (vgl. u. a. DIETZ ET AL. 1992, S. 67; EISFELD 2013, o. S.; SCHNEIDER 2005b, o. S.). Des Weiteren entwickelte sich mit der Zeit „eine Art Netzwerkmigration und ein erweiterter Familiennachzug“ (SCHNEIDER 2005b, o. S.). Dies zeigt sich auch anhand des Nachweises der deutschen Volkszugehörigkeit: Im Jahr 1993 wiesen 77,5 % der Zugewanderten die deutsche Volkszugehörigkeit selbst nach, 2005 waren dies 21,5 %, d. h. immer mehr Personen wanderten bzw. wandern als Familienangehörige nach Deutschland ein (vgl. HAUG ET AL. 2007, S. 21).

Während die Integrationsbedingungen für Aussiedlerinnen und Aussiedler, die bis Anfang der 1990er Jahre einreisten als gut zu bezeichnen waren, verschlechterten sich diese für diejenigen, die später einreisten bzw. einreisen immer weiter. So wurde zum Beispiel die Dauer der Sprachkurse von 12 Monaten (1991) auf sechs Monate (1994) gekürzt. Seit Inkrafttreten des Zuwanderungsgesetzes⁶ dürfen Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler sowie deren Ehepartnerinnen bzw. Ehepartner und Kinder, die nach dem 01. Januar 2005 eingereist sind, einmalig kostenlos am Integrationskurs teilnehmen (vgl. BUNDESAMT FÜR MIGRATION UND FLÜCHTLINGE 2011, o. S.). Zwischenzeitlich wurden Sprachkurse für (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler ab dem 45. Lebensjahr nur dann finanziert, wenn sie Aussicht auf einen Arbeitsplatz hatten. Des Weiteren gab es Einschnitte beim Arbeitslosengeld und den Rentenansprüchen: Der Bezug von Arbeitslosengeld als Grundversorgung wurde ab 1990 durch das meist niedrigere Eingliederungsgeld ersetzt sowie von neun auf sechs Monate reduziert. Eine schrittweise Absenkung der Ansprüche aus dem Fremdrechten fand ebenfalls statt. Während bis 1992 die Möglichkeit bestand ein niedrig verzinstes Einrichtungsdarlehen zur Haushaltsgründung und zur Anschaffung persönlicher Gegenstände zu erhalten, war dies ab 1993 nicht mehr möglich. Insgesamt sind die Kürzungen vor allem auf die steigenden Zuzugszahlen Ende der 1980er/Anfang der 1990er Jahre zurückzuführen. Trotz der Kürzungen hatten (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler im Vergleich zu anderen Zugewanderten weiterhin Ansprüche auf umfassende Eingliederungshilfen. Eine Angleichung der Integrationsvoraussetzungen erfolgte im Jahr 2005, mit dem Inkrafttreten des Zuwanderungsgesetzes. (vgl. EISFELD 2013, o. S.; SCHNEIDER 2005b, o. S.)

Seit 1950 kamen rund 4,5 Millionen Personen als (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler bzw. als deren Familienangehörige nach Deutschland, aktuell leben noch 3,1 Millionen von ihnen in Deutschland. Die Differenz von 1,4 Millionen lässt sich größtenteils durch Sterbefälle und nur zu einem geringen Teil durch Rück- oder Weiterwanderungen erklären (vgl. BUNDESAMT FÜR MIGRATION UND FLÜCHTLINGE 2015a, S. 145). Eine weitere Erklärung stellt die Untererfassung der Gruppe im Mikrozensus⁷ dar (vgl. WORBS ET AL. 2013, S. 38).

⁶ Am 01.07.2004 wurde das Zuwanderungsgesetz durch den Bundestag mit großer Mehrheit verabschiedet. Das Gesetz trat am 01.01.2005 in Kraft und wurde 2007 erstmals novelliert. Mit dem Zuwanderungsgesetz wurde das komplizierte Ausländerrecht reformiert und ein Integrationsanspruch für Neuzugewanderte eingeführt (Teilnahme am Integrationskurs). (vgl. MEIER-BRAUN 2013, S. 123-124; SCHNEIDER 2007, o. S.)

⁷ „Der Mikrozensus ist die jährliche amtliche Repräsentativstatistik über die Bevölkerung [...] in Deutschland mit einem Auswahlsatz von 1 % der Bevölkerung“ (WORBS ET AL. 2013, S. 37).

Im nächsten Kapitel wird die aktuelle Bevölkerungsstruktur und -verteilung der (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler anhand von Daten des Mikrozensus dargestellt.

2.2.3 Aktuelle Bevölkerungsstruktur und -verteilung

Infolge des Migrationsgeschehens der vergangenen Jahrzehnte hat sich die Zusammensetzung der in Deutschland lebenden Bevölkerung verändert. In diesen Jahren wanderten neben Ausländerinnen und Ausländern auch deutsche Staatsangehörige nach Deutschland ein. Vor diesem Hintergrund wird seit 2005 der Begriff „Bevölkerung mit Migrationshintergrund“ genutzt, um die Struktur der Migrantinnen und Migranten in Deutschland besser erfassen und beschreiben zu können (vgl. HAMBURGISCHES WELTWIRTSCHAFTSINSTITUT 2007, S. 3-4). Zu den Personen mit Migrationshintergrund zählen

„alle, die nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland zugezogen sind, alle in Deutschland geborenen Ausländer/-innen und alle in Deutschland mit deutscher Staatsangehörigkeit Geborene mit zumindest einem zugezogenen oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil.“ (STATISTISCHES BUNDESAMT 2014a, o. S.)

Die in Deutschland lebende Bevölkerung wird nach Personen mit und ohne Migrationshintergrund differenziert (siehe Abbildung 4). Die Bevölkerung mit Migrationshintergrund gliedert sich weiter nach Personen mit Migrationshintergrund im weiteren Sinn (i. w. S.) und im engeren Sinn (i. e. S.). Für Zeitvergleiche sollten die Daten zur Bevölkerung mit Migrationshintergrund i. e. S. genutzt werden. Zur Bevölkerung mit Migrationshintergrund i. w. S. zählen zusätzlich in Deutschland geborene Deutsche mit Migrationshintergrund, die nicht (mehr) mit ihren Eltern im Haushalt leben. Zur Identifizierung dieser Personen wurden im Mikrozensus 2005, 2009 und 2013 Zusatzfragen gestellt. (vgl. STATISTISCHES BUNDESAMT 2014a, o. S.)

Abbildung 4: Bevölkerung nach Migrationsstatus

1. Deutsche ohne Migrationshintergrund
2. Personen mit Migrationshintergrund im weiteren Sinn (i. w. S.)
 - 2.1. Personen, deren Migrationshintergrund nicht durchgehend bestimmbar ist
 - 2.2. Personen mit Migrationshintergrund im engeren Sinn (i. e. S.)
 - 2.2.1 Personen mit eigener Migrationserfahrung (Zugewanderte)
 - 2.2.1.1. Ausländer/innen
 - 2.2.1.2. Deutsche
 - 2.2.1.2.1. ohne Einbürgerung (ab 2007: (Spät-)Aussiedler/innen)
 - 2.2.1.2.2. Eingebürgerte
 - 2.2.2. Personen ohne eigene Migrationserfahrung (nicht Zugewanderte)
 - 2.2.2.1. Ausländer/innen (2. und 3. Generation)
 - 2.2.2.2. Deutsche
 - 2.2.2.2.1. Eingebürgerte
 - 2.2.2.2.2. Deutsche mit mindestens einem zugewanderten oder als Ausländer/in in Deutschland geborenen Elternteil
 - 2.2.2.2.2.1. mit beidseitigem Migrationshintergrund
 - 2.2.2.2.2.2. mit einseitigem Migrationshintergrund

Quelle: BUNDESAMT FÜR MIGRATION UND FLÜCHTLINGE 2016, S. 185

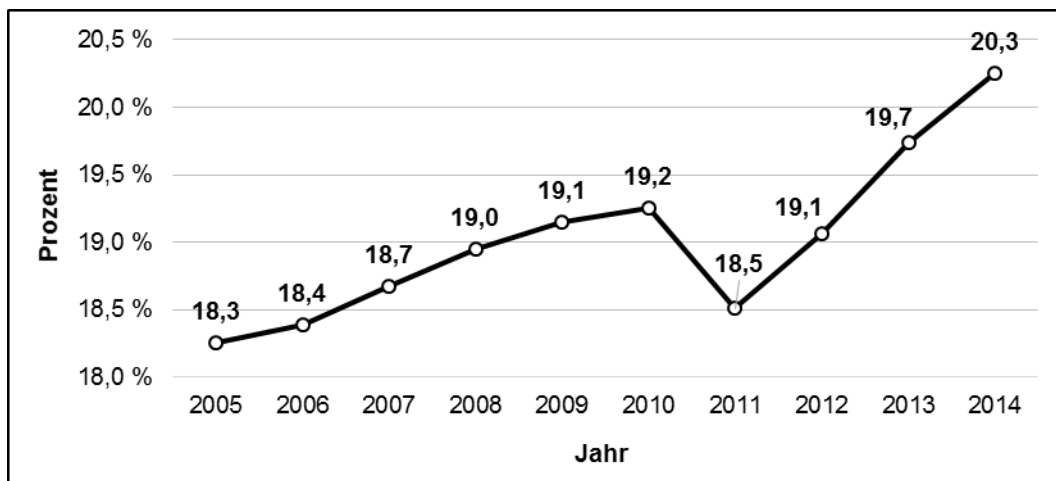
In der Praxis ist eine eindeutige Identifizierung von Personen mit Migrationshintergrund nicht einfach: Während im Mikrozensus die Einteilung in Bevölkerung mit und ohne Migrationshintergrund erfolgt, unterscheidet die amtliche Statistik (z. B. Einwohnermeldeamt) lediglich zwischen Personen mit deutscher und ausländischer Staatsangehörigkeit. Vor diesem Hintergrund erweist sich die statistische Erfassung von (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedlern als besonders schwierig, da diese (inkl. Ehegatten und Abkömmlinge) bei ihrer Einwanderung automatisch die deutsche Staatsangehörigkeit erhalten (vgl. HAUG ET AL. 2007, S. 22; BUNDESZENTRALE FÜR POLITISCHE BILDUNG 2007, o. S.). Der Mikrozensus erfasst jedoch seit 2007, ob eine Person als (Spät-)Aussiedlerin/(Spät-)Aussiedler bzw. als Familienangehörige(r) nach Deutschland eingewandert ist (vgl. BUNDESAMT FÜR MIGRATION UND FLÜCHTLINGE 2016, S. 188; siehe auch Abbildung 4). In Deutschland geborene Nachkommen von (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedlern werden allerdings nicht explizit als solche, sondern nur als Personen mit Migrationshintergrund erfasst (vgl. STATISTISCHES BUNDESAMT 2014b, S. 7-8). Vor dem Hintergrund dieser Datenlage wird im Folgenden zur Beschreibung von demographischen und räumlichen Strukturen auf Daten des Mikrozensus zurückgegriffen. Bei den Beschreibungen werden zum Vergleich Daten zur Bevölkerung ohne Migrationshintergrund, Daten zur gesamten Bevölkerung mit Migrationshintergrund und Daten zu (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedlern dargestellt.

Während der Anteil aller Personen mit Migrationshintergrund⁸ an der Gesamtbevölkerung seit 2005 stetig zunimmt (siehe Abbildung 5), nimmt der Anteil der (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler an der Gesamtbevölkerung seit 2012 ab (siehe Abbildung 6). Mit ein Grund hierfür ist, dass die in Deutschland geborenen Kinder von (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedlern im Mikrozensus nicht als (Spät-)Aussiedlerin bzw. (Spät-)Aussiedler, sondern nur als Person mit Migrationshintergrund erfasst werden, womit eine Untererfassung der Gruppe stattfindet (siehe oben). Insgesamt lag der Anteil aller Personen mit Migrationshintergrund an der Gesamtbevölkerung im Jahr 2014 bei 20,3 %, der Anteil der (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler an der Gesamtbevölkerung lag bei 3,8 %. Werden die absoluten Zahlen für 2014 betrachtet fällt auf, ohne Berücksichtigung der Herkunftsländer/-regionen stellen (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler mit knapp 3,1 Millionen Personen die größte Gruppe unter den Personen mit Migrationshintergrund in Deutschland dar (vgl. BUNDESAMT FÜR MIGRATION UND FLÜCHTLINGE 2016, S. 189, siehe Tabelle 2). Unter Berücksichtigung der Herkunftsregionen stellen Personen mit türkischem Migrationshintergrund (ca. 2,8 Millionen) die größte Migrantengruppe dar. Die zweitgrößte Gruppe stellen mit rund 1,5 Millionen Menschen Personen mit polnischem Migrationshintergrund dar, darunter eine halbe Million (Spät-)Aussiedler-

⁸ Wenn nicht anders angegeben, handelt es sich um die Bevölkerung mit Migrationshintergrund i. e. S.

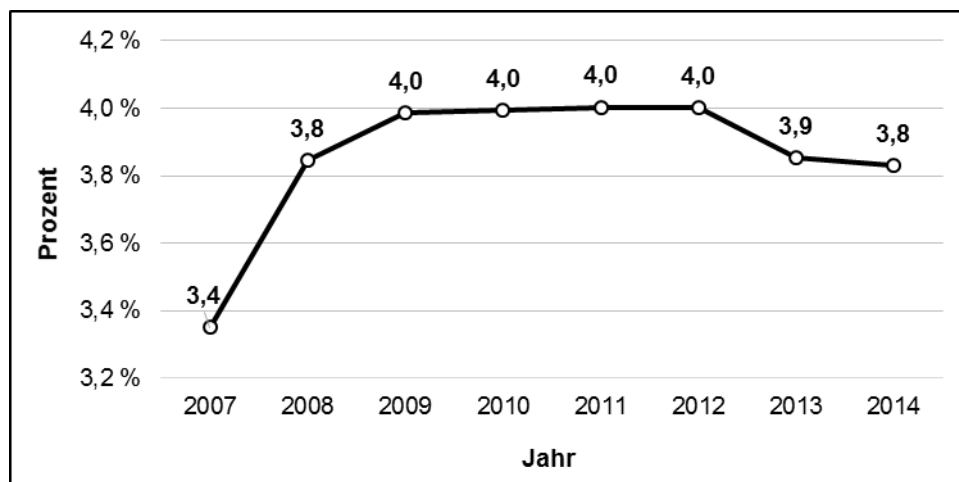
innen und (Spät-)Aussiedler. Die drittgrößte Gruppe stellen mit knapp 1,4 Millionen Personen, (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler aus dem Gebiet der ehemaligen Sowjetunion dar (siehe Tabelle 2).

Abbildung 5: Anteil der Personen mit Migrationshintergrund an der Gesamtbevölkerung im Zeitraum 2005-2014



Quelle: BUNDESAMT FÜR MIGRATION UND FLÜCHTLINGE 2016, S. 189; eigene Berechnung und Erstellung

Abbildung 6: Anteil der (Spät-)Aussiedler/innen an der Gesamtbevölkerung im Zeitraum 2007-2014



Quelle: STATISTISCHES BUNDESAMT 2009; STATISTISCHES BUNDESAMT 2010; STATISTISCHES BUNDESAMT 2011a; STATISTISCHES BUNDESAMT 2011b; STATISTISCHES BUNDESAMT 2014b; STATISTISCHES BUNDESAMT 2015a; STATISTISCHES BUNDESAMT 2015b; STATISTISCHES BUNDESAMT 2015d: jeweils Tabelle 2I; eigene Erstellung

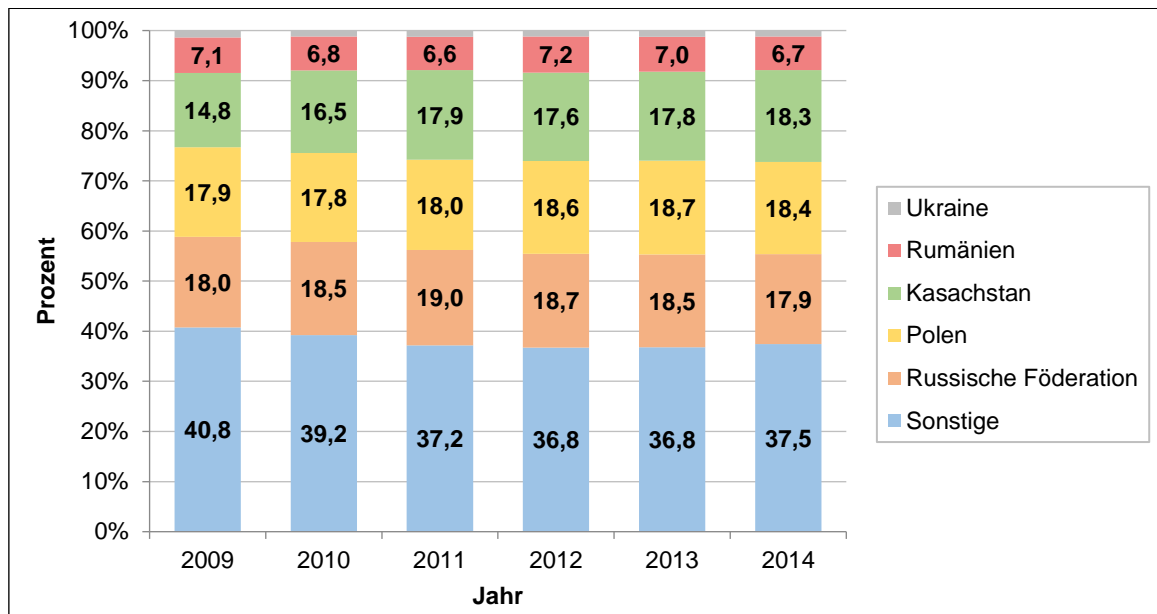
Tabelle 2: Personen mit Migrationshintergrund nach Herkunftsländern/-regionen im Jahr 2014

Herkunftsland/-region	mit eigener Migrationserfahrung		ohne eigene Migrationserfahrung		insgesamt (in 1.000)
	absolut (in 1.000)	prozentual (in %)	absolut (in 1.000)	prozentual (in %)	
EU-28	4.014	70,9	1.645	29,1	5.659
Griechenland	236	59,9	158	40,1	394
Italien	432	56,5	332	43,5	764
Kroatien	220	60,9	141	39,1	361
Polen ¹	1.256	77,7	361	22,3	1.617
Rumänien ¹	487	82,1	106	17,9	593
Sonstiges Europa	3.502	60,6	2.277	39,4	5.778
Bosnien und Herzegowina	157	66,0	81	34,0	238
Russische Föderation ¹	933	78,5	255	21,5	1.188
Serbien	187	65,6	98	34,4	285
Türkei	1.371	48,0	1.488	52,0	2.859
Ukraine	214	83,9	41	16,1	255
Europa gesamt	7.516	65,7	3.922	34,3	11.438
Afrika	374	62,2	227	37,8	601
Amerika	292	69,7	127	30,3	419
Asien, Australien und Ozeanien	1.994	73,5	718	26,5	2.712
Naher und Mittlerer Osten	1.273	75,0	425	25,0	1.698
Kasachstan ¹	722	78,4	199	21,6	921
Süd- und Südostasien	561	69,0	252	31,0	813
Ohne Angabe	701	57,6	515	42,4	1.216
Personen mit Migrationshintergrund gesamt	10.877	66,4	5.509	33,6	16.386
Ausländer	5.866	81,3	1.345	18,7	7.211
Deutsche	5.011	54,6	4.165	45,4	9.176
(Spät-)Aussiedler/innen gesamt	3.099	-	-	-	3.099
aus Polen	570	-	-	-	570
aus Rumänien	209	-	-	-	209
aus dem Gebiet der ehem. UdSSR	1.388	-	-	-	1.388
aus der Russischen Föderation	555	-	-	-	555
aus Kasachstan	568	-	-	-	568
aus der Ukraine	36	-	-	-	36

Quelle: BUNDESAMT FÜR MIGRATION UND FLÜCHTLINGE 2016, S. 189; 1) einschließlich (Spät-)Aussiedler/innen

Seit dem Jahr 2009 werden die Herkunftsländer der (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler erhoben. Personen aus der ehemaligen Sowjetunion stellen aktuell mit insgesamt 44,8 % die größte Gruppe unter allen (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedlern dar (vgl. STATISTISCHES BUNDESAMT 2015d, Tabelle 2I; siehe auch Tabelle 2 und Abbildung 7).

Abbildung 7: (Spät-)Aussiedler/innen nach früherer Staatsangehörigkeit im Zeitraum 2009-2014



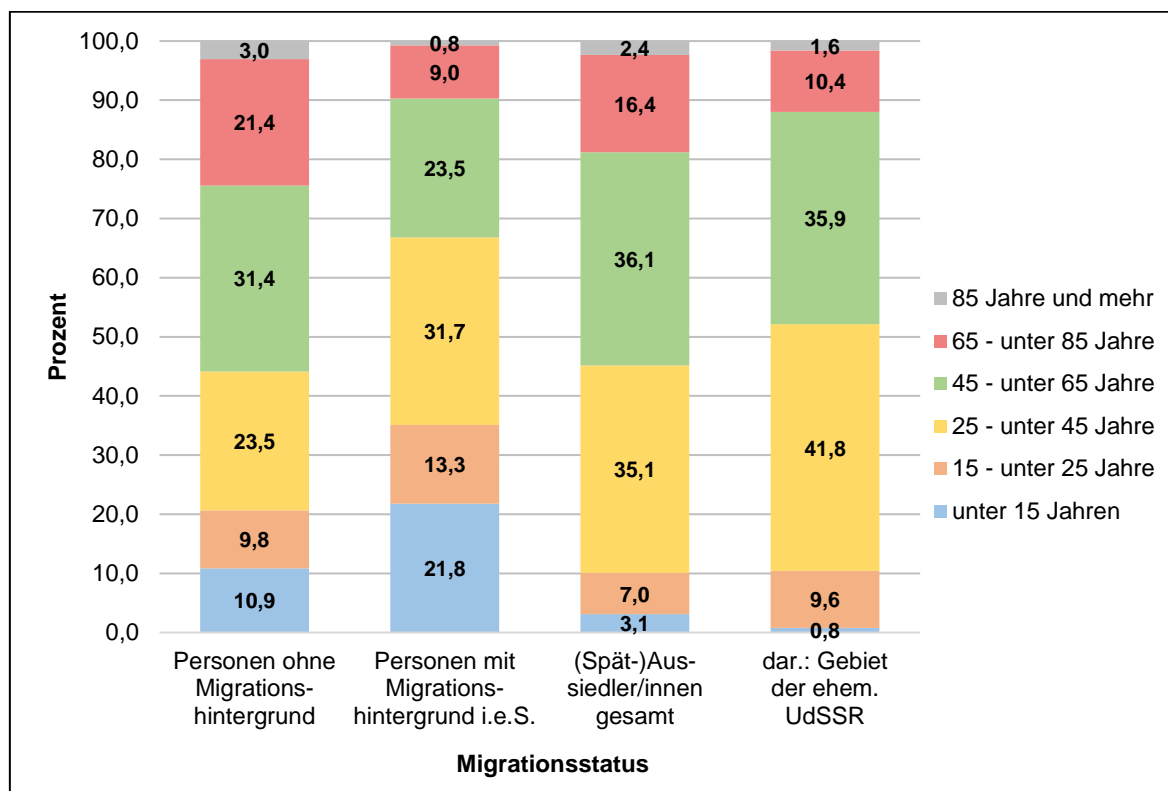
Quelle: STATISTISCHES BUNDESAMT 2011a; STATISTISCHES BUNDESAMT 2011b; STATISTISCHES BUNDESAMT 2014b; STATISTISCHES BUNDESAMT 2015a; STATISTISCHES BUNDESAMT 2015b; STATISTISCHES BUNDESAMT 2015d; jeweils Tabelle 2I; eigene Erstellung

Nachdem bisher ein Überblick zu den absoluten und prozentualen Zahlen erfolgt ist, werden im Folgenden Daten zu demographischen und sozio-ökonomischen Merkmalen sowie zur räumlichen Bevölkerungsverteilung und Wohnsituation dargestellt.

Demographische und sozio-ökonomische Merkmale

Im Jahr 2014 waren (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler sowie ihre Angehörigen im Durchschnitt 48,1 Jahre alt. Damit waren sie etwas älter als die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund (46,8 Jahre) und deutlich älter als die gesamte Bevölkerung mit Migrationshintergrund (35,4 Jahre) (vgl. STATISTISCHES BUNDESAMT 2015d, Tabelle 2I). Knapp 55 % aller (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler waren älter als 45 Jahre, bei den aus der ehemaligen UdSSR stammenden Personen waren es 47,8 % (siehe Abbildung 8). Personen ohne Migrationshintergrund weisen in diesen Altersgruppen eine ähnliche Verteilung auf, während bei den Personen mit Migrationshintergrund nur 33,2 % diesen Altersgruppen angehören. Der geringe Anteil der unter 15-Jährigen bei den (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedlern (gesamt und aus der ehemaligen Sowjetunion) erklärt sich dadurch, dass nur die zugewanderten (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler sowie ihre Angehörigen im Mikrozensus als solche erfasst werden. Im Gegensatz dazu, ist die Gruppe der unter 15-Jährigen mit einem Anteil von 21,8 % bei den Personen mit Migrationshintergrund stark vertreten. Hier werden die in Deutschland geborenen Kinder von (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedlern berücksichtigt (vgl. WORBS ET AL. 2013, S. 40).

Abbildung 8: Altersstruktur der Bevölkerung nach Migrationsstatus im Jahr 2014



Quelle: STATISTISCHES BUNDESAMT 2015d, Tabelle 2I; eigene Berechnung und Erstellung

2014 lag der Frauenanteil bei den (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedlern insgesamt bei 52,7 %, bei den Personen aus dem Gebiet der ehemaligen Sowjetunion bei 52,5 %. Während bei der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund der Frauenanteil ebenfalls über dem Männeranteil lag (51,3 % vs. 48,7 %), lag der Männeranteil bei der Bevölkerung mit Migrationshintergrund bei 50,2 % (vgl. STATISTISCHES BUNDESAMT 2015d, Tabelle 2I, 2M u. 2W). Die Maßzahl Sexualproportion, die angibt, „wie viele männliche Personen auf je 100 [...] weibliche kommen“ (BÄHR 2010, S. 82), zeigt den beschriebenen Frauenüberschuss (Ausnahme: Bevölkerung mit Migrationshintergrund) ebenfalls (siehe Tabelle 3). Mögliche Gründe dafür stellen die insgesamt höhere Sterblichkeit von Männern sowie die Folgen des Zweiten Weltkrieges dar. Der Männerüberschuss bei den Personen mit Migrationshintergrund könnte mit geschlechtsspezifischen Unterschieden im Wanderungsverhalten zusammenhängen.

Tabelle 3: Sexualproportion nach detailliertem Migrationsstatus im Jahr 2014

Detaillierter Migrationsstatus	Sexualproportion
Personen ohne Migrationshintergrund	95
Personen mit Migrationshintergrund i.e.S.	101
(Spät-)Aussiedler/innen gesamt	90
dar.: Gebiet der ehem. UdSSR	91

Quelle: STATISTISCHES BUNDESAMT 2015d, Tabelle 2I, 2M u. 2W; eigene Berechnung

Bei ihrer Einreise waren (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler sowie ihre Familienangehörigen im Durchschnitt 23 Jahre alt, die zugewanderte Bevölkerung insgesamt war durchschnittlich 23,3 Jahre alt. Während sich Zugewanderte 22,4 Jahre in Deutschland aufhalten, leben (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler 3,2 Jahre länger in Deutschland, d. h. durchschnittlich 25,6 Jahre. (vgl. STATISTISCHES BUNDESAMT 2015d, Tabelle 3I)

Im Jahr 2014 besaßen 15,1 % der (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler eine doppelte Staatsangehörigkeit. Der Anteil der Doppelstaaterinnen und Doppelstaater in der Gruppe der (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler lag damit deutlich über dem Wert der gesamten Bevölkerung mit Migrationshintergrund (8,9 %) (vgl. STATISTISCHES BUNDESAMT 2015d, Tabelle 6). Nach WORBS ET AL. (2013, S. 41-42) handelt es sich bei der zweiten Staatsangehörigkeit wahrscheinlich um die Staatsangehörigkeit des Landes, aus dem die (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler ausgewandert sind.

Der Anteil der verheirateten (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler (58,2 % bzw. 64,1 %) liegt sowohl über dem Anteil der verheirateten Frauen und Männer mit als auch ohne Migrationshintergrund (siehe Tabelle 4). Der Anteil der verheirateten (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler aus dem Gebiet der ehemaligen Sowjetunion liegt mit 63,0 % bzw. 67,3 % noch höher. Der Anteil der (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler (insgesamt und aus der ehemaligen UdSSR), die ledig sind oder in einer Lebenspartnerschaft leben, liegt (deutlich) unter 30 %. Sowohl der hohe Anteil der verheirateten Personen als auch der geringe Anteil an ledigen oder in einer Lebenspartnerschaft lebenden Personen, könnten einen Effekt der Altersstruktur, die mit der Erfassung im Mikrozensus zusammenhängt, darstellen (vgl. WORBS ET AL. 2013, S. 42; siehe oben).

Tabelle 4: Familienstand der Bevölkerung nach Geschlecht und Migrationsstatus im Jahr 2014

Familienstand	Geschlecht	Detaillierter Migrationsstatus			
		Personen ohne Migrationshintergrund	Personen mit Migrationshintergrund i.e.S.	(Spät-)Aussiedler/innen gesamt	dar.: Gebiet der ehem. UdSSR
		in %			
ledig od. Lebenspartnerschaft	Männer	43,6	50,7	28,1	26,7
verheiratet		46,8	43,2	64,1	67,3
verwitwet		3,3	1,3	2,5	1,8
geschieden		6,3	4,8	5,2	4,2
ledig od. Lebenspartnerschaft	Frauen	34,9	42,6	20,8	19,3
verheiratet		44,2	44,6	58,2	63
verwitwet		12,9	5,8	12,2	9,3
geschieden		8,0	6,9	8,8	8,5

Quelle: STATISTISCHES BUNDESAMT 2015d, Tabelle 4; eigene Berechnung und Erstellung

Von den verheirateten Personen sind 71,0 % der (Spät-)Aussiedlerinnen mit einem Deutschen mit Migrationshintergrund verheiratet, bei den Frauen aus dem Gebiet der ehemaligen Sowjetunion liegt der Wert um 12 Prozentpunkte höher (83,0 %). Bei den (Spät-)Aussiedlern insgesamt und bei denen aus der ehemaligen Sowjetunion liegt dieser Wert bei 72,3 % bzw. 85,1 %. Nach WORBS ET AL. (2013, S. 134) handelt es sich bei den Deutschen mit Migrationshintergrund vermutlich um (Spät-)Aussiedlerinnen bzw. (Spät-)Aussiedler.

Die Mehrheit der (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler, sowohl insgesamt als auch aus dem Gebiet der ehemaligen Sowjetunion, besitzt einen Schulabschluss (88,6 % bzw. 89,9 %) (vgl. STATISTISCHES BUNDESAMT 2015d, Tabelle 8%; eigene Berechnung). Während (Spät-)Aussiedler (insgesamt und aus der ehemaligen UdSSR) im Vergleich zu (Spät-)Aussiedlerinnen in der Gruppe der Personen mit Hauptschulabschluss stärker vertreten sind, besitzen (Spät-)Aussiedlerinnen (insgesamt und aus der ehemaligen UdSSR) häufiger einen mittleren bzw. höheren Schulabschluss. Im Vergleich zu den Frauen und Männern mit und ohne Migrationshintergrund besitzen (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler (insgesamt und aus der ehemaligen UdSSR) häufiger einen Haupt- bzw. mittleren Schulabschluss. (siehe Tabelle 5)

Tabelle 5: Bevölkerung nach allgemeinem Schulabschluss⁹, Geschlecht und Migrationsstatus im Jahr 2014

Schulabschluss	Geschlecht	Detaillierter Migrationsstatus			
		Personen ohne Migrationshintergrund	Personen mit Migrationshintergrund i.e.S.	(Spät-)Aussiedler/innen gesamt	dar.: Gebiet der ehem. UdSSR
		in %			
Hauptschule	Männer	30,3	25,0	36,6	35,9
Realschule o.ä./polytechn. Oberschule		25,6	16,1	27,7	36,4
Fachhochschulreife/Abitur o.ä.		27,8	22,5	24,6	17,9
Ohne Schulabschluss		1,6	9,0	5,6	6,2
Hauptschule	Frauen	31,7	20,8	30,2	26,1
Realschule o.ä./polytechn. Oberschule		30,2	17,6	31,0	40,5
Fachhochschulreife/Abitur o.ä.		23,2	24,6	26,6	22,5
Ohne Schulabschluss		1,4	10,7	7,3	7,8

Quelle: STATISTISCHES BUNDESAMT 2015d, Tabelle 8%; eigene Berechnung und Erstellung

⁹ Personen, die sich noch in schulischer Ausbildung befinden bzw. noch nicht schulpflichtig sind wurden nicht betrachtet, da diese Gruppe bei den (Spät-)Aussiedler/innen gering ist.

67,2 % bzw. 65,2 % der (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler (insgesamt bzw. aus der ehemaligen UdSSR) besitzen einen berufsqualifizierenden Bildungsabschluss. Damit liegt der Anteil der (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler (insgesamt und aus der ehemaligen UdSSR) mit einem berufsqualifizierenden Bildungsabschluss leicht unter dem Durchschnitt der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund (69,8 %) und deutlich über dem Durchschnitt der Bevölkerung mit Migrationshintergrund (41,5 %) (siehe Tabelle 6). Der Anteil der (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler ohne Abschluss liegt mit 23,0 % insgesamt bzw. 25,3 % bezogen auf Personen aus der ehemaligen Sowjetunion deutlich über dem Anteil der Personen ohne Migrationshintergrund (11,4 %), allerdings nur etwas unter dem Anteil der Personen mit Migrationshintergrund (25,2 %).

Tabelle 6: Bevölkerung nach berufsqualifizierendem Bildungsabschluss und Migrationsstatus im Jahr 2014

Detaillierter Migrationsstatus	berufsqualifizierender Bildungsabschluss	darunter			ohne Abschluss	in Ausbildung bzw. noch nicht schulpflichtig
		Lehre/vergleichbarer Abschluss	Meister/Techniker/Fachschulabschluss	Fachhochschule/Universität		
in %						
Personen ohne Migrationshintergrund	69,8	47,1	8,1	14,4	11,4	18,0
Personen mit Migrationshintergrund i.e.S.	41,5	26,3	3,3	11,8	25,2	32,1
(Spät-)Aussiedler/innen gesamt	67,2	47,9	6,4	12,5	23,0	8,4
dar.: Gebiet der ehem. UdSSR	65,2	49,0	5,2	10,0	25,3	7,6

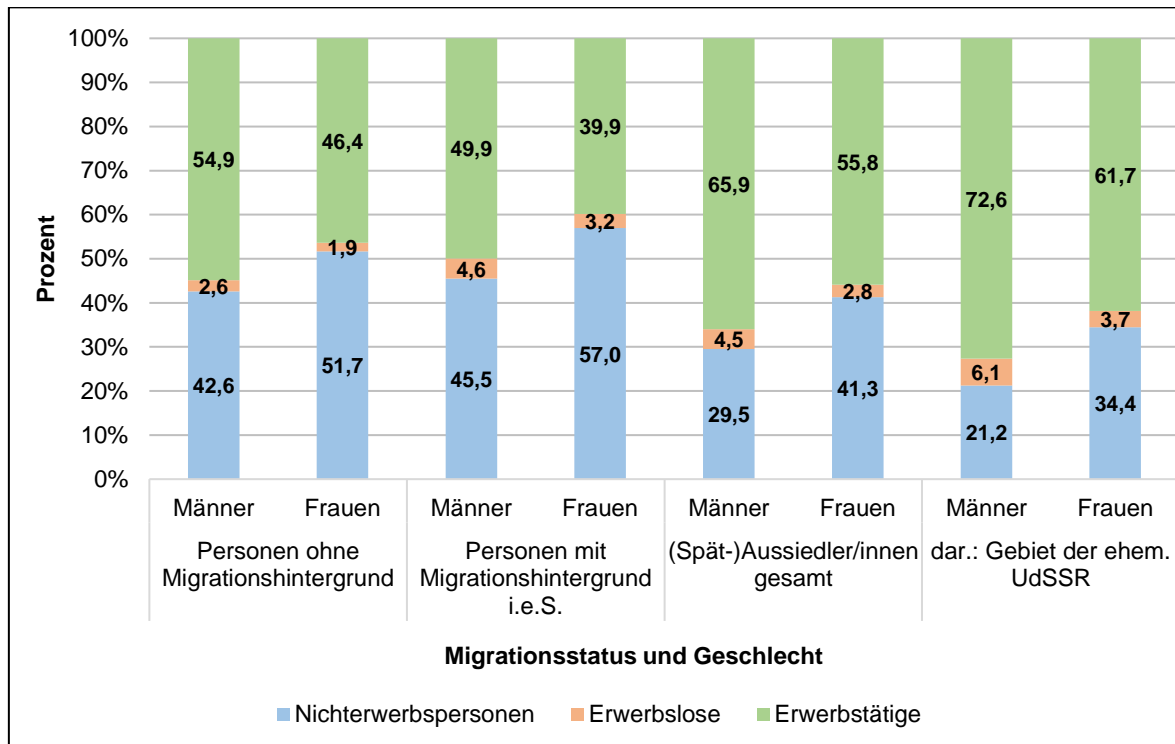
Quelle: STATISTISCHES BUNDESAMT 2015d, Tabelle 9%; eigene Berechnung und Erstellung

Insgesamt kann dem Fazit von WORBS ET AL. (2013, S. 63), (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler würden im Hinblick auf Schul- und Berufsabschlüsse eine vorteilhafte Struktur aufweisen, zugestimmt werden. Wie sich diese auf den Zugang zum Arbeitsmarkt auswirkt, wird nachfolgend beschrieben.

Im Jahr 2014 waren knapp 40 Millionen Personen erwerbstätig, die Zahl der Erwerbslosen lag bei knapp 2,1 Millionen und knapp 39 Millionen Personen zählten zu den Nichterwerbspersonen (vgl. STATISTISCHES BUNDESAMT 2015d, Tabelle 16I; zu den Begriffsdefinitionen siehe Kapitel 9). Bei der Betrachtung der Erwerbsstruktur nach Geschlecht und detailliertem Migrationsstatus fällt auf, der Anteil der weiblichen Nichterwerbspersonen liegt immer über dem

Anteil der männlichen Nichterwerbspersonen (siehe Abbildung 9). Der hohe Anteil der Erwerbstätigen bzw. der niedrige Anteil der Nichterwerbspersonen unter den (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedlern (insgesamt sowie aus dem Gebiet der ehemaligen UdSSR) lässt sich anhand der Erfassung im Mikrozensus und der damit einhergehenden Altersstruktur der (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler begründen (siehe oben).

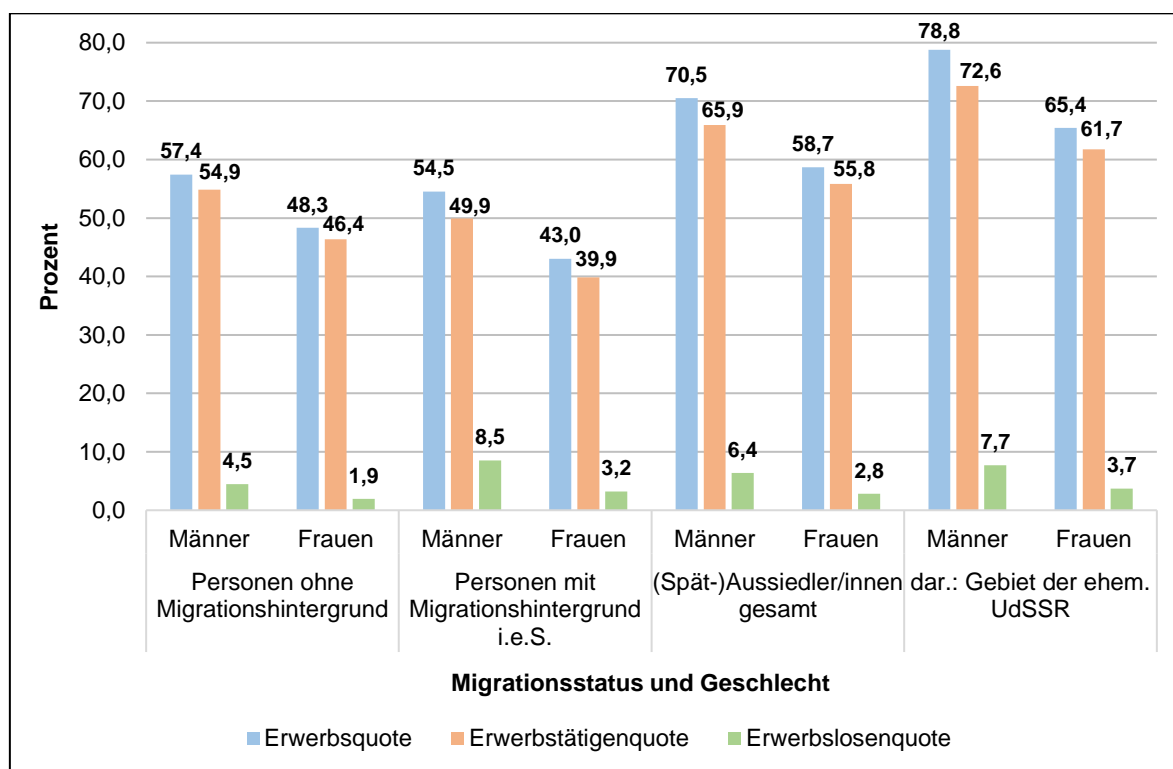
Abbildung 9: Bevölkerung nach Beteiligung am Erwerbsleben, Geschlecht und Migrationsstatus im Jahr 2014



Quelle: STATISTISCHES BUNDESAMT 2015d, Tabelle 16M u. 16W; eigene Berechnung und Erstellung

Anhand der Erwerbsquote, dem prozentualen Anteil der Erwerbspersonen an der Gesamtbevölkerung, lässt sich die Beteiligung bzw. Nicht-Beteiligung der Bevölkerung am Erwerbsleben ablesen (vgl. DE LANGE ET AL. 2014, S. 73). Die Erwerbsquote für die gesamte in Deutschland lebende Bevölkerung betrug im Jahr 2014 52,0 % (vgl. STATISTISCHES BUNDESAMT 2015d, Tabelle 16I; eigene Berechnung). Eine Differenzierung nach Migrationsstatus und Geschlecht zeigt, die Frauenerwerbsquote liegt immer unter der männlichen Erwerbsquote (siehe Abbildung 10). Die relativ hohen Erwerbsquoten der (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler (insgesamt und aus der ehemaligen UdSSR) im Vergleich zur Bevölkerung ohne und mit Migrationshintergrund dürfte mit der Erfassung der Gruppe im Mikrozensus und der daraus resultierenden Altersstruktur (siehe oben) zusammenhängen. In Abbildung 10 sind zusätzlich zur Erwerbsquote die Erwerbstätigen- und Erwerbslosenquote dargestellt.

Abbildung 10: Erwerbs-, Erwerbstätigen- und Erwerbslosenquote nach Migrationsstatus und Geschlecht im Jahr 2014



Quelle: STATISTISCHES BUNDESAMT 2015d, Tabelle 16M u. 16W; eigene Berechnung und Erstellung

Um die Erwerbsstruktur weiter zu analysieren, können die Erwerbstätigen erstens nach ihrer Stellung im Beruf und zweitens nach Wirtschaftsbereichen untergliedert werden.

Der Anteil der (Spät-)Aussiedlerinnen (63,7 % bzw. 58,0 %) und (Spät-)Aussiedler (41,5 % bzw. 34,4 %) (insgesamt bzw. aus der ehemaligen UdSSR), die als Angestellte tätig sind, liegt unter dem Anteil der Angestellten in der Gruppe der Personen ohne (73,3 % bzw. 52,2 %) und mit (62,9 % bzw. 44 %) Migrationshintergrund. Dagegen liegt der Anteil der Arbeiterinnen und Arbeiter in der Gruppe der (Spät-)Aussiedlerinnen (27,4 % bzw. 34,4 %) und (Spät-)Aussiedler (47,4 % bzw. 56,8 %) (insgesamt bzw. aus der ehemaligen UdSSR) über dem Anteil der Personen ohne Migrationshintergrund, die als Arbeiterinnen (9,7 %) und Arbeiter (24,0 %) tätig sind. Im Vergleich zur Bevölkerung mit Migrationshintergrund zeigt sich ein ähnliches Bild (23,8 % bzw. 38,7 %). Nach WORBS ET AL. (2013, S. 67) entspricht diese Struktur der beruflichen Bildung der (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler. (siehe Tabelle 7)

Tabelle 7: Erwerbstätige nach Stellung im Beruf, Geschlecht und Migrationsstatus im Jahr 2014

Stellung im Beruf	Geschlecht	Detaillierter Migrationsstatus			
		Personen ohne Migrationshintergrund	Personen mit Migrationshintergrund i.e.S.	(Spät-)Aussiedler/innen gesamt	dar.: Gebiet der ehem. UdSSR
		in %			
Angestellte	Männer	52,2	44,0	41,5	34,4
Arbeiter/innen		24,0	38,7	47,4	56,8
Selbstständige		13,7	11,6	6,5	3,8
Beamt/innen		6,1	1,0	1,8	1,3
Auszubildende		3,8	4,5	2,9	4,0
Angestellte	Frauen	73,3	62,9	63,7	58,0
Arbeiter/innen		9,7	23,8	27,4	34,4
Selbstständige		7,3	7,2	4,7	3,3
Beamt/innen		5,6	1,0	1,6	/
Auszubildende		3,4	4,6	2,3	3,1

Quelle: STATISTISCHES BUNDESAMT 2015d, Tabelle 16M u. 16W; eigene Berechnung

Während die Mehrheit der (Spät-)Aussiedler (insgesamt und aus der ehemaligen UdSSR: 54,5 % bzw. 58,5 %) im produzierenden Gewerbe tätig ist, sind dies bei den Männern ohne Migrationshintergrund 39,0 % und bei den Männern mit Migrationshintergrund 44,7 %. Nach WORBS ET AL. (2013, S. 68) spiegelt dies die Stellung im Beruf, sprich den hohen Anteil an Arbeitern, wider. 24,8 % der Männer ohne Migrationshintergrund sind im Bereich Handel, Gastgewerbe und Verkehr tätig. Bei den (Spät-)Aussiedlern insgesamt bzw. aus dem Gebiet der ehemaligen Sowjetunion liegt dieser Anteil bei 25,5 % bzw. 25,9 %. Im Gegensatz dazu sind bei den Männern mit Migrationshintergrund 32,5 % in diesem Bereich tätig. Ein Drittel der Männer ohne Migrationshintergrund (34,2 %) arbeitet im Wirtschaftsbereich sonstige Dienstleistungen, bei den (Spät-)Aussiedlern insgesamt und denen aus der ehemaligen Sowjetunion liegt dieser Anteil lediglich bei 19,5 % bzw. 15,2 %. Bei den Frauen, ebenfalls nach dem Migrationsstatus differenziert, zeigt sich ein insgesamt einheitlicheres Bild: zwischen 13,9 % und 18,9 % der Frauen sind im produzierenden Gewerbe tätig, rund ein Viertel aller Frauen arbeitet im Bereich Handel, Gastgewerbe und Verkehr und zwischen 54,9 % und 61,0 % der Frauen sind im Wirtschaftsbereich sonstige Dienstleistungen tätig. (siehe Tabelle 8)

Tabelle 8: Erwerbstätige nach Wirtschaftsbereichen, Geschlecht und Migrationsstatus im Jahr 2014

Wirtschaftsbereich	Geschlecht	Detaillierter Migrationsstatus			
		Personen ohne Migrationshintergrund	Personen mit Migrationshintergrund i.e.S.	(Spät-)Aussiedler/innen gesamt	dar.: Gebiet der ehem. UdSSR
		in %			
Land- und Forstwirtschaft	Männer	2,0	0,8	/	/
Produzierendes Gewerbe		39,0	44,7	54,5	58,5
Handel, Gastgewerbe, Verkehr		24,8	32,5	25,5	25,9
sonst. Dienstleistungen		34,2	22,1	19,5	15,2
Land- und Forstwirtschaft	Frauen	1,1	0,4	/	/
Produzierendes Gewerbe		13,9	15,3	17,9	18,9
Handel, Gastgewerbe, Verkehr		24,0	29,3	25,1	26,0
sonst. Dienstleistungen		61,0	54,9	56,8	55,1

Quelle: STATISTISCHES BUNDESAMT 2015d, Tabelle 16M u. 16W; eigene Berechnung und Erstellung

Die Mehrheit der (Spät-)Aussiedlerinnen (46,4 % und 49,9 %) und (Spät-)Aussiedler (62,6 % und 69,3 %) insgesamt und aus der ehemaligen Sowjetunion bestreitet ihren Lebensunterhalt überwiegend durch eigene Erwerbs- bzw. Berufstätigkeit. Im Vergleich zur Bevölkerung mit und ohne Migrationshintergrund liegt dieser Anteil deutlich höher. Zurückzuführen ist dies erneut auf die Altersstruktur der (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler. Dagegen liegt der Anteil der (Spät-)Aussiedlerinnen (21,7 % bzw. 14,7 %) und (Spät-)Aussiedler (18,5 % bzw. 10,7 %) (insgesamt bzw. aus der ehemaligen UdSSR), die ihren Lebensunterhalt überwiegend durch Rente bzw. Pension bestreiten unter dem Durchschnitt der Personen ohne Migrationshintergrund (26,7 % bzw. 24,3 %), jedoch über dem der Bevölkerung mit Migrationshintergrund (10,1 % bzw. 10,2 %). (vgl. STATISTISCHES BUNDESAMT 2015d, Tabelle 15 %; siehe Tabelle 9)

Tabelle 9: Bevölkerung nach überwiegendem Lebensunterhalt, Geschlecht und Migrationsstatus im Jahr 2014

Überwiegender Lebensunterhalt durch	Geschlecht	Detaillierter Migrationsstatus			
		Personen ohne Migrationshintergrund	Personen mit Migrationshintergrund i.e.S.	(Spät-)Aussiedler/innen gesamt	dar.: Gebiet der ehem. UdSSR
		in %			
eigene Erwerbs-/Berufstätigkeit	Männer	51,2	46,3	62,6	69,3
Rente, Pension		24,3	10,2	18,5	10,7
Unterstützung durch Angehörige		17,8	30,3	8,5	7,0
Leistungen nach Hartz IV		3,1	7,5	5,3	6,2
sonstige Unterhaltsquellen		3,6	5,7	5,1	6,8
eigene Erwerbs-/Berufstätigkeit	Frauen	40,0	32,7	46,4	49,9
Rente, Pension		26,7	10,1	21,7	14,7
Unterstützung durch Angehörige		26,4	44,3	21,7	22,1
Leistungen nach Hartz IV		2,7	7,5	4,9	6,6
sonstige Unterhaltsquellen		4,2	5,4	5,3	6,7

Quelle: STATISTISCHES BUNDESAMT 2015d, Tabelle 15 %; eigene Berechnung und Erstellung

Im Jahr 2014 waren insgesamt 15,4 % der Personen in Deutschland armutsgefährdet. „Als armutsgefährdet gelten in Deutschland jene Menschen, deren verfügbares Einkommen weniger als 60 % des Durchschnittseinkommens beträgt – Bezugsgröße ist hier der Bundesmedian“ (STATISTISCHES BUNDESAMT 2015d, S. 13). Während die Armutsgefährdungsquote bei der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund mit 12,5 % am geringsten war, waren Personen mit Migrationshintergrund am stärksten von Armut betroffen (26,7 %). (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler insgesamt bzw. aus der ehemaligen Sowjetunion sind zu 18,6 % bzw. 22,1 % armutsgefährdet. Unabhängig vom Migrationsstatus sind Frauen insgesamt häufiger von Armut als Männer. (vgl. STATISTISCHES BUNDESAMT 2015d, Tabelle 14M u. 14W)

Es bleibt festzuhalten, dass (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler einen relativ guten Zugang zum Arbeitsmarkt besitzen. Dieser lässt sich unter anderem anhand der relativ hohen Erwerbsquote der (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler insgesamt sowie aus der ehemaligen Sowjetunion begründen (vgl. auch WORBS ET AL. 2013, S. 7).

Räumliche Bevölkerungsverteilung und Wohnsituation

Das Wohnortzuweisungsgesetz (WoZuG) (1989-2009) beeinflusste nachhaltig die räumliche Verteilung der (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler (vgl. EBENDA, S. 102). Bis zum

Inkrafttreten des Gesetzes zogen Aussiedlerinnen und Aussiedler meist zu Verwandten und Bekannten, die bereits in Deutschland lebten (vgl. EISFELD 2013, o. S.). Um der damit einhergehenden Bildung von Ballungszentren entgegenzusteuern wurde das Wohnortzuweisungsgesetz mit dem Ziel „im Interesse der Schaffung einer ausreichenden Lebensgrundlage den [(Spät-)Aussiedlerinnen und] (Spät-)Aussiedlern in der ersten Zeit nach ihrer Aufnahme im Geltungsbereich des Gesetzes zunächst die notwendige Fürsorge einschließlich vorläufiger Unterkunft zu gewährleisten und zugleich einer Überlastung von Ländern, Trägern der Leistungen nach dem zweiten Sozialgesetzbuch, Trägern der Sozialhilfe sowie von Gemeinden durch eine angemessene Verteilung entgegenzuwirken [erlassen]“ (HAUG ET AL. 2007, S. 12). Durch das Gesetz waren die Personen für einen bestimmten Zeitraum (zuletzt drei Jahre) an den ihnen zugewiesenen Wohnort gebunden, nur dort erhielten sie „Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II (Grundsicherung für Arbeitssuchende) oder nach dem SGB XII (Sozialhilfe)“ (EBENDA). Von dieser Regelung ausgenommen waren Personen, die an ihrem selbst gewählten Wohnort eine Arbeitsstelle und eine eigene Wohnung nachweisen konnten (vgl. EBENDA). (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler werden bis heute nach ihrer Ankunft in Deutschland auf die Bundesländer nach dem „Königsteiner Schlüssel“ verteilt (vgl. HAUG ET AL. 2007, S. 23). Der Königsteiner Schlüssel, der die Verteilungsquoten für das jeweilige Kalenderjahr festlegt, wird auf der Grundlage der Steuereinnahmen und Bevölkerungszahlen der Länder errechnet (vgl. BUNDESMINISTERIUM DER JUSTIZ UND FÜR VERBRAUCHERSCHUTZ 2007, S. 4).

Von den knapp 3,1 Millionen (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedlern leben 96,3 % im früheren Bundesgebiet und Berlin. Unter den Personen aus der ehemaligen Sowjetunion beträgt dieser Wert 95,5 %, bei der Bevölkerung mit Migrationshintergrund 96,4 % und bei der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund 81,6 % (vgl. STATISTISCHES BUNDESAMT 2015d, Tabelle 5). Allein in den fünf Bundesländern Baden-Württemberg, Bayern, Hessen, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen leben 81,8 % bzw. 80,2 % aller (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler (insgesamt bzw. aus der ehemaligen UdSSR). Im Saarland lebten im Jahr 2014 1,1 % aller (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler. Bei den Personen aus der ehemaligen Sowjetunion beträgt der Anteil ebenfalls 1,1 %. (siehe Tabelle 10)

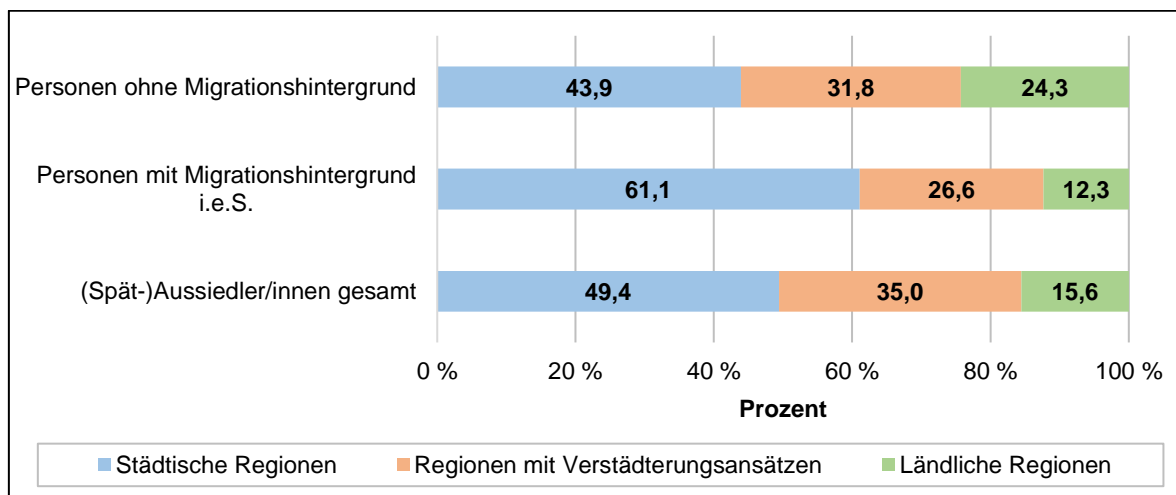
Tabelle 10: Bevölkerung nach Migrationsstatus und Bundesländern im Jahr 2014

Bundesland	Detaillierter Migrationsstatus			
	Personen ohne Migrationshintergrund	Personen mit Migrationshintergrund i.e.S.	(Spät-)Aussiedler/innen gesamt	dar.: Gebiet der ehem. UdSSR
	in %			
Baden-Württemberg	12,1	17,7	18,6	17,8
Bayern	15,6	15,7	16,1	14,3
Berlin	3,9	5,6	2,8	2,2
Brandenburg	3,6	0,8	0,8	0,9
Bremen	0,7	1,2	1,1	1,2
Hamburg	2,0	3,0	1,8	1,6
Hessen	6,8	10,2	8,6	8,4
Mecklenburg-Vorpommern	2,4	0,4	0,5	0,6
Niedersachsen	10,0	8,3	11,0	14,6
Nordrhein-Westfalen	20,5	26,6	27,6	25,2
Rheinland-Pfalz	4,9	4,9	5,3	6,6
Saarland	1,3	1,1	1,1	1,1
Sachsen	6,0	1,3	1,2	1,5
Sachsen-Anhalt	3,3	0,6	0,6	0,7
Schleswig-Holstein	3,8	2,2	2,4	2,7
Thüringen	3,2	0,6	0,7	1,0

Quelle: STATISTISCHES BUNDESAMT 2015d, Tabelle 5l; eigene Berechnung und Erstellung

Neben der Verteilung auf die Bundesländer, lässt sich die räumliche Verteilung auch im Hinblick auf nicht-administrative Gebietseinheiten und Gemeindegrößenklassen betrachten. So lebten im Jahr 2014 knapp 50 % der (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler in städtischen Regionen, 35 % in Regionen mit Verstädterungsansätzen und gut 15 % in ländlichen Regionen. Im Vergleich zur Bevölkerung ohne Migrationshintergrund und der gesamten Bevölkerung mit Migrationshintergrund nehmen sie eine Mittelposition ein. (siehe Abbildung 11)

Abbildung 11: Verteilung der Bevölkerung auf nicht-administrative Gebietseinheiten nach Migrationsstatus im Jahr 2014

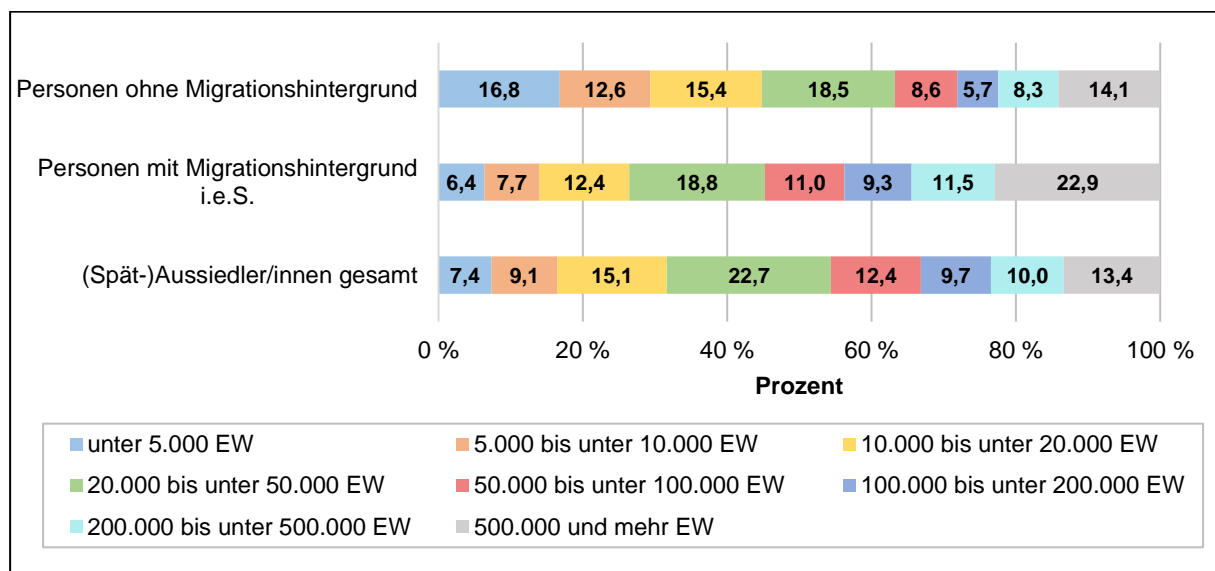


Quelle: STATISTISCHES BUNDESAMT 2015c; eigene Berechnung und Erstellung

Differenziert nach Gemeindegrößenklassen lebten 2014 54,4 % der (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler in Gemeinden mit weniger als 50.000 Einwohnerinnen und Einwohnern. Bei der Bevölkerung mit Migrationshintergrund waren dies 45,2 %, bei der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund 63,3 %. Der Anteil an (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedlern, die in Städten mit mehr als 500.000 Einwohnerinnen und Einwohnern leben, war mit 13,4 % im Vergleich zur gesamten Bevölkerung mit Migrationshintergrund (22,9 %) und der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund (14,1 %) am geringsten. (siehe Abbildung 12)

Insgesamt lässt sich die Konzentration von (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedlern auf eher ländlich strukturierte Gebiete damit erklären, dass vor allem diejenigen, die ab den 1990er Jahren einwanderten, d. h. die Russlanddeutschen, die ländlichen Gebiete bevorzugt haben, da ein Großteil von ihnen auch in der ehemaligen Sowjetunion in ländlich bzw. kleinteilig strukturierten Gebieten gelebt hat (vgl. WENZEL 2003, S. 268).

Abbildung 12: Verteilung der Bevölkerung auf Gemeindegrößenklassen nach Migrationsstatus im Jahr 2014

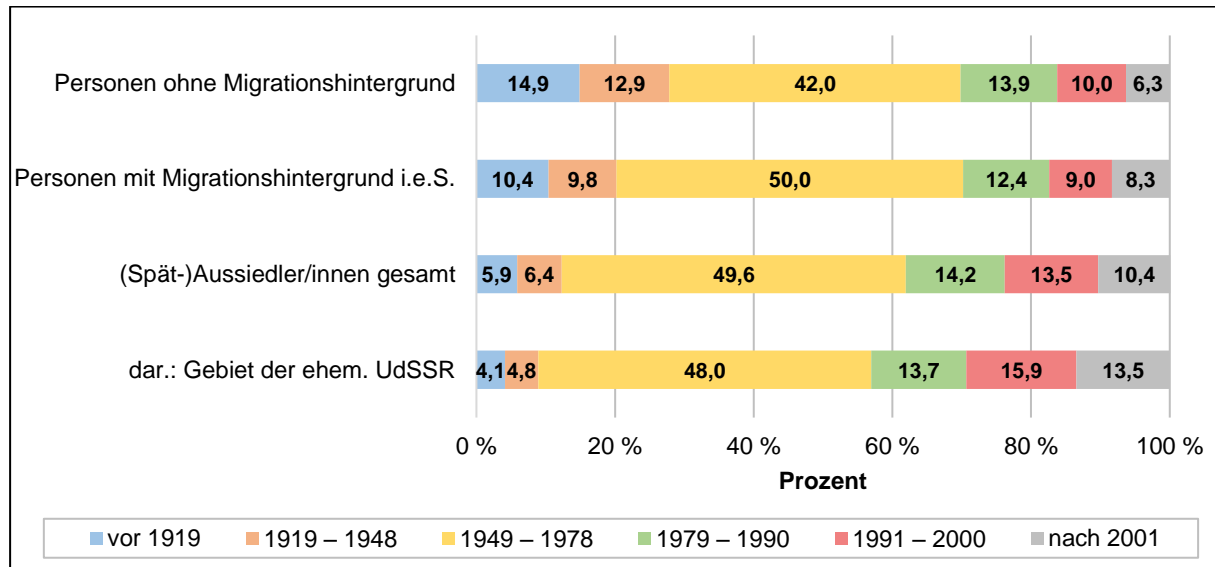


Quelle: STATISTISCHES BUNDESAMT 2015c; eigene Berechnung und Erstellung

Im Jahr 2010 wurde als Zusatzmodul zum Mikrozensus eine Erhebung zur Wohnsituation durchgeführt. Nach Angaben des STATISTISCHEN BUNDESAMTES (2011b, Tabelle 19) lebten 2010 39,0 % der (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler in selbstgenutztem Wohneigentum. Bei den Personen aus dem Gebiet der ehemaligen Sowjetunion betrug dieser Wert 35,2 %. Im Vergleich dazu lebten 33,3 % der Personen mit Migrationshintergrund in selbstgenutztem Wohneigentum, bei der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund betrug der Anteil 55,3 %. Ferner lebten 23,9 % der (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler in einem Wohngebäude, das nach 1990 errichtet wurde, während dies bei der Bevölkerung ohne als auch mit Migrationshintergrund nur 16,3 % bzw. 17,3 % waren (siehe Abbildung 13). Dies ist

mit ein Beleg für die relativ hohe Neubautätigkeit unter Russlanddeutschen (vgl. WORBS ET AL. 2013, S. 114), von denen überdurchschnittlich viele in einem Wohngebäude lebten, das nach 1990 erbaut wurde (29,4 %). (vgl. STATISTISCHES BUNDESAMT 2011b, Tabelle 19)

Abbildung 13: Bevölkerung in Wohngebäuden nach Baujahr und Migrationsstatus im Jahr 2010



Quelle: STATISTISCHES BUNDESAMT 2011b, Tabelle 18; eigene Berechnung und Erstellung

Während WORBS ET AL. (2013, S. 201) in ihrer Studie feststellten, dass (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler im Vergleich zur Bevölkerung ohne und mit Migrationshintergrund häufig eine „Mittelposition“ einnehmen, kann dies in der vorliegenden Arbeit nicht belegt werden. Dennoch scheinen (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler im Vergleich zur gesamten Bevölkerung mit Migrationshintergrund eine bessere Position einzunehmen, so dass von einer insgesamt positiv verlaufenen Integration der (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedlern ausgegangen werden kann (vgl. WORBS ET AL. 2013, S. 201).

3 Gesundheit

Wie bereits in der Einleitung beschrieben, handelt es sich bei Gesundheit um ein Thema, das alle Menschen betrifft. Doch was ist Gesundheit? Im Nachfolgenden erfolgt eine Darstellung von Definitionen, Dimensionen und verschiedenen Modellen von Gesundheit, wobei das Konzept der Gesundheitsförderung, das Modell der Salutogenese sowie die subjektiven Gesundheitsvorstellungen im Fokus stehen. Das Konzept des Gesundheitshandelns wird darauf aufbauend näher dargestellt sowie aus geographischer und migrationsspezifischer Perspektive diskutiert.

3.1 Definitionen und Dimensionen von Gesundheit

Obwohl, oder vielleicht gerade weil es sich bei Gesundheit um ein Thema handelt, das alle Menschen betrifft, existiert bislang keine einheitliche Definition des Begriffs Gesundheit. So wird Gesundheit im wissenschaftlichen Bereich je nach Disziplin (z. B. Medizin, Psychologie, Soziologie) unterschiedlich definiert (vgl. u. a. BLÄTTNER ET AL. 2011, S. 52; GATRELL ET AL. 2009, S. 4; KLEMPERER 2012, S. 86-87; NAIDOO ET AL. 2010, S. 4). Das biomedizinische Modell, das im 19. Jahrhundert aufkam und bis heute die dominierende Sichtweise darstellt, beschreibt Gesundheit negativ als Abwesenheit von Krankheit (vgl. ANTHAMATTEN ET AL. 2011, S. 147; KLEMPERER 2012, S. 88; NAIDOO ET AL. 2010, S. 4-5). Im Gegensatz dazu definiert die Weltgesundheitsorganisation (WHO – World Health Organization) Gesundheit positiv als vollkommenes Wohlbefinden (vgl. NAIDOO ET AL. 2010, S. 5; siehe unten). Eine Übersicht weiterer Definitionen findet sich zum Beispiel bei FRANKE (2012, S. 35-38).

Neben der Einteilung in eine negative und positive Gesundheitsdefinition, kann außerdem zwischen einer „Experten-“ und „Laiensicht“ unterschieden werden. Während der Expertenbegriff auf der Seite der Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler bzw. der im Bereich Gesundheit tätigen Personen existiert, existiert der Laienbegriff auf der Seite derer, die sich nicht im Rahmen ihrer Profession mit dem Thema Gesundheit auseinandersetzen (vgl. FALTERMAIER 2005a, S. 30-31). Eine vertiefte Darstellung des Laienbegriffs bzw. der subjektiven Gesundheitsvorstellungen findet in Kapitel 3.3 (inkl. Unterkapitel) statt.

Die wohl bekannteste, seit dem Jahr 1948 unverändert existierende Gesundheitsdefinition stammt von der Weltgesundheitsorganisation (vgl. WHO 2014, o. S.):

„Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.“ (WHO 1946, S. 2) Weiter heißt es: „The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition.“ (WHO 1946, S. 2)

Die Definition ist nicht problemlos, vielfach wurde sie aufgrund ihrer utopischen Annahme von Gesundheit als „state of complete [...] well-being“ kritisiert (vgl. ANTHAMATTEN ET AL. 2011, S. 5; FALTERMAIER 2005a, S. 34). GATRELL ET AL. (2009, S. 4) kritisieren zum Beispiel, dass nach der Definition viele, wenn nicht sogar alle Menschen zu allen Zeiten als ungesund zu bezeichnen wären. Dennoch werden durch die Definition die Sichtweisen auf das Thema Gesundheit vielfältiger und Gesundheit wird in ihrer Ganzheitlichkeit betrachtet (vgl. ANTHAMATTEN ET AL. 2011, S. 5). Diese Erkenntnis scheint im Hinblick auf das Thema Gesundheitsförderung zentral zu sein, denn nach ALTGELD ET AL. (2014, S. 47) sind Gesundheit, Gesundheitsverhalten/-handeln und subjektive Gesundheitsvorstellungen individuell geprägt. Diese individuellen Aspekte müssen zur erfolgreichen Umsetzung von Maßnahmen im Bereich Gesundheitsförderung frühzeitig Beachtung finden (vgl. EBENDA; siehe Kapitel 3.2.1). Vor diesem Hintergrund liegt dieser Arbeit die WHO-Gesundheitsdefinition zugrunde.

Um das Problem der fehlenden, interdisziplinären Gesundheitsdefinition zu lösen, sollten die unterschiedlichen Dimensionen von Gesundheit, die diese Definitionen prägen, in den Vordergrund gestellt werden (vgl. FRANKE 2012, S. 38). Die nachfolgende Zusammenstellung der Gesundheitsdimensionen (siehe Abbildung 14) beruht auf den Arbeiten von FALTERMAIER (2005a, S. 34-36) und FRANKE (2012, S. 38-50):

- Gesundheit lässt sich ganzheitlich auf drei Ebenen, einer körperlichen, psychischen und sozialen Ebene, beschreiben.
- Gesundheit und Krankheit schließen sich nicht gegenseitig aus, sondern stehen in einem wechselseitigen Verhältnis zueinander. Aaron Antonovsky sprach als erster von einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum (siehe Kapitel 3.2.2). Diese Vorstellung, ein Individuum bewegt sich auf dem Kontinuum zwischen den Polen „maximale Gesundheit“ und „maximale Krankheit“, impliziert, dass Gesundheit als Flexibilität (Heterostase) zu verstehen ist. Gesunde Menschen sind demzufolge in der Lage, den Störungen, die sie konfrontieren, aktiv zu begegnen und diese zu überwinden.
- Gesundheit ist sowohl positiv als auch negativ, durch die An- oder Abwesenheit von Merkmalen, bestimmbar. Während die Medizin Gesundheit negativ definiert (gesund ist die Person, die nicht krank ist), definiert die WHO Gesundheit positiv. Kritisiert wurden bislang beide Definitionen.
- Gesundheit kann als Zustand (Störungsfreiheit, Aktionspotential, subjektives Wohlbefinden etc.) und als Prozess (Veränderung des Gesundheitszustandes ist täglich und von Lebensphase zu Lebensphase möglich) verstanden werden (vgl. auch FALTERMAIER 2005a, S. 150-152). Da Subjekte in ständiger Wechselwirkung mit ihrer physischen und sozialen Umwelt stehen, kann Gesundheit als Anpassung an diese begriffen werden.

Eng verbunden damit ist die Vorstellung, Gesundheit als Gleichgewichtszustand (Homöostase) zu verstehen. Innere und äußere Faktoren können diesen negativ beeinflussen. Eine gesunde Person besitzt demnach die Fähigkeit, den Zustand des inneren und äußeren Gleichgewichts schnellstmöglich wiederherzustellen.

- Während „Laien“ im Rahmen ihrer Gesundheitsdefinition häufig den Begriff Wohlbefinden (körperlich und psychisch) verwenden, legen Fachpersonen objektive Parameter zur Messung und Beschreibung von Gesundheit fest, die zur objektiven Begriffsbestimmung herangezogen werden.
- Gesundheit kann als Aktionspotential verstanden werden. Hierbei spielen Handlungs- und Leistungsfähigkeit sowie Arbeitsfähigkeit eine wichtige Rolle. Funktionale Aspekte bzw. Normen stellen dabei die Bemessungsgrundlage dar. Als gesund gilt die Person, die den täglichen Erwartungen und Anforderungen, die sie selbst und die die Gesellschaft an sie stellt (Erfüllung der sozialen Rolle), erfüllt.
- Der Sozialisationsprozess beeinflusst das Verständnis von Gesundheit, d. h. die vorherrschenden Lebensvorstellungen bestimmen das, was unter Gesundheit verstanden wird. Dies bedeutet zum einen, Gesundheit wurde und wird zu verschiedenen Epochen unterschiedlich bestimmt. Zum anderen bedeutet dies, verschiedene gesellschaftliche Gruppen, und damit auch Kulturen, entwickeln unterschiedliche Vorstellungen davon, was Gesundheit ist. (vgl. auch NAIDOO ET AL. 2010, S. 5 u. S. 17)

Abbildung 14: Dimensionen von Gesundheit



Quelle: FALTERMAIER 2005a, S. 34-36 und FRANKE 2012, S. 38-50; eigene Darstellung

Die Gesundheitsdefinition der WHO ist durch folgende Dimensionen gekennzeichnet (vgl. HURRELMANN ET AL. 2013, S. 117; BLÄTTNER ET AL. 2011, S. 59): Gesundheit wird positiv und subjektiv (als Wohlbefinden) definiert. Des Weiteren wird Gesundheit zum Idealstatus, zum „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“, der als kaum erreichbar erscheint. Gesundheit wird also auch als Zustand und nicht als Prozess definiert, wobei der englische Originalbegriff „state“ Gesundheit nicht als einmal erreichten, nicht veränderbaren Zustand betrachtet, sondern als Zustand zu einem bestimmten Zeitpunkt (vgl. HURRELMANN ET AL. 2015, o. S.). Ferner wird Gesundheit als Gegenpol von Krankheit verstanden (Gesundheits-Krankheits-Kontinuum) sowie ganzheitlich bzw. mehrdimensional durch die physische, psychische und soziale Ebene bestimmt.

3.2 Konzepte, Modelle und Theorien von Gesundheit

Während es viele Ansätze gibt, um Krankheiten in Modellen abzubilden oder in Theorien zu erklären, gibt es nur wenige Versuche Gesundheit anhand von Modellen bzw. Theorien zu beschreiben und zu erklären. Die Entwicklung von wissenschaftlichen Gesundheitsmodellen und -theorien erfolgt erst seit den 1970er Jahren. Diese Modelle werden meist unter dem Begriff „Salutogenese/salutogenetische Modelle“ (Salutogenese = Entstehung von Gesundheit; lat.: Salus = Gesundheit, griech.: Genese = Entwicklung) zusammengefasst. Welche Faktoren und Prozesse Gesundheit erhalten und fördern, lässt sich demnach mit Hilfe salutogenetischer Modelle erforschen. (vgl. FALTERMAIER 2005a, S. 146; FRANKE 2012, S. 169)

3.2.1 Das Konzept der Gesundheitsförderung der WHO

Gesundheitspolitische Debatten der Weltgesundheitsorganisation (WHO), die durch bevölkerungsmedizinische, ökonomische, politische, kulturelle und soziale Impulse beeinflusst wurden, führten in den 1980er Jahren zur Entwicklung des relativ jungen Begriffs Gesundheitsförderung (vgl. HURRELMANN ET AL. 2014, S. 13). Eine allgemeine Definition des Begriffs existiert bislang nicht (vgl. NAIDOO ET AL. 2010, S. 76). Im Kontext der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, die aktiv dazu aufruft, „Gesundheit für alle“ zum Ziel des Handelns zu machen, wird Gesundheitsförderung wie folgt definiert (vgl. WHO 1986, o. S.):

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.“ (EBENDA)

Dabei wird Gesundheit im Kontext der Ottawa-Charta als „wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens [...] und nicht als vorrangiges Lebensziel“ (EBENDA) verstanden.

Im Gegensatz zur älteren Krankheitsprävention verfolgt das Konzept der Gesundheitsförderung nicht das vorrangige Ziel Krankheiten zu vermeiden, sondern Gesundheit herzustellen

bzw. zu fördern (vgl. FALTERMAIER 2005a, S. 297). Beide Konzepte möchten einen Gesundheitsgewinn erzielen: Während Krankheitsprävention¹⁰ dabei auf das Zurückdrängen von Risikofaktoren setzt, geht es der Gesundheitsförderung um den Aufbau und die Stärkung von Schutzfaktoren und Ressourcen (vgl. FALTERMAIER 2005a, S. 299; HURRELMANN ET AL. 2014, S. 17). Maßnahmen zur Gesundheitsförderung können sehr unterschiedlich sein: den Zugang zum Gesundheitssystem verbessern; eine gesunde Lebensweise fördern; eine gesunde physische und soziale Umwelt fördern, die zu einer gesünderen Verhaltensweise beiträgt; Personen an gesundheitsbezogenen Entscheidungen beteiligen; Personen über die Funktionsweise und Gesunderhaltung ihres Körpers aufklären etc. (vgl. NAIDOO ET AL. 2010, S. 76). Diese Maßnahmen finden in einem überschaubaren sozialen Raum statt (Setting), sprechen verschiedene Zielgruppen in ihren Umwelten und Lebensverhältnissen an und schaffen Möglichkeiten der Partizipation (vgl. FALTERMAIER 2005a, S. 306).

Das Konzept der Gesundheitsförderung hat zu einem Perspektivenwechsel, weg von der Frage „Wie entstehen Krankheiten und wie kann dies verhindert werden?“ (ALTGELD ET AL. 2012, S. 187) hin zu „Wo und wie wird Gesundheit hergestellt?“ (EBENDA) beigetragen. Durch diesen Perspektivenwechsel wird die Analyse und Stärkung von individuellen und im sozialen System vorhandenen gesundheitlichen Ressourcen und Potentialen möglich (vgl. ALTGELD ET AL. 2012, S. 188; HURRELMANN ET AL. 2012, S. 683). HURRELMANN ET AL. (2014, S. 16; Hervorhebung im Original) teilen die Schutzfaktoren in vier Gruppen ein:

- 1) **„soziale und wirtschaftliche Faktoren**, insbesondere gute Bedingungen am Arbeitsplatz und eine gute sozio-ökonomische Lebenslage;
- 2) **Umweltfaktoren**, insbesondere gute Luft- und Wasserqualität, gute Wohnbedingungen und gute soziale Netzwerke (Freunde, Nachbarschaft);
- 3) **behaviorale und psychische Faktoren**, insbesondere angemessene Bewegung, Ernährung und Spannungsbewältigung, reduzierter Konsum von legalen und illegalen Drogen, sicheres Gefühl von Kontrolle, Selbstwirksamkeit, Eigenverantwortung, Optimismus, Resilienz und Schutzmotivierung;

¹⁰ Die Krankheitsprävention wird zweigeteilt: Die „Verhaltensprävention“ versucht direkt Einfluss auf den individuellen Gesundheitszustand bzw. das individuelle Gesundheitsverhalten zu nehmen (z. B. Programme gegen Rauchen/Bewegungsarmut oder Programme für die Inanspruchnahme von Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen); die „Verhältnisprävention“ versucht durch die Veränderung der ökologischen, sozialen, ökonomischen und kulturellen Lebens- und Umweltbedingungen indirekt Einfluss auf die individuelle Gesundheit bzw. auf Krankheiten zu nehmen (vgl. LEPPIN 2014, S. 40).

- 4) **Zugang zu gesundheitsrelevanten Leistungen**, insbesondere zu Bildungs- und Sozialangeboten, Transport- und Freizeitmöglichkeiten und direkt auch zu Angeboten der Krankenversorgung, Pflege und Rehabilitation.“ (EBENDA)

Mit der Fokussierung auf gesundheitliche Ressourcen und Schutzfaktoren wird deutlich, der Blickwinkel der Gesundheitsförderung ist ein salutogenetischer (vgl. ALTGELD ET AL. 2012, S. 190). Das Modell der Salutogenese, das der Gesundheitsförderung zugrunde liegt (vgl. u. a. BLÄTTNER ET AL. 2011, S. 203; FALTERMAIER 2005a, S. 297; HURRELMANN ET AL. 2012, S. 677), wird in Kapitel 3.2.2 näher beschrieben.

Neben der **salutogenetischen Sichtweise** wird das Konzept der Gesundheitsförderung durch drei weitere Grundprinzipien geprägt (vgl. ALTGELD ET AL. 2012, S. 192): Partizipation und Empowerment, Intersektoralität sowie dem Settingansatz.

Partizipation und Empowerment

Zur erfolgreichen Umsetzung von Programmen der Gesundheitsförderung, muss die jeweilige Zielgruppe frühzeitig angesprochen und einbezogen werden, d. h. sie muss partizipieren können (vgl. ALTGELD ET AL. 2012, S. 191). In einem weiteren Schritt müssen die Mitglieder der Gruppe selbst-bemächtigt werden, ihre persönlichen Stärken bzw. Ressourcen zu entdecken und ihre Lebenswelt (mit)zugestalten (vgl. EBENDA) sowie „ihre gesundheitlichen Belange selbst in die Hand zu nehmen“ (FALTERMAIER 2010, S. 84). Nach FALTERMAIER (1994, S. 302) müsste für eine derartige Gesundheitsförderungsstrategie das Gesundheitsbewusstsein und das Gesundheitshandeln der gesellschaftlichen Gruppe (an)erkannt werden.

Nach BORDE ET AL. (2015, o. S.) nehmen Personen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu Personen ohne Migrationshintergrund Angebote der Gesundheitsförderung seltener in Anspruch. Um diesbezüglich Veränderungen zu erreichen sollten bei der Maßnahmenplanung und -umsetzung folgende Aspekte Berücksichtigung finden: differenzierte Zielgruppenanalyse durchführen, Erreichbarkeit der Zielgruppe verbessern, Zielgruppe an Angebotsplanung und -umsetzung beteiligen (Partizipation) sowie Migrations- und Kultursensibilität bei Maßnahmenplanung beachten (vgl. EBENDA). Insgesamt müsste für eine erfolgreiche und angepasste Gesundheitsförderung bei Personen mit Migrationshintergrund der alltägliche Umgang mit Gesundheit und das Gesundheitshandeln eine stärkere Berücksichtigung finden (vgl. FALTERMAIER 2005b, S. 107).

Intersektoralität

Gesundheit sollte als Handlungsziel in eine Vielzahl von Politikbereichen eingebunden werden (vgl. ALTGELD ET AL. 2012, S. 188). Zu den zu beteiligenden Bereichen zählen unter anderem Bildung, Stadt- und Verkehrsplanung bzw. -entwicklung und Jugendarbeit (vgl. ALTGELD ET AL.

2014, S. 47). Verantwortung für das Thema Gesundheitsförderung tragen also sowohl der Gesundheitssektor, als auch alle Politikbereiche (vgl. WHO 1986, o. S.).

Settingansatz

Als wichtigste Umsetzungsstrategie der Gesundheitsförderung gilt der Settingansatz. Dessen grundlegende Annahme lautet: „Gesundheit [ist] kein abstraktes Ziel [...], sondern [wird] im Alltag hergestellt und aufrechterhalten“ (ALTGELD ET AL. 2014, S. 49). Im Zentrum der Maßnahmen zur Gesundheitsförderung steht damit die Lebenswelt von Menschen (vgl. HARTUNG ET AL. 2015, o. S.). Unter einem Setting wird

„ein Sozialzusammenhang [verstanden], in dem Menschen sich in ihrem Alltag aufhalten und der Einfluss auf ihre Gesundheit hat. Dieser soziale Zusammenhang ist relativ dauerhaft und seinen Mitgliedern auch subjektiv bewusst [...]. Er drückt sich aus durch formale Organisation (z. B. Betrieb, Schule, Kita), regionale Situation (z.B. Kommune, Stadtteil, Quartier), gleiche Lebenslage (z. B. Rentnerinnen/Rentner), gemeinsame Werte bzw. Präferenzen (z. B. Religion, sexuelle Orientierung) bzw. durch eine Kombination dieser Merkmale.“ (HARTUNG ET AL. 2015, o. S.)

Im Rahmen der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung formuliert die WHO (1986, o. S.): „Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben.“ Nach FALTERMAIER (2005a, S. 323) wird damit deutlich, die Lebensbereiche Schule und Arbeitswelt, aber auch die direkte Wohnumwelt mit ihren ökologischen und sozialen Bedingungen, beeinflussen die Gesundheit von Personen. Städte, Dörfer und Gemeinden (engl. „community“) bilden die Wohnumwelt von Menschen, dort finden sich Faktoren, die die individuelle Gesundheit belasten aber auch fördern und herstellen (können) (vgl. EBENDA). Eine „community“ muss jedoch nicht zwingend eine Gemeinde im Sinne der deutschen Übersetzung, d. h. eine politische Verwaltungseinheit sein, sondern kann auf der Grundlage anderer Faktoren definiert werden, dazu zählen: geographische Lage oder Wohngegend, kulturelle Gesichtspunkte sowie Sozialstruktur und soziale Netzwerke (vgl. FALTERMAIER 2005a, S. 323; NAIDOO ET AL. 2010, S. 237-238). Dennoch sind Gemeinden, Städte und Dörfer die Orte, an denen gesundheitsbezogene Aktivitäten, d. h. das Gesundheitshandeln, stattfinden (vgl. FALTERMAIER 2005a, S. 324). Auch nach CONRAD (2014, S. 10) ist die Kommune „der“ Ort der Gesundheitsförderung (siehe unten). Und BLÄTTNER ET AL. (2011, S. 199) führen aus, „es sind die ‚Orte‘ an denen Gesundsein entsteht“. Dabei sind mit Orten die alltäglichen Lebensbereiche der Menschen (z. B. Wohnen, Arbeiten, familiäres Zusammenleben) gemeint (vgl. EBENDA, S. 194 u. S. 199).

Der Settingansatz, entwickelt durch die Gesundheitswissenschaften, verdeutlicht, auch außerhalb der Geographie werden „Orte“ als gesundheitsbeeinflussend beschrieben (siehe auch Kapitel 3.4.2). In der Geographie wurde und wird der Settingansatz im Rahmen des Konzeptes der therapeutischen Landschaften diskutiert (siehe Kapitel 3.4.2.2).

Gesundheitsförderung im Setting Kommune

Eine Kommune, das können Gemeinden, kreisfreie Städte und kreisangehörige Städte sein, ist die unterste Verwaltungseinheit, „aber der Ort, in dem praktisch alle Menschen leben. Insofern sind die Kommunen nicht nur der zentrale, sondern letztlich der einzige Ort zur Förderung der Gesundheit“ (CONRAD 2014, S. 10).

TROJAN ET AL. (2014, S. 345) schreiben den Kommunen ebenfalls eine besondere Bedeutung zu: „Die Prävention in Städten und Gemeinden ist in doppelter Weise ‚die Mutter aller Setting-Ansätze‘“ (EBENDA). Erstens werden Präventionsmaßnahmen (v. a. in den Bereichen Hygiene, Ernährung und Bildung (vgl. auch CONRAD 2014, S. 10)) bereits seit der Industrialisierung in Städten umgesetzt. Zweitens befinden sich andere Settings (z. B. Krankenhäuser, Schulen, Betriebe) im Setting Kommune (vgl. TROJAN ET AL. 2014, S. 345). Die WHO initiierte im Jahr 1986 das wohl bekannteste Beispiel des Settingansatzes, das „Gesunde-Städte- Projekt“, das seitdem eine rasche Verbreitung in Europa sowie weltweit erfahren hat (vgl. WHO 2015a, o. S.). Nach Angaben der WHO (2015b, o. S.) existieren derzeit über 1.000 „Gesunde-Städte“, die wie folgt definiert werden:

„A healthy city is one that is continually creating and improving those physical and social environments and expanding those community resources which enable people to mutually support each other in performing all the functions of life and developing to their maximum potential.“ (EBENDA)

Aufbauend auf dem Ansatz der „Gesunden-Städte“ entstanden in den 1980er und 1990er Jahren weitere Initiativen, darunter „Gesunde-Dörfer/Gemeinden“, „Gesunde-Schulen“ und „Gesunde-Krankenhäuser“ (vgl. NAIDOO ET AL. 2010, S. 353; WHO 2015a, o. S.). Während es sich bei den Settings Schule und Krankenhaus um organisatorische Einheiten handelt, stellt das Setting Kommune eine räumliche Einheit dar (vgl. STERDT ET AL. 2012, S. 32). Das „Gesunde-Städte-Projekt“ stellt vom Ansatz her ein „Gesundheitsförderndes Setting“ dar (vgl. CONRAD 2014, S. 11). Während das Ziel des „Gesundheitsfördernden Settings“ ist, ein Setting umfassend gesundheitsfördernd zu entwickeln, zielen die Ansätze der „Gesundheitsförderung im Setting“ „nur“ auf die Verbesserung der Gesundheit im Setting durch Maßnahmen für bestimmte Zielgruppen (Kinder, Jugendliche, Arbeitslose etc.) oder zu bestimmten Themen (z. B. Ernährung, Bewegung, Alkohol) (vgl. EBENDA).

Insgesamt weisen die Handlungsfelder, der in den Kommunen umgesetzten Gesundheitsförderungsmaßnahmen, eine große Bandbreite auf: Stressmanagement, Ernährung, Bewegung/Sport, Sucht- und Gewaltprävention, Wohnen, (Wohn)Umwelt, Verkehr etc. (vgl. BÖHME ET AL. 2014, S. 23). Von diesen Maßnahmen, die die Lebens-, Wohn- und Arbeitsbedingungen in den Kommunen verbessern, profitieren alle Menschen, egal an welcher Stelle des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums sie sich befinden (vgl. TROJAN ET AL. 2014, S. 345).

Unterschiedliche Aspekte einer Kommune können die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Personen sowohl positiv als auch negativ beeinflussen (vgl. NAIDOO ET AL. 2010, S. 353 u. S. 355-364; STERDT ET AL. 2012, S. 31; TROJAN ET AL. 2014, S. 345):

- die physische Umwelt (z. B. Verkehrsaufkommen, Ausmaß der Luftverschmutzung oder Lärmbelästigung, Wohn-/Gebäudequalität, vorhandene Grün-/Erholungsflächen bzw. Flächennutzung);
- die soziale Umwelt (dazu zählt v. a. das Ausmaß des vorhandenen Sozialkapitals, sprich der soziale Zusammenhalt, die soziale Unterstützung, (in)formelle Netzwerke, Bürgerengagement/Ehrenamt oder die Nachbarschaftshilfe) und
- die vorhandenen Dienstleistungsangebote/-einrichtungen und der Zugang zu diesen (z. B. Nahversorgungsgeschäfte, Kultur-/Bildungs-/Freizeitangebote, Einrichtungen der Gesundheitsversorgung).

In der Praxis ist die Messung des Einflusses der Kommune bzw. des Wohnviertels auf die Gesundheit jedoch schwer umzusetzen (vgl. NAIDOO ET AL. 2010, S. 355).

3.2.2 Das Modell der Salutogenese

Der Medizinsoziologe Aaron Antonovsky führte Ende der 1970er Jahre das Konzept der Salutogenese ein¹¹. Er entwickelte das Wort Salutogenese als Gegenbegriff zur Pathogenese (= Entstehung von Erkrankungen). Salutogenese bedeutet folglich die Entstehung von Gesundheit. Das Modell der Salutogenese entspricht am ehesten den Anforderungen einer Theorie. (vgl. FRANKE 2012, S. 169)

Während pathogenetische Modelle die Frage „Warum werden Menschen krank?“ zu erklären versuchen, zielen salutogenetische Modelle auf die Beantwortung der Frage „Was erhält Menschen gesund?“ (vgl. FRANKE 2015, o. S.). Die Grundfrage der Salutogenese lautet: „Warum [bleiben] Menschen trotz oftmals zahlreicher alltäglicher Belastungen und krankheitserregender Risikokonstellationen sowie kritischer Lebensereignisse gesund?“ (EBENDA). Als Antwort auf diese grundlegende Frage entwickelte ANTONOVSKY (1997, S. 30) das Konzept des Kohärenzgefühls. Für ANTONOVSKY (1997, S. 33) stellt das Kohärenzgefühl (Sense of Coherence, SOC) einen wichtigen Faktor dar, der die Position von Individuen auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum (Bewegung in Richtung Gesundheits- oder Krankheits-Pol) beeinflusst.

¹¹ Antonovsky veröffentlichte u. a. zwei Bücher: „Health, stress, and coping. New perspectives on mental and physical well-being“ (1979) und „Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well“ (1987). Seit 1997 liegt das zuletzt erschienene Buch in deutscher Übersetzung, durch Alexa Franke, vor: „Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit.“

Antonovsky geht in seinem Modell nicht von einer dichotomen Beziehung zwischen Gesundheit und Krankheit aus: Während im Rahmen der Pathogenese Gesundheit und Krankheit als Gegensätze formuliert werden (eine Person ist entweder gesund oder krank), werden Gesundheit und Krankheit im salutogenetischen Modell als Pole eines Kontinuums (Gesundheits-Krankheits-Kontinuum bzw. HEDE-Kontinuum¹²) betrachtet, d. h. ein Individuum ist eher gesund oder eher krank (vgl. FRANKE 2015, o. S.). Solange eine Person lebt, bewegt sie sich also auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum zwischen den Polen hin und her (vgl. FRANKE 2012, S. 172). Zudem werden Krankheiten als etwas Normales im Lebenslauf von Menschen betrachtet und nicht als Abweichungen von der Normalität (vgl. EBENDA, S. 170).

ANTONOVSKY (1997, S. 36) definiert das Kohärenzgefühl wie folgt:

„Das SOC (Kohärenzgefühl) ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, daß

- 1) die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind;
- 2) einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen zu begegnen;
- 3) diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen.“

Diese drei Komponenten des Kohärenzgefühls werden als Verstehbarkeit (Person nimmt die eigene Lebenswelt als weitgehend verstehbar und erklärbar wahr), Handhabbarkeit (Subjekt besitzt Zuversicht, Anforderungen und Ereignisse im Leben prinzipiell bewältigen zu können) und Bedeutsamkeit (Person betrachtet Anforderungen im Leben als sinnvolle Herausforderungen, für die es sich einzusetzen lohnt) bezeichnet (vgl. FRANKE 2012, S. 175). Personen mit einem stark ausgeprägten SOC reagieren flexibel auf Anforderungssituationen indem sie die notwendigen Ressourcen zur Bewältigung der Situation (generalisierte Widerstandsressourcen) aktivieren (vgl. FRANKE 2015, o. S.). Zur Ausbildung eines starken Kohärenzgefühls müssen Personen im Laufe ihres Lebens die Erfahrung machen, dass ihnen Widerstandsressourcen zur Verfügung stehen, dass sie ihr Leben beeinflussen können und dass ihr Tun einen Sinn hat (vgl. FRANKE 2012, S. 176). Antonovsky geht von folgender Annahme aus: Bei Personen, die etwa 30 Jahre alt sind, sei das SOC ausgebildet und danach nur durch gravierende Veränderungen der Lebenssituation, wie zum Beispiel durch eine Migration, veränderbar (vgl. BENGEL ET AL. 2001, S. 31).

Zu den generalisierten Widerstandsressourcen, die zur Ausprägung eines starken SOC wichtig sind und damit ebenfalls die Position einer Person auf dem Gesundheits-Krankheits-

¹² Die Pole des HEDE-Kontinuums werden als „Health-ease“ und „Dis-ease“ bezeichnet. Die Begriffe lassen sich am besten mit „Gesundheit“ und „Ent-Gesundheit“ übersetzen. (vgl. FRANKE 2012, S. 172)

Kontinuum bestimmen (vgl. ANTONOVSKY 1997, S. 45), zählen nach Antonovsky „alle Faktoren, die den konstruktiven Umgang mit Stressoren ermöglichen“ (FRANKE 2012, S. 173): Zu den gesellschaftlichen Widerstandsressourcen gehören zum Beispiel Frieden, politische/ökonomische Stabilität, intakte Sozialstrukturen, Sicherheit der sozialen Systeme und funktionierende gesellschaftliche Netze. Die individuellen Widerstandsressourcen gliedern sich in kognitive (z. B. Wissen, Intelligenz und Problemlösefähigkeit), psychische (u. a. Optimismus, Selbstvertrauen, Ich-Identität), physiologische (u. a. ausreichende Immunpotenziale, gute körperliche Konstitution), interpersonale (soziale Unterstützung, soziale Integration, aktive Teilnahme an individuell bedeutsamen Entscheidungs- und Kontrollprozessen etc.), soziokulturelle (z. B. Einbindung in stabile Kulturen, Orientierung an Werten und Überzeugungen) sowie ökonomische und materielle (u. a. Verfügbarkeit über/Zugang zu Dienstleistungen, finanzielle Sicherheit/Unabhängigkeit, materielle Sicherheit, sicherer Arbeitsplatz) Ressourcen. (vgl. FRANKE 2015, o. S.; FRANKE 2012, S. 173)

Stressoren, ganz gleich ob physikalischer, biochemischer oder psychosozialer Art, beeinflussen die Gesundheit von Personen nicht automatisch negativ (vgl. ANTONOVSKY 1997, S. 26; BENGEL ET AL. 2001, S. 33). Es kommt auf die vorhandenen Widerstandsressourcen und die Stärke des SOC an, ob Individuen Stressoren als positive Herausforderungen, als neutral oder als bedrohlich wahrnehmen (vgl. FRANKE 2012, S. 178).

Bisher konnten mehrere Studien belegen, dass das Kohärenzgefühl vor allem die psychosomatische und psychische Gesundheit positiv beeinflusst. Allerdings konnten sowohl der positive Einfluss des Kohärenzgefühls auf die physische Gesundheit als auch seine zentrale Rolle bei der Positionierung auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum bisher empirisch noch nicht eindeutig bewiesen werden. (vgl. BENGEL ET AL. 2001, S. 44; FRANKE 2015, o. S.)

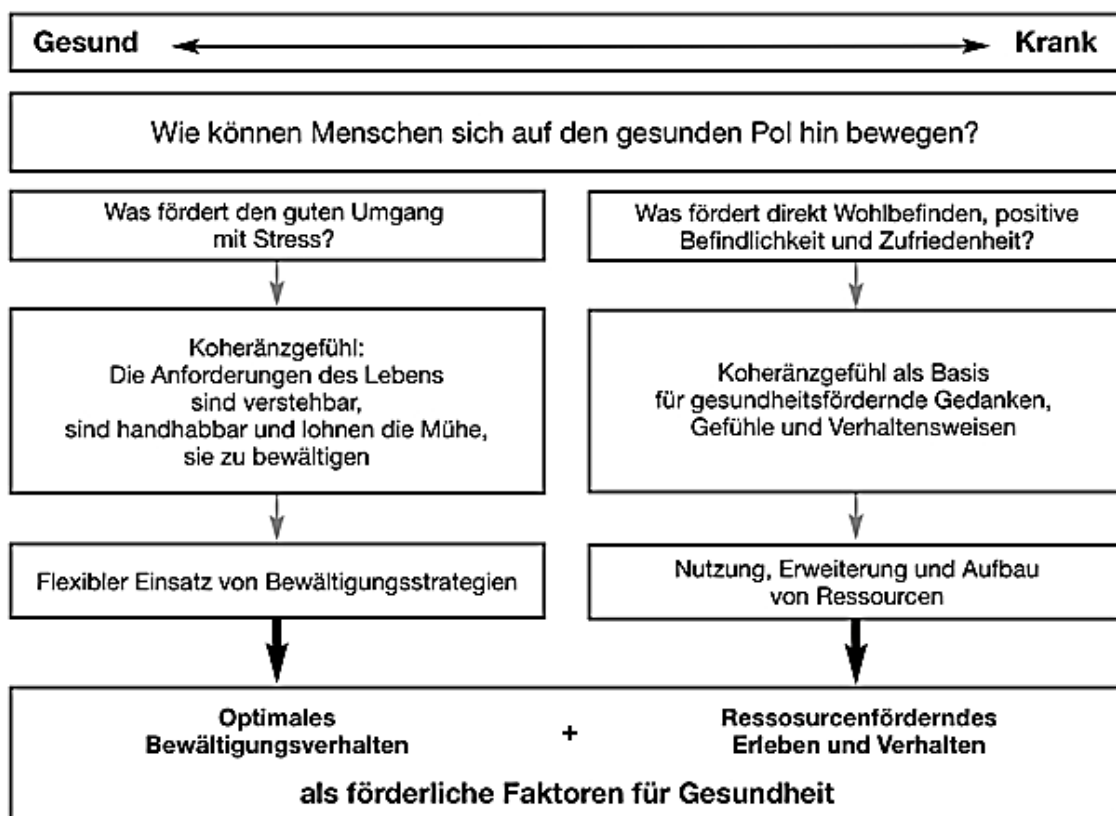
Erweiterungen des Salutogenese-Modells

Das Salutogenese-Modell, wie Antonovsky es entwickelte, fokussiert stark auf Stressoren und die Entwicklung von Widerstandsressourcen zur Bewältigung dieser Stressoren (vgl. FRANKE 2012, S. 180-181). Eine Arbeitsgruppe um Alexa Franke hat das Modell um eine ressourcenorientierte Sichtweise erweitert (siehe Abbildung 15): Personen mit einem stark ausgeprägten SOC sind nicht nur in der Lage besser mit Stressoren umzugehen, sondern sie erschließen sich auch mehr gesundheitsförderliche Ressourcen und sie nutzen diese (vgl. FRANKE 2015, o. S.). Zur Verdeutlichung ihrer Überlegungen greift die Arbeitsgruppe Antonovskys Flussmetapher auf:

„Wir alle sind von unserer Geburt bis zum Tod im Fluss des Lebens. Dieser Fluss zeichnet sich durch schwer zu bewältigende Abschnitte wie Wasserfälle und Stromschnellen aus, und es gibt sogar Gebiete, in denen die gefährlichen Wasserlebewesen lauern. Dort kommt es darauf an, wachsam zu sein

und alle verfügbaren Bewältigungsressourcen zu aktivieren, um den schwierigen Situationen gewachsen zu sein. Es gibt aber auch Abschnitte, in denen der Fluss kaum Strömung hat, sondern gemächlich an Wiesen und unter Bäumen entlang plätschert. Hier gibt es keine Notwendigkeit, um das eigene Überleben zu kämpfen. Man kann sich auf dem Rücken treiben lassen, die Blumen am Ufer bewundern, einen Baumstamm als Floss benutzen oder sich mit anderen Schwimmern und Schwimmerinnen bei Wasserspielen vergnügen. Dies alles dient der Entspannung und Erholung, reaktiviert also Bewältigungsressourcen und erhöht das Gefühl der Belastungsbalance und damit der Handhabbarkeit, macht aber auch einfach Spaß, steigert Lebensfreude und Lebensqualität und fördert damit die Gesundheit. Von der Quelle bis zur Mündung hat der Fluss einen wechselvollen Verlauf und es ist wichtig zu erkennen, wann es zu kämpfen gilt und wann Erholen und Genießen im Vordergrund stehen, da für die unterschiedlichen Phasen unterschiedliche Fähigkeiten notwendig sind. Für die gelungene Adaptation an die Umwelt scheint in jedem Fall beides ausschlaggebend zu sein.“ (FRANKE 2012, S. 183)

Abbildung 15: Ressourcenorientierte Erweiterung des Salutogenese-Modells¹³

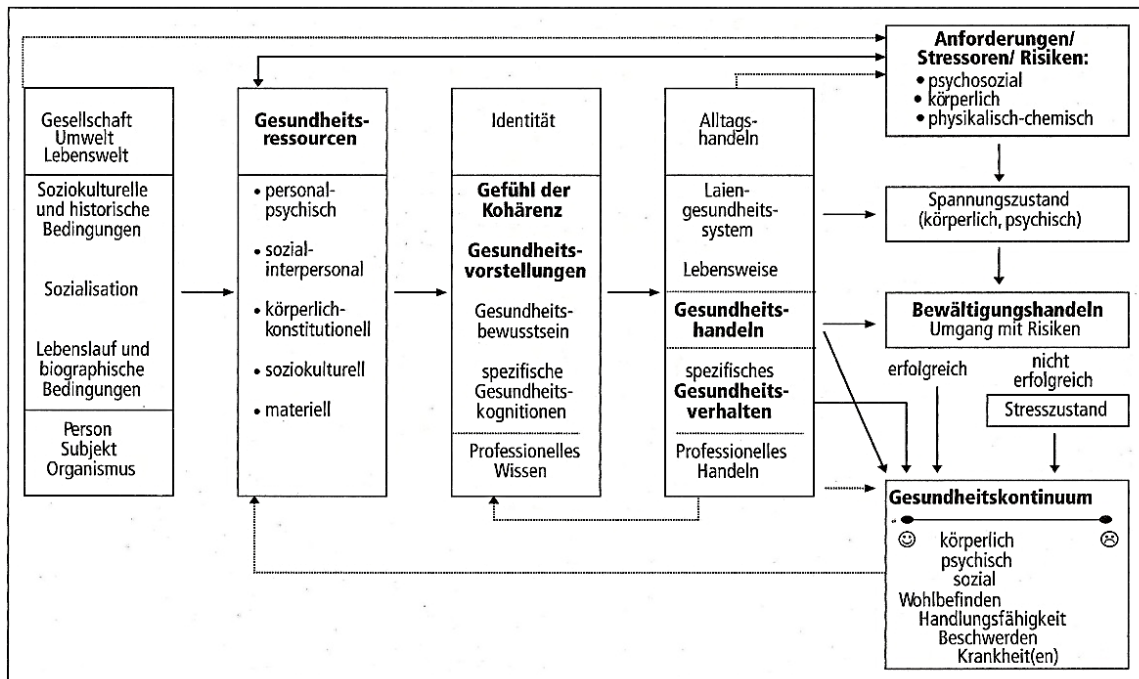


Quelle: FRANKE 2015, o. S.

¹³ Auf der linken Seite des Modells stehen die Annahmen von Antonovsky, die rechte Seite bildet die ressourcenorientierte Erweiterung ab (vgl. FRANKE 2012, S. 181).

Auch FALTERMAIER (2005a, S. 147) hat das Modell der Salutogenese erweitert, zu einem „integrativen Modell der Salutogenese“. Vor allem die fehlende bzw. geringe Berücksichtigung der subjektiven und sozial-strukturellen Einflüsse auf die Gesundheit von Individuen hat ihn zu dieser Erweiterung veranlasst. FALTERMAIER (2005a, S. 189) geht im Rahmen des integrativen Modells der Salutogenese von der grundlegenden Annahme aus, „dass Gesundheit auch aktiv hergestellt werden kann und dass dabei die Person als handelndes Subjekt und die gesellschaftlichen Bedingungen eine zentrale Rolle spielen“. Faltermaier verwendet im Gegensatz zu Antonovsky nicht den Begriff Gesundheits-Krankheits-Kontinuum, sondern nur den Begriff Gesundheitskontinuum. Die Beziehungen und Wirkweisen zwischen den einzelnen Faktoren des Modells werden im Nachfolgenden beschrieben, im Modell sind sie durch Pfeile markiert (vgl. EBENDA, S. 205; siehe Abbildung 16).

Abbildung 16: Integratives Modell der Salutogenese und der subjektiven/sozialen Konstruktion von Gesundheit



Quelle: FALTERMAIER 2005a, S. 148

Der vertikale Pfad rechts außen zeigt, verschiedene Stressoren können bei einer Person einen Spannungszustand auslösen. Bewältigt die Person diesen erfolgreich, bewegt sie sich in Richtung des positiven Pols von Gesundheit, eine nicht erfolgreiche Bewältigung führt zu einer körperlichen und psychischen Stresssituation, die das Subjekt dem negativen Pol von Gesundheit näher bringt. Bei Personen, vor allem bei bereits geschwächten, können sich dann Krankheiten entwickeln. (vgl. FALTERMAIER 2005a, S. 153-154)

Die Spalte links außen verdeutlicht zum einen, Anforderungen können in externe und interne Stressoren eingeteilt werden. Sie können „aus der sozialen und ökologischen Umwelt, der

Gesellschaft, Kultur und Lebenswelt von Menschen entstehen wie aus der Person oder dem Organismus kommen“ (EBENDA, S. 155). Zum anderen stellt die Spalte dar, dass der Aufbau von Gesundheitsressourcen durch den gesellschaftlichen Bereich, die materiellen Lebensbedingungen, den Sozialisationsprozess sowie durch den Lebenslauf und die biographischen Erfahrungen einer Person beeinflusst wird (vgl. EBENDA, S. 163).

FALTERMAIER (2005a, S. 157) schlägt ebenfalls eine Erweiterung des Ressourcenbegriffs vor: Ressourcen stehen nicht nur zur Bewältigung von Spannungszuständen zur Verfügung, sondern sie können als Voraussetzungen von gesundheitsbezogenen Aktivitäten betrachtet werden. Gesundheitsressourcen wären somit „dauerhaft verfügbare Kräfte oder Merkmale einer Person, sozialen Gruppe oder Umwelt, die eine positive Einflussnahme auf das Gesundheitskontinuum ermöglichen oder erleichtern können“ (EBENDA). Gesundheitliche Ressourcen besitzen keinen direkten Einfluss auf das Gesundheitskontinuum, daher wird zwischen dem Potential an Ressourcen und deren Mobilisierung unterschieden. Jedoch kann eine Position nahe dem positiven Pol des Gesundheitskontinuums die Herausbildung von Gesundheitsressourcen positiv beeinflussen. Nach FALTERMAIER (2005a, S. 158-163) lassen sich die Gesundheitsressourcen wie folgt gliedern:

- *Interne Gesundheitsressourcen:* Zu diesen zählen die personal-psychischen („beziehen sich auf die psychischen Merkmale einer Person“: Persönlichkeitsmerkmale und Handlungskompetenz) und die körperlich-konstitutionellen („umfassen Funktionen des Organismus und Kräfte des Körpers, die einen wirksamen Beitrag nicht nur in der Abwehr von Stressoren und Risiken, sondern auch zur positiven Förderung von Gesundheit leisten“: Immunkompetenz, Stabilität des vegetativen und kardiovaskulären Systems, körperliche Fitness und Körpergefühl) Ressourcen.
- *Externe Gesundheitsressourcen:* Dazu zählen die sozial-interpersonalen („beziehen sich auf die soziale Umwelt, die Lebenswelt und die sozialen Beziehungen einer Person“: soziale Unterstützungsressourcen und soziale Netzwerke), die sozio-kulturellen („sind in der gesellschaftlichen und kulturellen Umwelt verankert“: kulturelle Stabilität und religiöse oder philosophische Überzeugungen) und die materiellen (werden oft übersehen und unterschätzt: Verfügung über/Zugang zu Geld, Vermögen, Güter und Dienstleistungen) Ressourcen.

Die zentrale Bedeutung des Kohärenzgefühls (in der Spalte Identität) für den Umgang mit Stressoren wurde bereits oben beschrieben. Indirekt scheint ein starkes SOC aber auch das Gesundheitsverhalten positiv zu beeinflussen (vgl. EBENDA, S. 168). Die Einflüsse der subjektiven Gesundheitsvorstellungen auf das Gesundheitshandeln werden in Kapitel 3.4.1.3 ausführlich diskutiert.

Die Spalte Alltagshandeln betont die Beeinflussung der (individuellen) Gesundheit durch das Subjekt und durch die Gesellschaft(ssysteme). Zum Beispiel ergreifen Einzelpersonen oder soziale Gruppen Aktivitäten, um ihre Gesundheit zu erhalten oder zu fördern. Auch der Umgang mit Gesundheit und Krankheit ist gesellschaftlich und kulturell bestimmt. Neben dem professionellen Gesundheitssystem existiert ein sogenanntes Laiengesundheitssystem, in dem „Laien“ gesunderhaltende Aktivitäten umsetzen. (vgl. EBENDA, S. 189)

Bereits Mitte der 1990er Jahre hält FALTERMAIER (1994, S. 159) fest:

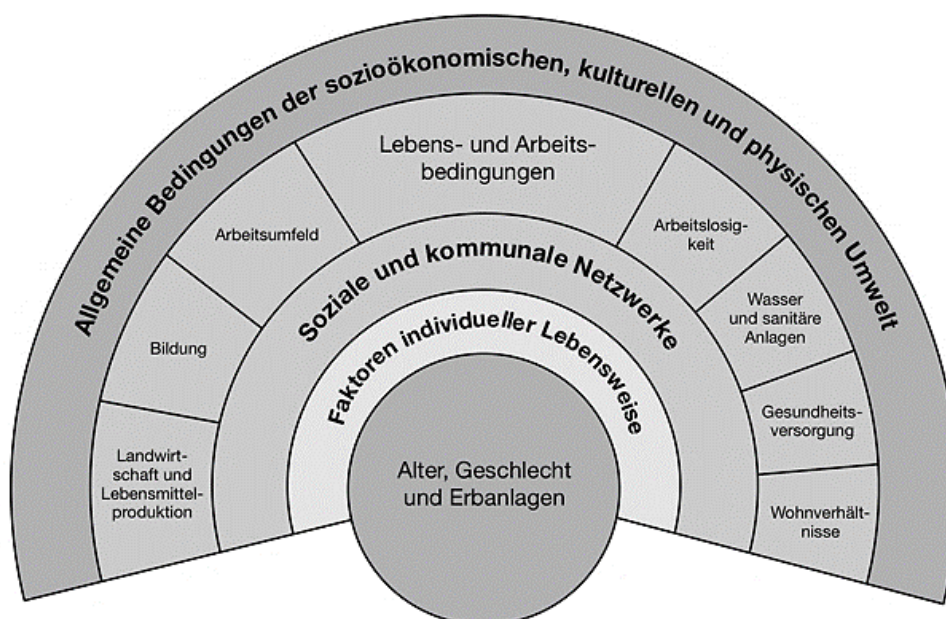
„Über das Gesundheitshandeln ist eine direkte Einwirkung auf das Gesundheitskontinuum möglich. Gesundheit ist also nicht nur über das Bewältigungshandeln zu beeinflussen, [...] sondern auch [...] durch eine gezielte Aktivität des Individuums.“

Durch die Erweiterung bildet das prozessorientierte, integrative Modell der Salutogenese nun „die Grundlage für eine ausführliche Darstellung der psychischen und sozialen Bedingungen von Gesundheit“ (FALTERMAIER 2005a, S. 205).

3.2.3 Das Modell der Determinanten der Gesundheit

Anfang der 1990er Jahre entwickelten Dahlgren & Whitehead das Modell der „Determinanten der Gesundheit“. Die Einflussfaktoren, die die Gesundheit sowohl positiv als auch negativ beeinflussen können, werden in fünf Gruppen eingeteilt, die sich wechselseitig beeinflussen. Das „Zwiebelschalenprinzip“ verdeutlicht, die äußeren Ebenen beeinflussen die Gesundheit sowohl direkt als auch indirekt über die innenliegenden Ebenen. (vgl. KLEMPERER 2012, S. 120; RICHTER ET AL. 2015, o. S.; siehe Abbildung 17)

Abbildung 17: Determinanten der Gesundheit nach Dahlgren & Whitehead



Quelle: RICHTER ET AL. 2015, o. S.

Den Kern des Modells bildet das Individuum. Während die individuellen Aspekte wie Alter, Geschlecht und genetische Merkmale feste, nicht beeinflussbare Gesundheitsdeterminanten sind, lassen sich die anderen Determinanten der Gesundheit durch Strategien der Prävention und Gesundheitsförderung so umgestalten, dass sie die Gesundheit positiv beeinflussen (vgl. RICHTER ET AL. 2015, o. S.). Dabei gilt jedoch: „je weiter außen die Faktoren liegen, desto geringer sind die direkten Einflussmöglichkeiten des Individuums“ (KLEMPERER 2012, S. 120). Die zweite Ebene des Modells bilden die Faktoren einer individuellen Lebensweise, zu denen vor allem gesundheitsförderliche und -schädigende Verhaltensweisen (Bewegung, Ernährung, Tabak- und Alkoholkonsum, Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen, Gewalt etc.) zählen. Die sozialen und kommunalen Netzwerke (u. a. Familie und Vereine) stellen für das Individuum bedeutende Gesundheitsressourcen dar. Sie beeinflussen die Gesundheit sowohl direkt als auch indirekt über das Gesundheitsverhalten. Die Lebens- und Arbeitsbedingungen, dazu zählen zum Beispiel Arbeitsplatz, Bildung, Wohnverhältnisse oder das Gesundheitssystem, bilden die vierte Ebene. Auch sie beeinflussen die Gesundheit einer Person indirekt und direkt. Die allgemeinen Bedingungen der sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umwelt (z. B. wirtschaftliche Entwicklung, Gesetze, Frieden) stellen die komplexesten Determinanten der Gesundheit dar. Als Makrofaktoren werden sie als die „Ursachen der Ursachen“ von Gesundheit betrachtet. (vgl. RICHTER ET AL. 2015, o. S.)

Folgendes Beispiel soll das Modell der Gesundheitsdeterminanten näher erläutern: Das Ernährungsverhalten einer Person wird durch äußere Faktoren wie zum Beispiel „räumliche Möglichkeiten des Erwerbs von Lebensmitteln, kulturelle Vorlieben für Nahrungsmittel, finanzielle und zeitliche Ressourcen oder das Wissen, sich gesund zu ernähren“ (EBENDA) beeinflusst. Wird eine ungesunde Ernährung nun nur als individuell beeinflusst betrachtet, besteht die Gefahr, Personen für ihre Ernährungsgewohnheiten zu beschuldigen („blaming the victim“), obwohl strukturelle Faktoren wie Arbeits- und Lebensbedingungen ebenfalls zu diesem Verhalten beitragen. (vgl. EBENDA)

3.3 Subjektive Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen

Wie in Kapitel 3.1 beschrieben, definieren Fachleute Gesundheit mehrheitlich negativ (vgl. auch BENGEL ET AL. 1997, S. 23). Wie wird Gesundheit aber von „Laien“¹⁴ definiert? Welche positiven und negativen Einflüsse sehen sie auf (ihre persönliche) Gesundheit? Mit solchen Fragen beschäftigen sich Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler im Rahmen der Erfor-

¹⁴ Der Begriff „Laie“ wird in dieser Arbeit nicht negativ verwendet. Es wird angenommen, dass Laien durch ihre subjektiven Gesundheitsvorstellungen zu Expert/innen ihrer bzw. der Gesundheit werden (vgl. FALTERMAIER ET AL. 2000a, S. 133; FLICK 1998, S. 14).

schung subjektiver Gesundheitskonzepte und -theorien. (vgl. u. a. BLÄTTNER ET AL. 2011, S. 65; FALTERMAIER 2005a, S. 191-192; FLICK ET AL. 2004, S. 31)

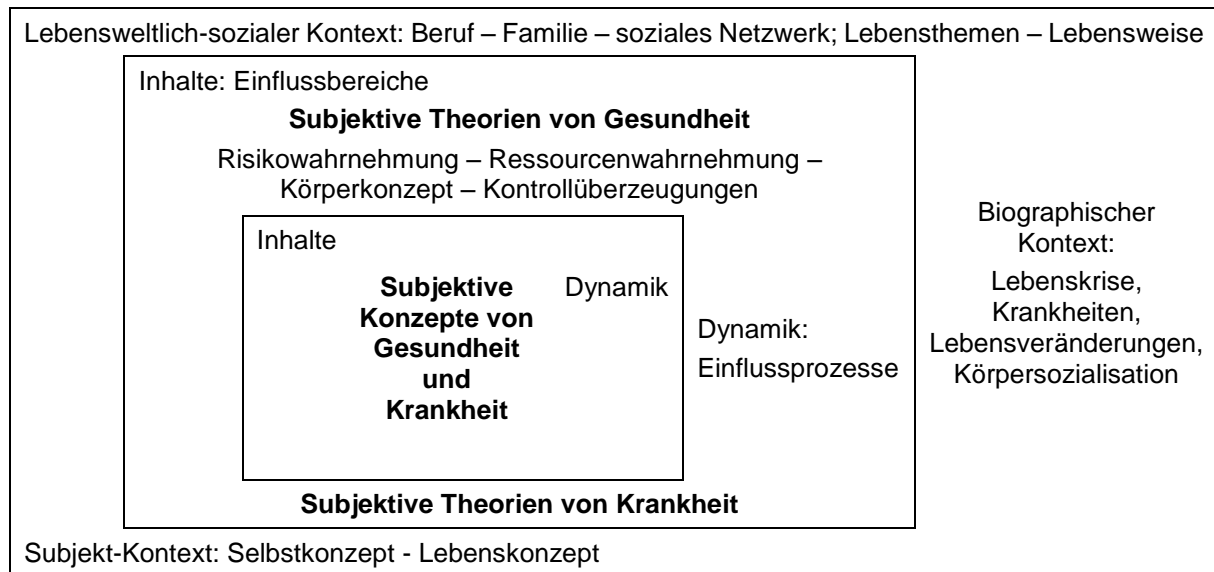
Laut BENGEL ET AL. (1997, S. 25-26) begannen Anfang der 1920er Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aus der Ethnologie, vor allem aus der Medical Anthropology/Ethnomedizin, zu subjektiven Gesundheitskonzepten und -theorien zu forschen. Aktuell beschäftigen sich Forschende verschiedener Disziplinen (z. B. Soziologie, Psychologie und Geographie) mit subjektiven Gesundheitsvorstellungen (vgl. BENGEL ET AL. 1997, S. 26-34; KISTEMANN ET AL. 2010, S. 7).

Unter dem Begriff subjektive Gesundheitsvorstellungen werden subjektive Gesundheitskonzepte und -theorien zusammengefasst (vgl. FALTERMAIER ET AL. 1998, S. 37; BENGEL ET AL. 1997, S. 24). Unter subjektiven Gesundheitskonzepten werden „Vorstellungen und Begriffe, mit denen Menschen (ihre eigene) Gesundheit beschreiben und bestimmen“ (FALTERMAIER 2005a, S. 191) verstanden. Die subjektiven Gesundheitstheorien stellen die individuellen Vorstellungen über positive und negative Einflüsse auf die (eigene) Gesundheit und die Zusammenhänge der Einflüsse dar (vgl. EBENDA, S. 192). Werden nur die individuellen Vorstellungen über positive und negative Einflussfaktoren auf die (eigene) Gesundheit betrachtet, spricht FALTERMAIER (1998, S. 82) von einer „Minimalform einer subjektiven Theorie“.

Ziel des Analysierens subjektiver Gesundheitsvorstellungen ist, die in der Bevölkerung vorhandenen Vorstellungen über Gesundheit, Gesunderhaltung und gesunde Lebensführung zu erfassen (vgl. BLÄTTNER ET AL. 2011, S. 66). Dabei ist es wichtig nach Merkmalen wie zum Beispiel Gesundheitszustand, ethnische Herkunft, Alter, Geschlecht, soziale Zugehörigkeit oder Beruf zu unterscheiden, da diese Merkmale die subjektiven Gesundheitsvorstellungen beeinflussen (vgl. u. a. BLÄTTNER ET AL. 2011, S. 66; FALTERMAIER 2005a, S. 197; FLICK 1998, S. 8; NAIDOO ET AL. 2010, S. 5 u. S. 17). Nach FALTERMAIER ET AL. (2000b, S. 152-153; vgl. auch FALTERMAIER 2005a, S. 199; siehe Abbildung 18) sollten bei der Analyse von subjektiven Gesundheitsvorstellungen zudem der lebensweltlich-soziale und der biographische Kontext sowie der Subjekt-Kontext Berücksichtigung finden, da die subjektiven Gesundheitsvorstellungen fast immer mit anderen Lebens- und Selbstvorstellungen abgestimmt werden.

Berufliche Erfahrungen, familiäre Beziehungen, soziale Kontakte oder die Lebensweise einer Person zählen zum lebensweltlich-sozialen Kontext und können die subjektiven Gesundheitsvorstellungen beeinflussen. Im Rahmen des biographischen Kontextes können Lebensveränderungen, und dazu zählt auch eine Migration, die subjektiven Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit bestimmen. Des Weiteren beeinflusst das Selbst- und Lebenskonzept einer Person die subjektiven Gesundheitskonzepte und -theorien. (vgl. FALTERMAIER ET AL. 2000b, S. 152-153; FALTERMAIER 2005a, S. 199; siehe auch Abbildung 18)

Abbildung 18: Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit im Kontext



Quelle: FALTERMAIER 2005a, S. 192

3.3.1 Subjektive Gesundheitskonzepte und -theorien

Die wohl bekannteste und meist zitierte Studie zu subjektiven Gesundheitsvorstellungen stammt von der französischen Soziologin Claudine Herzlich (vgl. u. a. BECKER 1992, S. 97; BENGEL ET AL. 1997, S. 27; BLÄTTNER ET AL. 2011, S. 62; FALTERMAIER 1994, S. 102; FLICK 1998, S. 22). Sie untersuchte die sozialen Repräsentationen¹⁵ von Gesundheit und Krankheit. HERZLICH¹⁶ (1973, S. 13-16) unternahm den Versuch verschiedene Lebensstile zu untersuchen, die eventuell wichtig im Hinblick auf Gesundheits- und Krankheitsfragen sind. Dabei spielte der individuelle Gesundheitszustand bei der Auswahl der Personen keine Rolle. Bei der qualitativen Auswertung der Leitfadeninterviews zeigte sich eine Vielfalt an subjektiven Gesundheitskonzepten, die HERZLICH (1973, S. 61-63; vgl. auch FALTERMAIER 1994, S. 104-106) in drei Dimensionen einteilte (siehe Tabelle 11):

¹⁵ Im Gegensatz zu subjektiven Theorien, die das individuelle Wissen als Untersuchungsobjekt in den Mittelpunkt stellen, geht es bei sozialen Repräsentationen/Vorstellungen um das thematische Wissen, das in einer Gesellschaft vorhanden ist und von deren Mitgliedern geteilt wird (vgl. u. a. FALTERMAIER 2005a, S. 192; FLICK 1998, S. 20-21).

¹⁶ HERZLICH (1973, S. 13-16) interviewte 80 Personen, die mehrheitlich in Paris wohnten und von denen die Hälfte Freiberufler/innen mit einer Hochschulbildung waren. Die andere Hälfte bildeten Personen aus der Mittelschicht mit Grund- bzw. höherer Schulbildung. Das Sample setzte sich etwa zur Hälfte aus Frauen und Männern zusammen, die gleichmäßig auf die Altersgruppen 25-40-Jährige sowie über 40-Jährige verteilt waren. 12 Personen, die aus der Mittelschichtgruppe interviewt wurden, lebten in einem kleinen Dorf in der Normandie (vgl. EBENDA).

- 1) *Gesundheit als Vakuum („health-in-a-vacuum“)* bedeutet, Personen definieren Gesundheit negativ, als Abwesenheit von Krankheit. Menschen nehmen Gesundheit nicht bzw. erst dann wahr, wenn sie durch das Auftreten von Krankheit zerstört wird.
- 2) *Reservoir an Gesundheit („reserve of health“)*: Während bei der Dimension Gesundheit als Vakuum eine Person in gutem Gesundheitszustand „ist“, „hat“ eine andere Person einen guten Gesundheitszustand aufgrund ihres Reservoirs an Gesundheit. Dieses „Kapital“ hat zwei Aspekte: zum einen körperliche Robustheit und Stärke und zum anderen Widerstandskraft gegenüber umweltbedingten Einflüssen, Erschöpfung und Krankheit. Während die Dimension Gesundheit als Vakuum keinen Bezug zur Person besitzt, ist die Dimension Reservoir an Gesundheit dadurch gekennzeichnet, dass Subjekte das Kapital als organisch-biologisches Merkmal einer Person auffassen. Dieses „Gesundheitskapital“ kann sich im Laufe des Lebens und in Abhängigkeit von der Lebensweise verändern, es kann ab- aber auch zunehmen.
- 3) *Gesundheit als Gleichgewicht („equilibrium“)* beschreibt Gesundheit als unabhängige und unmittelbar persönliche Erfahrung. Diese Dimension wird als die „wahre“ Gesundheit bezeichnet. Die Erlangung des Gleichgewichts ist die kostbarste Form von Gesundheit, die entweder existiert oder nicht existiert. Während Gesundheit als Vakuum eine Tatsache darstellt, stellen Reservoir an Gesundheit und Gesundheit als Gleichgewicht Werte dar. Gesundheit als Gleichgewicht ist darüber hinaus ein Zustand, den Personen erreichen bzw. beibehalten möchten, allerdings tritt dieser selten ein. Innerhalb dieses Zustandes fühlen sich Personen körperlich und psychisch wohl, sie leben im Einklang mit sich selbst und ihrer (sozialen und physischen) Umwelt.

Tabelle 11: Subjektive Gesundheitsvorstellungen – Drei Dimensionen nach Herzlich

	Gesundheit als Vakuum	Reservoir an Gesundheit	Gesundheit als Gleichgewicht
Inhalt	Sein - ein positiv bestimmter Inhalt fehlt	Haben - Robustheit und Stärke - Widerstandspotential gegenüber äußeren Einflüssen	Tun - körperliches Wohlbefinden - gute Stimmung - Aktivität - gute Beziehung zu anderen
Beziehung zur Person	- unpersönliche Tatsache - alles oder nichts	- persönliches Merkmal - messbar, stabil, veränderbar - sekundär bewusst	- persönliche Norm - alles oder nichts - unmittelbar bewusst
Beziehung zu anderen Formen		Grundlage von Gesundheit als Gleichgewicht	basiert auf Reservoir an Gesundheit
Beziehung zur Krankheit	wird durch Krankheit zerstört	Widerstand gegen Krankheit	Störungen werden assimiliert

Quelle: FALTERMAIER 1994, S. 105, eigene Erstellung

Mehrere Studien (eine Übersicht findet sich u. a. bei FALTERMAIER (1994, S. 99-126)), durchgeführt in europäischen Ländern mit verschiedenen methodischen Ansätzen, verfestigten diese ersten Ergebnisse zu den subjektiven Gesundheitskonzepten (vgl. BECKER 1992, S. 97; FALTERMAIER 2005a, S. 193; FLICK ET AL. 2004, S. 38). Insbesondere hinsichtlich einer Aussage gleichen sich die Ergebnisse: „Gesundheit ist im Vergleich zu Krankheit ein abstrakter Begriff“ (FRANK ET AL. 1998, S. 59), den „Laien“ in den seltensten Fällen negativ als Abwesenheit von Krankheit definieren, vielmehr überwiegen die positiven Gesundheitsdefinitionen (vgl. FRANKE 2012, S. 245).

FALTERMAIER ET AL. (1998, S. 39) fassen auf der Grundlage einer Literaturrecherche und eigenen empirischen Erhebungen vier zentrale Dimensionen von subjektiven Gesundheitskonzepten zusammen, die mit den Ergebnissen von Herzlich größtenteils übereinstimmen: Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit, als Leistungsfähigkeit (v. a. im Hinblick auf Arbeitsfähigkeit), als körperliche Stärke und Reservoir an Energie sowie als psychisches Wohlbefinden und Gleichgewicht. FLICK ET AL. (2004, S. 41) kommen zu einem ähnlichen Ergebnis: Gesundheit als Störungs- und Belastungsfreiheit, als Funktionalität, als Voraussetzung für Flexibilität und Anpassung, als Energie- und Widerstandsreservoir zur Bewältigung von Belastungen sowie als Wohlbefinden und (seelisches) Gleichgewicht.

Unterschiede bei den subjektiven Gesundheitskonzepten, die im Zusammenhang mit soziodemographischen Merkmalen wie zum Beispiel Alter, Geschlecht, kulturelle Herkunft oder soziale Schicht stehen (vgl. BLÄTTNER ET AL. 2011, S. 71), lassen sich feststellen, allerdings nicht durchgehend (vgl. FALTERMAIER 2005a, S. 194). Frauen beziehen beispielsweise in ihre Gesundheitskonzepte eher die psychische Dimension ein, während Männer Leistungsfähigkeit betonen (vgl. FRANKE 2012, S. 245). Beachtet werden sollte, diese Unterschiede entstehen nicht alleine durch soziodemographische Merkmale, sondern die Lebensbedingungen und -erfahrungen sowie die Sozialisationsprozesse von Personen können ebenfalls eine Rolle dabei spielen (vgl. BLÄTTNER ET AL. 2011, S. 71; FALTERMAIER ET AL. 1998, S. 41).

Eine Negativdefinition impliziert die Betrachtung von Gesundheit als Ist- bzw. Soll-Zustand. Forschende betrachten Gesundheit aber immer häufiger als prozessual und dynamisch (vgl. FRANK ET AL. 1998, S. 58). FALTERMAIER ET AL. (1998, S. 83) stellten in ihrer Studie¹⁷ fest, dass

¹⁷ Es handelt sich um eine qualitative Interviewstudie mit 61 berufstätigen Erwachsenen aus zwei kontrastierenden Berufsgruppen: Handwerksberufe und Büroberufe aus der Kommunalverwaltung. Die Gruppen bestanden zur Hälfte aus Frauen und Männern. Alle Befragten besaßen ein mittleres Ausbildungsniveau und waren abhängig beschäftigt. Die Personen waren überwiegend zwischen 25 und 50 Jahren alt. Es wurden nur Personen befragt, die sich selbst als gesund bezeichneten. (vgl. FALTERMAIER ET AL. 1998, S. 51-53 und S. 56-57)

die befragten Personen Gesundheit nicht als statischen Zustand, sondern als dynamischen Prozess beschrieben. Sie nutzen ein Energie-Modell, um vier Typen von dynamischen Gesundheitskonzepten zu beschreiben (vgl. EBENDA, S. 83-87):

1) *Zustandsveränderung „On-off“: Das Schalter-Modell von Gesundheit*

Der dynamische Aspekt des Modells besteht darin, dass eine Person entweder gesund oder krank ist. Gesundheit wird im Rahmen des Modells negativ bestimmt. Des Weiteren nehmen Personen Gesundheit nicht wahr, sondern nur Beschwerden und Krankheiten. Gesundheit und Krankheit gelten in diesem Modell als dichotom. Das Schalter-Modell entspricht der Dimension Gesundheit als Vakuum bei Herzlich. Personen mit diesem Gesundheitskonzept glauben, (ihre) Gesundheit kaum beeinflussen zu können. Sie besitzen oft niedrige personale Kontrollüberzeugungen. Treten Krankheiten auf, sind die Personen auf professionelle Hilfe des medizinischen Bereichs angewiesen, um sich zu erholen. Präventionsmaßnahmen beschränken sich meist auf das Reduzieren von Risikofaktoren und die frühzeitige Erkennung von Krankheiten durch Vorsorgeuntersuchungen.

2) *Reduktion eines begrenzten Reservoirs: Das Batterie-Modell von Gesundheit*

Gesundheit wird als Reservoir beschrieben, das im Laufe des Lebens aufgebraucht wird. Der dynamische Aspekt des Modells wird durch die Abnahme von Gesundheit, welche lebenszeitlichen Schwankungen unterliegt, gekennzeichnet. Gesundheit wird in diesem Modell positiv bestimmt, wobei verschiedene Schwerpunkte gesetzt werden können. Personen fassen Gesundheit und Krankheit nicht als dichotom auf, sondern es besteht die Annahme, eines fließenden Übergangs zwischen den Zuständen. Um die persönliche Gesundheit zu schützen, versuchen Personen mit diesem Gesundheitskonzept Belastungen und Risiken, die das Reservoir an Gesundheit reduzieren, zu vermeiden. Das Batterie-Modell entspricht der Dimension Reservoir an Gesundheit bei Herzlich.

3) *Regeneration eines Potentials: Das Akkumulator-Modell von Gesundheit*

Gesundheit wird als Akku beschrieben, der im Laufe des Lebens aufgebraucht wird, aber auch wieder aufgeladen werden kann. Der dynamische Aspekt des Modells ist durch die Abnahme und den Aufbau von Gesundheit gekennzeichnet. Personen, die dieses Gesundheitskonzept besitzen, beziehen meist alle Ebenen von Gesundheit (physische, psychische und soziale) in ihre Gesundheitsvorstellungen mit ein. Sie sehen Gesundheit als Prozess an, der durch vielfältige Faktoren beeinflusst werden kann. Personen unternehmen nicht nur Aktivitäten, die die Gesundheit schützen, sondern auch solche, die die Gesundheit wiederherstellen.

4) *Expansion eines Potentials: Das Generator-Modell von Gesundheit*

Bei diesem Konzept steht die Vergrößerung des Gesundheitspotentials durch bestimmte Einflussgrößen und Aktivitäten im Mittelpunkt. Auch riskante Verhaltensweisen können dabei als Vergrößerung des Gesundheitspotentials verstanden werden, wenn dadurch das psychische Wohlbefinden oder das Selbstvertrauen gesteigert werden. Personen mit diesem Gesundheitskonzept beziehen meist alle Ebenen von Gesundheit in ihre Gesundheitsvorstellungen mit ein. Gefahr droht, wenn Subjekte die personale Kontrollierbarkeit von Gesundheit überschätzen und gesundheitliche Gefahren nicht erkennen.

Insgesamt liegt im Hinblick auf die subjektiven Gesundheitskonzepte nach FALTERMAIER (2010, o. S.; Hervorhebung im Original) eine „solide Erkenntnisbasis“ vor:

- „Gesundheit wird von Laien sowohl positiv als auch negativ bestimmt; repräsentative Studien zeigen, dass *positive Definitionen* der eigenen Gesundheit deutlich häufiger vorkommen als negative, die am meisten verbreitete Kategorie scheint psychisches Wohlbefinden zu sein.
- Gesundheit wird von Laien auf einer körperlichen, psychischen und sozialen Ebene beschrieben, vielfach sogar auf mehreren Ebenen gleichzeitig.
- Positive Bestimmungen von Gesundheit umfassen zum einen das eigene *Befinden*, das als psychisches Wohlbefinden (innere Ausgeglichenheit und Ruhe, Lebensfreude und Zufriedenheit) oder körperliches Wohlbefinden, als innere Kraft und Stärke sowie als umfassendes seelisches Gleichgewicht oder soziale Harmonie beschrieben wird. Zum anderen wird Gesundheit als *Aktionspotenzial* verstanden, das sich als Reservoir an Energie (körperlich, geistig, auch als Widerstandskraft gegenüber schädlichen Einflüssen), als (körperliche oder geistige) Leistungsfähigkeit oder als grundlegende Handlungsfähigkeit (z. B. am Morgen gut aufstehen zu können) ausdrücken kann.
- *Negative Bestimmungen* von Gesundheit beziehen sich zum einen auf die Abwesenheit einer Krankheit („Schweigen der Organe“), zum anderen auf ein geringes Maß an (körperlichen oder psychischen) Beschwerden, Schmerzen oder Problemen.
- Die Frage, ob sich Alltagskonzepte nach der *sozialen Schicht* und nach dem *Geschlecht* unterscheiden, lässt sich nicht eindeutig beantworten, weil dazu zu wenige repräsentative Untersuchungen vorliegen. Tendenziell scheinen aber Frauen differenziertere Gesundheitskonzepte zu vertreten, die mehr die psychische Dimension betonen, während Männer stärker die Leistungsfähigkeit hervorheben. In den mittleren und höheren sozialen Schichten werden eher positive Definitionen von Gesundheit gegeben, während in unteren Statusgruppen mehr negative und instrumentelle Bestimmungen erfolgen.
- *Kranke Menschen* [...] scheinen ähnliche Konzepte von Gesundheit zu haben wie gesunde, auch bei ihnen dominiert das psychische Wohlbefinden als Kategorie.“ (EBENDA)

Aufbauend auf subjektiven Gesundheitskonzepten entwickeln „Laien“ subjektive Gesundheitstheorien, in denen sie negative und positive Einflüsse auf die (persönliche) Gesundheit beschreiben (vgl. FALTERMAIER 2005a, S. 195). Die subjektiven Gesundheitstheorien wurden

bisher seltener erforscht als die subjektiven Gesundheitskonzepte (vgl. EBENDA). Von zentraler Bedeutung für diese Arbeit ist, dass subjektive Theorien das Handeln von Individuen beeinflussen (vgl. FLICK 1998, S. 13; WEICHHART 2008, S. 277). So bilden Personen „Wissen und Erklärungsmuster über bestimmte Zusammenhänge aus [...], die dann in ihr Handeln einfließen“ (FLICK 1998, S. 13). Dabei müssen die subjektiven Theorien nicht der Form oder den Inhalten von wissenschaftlichen Theorien entsprechen (vgl. WEICHHART 2008, S. 277).

Bisherige Studien zeigen, Personen betrachten vor allem psychosoziale Faktoren (z. B. psychische Ausgeglichenheit, positive soziale Beziehungen), die eigene Lebensweise (z. B. gute Ernährung, körperliche Bewegung), berufliche und familiäre Belastungen sowie Zeiten der Entspannung und Ruhe als Einflüsse auf die Gesundheit (vgl. FALTERMAIER ET AL. 1998, S. 41). FALTERMAIER ET AL. (1998, S. 99-106) unterscheiden vier grundlegende Typen von subjektiven Gesundheitstheorien (vgl. auch FALTERMAIER 2005a, S. 195-197):

- 1) *Risikothorien* vertreten die Annahme, externe Risiken, Belastungen und Schadstoffe (z. B. Schadstoffe in der Nahrung/Luft, physische und psychische Belastungen bei der Arbeit) gefährden die Gesundheit. Da es sich um externe, negative Einflüsse handelt, schätzen Personen eine personale Kontrolle als gering ein. Ferner existieren Vorstellungen, Gesundheit werde durch das eigene Verhalten und die Lebensweise (z. B. Bewegungsmangel, Alkohol- und Tabakkonsum, Ärger und Stress) negativ beeinflusst. Hierbei handelt es sich um Einflüsse, die der personalen Kontrolle (theoretisch) unterliegen. Die Erhaltung der Gesundheit erfolgt im Rahmen dieser subjektiven Theorien durch das Vermindern bzw. Vermeiden der negativen Einflüsse auf die Gesundheit. Die Risikothorien stehen dem Batterie-Modell von Gesundheit nahe: Gesundheit wird als Reservoir verstanden, das nur ab- aber nicht aufgebaut werden kann.
- 2) Den *Ressourcentheorien* liegt die Annahme zugrunde, dass externe und interne Ressourcen die Gesundheit beeinflussen. Zu diesen zählen: die eigene Disposition (z. B. starke Persönlichkeit, körperliche Robustheit), die Lebensweise (z. B. guter Umgang mit Belastungen, befriedigende und erfolgreiche Arbeit) und die soziale Umwelt (z. B. gute, unterstützende Beziehungen). Durch die Verfügbarkeit solcher Ressourcen wird Gesundheit erhalten, die Schwächung der Ressourcen gefährdet die Gesundheit. Ressourcentheorien stehen in enger Verbindung zum Generator-Modell von Gesundheit, da die Ressourcen zur Vergrößerung des Gesundheitspotentials beitragen können.
- 3) Im Rahmen der *Ausgleichs- und Balancetheorien* wird angenommen, dass es gesundheitsgefährdende Einflüsse gibt, die jedoch durch positive Maßnahmen ausgeglichen bzw. kompensiert werden können. Zum Beispiel dient ein Aufenthalt in der Natur einer Person, die ungünstigen Umweltverhältnissen ausgesetzt ist als Gefahrenkompensation

und einer Arbeitsplatzbelastung kann beispielsweise mit Entspannung und Ruhe in der freien Zeit entgegengewirkt werden. Eine noch weitreichendere Theorie besagt, es sei möglich, Gesundheit durch die Ausgewogenheit von physischen, psychischen und sozialen Kräften herzustellen. Die Annahme, jeder Mensch besitze ein Gleichgewicht zwischen diesen Kräften, das erkannt werden muss, liegt dieser Theorie zugrunde. Dieses Gleichgewicht unterliegt internen und externen Anforderungen, die es stören und gefährden können. Daher muss das Gleichgewicht immer wieder erneuert werden. Bei dieser Gesundheitstheorie unterliegen die Einflüsse einer personalen Kontrolle, die auf allen Ebenen möglich ist. Die Ausgleichs- und Balancetheorien stehen dem Akkumulator-Modell von Gesundheit nahe: Gesundheit wird als Akku verstanden, der durch Einflüsse aufgebraucht, aber auch wieder aufgeladen werden kann.

- 4) *Schicksalstheorien* vertreten die Annahme, Gesundheit gehe durch das schicksalshafte und altersbedingte Eintreten von Krankheit verloren. Eine personale Kontrolle wird hier kaum gesehen. Schicksalstheorien stehen in enger Verbindung zum Schalter-Modell von Gesundheit: Entweder eine Person ist gesund oder sie ist krank.

Obwohl die subjektiven Gesundheitstheorien noch nicht umfangreich untersucht wurden, betont FALTERMAIER (1998, S. 83) „Laien“ seien

„sehr wohl in der Lage [...], komplexe und differenzierte Theorien von Gesundheit zu entwickeln, die oft durchaus vergleichbar mit wissenschaftlichen Theorien sind, aber natürlich nicht immer systematisch und widerspruchsfrei formuliert sind. Sie zeichnen sich dagegen dadurch aus, daß sie eine ganz persönliche Färbung aufweisen und in der Regel stark in persönlichen Erfahrungen begründet sind, was ihre Relevanz für das Gesundheitshandeln im Alltag betont.“ (EBENDA)

In Kapitel 3.4.1.3 werden die Zusammenhänge zwischen den subjektiven Gesundheitsvorstellungen und dem Gesundheitshandeln näher beschrieben.

Die Bedeutung subjektiver Gesundheitsvorstellungen

Die wissenschaftliche Beschäftigung mit subjektiven Gesundheitskonzepten und -theorien ist im Hinblick auf mehrere Aspekte von Bedeutung: Gesundheitsförderung, Prävention und Kuration; Gesundheitshandeln; Wissenschaft sowie Kundenorientierung.

Die subjektiven Gesundheitsvorstellungen prägen und bestimmen das individuelle Gesundheitshandeln und sie helfen dieses aus objektiver Sicht zu verstehen (vgl. FALTERMAIER 2005a, S. 203; FRANKE 2012, S. 244). In Kapitel 3.4.1.3 wird darauf detailliert eingegangen.

Subjektive Gesundheitsvorstellungen beinhalten Auffassungen darüber, wer für die eigene Gesundheit verantwortlich ist und welchen Stellenwert Gesundheit im Leben einer Person besitzt. Daraus lässt sich ableiten, ob Individuen für die Themen Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention zugänglich sind, welche Maßnahmen ihrerseits als sinnvoll gelten und

ob eine Person eventuell schon Maßnahmen umsetzt. (vgl. BECKER 1992, S. 92-93; FALTERMAIER 2005a, S. 203)

Die Beeinflussung des individuellen Gesundheitshandelns durch Fachpersonal, mit dem Ziel gesundheitsförderliche und präventive Maßnahmen umzusetzen, wird dann erfolgreich sein, wenn die subjektiven Gesundheitsvorstellungen bekannt und durch Fachleute erreichbar und beeinflussbar sind. Somit können Angebote für bestimmte Personen bzw. Zielgruppen entwickelt werden. (vgl. u. a. BECKER 1992, S. 93; BENGEL ET AL. 1997, S. 24; FALTERMAIER 2005a, S. 197; FLICK 1998, S. 27; FRANK ET AL. 1998, S. 58 u. S. 69)

Subjektive Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen beeinflussen die Interpretation und Präsentation von Symptomen sowie die Behandlung von Krankheiten bzw. ob diese als behandelbar angesehen werden (vgl. ANTHAMATTEN ET AL. 2011, S. 109; RAZUM ET AL. 2004, S. A2886). Konflikte entstehen zum Beispiel, wenn „Laien“ Behandlungsmethoden anwenden, die von Fachleuten als ineffektiv eingestuft werden (vgl. GATRELL ET AL. 2009, S. 129).

Subjektive Gesundheitsvorstellungen können, da sie oftmals das Wissen und die Erfahrungen von Generationen enthalten, als „Quellen für wissenschaftliche Hypothesen“ (BECKER 1992, S. 93), also zur eigenen wissenschaftlich, fundierten Theoriebildung genutzt werden (vgl. FRANKE 2012, S. 244). Ferner lässt sich durch die Erforschung subjektiver Gesundheitsvorstellungen feststellen, welche wissenschaftlichen Erkenntnisse im Alltag der Menschen verankert sind. Des Weiteren können subjektive Gesundheitsvorstellungen dazu genutzt werden, eine am Gegenstand orientierte Theorie zu entwickeln. (vgl. FLICK 1998, S. 28)

Auch das Thema Kundenzufriedenheit gewinnt in der Gesundheitsbranche immer mehr an Bedeutung (vgl. FLICK 1998, S. 28). Die erfolgreiche und zufriedenstellende Versorgung von Patientinnen und Patienten bzw. von Kundinnen und Kunden mit gesundheitsbezogenen und medizinischen Dienstleistungen setzt das Wissen über subjektive Gesundheitsvorstellungen bei den Leistungserbringern voraus (vgl. EBENDA).

3.3.2 Subjektive Krankheitskonzepte und -theorien

Die Betrachtung subjektiver Gesundheitsvorstellungen sollte immer auch unter Berücksichtigung der subjektiven Krankheitsvorstellungen erfolgen (vgl. BENGEL ET AL. 1997, S. 30). FALTERMAIER (2005a, S. 227) definiert subjektive Krankheitstheorien als „komplexe gedankliche Konstruktionen über das Wesen, die Entstehung, den Verlauf, die Behandlungsmöglichkeiten und die Folgen einer Erkrankung“. Forschende beschäftigten sich mit subjektiven Krankheitstheorien bereits bevor die subjektiven Gesundheitsvorstellungen Gegenstand des wissenschaftlichen Interesses wurden (vgl. FLICK 1998, S. 17). Im Rahmen der Forschungen wurden und werden zum einen die subjektiven Krankheitsvorstellungen von Individuen im

Allgemeinen untersucht und zum anderen (und dies weit öfter) die subjektiven Krankheitsvorstellungen von Erkrankten, die diese von „ihrer“ Krankheit entwickelt haben (vgl. FRANKE 2012, S. 247). Die bisherigen Ergebnisse zu subjektiven Krankheitstheorien belegen, „Laien“ thematisieren im Gegensatz zu Fachleuten weit häufiger psychosoziale Einflussfaktoren und Umweltfaktoren. Des Weiteren weisen die subjektiven Krankheitstheorien eine große Bandbreite auf. Außerdem beeinflussen vor allem die Merkmale Alter, Geschlecht, Bildungsniveau und soziale Schicht die subjektiven Krankheitstheorien. (vgl. EBENDA, S. 248)

Im Gegensatz zu den subjektiven Krankheitstheorien sind subjektive Krankheitskonzepte bisher seltener erforscht worden. Zu den bisherigen Ergebnissen zählen, Krankheit wird auf der körperlichen Ebene vor allem mit Schmerzen und Störungen verbunden; auf der sozialen Ebene wird Krankheit mit sozialer Abhängigkeit (v. a. Frauen) sowie sozialem Abstieg und sozialer Ausgrenzung (v. a. Männer) verknüpft und auf psychischer Ebene werden die eigene Schwäche und Einschränkungen der Handlungsmöglichkeiten mit Krankheit assoziiert. Krankheit wird jedoch auch positiv definiert, zum Beispiel als Warnsignal des Körpers und als Denkanstoß Veränderungen vorzunehmen. (vgl. FRANKE 2012, S. 248-249)

Die Bedeutung subjektiver Krankheitsvorstellungen liegt vor allem darin, dass sie den Umgang von Erkrankten mit „ihrer“ Krankheit und den Behandelnden beeinflussen (vgl. FALTERMAIER 2010, o. S.) und dass sie das Gesundheitshandeln beeinflussen (siehe Kapitel 3.4.1).

3.3.3 Subjektive Gesundheitsvorstellungen von Personen mit Migrationshintergrund

Bisher liegen kaum Studien zu subjektiven Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen von Personen mit Migrationshintergrund vor (vgl. FALTERMAIER 2005b, S. 107; MUTHNY 2005, S. 253; WITTIG 2008, S. 44). Eine Ausnahme stellen Forschungen im Rahmen der Ethnomedizin dar (vgl. FALTERMAIER 2005b, S. 107). Dabei müssten die subjektiven Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen von Personen mit Migrationshintergrund eine stärkere Berücksichtigung finden, um allen Personen eine gleichberechtigte Teilhabe am Gesundheitssystem in Deutschland zu gewähren (vgl. SPALLEK ET AL. 2008, S. 287), denn bisherige Studien zeigen, im Hinblick auf subjektive Gesundheitsvorstellungen existieren kulturelle Unterschiede (vgl. FALTERMAIER 2005b, S. 108; MUTHNY 2005, S. 258). Nach MUTHNY (2005, S. 258) beeinflussen subjektive Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen mehrere Aspekte, „die mit der Wirksamkeit des Gesundheitswesens und seiner Effektivität verbunden werden“ (EBENDA). Zu diesen Aspekten zählen vor allem (vgl. EBENDA):

- das Präventionsverhalten und die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen,
- die generelle Inanspruchnahme des Gesundheitssystems,
- mögliche Fehldiagnosen aufgrund von falsch verstandenen Symptomäußerungen,

- die Prozesse der Krankheitsverarbeitung bei eingetretener Krankheit sowie
- die Therapietreue (compliance) und daraus resultierend der unterschiedliche Therapieerfolg.

Die subjektiven Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen von Personen mit Migrationshintergrund werden sowohl durch die Herkunftskultur als auch durch die Kultur des Ziellandes geprägt. Vor diesem Hintergrund kann das Verhalten und das Handeln von Migrantinnen und Migranten im Aufnahmeland eine ganz eigene Qualität gewinnen. (vgl. SCHENK 2007, S. 93)

3.4 Gesundheitshandeln

Der Begriff Gesundheitshandeln ist im Gegensatz zum Begriff Gesundheitsverhalten¹⁸ relativ jung (vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND 2001, S. 187; FALTERMAIER 1994, S. 174) und wenig benutzt worden (vgl. SONNTAG ET AL. 1998, S. 161). Im Allgemeinen wird unter „Handeln“, in Abgrenzung zu „Verhalten“, eine menschliche Tätigkeit verstanden, die auf ein bestimmtes Ziel gerichtet ist und die bewusst abläuft (vgl. WERLEN 1997, S. 38). Der Soziologe Max Weber, der den Begriff des Handelns einführte, versteht darunter „ein menschliches Verhalten [...], wenn und insofern als der oder die Handelnden mit ihm einen subjektiven Sinn¹⁹ verbinden“ (WEBER 1972, S. 1; Hervorhebung im Original).

Für den Begriff Gesundheitshandeln existiert derzeit keine einheitliche Definition (vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND 2001, S. 187). Eine der ersten Definitionen gab Mitte der 1980er Jahre Paul Ridder:

„Gesundheits*handeln* bedeutet im Verlauf der Biographie ein *sinnhaft* auf den Leib und dessen Befindlichkeit ausgerichtetes Tun, Lassen oder Dulden, um durch eigenes oder fremdes Verhalten das Wohlbefinden zu sichern, zu fördern oder wiederherzustellen.“ (RIDDER 1985, S. 139; Hervorhebung im Original)

¹⁸ Der amerikanische Medizinsoziologe Koos hat den Begriff Gesundheitsverhalten (health behavior) 1954 eingeführt. Er versteht darunter „alle Verhaltensaspekte, die einen Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit aufweisen“ (BLÄTTNER ET AL. 2011, S. 171). Ein Jahrzehnt später verstehen Kasl & Cobb (1966) unter Gesundheitsverhalten „jegliche Aktivität, die von einer sich gesund fühlenden Person unternommen wird, um Krankheiten zu verhüten oder sie in einem beschwerdefreien Stadium zu entdecken“ (KASL ET AL.; zit. nach BLÄTTNER ET AL. 2011, S. 171). Nach einer aktuellen Definition von REUTER ET AL. (2009, S. 34) sind „Gesundheitsverhaltensweisen [...] Handlungen, für die nach dem derzeitigen Stand des Fachwissens erwartet wird, dass sie den Gesundheitszustand aufrechterhalten, ihn verbessern oder einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes entgegenwirken.“

¹⁹ Hiermit ist „nicht etwa irgendein objektiv ‚richtiger‘ oder ein metaphysisch ergründeter ‚wahrer‘ Sinn [gemeint]“ (WEBER 1972, S. 1), sondern der „subjektiv g e m e i n t e Sinn [des oder der Handelnden]“ (EBENDA, S. 1; Hervorhebung im Original).

Anfang der 1990er Jahre greifen KLESSE ET AL. (1992) den Begriff Gesundheitshandeln auf:

Gesundheitsförderung „soll den einzelnen unterstützen, richtige, d. h. gesund erhaltende, Entscheidungen zu treffen, um ihn gesellschaftlich lebensfähig zu erhalten. In diesem Sinne sprechen wir von Gesundheitshandeln.“ (EBENDA, S. 16)

„*Gesundheitshandeln* wird beschreibbar als *soziales Handeln*, eingebettet in die verschiedenen *Lebensweisen* der Frauen. Bewußt wird hier nicht von Gesundheitsverhalten gesprochen, da Verhalten aus der behavioristischen Denktradition heraus in der Gesundheitserziehungsdiskussion mit Risikoverhalten verbunden bleibt. Gesundheitshandeln ist in Abgrenzung dazu ein positiv besetzter Begriff, der die/den Handelnde/n mit umreißt, indem Handeln absichtsvoll, sinnhaft, mit dem Anspruch auf gesundheitsfördernde Lebensbedingungen und mit der Perspektive von Veränderung definiert wird.“ (EBENDA, S. 51; Hervorhebung im Original)

Ute Sonntag und Beate Blättner fassen Ende der 1990er Jahre im Rahmen einer Literaturrecherche den Begriff wie folgt zusammen:

„Der Begriff Gesundheitshandeln meint zweierlei: einerseits dient er als Überbegriff für Aktivitäten und Kompetenzen in Bezug auf Gesundheit, die Subjekte erlernen und sich aneignen können; andererseits wird er im engeren Sinn in Abgrenzung zum Begriff des Gesundheitsverhaltens benutzt und meint hier absichtsvolle Aktivitäten zur Verbesserung der eigenen Lebensbedingungen. Immer aber meint er das, was Menschen selbst tun, um sich für ihre gesundheitlichen Belange zu engagieren. [...] Gesundheitshandeln in unserem Verständnis beinhaltet damit Handeln für die eigene Gesundheit auch im Sinne einer Veränderung von Verhältnissen – durch die Betroffenen selbst. Für Gesundheitshandeln ist es unwichtig, ob die dahinter stehenden Motive primär gesundheitsorientiert sind oder nicht. Gesundheitshandeln versteht das Handeln im kulturellen Kontext mit den ihm eigenen Deutungsmustern. Wichtig ist, ob das Handeln eine Verbesserung der Gesundheit im umfassenden Sinne bietet.“ (SONNTAG ET AL. 1998, S. 161-162)

In einer späteren Arbeit beschreiben Beate Blättner und Heiko Waller, in Abgrenzung zu Toni Faltermaier, Gesundheitshandeln wie folgt:

„Bisher lässt sich also festhalten, dass Gesundheitshandeln als Alltagshandeln in Lebensbereichen erfolgt, und zwar immer auch als soziales Handeln, d. h. in seinem subjektiven Sinn auf andere gerichtet, und dass die (kurz- oder langfristigen) Auswirkungen auf das Gesundsein eines der möglichen Entscheidungskriterien sein können.“ (BLÄTTNER ET AL. 2011, S. 197)

Dieser Arbeit liegt das Konstrukt des Gesundheitshandelns nach Toni Faltermaier zugrunde.

3.4.1 Gesundheitshandeln nach Toni Faltermaier

Der Gesundheitspsychologe FALTERMAIER (1994, S. 171) versteht unter Gesundheitshandeln

„das subjektiv bedeutsame Handeln von gesunden oder kranken Menschen [...], das mehr oder weniger bewusst mit dem Ziel der Gesunderhaltung und im alltäglichen sozialen Kontext erfolgt.“

Im Gegensatz zum Gesundheitsverhalten handelt es sich beim Gesundheitshandeln nicht um einzelne, von Fachleuten definierte Verhaltensweisen, sondern um einen breiten Komplex an „Aktivitäten, die Menschen mit dem Ziel der Erhaltung von Gesundheit in ihrem Alltag ergreifen“ (FALTERMAIER 2005a, S. 200). Es handelt sich um ein Konzept, das subjektorientiert und sozialwissenschaftlich angelegt ist sowie gesundheitliche Handlungskompetenz sowohl Fachleuten als auch „Laien“ unterstellt (vgl. FALTERMAIER 2010, o. S.). FALTERMAIER (2010, o. S.) versteht das Gesundheitshandeln im Kontext der Salutogenese (siehe Kapitel 3.2.2) und des damit verbundenen Gesundheits-Krankheits-Kontinuums, d. h. gesunde und kranke Menschen können für den Erhalt ihrer Gesundheit handeln. Beim Gesundheitshandeln werden je nach subjektiver Sicht „mehrere Verhaltensebenen (Bewegung, Ernährung, Umgang mit wahrgenommenen Risiken und Belastungen, Aufbau und Erhaltung von personalen und sozialen Ressourcen) zu einer Lebensweise“ (EBENDA) kombiniert, die jedoch von Expertenwissen abweichen kann.

3.4.1.1 Komponenten des Gesundheitshandelns

Das komplexe Konstrukt Gesundheitshandeln setzt sich aus den folgenden Komponenten zusammen (vgl. FALTERMAIER 1994, S. 174-181; FALTERMAIER 2005a, S. 200-201):

- 1) *Das bewusste Handeln für die eigene Gesundheit:* Jede Person kann Aktivitäten unternehmen, die zur Erhaltung ihrer Gesundheit beitragen. Wie diese Aktivitäten aussehen hängt vor allem mit dem subjektiven Gesundheitsbewusstsein (siehe Kapitel 3.4.1.3) und den situativen Bedingungen (z. B. Zeitressourcen, Vereinbarkeit von Familie und Beruf) zusammen.
- 2) *Der Umgang mit dem eigenen Körper und seinen Beschwerden:* Wie eine Person mit ihrem Körper umgeht, hängt mit deren Körperbewusstsein, einer Komponenten des Gesundheitsbewusstseins, zusammen. Dabei kann zwischen dem Umgang mit dem gesunden (Pflege, Hygiene, Alterungsprozess, Müdigkeit etc.) und dem kränkelnden (direktes Aufsuchen eines Arztes bei Symptomen oder Selbstbehandlung bzw. Ignorieren der Symptome etc.) Körper unterschieden werden.
- 3) *Der Umgang mit Krankheiten:* Die subjektiven Krankheitsvorstellungen beeinflussen den Umgang einer Person mit Krankheiten (z. B. Aufsuchen einer Ärztin/eines Arztes, Selbstbehandlung, panische Reaktion auf eine Krankheit). Diese Handlungsweisen können als Bewältigung bezeichnet werden.
- 4) *Der Umgang mit wahrgenommenen Risiken und Belastungen:* Risiken und Belastungen können durch die Umwelt (z. B. Schadstoffe in der Luft, Belastungen am Arbeitsplatz) und durch das Verhalten einer Person (u. a. übertriebener Ehrgeiz im Sport, einseitige Ernährung, Genussmittelkonsum, riskantes Verkehrsverhalten) entstehen. Der Umgang

mit Risiken und Belastungen sowie die ergriffenen Maßnahmen zum Abbau bzw. zur Reduzierung können sehr unterschiedlich sein. Die individuellen Handlungen werden unter anderem dadurch beeinflusst, inwieweit die Person selbst Möglichkeiten sieht, Risiken und Belastungen abzubauen bzw. zu reduzieren, denn viele Risiken sind tief in den gesellschaftlichen Strukturen verankert und erfordern langfristig und politisch angelegte Handlungsschritte.

- 5) *Die Herstellung und Aktivierung von gesundheitlichen Ressourcen:* Gesundheitliche Ressourcen, die die Gesundheit einer Person erhalten und fördern, müssen von dieser erkannt und aktiviert werden. Diese Ressourcen können körperlicher (z. B. Förderung von Fitness/Abwehrkräften), psychisch-personaler (z. B. Kompetenz Probleme und Belastungen zu bewältigen oder Stärkung des Selbstvertrauens) und sozialer (z. B. intensive und befriedigende Beziehungen, soziale Netzwerke) Art sein.
- 6) *Das soziale Handeln für die Gesundheit bzw. die soziale Gesundheitsselbsthilfe:* Durch die Nutzung sozialer Ressourcen zur Erhaltung bzw. Förderung der Gesundheit, ist das Gesundheitshandeln in das soziale System, die Gesellschaft, eingebunden. Das auf den ersten Blick erscheinende individuelle Gesundheitshandeln ist somit ein soziales Handeln, das von gesellschaftlichen Normen, Rollen und Strukturen beeinflusst wird.
- 7) *Die Veränderung der gesundheitlichen Lebensweise:* Bei der Betrachtung des Gesundheitshandelns im biographischen Kontext sind die im Lebenslauf vorgenommenen Veränderungen von besonderem Interesse. Einschnitte im Leben (z. B. gesellschaftliche Veränderungen, Krankheiten, Migrationsprozesse), die zu einem veränderten Gesundheitshandeln geführt haben und die dahinterstehenden Ursachen werden in diesem Zusammenhang erforscht.

3.4.1.2 Formen des Gesundheitshandelns

Das Konstrukt des Gesundheitshandelns wurde bisher empirisch selten angewandt (vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND 2001, S. 187). Verschiedene Arbeiten zeigen jedoch, die Formen des Gesundheitshandelns sind vielfältig und Personen setzen unterschiedliche Schwerpunkte (vgl. FALTERMAIER 1994, S. 268; FALTERMAIER ET AL. 1998, S. 117; HITZBLECH 2005, S. 306-307). FALTERMAIER ET AL. (1998, S. 117-136) teilen das Gesundheitshandeln in drei typische Formen mit vier bzw. fünf Unterformen ein (siehe Tabelle 12):

- 1) *Lebensweise ohne ausgeprägtes Gesundheitshandeln:* Aktivitäten, um die Gesundheit zu erhalten bzw. zu fördern spielen keine große Rolle. Gesundheitsbezogene Motive sind kaum ausgeprägt und nur gering vorsorgeorientiert. Diese Form des Gesundheitshandelns wird im Rahmen der dynamischen Gesundheitskonzepte mehrheitlich durch das

Schalter-Modell beschrieben, d. h. Personen definieren Gesundheit negativ als Abwesenheit von Krankheit, Beschwerden oder Störungen. Im Hinblick auf die subjektiven Gesundheitstheorien dominieren die Schicksals- und Risikotheorien.

- 2) *Gesundheitshandeln mit einem spezifischen Handlungsschwerpunkt*: Aktivitäten zur Erhaltung der Gesundheit sind an der Vorsorge orientiert und finden schwerpunktmäßig in einem Handlungsbereich statt. Gesundheitsbezogene Motive sind deutlich erkennbar. Im Rahmen der dynamischen Gesundheitskonzepte wird diese Form mehrheitlich durch das Batterie-Modell und das Akkumulator-Modell beschrieben, d. h. Personen definieren Gesundheit vorwiegend positiv. Einflüsse auf die Gesundheit werden durch Ausgleichs- und Balancetheorien beschrieben. Aktivitäten, um die eigene Gesundheit zu erhalten bzw. zu fördern sind im Leben der Personen fest verankert. Bei dieser Art des Gesundheitshandelns geht es nicht nur darum die Gesundheit zu erhalten, sondern es werden auch andere Funktionen durch diese Aktivitäten erfüllt.
- 3) *Gesundheitshandeln integriert in Lebensweise*: Das Gesundheitshandeln ist stark an der Erhaltung und Förderung von Gesundheit orientiert. Bei dieser Form sind die Aktivitäten zur Erhaltung der Gesundheit mehrdimensional sowie fest und teilweise auch sozial in der Lebensweise von Personen verankert. Komplexe Gesundheitsvorstellungen prägen und steuern das Gesundheitshandeln. Gesundheitsbezogene Motive sind sehr deutlich zu erkennen und Personen definieren Gesundheit positiv. Im Rahmen der dynamischen Gesundheitskonzepte wird diese Form des Gesundheitshandelns mehrheitlich durch das Akkumulator-Modell beschrieben. Einflüsse auf die Gesundheit werden durch Ressourcentheorien und Ausgleichs- und Balancetheorien beschrieben.

Tabelle 12: Formen des Gesundheitshandelns als Lebensweise

1)	Lebensweise ohne ausgeprägtes Gesundheitshandeln	2)	Gesundheitshandeln mit spezifischem Handlungsschwerpunkt	3)	Gesundheitshandeln integriert in Lebensweise
1.1)	kein bewusstes Gesundheitshandeln	2.1)	primär ernährungsbezogenes Gesundheitshandeln	3.1)	sozial motiviertes Gesundheitshandeln
1.2)	beschwerdenbezogenes Gesundheitshandeln	2.2)	primär bewegungsbezogenes Gesundheitshandeln	3.2)	psychisches u. soziales Gesundheitshandeln
1.3)	riskanter Lebensstil	2.3)	primär naturbezogenes Gesundheitshandeln	3.3)	mehrdimensionales Gesundheitshandeln
1.4)	Ansätze eines bewussten Gesundheitshandelns	2.4)	primär noxenbezogenes Gesundheitshandeln	3.4)	Gesundheitshandeln dominiert Lebensweise
		2.5)	Gesundheitshandeln als Abbau eines Risikoverhaltens		

Quelle: FALTERMAIER ET AL. 1998, S. 118; eigene Erstellung

HITZBLECH (2005, S. 297) identifizierte in ihrer Arbeit „Gesund durch den Ruhestand“ 13 Typen von Handlungsmustern, die sie in Anlehnung an FALTERMAIER ET AL. (1998, S. 118) ebenfalls

in drei Gruppen einteilt: Handlungsmuster, die kein bzw. kaum ausgeprägtes Gesundheitshandeln zeigen, Gesundheitshandeln mit spezifischem Handlungsschwerpunkt und das in den Alltag integrierte Gesundheitshandeln. Auch die von HITZBLECH (2005, S. 296) identifizierten Handlungsmuster deuten, wie schon bei FALTERMAIER (1994, S. 268) beschrieben, daraufhin, dass die Formen des Gesundheitshandelns im Alltag „von einer weitgehenden Ignorierung des gesundheitlichen Zustandes [...] bis zu einer weitgehenden Integration des Gesundheitshandelns in den Lebensstil reichen“ (HITZBLECH 2005, S. 296). Im nächsten Kapitel werden die Bedingungen bzw. Gründe, die dazu führen, dass Menschen diese unterschiedlichen Formen des Gesundheitshandelns entwickeln, näher betrachtet.

3.4.1.3 Zusammenhänge und Bedingungen des Gesundheitshandelns

Das persönliche Gesundheitshandeln baut auf den „mehr oder weniger bewussten Gesundheitszielen“ (FALTERMAIER 2005a, S. 200) einer Person auf. Die persönlichen Gesundheitsziele wiederum sind im Gesundheitsbewusstsein eines Menschen verankert und lassen sich mit Hilfe subjektiver Gesundheitsvorstellungen beschreiben (vgl. EBENDA). Dies bedeutet, die subjektiven Gesundheitsvorstellungen einer Person beeinflussen deren Gesundheitshandeln (vgl. FALTERMAIER ET AL. 1998, S. 118; FALTERMAIER 2005a, S. 202; HITZBLECH 2005, S. 306; siehe Kapitel 3.3). BLÄTTNER ET AL. (2011, S. 198) nehmen diesbezüglich jedoch an, dass die Zusammenhänge „zwischen Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitshandeln nicht kausal [...], sondern reziprok, d. h. wechselseitig voneinander abhängig“ sind.

Das „Bewusstsein für die Bedeutung, den Wert der Gesundheit und die entsprechende Lebensweise“ (DUDEN 2013b, o. S.) wird als Gesundheitsbewusstsein verstanden. Gesundheitsbewusste Personen achten demnach sorgsam auf ihre Gesundheit und verhalten sich entsprechend (vgl. DUDEN 2013a, o. S.). Das ROBERT KOCH-INSTITUT (2012, S. 4) ermittelt mit der Frage „Wie stark achten Sie auf Ihre Gesundheit?“ das Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung. FALTERMAIER (1994, S. 163), diesem Verständnis schließen sich BLÄTTNER ET AL. (2011, S. 198) an, versteht unter Gesundheitsbewusstsein

„ein komplexes Aggregat von subjektiven Vorstellungen von der eigenen Gesundheit, die kognitive, emotionale und motivationale Momente beinhalten, die sich auf das eigene Selbst (als Person, Körper) und das Verhältnis zur sozialen und materiellen Umwelt beziehen, die sich in ständiger biographischer Entwicklung befinden und sozial abgestimmt werden.“

Nach FALTERMAIER (1994, S. 164-171 u. S. 267) sollten zur Beschreibung und Rekonstruktion des Konstrukts Gesundheitsbewusstsein alle, nachfolgend beschriebenen Komponenten herangezogen werden, da „die verschiedenen Komponenten des Gesundheitsbewusstseins handlungsrelevant sind und [...] die Kenntnis mehrerer Komponenten eine bessere Vorhersage ermöglicht als von einzelnen“ (EBENDA, S. 267):

- 1) *Die subjektive Bedeutung und der Stellenwert von Gesundheit* im Leben einer Person kann sich im Zeitverlauf ändern (z. B. durch gemachte Erfahrungen). Die Komponente ist somit biographisch bestimmt. Des Weiteren ist sie evaluativ, „weil der Wert Gesundheit gegenüber anderen Werten im Leben abgewogen wird“ (EBENDA, S. 165). Die Frage, ob Personen etwas für ihre Gesundheit unternehmen, hängt eng mit der subjektiven Bedeutung und dem Wert der (eigenen) Gesundheit zusammen.
- 2) *Das subjektive Konzept von Gesundheit*: Das subjektive Gesundheitskonzept und die subjektive Gesundheitstheorie (= subjektive Gesundheitsvorstellungen, siehe Kapitel 3.3) bilden diese Komponente. Beide können sich im Lebensverlauf ändern.
- 3) *Das Körperbewusstsein*: Diese Komponente umfasst unter anderem die subjektive Wahrnehmung und den individuellen Umgang mit körperlichen Beschwerden. Diese können sich im Lebensverlauf einer Person, je nach gemachten Erfahrungen ändern.
- 4) *Die Wahrnehmung gesundheitlicher Risiken und Belastungen*: Im Gegensatz zu den zuvor genannten Komponenten, thematisiert diese Komponente das Verhältnis der Person zu ihrer Umwelt. Es geht um die Wahrnehmung von gesundheitlichen Risiken und Belastungen, die sowohl aus der Lebensumwelt (z. B. ökologische Bedingungen, Arbeitsbedingungen, soziales Umfeld) als auch aus dem eigenen Verhalten entstehen (z. B. Alkohol- und Tabakkonsum).
- 5) *Die Wahrnehmung gesundheitlicher Ressourcen*: Neben gesundheitlichen Risiken und Belastungen können gesundheitliche Ressourcen in der Umwelt (z. B. soziale Einbindung, materielle Ausstattung, religiöse/politische Überzeugungen) und im Verhalten einer Person liegen. Diese Komponente ist biographisch und sozial bestimmt. Gesundheitliche Ressourcen werden meist nicht bewusst als solche wahrgenommen.
- 6) *Das subjektive Konzept von Krankheit*: Gesundheits- und Krankheitskonzepte stehen in engem Zusammenhang zueinander. Krankheit ist dabei deutlich präsenter als Gesundheit, da Gesundheit zuerst bewusst gemacht werden muss, während Krankheit vordergründiger ist. Der Lebensverlauf einer Person und Erfahrungen, die bekannte Personen im Hinblick auf Krankheit gemacht haben prägen diese Komponente. Darüber hinaus thematisiert diese Komponente die subjektiven Krankheitstheorien sowie die Beziehung zwischen Krankheit und Gesundheit.
- 7) *Soziale Abstimmungen und Vergleiche*: Bei dieser Komponente geht es um die Art, wie Personen Gesundheit im sozialen Kontext definieren und abstimmen. Im Fokus des Konstrukts Gesundheitsbewusstsein stehen zwar die subjektiven Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen, diese entstehen und entwickeln sich aber im Austausch mit der sozialen Umwelt einer Person.

Die subjektiven Gesundheitsvorstellungen und der Stellenwert von Gesundheit stellen die zentralsten Komponenten zur Erklärung des Gesundheitshandelns einer Person dar (vgl. FALTERMAIER 2005a, S. 203; HITZBLECH 2005, S. 296). Die Inhalte des subjektiven Gesundheitskonzeptes einer Person geben Hinweise darauf, auf welche Bereiche eine Person ihre Aufmerksamkeit richtet. Dazu zählen das körperliche oder psychische Befinden, die eigene Handlungsfähigkeit oder eventuelle Störungen. In Verbindung mit der Dynamik in den subjektiven Gesundheitskonzepten (siehe Kapitel 3.3.1) „ergeben sich daraus allgemeine Ziele für das Handeln“ (FALTERMAIER 2005a, S. 202). Die subjektiven Gesundheitstheorien bestimmen die Handlungsziele einer Person (z. B. Erhaltung wichtiger Ressourcen, Abbau eines Risikoverhaltens, Vermeidung von Risiken/Belastungen) näher (vgl. FALTERMAIER 2005a, S. 203). Des Weiteren thematisieren Personen die eigenen Kontrollmöglichkeiten (internale vs. externe Kontrolle) in den subjektiven Gesundheitstheorien (vgl. FALTERMAIER 2005a, S. 203; HITZBLECH 2005, S. 306). FRANK (2000, S. 164) stellte diesbezüglich fest, dass „die Wahrnehmung der individuellen Kontrollierbarkeit von Gesundheit [...] einen positiven Einfluss auf die gesundheitsförderliche Lebensgestaltung“ hat. Während die subjektiven Gesundheitsvorstellungen die Richtung des möglichen Gesundheitshandelns vorgeben, gibt der Stellenwert von Gesundheit Hinweise darauf, ob das Gesundheitshandeln umgesetzt wird (vgl. FALTERMAIER 2005a, S. 203; HITZBLECH 2005, S. 306). FLICK ET AL. (1998, S. 149) stellten beispielsweise fest, das Wissen um Gesundheit(-sförderung) führt nicht zwingend zum Gesundheitshandeln und RIDDER (1985, S. 144) schreibt diesbezüglich: „Es bedarf eines letzten Anstoßes, um den Entwurf in die Absicht und diesen durch einen Entschluß in faktisches Handeln umzusetzen. Es bedarf [also] eines *Entschlusses*.“

Der Alltag und die aktuelle Lebenssituation einer Person beeinflussen deren Gesundheitshandeln ebenfalls, denn das Gesundheitshandeln konkurriert immer mit anderen Handlungsbereichen (u. a. Haus-/Erwerbsarbeit, Familie, Freizeit) und muss mit diesen in Einklang gebracht werden (vgl. FALTERMAIER 1994, S. 299; FALTERMAIER 2005a, S. 200 u. S. 203; HITZBLECH 2005, S. 306). Auch LAMPRECHT ET AL. (1999, S. 63) weisen darauf hin, „dass das Gesundheitshandeln jenseits der Eigenverantwortung [...] durch strukturelle Gegebenheiten mitbestimmt wird“. Und KLESSE ET AL. (1992, S. 80) sehen in den gesellschaftlichen Wahl- und Handlungsmöglichkeiten „einen wichtigen strukturellen und individuellen Rahmen für Gesundheitshandeln“. Ferner muss sich das Gesundheitshandeln nicht nur in die aktuelle Lebenssituation integrieren lassen, sondern es muss auch vom sozialen Umfeld des Individuums (z. B. Familie, Beruf) akzeptiert und unterstützt werden (vgl. HITZBLECH 2005, S. 306).

Bisher wurden vor allem die subjektiven Gesundheitsvorstellungen, das soziale Umfeld und der Alltag einer Person als Einflussfaktoren auf das Gesundheitshandeln beschrieben und untersucht. Bereits Mitte der 1990er Jahre hielt FALTERMAIER (1994, S. 299) jedoch fest,

„welche Bedingungen für das Ausführen von subjektiv als sinnvoll erkannten Handlungen hinzukommen müssen, kann aufgrund der hier vorgestellten Ergebnisse noch nicht beantwortet werden.“ In der vorliegenden Arbeit werden nun weitere Bedingungen auf das tägliche Gesundheitshandeln untersucht. Dazu zählen die räumliche Dimension, „die geographische Schlüsselkategorie“ (KISTEMANN ET AL. 2012, S. 113; Hervorhebung im Original) und migrationspezifische Bedingungen.

Abbildung 19: Zusammenhänge und Bedingungen des Konstrukts Gesundheitshandeln

Beim Gesundheitshandeln handelt es sich, im Gegensatz zum Gesundheitsverhalten, nicht um einzelne, von Expert/innen definierte Verhaltensweisen, sondern um einen <i>breiten Komplex an Aktivitäten, die Menschen mit dem Ziel der Erhaltung von Gesundheit in ihrem Alltag ergreifen</i> . Die folgenden Komponenten bilden das Konstrukt Gesundheitshandeln :			
Das bewusste Handeln für die eigene Gesundheit	Der Umgang mit dem eigenen Körper und seinen Beschwerden	Der Umgang mit Krankheiten	Die Veränderung der gesundheitlichen Lebensweise
Die Herstellung und Aktivierung von gesundheitlichen Ressourcen	Das soziale Handeln für die Gesundheit bzw. die soziale Gesundheitsselbsthilfe		Der Umgang mit wahrgenommenen Risiken und Belastungen
Das Gesundheitshandeln einer Person baut auf deren (un)bewussten Gesundheitszielen auf. Die persönlichen Gesundheitsziele wiederum sind im Gesundheitsbewusstsein eines Menschen verankert. Die folgenden Komponenten bilden das Konstrukt Gesundheitsbewusstsein :			
Die subjektive Bedeutung und der Stellenwert von Gesundheit	Das subjektive Konzept von Gesundheit (= subjektive Gesundheitsvorstellungen)		Das Körperbewusstsein
Die Wahrnehmung gesundheitlicher Risiken und Belastungen	Die Wahrnehmung gesundheitlicher Ressourcen	Das subjektive Konzept von Krankheit	Soziale Abstimmungen und Vergleiche

Quelle: Eigene Erstellung auf Grundlage der Kapitel

3.4.2 Gesundheitshandeln aus geographischer Perspektive

Nach SEDLACEK (1998, S. 65) ist „jegliches Handeln von Personen oder Gruppen raumgebunden“. Bevor das Gesundheitshandeln aus geographischer Perspektive diskutiert wird, werden die Entwicklungen im Bereich der medizinischen Geographie bzw. der Gesundheitsgeographie/Health Geography beschrieben.

Bereits seit der Antike sind die Disziplinen Geographie und Medizin miteinander verbunden. Als Begründer der Krankheitsökologie, die die Zusammenhänge zwischen Krankheiten und deren Verteilung in Abhängigkeit von Umweltbedingungen untersucht (vgl. LITVA ET AL. 1995, S. 7), gilt Hippokrates (ca. 460-360 vor Christus): Er untersuchte die Beziehungen zwischen den räumlichen Umweltbedingungen (u. a. Klima, Wasser), den Lebensgewohnheiten (z. B. Ernährung) und den Unterschieden in der Gesundheit. (vgl. ANTHAMATTEN ET AL. 2011, S. 4; KISTEMANN ET AL. 2010, S. 4)

Im 18. und 19. Jahrhundert erlebte die Krankheitsökologie ihre Wiederentdeckung und Weiterentwicklung, vor allem durch die deutschen Wissenschaftler Friedrich Hoffmann, Leonhardt Ludwig Finke und August Hirsch. Finke galt bereits damals als Begründer der medizinischen Geographie. Mit dem Aufkommen des biomedizinischen Modells und der damit einhergehenden Erkenntnis, dass spezielle Erreger (z. B. Viren, Bakterien) Krankheiten auslösen, rückte die Krankheitsökologie erneut in den Hintergrund bevor sie Mitte des 20. Jahrhunderts wieder Bedeutung erlangte. Neben der Krankheitsökologie entwickelte sich im englischsprachigen Raum ein neues Arbeits- und Forschungsfeld der medizinischen Geographie (vgl. LITVA ET AL. 1995, S. 7): die Geographie der Gesundheitsforschung. Diese untersucht Gesundheitseinrichtungen im Hinblick auf räumliche Verteilung, Zugang und Inanspruchnahme. (vgl. KISTEMANN ET AL. 2010, S. 4-5)

Die Sozialgeographen John Eyles und K. J. Woods forderten Anfang der 1980er Jahre eine stärkere Berücksichtigung der psychischen, sozialen und kulturellen Dimensionen und Einflussfaktoren von Gesundheit (u. a. Einfluss der sozialen Bezugsgruppe oder der Kultur auf das Gesundheitsverhalten, subjektives Befinden) (vgl. KISTEMANN ET AL. 2010, S. 7). Jedoch kann erst die Arbeit von Robin Kearns im Jahr 1993, in der er auf ironische Weise zu einer „post-medical geography of health“ aufrief, als Wendepunkt hin zur Entwicklung der Gesundheitsgeographie betrachtet werden (vgl. KEARNS ET AL. 2010, o. S.). Von zentraler Bedeutung für die Gesundheitsgeographie sind die Konstrukte Ort (place), Raum (space), Gesundheit (health) und Wohlbefinden (well-being) (vgl. EBENDA).

Im Rahmen der Gesundheitsgeographie untersuchen Forschende, wie Räume und Orte bzw. Plätze die Gesundheit beeinflussen. Dabei sind die (theoretischen) Ansätze und Methoden so unterschiedlich wie die Themen selbst, die die Gesundheitsgeographie untersucht (vgl. ANTHAMATTEN ET AL. 2011, S. 208; GATRELL ET AL. 2009, S. 4). Zum Beispiel erforschen Geographinnen und Geographen in lokal begrenzten Fallstudien das Gesundheits- und Krankheitserleben oder die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen durch Personen (vgl. KEARNS ET AL. 2010, o. S.). Auch auf regionaler oder globaler Ebene untersuchen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler Gesundheit und Krankheit (vgl. GATRELL ET AL. 2009, S. 11). GATRELL ET AL. (2009, S. 23-48; vgl. auch KISTEMANN ET AL. 2010, S. 7) unterscheiden insgesamt fünf Erklärungsansätze:

- 1) Im Rahmen *positivistischer Ansätze* geht es darum Ursachen zu erforschen, räumliche Muster zu entdecken oder Modelle zu entwickeln, die das räumliche Vorkommen von Krankheiten beschreiben. Während Raum eine entscheidende Variable darstellt, spielen Orte keine Rolle. Quantitative Methoden und die biomedizinische Perspektive dominieren den Ansatz.

- 2) Im Rahmen des *sozial-interaktionistischen (humanistischen) Ansatzes* werden vor allem die subjektiven Gesundheits- und Krankheitserfahrungen (Vorstellungen, Bedeutungen, Werte und Ziele) aus Sicht der Individuen, d. h. hauptsächlich anhand qualitativer Methoden, untersucht.
- 3) *Strukturalistische Ansätze* (politisch-ökonomische Perspektive) nehmen an, die Ursachen von Krankheit seien im politischen, sozialen und ökonomischen System eingebettet. Daher wird zur Erklärung von Gesundheit und Krankheit nicht der individuelle sondern der soziale Kontext betrachtet.
- 4) Den *strukturationistischen Ansätzen* liegt die Annahme zugrunde, dass Strukturen soziale Handlungen beeinflussen, aber auch dass diese Handlungen soziale Strukturen herstellen (Dualismus von Struktur und Handeln): „In the end, humans make their own health, but not in the conditions of their choosing“ (GATRELL ET AL. 2009, S. 42).
- 5) Der *post-strukturalistische Ansatz* ist in den vergangenen 20 Jahren entstanden. Im Wesentlichen geht es in dem Ansatz darum, wie im Kontext von Machtbeziehungen Wissen und Erfahrungen hergestellt werden.

Die beschriebenen Erklärungsansätze zeigen, der in Kapitel 3.2 beschriebene Perspektivenwechsel (Pathogenese \leftrightarrow Salutogenese) beeinflusste auch die Gesundheitsgeographie. Vor dem Hintergrund Gesundheit ganzheitlich zu betrachten, werden zunehmend sozial- und kulturtheoretische Ansätze in der Gesundheitsgeographie genutzt (vgl. ANTHAMATTEN ET AL. 2011, S. 6). Aktuell besitzt vor allem das Konzept der therapeutischen Landschaften (siehe Kapitel 3.4.2.2) eine besondere Bedeutung: Das Konzept kann „als komplexes Modell komplementärer Bedeutungsebenen [...] als das neue Paradigma der Geographie der Gesundheit angesehen werden“ (KISTEMANN ET AL. 2012, S. 116).

Im Kontext der Gesundheitswissenschaften zeichnet sich die Gesundheitsgeographie vor allem durch die Berücksichtigung der räumlichen Dimension (space und place) aus: „Health matters!“ (KISTEMANN ET AL. 2010, S. 9).

ELKELES ET AL. (2010, S. 35) untersuchten den Einfluss der räumlichen Dimension auf das Gesundheitshandeln unter der Annahme, „dass räumliche Bedingungen das Handeln von Menschen nicht unmittelbar determinieren, dass es jedoch durch die Wahrnehmung der räumlichen Bedingungen beeinflusst wird“ (EBENDA, siehe Kapitel 3.4.2.1). Die Autorinnen und Autoren unterscheiden zwischen indirekten (infolge von Segregationsprozessen bilden sich im Raum bestimmte Effekte des sozioökonomischen Status ab) und direkten (u. a. Verfügbarkeit/ Erreichbarkeit von (Versorgungs-)Einrichtungen, Umweltbelastungen, Erwerbsangebote) Raumwirkungen, die sich gegenseitig beeinflussen (vgl. EBENDA). Die Untersuchung belegt, die indirekten Raumwirkungen beeinflussen die Gesundheit und das Gesundheitshandeln

nicht so stark als die direkten. Des Weiteren scheinen sowohl auf der individuellen/familiären als auch auf der kollektiven/bürgerschaftlichen Ebene Möglichkeiten zur Gestaltung der räumlichen Bedingungen nur schwer umsetzbar zu sein (vgl. EBENDA, S. 38-39).

Im Folgenden werden zwei Konzepte bzw. theoretische Ansätze mit dem Ziel vorgestellt, das Konstrukt des Gesundheitshandelns um eine räumliche Perspektive zu erweitern.

3.4.2.1 Der Ansatz der handlungszentrierten Geographie nach Benno Werlen

Seit Anfang der 1980er Jahre diskutiert die Geographie handlungsorientierte Forschungsansätze. Unter anderem publizierten Eugen Wirth, Peter Sedlacek, Benno Werlen und Peter Weichhart eine Reihe programmatischer Vorstöße „in denen eine handlungstheoretisch konzipierte Sozialgeographie als Alternative zu den verhaltenswissenschaftlichen Ansätzen gefordert wird“ (WEICHHART 2008, S. 248). Benno Werlen hat mit seinem Entwurf einer handlungszentrierten Sozialgeographie den wohl umfassendsten Entwurf dargelegt, der in der deutschen Geographiegesellschaft intensiv diskutiert wurde bzw. wird und der international Beachtung findet (vgl. u. a. EWE – ERWÄGEN WISSEN ETHIK 2013; HEINEBERG 2007, S. 42; MEUSBURGER 1999; REUBER 2001, S. 69; WEICHHART 2008, S. 247-249 u. S. 280).

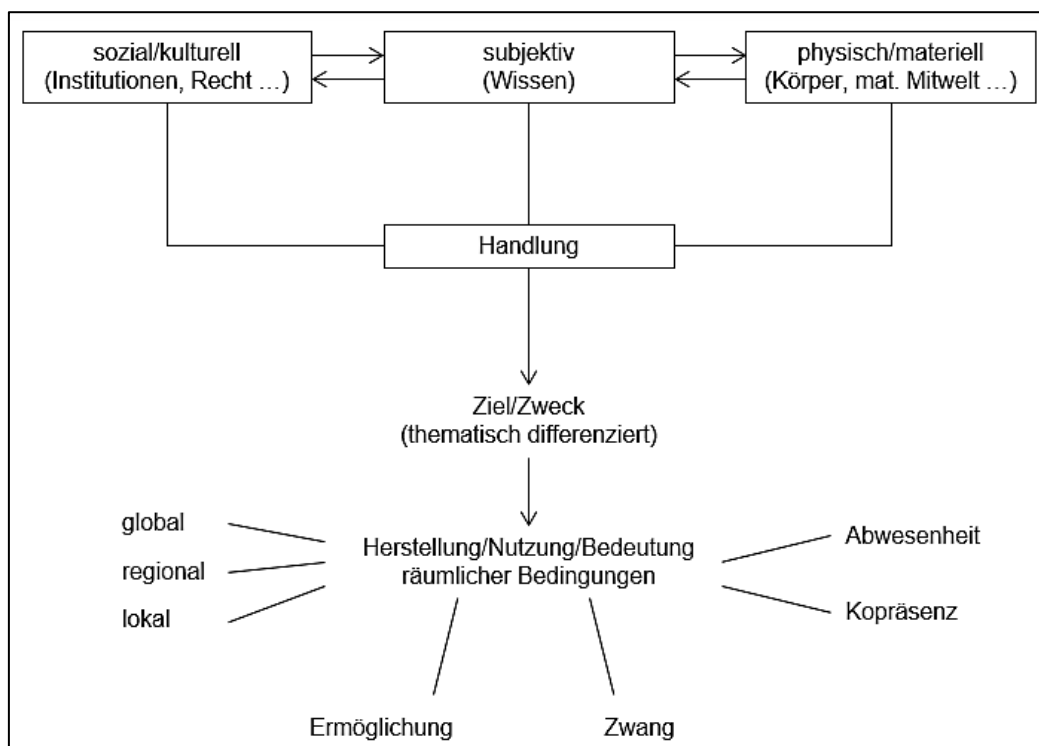
Im Rahmen der handlungsorientierten Sozialgeographie soll das alltägliche Geographiemachen erforscht werden (vgl. WERLEN 2008, S. 320), „die Handlungen der Menschen [sollen] im Zentrum stehen, das Räumliche wird als Dimension des Handelns gesehen, nicht umgekehrt“ (EBENDA, S. 279; vgl. auch WEICHHART 2008, S. 252; siehe Abbildung 20). Durch die Fokussierung auf die menschlichen Handlungen bilden nicht mehr Räume oder Gruppen die sozialgeographischen Forschungsgegenstände, sondern menschliche Aktivitäten werden unter Berücksichtigung der sozial-kulturellen²⁰ und physisch-materiellen Bedingungen zum Gegenstand der Forschung. Die zentrale Frage lautet demnach: Wie handeln Subjekte? Erst danach geht es um die Frage, welchen Einfluss die räumlichen Aspekte auf die Verwirklichung der Handlung besitzen. Dabei müssen die sozial-kulturellen Bedingungen sowie die subjektiven Perspektiven der Personen, deren Handlungen untersucht werden, ebenfalls Berücksichtigung finden. (vgl. WERLEN 2008, S. 279-280)

Nach WEICHHART (2008, S. 265) werden Handlungen durch Ressourcen und Zwänge beeinflusst. Seiner Auffassung nach können „die physisch-materielle Welt und das, was man in der Geographie den Naturraum nennt, [...] für den Handlungsvollzug als Ressourcen genutzt werden oder als Constraints der Zielerreichung Widerstand leisten.“ (EBENDA)

²⁰ Dazu zählen z. B. soziale Normen, kulturelle Werte und institutionelle Handlungsmuster wirtschaftlicher, rechtlicher oder religiöser Art (vgl. WERLEN 2013, S. 7).

Aufgabe einer handlungszentrierten Geographie ist es nicht mehr Raumstrukturen willkürlich zu suchen, sondern Handlungsweisen, die als Ergebnis bestimmte Anordnungsmuster hervorgerufen haben zu analysieren (vgl. WERLEN 2008, S. 279-280). Darauf aufbauend wird untersucht, welche Rolle die Anordnungsmuster bei weiteren Handlungen spielen, d. h. welche Handlungen durch die Anordnungsmuster ermöglicht und welche verhindert werden (vgl. SEDLACEK 1982, S. 191-192; WEICHHART 2008, S. 329-330; WERLEN 2008, S. 280). Handlungen können des Weiteren beabsichtigte und unbeabsichtigte Folgen nach sich ziehen. Außerdem äußern sich die Folgen von Handlungen auf unterschiedlichen räumlichen (lokal, regional oder global) Ebenen. (vgl. WERLEN 1998, S. 28)

Abbildung 20: Handlungszentrierte Perspektive nach Benno Werlen



Quelle: WERLEN 2008, S. 281

Im Rahmen der handlungsorientierten Sozialgeographie sind Handlungen aus Sicht der bzw. des Handelnden aus zu erklären, denn erst wenn die Gründe des Handelns rekonstruiert sind, gilt ein Handeln als verstanden (vgl. SEDLACEK 1982, S. 203). Erreichbar ist dies unter Verwendung qualitativer Forschungs- und Erhebungsmethoden (vgl. REUBER 2001, S. 162).

Nach WERLEN (2008, S. 320) ist Raum aus Sicht der handlungsorientierten Sozialgeographie „als eine begriffliche Konzeptualisierung der physisch-materiellen Wirklichkeit zu begreifen.“ Des Weiteren sind mit der Fokussierung auf das subjektive Handeln zwei wichtige Konsequenzen verbunden: Zum einen wird Raum vom handelnden Subjekt konstituiert und so ist dieser auch aufzufassen. Zum anderen wird Raum immer handlungsspezifisch konstituiert, d. h. er

„nimmt je nach thematischer Ausrichtung des Handelns eine andere Bedeutung an und wird je spezifischem Sinne Teil des Handelns“ (WERLEN 2008, S. 317).

Eine ausführliche Diskussion der handlungszentrierten Sozialgeographie kann an dieser Stelle nicht erfolgen, dazu wird auf die Veröffentlichungen von PETER MEUSBURGER (1999) und EWE – ERWÄGEN WISSEN ETHIK (2013) verwiesen. Dennoch sollen die Diskussionspunkte, die für diese Arbeit von Bedeutung sind, angesprochen werden: Bisher ist es nicht gelungen, die theoretischen Ansätze anhand empirischer Projekte ausführlich zu belegen. Des Weiteren sind Handlungen von Subjekten schwer bis gar nicht zu erfassen, auch weil sich die handelnde Person an Entscheidungen im Rahmen der Zielformulierung und der Planung von Handlungsabläufen nicht mehr erinnern kann oder will. Eine weitere Kritik besteht darin, dass der Einfluss der räumlichen Dimension auf das subjektive Handeln unterschätzt bzw. sogar abgelehnt wird. (vgl. WEICHHART 2008, S. 330-335)

3.4.2.2 Das Konzept der therapeutischen Landschaften

Der Geograph Wilbert Gesler entwickelte Anfang der 1990er Jahre das Konzept der therapeutischen Landschaften (vgl. GATRELL ET AL. 2009, S. 9; GESLER 2005, S. 295). Seitdem hat sich das Konzept zu einem wichtigen und zentralen Untersuchungsfeld im Rahmen der geographischen Gesundheitsforschung entwickelt und erfährt darüber hinaus Anwendung in anderen Wissenschaftsgebieten (vgl. CLAßEN ET AL. 2010, S. 40; GATRELL ET AL. 2009, S. 239; WILLIAMS 2007, S. 1 u. S. 3).

Mit dem Konzept schuf Gesler einen Diskussionsrahmen, um die gesundheitliche Bedeutung von Raum und Ort zu thematisieren (vgl. CLAßEN ET AL. 2010, S. 40). Die Entwicklung des Konzeptes muss vor dem Hintergrund betrachtet werden, dass ab Mitte der 1980er Jahre ein Perspektivenwechsel stattfand: Neben die Betrachtung von Krankheit und Gesundheitsbelastungen trat die Betrachtung von Gesundheit und Gesundheitsressourcen (siehe Kapitel 3.2 inkl. Unterkapitel). Im Kontext der Gesundheitsförderung ging und geht es unter anderem um die Frage „Wo und wie wird Gesundheit hergestellt?“ (ALTGELD ET AL. 2012, S. 187). Vor diesem Hintergrund rückte Landschaft verstärkt als Gesundheitsressource in den Fokus der Untersuchungen (vgl. CLAßEN ET AL. 2010, S. 40; WILLIAMS 2010, o. S.).

GESLER (1992, S. 735-736) definiert therapeutische Landschaften wie folgt:

„Here we focus on landscapes associated with treatment or healing, which we will call therapeutic landscapes.“ Des Weiteren versteht er den Begriff als „a geographic metaphor for aiding in the understanding of how the healing process works itself out in places (or in situations, locales, settings, milieus)“ (EBENDA, S. 743)

In einer späteren Veröffentlichung beschreibt GESLER (1996, S. 96; Hervorhebung im Original) die therapeutischen Landschaften detaillierter:

„A therapeutic landscape arises when physical and built environments, social conditions and human perceptions combine to produce an atmosphere which is conducive to healing. The term *healing* is used here in a broad manner to include cures in the biomedical sense (physical healing), a sense of psychological well-being (mental healing) and feelings of spiritual renewal (spiritual healing).”

Das Konzept fasst den Landschaftsbegriff weit und vertritt die Auffassung, dass physische, menschliche und soziale Einflüsse therapeutische Landschaften formen (vgl. GESLER 1992, S. 736). In Anlehnung an Gesler und Williams unterscheiden KISTEMANN ET AL. (2012, S. 115-116) folgende Landschaftsinterpretationen, die „sich als Schichten einer therapeutischen Landschaft [überlagern]“ (EBENDA, S. 116): naturalistische Landschaften (Mensch-Umwelt-Wechselbeziehung), kulturelle Landschaften (Landschaft aus strukturalistischer Perspektive), Landschaft als personales, mentales Konstrukt (individuelle menschliche Perzeptionen), Landschaften von Glauben und Überzeugungen (anthropologische Interpretation), Landschaften sozialer Beziehungen (soziologische Interpretation) und symbolische Landschaften (Wert, Bedeutung, Erfahrung, Subjektivität, Individualität, Kreativität).

Verschiedene Personen nehmen therapeutische Landschaften in der Regel unterschiedlich wahr. Während externe Personen eine Landschaft als ungesund betrachten, nehmen die dort lebenden Menschen sie als heilsam bzw. gesundheitsfördernd wahr. Ökonomische und soziale Bedingungen beeinflussen diese Wahrnehmung. Ferner unterscheidet sich die Auffassung, was als therapeutisch bezeichnet wird, im Hinblick auf Zeit. Darüber hinaus können therapeutische Landschaften gleichzeitig gesund und ungesund sein. Insgesamt bedeutet dies, die Vorstellung von einer therapeutischen Landschaft ist kontextabhängig und variiert zwischen Individuen. (vgl. GESLER 2005, S. 296; WILLIAMS 2007, S. 2-3)

Zu Beginn bezogen Forschende das Konzept vor allem auf Orte, die mit Heilung in Verbindung gebracht werden (vgl. ANTHAMATTEN ET AL. 2011, S. 161; GESLER 2005, S. 295). Des Weiteren wandten sie das Konzept überwiegend auf Naturlandschaften an (vgl. ANTHAMATTEN ET AL. 2011, S. 162). Frühe Beispiele sind die Anwendung des Konzeptes auf die antike Landschaft der Asklepios-Kultstätte von Epidauros, die römischen Bäder von Bath, den Marienschrein von Lourdes und den Andenraum (vgl. CLAßEN ET AL. 2010, S. 41). Eine Kritik bestand darin, dass Heilungsprozesse nicht nur an (naturnahen) Orten stattfinden, denen dies zugeschrieben wird, sondern auch an Orten, die zur Lebens- und Arbeitswelt gehören (z. B. Gemeinschaftsgärten, Krankenzimmer, eigener Garten) (vgl. ANTHAMATTEN ET AL. 2011, S. 162; WILLIAMS 2007, S. 2).

Ab Ende der 1990er Jahre erweiterten Forschende, angestoßen durch Allison Williams, das Konzept auf Orte, die das Wohlbefinden (well-being) fördern und Gesundheit erhalten (vgl. CLAßEN ET AL. 2010, S. 42-43; GESLER 2005, S. 295). Williams zeigte mit ihrer eigenen Arbeit und einem veröffentlichten Sammelband, eine wachsende Akzeptanz des Konzepts im sozial-

ökologischen Gesundheitsmodell auf, wobei der ganzheitliche Gesundheitsansatz im Fokus stand (vgl. WILLIAMS 2007, S. 2). Sie räumte dem Settingansatz und damit der Gesundheitsförderung (siehe Kapitel 3.2.1) ein stärkeres Gewicht ein. Des Weiteren schrieb sie den Faktoren Bedeutung und Wert eines Raumes für eine Person sowie den innerhalb eines Raumes gemachten Erfahrungen nicht nur eine kurative Wirkung zu, sondern sah diese Faktoren als gesundheitsfördernde Elemente an. (vgl. CLAßEN ET AL. 2010, S. 42-43)

Beispiele für die spätere Anwendung des Konzeptes sind Studien zur Wirkung von Kinder-Sommerfreizeiten sowie Untersuchungen zu literarischen Werken (z. B. Der Zauberberg und Heidi) und zur Ausbreitung von Yoga-Einrichtungen vor dem Hintergrund der Globalisierung (vgl. CLAßEN ET AL. 2010, S. 43).

Die Wissenschaftler Kistemann und Claßen führten das Konzept der therapeutischen Landschaften im Jahr 2003 in die deutschsprachige geographische Gesundheitsforschung ein (vgl. KISTEMANN ET AL. 2012, S. 117). Zu Beginn fand das Konzept vor allem im Hinblick auf Großschutzgebiete (Natur-/Nationalpark, Biosphärenreservat) und einzelne Landschaftselemente (z. B. Gewässer) Anwendung (vgl. CLAßEN ET AL. 2010, S. 44; KISTEMANN ET AL. 2012, S. 118). Schwerpunktmäßig wird das Konzept immer noch auf (anthropogen überformte) Naturlandschaften angewandt, allerdings gibt es alternative Anwendungsbereiche: Zwei sich davon abgrenzende Anwendungsbeispiele sind die Untersuchung zu food deserts in zwei Bonner Stadtbezirken durch Sperk und Kistemann sowie die Studie zu Gesundheitseinstellungen von Seniorinnen und Senioren in einem Hamburger Stadtteil durch Dapp und Dirksen-Fischer (vgl. KISTEMANN ET AL. 2012, S. 119-120).

Der Ausschnitt an Arbeiten zeigt, es gibt eine Vielzahl an unterschiedlichen Studien, die mit dem Konzept der therapeutischen Landschaften arbeiten (vgl. auch WILLIAMS 2007) und das Konzept wird je nach Anwendungsbeispiel unterschiedlich interpretiert (vgl. KISTEMANN ET AL. 2012, S. 120). WILLIAMS (2010, o. S.; siehe Tabelle 13) schlägt vor, die Arbeiten zum Konzept der therapeutischen Landschaften in sechs Kategorien einzuordnen, wobei diese sich nicht gegenseitig ausschließen.

Tabelle 13: The developmental themes of the therapeutic landscape concept

Theme	Central focus	Sample applications
1) Physical places known for health	Examine sites reputed for healing and health	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Natural wilderness ▪ Summer camp
2) Health care sites/ services	Explore the therapeutic elements of various health care sites and services	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Range of medical sites, from hospitals to home ▪ Gardens for the elderly
3) Sites specific to marginalized and special populations	Examine the specific experience of unique groups, often in unique sites	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cultural groups ▪ Addicts in recovery
4) Literary analysis of fiction interpretative framework	Explore how the therapeutic landscape concept is used as an	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mann's The Magic Mountain ▪ Spyri's Heidi
5) Use within disciplines outside of geography	Use of the concept as a framework for discipline-specific research	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sociology ▪ Anthropology
6) Everyday sites of varied therapeutic value	Use beyond reputed sites; inclusive of potentially non-therapeutic places where social, political and economic context accounted for	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nature ▪ Agrarian and natural landscapes for Kaqchikel of Guatemala

Quelle: WILLIAMS 2010, o. S.

Wie bereits beschrieben ist die Wahrnehmung von therapeutischen Landschaften kontextabhängig und variiert zwischen Individuen. Für die Zukunft des Konzepts der therapeutischen Landschaft wird es daher, vor dem Hintergrund einer „bunten“ Gesellschaft, notwendig sein, die vielfältigen Prozesse von Landschaftsaneignung und -interpretation zu untersuchen (vgl. CLAßEN ET AL. 2010, S. 45).

3.4.3 Gesundheitshandeln von Personen mit Migrationshintergrund

Nach dem Kenntnisstand der Autorin wurde das Gesundheitshandeln (nach Faltermaier) von Personen mit Migrationshintergrund bislang einmal ansatzweise explizit erforscht: Katja J. Eichler untersuchte in ihrer Arbeit „das Gesundheitshandeln, insbesondere die selbsthilferlevanten Kompetenzen von Migrantinnen mit transnationalen Lebensbezügen“ (EICHLER 2008, S. 31). Nachfolgend werden die von FALTERMAIER (2005b, S. 107-111) entwickelten und noch empirisch zu prüfenden Thesen zum Gesundheitshandeln von Personen mit Migrationshintergrund näher beschrieben.

These 1: Der subjektive Stellenwert und die praktische Bedeutung von Gesundheit im Leben von Personen mit Migrationshintergrund ist eher gering.

Am Anfang einer Migration bzw. dem Leben im Zielland stehen andere Themen im Vordergrund wie zum Beispiel die Schaffung einer existentiellen Grundlage. Des Weiteren besteht in den Herkunftsländern häufig die Auffassung, Gesundheit sei external bedingt und damit durch das Individuum nicht bzw. kaum beeinflussbar. Damit soll jedoch nicht der Eindruck entstehen, Gesundheit spiele für Personen mit Migrationshintergrund keine Rolle oder diese wären nicht für das Thema zu sensibilisieren. (vgl. EBENDA, S. 108)

These 2: Es ist zu erwarten, dass der subjektive Gesundheitsbegriff von Personen mit Migrationshintergrund überwiegend ganzheitlich und positiv ausgerichtet ist.

Subjektive Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen, die sich im Herkunftsland herausgebildet haben, können in Konfrontation mit denen des Ziellandes geraten. Wie sich die subjektiven Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen der Personen mit Migrationshintergrund weiterentwickeln hängt dann von mehreren Faktoren (z. B. Alter bei der Migration oder kulturelle Unterschiede) ab. (vgl. EBENDA)

Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass Personen mit Migrationshintergrund ganzheitlich und positiv ausgerichtete Gesundheitsvorstellungen besitzen, bei denen Aspekte des Wohlbefindens und der Handlungsfähigkeit eine zentrale Bedeutung besitzen. Womöglich legen sie den Schwerpunkt auf die körperliche Gesundheitsebene. Möglicherweise spielen die Dimensionen Arbeits- und Leistungsfähigkeit und Abwesenheit von Krankheit bzw. Schmerzen bei Personen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur Bevölkerung ohne Migrationshintergrund eine zentralere Rolle. Dies würde sich dadurch erklären lassen, dass Personen mit Migrationshintergrund ihren Körper und ihre Gesundheit als überwiegend „funktional für die Erwerbstätigkeit und den Lebensunterhalt sehen und Krankheit als Bedrohung dieser Ziele betrachten“ (EBENDA, S. 109).

These 3: Gesundheits- und Krankheitstheorien von Personen mit Migrationshintergrund weisen ein ähnliches Spektrum und vergleichbare Komplexität auf, wie es die Ergebnisse für die einheimische Bevölkerung andeuten.

Im Vergleich zu Personen ohne Migrationshintergrund sehen Personen mit Migrationshintergrund ihre Gesundheit stärker external bedingt. Dabei nehmen sie vor allem das Schicksal, das Alter und die Gene als Einflüsse auf die (eigene) Gesundheit wahr. Die Auffassung, Gesundheit sei durch das Individuum selbst zu beeinflussen (personale Kontrolle) ist unter Personen mit Migrationshintergrund geringer. Risiken für die (eigene) Gesundheit werden keine so große Bedeutung zugeschrieben, außerdem sehen sie die Risiken vor allem in der Umwelt und weniger im eigenen Handeln oder in der eigenen Person. (vgl. EBENDA, S. 109-110)

These 4: Das Gesundheitsverhalten von Personen mit Migrationshintergrund dürfte insgesamt weniger präventiv orientiert sein und ein Handlungsbedarf erst bei dem Auftreten von Beschwerden und Krankheiten gesehen werden.

Die Unterschätzung bzw. das Ignorieren von gesundheitlichen Risiken (z. B. am Arbeitsplatz) und risikoreichen Verhaltensweisen (z. B. Tabak- oder Alkoholkonsum) können Folgen eines geringen Risikobewusstseins sein. Dadurch muss die Gesundheit von Personen mit Migrationshintergrund jedoch nicht unbedingt negativ beeinflusst werden. So können genuss- und lustorientierte Freizeitaktivitäten beispielsweise Belastungen ausgleichen. Darüber hinaus

scheint der Umgang mit (gesundheitlichen) Belastungen und Risiken durch Strategien des Abwehrens bzw. Aushaltens geprägt zu sein. (vgl. EBENDA, S. 110)

These 5: Wahrscheinlich spielt ein durch die Herkunftskultur geprägter volksmedizinischer Umgang mit Krankheiten (Krankheitsverhalten) bei Personen mit Migrationshintergrund eine große Rolle.

Auf der einen Seite scheinen die Selbstbehandlung mit Hausmitteln und die familiäre Unterstützung sowie die Inanspruchnahme von Paraprofessionellen beim Umgang mit Krankheiten bei Personen mit Migrationshintergrund eine zentrale Rolle zu spielen. Dabei scheint Frauen eine zentrale Bedeutung zuzukommen. Auf der anderen Seite stellen Personen mit Migrationshintergrund aber auch hohe Erwartungen an das westlich-geprägte Gesundheitssystem. Wobei davon ausgegangen wird, dass Migrantinnen und Migranten erst nachdem sie versucht haben mit Selbstbehandlung Krankheiten bzw. Schmerzen zu bewältigen, das Gesundheitssystem (häufig dann zu spät) in Anspruch nehmen. (vgl. EBENDA, S. 110-111)

Nach FALTERMAIER (2005b, S. 111) lassen die beschriebenen Thesen und die noch vorzustellenden Erklärungsmodelle (siehe Kapitel 4.1.2) „einen beträchtlichen Bedarf an empirischer Forschung über die Gesunderhaltung und Krankheitsversorgung von verschiedenen Gruppen von [Migrantinnen und] Migranten erkennen.“

4 Migration und Gesundheit

Die WHO (2015c, o. S.) geht derzeit von etwa einer Milliarde Migrantinnen und Migranten weltweit aus, darunter 214 Millionen internationale Migrantinnen und Migranten. Insgesamt handelt es sich um eine sehr heterogene Gruppe: Flüchtlinge, Studierende, Arbeiterinnen bzw. Arbeiter oder „Undokumentierte“. Daraus resultieren die verschiedensten Gesundheitsbedürfnisse sowie unterschiedliche gesundheitliche Einflussfaktoren und auch die Vulnerabilität weist Unterschiede auf. Regierungen und Gesellschaften weltweit sind bzw. werden mit dem Thema Gesundheit und Migration konfrontiert werden. Diese Tatsache veranlasste die WHO im Jahr 2008 der Resolution „The Health of Migrants“ zu zustimmen, die nun die Arbeiten der WHO in diesem Bereich bestimmt (vgl. WHO 2015c, o. S.).

Personen mit Migrationshintergrund stellen in Deutschland eine sehr heterogene Gruppe dar (siehe Kapitel 2.2.3). Diese Heterogenität und die verschiedenen Phasen der Einwanderung spiegeln sich teilweise in den Forschungsarbeiten wider. Während der aktuelle Forschungsstand zu Migration und Gesundheit bereits in Kapitel 1.1 dargestellt wurde, werden nun die Einflüsse auf die Gesundheit von Personen mit Migrationshintergrund, unter anderem anhand von Erklärungsmodellen bzw. -ansätzen, sowie empirische Ergebnisse zur Gesundheit von (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedlern (aus der ehemaligen UdSSR) dargestellt.

4.1 Einflüsse auf die Gesundheit von Personen mit Migrationshintergrund

Mit der Migration können sowohl Risiken und Belastungen als auch Chancen und Ressourcen, und dies nicht nur in sozialer und ökonomischer Hinsicht, sondern auch in gesundheitlicher Hinsicht, verbunden sein (vgl. BORDE ET AL. 2015, o. S.; GEIGER ET AL. 2012, S. 615; HORNING 2014, S. 367-368). Personen mit Migrationshintergrund stellen allerdings keine homogene Gruppe dar. Daher sind auch die gesundheitlichen Risiken und Ressourcen innerhalb der Gruppe unterschiedlich verteilt (vgl. SPALLEK ET AL. 2008, S. 282).

Als Gesundheitsressourcen werden vor allem die Einbindung in die Familie und/oder die ethnische Gemeinschaft, die beide Stabilität, Geborgenheit und Unterstützung versprechen, unter dem Stichwort soziales Kapital diskutiert (vgl. HORNING 2014, S. 369; RAZUM ET AL. 2004, S. A2884; WIEDL ET AL. 2005, S. 20). Weitere gesundheitliche Ressourcen liegen bei der Person selbst (z. B. aktiver und selbstbestimmter Lebensstil, Selbstwirksamkeit, Optimismus, interne Kontrollorientierung), in ihrem gesellschaftlichen Umfeld sowie in ihrer physisch-materiellen Umwelt (vgl. HORNING 2014, S. 368). Im Gegensatz zu den gesundheitlichen Ressourcen wurden die gesundheitlichen Risiken bisher umfassender beschrieben.

Während Personen durch ihre Flucht Verfolgung, Gewalt oder gar dem Tod entfliehen, lassen sie die gemachten Erfahrungen meist nicht im Herkunftsland zurück, sondern entwickeln psychische Probleme, wie zum Beispiel posttraumatische Belastungsstörungen (vgl. KRÄMER ET AL. 2004, S. 14; ROBERT KOCH-INSTITUT 2008, S. 59). Der unsichere Aufenthaltsstatus im Aufnahmeland, die Trennung von der Familie und den Freunden im Zuge der (freiwilligen oder erzwungenen) Migration, der Verlust der Heimat oder das neue, ungewohnte Umfeld im Aufnahmeland können ebenfalls zu psychischen Belastungen führen (vgl. BORDE ET AL. 2015, o. S.; GATRELL ET AL. 2009, S. 155; RAZUM ET AL. 2004, S. A2884; SCHULTE-SASSE 2003, S. 15). Aber auch verbale Diskriminierung bis hin zu körperlicher Gewalt im Aufnahmeland können physische und psychische Probleme bedingen (vgl. BORDE ET AL. 2015, o. S.; KRÄMER ET AL. 2004, S. 14).

Nicht selten geht mit der Migration ein Statusverlust einher, so dass Personen mit Migrationshintergrund ähnlichen Belastungen ausgesetzt sind, denen Personen ohne Migrationshintergrund mit niedrigem sozioökonomischem Status ebenfalls ausgesetzt sind. Dazu zählen zum Beispiel Arbeitslosigkeit, Belastungen am Arbeitsplatz oder prekäre Wohnverhältnisse. (vgl. FRANZKOWIAK ET AL. 2011, S. 116; GATRELL ET AL. 2009, S. 156; RAZUM ET AL. 2004, S. A2884; SCHULTE-SASSE 2003, S. 15)

Im Aufnahmeland beeinflusst der Zugang zum Gesundheitssystem, der durch unterschiedliche Barrieren erschwert bzw. verhindert werden kann, die gesundheitliche Versorgung von Personen mit Migrationshintergrund (vgl. u. a. FRANZKOWIAK ET AL. 2011, S. 116; RAZUM ET AL. 2004, S. A2884; SCHULTE-SASSE 2003, S. 15). HORNING (2014, S. 369-370) nennt folgende Barrieren: Sprach- und Verständigungsprobleme, ungenügende Information über bestehende Angebote sowie kulturell geprägte Gesundheits- und Krankheitskonzepte. Vor allem die zu letztgenannte Barriere spielt in dieser Arbeit eine wichtige Rolle, da die subjektiven Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen die Wahrnehmungen (z. B. Symptomwahrnehmung und -interpretation), die Einstellungen und das Verhalten von Individuen beeinflussen (vgl. EBENDA, S. 362).

Nachdem verschiedene gesundheitliche Ressourcen und Risiken aufgezeigt wurden, wird, bevor die Darstellung der theoretischen Erklärungsmodelle und -ansätze erfolgt, betont, dass

„es nicht die Migration als solche [ist], die krank macht. Es sind vielmehr die Gründe und Umstände einer Migration sowie die Lebens- und Arbeitsbedingungen von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland, die zu einem schlechteren Gesundheitszustand führen können.“ (ROBERT KOCH-INSTITUT 2008, S. 129)

Erklärungsmodelle und -ansätze zur Gesundheit von Personen mit Migrationshintergrund

Im Vergleich zur empirischen Arbeit ist die Theoriebildung zu Migration und Gesundheit zurückgeblieben (vgl. WIEDL ET AL. 2005, S. 16; RAZUM 2007, S. 76). Insgesamt versuchen bisherige Erklärungsansätze die Gesundheit von Migrantinnen und Migranten

„mit biologischen und genetischen Faktoren, kulturellen Einflüssen, einer benachteiligten sozialen Lage, dem Prozess der Migration und daraus resultierenden Anpassungsforderungen, der gesundheitlichen Lage im Herkunftsland oder mit Zugangsbarrieren zur gesundheitlichen Versorgung [zu erklären]“ (SCHENK 2007, S. 90).

Die Mehrzahl der Erklärungsmodelle stellt krankmachende Faktoren in den Fokus, dabei sollten gesundheitliche Ressourcen ebenfalls Beachtung finden (vgl. HORNING 2014, S. 368; RAZUM 2007, S. 75). Eine Ausnahme stellt das Erklärungsmodell von FALTERMAIER (2005b, S. 97; siehe unten) dar, das sich am Konzept der Salutogenese orientiert.

Healthy migrant-Effekt

Das „Phänomen des gesunden Migranten“ beschreibt den Mortalitätsvorteil von Migrantinnen und Migranten im Vergleich zur Bevölkerung des Ziellandes der Migration. Trotz sozioökonomischer Benachteiligung sind sie meist gesünder als die Mehrheitsbevölkerung. Forschende beobachteten den Healthy-migrant-Effekt in Deutschland, in anderen europäischen Ländern und in Nordamerika. (vgl. RAZUM 2009, S. 267-268; GATRELL ET AL. 2009, S. 172)

RAZUM (2009, S 268-269) beschreibt den Healthy-migrant-Effekt wie folgt:

„Migranten haben zum Zeitpunkt der Zuwanderung auf Grund der (Selbst-)Auswahl besonders gesunder Individuen eine niedrigere Sterblichkeit als die Bevölkerung des Ziellandes; dieser Vorteil klingt aber schnell ab. Gleichzeitig kommt es in Folge von sozioökonomischer Benachteiligung, schlechtem Zugang zu bzw. geringer Nutzung von Gesundheitsdiensten sowie gesundheitlichen Belastungen zu einem Anstieg der Sterblichkeit.“

Für die Gruppe der (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler kann von einem geringen Healthy-migrant-Effekt ausgegangen werden, da (fast) die gesamte Gruppe nach Deutschland ausgewandert ist (vgl. BECHER ET AL. 2007, S. A1656).

In der Praxis weist der Erklärungsansatz Schwächen auf. So bleibt der Mortalitätsvorteil von erwachsenen Zugewanderten, entgegen den theoretischen Annahmen, zum Teil über Jahre hinweg bestehen. Aus diesem Grund wurden verschiedene Ansätze erarbeitet, die versuchen den Mortalitätsvorteil anhand von Verzerrungen in den Datenquellen zu erklären (z. B. Rückkehr von schwer erkrankten Personen, Rückkehr ohne Abmeldung im Zielland). Allerdings belegen neuere Studien, die niedrige Sterblichkeit bleibt auch dann bestehen, wenn eine Rückkehr ausgeschlossen ist. Es müssen also neue Erklärungsansätze gefunden werden, die

die empirischen Belege wie zum Beispiel ein Rückgang der Müttersterblichkeit bei ausländischen Frauen oder ein zum Teil höheres Risiko von Zugewanderten an Krebs zu erkranken, erklären. (vgl. RAZUM 2009, S. 269-276)

In einem neuen Ansatz wird das Modell des Healthy-migrant-Effekts daher um das Konzept des gesundheitlichen Übergangs erweitert (vgl. RAZUM 2009, S. 278; SCHENK 2007, S. 90).

Migration als gesundheitlicher Übergang

Oliver Razum und Dorothee Twardelle haben in einem Gedankenexperiment die gesundheitliche Situation von Oliver Twist analysiert und ihre Überlegungen auf das Thema Migration und Gesundheit angewandt. Als gesundheitlicher Übergang wird im Allgemeinen

„der allmähliche Wechsel von einer hohen Gesamtsterblichkeit vorwiegend an Infektionskrankheiten sowie an mütterlichen und kindlichen Ursachen zu einer niedrigeren Sterblichkeit vorwiegend an nichtübertragbaren Krankheiten bezeichnet“ (RAZUM 2009, S. 278).

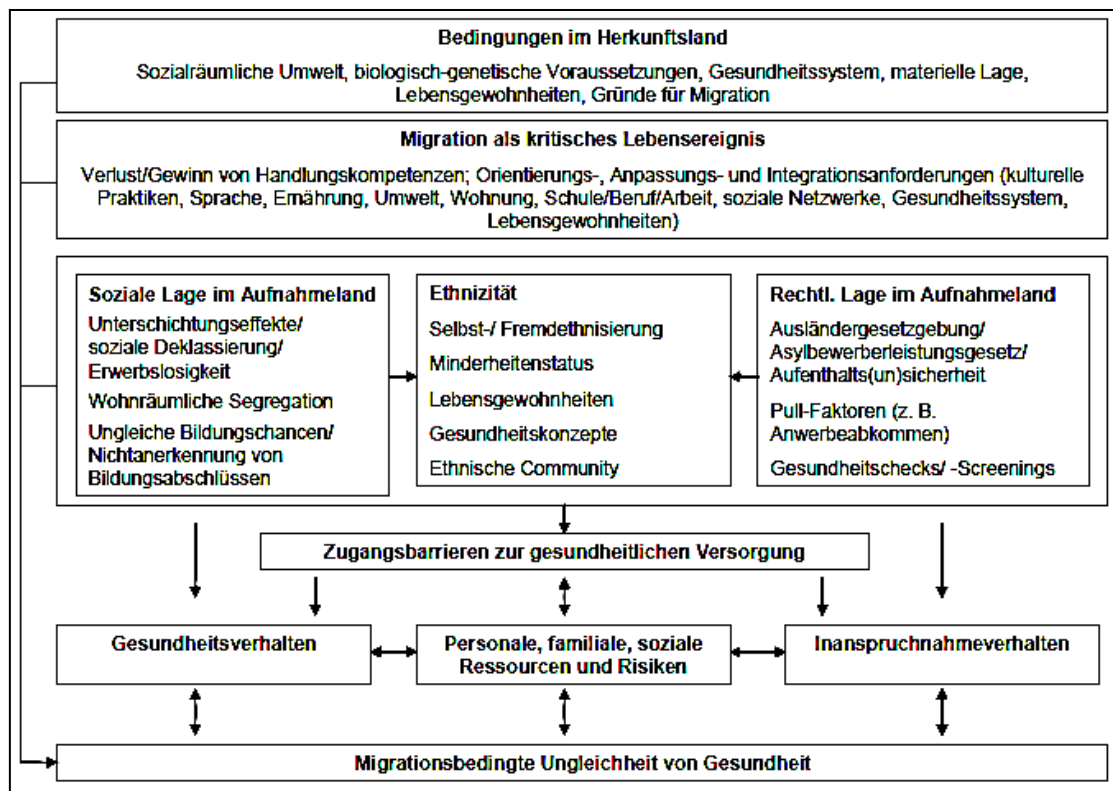
Während der Prozess des gesundheitlichen Übergangs in Industriestaaten weit entwickelt ist, befinden sich Entwicklungs- und Schwellenländer in Anfangsstadien (vgl. RAZUM 2009, S. 278). Nach RAZUM (2009, S. 278-279) setzt sich der gesundheitliche Übergang aus zwei Komponenten zusammen: Die *Risikofaktoren-Komponente* beschreibt die Veränderung der relativen Bedeutung von Risikofaktoren. Zum Beispiel nimmt das Risiko an Infektionskrankheiten zu sterben durch den Impfschutz ab, während die Raucherquote zunimmt. Wenn Personen aus einem Land migrieren, das sich in einem frühen Stadium des gesundheitlichen Übergangs befindet, können die Zugewanderten einen Mortalitätsvorteil im Vergleich zur Bevölkerung des Ziellandes, das sich in einem späteren Stadium befindet, besitzen. Passen Migrantinnen und Migranten ihren Lebensstil an den des Ziellandes an, können sie aufgrund der oft langen Latenzzeit von chronischen Erkrankungen einen Mortalitätsvorteil über Jahre hinweg besitzen. Daneben beschreibt die *therapeutische Komponente* den Rückgang der Sterblichkeit an Infektionskrankheiten durch eine bessere Behandlung. Aufgrund der Qualität der Gesundheitsversorgung im Zielland und deren Nutzung durch die Zugewanderten, kommt es zum Mortalitätsvorteil der Migrantinnen und Migranten im Vergleich zur Bevölkerung des Herkunftslandes und des Ziellandes.

Allerdings weist auch dieser Ansatz Schwächen auf: Ungünstige Lebensbedingungen im Herkunftsland können noch im Zielland das Risiko an Magenkrebs oder einem Schlaganfall zu sterben erhöhen. Der Mortalitätsvorteil von Zugewanderten im Vergleich zur Mehrheitsbevölkerung ist in diesem Fall nicht gegeben (vgl. RAZUM 2009, S. 279). Vor diesem Hintergrund erweitern Jakob Spallek und Oliver Razum das Erklärungsmodell von Schenk (siehe unten) um die Lebenslaufperspektive (siehe unten).

Erklärungsmodell zum Zusammenhang von Migration und Gesundheit

Auf der Grundlage verschiedener Erklärungsansätze zu Migration und Gesundheit (Healthy-migrant-Effekt, Migrations-Stress-Hypothesen, Theorie der sozialen Unterprivilegierung, Zugangsbarrieren zur Gesundheitsversorgung, biologische Erklärungen) sowie Modellen, die die soziale und gesundheitliche Ungleichheit thematisieren, entwickelte SCHENK (2007, S. 92) ein Erklärungsmodell. Das Modell stellt eine Analysegrundlage dar und versucht alle potentiellen Einflussfaktoren einzuschließen (vgl. EBENDA; siehe Abbildung 21).

Abbildung 21: Einflussbedingungen und -prozesse auf die Gesundheit von Migrant/innen



Quelle: SCHENK 2007, S. 92

Zu den wichtigsten Dimensionen, die zu gesundheitlichen Unterschieden bei Personen mit und ohne Migrationshintergrund führen (können), zählen die (Lebens-)Bedingungen im Herkunftsland, die Migration selbst als kritisches Lebensereignis, die soziale und rechtliche Situation im Zielland, die ethnische Zugehörigkeit sowie unterschiedliche Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem. Zwischen den zuvor genannten Aspekten und der Gesundheit selbst befindet sich eine Vermittlungsebene: das Gesundheits- und Inanspruchnahmeverhalten. Von zentraler Bedeutung sind außerdem die personalen, familialen und sozialen Ressourcen. Diese Schutzfaktoren können, wenn sie vorhanden sind, zur Bewältigung von Belastungen herangezogen werden. (vgl. SCHENK 2007, S. 92-93)

Da es nicht „die“ Migrantin bzw. „den“ Migranten gibt, existieren in der Gruppe der Personen mit Migrationshintergrund gesundheitliche Ungleichheit sowie unterschiedliche Gesundheitskonzepte und gesundheitsbezogene Verhaltensweisen. Zu den Merkmalen, die diese Unterschiede entstehen lassen gehören unter anderem: Aufenthaltsdauer/-status, Herkunftskultur, Art der Migration, Einreisealter, Schichtzugehörigkeit bzw. Bildungsniveau, Geschlecht, Grad der Integration sowie vorhandene Schutz- und Risikofaktoren. (vgl. EBENDA, S. 93-94)

Aufgrund fehlender Daten ist eine umfassende empirische Überprüfung des komplexen Erklärungsmodells derzeit nicht möglich (vgl. EBENDA, S. 94).

Das lebenslauf-orientierte Modell von Migration und Gesundheit

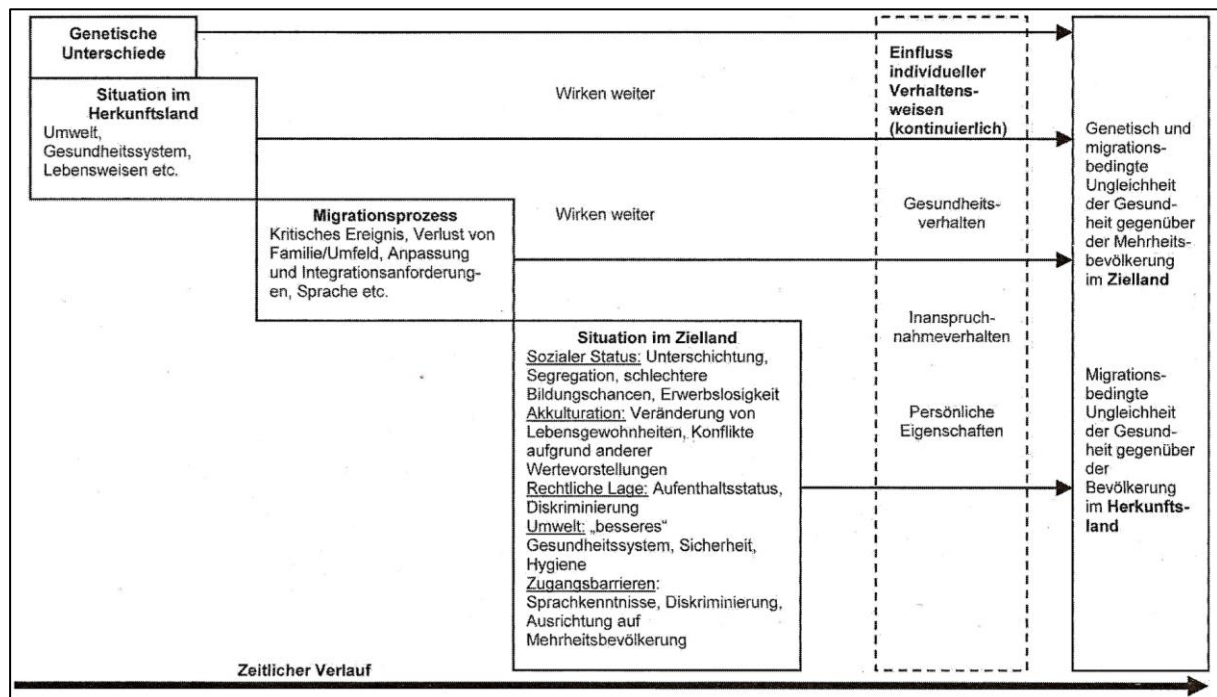
Das lebenslauf-orientierte Modell (siehe Abbildung 22) beschreibt zum einen Faktoren, die die Gesundheit von Zugewanderten beeinflussen. Zum anderen beinhaltet es eine Diskussion möglicher Vergleichsgruppen (Bevölkerung im Zielland, Bevölkerung im Herkunftsland und/oder Personen gleicher Herkunft in anderen Zielländern), anhand derer diese Faktoren beschrieben und analysiert werden können. (vgl. SPALLEK ET AL. 2008, S. 282 u. S. 285)

Das Modell bildet zum ersten Mal „Risiken durch ungünstige Lebensbedingungen während der Kindheit im Herkunftsland“ (EBENDA, S. 284) ab. Des Weiteren erfolgt in dem Modell eine Darstellung der verschiedenen Phasen der Migration (Phase vor der Migration, Migrationsphase, Phase nach der Migration) und der unterschiedlichen Expositionen, denen Migrantinnen und Migranten in diesen Phasen ausgesetzt sind. Diese Expositionen können nach der Migration weiter wirken und die gesundheitliche Situation von Zugewanderten, wie zum Beispiel die Entstehung von Krebserkrankungen, beeinflussen. (vgl. SPALLEK 2012, S. 78)

Nach SPALLEK (2012, S. 90) birgt die empirische Anwendung des Modells gewisse Schwierigkeiten, wie die Betrachtung aller die Gesundheit beeinflussenden Faktoren und die Erhebung früherer Expositionen, die nicht mehr oder nur verzerrt erhoben werden können. Dennoch bietet der Ansatz einen großen Nutzen, da vergangene Einflussfaktoren zumindest mitgedacht und theoretische Erklärungsansätze dadurch erweitert werden (vgl. EBENDA).

BRÄHLER ET AL. (2003, S. 14) und KREFT ET AL. (2012, S. 1052) beschreiben die Bedeutung des lebenslauf-orientierten Modells implizit.

Abbildung 22: Modell verschiedener Einflussgrößen auf die Gesundheit während des Lebenslaufs von Migrant/innen



Quelle: SPALLEK ET AL. 2008, S. 283

Einflussbedingungen und -prozesse auf die Gesundheit von Migrantinnen & Migranten

Das Modell von Faltermaier orientiert sich am Konzept der Salutogenese. Laut dem Autor kann die nachfolgend „skizzierte allgemeine Konzeption von Einflußbedingungen auf die Gesundheit von [Migrantinnen und] Migranten [...] als umfangreiches Forschungsprogramm verstanden werden“ (FALTERMAIER 2005b, S. 102). Die im Nachfolgenden beschriebenen Migrationsbedingungen Ethnie, Migrationsprozesse und soziale Lage wirken über unterschiedliche Gesundheitsprozesse auf das Gesundheitskontinuum von Personen mit Migrationshintergrund ein (vgl. EBENDA, S. 98; siehe Abbildung 23).

Ethnie und kulturelle Identität

Faltermaier begreift die ethnische Zugehörigkeit in dem Modell als soziale Kategorie. Mit der Zugehörigkeit zu einer ethnischen Gruppe ist eine soziale Identität verbunden, die durch gemeinsame Merkmale und Sozialisationserfahrungen (z. B. Sprache, Geschichte, Religion oder Territorium (Heimat)) hergestellt wird. Die ethnische Zugehörigkeit kann die individuelle Gesundheit sowohl positiv als auch negativ beeinflussen. Zu den Belastungen zählen zum Beispiel Ängste und Schuldgefühle bei Verstößen gegen religiöse Überzeugungen, hierarchische Strukturen bzw. Machtverhältnisse oder Diskriminierung. Weitere negative gesundheitliche Folgen können entstehen, wenn der Umgang mit Belastungen nicht den kulturellen Überzeugungen entspricht oder wenn die Orientierung an der ethnischen Gruppe die Integration

verhindert bzw. verzögert. Auf der anderen Seite entstehen durch die Zugehörigkeit zu einer Ethnie gesundheitliche Vorteile, beispielsweise wenn Ressourcen zur Bewältigung von Belastungen bzw. Krankheiten durch Familienmitglieder oder andere soziale Netzwerke bereitgestellt werden. Des Weiteren beeinflussen die subjektiven Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen, die auch durch die ethnische und soziale Herkunft bestimmt werden, das Gesundheitshandeln: Personen handeln im Hinblick „auf ihre Gesundheit immer im Rahmen kultureller Vorgaben und sozialer Erwartungen, die ihre individuellen Entscheidungsspielräume mehr oder weniger begrenzen“ (EBENDA, S. 99-100). Das Inanspruchnahmeverhalten, das häufig durch die Sozialisation im Gesundheitssystem beeinflusst wird, kann die Gesundheit von Zugewanderten ebenfalls beeinflussen. (vgl. EBENDA, S. 98-100)

Migrationsprozesse

Gesundheitliche Risiken im Rahmen der Migration (u. a. Flucht, Vertreibung, Verfolgung, unsicherer/fehlender Aufenthaltsstatus, Trennung von Familienangehörigen/Freunden, materielle Not) können die psychische, physische und soziale Gesundheit von Zugewanderten beeinflussen. Außerdem stellt die Migration an sich ein kritisches Lebensereignis dar, das „die individuelle Biografie sowie u. U. die Familienentwicklung über mehrere Generationen prägt“ (GEIGER ET AL. 2012, S. 615) und das die Gesundheit von Menschen beeinflussen und Krankheiten auslösen kann. Das Leben in einem neuen, fremden Land ist ebenfalls mit gesundheitlichen Risiken verbunden: Meist geht mit der Migration ein Statusverlust einher, die Sprache des Landes wird (zu Beginn) nicht verstanden und gesprochen und neue Regeln, Normen sowie fremde Gewohnheiten müssen erkannt und verstanden werden. Diese vielfältigen Anforderungen und daraus resultierende, mögliche Belastungen müssen die Zugewanderten bewältigen. Häufig stehen hierzu jedoch (noch) keine Ressourcen zur Verfügung. Des Weiteren können sich kulturelle Unterschiede und Unkenntnis negativ auf die Gesundheit von Migrantinnen und Migranten auswirken, zum Beispiel wenn sich der Lebensstil, die soziale und physische Umwelt, die eigenen Gesundheits- und Krankheitskonzepte oder das bisher bekannte Gesundheitssystem zwischen Herkunfts- und Zielland unterscheiden. (vgl. FALTERMAIER 2005b, S. 100-101)

Soziale Lage

Zu Beginn der Einwanderung, häufig auch darüber hinaus, kann die materielle Situation von Zugewanderten als schwierig und defizitär bezeichnet werden. Im Vergleich zur Mehrheitsbevölkerung gehören Personen mit Migrationshintergrund meist den unteren sozialen Schichten einer Gesellschaft an, deren Gesundheitszustand im Vergleich zur restlichen Bevölkerung schlechter ist. Des Weiteren beeinflussen die berufliche und die Arbeitsplatzsituation die Gesundheit von Personen. Ein niedriger beruflicher Status ist meist mit größeren Belastungen

am Arbeitsplatz verbunden. Ein geringes Einkommen aufgrund der beruflichen Stellung führt häufig zu einer schlechteren Wohnsituation sowie geringen materiellen Ressourcen. Somit entstehen Risiken und Belastungen für die Gesundheit von Migrantinnen und Migranten aus ihrer ökologischen und der psychosozialen Umwelt. Soziale Netzwerke, die im Herkunftsland aufgebaut wurden, bestehen zu Beginn des Lebens im Zielland meist nicht und müssen neu aufgebaut werden. Parallel dazu müssen sich Zugewanderte mit den Verlusten ihrer sozialen Beziehungen aus dem Herkunftsland auseinandersetzen. Auch diese sozialen Aspekte beeinflussen die Gesundheit von Migrantinnen und Migranten. (vgl. EBENDA, S. 101-102)

Abbildung 23: Einflussbedingungen und -prozesse auf die Gesundheit von Migrant/innen

<p>ETHNIE soziale Kategorie soziale und kulturelle Identität Merkmale der Kultur: Geschichte Sprache Symbole Religion Gewohnheiten Territorium Soziale Bindungen personale Identität</p>	<p>MIGRATIONSPROZESSE verschiedene soziale und kulturelle Identitäten Konfrontation von verschiedenen Ethnien und Kulturen (Herkunfts- und Gastland) Migration als kritisches Lebensereignis Minoritätsstatus Diskriminierungen Anpassungsprozesse (Sprache, Gewohnheiten, Umgebung)</p>	<p>SOZIALE LAGE materielle Lage materielle Ressourcen Moderatoren: Bildung, Geschlecht, Alter beruflicher Status Lebenswelt ökologische Umwelt soziale Beziehungen und soziale Netzwerke (soziale Integration)</p>
<p>GESUNDHEITSPROZESSE Belastungen, Risiken, Lebensereignisse Bewältigungsprozesse Ressourcen (personal, sozial, materiell, kulturell) subjektive Konzepte und Theorien von Gesundheit und Krankheit Gesundheitshandeln (Gesundheits- und Risikoverhalten, Umgang mit Beschwerden und Krankheiten) Gesundheitsversorgungssystem (Laiensystem/Professionelles System)</p>		
<p>GESUNDHEITSKONTINUUM + _____ - Dimensionen: körperlich, psychisch, sozial</p>		

Quelle: FALTERMAIER 2005b, S. 98

Vom Erklärungsansatz zur Theorie?

Im Rahmen der bisherigen Forschungsaktivitäten entwickelten Forschende unterschiedliche Modelle und Ansätze zur Erklärung der Gesundheit von Personen mit Migrationshintergrund, die in der praktischen Anwendung jedoch alle gewisse Schwierigkeiten und Schwächen aufweisen. Vielleicht ist es, aufgrund der Heterogenität der Zielgruppe, den vielfältigen gesundheitlichen Einflussfaktoren und der Interdisziplinarität des Themas auch illusionär, die Idee zu verfolgen, die Gesundheit von Personen mit Migrationshintergrund anhand einer kompletten,

stabilen und zuverlässigen Theorie zu erklären. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit kann diese Frage nicht abschließend beantwortet werden. Von zentraler Bedeutung für diese Arbeit ist jedoch das Modell von Faltermaier, das sich im Gegensatz zu den anderen Modellen am Konzept der Salutogenese orientiert. Des Weiteren thematisiert Faltermaier, aus nachvollziehbaren Gründen, das Gesundheitshandeln ausdrücklich (siehe Kapitel 3.4.1).

4.2 Gesundheit von (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedlern

Wie in Kapitel 2.2 gezeigt, stellen (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedlern sowie deren Nachkommen die größte Gruppe unter den Personen mit Migrationshintergrund dar. Trotz dieser Tatsache liegen bislang kaum Untersuchungen vor, die die Themen Gesundheit und Krankheit, bezogen auf diese Zielgruppe, thematisieren (vgl. u. a. APARICIO ET AL. 2005, S. 113; BORDE 2009, o. S.; KRÄMER ET AL. 2004, S. 18; KREFT ET AL. 2012, S. 1046; VOLODINA ET AL. 2011, S. 2; WITTIG 2008, S. 29). Die geringe Anzahl an Studien zur Gesundheit von (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedlern ist wohl auch darauf zurückzuführen, dass die Zielgruppe die deutsche Staatsbürgerschaft besitzt und somit in der amtlichen Statistik nicht (einfach) zu unterscheiden ist (vgl. APARICIO ET AL. 2005, S. 113; BRÄHLER ET AL. 2003, S. 37; WORBS ET AL. 2013, S. 160) oder wie dies BORDE (2009, o. S.) zusammenfasst: „Der Gesundheitssituation von Aussiedler/-innen, die in der Gesundheitsversorgung offenbar weniger aufhielen, wurde kaum Aufmerksamkeit geschenkt.“ Der Besitz der deutschen Staatsangehörigkeit bringt für (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler im Vergleich zu anderen Personen mit Migrationshintergrund zumindest einen theoretischen Gesundheitsvorteil: Den uneingeschränkten Zugang zum deutschen Gesundheitssystem (vgl. KREFT ET AL. 2012, S. 1046; WITTIG 2008, S. 29).

Trotz methodischer Schwierigkeiten sollten (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler als Zielgruppe für Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung in Betracht gezogen werden (vgl. APARICIO ET AL. 2005, S. 115; KRÄMER ET AL. 2004, S. 18). Um dieser Gruppe die Möglichkeit zu geben, ein hohes Alter in guter Gesundheit zu erreichen, müssen mehr Informationen zur Gesundheit von (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler erhoben werden (vgl. KREFT ET AL. 2012, S. 1052). Des Weiteren ist die Förderung der gesundheitlichen Ressourcen und Kompetenzen der Personen wichtig, um deren Gesundheit zu stärken (vgl. KRÄMER ET AL. 2004, S. 18; RAZUM ET AL. 2004, S. A2884). Um dies zu erreichen müssen diese jedoch zuerst erforscht werden.

In den folgenden Kapiteln erfolgt eine Darstellung der für die vorliegende Arbeit relevanten Untersuchungsergebnisse. Beachtet werden muss, dass die bisherigen Studien zum Thema Gesundheit von (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedlern meist nur schwer miteinander

vergleichbar sind, da die Forschenden unterschiedliche Untersuchungsansätze und Methoden nutzten. Zudem treten in den Ergebnisse teilweise Widersprüche auf.

4.2.1 Subjektives Gesundheitsbewusstsein

Faltermaier fasst die folgenden Komponenten zum subjektiven Gesundheitsbewusstsein zusammen: subjektive Bedeutung und Stellenwert von Gesundheit, subjektive Gesundheitsvorstellungen, Körperbewusstsein, Wahrnehmung gesundheitlicher Risiken und Belastungen, Wahrnehmung gesundheitlicher Ressourcen, subjektive Krankheitsvorstellungen sowie soziale Abstimmungen und Vergleiche von Gesundheit (siehe Kapitel 3.4.1.3). Der Autorin ist keine Arbeit bekannt, die sich explizit mit dem subjektiven Gesundheitsbewusstsein von (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedlern beschäftigt. Einige Studien untersuchten jedoch einzelne Komponenten. Diese Ergebnisse werden nachfolgend dargestellt.

In der Untersuchung von LAMPERT ET AL. (2009, S. 59)²¹ war das subjektive Gesundheitsbewusstsein, das allerdings nur die subjektiven Gesundheitsvorstellungen umfasst (vgl. EBENDA, S. 84), bei der Mehrheit der Interviewten schwach ausgeprägt. Jedoch zeigten vor allem die Spätaussiedlerinnen ein stärker ausgeprägtes Gesundheitsbewusstsein (vgl. EBENDA). Auch bei WITTIG (2008, S. 74)²² achteten die Spätaussiedlerinnen stärker auf ihre Gesundheit als die Spätaussiedler. Ob das stärker ausgeprägte Gesundheitsbewusstsein bei (Spät-)Aussiedlerinnen zu einem Unterschied im Gesundheitshandeln zwischen Frauen und Männern führt, war in den Studien nicht dargestellt.

²¹ Untersuchungsgegenstand: Gesundheits- und Gesundheitsinformationsverhalten; explorative Untersuchung, die insgesamt vier Gruppeninterviews und 12 qualitative Einzelinterviews mit türkischen Menschen mit Migrationshintergrund und russischen Spätaussiedler/innen umfasste; Interviewte: 25 russische Personen in zwei Gruppeninterviews (23 Frauen/zwei Männer, 60 - 80 Jahre, Einreisezeitraum: 1993 bis 2005); sieben Einzelinterviews (vier Frauen/drei Männer, 60 - 80 Jahre, Einreisezeitraum: 1995 bis 2005)

²² Untersuchungsgegenstand: Gesundheitsvorstellungen von Spätaussiedler/innen; standardisierter Fragebogen (ins Russische übersetzt), Auswertung mittels statistischer Verfahren; Studienpopulation n = 163; Daten stammen aus Studie von BRÄHLER ET AL. (2003) (siehe unten)

Subjektive Bedeutung und Stellenwert von Gesundheit

LAMPERT ET AL. (2009, S. 52) stellten fest, dass Gesundheit für viele der Befragten eine sehr große Bedeutung besitzt, was durch die Nutzung von Begriffen wie „etwas Hauptsächliches“ oder „größtes Kapitel“ deutlich wird. Auch in der Studie von BRÄHLER ET AL. (2003, S. 25)²³ gab die Hälfte der Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler im Rahmen der qualitativen Interviews an, Gesundheit sei alles bzw. das Wichtigste im Leben.

Nach FALTERMAIER (2005a, S. 203) gibt der subjektive Stellenwert von Gesundheit Hinweise darauf, ob ein Gesundheitshandeln umgesetzt wird. LAMPERT ET AL. (2009) und BRÄHLER ET AL. (2003) beschrieben diese Zusammenhänge in ihren Studien nicht näher.

Subjektive Gesundheitskonzepte und -theorien

In der Untersuchung von LAMPERT ET AL. (2009, S. 52-53) definierte die Mehrheit der Teilnehmenden Gesundheit negativ als Abwesenheit von Krankheit. Die Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler definierten Gesundheit zudem als körperliche Stärke. Vor allem die Hochbetagten und die schwer Erkrankten definierten Gesundheit darüber hinaus implizit als aktive Lebensführung, d. h. mobil zu sein. Eine begriffliche Unterscheidung von Gesundheit und Krankheit nahmen nur wenige vor (vgl. EBENDA). Auch in der Studie von WITTIG (2008, S. 66-67) definierten die älteren Befragten (ab 35 Jahre) Gesundheit häufiger als Abwesenheit von Schmerz und Krankheit (37 % vs. 29 %), als funktionale Fitness (18 % vs. 12 %) und als körperliche Funktionsfähigkeit (17 % vs. 5 %). Im Gegensatz zu den Jüngeren (bis 34 Jahre) definierten die Älteren Gesundheit häufiger mehr- statt eindimensional. In beiden Gruppen stand die Dimension psychisches und allgemeines Wohlbefinden jedoch an erster Stelle (39 % bzw. 37 %) (vgl. EBENDA). WITTIG (2008, S. 67) schätzt die Unterschiede zwischen den Altersgruppen im Hinblick auf die subjektiven Gesundheitskonzepte insgesamt eher als gering ein. Dennoch deuten die Ergebnisse bei LAMPERT ET AL. (2009) und WITTIG (2008) auf eine, im Alter steigende bzw. hinzukommende Bedeutung der körperlichen Funktionen für die eigene Gesundheit hin.

²³ Untersuchungsgegenstand: Einfluss der Kultur und der Migration auf das Erleben, Handeln und Wissen bezüglich Gesundheit, Krankheit und Körper; *Fragebogenuntersuchung* (standardisierte Befragung zu drei Zeitpunkten (t_x); t₁: unmittelbar nach Migration, von 11/2001 bis 04/2002, im Großraum Leipzig/Berlin, in Sprachkursen, Stichprobe: n = 307 (18 - 68 Jahre, 160 Frauen/146 Männer, eine Angabe fehlt); t₂: sechs Monate später unter identischen Bedingungen wie t₁; t₃: postalische Befragung 1,5 Jahre nach t₁, Stichprobe: n = 139 (18 - 68 Jahre; 81 Frauen/58 Männer)); *qualitative Interviews* zu zwei Zeitpunkten; t₁: unmittelbar nach Migration, 29 Spätaussiedler/innen (16 - 60 Jahre, 14 Frauen/15 Männer); t₂: 18 Monate später, 17 Spätaussiedler/innen (16 - 60 Jahre, acht Frauen/neun Männer)

WITTIG (2008, S. 62) fasst die Antworten von 137 Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedlern auf die offene Frage „Was bedeutet für Sie Gesundheit?“ zu neun Dimensionen, die sowohl negative als auch positive Aspekte beinhalten, zusammen (siehe Tabelle 14). Die Mehrheit der Befragten definierte Gesundheit positiv als allgemeines und psychisches Wohlbefinden, die Negativdefinition Gesundheit als Abwesenheit von Schmerz und Krankheit wurde am zweithäufigsten genannt und an dritter Stelle stand nochmals eine positive Definition: Wert der Gesundheit. Die Mehrheit der Interviewten ($n = 76$ bzw. 55,5 %) nannte zudem mehr als eine Gesundheitsvorstellung, die zwar teilweise gegensätzlich zu sein scheinen, im Grunde aber die unterschiedlichen subjektiven Gesundheitskonzepte darstellen. Während Personen mit eindimensionalen Definitionen Gesundheit meist als umfassenden Wert oder als Abwesenheit von Schmerz beschrieben, verbanden Befragte mit mehrdimensionalen Definitionen, Gesundheit mit Eigenschaften von gesunden Personen, mit Wohlbefinden oder mit sozialen Aspekten. Insgesamt nannten die Interviewten körperliche und psychische Gesundheitsdimensionen weitaus häufiger als gesellschaftliche bzw. soziale Dimensionen. (vgl. EBENDA, S. 65 u. S. 82)

Nach WITTIG (2008, S. 65) zeigen die Ergebnisse, die Anzahl der Gesundheitsdimensionen ist begrenzt und die subjektiven Gesundheitskonzepte sind mehrdimensional sowie nicht auf den Aspekt Krankheit bzw. die Abwesenheit von Schmerz beschränkt.

Tabelle 14: Dimensionen der subjektiven Gesundheitskonzepte von Spätaussiedler/innen

Dimensionen	Nennungen	
	absolut	prozentual
allgemeines und psychisches Wohlbefinden	52	22,5
Abwesenheit von Schmerz und Krankheit	48	20,8
Wert der Gesundheit	35	15,2
funktionale Fitness	23	10,0
Optimismus/Lebenskraft	18	7,8
körperliche Funktionsfähigkeit	18	7,8
Gleichgewicht/Einheit von Geist und Körper	18	7,8
gesundheitsförderliches Verhalten	11	4,7
soziale Aspekte	8	3,4
Summe	231	100,0

Quelle: WITTIG 2008, S. 62

Die am häufigsten genannte Dimension Gesundheit als allgemeines und psychisches Wohlbefinden wurde oft mit anderen Dimensionen kombiniert. Diese Verknüpfung weist womöglich auf ein ganzheitliches Gesundheitsmodell der Befragten hin. Des Weiteren kombinierten zwei Drittel der Befragten, die Gesundheit als Wert beschrieben, ihre Gesundheitsdefinition nicht mit weiteren Definitionen. Dies unterstreicht den hohen Stellenwert, den Gesundheit im Migrationsprozess hat. (vgl. WITTIG 2008, S. 82-83)

Im Hinblick auf den geschlechtsspezifischen Einfluss auf die subjektiven Gesundheitsvorstellungen wies WITTIG (2008, S. 66) nur für die Dimension psychisches und allgemeines Wohlbefinden einen signifikanten Unterschied nach. Eine mögliche Erklärung hierfür könnte sein, dass Männer und Frauen während des Migrationsprozesses ähnliche Erfahrungen machen, sie mit ähnlichen Anforderungen umgehen müssen und somit gleiche Gesundheitsvorstellungen entstehen (vgl. EBENDA, S. 84).

Nach LAMPERT ET AL. (2009, S. 57-61) lassen sich die Einflussfaktoren auf die (eigene) Gesundheit, die die befragten Personen nannten, in zwei Kategorien einteilen: externale und internale Einflüsse. Zu den erstgenannten zählen das Alter, die körperliche, meist schwere Arbeit (z. B. Arbeit im Bergbau oder im Chemiewerk in Russland) und die medizinische Versorgung. Im Hinblick auf die medizinische Versorgung schrieben die Befragten den Ärztinnen und Ärzten eine große Verantwortung für die eigene Gesundheit zu. Die internalen Einflüsse beschrieben die Befragten umfassender, dazu zählen: gesunde Ernährung, Bewegung, Sport, Arbeit/Beschäftigung, soziale Integration und „gute Stimmung“. Personen, die hauptsächlich äußere Einflüsse auf ihre Gesundheit wahrnehmen, übernahmen kaum Verantwortung für die eigene Gesundheit. Personen, die für ihre Gesundheit Verantwortung übernahmen, nannten vor allem eine gesunde Ernährung und Bewegung/Sport als Maßnahmen um etwas für die eigene Gesundheit zu tun. Als weitere positive Einflussfaktoren auf die eigene Gesundheit betonten sie das seelische Befinden (z. B. sich wohl fühlen, sich etwas Gutes tun, Spaß am Leben haben und positives Denken) und soziale Aktivitäten (z. B. Hobbies, Urlaube, Kontakt zu anderen Menschen) bzw. die soziale Integration. Andere Personen betonten die positive Wirkung einer Arbeit bzw. Beschäftigung für ihre Gesundheit und einen damit im Zusammenhang stehenden strukturierten Alltag. Die Mehrheit der Befragten sah entweder äußere oder innere Einflussfaktoren auf die eigene Gesundheit, eine Kombination war eher selten. Personen, die Gesundheit negativ definierten, sahen hauptsächlich externale Einflussfaktoren auf ihre Gesundheit. (vgl. EBENDA)

BRÄHLER ET AL. (2003, S. 22-25) untersuchten die subjektiven Gesundheitsvorstellungen von Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedlern anhand von sieben verschiedenen Aussagen: Leute, die auf ihre Gesundheit achten, müssen auf vieles verzichten (1), leisten auch mehr im Beruf (2), haben dazu auch Zeit (3), haben mehr Selbstdisziplin (4), sind auch sonst übervorsichtig (5), sehen jünger und attraktiver aus (6) sowie genießen ihr Leben nicht richtig (7). Die Befragten konnten den Aussagen zustimmen oder diese ablehnen. Auffallend war die hohe Zustimmung (über 60 %) zu fast allen Aussagen. Eine mögliche Erklärung hierfür könnte der eher undifferenzierte und positive Gesundheitsbegriff der Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler sein, der womöglich durch die Situation im Herkunftsland beeinflusst wird, denn dort

wurde Gesundheit als Voraussetzung zum Überleben angesehen, da eine soziale Absicherung bei Krankheit meist nicht existierte (vgl. EBENDA).

Gesundheitliche Kontrollüberzeugungen²⁴

In der Untersuchung von BRÄHLER ET AL. (2003, S. 18) stimmten die befragten Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler dem Item „Für meine Gesundheit bin ich selbst verantwortlich“ am höchsten zu. Insgesamt stimmten die Befragten der Skala Internalität häufiger zu als den Skalen soziale Externalität und Chance (vgl. EBENDA). Dies bedeutet, die Interviewten sehen ihre Gesundheit eher durch das eigene Handeln als durch äußere Faktoren beeinflusst. Dennoch schätzten Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler im Vergleich zur russischen und deutschen Vergleichsstichprobe den Einfluss von anderen Personen auf die eigene Gesundheit am höchsten ein (vgl. BRÄHLER ET AL. 2003, S. 21). In der Untersuchung von WITTIG (2008, S. 73-74) schätzten die Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler „die Beeinflussbarkeit des eigenen Gesundheitszustandes höher ein als die Deutschen“ (EBENDA, S. 73), achteten jedoch seltener auf ihre Gesundheit als Deutsche.

WITTIG (2008, S. 71-73) untersuchte die Zusammenhänge zwischen den gesundheitlichen Kontrollüberzeugungen und den subjektiven Gesundheitskonzepten. Sie stellte fest, Personen, die Gesundheit als Abwesenheit von Schmerz und Krankheit definieren, waren seltener der Meinung, sie könnten durch ihr eigenes Verhalten ihre Gesundheit beeinflussen, sie sahen ihre Gesundheit eher vom Zufall bzw. vom Schicksal beeinflusst. Personen, die Gesundheit als Wert beschreiben, vertraten eher den Standpunkt, ihre Gesundheit werde durch äußere Faktoren (z. B. Ärztinnen/Ärzte) beeinflusst anstelle des eigenen Handelns. Interviewte, die Gesundheit als körperliche Funktionsfähigkeit oder als funktionale Fitness definierten, schätzten den Einfluss des Schicksals niedriger ein als Befragte, die dies nicht taten. (vgl. EBENDA)

²⁴ Gesundheitliche „Kontrollüberzeugungen beinhalten die generalisierte Erwartung eines Individuums, ob ein relevantes Ereignis unter dem Einfluss des eigenen Handelns (internal locus of control) oder als unabhängig vom eigenen Handeln (external locus of control) erlebt wird“ (BRÄHLER ET AL. 2003, S. 16-17). Die Kontrollüberzeugungen wurden zur „Multidimensional Health Locus of Control Scales mit den Subskalen Internalität (internal), soziale Externalität (powerful others) und fatalistische Externalität (chance)“ (EBENDA) weiterentwickelt.

Körperbewusstsein

WITTIG ET AL. (2004, S. 90)²⁵ stellten fest, dass Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler, die maximal ein halbes Jahr in Deutschland sind, mehr körperliche Beschwerden²⁶ wahrnehmen als die deutsche Vergleichsstichprobe. Nach BRÄHLER ET AL. (2003, S. 40) verstärkten sich die von den Befragten genannten körperlichen Beschwerden in den ersten sechs Monaten nach der Migration bevor wieder eine Abnahme erfolgte²⁷. Die Art der Beschwerden, die die Interviewten nannten, lassen eine Überlastung vermuten, die durch den Migrationsprozess (neue Sprache, neues Land etc.) bedingt ist (vgl. EBENDA, S. 42). Auch in der Studie von APARICIO ET AL. (2005, S. 114)²⁸ litten Aussiedlerinnen und Aussiedler mit kürzerer Aufenthaltsdauer eher unter Migräne im Vergleich zu den Befragten mit längerer Aufenthaltsdauer. Des Weiteren nannten Aussiedlerinnen und Aussiedler Einschlafprobleme im Vergleich zu den Nicht-Aussiedlerinnen und Nicht-Aussiedlern häufiger (vgl. EBENDA). LAMPERT ET AL. (2009, S. 55-56 u. 61) fanden ebenfalls Hinweise darauf, dass der Migrationsprozess für die befragten Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler mit Stress verbunden ist. Psychische Belastungen aufgrund der neuen Lebenswelt (z. B. sich um Dinge kümmern müssen, die früher von staatlicher Seite organisiert wurden) thematisierten die Befragten hauptsächlich in der ersten Zeit der Migration. Außerdem kam es nicht selten zu Familientrennungen, da Kinder oder sonstige

²⁵ Untersuchungsgegenstand: Inanspruchnahme des Gesundheitswesens, subjektive Beschwerden zum Zeitpunkt der Migration, subjektive Morbiditätsraten; Untersuchungsstichprobe: n = 300 Spätaussiedler/innen (153 Frauen/146 Männer/eine ohne Angabe, 16 - 67 Jahre); standardisierter Fragebogen (russische Übersetzung); Daten stammen aus Studie von BRÄHLER ET AL. (2003) (siehe oben)

²⁶ Kopfschmerzen (74,1 % vs. 63,9 %), Mattigkeit (64,6 % vs. 46,3 %), Erschöpfbarkeit (63,7 % vs. 36,1 %), Schwächegefühl (63,4 % vs. 36,4 %), Rückenschmerzen (62,1 % vs. 54,9 %), Müdigkeit in den Beinen (58,3 % vs. 38,9 %), Herzklopfen (52,8 % vs. 29,8 %), Müdigkeit (52,7 % vs. 49,2 %), Gliederschmerz (51,3 % vs. 45,9 %), Völlegefühl (49,1 % vs. 29,8 %) (vgl. WITTIG ET AL. 2004, S. 90)

²⁷ Kopfschmerzen (75,0 %, 83,1 %, 73,1 %), Mattigkeit (69,3 %, 78,3 %, 64,1 %), Erschöpfbarkeit (65,4 %, 77,3 %, 66,2 %), Schwächegefühl (65,1 %, 73,9 %, 60,6 %), Rückenschmerzen (62,5 %, 67,4 %, 62,7 %), Müdigkeit (59,7 %, 65,6 %, 58,7 %) Schwere in Beinen (59,1 %, 64,8 %, 63,0 %) (vgl. BRÄHLER ET AL. 2003, S. 40)

²⁸ Untersuchungsgegenstand: Gesundheit, Gesundheitsversorgung und -verhalten; Datenerhebung: standardisierte Interviews u. körperliche Untersuchungen; Stichprobe: n = 4.261 Personen aus Raum Augsburg (davon 268 Personen Aussiedler/innen); Gruppe der Aussiedler/innen ist dreigeteilt (Gruppe 1: Aussiedler/innen, die zwischen 1975 u. 1988 emigriert sind (n = 118), Herkunft: 50% aus Rumänien u. 31% aus Polen; Gruppe 2: Aussiedler/innen, die zwischen 1989 u. 1994 emigriert sind (n = 110), Herkunft: 52% aus Rumänien u. 37% aus der ehemaligen UdSSR; Gruppe 3: Aussiedler/innen, die ab 1995 emigriert sind (n = 40), Herkunft: 73% aus der ehemaligen UdSSR u. 25% aus Rumänien)

Familienangehörige in Russland bzw. den Nachfolgestaaten der Sowjetunion geblieben sind. Die Sehnsucht nach der Heimat, insbesondere der Älteren, kann teilweise durch diese Umstände und durch eine fehlende soziale Integration in Deutschland erklärt werden. Identitätskonflikte, die ebenfalls zu psychischen Belastungen führen können, entstanden bei den Befragten, da sie in der ehemaligen Sowjetunion bzw. deren Nachfolgestaaten als Deutsche angesehen (und diskriminiert) wurden und in Deutschland nun als Russinnen bzw. Russen angesehen (und diskriminiert) werden (vgl. EBENDA).

Gegen die Annahme der Überlastung durch den Migrationsprozess sprechen Ergebnisse, die zeigen, dass Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler bei der Art der genannten körperlichen Beschwerden eher der Herkunfts- als der Ankunfts-kultur gleichen. Um dies eindeutig zu klären sind weitere Untersuchungen notwendig. (vgl. BRÄHLER ET AL. 2003, S. 38 u. S. 43)

Subjektive Krankheitsvorstellungen

BRÄHLER ET AL. (2003, S. 46) untersuchten die subjektiven Krankheitstheorien von Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler mit Hilfe eines standardisierten Fragebogens, wobei „die Mehrzahl der vorgelegten Erkrankungen [...] als eher somatisch verursacht eingeschätzt“ (EBENDA, S. 49) wurde. Die drei am häufigsten genannten psychisch, bedingten Krankheiten waren Angst (97,2 %), Sucht (81,0 %) und Migräne (67,3 %). Bei den körperlich bedingten Krankheiten standen Wirbelsäulenschaden (97,5 %), Nieren-/Blasenentzündung (93,3 %) und Infekte (93,2 %) an vorderster Stelle. (vgl. EBENDA, S. 47)

Des Weiteren untersuchten BRÄHLER ET AL. (2003, S. 46) die Ursachenattributionen und Kontrollüberzeugungen bezüglich Herzinfarkt und Krebserkrankung. Die Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler nannten Verlust geliebter Personen (81 %), Lebensgewohnheiten (75 %) und berufliche Belastungen/Sorgen (75 %) als wichtigste Ursachen eines Herzinfarktes. Als Ursachen einer Krebserkrankung nannten sie am häufigsten Lebensgewohnheiten (79 %), Umweltverschmutzung (76 %) sowie Fehler und Versäumnisse der Ärzte (71 %). Die Faktoren Unterstützung durch Familie/Partner (88 %), Können und Engagement der Ärzte (84 %) und eigenes Verhalten (78 %) sahen sie als bedeutend an, um den Krankheitsverlauf nach einem Herzinfarkt zu beeinflussen. Bei einer Krebserkrankung sind dies Können und Engagement der Ärzte (89 %), Fortschritte der Medizin (88 %) sowie Unterstützung durch Familie/Partner (73 %). Fatalistische Aspekte spielen sowohl bei den Ursachen als auch bei den Kontrollmöglichkeiten eine eher unbedeutende Rolle. (vgl. EBENDA, S. 52-53 u. S. 60)

4.2.2 Gesundheitshandeln

Folgende Komponenten bilden das Konstrukt Gesundheitshandeln: das bewusste Handeln für die eigene Gesundheit, der Umgang mit dem eigenen Körper und seinen Beschwerden, der Umgang mit Krankheiten, der Umgang mit wahrgenommenen Risiken und Belastungen, die Herstellung und Aktivierung von gesundheitlichen Ressourcen, das soziale Handeln für die Gesundheit/die soziale Gesundheitsselbsthilfe und die Veränderung der gesundheitlichen Lebensweise (siehe Kapitel 3.4.1.1). Der Autorin ist keine Arbeit bekannt, die sich explizit mit dem Gesundheitshandeln von (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedlern beschäftigt. In einigen Studien wurden jedoch einzelne Komponenten des Gesundheitshandelns implizit behandelt. Diese Ergebnisse werden im Folgenden dargestellt.

Bewusstes Handeln für die eigene Gesundheit

Obwohl BRÄHLER ET AL. (2003) das Konstrukt des Gesundheitshandelns nach Faltermaier nicht explizit anwandten, stellten sie im Rahmen qualitativer Interviews die Frage „Was tun Sie für ihre Gesundheit?“. Die Interviewten nannten körperliche Bewegung am häufigsten als Aktivität um sich gesund zu erhalten. So gab die Mehrheit der Befragten an sich körperlich zu bewegen (z. B. schwimmen, spazieren, ins Fitnessstudio gehen). Einige Personen waren der Meinung ihre Bewegung sei nicht ausreichend bzw. berichteten von einem Bewegungsmangel. Als Gründe hierfür nannten sie Zeitmangel, Geldmangel oder das Fehlen von Freunden/Freundinnen, mit denen sie Sport treiben können. Während drei Befragte erfolgreich mit dem Rauchen aufgehört haben, gaben zwei Personen an es nicht zu schaffen und eine Person glaubte Rauchen sei nicht schädlich. Des Weiteren nannten die Interviewten eine richtige Ernährung (u. a. Obst und Gemüse essen, auf qualitativ hochwertige Lebensmittel achten, Diäten oder Heilfasten anwenden) und einen niedrigen bzw. keinen Alkoholkonsum als weitere Aktivitäten zur Gesundheitserhaltung, allerdings beschrieben viele nicht näher wie sie eine „richtige“ Ernährung umsetzen. Als weitere Maßnahmen nannten die Befragten: regelmäßiger Tagesablauf, Abhärtung durch Wechselbäder, Arbeit/Beschäftigung, Wodka mit Pfeffer, Einnahme von Vitaminen oder Kalzium, Vorsorgeuntersuchungen sowie Ausgeglichenheit/ Ruhephasen schaffen. Eine Veränderung des Gesundheitshandelns in Deutschland war lediglich bei zwei Personen (weniger Sport aufgrund der Arbeit) zu beobachten. Allerdings gab die Mehrheit der Interviewten an, vor der Migration sportlich aktiver gewesen zu sein. Als Gründe nannten sie Arbeitslosigkeit, mangelnde soziale Beziehungen oder hohe Kosten für Sporteinrichtungen in Deutschland. Scheinbar beeinflussen schlechtere sozioökonomische Bedingungen im Aufnahmeland das gesundheitsrelevante Verhalten negativ. (vgl. BRÄHLER ET AL. 2003, S. 29)

Umgang mit Krankheiten

Bevor der Umgang mit Krankheiten näher beschrieben wird, werden Auswertungen des Mikrozensus 2013 zum Krankenstand sowie Studienergebnisse, die die Art der auftretenden Krankheiten näher beschreiben dargestellt.

WORBS ET AL. (2013, S. 161-162) zeigten, (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler waren nach eigenen Angaben im Rahmen des Mikrozensus 2009 in den letzten vier Wochen vor der Befragung zu einem höheren Anteil krank als Personen mit Migrationshintergrund insgesamt. Sie führen dies auf das höhere Durchschnittsalter der (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler im Vergleich zu den anderen Personen mit Migrationshintergrund zurück. Während der Anteil der kranken/unfallverletzten (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler 2009 unter dem Wert der Personen ohne Migrationshintergrund lag und damit unauffällig war (vgl. EBENDA, S. 161), lag dieser Wert bei den (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedlern im Jahr 2013 0,9 Prozentpunkte über dem der Personen ohne Migrationshintergrund und 3,5 Prozentpunkte über dem der Personen mit Migrationshintergrund (siehe Tabelle 15). Ein Blick auf die (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler aus der ehemaligen Sowjetunion zeigt, der Anteil der kranken bzw. unfallverletzten Personen lag 2013 sowohl unter den Werten der Personen ohne Migrationshintergrund als auch unter den Werten der (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler insgesamt. Lediglich der Anteil der kranken bzw. unfallverletzten Personen mit Migrationshintergrund lag unter dem Anteil der kranken/unfallverletzten (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler aus der ehemaligen Sowjetunion. (siehe Tabelle 15)

Tabelle 15: Anteil der kranken/unfallverletzten Personen in den letzten vier Wochen nach Migrationshintergrund im Jahr 2013

Detaillierter Migrationsstatus	Bevölkerung mit Angaben zum Gesundheitszustand	Kranke und Unfallverletzte
	in 1.000	in %
Personen ohne Migrationshintergrund	52.534	16,2
Personen mit Migrationshintergrund i.e.S.	12.186	13,6
(Spät-)Aussiedler/innen gesamt	2.507	17,1
dar.: Gebiet der ehem. UdSSR	1.115	15,7

Quelle: STATISTISCHES BUNDESAMT 2011a, Tabelle 18; STATISTISCHES BUNDESAMT 2014b, Tabelle 18; eigene Erstellung

Insgesamt scheinen Beeinträchtigungen der Gesundheit bzw. Krankheiten unter den (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedlern weit verbreitet zu sein. Je nach Studie berichten zwischen 79,2 % und 97 % der Befragten über mindestens ein gesundheitliches Problem in den

letzten 12 Monaten (vgl. BRÄHLER ET AL. 2003, S. 44; VOLODINA ET AL. 2011, S. 4²⁹), wobei Frauen und ältere Personen über mehr Krankheiten berichteten als Männer bzw. jüngere Personen (vgl. BRÄHLER ET AL. 2003, S. 44). Die Daten des Mikrozensus (siehe Tabelle 16) belegen dieses Ergebnis ebenfalls. Im Jahr 2013 lag der Anteil an kranken/unfallverletzten (Spät-)Aussiedlerinnen 1,8 Prozentpunkte über dem der (Spät-)Aussiedler. Bei den Personen aus der ehemaligen Sowjetunion lag der Anteil der kranken bzw. unfallverletzten (Spät-)Aussiedlerinnen (16,2 %) ebenfalls über dem der (Spät-)Aussiedler (15,0 %). Bezogen auf das Alter fällt auf, dass (Spät-)Aussiedlerinnen, die der Alterskohorte 25-35 Jahre angehören, im Vergleich zu den (Spät-)Aussiedlerinnen, die der Alterskohorte 35 bis 45 Jahre angehören, einen höheren Krankenstand angeben. Ansonsten nimmt der Anteil an kranken bzw. unfallverletzten Personen mit höherem Alter zu (siehe Tabelle 16).

Tabelle 16: Anteil der kranken/unfallverletzten (Spät-)Aussiedler/innen in den letzten vier Wochen nach Geschlecht und Alter im Jahr 2013

Detaillierter Migrationsstatus	Kranke bzw. Unfallverletzte (in %)	
	Frauen	Männer
(Spät-)Aussiedler/innen gesamt	18,0	16,2
dar.: Gebiet der ehem. UdSSR	16,2	15,0
<i>im Alter von ... bis unter ... Jahren</i>		
unter 25 Jahren	9,7	9,5
25 – 35 Jahren	12,9	11,2
35 – 45 Jahren	12,0	12,8
45 – 55 Jahren	14,4	13,9
55 – 65 Jahren	21,5	20,3
65 Jahren und mehr	29,9	27,3

Quelle: STATISTISCHES BUNDESAMT 2011a, Tabelle 18; STATISTISCHES BUNDESAMT 2014b, Tabelle 18; eigene Erstellung

Als gesundheitliche Probleme nannten die Befragten in der Studie von VOLODINA ET AL. (2011, S. 4) konkret Rückenschmerzen (57,9 %), Bluthochdruck (31,6 %), Schlaflosigkeit (23,7 %) und Nierenleiden (9,6 %), bei BRÄHLER ET AL. (2003, S. 44) nannten sie Zahnkrankheit (41,7 %), Infekte (z. B. einfache Bronchitis, Angina) (17,9 %), Unterleibserkrankungen (nur für Frauen) (23,1 %), Magen- und Darmerkrankungen (9,1 %), Bluthochdruck (7,2 %), Grippe (6,8 %) und Stress (1,3 %). Wie bereits weiter oben erwähnt, können die Studien jedoch nicht einfach miteinander verglichen werden. Während zum Beispiel bei BRÄHLER ET AL. (2003,

²⁹ Untersuchungsgegenstand: Medikamenteneinnahme, Gesundheitsstatus/-risikofaktoren; Datenerhebung: standardisierte Interviews (russische u. deutsche Fragebögen); Stichprobe: n = 114 Aussiedler/innen aus dem Saarland (20 - 70 Jahre, 57 Frauen/57 Männer, Migrationszeitraum: 1990 bis 2005)

S. 44) 7,2 % der Befragten gaben an Bluthochdruck zu leiden, waren dies bei VOLODINA ET AL. (2011, S. 4) 31,6 % und bei APARICIO ET AL. (2005, S. 111) 32,1 %.

APARICIO ET AL. (2005, S. 111 u. S. 115) konnten für die Erkrankungen Herzinfarkt, Diabetes, Schlaganfall und Bluthochdruck zwischen Aussiedlerinnen/Aussiedlern und Nicht-Aussiedlerinnen/Nicht-Aussiedlern keine signifikanten Unterschiede feststellen, allerdings zeigten sich bei den Aussiedlerinnen und Aussiedlern erhöhte Prävalenzen³⁰. Bei Personen mit kürzerer Aufenthaltsdauer traten vermehrt ungünstige Lipidverhältnisse, Bluthochdruck und Übergewicht/erhöhte BMI-Werte auf (vgl. EBENDA). Auch KREFT ET AL.³¹ (2012, S. 1050) konnten zwischen Deutschen ohne Migrationshintergrund und Aussiedlerinnen/Aussiedlern beim BMI keinen Unterschied feststellen. Allerdings scheint die Anzahl an Personen, die übergewichtig sind mit zunehmender Aufenthaltsdauer anzusteigen (vgl. KREFT ET AL. 2012, S. 1050). Dieses Ergebnis widerspricht dem von APARICIO ET AL. (2005).

Im Hinblick auf das Thema Übergewicht zeigen die Auswertungen des Mikrozensus (siehe Tabelle 17), (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler weisen im Vergleich zu Personen ohne und mit Migrationshintergrund leicht erhöhte BMI-Werte auf. WORBS ET AL. (2013, S. 164) führen als mögliche Gründe ein unterschiedliches Gewichtsbewusstsein und Körperbild sowie eine geringere körperliche Aktivität an. Des Weiteren könnte das höhere Durchschnittsalter der (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler eine Rolle spielen, da die BMI-Werte im Alter ansteigen. KREFT ET AL. (2012, S. 1051) stellten in ihrer Untersuchung fest, Aussiedlerinnen und Aussiedler, die stark übergewichtig sind haben einen schlechteren Gesundheitszustand als diejenigen, die normalgewichtig sind. Untergewicht wirkt sich scheinbar nicht negativ auf deren Gesundheitszustand aus (vgl. EBENDA).

³⁰ Prävalenz für Herzinfarkt (3,1 %), Schlaganfall (2,3 %), Diabetes (5,5 %) und Bluthochdruck (32,1 %) (vgl. APARICIO ET AL. 2005, S. 111).

³¹ Untersuchungsgegenstand: Kontext- und individuelle Gesundheitsfaktoren; Datenerhebung: Sekundärdaten aus Mikrozensus 2005; Stichprobe: n = 11.489 Aussiedler/innen (älter als 20 Jahre; Einteilung in vier Gruppen (Gruppe 1: Migrationszeitraum: nach 1990, Gruppe 2: Migrationszeitraum: 1975 bis 1990, Gruppe 3: Migrationszeitraum: vor 1975, Gruppe 4: Migrationszeitraum: Angaben fehlen)

Tabelle 17: Body-Mass-Index der Bevölkerung nach Migrationsstatus im Jahr 2013

Detaillierter Migrationsstatus	BMI-Durchschnitt	Anteil an Personen mit BMI von ... bis unter ...			
		unter 18,5	18,5-25	25-30	30 und mehr
Personen ohne Migrationshintergrund	25,8	2,0	46,1	36,5	15,4
Personen mit Migrationshintergrund i.e.S.	25,8	2,4	46,1	35,3	16,2
(Spät-)Aussiedler/innen gesamt	26,4	1,6	41,3	37,5	19,6
<i>im Alter von ... bis unter ... Jahren</i>					
unter 25 Jahren	23,1	5,0	71,4	19,3	4,3
25 – 35 Jahren	24,4	3,4	57,8	30,0	8,8
35 – 45 Jahren	25,8	1,5	47,3	35,7	15,2
45 – 55 Jahren	26,9		37,3	40,5	21,7
55 – 65 Jahren	27,9		28,3	42,9	28,6
65 Jahren und mehr	27,8		28,6	43,7	26,8

Quelle: STATISTISCHES BUNDESAMT 2011a, Tabelle 18; STATISTISCHES BUNDESAMT 2014b, Tabelle 19; eigene Erstellung

Nach BRÄHLER ET AL. (2003, S. 64) unterscheiden sich Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler, die maximal 18 Monate in Deutschland leben, von Deutschen beim Umgang mit Krankheiten vor allem dadurch, dass sie sich stärker an der Volksmedizin orientieren. Das Gesundheitssystem in Russland wird als möglicher Grund angeführt: In Russland müssen Personen (teure) Medikamente selbst besorgen, daher wird wohl öfter auf Natur-/Hausmittel zurückgegriffen. Die Orientierung am biomedizinischen System unter den Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedlern ist allerdings kaum geringer als unter Deutschen (vgl. EBENDA). Diese Orientierung am biomedizinischen System stellten auch LAMPERT ET AL. (2009, S. 62) fest. In deren Studie besaß für die Mehrheit der Befragten die Ärztin/der Arzt bzw. die medizinische Versorgung eine zentrale Bedeutung beim Umgang mit Krankheiten. So spielte „die Prävention von Erkrankungen und die Behandlung von Krankheiten durch [die Ärztin bzw.] den Arzt eine größere Rolle [...] als eigene gesundheitsfördernde oder präventive Aktivitäten“ (EBENDA). Eine weitere Strategie beim Umgang mit Krankheiten stellte die Ablenkung von der Krankheit durch Arbeit dar (vgl. EBENDA, S. 64). BRÄHLER ET AL. (2003, S. 69) untersuchten zudem, in qualitativen Interviews, was Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler selbst gegen häufig auftretende Krankheiten tun. Dabei zeigte sich eine Bandbreite an volksmedizinischen Maßnahmen: heißer Tee mit Himbeeren oder Honig, Wodka mit Pfeffer sowie Fußbäder bei Erkältungen; Einreiben mit Honig oder Schmalz bei Husten; Inhalieren mit Kartoffeldampf sowie Knoblauchsafte oder Aloesaft als Nasentropfen bei Schnupfen; Einreiben mit Essigwasser, Senfwickel, heißer Tee mit Himbeeren, Zwiebelsaft mit Honig oder Lindenblütentee bei Fieber; Salzspülungen, Sodaspülungen oder Kräutertees bei Halsschmerzen; Auflegen von Wegerich auf Schürfwunden; Kartoffelsaft bei Magenschmerzen und warmes Salzwasser bei Durchfall. Bei

den älteren Befragten war das Wissen über Selbstbehandlung, das meist von den (Groß-)Müttern stammt, stärker verbreitet als bei den Jüngeren (vgl. EBENDA, S. 70).

VOLODINA ET AL. (2011, S. 4-5) stellten fest, 51 % der befragten Aussiedlerinnen und Aussiedler nehmen verschreibungs- und/oder nicht-verschreibungspflichtige Medikamente ein. 79 % der Befragten gaben an, bei der Medikamenteneinnahme keine Probleme zu haben. Probleme bei der Medikamenteneinnahme treten vor allem aufgrund von unverständlichen Beipackzetteln und bei der Befolgung der Therapie (compliance) auf (vgl. EBENDA). Im Hinblick auf die „Therapietreue“ fanden LAMPERT ET AL. (2009, S. 63) ein vielfältiges Spektrum an Umgangsformen: von der vorgeschriebenen Einnahme der Medikamente bis hin zur völligen Ablehnung der verschriebenen Medikamente. Das Ablehnen der ärztlich verordneten Therapie bzw. die Skepsis gegenüber dieser führt nicht selten zur Selbstbehandlung von Krankheiten und zur Verwendung von Naturheilmitteln (aus dem Herkunftsland) (vgl. EBENDA, S. 64). Auch in anderen Studien wurden Hinweise auf die Einnahme von Medikamenten aus dem Herkunftsland gefunden, bei VOLODINA ET AL. (2011, S. 4) waren dies zum Beispiel 30 % der Befragten (vgl. auch BRÄHLER ET AL. 2003, S. 70). Die Medikamente wurden entweder selbst mitgebracht, bei Besuchen im Herkunftsland erworben oder über Verwandte/Bekannte bezogen. Es handelt sich vor allem um Grippe-/Fiebermedikamente, um Medikamente zur Behandlung von Gelenk- und Muskelschmerzen sowie um Schmerzmittel bei Kopf-, Regel- und Bauchschmerzen. (vgl. BRÄHLER ET AL. 2003, S. 70; VOLODINA ET AL. 2011, S. 4-5)

LAMPERT ET AL. (2009, S. 67-69) fanden Hinweise, die auf kulturelle Unterschiede beim Umgang mit Gesundheit und Krankheiten hindeuten: Im Gegensatz zu Russland, wo die Ärztin bzw. der Arzt die Therapie vorschreibt, können Patientinnen und Patienten in Deutschland teilweise eigene Entscheidungen treffen; das subjektive Gesundheitsbewusstsein scheint in Deutschland ausgeprägter zu sein als in Russland; Gesundheit als „Eigenkapital“ spielt in Deutschland eine zentrale Rolle; die Beschäftigung mit Gesundheit in Russland fand kaum statt, da Themen wie zum Beispiel Arbeit im Vordergrund standen und die Zeit sich mit dem Thema Gesundheit zu beschäftigen fehlte.

4.2.3 Gesundheitsverhalten

Zu den Verhaltensweisen, die Fachleute als Gesundheitsverhalten beschreiben, zählen unter anderem körperliche Bewegung, eine ausgewogene Ernährung, genügend Schlaf, mäßiger Alkoholkonsum, nicht Rauchen und die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen (vgl. FALTERMAIER 2010, o. S.). Im Gegensatz zum Gesundheitshandeln liegen zum Gesundheitsverhalten von (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedlern Studien vor, die das Gesundheitsverhalten explizit untersuchen. Diese Ergebnisse werden nachfolgend dargestellt.

Der Anteil rauchender (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler variiert zwischen 22 % und 35 % in verschiedenen Studien (vgl. APARICIO ET AL. 2005, S. 115; BRÄHLER ET AL. 2003, S. 31; HAUPT ET AL. 2007³², S. 58; KREFT ET AL. 2012, S. 1050). Daten des Mikrozensus aus 2013 bestätigen diese Studienergebnisse (siehe Tabelle 18). Während APARICIO ET AL. (2005, S. 115) keine signifikanten Unterschiede beim Rauchverhalten zwischen Aussiedlerinnen/Aussiedlern und Nicht-Aussiedlerinnen/Nicht-Aussiedlern feststellten, stellten VOLODINA ET AL. (2011, S. 4) eine signifikant niedrigere Rauchprävalenz bei Aussiedlerinnen und Aussiedlern im Vergleich zur deutschen Bevölkerung fest. Die Mikrozensusdaten zeigen einen leicht geringeren Anteil an Raucherinnen und Rauchern in der Gruppe der (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler, insgesamt (23,2 %) und aus dem Gebiet der ehemaligen Sowjetunion (23,5 %), im Vergleich zur Bevölkerung ohne Migrationshintergrund (24,0 %). Der Anteil rauchender (Spät-)Aussiedler (32,4 %) liegt deutlich über dem der (Spät-)Aussiedlerinnen (14,9 %) (siehe Tabelle 18, vgl. auch BRÄHLER ET AL. 2003, S. 31; VOLODINA ET AL. 2011, S. 4).

Tabelle 18: Bevölkerung ab 15 Jahren mit Angaben zum Rauchverhalten nach Geschlecht und Migrationsstatus im Jahr 2013

Detaillierter Migrationsstatus	Quote in %	
	Nicht-raucher	Raucher
Personen ohne Migrationshintergrund	76,0	24,0
männlich	72,1	27,9
weiblich	79,6	20,4
Personen mit Migrationshintergrund i.e.S.	73,8	26,2
männlich	66,7	33,3
weiblich	80,8	19,2
(Spät-)Aussiedler/innen gesamt	76,8	23,2
männlich	67,6	32,4
weiblich	85,1	14,9
dar.: Gebiet der ehem. UdSSR	76,5	23,5

Quelle: STATISTISCHES BUNDESAMT 2011a, Tabelle 19; STATISTISCHES BUNDESAMT 2014b, Tabelle 20; eigene Erstellung

In der Studie von BRÄHLER ET AL. (2003, S. 32) gaben 27,7 % der Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler an keinen Alkohol zu trinken, wobei der Anteil der Frauen, die keinen Alkohol trinken mit 38 % über dem der Männer (20 %) lag. VOLODINA ET AL. (2011, S. 4) stellten ebenfalls Unterschiede beim Konsum von Alkohol zwischen Aussiedlerinnen und Aussiedlern fest:

³² Untersuchungsgegenstand: subjektive Sichtweise auf soziale Lage, soziale Integration, Lebensweise und Befindlichkeiten; Datenerhebung: standardisierter Fragebogen (deutsch und russische Übersetzung); Stichprobe: n = 397 Spätaussiedler/innen (266 Frauen/131 Männer, 18 - 86 Jahre) aus Marzahn-Hellersdorf

91 % der Frauen und 65 % der Männer gaben an keinen bzw. selten Alkohol zu trinken. Während VOLODINA ET AL. (2011, S. 4) keine Unterschiede beim Alkoholkonsum von Aussiedlerinnen und Aussiedlern im Vergleich zur deutschen Bevölkerung feststellten, zeigte sich in der Studie von APARICIO ET AL. (2005, S. 113) bei den Aussiedlerinnen und Aussiedlern eine geringere Alkoholkonsum-Prävalenz im Vergleich zu den Nicht-Aussiedlerinnen und Nicht-Aussiedlern (9,3 % zu 22,1 %). Jedoch tranken vor allem Aussiedler häufiger Schnaps als Wein und Bier (vgl. EBENDA, S. 115).

Der Anteil an (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedlern, die keinen bzw. wenig Sport machen liegt bei ungefähr 70 %³³ (vgl. APARICIO ET AL. 2005, S. 113; BRÄHLER ET AL. 2003, S. 33). APARICIO ET AL. (2005, S. 113 u. S. 115) stellten fest, dass sich Aussiedlerinnen und Aussiedler im Vergleich zu Nicht-Aussiedlerinnen und Nicht-Aussiedlern seltener körperlich bewegen (65,9 % zu 50,4 %). Mit zunehmender Aufenthaltsdauer werden Aussiedlerinnen und Aussiedler jedoch sportlich aktiver (vgl. EBENDA, S. 115). BRÄHLER ET AL. (2003, S. 33) stellten in der Gruppe der Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler folgende signifikante Unterschiede fest: Männer und jüngere Befragte treiben mehr Sport als Frauen und ältere Befragte.

In der Untersuchung von HAUPT ET AL. (2007, S. 58) gaben 40 % der Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler auf die Frage „Was tun Sie für Ihr Wohlbefinden?“ an, gesundheitsbewusst zu essen. APARICIO ET AL. (2005, S. 115) konnten beim Ernährungsverhalten zwischen Aussiedlerinnen/Aussiedlern und Nicht-Aussiedlerinnen/Nicht-Aussiedlern keine signifikanten Unterschiede feststellen. Allerdings waren folgende Trends erkennbar: Aussiedlerinnen und Aussiedler essen häufiger Fleisch, Geflügel, Kartoffeln und Margarine sowie seltener Vollkornbrot und Butter. Beim Verzehr von Fisch und Gemüse stellten sie keine Unterschiede fest (vgl. EBENDA). Aufgrund der Ergebnisse vermuten APARICIO ET AL. (2005, S. 115) ein Beibehalten der Ernährungsgewohnheiten von Aussiedlerinnen und Aussiedlern in Deutschland.

Nach APARICIO ET AL. (2005, S. 115) nehmen Aussiedlerinnen und Aussiedler seltener an Krebsvorsorgeuntersuchung teil als Nicht-Aussiedlerinnen und Nicht-Aussiedler. Dabei zeigt sich ein Zusammenhang mit der Aufenthaltsdauer: Je kürzer diese ist, desto geringer ist die Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen (vgl. EBENDA).

³³ In der Studie von BRÄHLER ET AL. (2003, S. 33) trieben 45,5 % der Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler keinen Sport, 25,3 % gaben an weniger als eine Stunde pro Woche Sport zu machen. Bei APARICIO ET AL. (2005, S. 113) gaben 65,9 % der Aussiedlerinnen und Aussiedler an wenig bis nicht körperlich aktiv zu sein.

4.2.4 Subjektiver Gesundheitszustand

Das ROBERT KOCH-INSTITUT (2014, S. 1) erhebt mit der Frage „Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen?“ die subjektive Gesundheit von Personen:

„Die subjektive Gesundheit bildet die persönlichen und sozialen Dimensionen des eigenen Befindens ab. Sie hat sich in Längsschnittstudien als aussagekräftig für die künftige Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und die Sterblichkeit erwiesen und ist ein unabhängiger Prädiktor für das Auftreten chronischer Erkrankungen [...]. Nicht zuletzt entscheidet der selbst wahrgenommene Gesundheitszustand über die aktive Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Die gesundheitliche Selbsteinschätzung beeinflusst möglicherweise auch die Motivation gesundheitlich riskante Verhaltensstile zu verändern [...].“ (EBENDA)

(Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler schätzen ihren Gesundheitszustand in Studien sehr unterschiedlich ein. Während bei HAUPT ET AL. (2007, S. 58) 26,0 % der Befragten ihren Gesundheitszustand als gesund und vital bewerten³⁴ schätzen 25,7 % der Interviewten in der Studie von APARICIO ET AL. (2005, S. 110) ihre körperliche Verfassung als weniger gut bis schlecht (vs. gut/sehr gut) ein.

Nach LAMPERT ET AL. (2009, S. 53-55) orientierten sich die meisten Interviewten bei der Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustandes an ihrer physischen Verfassung und hier vor allem an der An- bzw. Abwesenheit von körperlichen Beschwerden. Einige Personen unterschieden aber auch zwischen körperlicher, psychischer und sozialer Gesundheit. Die soziale Gesundheit scheint vorwiegend für den erfolgreichen Umgang mit Krankheiten eine wichtige Rolle zu spielen (vgl. EBENDA).

In den Studien von BRÄHLER ET AL. (2003, S. 14-15) und von APARICIO ET AL. (2005, S. 114) schätzten (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler ihren eigenen Gesundheitszustand mit zunehmender Aufenthaltsdauer besser ein. Dagegen verschlechtert sich der Gesundheitsstatus³⁵ von Aussiedlerinnen und Aussiedlern mit zunehmender Aufenthaltsdauer bei KREFT ET AL. (2012, S. 1049). KREFT ET AL. (2012, S. 1051) sehen in ihren Ergebnissen die Existenz des Healthy-Migrant-Effekts bestätigt sowie eine Bestätigung der Existenz negativer Effekte auf die Gesundheit durch soziale Benachteiligung (z. B. Diskriminierung, Arbeitslosigkeit). Nach BRÄHLER ET AL. (2003, S. 16) belegt die schlechtere Einschätzung des Gesundheitszustandes zu Beginn der Migration hingegen die theoretische Annahme, die Migration könne, als

³⁴ Des Weiteren geben in dieser Studie 55 % gesundheitliche Probleme, 10 % dauernde Beschwerden und 7 % ein starkes Leiden an (vgl. HAUPT ET AL. 2007, S. 58).

³⁵ Als ungesund wurden die Personen bezeichnet, die angaben länger als die vergangenen vier Wochen krank gewesen zu sein (vgl. KREFT ET AL. 2012, S. 1048).

kritisches Lebensereignis, erhöhten Stress verursachen und die Gesundheit belasten. Als mögliche Gründe für die bessere Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes im Zeitverlauf nennen die Forschenden die verbesserte medizinische Versorgung und die veränderten Lebensbedingungen (Lebensmittel-, Warmwasser- und Energieversorgung etc.) in Deutschland. Der subjektiv eingeschätzte Gesundheitszustand hängt somit wohl eher mit sozioökonomischen Aspekten als mit einer kulturell bedingten Wahrnehmung von Gesundheit zusammen (vgl. EBENDA). Die ungünstige Gesundheitslage und -versorgung in den Nachfolgestaaten der Sowjetunion stellt eine weitere, mögliche Erklärung der schlechteren Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes direkt nach der Migration dar (vgl. WITTIG 2008, S. 90).

Neben der Aufenthaltsdauer beeinflussen weitere Faktoren die Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustandes, wobei allerdings auch hier teilweise widersprüchliche Ergebnisse vorliegen. Während VOLODINA ET AL. (2011, S. 4) keinen Einfluss des Geschlechts auf die Bewertung des Gesundheitszustandes feststellten, schätzten in der Studie von HAUPT ET AL. (2007, S. 58) Spätaussiedlerinnen ihren Gesundheitszustand im Vergleich zu Spätaussiedlern schlechter ein. Des Weiteren gaben ältere Befragte (ab 40 Jahre) einen schlechteren Gesundheitszustand an als die Jüngeren (vgl. EBENDA). Während in anderen Studien der Einfluss der Bildung auf den subjektiven Gesundheitszustand als bedeutend beschrieben wird (vgl. MIELCK 2010, o. S.), fanden KREFT ET AL. (2012, S. 1050) keinen signifikanten Einfluss des Bildungsgrades auf den Gesundheitszustand von Aussiedlerinnen und Aussiedlern. Allerdings beeinflusste die Einkommenshöhe den Gesundheitszustand: Ein höheres Einkommen wirkte sich positiv auf die subjektive Gesundheit aus (vgl. EBENDA, S. 1050-1051). Eine mögliche Erklärung für den fehlenden Einfluss des Bildungsgrades auf den Gesundheitszustand könnten Probleme bei der Arbeitsmarktintegration sein, die einen niedrigen sozioökonomischen Status der Aussiedlerinnen und Aussiedler bewirken (vgl. EBENDA, S. 1052). Des Weiteren beeinflusst der Wohnort den Gesundheitszustand. So hatten in der Arbeit von KREFT ET AL. (2012, S. 1051) Aussiedlerinnen und Aussiedler, die in ökonomisch prosperierenden Regionen leben, einen besseren Gesundheitszustand als diejenigen, die in Regionen mit niedrigem Bruttoinlandsprodukt leben. Ferner hatten Befragte, die in hoch urbanisierten Regionen leben, einen schlechteren Gesundheitszustand als diejenigen, die in ländlicheren Regionen leben (vgl. EBENDA).

Während in den Studien von WITTIG ET AL. (2004, S. 89)³⁶ und APARICIO ET AL. (2005, S. 114)³⁷ Aussiedlerinnen und Aussiedler ihren Gesundheitszustand im Vergleich zur deutschen Bevölkerung schlechter einschätzten, konnten VOLODINA ET AL. (2011, S. 4) keine signifikanten Unterschiede diesbezüglich feststellen. Allerdings gaben 25,5 % der Aussiedlerinnen und Aussiedler an unzufrieden mit der eigenen Gesundheit zu sein, während dies bei der deutschen Vergleichsstichprobe nur 11 % angaben (vgl. EBENDA).

BECHER ET AL. (2007³⁸, S. A1658, vgl. auch WORBS ET AL. 2013, S. 166) fanden in ihrer Studie eine (überraschenderweise) signifikant niedrigere Gesamtmortalität bei Aussiedlerinnen und Aussiedlern im Vergleich zur deutschen Bevölkerung. Hauptsächlich erklärt sich diese durch eine niedrigere Herz-Kreislauf-Mortalität bei beiden Geschlechtern sowie eine niedrigere Gesamtkrebsmortalität bei Frauen. Obwohl verschiedene Erklärungsansätze existieren um die niedrigere Sterblichkeit in Migrantengruppen zu erklären, lassen sich einige nur schwer auf die Gruppe der (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler übertragen, da diese oft im Familienverband migrieren. Eine bessere medizinische Versorgung könnte die niedrigere Sterblichkeit mit erklären (vgl. BECHER ET AL. 2007, S. A1659; siehe auch Kapitel 4.1.2).

Nach BRÄHLER ET AL. (2003, S. 67) steigt die Bereitschaft das Gesundheitssystem im Krankheitsfall in Anspruch zunehmen bei den Befragten mit zunehmender Aufenthaltsdauer an. LAMPERT ET AL. (2009, S. 64) konnten in diesem Zusammenhang zeigen, dass die innere Haltung („stolz zu sein sich selbst zu helfen“, „vor anderen Personen nicht klagen“ etc.) von vor allem Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedlern, die noch nicht so lange in Deutschland leben, die Inanspruchnahme von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Unterstützung behindern kann.

BRÄHLER ET AL. (2003, S. 68) untersuchten das theoretische Inanspruchnahmeverhalten der Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler bei insgesamt 24 häufig auftretenden Erkrankungen.

³⁶ 21,4 % der Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler beurteilten ihren Gesundheitszustand als (sehr) gut. Bei der deutschen Vergleichsstichprobe waren dies 61,7 %. Als zufriedenstellend beurteilten 66,2 % ihren Gesundheitszustand (Deutsche 30 %). 12,4 % bewerteten ihren Gesundheitszustand als (sehr) schlecht (Deutsche 8,3 %). (vgl. WITTIG ET AL. 2004, S. 89)

³⁷ 25,7 % der Aussiedlerinnen und Aussiedler schätzten ihre körperliche Verfassung als weniger gut bis schlecht ein, bei den Nicht-Aussiedlerinnen und Nicht-Aussiedlern waren dies 20,3 % (vgl. APARICIO ET AL. 2005, S. 111 u. S. 114).

³⁸ Untersuchungsgegenstand: Mortalitätsraten; Datenerhebung: Erhebung des Vitalstatus über Einwohnermeldeämter bzw. angeschlossene regionale Rechenzentren; Stichprobe: n = 1.731 verstorbene Aussiedler/innen aus Nordrhein-Westfalen

Dabei zeigte sich, die Interviewten würden nur bei durchschnittlich zwei Erkrankungen eine Psychologin/einen Psychologen (v. a. bei den Erkrankungen Angst und Sucht) oder eine Alternativtherapeutin/einen Alternativtherapeuten (v. a. bei den Erkrankungen Migräne, Sucht, Essstörung, Verstopfung und Wirbelsäulenschäden) aufsuchen. Insgesamt würden die Befragten bei allen Erkrankungen, ausgenommen Angst und Sucht, eher zu einer Ärztin/einem Arzt gehen. Diese Tatsache spricht für eine hohe Akzeptanz der Schulmedizin unter den Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedlern (vgl. EBENDA, S. 69). BRÄHLER ET AL. (2003, S. 71, vgl. auch WITTIG ET AL. 2004³⁹) untersuchten auch das tatsächliche Inanspruchnahmeverhalten des Gesundheitssystems durch die Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler in den 12 Monaten: Befragte nahmen im Vergleich zur deutschen Vergleichsstichprobe seltener die Allgemeinärztin/den Allgemeinarzt und die Fachärztin/den Facharzt in Anspruch und suchten auch seltener eine Apotheke auf. Mit zunehmender Aufenthaltsdauer gingen die Interviewten öfter zur Allgemeinärztin/zum Allgemeinarzt und zur Zahnärztin/zum Zahnarzt. Auffallend ist, Familie bzw. Freunde werden mit zunehmendem Aufenthalt seltener bei Gesundheitsfragen aufgesucht. Gründe hierfür könnten die Verluste der sozialen Beziehungen in Folge der Migration sein (vgl. EBENDA, S. 73-74). APARICIO ET AL. (2005, S. 115) konnten im Gegensatz zu BRÄHLER ET AL. (2003) in ihrer Untersuchung keine signifikanten Unterschiede zwischen Aussiedlerinnen/Aussiedlern und Nicht-Aussiedlerinnen/Nicht-Aussiedlern im Hinblick auf Arztbesuche bzw. stationäre Behandlungen in den letzten 12 Monaten feststellen.

BERMEJO ET AL. (2012⁴⁰, S. 949) untersuchten die subjektiv erlebten Barrieren, die eine Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen verhindern. Zu den am häufigsten genannten Gründen für eine Nicht-Inanspruchnahme durch Aussiedlerinnen und Aussiedler zählten Sprachprobleme bzw. Fachkräfte sprechen nicht meine Sprache (61,1 % bzw. 46,2 %), fehlende Kenntnisse über bestehende Angebote bzw. über Behandlungsmöglichkeiten (56,4 % bzw. 50,6 %), Fehlen von Informationen über das Gesundheitssystem (55,4 %), erhalte nicht die Informationen, die ich brauche (52,6 %), Hilfe im sozialen Feld bzw. in der Familie (51,7 %

³⁹ In den vergangenen 12 Monaten wurden folgende Personen wegen einer Erkrankung bzw. wegen Beschwerden von Spätaussiedler/innen bzw. Deutschen aufgesucht: Allgemeinarzt (61,4 % vs. 82 %), Facharzt (45 % vs. 65,8 %), Gynäkologe (70,4 % vs. 77,5 %), Zahnarzt (79,7 % vs. 82,4 %), Apotheker (41,8 % vs. 67,3 %), Familie (54,9 % vs. 42,7 %), Freunde & Familie (41,8 % vs. 33,3). Es muss beachtet werden, dass es sich bei dem Inanspruchnahmeverhalten der Spätaussiedler/innen um das Verhalten im letzten Jahr vor der Migration handelt. (vgl. WITTIG ET AL. 2004, S. 88-89)

⁴⁰ Untersuchungsgegenstand: subjektiv erlebte Barrieren bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen; Datenerhebung: standardisierte Befragung (Fragebogen ins Russische übersetzt); Stichprobe: n = 435 Personen, davon n = 196 Aussiedler/innen aus der ehemaligen UdSSR

bzw. 46,1 %) sowie Fachkräfte wissen wenig über meine Kultur (48,8 %). Der kulturelle Hintergrund, die subjektiven Deutschkenntnisse und das Wohlfühlen in Deutschland hatten in der Studie einen zentralen Einfluss auf die subjektiv erlebten Barrieren bei der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems (vgl. EBENDA, S. 951). In der Studie von VOLODINA ET AL. (2011, S. 4-5) gaben zum Beispiel insgesamt 68 % der Befragten an zu einer russischsprachigen Ärztin/einem russischsprachigen Arzt zu gehen, um sprachliche und kulturelle Barrieren zu vermeiden.

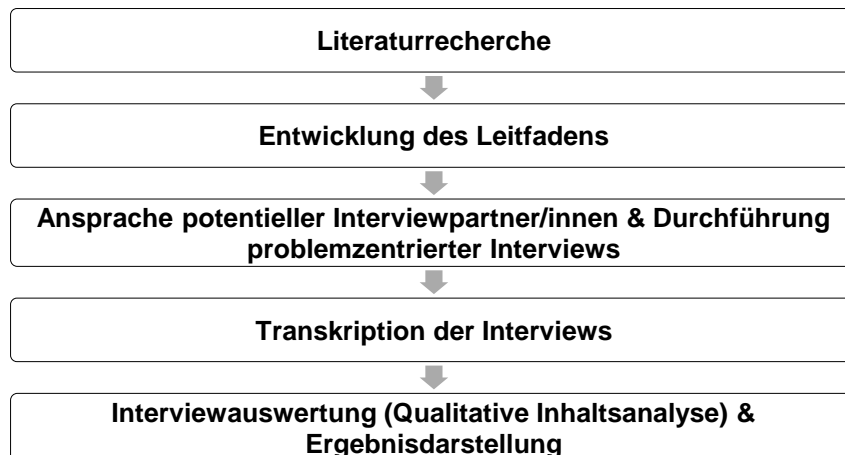
Nachdem nun eine Darstellung von Ergebnissen aus verschiedenen Studien erfolgte, kennzeichnet das kommende Kapitel den Einstieg in die eigenen empirischen Arbeiten dar.

5 Methodik und Untersuchungsgruppe

5.1 Methodische Vorgehensweise

Die methodische Vorgehensweise in dieser Arbeit basiert auf einer Literaturrecherche, an die sich die Erstellung des Leitfadens, die Durchführung der Interviews, deren Transkription und schließlich die Auswertung der Interviews anschlossen (siehe Abbildung 24).

Abbildung 24: Methodische Vorgehensweise



Quelle: Eigene Erstellung

Literaturrecherche

Aufbauend auf dem Forschungsthema erfolgte die Literaturrecherche, wobei diese vor allem die Basis des Theorieteils darstellt. Nach FLICK (2010, S. 79) besteht der Zweck einer Literaturrecherche darin, einen „Überblick über den inhaltlichen Bereich der Forschung, das konkrete Thema und die verwendeten Methoden [...] [sowie] über den Stand der Forschung [zu gewinnen]“. Die Literaturrecherche der vorliegenden Arbeit diente also dazu, einen Überblick über die Themen Migration, speziell von (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedlern aus der ehemaligen Sowjetunion sowie Gesundheit bzw. Gesundheitshandeln im Allgemeinen und bezogen auf Personen mit Migrationshintergrund (speziell auf (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler aus der ehemaligen UdSSR) zu bekommen.

Des Weiteren deckte die Literaturrecherche neben dem aktuellen Stand der Forschung auf, „was bislang eher unberücksichtigt geblieben ist“ (FLICK 2010, S. 77). Vor dem Hintergrund der Identifizierung von Forschungslücken fand eine Weiterentwicklung und Eingrenzung der Fragestellungen statt.

Wie bereits zitiert, diente die Literaturrecherche des Weiteren dazu, einen Überblick über die verwendeten Methoden zu erhalten: Im Fokus der vorliegenden Arbeit stehen die subjektiven Gesundheitsvorstellungen und das Gesundheitshandeln von (Spät-)Aussiedlerinnen und

(Spät-)Aussiedlern aus der ehemaligen Sowjetunion. Zur Erforschung subjektiver Gesundheitsvorstellungen werden vor allem qualitative Erhebungs- und Auswertungsverfahren eingesetzt. Während bei der Erhebung hauptsächlich Leitfaden- und narrative Interviews zum Einsatz kommen, erfolgt die Interviewauswertung vorrangig mit Hilfe von Inhaltsanalysen oder interpretativen Verfahren (vgl. u. a. BENGEL ET AL. 1997, S. 32; FLICK ET AL. 2004, S. 47; FRANKE 2012, S. 244). Die Erforschung des Gesundheitshandelns findet ebenfalls hauptsächlich anhand qualitativer Verfahren statt (vgl. FALTERMAIER 1994, S. 190; FALTERMAIER ET AL. 1998, S. 58), denn das Gesundheitshandeln wird „als ein deskriptives Konstrukt verstanden, das aus der Sicht des Subjektes zu beschreiben ist“ (FALTERMAIER 2005a, S. 201).

Entwicklung des Leitfadens

Die Entwicklung des Leitfadens (siehe Kapitel 9) basierte auf der Literaturrecherche. Hier zeigt sich, die Forscherin bzw. „der Forscher [tritt] nicht ohne jegliches theoretisch-wissenschaftliches Vorverständnis in die Erhebungsphase ein[...]“ (LAMNEK 2010, S. 333). Die Vorbereitung einer qualitativen Studie erfolgt, ähnlich wie beim quantitativen Ansatz, durch die Forschenden im Rahmen von Literaturstudium, eigenen Erkundungen im Untersuchungsfeld, Ermittlung von Expertenfachwissen usw. Dieser Ansatz, der kennzeichnend für das problemzentrierte Interview ist, geht davon aus, dass der bzw. die Forschende keine „Tabula rasa sein kann, dass er [bzw. sie] sich nicht völlig theorie- und konzeptionslos in das soziale Feld begibt und er [bzw. sie] immer schon entsprechende theoretische Ideen und Gedanken (mindestens implizit) entwickelt hat“ (EBENDA).

Ein Interviewleitfaden dient dazu, am Ende des Gesprächs alle wichtigen Punkte, die angesprochen werden sollen, auch thematisiert zu haben. Die Reihenfolge der offenen Fragen bzw. Erzählanreize kann von Gespräch zu Gespräch variieren. Darüber hinaus kann der Leitfaden im Forschungsverlauf verändert werden. (vgl. MATTISSEK ET AL. 2013, S. 168)

Ansprache potentieller Interviewpartnerinnen und -partner & Durchführung problemzentrierter Interviews

Nach FLICK (2010, S. 192) zählt das, von Andreas Witzel entwickelte, problemzentrierte Interview zu den Leitfadeninterviews. Diese wiederum zählen, neben Erzählungen und Gruppenverfahren, zu den drei Hauptstrategien qualitativer Interviews (vgl. EBENDA). Durch die offene Gestaltung der Interviewsituation, im Rahmen qualitativer Interviews, wird erwartet, dass „die Sichtweisen des befragten Subjekts eher zur Geltung kommen als in standardisierten Interviews oder Fragebögen“ (EBENDA, S. 194). Qualitative Interviews ermöglichen Handlungsmotive in einer offenen Form zu erfragen sowie Alltagsvorstellungen und -theorien differenziert und offen zu erheben (vgl. HOPF 2013, S. 350; LAMNEK 2010, S. 316).

Bevor die eigentlichen Interviews durchgeführt werden konnten, sprach die Autorin über verschiedene Strategien potentielle Interviewpartnerinnen und -partner an. Zu den Strategien zählten Annoncen (Auslage von Handzetteln im russischen Lebensmittelgeschäft und in einer Merziger Arztpraxis, die viele (Spät-)Aussiedlerinnen/(Spät-)Aussiedler aufsuchen, Anzeige im evangelischen Gemeindebrief, Gatekeeper (Leitung von zwei Frauengruppen, Vorsitzender eines Sportvereins, Vorsitzende von zwei Kulturvereinen, Sozialarbeiter in einem Wohngebiet, in dem viele (Spät-)Aussiedlerinnen/(Spät-)Aussiedler leben, Geschäftsführung der AG Altenhilfe Merzig e. V., Personalabteilungen zweier Unternehmen)) und Schneeballverfahren. Bei MATTISSEK ET AL. (2013, S. 189-191) findet sich eine detaillierte Beschreibung der genannten Strategien. Insgesamt gestaltete sich das Finden von Gesprächspartnerinnen und -partnern schwierig, da viele der angesprochenen Personen, vor allem unter den Männern, ein Interview verweigerten. Gründe für die Nichtteilnahme waren unter anderem Zeitmangel, Befürchtungen „etwas Falsches“ zu sagen, unangenehmes Thema und/oder fehlendes Interesse. Diese Schwierigkeit, Interviewpartner zu finden, wurde bereits von anderen Autorinnen und Autoren beschrieben, so zum Beispiel von FRANK (2011, S. 61), HOFMANN ET AL. (1992, S. 24) und SOSNOVSKAYA (2008, S. 224).

Nach WITZEL (2000, o. S.) werden Befragte im Rahmen des problemzentrierten Interviews als Expertinnen und Experten ihrer Orientierungen und Handlungen begriffen. „Die Problemzentrierung kennzeichnet die Orientierung an einer gesellschaftlich relevanten Problemstellung“ (EBENDA), wobei in dieser Arbeit eher von Frage- als von Problemstellung gesprochen werden soll (vgl. MATTISSEK ET AL. 2013, S. 167). Die Autorin führte die Interviews auf der Grundlage des Leitfadens, der als Gedächtnisstütze und Orientierungsrahmen diene und der die Vergleichbarkeit der Interviews sicherte (vgl. WITZEL 2000, o. S.) durch. Des Weiteren kamen die folgenden, von WITZEL (2000, o. S.) vorgeschlagenen Instrumente, zum Einsatz: der Kurzfragebogen zur Ermittlung von soziodemographischen und sozioökonomischen Daten, das Tonbandgerät zur Aufnahme der Interviews und die Erstellung von Postskripten.

Nach FLICK (2010, S. 213) erfolgt die Auswertung problemzentrierter Interviews häufig anhand der qualitativen Inhaltsanalyse. Damit mit der Auswertung jedoch begonnen werden kann, müssen die Interviews in schriftlicher Form vorliegen, d. h. sie müssen transkribiert werden (vgl. EBENDA, S. 379; MATTISSEK ET AL. 2013, S. 192).

Transkription der Interviews

Es existieren verschiedene Transkriptionsvarianten, die sich im Hinblick auf Zeitaufwand, Lesbarkeit und Authentizität teilweise stark unterscheiden (vgl. MATTISSEK ET AL. 2013, S. 192-195). Da in der vorliegenden Arbeit vor allem die Sachinhalte und nicht die sprachlichen Äußerungen von Interesse sind, wurden die Interviews wörtlich transkribiert, wobei eine

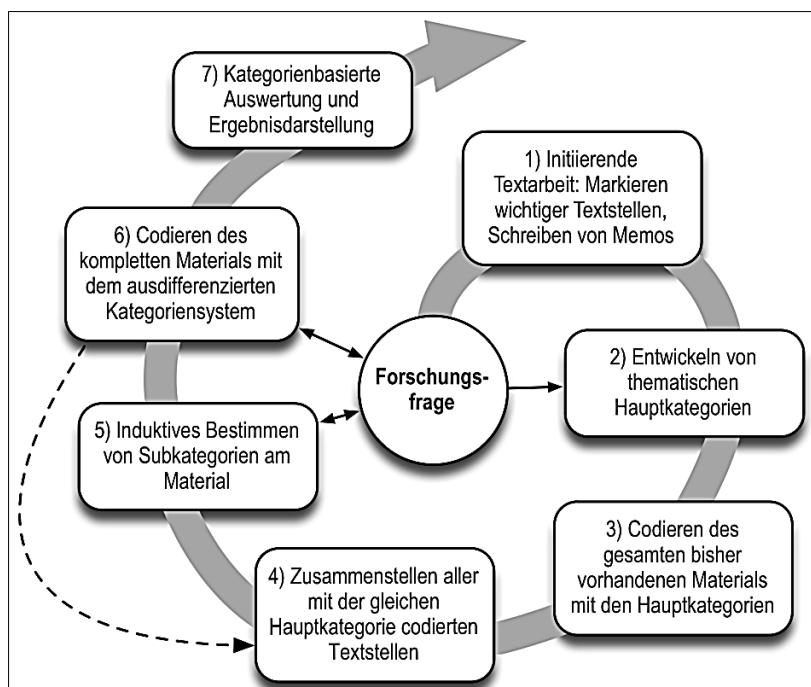
Annäherung an das Schriftdeutsch stattfand (vgl. KUCKARTZ 2014, S. 136). Die Kurzfragebogen-Antworten der Interviewten wurden stichwortartig transkribiert. Die Transkription der Interviews fand in Anlehnung an die vorgeschlagenen Regeln von DRESING ET AL. (2013, S. 21-23) und KUCKARTZ (2014, S. 136) statt. Des Weiteren wurden die Interviews mithilfe der Software f4 transkribiert.

Interviewauswertung (Qualitative Inhaltsanalyse) & Ergebnisdarstellung

Nach der Transkription der Interviews, fand deren Auswertung anhand der qualitativen Inhaltsanalyse statt. Das Ziel der qualitativen Inhaltsanalyse besteht darin, „Material, das aus irgendeiner Art von *Kommunikation* stammt [zu analysieren]“ (MAYRING 2015, S. 11; Hervorhebung im Original). Dabei findet diese Methode häufig dann Anwendung, wenn, wie in dieser Arbeit geschehen, subjektive Sichtweisen analysiert werden (vgl. Flick 2010, S. 416).

Im Hinblick auf die qualitative Inhaltsanalyse werden verschiedene Varianten des Verfahrens unterschieden, „die“ qualitative Inhaltsanalyse existiert also nicht (vgl. SCHREIER 2014, o. S.). Eine Übersicht der verschiedenen Varianten gibt zum Beispiel SCHREIER (2014, o. S.). Eine der Varianten stellt die inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse dar, deren Ziel es ist, „am Material ausgewählte inhaltliche Aspekte zu identifizieren, zu konzeptualisieren und das Material im Hinblick auf solche Aspekte systematisch zu beschreiben“ (EBENDA; vgl. auch MAYRING 2015, S. 103). Die Auswertung der Interviews fand anhand dieser Variante, unter Zuhilfenahme der Software MAXQDA, statt. KUCKARTZ (2014, S. 77-98) schlägt für die inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse folgendes Ablaufmodell vor:

Abbildung 25: Ablaufschema einer inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse



Quelle: KUCKARTZ 2014, S. 78

An dem zuvor dargestellten Ablaufmodell hat sich die Autorin dieser Arbeit orientiert, so dass an dieser Stelle auf eine detaillierte, allgemeine Beschreibung der einzelnen Phasen verzichtet und auf KUCKARTZ (2014, S. 79-98) verwiesen wird. Eine Phasenbeschreibung mit Bezug zu dieser Arbeit findet jedoch statt:

Phase 1 „Initiierende Textarbeit“: Nach der Transkription der Interviews wurden alle Texte, in gedruckter Form, sorgfältig gelesen, dabei wurden wichtige Textstellen markiert und Besonderheiten, Anmerkungen sowie Auswertungsideen schriftlich festgehalten.

Phase 2 „Entwickeln von thematischen Hauptkategorien“: Die Hauptthemen waren bereits bei der Interviewführung leitend, d. h. die thematischen Hauptkategorien wurden deduktiv aus dem Leitfaden, der dieser Arbeit zugrunde lag, entwickelt.

Phase 3 „Erster Codierprozess“: Beim erneuten Lesen der einzelnen Interviews wurden Textabschnitte, d. h. mindestens ein vollständiger Satz bis hin zu mehreren (Ab-)Sätzen, den Hauptkategorien zugewiesen. Dabei fanden auch Zuordnungen einer Textstelle zu mehreren Kategorien statt.

Phase 4 „Zusammenstellung aller mit der gleichen Hauptkategorie codierten Textstellen“ & Phase 5 „Induktives Bestimmen von Subkategorien“: Um die Hauptkategorien des ersten Codierprozesses auszudifferenzieren, wurden von allen Hauptkategorien Text-Retrievals erstellt und nach Excel exportiert. Danach wurden, an dem Material der Hauptkategorien, Subkategorien gebildet.

Phase 6 „Zweiter Codierprozess“: Die Textabschnitte, die in Phase 3 den Hauptkategorien zugeteilt wurden, wurden in einem erneuten Durchgang durch die in der Phase 5 gebildeten Subkategorien codiert und damit verfeinert.

Die Frage, die MEIER KRUKER ET AL. (2005, S. 77; Hervorhebung im Original) aufwerfen, stellte sich der Autorin ebenfalls:

„Oft wird die Frage gestellt, ob eher **nach Fällen**, das heißt meist Personen, Personengruppen oder Personentypen, oder **nach Problembereichen** ausgewertet werden soll.“

Da beides möglich, die Auswertung nach Problembereichen in der Geographie jedoch verbreiteter ist (vgl. EBENDA), erfolgte zuerst eine kategorienbasierte Auswertung der qualitativen Interviews entlang der Hauptthemen der Arbeit, bevor anhand von vier Fallbeispielen die subjektive Sichtweise sowie die Zusammenhänge zwischen den subjektiven Gesundheitsvorstellungen und dem alltäglichen Gesundheitshandeln fokussiert wurden (vgl. KUCKARTZ 2014, S. 94 u. 97). Interviewzitate wurden mit dem Ziel verwendet, um „im Originalton [zu] **zeigen, wie es war**“ (MEIER KRUKER ET AL. 2005, S. 174; Hervorhebung im Original).

Selbstkritisch muss abschließend im Hinblick auf die Datenerhebung angemerkt werden, dass stellenweise vertiefende Nachfragen nützlich gewesen wären. Da die Interviews jedoch erst komplett erhoben, dann transkribiert und ausgewertet wurden, fiel dies erst auf, als die Erhebungsphase abgeschlossen war. RUMPELSBERGER (2012, S. 175) schreibt hierzu:

„Letztlich ist man [...] hinterher immer klüger als zuvor, und solche Situationen werden nie ganz vermeidbar sein.“

5.2 Beschreibung der Untersuchungsgruppe

Insgesamt fanden im Rahmen dieser Arbeit 34 Interviews statt. Aus verschiedenen Gründen (Umstellung des Leitfadens nach dem ersten Interview (1); schlechte Tonqualität (1), Nicht-Erfüllung des Merkmals ständiger Wohnsitz in Merzig (2) und schlechte Deutschkenntnisse (2)) wurden in die Auswertung jedoch nur 28 Interviews einbezogen. Davon stimmten 27 Personen der Aufzeichnung des Interviews zu, ein Mann verweigerte die Aufnahme.

Im Hinblick auf die Geschlechterverteilung der Untersuchungsgruppe dominiert das weibliche Geschlecht: Der Anteil der befragten Frauen liegt bei 60,7 % (17 Personen), damit sind Männer, deren Anteil 39,3 % beträgt (11 Personen), unterrepräsentiert (siehe Kapitel 5.1).

Von den 28 befragten Personen sind acht Personen als Aussiedlerinnen bzw. Aussiedler nach Deutschland gekommen. Die übrigen 20 Personen sind ab dem Jahr 1993 und demnach als Spätaussiedlerinnen bzw. Spätaussiedler eingereist. Neun der 28 Personen sind nicht direkt nach Merzig gekommen, sondern haben nach ihrer Ankunft in Deutschland zuerst an einem anderen Ort gelebt. Unterschiedliche Gründe veranlassten diese Personen nach Merzig zu ziehen: bessere Anbindung an das Verkehrs- und/oder Gesundheitssystem, Arbeitsstelle in Merzig, Ehemann lebte in Merzig und Wunsch in der Nähe der Verwandtschaft zu wohnen. Die Personen, die direkt nach Merzig kamen, wurden zugewiesen. Die Mehrheit dieser Personen hatte Verwandtschaft in Merzig bzw. im Saarland.

Die Interviewten waren bei ihrer Einreise nach Deutschland im Durchschnitt 31,4 Jahre alt. Sieben Personen hatten bei ihrer Einreise noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet, zwei Befragte waren zwischen 18 und 24 Jahren, 14 Personen zwischen 25 und 44 Jahren und fünf Befragte waren zwischen 45 und 61 Jahren alt. Zum Zeitpunkt der Befragungen lebten die Personen seit durchschnittlich 17,9 Jahren in Deutschland, die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Merzig betrug 16,3 Jahre.

Das Durchschnittsalter der Untersuchungsgruppe liegt bei 49 Jahren. Die jüngste Person war zum Zeitpunkt der Befragung 24 Jahre alt, die Älteste 83 Jahre. Eine Person war zum Befragungszeitpunkt jünger als 25 Jahre, acht Interviewte waren zwischen 25 und 44 Jahren alt, 13 Personen zwischen 45 und 64 Jahren alt und sechs Befragte waren älter als 65 Jahre.

Zum Zeitpunkt der Befragung gaben 20 Personen an, verheiratet zu sein und drei Personen gaben an, ledig zu sein. Geschieden waren zwei Interviewte, ebenso waren zwei Befragte verwitwet. Eine Person lebte in einer Lebensgemeinschaft. Die durchschnittliche Anzahl der Kinder beträgt in der Untersuchungsgruppe 1,75 Kinder. 19 Personen gaben an zwei Kinder zu haben, vier Befragte hatten noch keine Kinder, drei Personen hatten drei Kinder und zwei Interviewte gaben an, ein Kind zu haben.

In der Untersuchungsgruppe haben 19 Personen ihren Schulabschluss in einem Nachfolgestaat der ehemaligen Sowjetunion bzw. in einer Unionsrepublik der UdSSR erworben. Von diesen 19 Personen gaben 16 Befragte an, einen mittleren Bildungsabschluss (vergleichbar mit deutschem Abitur) zu besitzen; zwei Interviewte haben einen Abschluss des Sekundarbereichs I (vergleichbar mit deutschem Hauptschulabschluss) und eine weitere Person gab an, die 6. Klasse beendet zu haben. Von den sieben Personen, die ihren Schulabschluss in Deutschland gemacht haben, besitzen drei Befragte die Fachhochschulreife, drei weitere Interviewte den mittleren Bildungsabschluss und eine Person den Hauptschulabschluss. Eine Person gab an, keinen Schulabschluss zu besitzen, da sie zu Zeiten des Zweiten Weltkrieges schulpflichtig war. Eine weitere Person machte keine Angaben zum Schulabschluss.

Im Hinblick auf den höchsten Berufsabschluss ergibt sich ein sehr heterogenes Bild. 21 der 28 befragten Personen geben an, einen Berufsabschluss zu besitzen. Zu den Abschlüssen zählen unter anderem Chemie- und Biologielehrerin, Grundschullehrerin, Sportlehrerin bzw. Sportlehrer, Lehrerin für russische Sprache, Lebensmitteltechnikerin, Fernseh- und Radiomechanikerin, Bauingenieurin bzw. Bauingenieur, Sekretärin, Chorleiterin, Gesundheits- und Krankenpflegerin, Kauffrau im Groß- und Außenhandel, Ökonomin, Sport- und Fitnesskauffrau, Buchhalterin, Zerspanungsmechaniker, LKW-Fahrer und Landwirtschaftsmechaniker. Von diesen 21 Personen haben 16 Befragte ihren Berufsabschluss in einem Nachfolgestaat der ehemaligen UdSSR bzw. in einer Unionsrepublik der Sowjetunion erworben, während die übrigen fünf Interviewten ihren Berufsabschluss in Deutschland machten. Drei der befragten Personen gaben zum Befragungszeitpunkt an, sich in einer Ausbildung zu befinden, vier Befragte besitzen keinen Berufsabschluss. Von den 16 Personen, die ihren Berufsabschluss nicht in Deutschland erworben haben, befanden sich zum Zeitpunkt der Befragung fünf Personen in Rente, fünf Interviewte waren in einem Bereich tätig, der nicht ihrer Ausbildung entsprach, drei Befragte übten einen Beruf aus, der ihrer Ausbildung entsprach, zwei Befragte waren nicht erwerbstätig und eine Person war arbeitslos. Von den fünf Personen, die ihren Berufsabschluss in Deutschland erworben haben, waren alle in ihren erlernten Berufen tätig.

Eine detaillierte Übersicht der zuvor beschriebenen Merkmale für jede befragte Person, findet sich in Tabelle 19 sowie in Tabelle 20.

Tabelle 19: Auswahl demographischer und sozioökonomischer Merkmale der befragten (Spät-)Aussiedler/innen

Kürzel ⁴¹	Alter bei Befragung	Geburtsland	Jahr der Einwanderung	Alter bei Einwanderung	Familienstand	Anzahl Kinder	höchster Schulabschluss	Land des Erwerbs	höchster Berufsabschluss	Land des Erwerbs	derzeitiger Beruf bzw. Arbeitsbereich
F2	52 J.	Russland	1993	34 J.	verheiratet	2	Mittlerer Bildungsabschluss ¹	Russland	Lebensmitteltechnikerin	Russland	Kassiererin
F3	49 J.	Russland	2000	36 J.	verheiratet	2	Mittlerer Bildungsabschluss ¹	Russland	Fernseh- und Radiomechanikerin; Sekretärin	Russland	Buchführung
F5	48 J.	Russland	1996	31 J.	verheiratet	2	Mittlerer Bildungsabschluss ¹	Russland	Chemie- und Biologielehrerin	Russland	Pflege
F7	67 J.	Russland	1996	50 J.	verheiratet	3	Mittlerer Bildungsabschluss ¹	Russland	Chorleiterin	Russland	Rentnerin
F8	69 J.	Russland	1998	53 J.	geschieden	1	hat die 6. Klasse beendet	ehem. UdSSR	Stuckateurin, Malerin, Fliesenlegerin	ehem. UdSSR	Rentnerin
F9	54 J.	Russland	1991	31 J.	verheiratet	2	Mittlerer Bildungsabschluss ¹	ehem. UdSSR	Gesundheits- und Krankenpflegerin	Deutschland	Gesundheits- und Krankenpflegerin
F10	76 J.	Russland, heute Ukraine	1996	59 J.	verheiratet	2	Mittlerer Bildungsabschluss ¹	Russland	Grundschullehrerin	Russland	Rentnerin
F11	63 J.	Kasachstan	1991	42 J.	verwitwet	2	Mittlerer Bildungsabschluss ¹	Kasachstan	Ökonomin	Kasachstan	arbeitslos

⁴¹ Die Kennzeichnung der befragten Personen erfolgt nach dem Interviewdatum, dabei steht F für Frau und M für Mann. Bei den fehlenden Kürzeln (F1, F4, F6, F17, F19, M9) handelt es sich um die Personen, die aus unterschiedlichen Gründen nicht in die Auswertung einbezogen wurden (siehe oben).

Kürzel ⁴¹	Alter bei Befragung	Geburtsland	Jahr der Einwanderung	Alter bei Einwanderung	Familienstand	Anzahl Kinder	höchster Schulabschluss	Land des Erwerbs	höchster Berufsabschluss	Land des Erwerbs	derzeitiger Beruf bzw. Arbeitsbereich
F12	52 J.	Russland	1991	30 J.	geschieden	1	Mittlerer Bildungsabschluss ¹	Russland	keinen Abschluss		krank geschrieben
F13	25 J.	Kasachstan	2002	15 J.	verheiratet	2	Hauptschulabschluss	Deutschland	befindet sich in Ausbildung		
F14	50 J.	Russland	1998	36 J.	verheiratet	2	Mittlerer Bildungsabschluss ¹	Russland	Lehrerin für russische Sprache	Russland	Logistik/Verpackung
F15	29 J.	Russland	2003	18 J.	verheiratet	2	Fachhochschulreife	Deutschland	Kauffrau im Groß- und Außenhandel	Deutschland	Kauffrau im Groß- und Außenhandel
F16	83 J.	Russland	1991	61 J.	verwitwet	3	keinen Abschluss (Krieg)		keinen Abschluss		Rentnerin
F18	53 J.	Russland	2003	43 J.	verheiratet	2	Mittlerer Bildungsabschluss ¹	Russland	Bauingenieurin	Russland	Hausfrau
F20	28 J.	Russland	1994	9 J.	ledig	keine	Fachhochschulreife	Deutschland	Gesundheits- und Krankenpflegerin	Deutschland	Gesundheits- und Krankenpflegerin
F21	30 J.	Kasachstan	1995	12 J.	Lebenspartnerschaft	keine	Mittlerer Bildungsabschluss	Deutschland	Köchin; Sport- und Fitnesskauffrau	Deutschland	Sport- und Fitnesskauffrau; Gastronomie
F22	46 J.	Kasachstan	1997	30 J.	verheiratet	2	Mittlerer Bildungsabschluss ¹	Kasachstan	Buchhalterin; Sportlehrerin	Kasachstan	Hausfrau
M1	40 J.	Kasachstan	1993	21 J.	verheiratet	2	Mittlerer Bildungsabschluss ¹	Kasachstan	Sportlehrer	Kasachstan	Sporttherapeut
M2	75 J.	Russland, heute Ukraine	1994	57 J.	verheiratet	2	k. A.	k. A.	Chauffeur	Russland	Rentner

Kürzel ⁴¹	Alter bei Befragung	Geburtsland	Jahr der Einwanderung	Alter bei Einwanderung	Familienstand	Anzahl Kinder	höchster Schulabschluss	Land des Erwerbs	höchster Berufsabschluss	Land des Erwerbs	derzeitiger Beruf bzw. Arbeitsbereich
M3	51 J.	Russland	1998	37 J.	verheiratet	2	Mittlerer Bildungsabschluss ¹	Russland	Lehrer für allgemeine technische Disziplin	Russland	CNC-Bediener
M4	33 J.	Kasachstan	1992	12 J.	verheiratet	2	Mittlerer Bildungsabschluss	Deutschland	Zerspanungsmechaniker	Deutschland	Zerspanungsmechaniker
M5	24 J.	Kasachstan	1991	2 J.	ledig	keine	Mittlerer Bildungsabschluss	Deutschland	Ausbildung zum Zerspanungsmechaniker		Ausbildung
M6	25 J.	Kasachstan	1997	9 J.	ledig	keine	Fachhochschulreife	Deutschland	Studium Wirtschaftsingenieurwesen		Studium
M7	45 J.	Kasachstan	1996	27 J.	verheiratet	2	Mittlerer Bildungsabschluss ¹	Russland	LKW-Fahrer Ausbildung	Russland	Baugewerbe
M8	46 J.	Kasachstan	1992	25 J.	verheiratet	2	Abschluss Sekundarbereich I ²	Kasachstan	keinen Abschluss		Baugewerbe
M10	35 J.	Russland	1994	15 J.	verheiratet	2	Abschluss Sekundarbereich I ²	Kasachstan	keinen Abschluss		Automobilindustrie
M11	61 J.	Kasachstan	1993	40 J.	verheiratet	3	Mittlerer Bildungsabschluss ¹	Kasachstan	Industrie- und Zivilbau (Studium)	Kasachstan	Baugewerbe
M12	66 J.	Kasachstan	1991	43 J.	verheiratet	2	Mittlerer Bildungsabschluss ¹	Russland	Landwirtschaftsmechaniker; Pädagoge	Russland	Rentner

Quelle: eigene Erstellung, ¹ mittlerer Bildungsabschluss ist vergleichbar mit Abitur; ² Abschluss Sekundarbereich I ist vergleichbar mit Hauptschulabschluss

Tabelle 20: Angaben zur Wohnsituation der befragten (Spät-)Aussiedler/innen

Kürzel	Wohnform	wohnt zusammen mit ...	Wohnort in Herkunftsland	seit ... Wohnsitz in Merzig	Entscheidungsgründe für Merzig
F2	Eigentumswohnung	Ehemann	verschiedene Orte	1995	k. A.
F3	Haus zur Miete	Ehemann und jüngstem Sohn	Stadt (mehr als 500.000 Einwohner)	2003	k. A.
F5	eigenes Haus	Ehemann	Dorf	1996	Zuweisung
F7	Mietwohnung	Ehemann	Dorf	1996	Zuweisung
F8	Mietwohnung	wohnt alleine	k. A.	2007	k. A.
F9	eigenes Haus	Ehemann; Eltern leben in Einliegerwohnung	Dorf	1991	Krankheit der Mutter
F10	eigenes Haus bzw. Haus der Tochter	Ehemann und Tochter	Dorf	1996	Zuweisung
F11	Wohnung im Haus der Söhne	wohnt alleine	Dorf	1991	Zuweisung (Verwandtschaft in Merzig)
F12	Mietwohnung	wohnt alleine	Millionenstadt	1991	Zuweisung
F13	Mietwohnung	Ehemann und Kindern	Dorf und Stadt	2007	Ehemann lebte in Merzig
F14	eigenes Haus	Ehemann	Dorf	1998	Zuweisung
F15	eigenes Haus	Ehemann und Töchtern	k. A.	2006	bessere Verkehrsanbindung
F16	Mietwohnung	wohnt alleine	Dorf	1991	Zuweisung (Verwandtschaft in Merzig)
F18	Mietwohnung	Ehemann	kleine Stadt	2006	bessere Anbindung an Ärzte, Frau war krank

F20	Mietwohnung	wohnt alleine	Dorf	1994	Zuweisung (Verwandtschaft in Merzig)
F21	eigenes Haus	Freund	Dorf	2013	bessere Verkehrsanbindung
F22	Eigentumswohnung	Ehemann und Kindern	Dorf	1998	komplette Verwandtschaft lebte schon in Merzig
M1	eigenes Haus	Ehefrau und Tochter; Schwiegereltern leben in Einliegerwohnung	Dorf	1993	k. A.
M2	Mietwohnung	Ehefrau	Dorf	1994	k. A.
M3	eigenes Haus	Ehefrau	Dorf	1998	Zuweisung
M4	eigenes Haus	Ehefrau und Kindern	Dorf	1993	Zuweisung (Verwandtschaft in Merzig)
M5	eigenes Haus	Eltern und Großmutter; Bruder und Schwester haben eigene Wohnungen im Haus	Dorf	1991	Zuweisung (Verwandtschaft in Merzig)
M6	Eigentumswohnung	Eltern	Stadt	1997	Zuweisung (Verwandtschaft in Merzig)
M7	Mietwohnung	Ehefrau und Kindern	Dorf	1996	Zuweisung (Verwandtschaft in Merzig)
M8	eigenes Haus	Ehefrau und Kinder; Mutter und Schwester leben in Einliegerwohnung	k. A.	1992	Zuweisung (Verwandtschaft in Merzig)
M10	eigenes Haus	Ehefrau und Kindern	Vorort von großer Stadt	1994	Zuweisung (Verwandtschaft in Merzig)
M11	eigenes Haus	Ehefrau und Sohn	Dorf	1993	Zuweisung (Verwandtschaft in Merzig)
M12	eigenes Haus	Ehefrau und Tochter	Dorf	1995	Arbeit in Merzig gefunden

Quelle: eigene Erstellung

6 Das Setting „Kreisstadt Merzig“⁴²

Die Kommune „Kreisstadt Merzig“, betrachtet als Setting, stellt eine räumliche Einheit dar, in der Individuen im Alltag Gesundheit herstellen und aufrechterhalten. Wie in Kapitel 3.2.1 dargestellt, können verschiedene Aspekte einer Kommune die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten/-handeln von Personen positiv und negativ beeinflussen. Als Setting ist die Kreisstadt Merzig aus zwei Gründen besonders interessant: Zum einen liegt sie in einer ländlich geprägten Region und zum anderen verfügt sie als Mittelzentrum über ein bestimmtes Angebot an Einrichtungen aus dem Gesundheitsbereich. Sowohl die Nähe zur Natur als auch die Nähe zu medizinischen und pflegerischen Einrichtungen gelten als gesundheitsfördernd (vgl. CLAßEN ET AL. 2010, S. 43-44). Im Nachfolgenden wird das Setting „Kreisstadt Merzig“, unter den für diese Arbeit relevanten Gesichtspunkten, näher beschrieben.

Im Jahr 1974 erfolgte im Rahmen der saarländischen Gebiets- und Verwaltungsreform die Zusammenlegung der Stadt Merzig mit 16 Umlandgemeinden (Ballern, Besseringen, Bietzen, Brotdorf, Büdingen, Fitten, Harlingen, Hilbringen, Mechern, Menningen, Merchingen, Mondorf, Schwemlingen, Silwingen, Weiler und Wellingen) zur heutigen Kreisstadt Merzig (vgl. KREISSTADT MERZIG 1994, S. 30; KREISSTADT MERZIG 2015I, o. S.). Auf der Website der KREISSTADT MERZIG (2015I, o. S.) heißt es hierzu:

„Die hierdurch entstandene Vielfalt und Lebendigkeit war eine wichtige Voraussetzung für die positive Entwicklung, die die Stadt in den folgenden drei Jahrzehnten und vor allem in den letzten Jahren genommen hat. Von Anfang an war es dabei wichtig, nicht nur das Zusammenwachsen der neuen Kreisstadt Merzig zu einer funktionierenden Einheit voranzutreiben, sondern auch die Individualität und die Eigenart der einzelnen Stadtteile zu erhalten, die den besonderen Charme und die hohe Lebensqualität Merzigs ausmacht.“

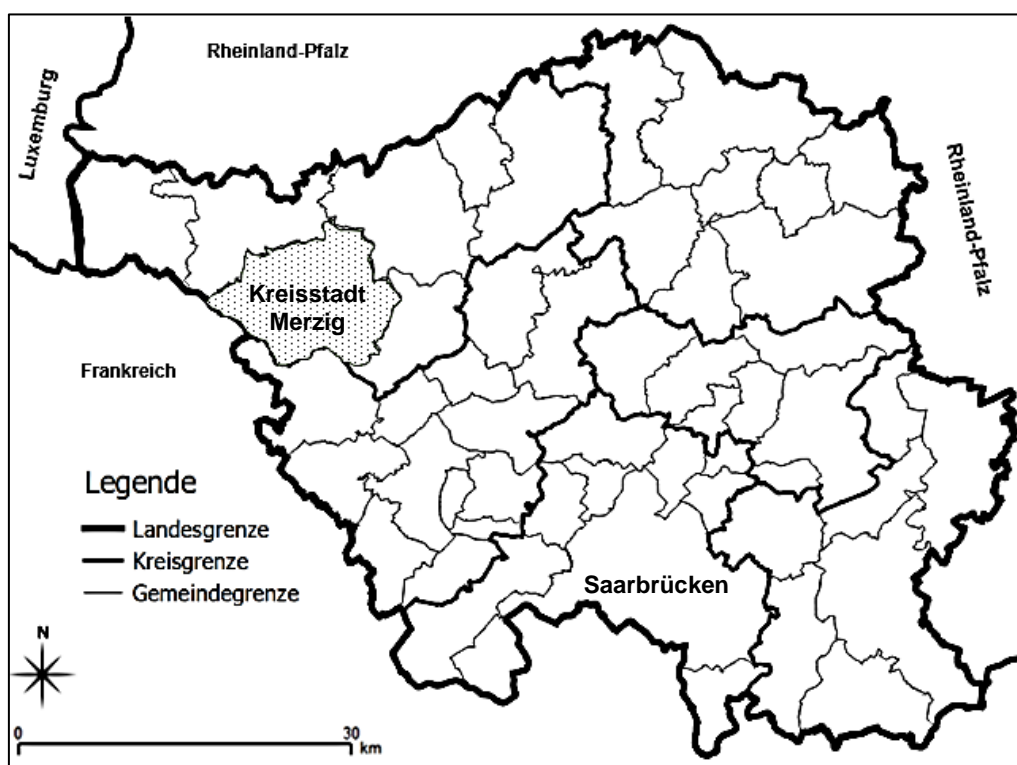
In der Kreisstadt Merzig, dem Versorgungszentrum für insgesamt rund 80.000 Menschen, befinden sich sowohl der Sitz der Kreisverwaltung als auch der Sitz der Stadtverwaltung. Ferner gibt es in dem Mittelzentrum ein vielfältiges Angebot an allgemeinbildenden Schulen, sonstigen Bildungseinrichtungen (z. B. Stadtbibliothek, Volkshochschule des Landkreises) sowie Freizeit- und Tourismusmöglichkeiten (u. a. Das BAD, Naturbad Heilborn, Zeltpalast, Kletterhafen, Wolfspark Werner Freund, B-Werk Besseringen). Vor allem im Hinblick auf Kulturveranstaltungen nimmt Merzig, „die heimliche Kulturhauptstadt“ des Saarlandes, eine Spitzenposition ein. (vgl. KREISSTADT MERZIG 2015b, o. S.; KREISSTADT MERZIG 2015c, o. S.).

Die Kreisstadt Merzig liegt im Nordwesten des Saarlandes, in unmittelbarer Nähe zu Frankreich und Luxemburg, „in einer länglich gestreckten Talauflage der Saar“ (KREISSTADT MERZIG

⁴² Teile der Kapitel stammen aus der Diplomarbeit der Autorin, diese wurden aktualisiert und ergänzt.

2015d, o. S.; siehe auch Abbildung 26). Die Saar teilt das Stadtgebiet in zwei Hälften. In einer Entfernung von je 50 Kilometern befinden sich die Oberzentren Trier (Rheinland-Pfalz) nördlich und Saarbrücken südöstlich von Merzig. Das Stadtgebiet ist insgesamt 10.881 ha groß, wobei die Ausdehnung von Norden nach Süden 9 km und von Westen nach Osten 12 km beträgt. Die Landwirtschafts-, Wald- und Wasserflächen stellen zusammen 81,0 % der Stadtfläche dar, wodurch Merzig zu einer „grünen und blauen“ Stadt wird. Diese Tatsache thematisierten auch befragte Personen: „[...] Also Merzig ist für mich halt eine grüne Stadt, so gesehen“ (M4, Abs. 173) oder „[...] So Merzig ist eigentlich ganz gut, weil es hat keine so große Betriebe, keinen Stau. Das ist wie grüne Zone kann man sagen. Merzig ist so sauber. [...]“ (M3, Abs. 100). (vgl. Kreisstadt Merzig 1994, o. S.; KREISSTADT MERZIG 2015d, o. S.; STATISTISCHES AMT SAARLAND 2014, S. 14-15)

Abbildung 26: Lage der Kreisstadt Merzig



Quelle: eigene Erstellung

6.1 „Stadtgrün“ und „Stadtblau“

Grün- und Wasserflächen einer Stadt, auch als „Stadtgrün“ und „Stadtblau“ bezeichnet, stellen eine wichtige Gesundheitsressource dar (vgl. CLAßEN ET AL. 2010, S. 44), von der die Kreisstadt Merzig relativ viel besitzt (siehe Kapitel 6). Sieben Naturschutzgebiete mit einer Gesamtfläche von 193 ha (1,8 % der gesamten Stadtfläche) liegen zum Beispiel im Bereich der Kreisstadt (vgl. KREISSTADT MERZIG 2015e, o. S.). Des Weiteren liegt Merzig mit seinem gesamten

Stadtgebiet im Naturpark Saar-Hunsrück (vgl. AMTSBLATT DES SAARLANDES 2007, o. S.; KREISSTADT MERZIG 2015f, o. S), dessen Schutzzweck wie folgt beschrieben wird:

„Im Naturpark soll die zur Erholung der Bevölkerung und für naturverbundenen Tourismus hervorragend geeignete Mittelgebirgslandschaft mit ihren die Landschaft prägenden Merkmalen, wie ausgedehnte Laubmischwälder, vielfältig strukturierte Agrarlandschaften mit Grünland in den Auen, naturnahen Bachläufen und lebendigen Dörfern und Siedlungen erhalten, gepflegt und entwickelt werden.“
(AMTSBLATT DES SAARLANDES 2007)

Eine typische Landschaftsform, die das Erscheinungsbild der Kreisstadt Merzig prägt, sind die Streuobstwiesen, die eine Gesamtfläche von ca. 850 bis 950 ha des Stadtgebietes einnehmen und die zu über 50 % aus Apfelbäumen bestehen (vgl. KREISSTADT MERZIG 2015g, o. S.; KREISSTADT MERZIG 2015h, o. S.). Vor diesem Hintergrund trägt die Gegend auch den Namen „Merziger Äppelkischd“ (vgl. KREISSTADT MERZIG 1994, S. 151). Zum Beispiel stehen an den Hängen des Nackberges ca. 3.500 bis 4.000 Apfelbäume. In diesem Gebiet, am Rande des Naturschutzgebietes Nackberg, befindet sich ein NABU-Apfelsortengarten, der öffentlich zugänglich ist (vgl. KREISSTADT MERZIG 2015h, o. S.).

Eine weitere Grünfläche, inmitten der Kreisstadt, stellt der Merziger Stadtpark dar. Einen Augenblick der Ruhe und der Entspannung können Besucherinnen und Besucher an der Saline, im Kneipp-Becken, beim „einfachen“ Spaziergang durch den Park, am Brunnen mit der riesigen Wasserfontaine, auf den zahlreichen Sitzgelegenheiten, auf dem Bouleplatz, an bzw. auf den Spielplätzen oder auf dem Seniorenfitnessparcour finden. Sowohl in der Saline als auch im Kneipp-Becken „fließt“ das Bietzener Heilwasser, das 5.000 bis 10.000 Jahre alt ist. Durch eine Unterführung gelangen Besucherinnen und Besucher des „Stadtgrüns“ direkt zur nahe gelegenen Saar, dem „Stadtblau“, um dort die Nähe zum Wasser zu genießen. (vgl. KREISSTADT MERZIG 2015j, o. S.)

Insgesamt fließen auf ca. 73 Kilometern 33, sehr verschiedene Gewässer durch das Stadtgebiet: Von der Saar (Bundeswasserstraße) bis hin zu gelegentlich fließenden Rinnsalen. Die Gewässer bilden zum einen wichtige Lebensräume für Tiere und Pflanzen, zum anderen stellen sie auch Erholungsräume für Menschen dar. Neben den fließenden Gewässern bilden zum Beispiel 22 Weiher, auf einer Gesamtfläche von 54 ha, das Kiesweihergebiet Besseringen-Schwemlingen, das südlich des Schwemlinger Saartalms liegt und das auf einem Rundweg teilweise erkundet werden kann. (vgl. KREISSTADT MERZIG 2015i, o. S.)

6.2 Gesundheitseinrichtungen und -angebote

Als Mittelzentrum verfügt die Kreisstadt Merzig über ein umfangreiches Angebot an Einrichtungen aus dem Gesundheitsbereich. Auf der Internetseite heißt es hierzu:

„Die medizinische Grundversorgung in Merzig lässt kaum Wünsche offen. Neben den rund 20 Ärzten und Ärztinnen der Allgemeinmedizin haben sich aufgrund der zentralen Funktion der Kreisstadt Merzig zahlreiche unterschiedliche Fachpraxen und Spezialisten/innen (40 Fachärzte/innen) hier niedergelassen. Zahnmediziner/innen (18 Praxen), Heilpraktiker/innen, Fachkräfte der psychosozialen Beratung und der Psychotherapie, Hebammen, das Gesundheitsamt des Landkreises Merzig-Wadern, Ergo- und Physiotherapeuten/innen, Pflegedienste, Krankenkassengeschäftsstellen, Ernährungsberatung und Veterinärmediziner/innen einerseits sowie Apotheken (11) und Reform- und Sanitätshäuser andererseits runden das Bild ab. Das Schwerpunkt-Krankenhaus Merzig der saarländischen SHG-Kliniken mit seinem anerkannten Ruf und seiner breiten Ausrichtung führt die medizinische Grundversorgung in Merzig fort. Die Präsenz dieser modernen Klinik mit ihren Hauptabteilungen und Belegärzten/innen haben schon viele Bürgerinnen und Bürger schätzen gelernt.“ (KREISSTADT MERZIG 2015k, o. S.)

Von besonderem Interesse für diese Arbeit sind russischsprachige Angebote im Gesundheitsbereich. Eine Recherche (Stand 13.01.2016) auf der Internetseite der kassenärztlichen Vereinigung des Saarlandes⁴³ ergab folgendes Bild: Russisch wird in zwei Arztpraxen der Allgemeinmedizin und in jeweils einer Praxis der Frauenheilkunde und Geburtshilfe, der Inneren Medizin, der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde sowie der Nervenheilkunde gesprochen.

Neben den „klassischen“ Gesundheitseinrichtungen, stehen in der Kreisstadt weitere Gesundheitsangebote zur Verfügung, so zum Beispiel das Merziger Sport-, Freizeit- und Gesundheitsbad „Das BAD“ sowie Massage-, Fitness- und Sportstudios (vgl. KREISSTADT MERZIG 2015k, o. S.). Des Weiteren bieten Träger der Erwachsenenbildung (u. a. die CEB Akademie, das „Haus der Familie“ Merzig e. V. und die Volkshochschule im Landkreis Merzig-Wadern e. V.) Kurse, Vorträge etc. zum Thema Gesundheit an (vgl. CEB AKADEMIE o. J.; KATHOLISCHE FAMILIENBILDUNGSSTÄTTE „HAUS DER FAMILIE“ MERZIG E.V. o. J.; VOLKSHOCHSCHULE IM LANDKREIS MERZIG-WADERN E. V. o. J.). Im Bereich Gesundheitsförderung ist zudem die Beteiligung der Kreisstadt Merzig am Programm „Das Saarland lebt gesund“ zu nennen. Das Programm „Das Saarland lebt gesund“ hat zum Ziel, Gesundheitsförderung und Prävention in Kommunen zu intensivieren. Darüber hinaus verfolgt die Kampagne folgende Ziele:

- „Transparenz der vorhandenen Angebote schaffen.
- Bedarfs- und Ist-Stand in jeder Gemeinde analysieren, um Projekte individuell zu planen und zu organisieren.
- Die Bevölkerung durch Informationen und Mitmach-Projekte mobilisieren.

⁴³ Recherche nach „PLZ=66663“ und „Fremdsprache=Russisch“ unter <http://arztsuche.kvsaarland.de/>

- Die Bevölkerung zu aktuellen Gesundheitsthemen aufklären.
- Die unterschiedlichen Akteure vor Ort vernetzen.
- Das Gemeinwesen nachhaltig gesundheitsfördernd gestalten.
- Von den Praxiserfahrungen Anderer profitieren.“ (MINISTERIUM FÜR SOZIALES, GESUNDHEIT, FRAUEN UND FAMILIE o. A., S. 4)

Lenkungsgruppen in den Kommunen koordinieren die Arbeit vor Ort. In der Kreisstadt Merzig kooperieren die CEB Akademie, die KISS - Kindersportschule und der Stadtverband Sport Merzig im Programm miteinander. Im Rahmen von „Projekten und Informationsveranstaltungen werden Prävention und Gesundheitsförderung in allen Lebensbereichen in der Gemeinde zum Thema gemacht“ (MINISTERIUM FÜR SOZIALES, GESUNDHEIT, FRAUEN UND FAMILIE o. A., S. 4).

6.3 Bevölkerungsstruktur

Aktuell erfolgt die Fortschreibung des kommunalen Integrationskonzeptes der Kreisstadt Merzig. In diesem Zusammenhang wertete die Kreisstadt Merzig Daten des Einwohnermeldeamtes aus, die im Nachfolgenden dargestellt werden. Zu beachten ist dabei die Definition der Gruppe der (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler: Während der Mikrozensus nur (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler mit eigener Migrationserfahrung erfasst (siehe Kapitel 2.2.3), erfasst die Kreisstadt Merzig (Spät-)Aussiedlerinnen bzw. (Spät-)Aussiedler (inkl. Familienangehörige) sowohl mit als auch ohne eigene Migrationserfahrung. Darüber hinaus wird im Mikrozensus zwischen (Spät-)Aussiedlerinnen bzw. (Spät-)Aussiedlern aus verschiedenen Herkunftsgebieten (Polen, Rumänien, Gebiet der ehemaligen Sowjetunion) unterschieden, bei den Daten der Kreisstadt Merzig handelt es bei den (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedlern nur um Personen aus der ehemaligen Sowjetunion. Dies ist bei den folgenden Darstellungen zu beachten.

In den 17 Stadtteilen der Kreisstadt Merzig leben 32.019 Personen (Stand 11.11.2015). Von diesen besitzen 6.877 Personen einen Migrationshintergrund, das entspricht einem Anteil von 21,5 % an der Gesamtbevölkerung. Im Vergleich zu Deutschland (20,3 %) und zum Saarland (17,6 %) liegt der Anteil an Personen mit Migrationshintergrund an der Gesamtbevölkerung damit höher, wobei die Daten für Deutschland und für das Saarland aus dem Jahr 2014 stammen (vgl. STATISTISCHES BUNDESAMT 2015d, Tabelle 1_1, eigene Berechnung). Die in Merzig lebenden Personen mit Migrationshintergrund bzw. deren Eltern stammen aus über 100 Herkunftsländern/-regionen. Ähnlich der Situation in Deutschland (siehe Kapitel 2.2.3) stellen ohne Berücksichtigung der Herkunftsländer/-regionen (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler (inkl. Familienangehörige) aus der ehemaligen Sowjetunion mit 1.604 Personen die größte Gruppe unter den Personen mit Migrationshintergrund in Merzig dar.

Unter Berücksichtigung der Herkunftsregionen stellen Personen mit russischem Migrationshintergrund (880 Personen) die größte Migrantengruppe in Merzig dar. Die zweitgrößte Gruppe stellen mit 834 Personen Menschen mit polnischem Migrationshintergrund dar. Die drittgrößte Gruppe stellen Personen mit türkischem Migrationshintergrund (694 Menschen) dar. (vgl. KREISSTADT MERZIG 2015a, o. S.; siehe auch Tabelle 21)

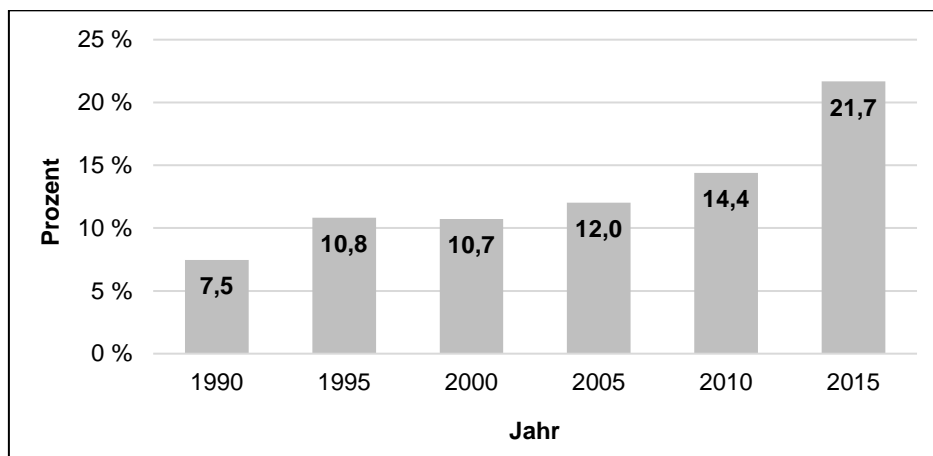
Tabelle 21: Personen mit Migrationshintergrund nach Herkunftsländern/-regionen in der Kreisstadt Merzig (Stand: 11.11.2015)

Herkunftsland/-region	Bevölkerung mit Migrationshintergrund	
	absolut	prozentual
EU-28	2.919	42,4
Polen	834	12,1
Italien	638	9,3
Luxemburg	339	4,9
Frankreich	332	4,8
Rumänien	291	4,2
Sonstiges Europa	2.012	29,3
Russische Föderation	880	12,8
Türkei	694	10,1
Europa gesamt	4.931	71,7
Afrika	158	2,3
Eritrea	68	1,0
Amerika	113	1,6
Asien, Australien und Ozeanien	1.637	23,8
Kasachstan	584	8,5
Syrien	341	5,0
Libanon	188	2,7
Staatenlos, ungeklärt, ohne Angabe	38	0,6
Personen mit Migrationshintergrund gesamt	6.877	100,0
Ausländer	2.774	40,3
Deutsche	4.103	59,7
(Spät-)Aussiedler/innen aus der ehem. UdSSR	1.604	23,3
aus der Russischen Föderation	846	12,3
aus Kasachstan	576	8,4
aus Kirgistan	74	1,1
aus der Ukraine	60	0,9

Quelle: eigene Erstellung nach KREISSTADT MERZIG 2015a

Mit Blick auf den Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund an der Gesamtbevölkerung in der Kreisstadt Merzig lässt sich für die vergangenen 25 Jahre eine positive Entwicklung feststellen. Während im Jahr 1990 7,5 % der Bevölkerung einen Migrationshintergrund besaßen, waren dies 2015 21,7 %. (siehe Abbildung 27)

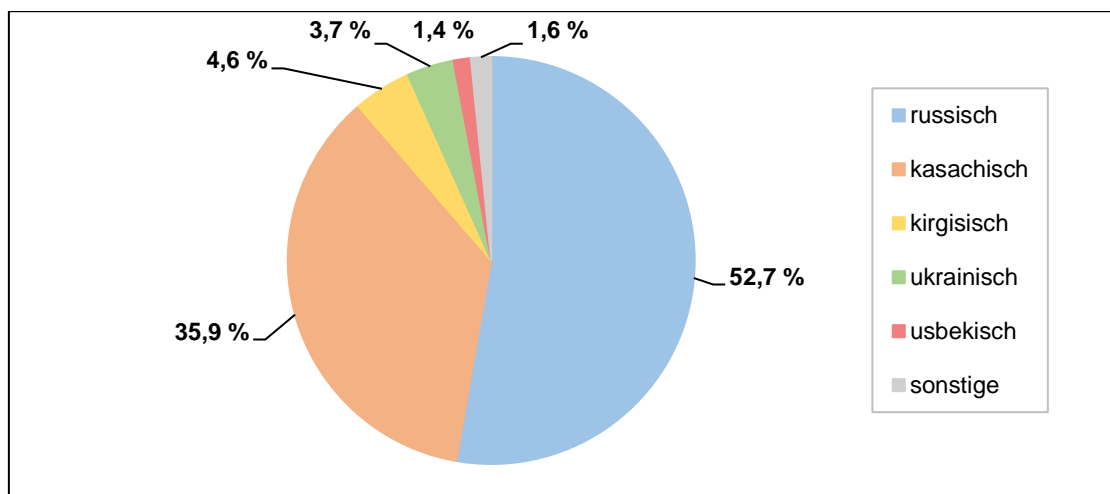
Abbildung 27: Entwicklung des Anteils der Bevölkerung mit Migrationshintergrund in der Kreisstadt Merzig im Zeitraum 1990-2015



Quelle: KREISSTADT MERZIG 2015a; eigene Erstellung

Von den 1.604 (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedlern (inkl. Familienangehörige) aus der ehemaligen Sowjetunion⁴⁴ besitzen 1.548 Personen bzw. 96,5 % die deutsche Staatsangehörigkeit. Insgesamt besitzen knapp 90 % der (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler (inkl. Familienangehörige) einen russischen bzw. kasachischen Migrationshintergrund (siehe Abbildung 28). Dies spiegelt die räumliche Verteilung der deutschen Bevölkerung in der ehemaligen Sowjetunion wider (siehe Tabelle 1).

Abbildung 28: (Spät-)Aussiedler/innen aus der ehemaligen Sowjetunion nach Herkunftsländern/-regionen in der Kreisstadt Merzig (Stand: 11.11.2015)



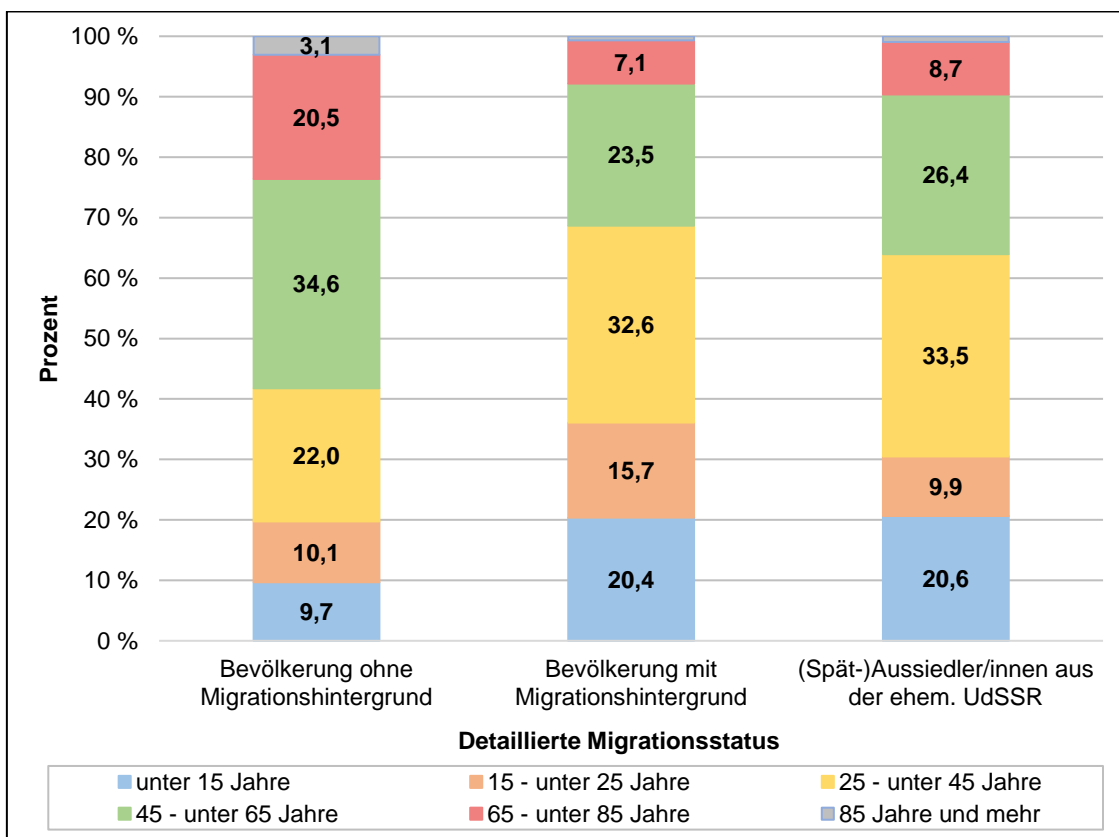
Quelle: KREISSTADT MERZIG 2015a; eigene Erstellung

⁴⁴ Der Zusatz „aus der ehemaligen Sowjetunion“ wird im Folgenden nicht mehr benutzt. Jedoch handelt es sich, wenn nicht anders angegeben, um Personen aus der ehemaligen Sowjetunion/UdSSR.

Knapp drei Viertel (74,9 %) der (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler besitzen eine eigene Migrationserfahrung, bei der gesamten Bevölkerung mit Migrationshintergrund sind dies gut zwei Drittel (67,0 %) (vgl. KREISSTADT MERZIG 2015a).

Die in Merzig lebenden (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler sind im Durchschnitt 36,4 Jahre alt und damit deutlich jünger als im Bundesdurchschnitt (48,1 Jahre, siehe Kapitel 2.2.3). Erklären lässt sich dies mit der Definition der Zielgruppe (siehe oben). Ferner gilt für Merzig, dass die dort lebenden (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler im Vergleich zur Bevölkerung ohne Migrationshintergrund (47,0 Jahre) deutlich jünger sind, während sie im Vergleich zur gesamten Bevölkerung mit Migrationshintergrund (34,1 Jahre) etwas älter sind. Während 36 % aller (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler älter als 45 Jahre sind (im Bundesdurchschnitt sind dies 47,8 %, siehe Abbildung 8), sind dies in der Gruppe der Personen ohne Migrationshintergrund knapp 60 % und bei den Personen mit Migrationshintergrund nur gut 31 %. Dies bedeutet im Umkehrschluss, die Gruppe der (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler und die Gruppe der Personen mit Migrationshintergrund sind im Vergleich zur Bevölkerung ohne Migrationshintergrund jünger. (siehe Abbildung 29)

Abbildung 29: Altersstruktur der in der Kreisstadt Merzig lebenden Bevölkerung nach Migrationsstatus (Stand: 11.11.2015)



Quelle: KREISSTADT MERZIG 2015a; eigene Erstellung

Der Frauenanteil bei den (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedlern liegt mit 52,3 % ähnlich hoch wie auf Bundesebene (52,5 %, siehe Kapitel 2.2.3). Bei der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund liegt der Frauenanteil ebenfalls über dem Männeranteil (50,7 % vs. 49,3 %). Im Gegensatz dazu liegt in der Kreisstadt Merzig, wie auf Bundesebene, bei der gesamten Bevölkerung mit Migrationshintergrund der Männer- über dem Frauenanteil (52,2 % vs. 47,8 %). (siehe Tabelle 22)

Tabelle 22: Frauenanteile der in der Kreisstadt Merzig lebenden Bevölkerung nach Migrationsstatus (Stand: 11.11.2015)

Detaillierter Migrationsstatus	Frauenanteil
Bevölkerung ohne Migrationshintergrund	50,7 %
Bevölkerung mit Migrationshintergrund gesamt	47,8 %
(Spät-)Aussiedler/innen aus der ehem. UdSSR	52,3 %

Quelle: KREISSTADT MERZIG 2015a; eigene Erstellung

49,0 % der (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler besitzen eine doppelte Staatsangehörigkeit. Damit liegt der Anteil der Doppelstaaterinnen und Doppelstaater sowohl über dem Bundesdurchschnitt (15,1 %, siehe Kapitel 2.2.3) als auch über dem Wert der gesamten Bevölkerung mit Migrationshintergrund in Merzig (33,1 %). (vgl. KREISSTADT MERZIG 2015a)

Während der Anteil verheirateter (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler in der Kreisstadt Merzig mit 48,5 % unter dem Bundesdurchschnitt (65,2 %) liegt, liegt der Anteil lediger Personen mit 41,1 % über dem Bundesdurchschnitt (23,0 %, siehe Kapitel 2.2.3). Dies hängt mit der Definition der Zielgruppe zusammen (siehe oben). Im Vergleich zur Bevölkerung ohne (45,4 %) und mit (41,4 %) Migrationshintergrund sind (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler (48,5 %) am häufigsten verheiratet. Im Hinblick auf die Merkmalsausprägungen ledig, geschieden und verwitwet nehmen (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler aus der ehemaligen Sowjetunion im Vergleich zur gesamten Bevölkerung mit Migrationshintergrund und der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund eine „Mittelposition“ ein. (siehe Tabelle 23)

Tabelle 23: Bevölkerung nach Familienstand und Migrationsstatus (Stand: 11.11.2015)

Familienstand	Detaillierter Migrationsstatus		
	Bevölkerung ohne Migrationshintergrund	Bevölkerung mit Migrationshintergrund gesamt	(Spät-)Aussiedler/innen aus der ehem. UdSSR
	in %		
Verheiratet	45,4 %	41,4 %	48,5 %
Ledig	37,5 %	50,1 %	41,1 %
Geschieden	8,2 %	4,9 %	6,0 %
Verwitwet	8,8 %	3,4 %	4,3 %
Sonstige	0,1 %	0,1 %	0,1 %

Quelle: KREISSTADT MERZIG 2015a; eigene Erstellung

Aufgrund der Tatsache, dass 17 Stadtteile, von denen einige eher ländlich als städtisch geprägt sind, die Kreisstadt Merzig bilden, wird im Folgenden die räumliche Verteilung der (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler näher betrachtet.

Während der durchschnittliche Anteil an (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedlern an der Gesamtbevölkerung in der Kreisstadt Merzig bei 5,0 % liegt, gibt es Stadtteile, in denen dieser deutlich unter dem Durchschnitt (z. B. Büdingen (0,3 %), Menningen (1,1 %)) bzw. bei null liegt (z. B. Silwingen, Wellingen). Im Gegensatz dazu existiert ein Stadtteil, in dem der Anteil der (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler an der Gesamtbevölkerung den der Gesamtstadt übersteigt, dies ist die Kernstadt (9,1 %). (siehe Tabelle 24)

Tabelle 24: Anteil der (Spät-)Aussiedler/innen und der Migrant/innen an der Gesamtbevölkerung in den einzelnen Stadtteilen der Kreisstadt Merzig (Stand: 11.11.2015)

Ortsteil	Anteil (Spät-)Aussiedler/innen aus der ehem. UdSSR	Anteil Migrant/innen
Ballern	3,6	16,8
Besseringen	3,0	19,1
Bietzen	2,7	10,5
Brottdorf	4,0	15,6
Büdingen	0,3	7,8
Fitten	2,1	18,3
Merzig	9,1	31,2
Gipsberg und Umgebung	9,0	24,4
Merzig-Nord/Schinkenloch	13,2	29,5
Merzig-Süd	7,2	32,6
Merzig-Zentrum	5,5	38,1
Harlingen	2,9	9,8
Hilbringen	3,0	23,6
Mechern	2,2	12,7
Menningen	1,1	12,9
Merchingen	2,1	10,7
Mondorf	1,8	11,7
Schwemlingen	1,4	14,2
Silwingen	0,0	5,8
Weiler	1,8	8,3
Wellingen	0,0	10,9
Sonstige ¹	2,8	50,0
Kreisstadt Merzig gesamt	5,0	21,5

Quelle: KREISSTADT MERZIG 2015a; eigene Berechnungen; ¹ Kaserne, Gut Wiesenhof, Obstgut Klosterberg

Der hohe Anteil der (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler in der Kernstadt deutet bereits darauf hin: Zwei Drittel (66,5 %) der in der Kreisstadt Merzig lebenden (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler wohnen in der Kernstadt selbst. Bei der gesamten Bevölkerung mit Migrationshintergrund sind dies gut die Hälfte (53,5 %) und bei der Bevölkerung ohne

Migrationshintergrund nur ein Drittel (32,3 %). Bei einer differenzierteren Betrachtung fällt auf, ein Großteil der in der Kernstadt lebenden (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler wohnt in den Gebieten „Gipsberg“ und „Schinkenloch“. Neben der Kernstadt stellen die Stadtteile Brotdorf (9,6 %), Besseringen (6,0 %) und Hilbringen (5,2 %) weitere Orte dar, wo relativ viele (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler wohnen. (siehe Tabelle 25)

Tabelle 25: Räumliche Verteilung der in der Kreisstadt Merzig lebenden Bevölkerung nach Migrationsstatus (Stand: 11.11.2015)

Ortsteil	Einwohnerzahl	Detaillierter Migrationsstatus		
		Bevölkerung ohne Migrationshintergrund	Bevölkerung mit Migrationshintergrund gesamt	(Spät-)Aussiedler/innen aus ehem. UdSSR
		in %		
Ballern	1.207	4,0	3,0	2,7
Besseringen	3.209	10,3	8,9	6,0
Bietzen	950	3,4	1,5	1,6
Brotdorf	3.844	12,9	8,7	9,6
Büdingen	321	1,2	0,4	0,1
Fitten	750	2,4	2,0	1,0
Kernstadt	11.787	32,3	53,5	66,5
Gipsberg und Umgebung	3.019	9,1	10,7	16,9
Merzig-Nord/Schinkenloch	3.749	10,5	16,1	30,9
Merzig-Süd	1.411	3,8	6,7	6,4
Merzig-Zentrum	3.608	8,9	20,0	12,3
Harlingen	583	2,1	0,8	1,1
Hilbringen	2.792	8,5	9,6	5,2
Mechern	836	2,9	1,5	1,1
Menningen	651	2,3	1,2	0,4
Merchingen	945	3,4	1,5	1,2
Mondorf	778	2,7	1,3	0,9
Schwemlingen	2.288	7,8	4,7	2,1
Silwigen	381	1,4	0,3	0,0
Weiler	338	1,2	0,4	0,4
Wellingen	322	1,1	0,5	0,0
Sonstiges ¹	37	0,0	0,0	0,0
Kreisstadt Merzig gesamt	32.019	100	100	100

Quelle: KREISSTADT MERZIG 2015a; eigene Berechnungen; 1 Kaserne, Gut Wiesenhof, Obstgut Klosterberg

Insgesamt bleibt mit Blick auf die zuvor stehenden Daten festzuhalten, dass (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler aus der ehemaligen UdSSR in der Kreisstadt Merzig zahlenmäßig eine Bedeutende Rolle spielen. In Forschungsvorhaben zum Thema Migration sollte die Gruppe daher, auch wenn sie aufgrund der deutschen Staatsangehörigkeit in den Statistiken „weniger auffällt“, nicht unberücksichtigt bleiben.

7 Ergebnisse der qualitativen Interviews

In einem ersten Schritt erfolgt in den folgenden Kapiteln eine kategorienbasierte Auswertung der qualitativen Interviews entlang der Hauptthemen der vorliegenden Arbeit (vgl. KUCKARTZ 2014, S. 94). Danach werden das subjektive Gesundheitsbewusstsein und das alltägliche Gesundheitshandeln anhand von vier Fallbeispielen aus subjektiver Sicht näher dargestellt.

7.1 Subjektives Gesundheitsbewusstsein

Verschiedene Komponenten bilden das subjektive Gesundheitsbewusstsein (siehe Kapitel 3.4.1.3). Im Folgenden stehen die subjektiven Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen, die subjektive Bedeutung und der Stellenwert von Gesundheit, die Verantwortung für die eigene Gesundheit sowie der subjektive Gesundheitszustand im Fokus.

7.1.1 Subjektive Gesundheitskonzepte

In diesem Kapitel steht das subjektive Gesundheitskonzept der befragten (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler im Fokus. Erhoben wurde das Konzept anhand der Frage „Was verstehen Sie unter Gesundheit?“. Insgesamt wurden neun Subkategorien gebildet:

- 1) Gesundheit als Abwesenheit von (starken) Schmerzen
- 2) Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit
- 3) Gesundheit als Abwesenheit von gesundheitlichen Problemen
- 4) Gesundheit als Funktions-, Handlungs- und Leistungsfähigkeit
- 5) Gesundheit als gesundheitsförderliches Verhalten
- 6) Gesundheit als positive Lebenseinstellung
- 7) Gesundheit als Wert und Mittel zum Leben
- 8) Gesundheit als Wohlbefinden
- 9) Sonstige Konzepte von Gesundheit

Bei *Gesundheit als Abwesenheit von (starken) Schmerzen* handelt es sich um eine negative Begriffsbestimmung. Während die Mehrheit Gesundheit als völlige Schmerzfreiheit definiert (M10, M4, F16, F15, F13, F9), bedeutet Gesundheit für andere Interviewte die Abwesenheit von starken Schmerzen (M12, F10). FALTERMAIER (1994, S. 205) gelangt ebenfalls zu diesem Ergebnis. Bis auf einen Mann, der als konkretes Beispiel Rückenschmerzen nennt (M4), definieren die anderen Befragten Schmerz nicht näher. Ferner beschreiben Interviewte die Schmerzen oft durch das Verb wehtun (M12, M10, F13, F10).

„[...] , wenn mir nichts wehtut, dann bin ich gesund. [...]“ (M10, Abs. 21)

„(..) Na ich (.) ich warte schon nicht, dass gar nichts wehtut, weil ich verstehe mein Alter, ich werde 77, da kann nicht sein, dass nichts wehtut. Nu, wenn es nur so wehtut, dass man aushalten kann oder

dass man denkt ‚Oh jetzt ist schon gut‘, dann, das ist wichtig, dass die Schmerzen nicht so schlimm sind. [...]“ (F10, Abs. 46)

Den negativen Aspekt *Abwesenheit von Krankheit* in der Gesundheitsdefinition nennen fünf Männer und zwei Frauen. FALTERMAIER (1994, S. 204) stellt in seiner Arbeit ebenfalls fest, dass mehrheitlich Männer diese Definition von Gesundheit nennen.

„[...] dass man nicht so oft krank wird. [...]“ (M5, Abs.18)

„Ja, Gesundheit (lacht) ist nicht krank sein.“ (F18, Abs. 27)

Einige Personen definieren Gesundheit als vollständige Abwesenheit von Krankheit (M11, M8, M4, M1, F18, F16), was dem pathogenetischen Begriff von Gesundheit entspricht, d. h. Gesundheit und Krankheit werden als Gegensätze formuliert. Andere Interviewte beschreiben Gesundheit als „nicht ständig“ oder „nicht so oft“ krank zu sein (M5, M4) sowie als das „Weggehen“ von Krankheit (M2). Diese Definition entspricht dem salutogenetischen Gesundheitsbegriff, d. h. Gesundheit und Krankheit werden als Pole eines Kontinuums betrachtet (siehe Kapitel 3.2.2). Befragte mit diesem Gesundheitskonzept definieren „krank sein“ nicht näher, nur eine Person nennt als Beispiel eine Erkältung (M4).

Die Definition *Gesundheit als Abwesenheit von (gesundheitlichen) Problemen* hängt eng mit den Definitionen Abwesenheit von Krankheit und Abwesenheit von (starken) Schmerzen zusammen und ist ebenfalls negativ bestimmt. Im Gegensatz zu den zuvor beschriebenen Gesundheitsdefinitionen, thematisieren Befragte hier jedoch nicht Krankheit oder Schmerz, sondern (gesundheitliche) Probleme (z. B. Luftnot), die teilweise durch Krankheit ausgelöst werden (M4, F16, F15, F7). Des Weiteren spricht eine Frau sowohl die psychische als auch die physische Ebene von Gesundheit an (F15).

Befragte Personen mit dem Konzept *Gesundheit als Funktions-, Handlungs- und Leistungsfähigkeit* beziehen diese sowohl auf den Arbeits- als auch den Freizeitbereich. Während für einige Interviewte Gesundheit Voraussetzung zur Erwerbsarbeit ist (M8, M1, F12), besteht für andere Gesundheit darin, Arbeiten im eigenen Haushalt selbstständig zu erledigen (F16, F11). Die Unterstützung von Familienangehörigen im Haushalt oder bei der Betreuung von Enkelkindern (F11, F9) sowie die Unterstützung von anderen Personen (F7) zählen ebenfalls zum vielfältigen Arbeitsbereich. Neben dem Bereich Arbeit thematisieren Befragte auch den Freizeitbereich (M7, M1, F11, F9, F7). Als konkrete Beispiele nennen sie mit den Hunden spazieren gehen (F11), in Urlaub fahren und Sport treiben (F9) oder aktives Mitglied eines Chors sein (F7).

„[...] Eine uneingeschränkte Möglichkeit alles das zu tun was man in meinem Alter so tun kann. Urlaub fahren, noch ein bisschen Sport machen, helfen im Haushalt meiner Mutter und dass es mir nicht

schwer fällt. Verstehen Sie, was ich meine? Dass ich dann auch, wenn ich mal Oma werde, auch noch mitanpacken kann und so, ohne dass es mir schwer fällt. So ungefähr (lacht).“ (F9, Abs. 21)

Interviewte mit dem Konzept *Gesundheit als gesundheitsförderliches Verhalten* deuten in ihren Definitionen folgende Aspekte eines gesundheitsförderlichen Verhaltens an: ausgewogene und gesunde Ernährung (M5, M1, F21, F14, F2), (regelmäßiges) Essen (M7, F21), Verzicht auf Tabak und Alkohol bzw. mäßiger Alkoholkonsum (M10, M5) sowie Sport treiben (M7, M6, M3, F21, F14, F2). Detaillierte Beschreibungen der Verhaltensweisen, wie zum Beispiel eine ausgewogene bzw. gesunde Ernährung aussehen sollte, gibt die Mehrheit der Befragten im Rahmen ihrer Gesundheitsdefinition nicht.

Befragte, die *Gesundheit als positive Lebenseinstellung* beschreiben, beziehen sich dabei vor allem auf ihr privates und soziales Umfeld (M3, M2, M1, F22, F14, F13). Die Interviewten nennen folgende Beispiele einer positiven Lebenseinstellung: in der Familie (M3) und insgesamt lachen (F13), Freude erleben (M2) sowie Spaß haben, um dadurch psychischen Stress abzubauen (M1). Positive Gedanken zählen ebenfalls zu einer positiven Lebenseinstellung (F22, F14). So erzählt eine Frau zum Beispiel, wie sie mit Hilfe positiver Gedanken eine depressive Phase überstanden hat (F22).

Wie in Kapitel 7.1.5 gezeigt wird, besitzt die Mehrheit der befragten (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler bei der Frage „Welche Bedeutung hat Gesundheit heute in Ihrem Leben?“ die Meinung, Gesundheit sei (sehr) wichtig bzw. das Wichtigste. Die Befragten, die *Gesundheit explizit als Wert und Mittel zum Leben* definieren, thematisieren Gesundheit als Voraussetzung um Geld zum Leben zu verdienen (M8, F12, F8).

„Oh, das ist sehr wichtig natürlich, weil ich möchte, ich bin 52, aber ich möchte trotzdem was im Leben erreichen. Gute Arbeitsstelle zu finden, ja ich habe ja schon, ich habe schon viel vor. Ich möchte was von Welt sehen, ich möchte selber mein Geld verdienen, so wie früher und mir auch mehr was leisten, andere Wohnung finden (.) äh (.) Gesundheit? Gesundheit ist schon sehr wichtig. Steht schon auf erster Stelle bei mir.“ (F12, Abs. 36)

Die Interviewten nennen die positive Definition *Gesundheit als Wohlbefinden* am häufigsten (M6, M3, M1, F20, F15, F13, F11, F9, F7, F5, F3). WITTIG (2008, S. 63) kommt in ihrer Studie ebenfalls zu diesem Ergebnis und auch FALTERMAIER (2010, o. S.) schreibt, „die am meisten verbreitete Kategorie scheint psychisches Wohlbefinden zu sein“. Von den befragten Personen spricht eine Gesundheits- und Krankenpflegerin die WHO-Definition an.

„Ja gut, was ist Gesundheit? Da gibt es ja so eine schöne Definition, das Wohlbefinden des Körpers und der Seele und des Geistes, ja? Das ist Gesundheit (lacht). So würde ich das auch definieren.“ (F20, Abs. 21)

Befragte (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler thematisieren Wohlbefinden auf verschiedenen Ebenen: der physischen, der psychischen bzw. der seelischen, der geistigen und der sozialen Ebene, allerdings bleiben sie bei ihren Definitionen sehr allgemein:

„(..) Was versteht man unter Gesundheit? Ist Wohlbefinden, ne? („)“ (M6, Abs. 21)

„(4) Ja finde ich so körperliche und seelische (..) so gute Zustand sagen wir von den Menschen.“ (F3, Abs. 16)

Teilweise wird auf Nachfragen der Autorin hin klarer, was die Interviewten unter anderem mit Wohlbefinden verbinden: Harmonie und Gesundheit in der Familie (M6, M1), geliebt zu werden (M6), (sportlich) aktiv zu sein (M6, F13), mit der Arbeit zufrieden sein (M1), Zufriedenheit (M1, F7), sich gut bzw. fit fühlen (F15, F11), Schmerzfreiheit (F15, F13) sowie die Anwesenheit der Kinder (F13).

Einige befragte Personen geben weitere subjektive Gesundheitskonzepte an, die den zuvor genannten Konzepten nicht zugeordnet werden können. Zu der „Restekategorie“ zählen die folgenden, vereinzelt vorkommenden Definitionen: Gesundheit bedeutet gut zu leben (M11), Gesundheit bedeutet gesund zu sein (M6, F15), Gesundheit bedeutet gutes Aussehen (F15), Gesundheit bedeutet der Lebensrhythmus muss stimmen (F11), Gesundheit bedeutet die Familie ist gesund (F10), Gesundheit bedeutet nicht zur Ärztin/zum Arzt zu müssen sowie eine Ärztin/einen Arzt aufsuchen zu können (F7) und Gesundheit bedeutet eine Wohnung zu haben (F7).

Zwischenfazit

Die These von FALTERMAIER (2005b, S. 109; siehe Kapitel 3.4.3), „es ist zu erwarten, dass der subjektive Gesundheitsbegriff von Personen mit Migrationshintergrund überwiegend ganzheitlich und positiv ausgerichtet ist“ kann in dieser Arbeit bestätigt werden. Zum einen besitzt die Mehrheit der befragten (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler ein subjektives Gesundheitskonzept, das aus mindestens zwei der zuvor beschriebenen Subkategorien besteht (M11, M10, M8, M7, M5, M4, M3, M2, M1, F16, F15, F14, F13, F12, F11, F10, F9, F7) und zum anderen nennen 18 der 28 befragten Personen eine positive Gesundheitsdefinition (M11, M8, M6, M3, M2, M1, F22, F20, F15, F14, F13, F12, F11, F9, F8, F7, F5, F3). Die Subkategorien sind somit „nicht unbedingt immer ganz trennscharf und kommen im Einzelfall in verschiedenen Konstellationen und Kombinationen vor“ (FALTERMAIER 1994, S. 208). Die Interviewten in dieser Arbeit kombinieren positive und negative Gesundheitsdefinitionen miteinander. Das folgende Beispiel untermauert diese Ergebnisse:

„I: Und was verstehen Sie denn unter Gesundheit?“

B: Was verstehe ich unter Gesundheit? (lacht) Gute Frage. (..) Also wenn man sich wohlfühlt in eigenem Körper, wenn einem nichts wehtut, das ist ja schon (..) ein gutes Gefühl, also das ist Wohlfühlen, das ist lachen. Ich kann das sogar mit eigenen Worten nicht/

I: Aber wann fühlen Sie sich wohl? Können Sie Situationen beschreiben (..) oder Beispiele geben?

B: Wohlfühlen, wann tue ich mich wohlfühlen? Wenn meine Kinder da sind (lacht). Wenn alles bei mir ist, wenn mir nichts wehtut, wenn ich mich frei bewegen kann, wenn ich mehr unternehmen kann. Also es ist schon wichtig, dass man im Leben überhaupt etwas unternimmt, weil also zum Beispiel jetzt im Moment Krankengymnastik, Gesundheitskurse und so was, das ist schon hilfreich. Also da fühle ich mich schon wohl, wenn ich etwas für mich und meinen Körper unternehme. Das ist/ da fühle ich mich wohl.“ (F13, Abs. 15-18)

Die Frau (F13) thematisiert in ihrem subjektiven Gesundheitskonzept die Subkategorien Gesundheit als Wohlbefinden, als Abwesenheit von (starken) Schmerzen und als positive Lebenseinstellung. Ferner verbindet die Frau mit der Definition Gesundheit als Wohlbefinden weitere Gesundheitskonzepte: Gesundheit als Abwesenheit von (starken) Schmerzen sowie Gesundheit als Funktions-, Handlungs- und Leistungsfähigkeit.

Von den neun Befragten, die nur eine Definition nennen, lassen sich fünf subjektive Gesundheitskonzepte eindeutig positiven Dimensionen zuordnen: Gesundheit als Wohlbefinden, als positive Lebenseinstellung sowie als Wert und Mittel zum Leben.

Nach FALTERMAIER (2005b, S. 109) scheinen die Aspekte des Wohlbefindens, der Handlungs- bzw. der Arbeits- und Leistungsfähigkeit sowie die Abwesenheit von Krankheit bzw. Schmerzen bei Personen mit Migrationshintergrund eine zentrale Bedeutung zu besitzen bzw. spielen im Vergleich zur Bevölkerung ohne Migrationshintergrund eine zentralere Rolle (siehe Kapitel 3.4.3). Ein Vergleich zur Bevölkerung ohne Migrationshintergrund kann in dieser Arbeit nicht erfolgen, die zentrale Bedeutung der Dimensionen Gesundheit als Wohlbefinden (M6, M3, M1, F20, F15, F13, F11, F9, F7, F5, F3), als Funktions-, Handlungs- und Leistungsfähigkeit (M8, M7, M1, F16, F12, F11, F9, F7), als Abwesenheit von (starken) Schmerzen (M12, M10, M4, F16, F15, F13, F10, F 9) und als Abwesenheit von Krankheit (M11, M8, M5, M4, F18, F16) kann jedoch bestätigt werden. Darüber hinaus spielen in dieser Untersuchung die Dimensionen Gesundheit als gesundheitsförderliches Verhalten (M10, M7, M6, M5, M3, M1, F21, F14, F2) und als positive Lebenseinstellung (M3, M2, M1, F22, F14, F13) eine bedeutende Rolle.

Insgesamt reihen sich die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit in bisherige Untersuchungsergebnisse ein. So nannten befragte Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler in den Studien von LAMPERT ET AL. (2009) und WITTIG (2008) (siehe Kapitel 4.2.1) die Definitionen Gesundheit als Abwesenheit von Schmerz und Krankheit sowie Gesundheit als allgemeines und psychisches Wohlbefinden am häufigsten. Ferner besaß über die Hälfte der Interviewten bei WITTIG (2008, S. 65) ein mehrdimensionales Gesundheitskonzept, das aus zum Teil gegensätzlichen Definitionen bestand. Während bei WITTIG (2008, S. 65) Befragte mit eindimensionalen Definitionen Gesundheit meist als umfassenden Wert oder als Abwesenheit von Schmerz beschrieben, lässt sich eine solche Zuordnung in dieser Arbeit nicht feststellen. Allerdings beschreiben

fünf der neun Befragten mit eindimensionalen Definitionen in der vorliegenden Arbeit Gesundheit positiv.

7.1.2 Subjektive Krankheitskonzepte

Bei der Betrachtung subjektiver Gesundheitsvorstellungen sollten die subjektiven Krankheitsvorstellungen ebenfalls berücksichtigt werden (siehe Kapitel 3.3.2). In dieser Arbeit wurde das subjektive Krankheitskonzept durch die Frage „Was verstehen Sie unter Krankheit?“ erhoben. Insgesamt wurden neun Subkategorien gebildet:

- 1) Krankheit als Anwesenheit von (starken) Schmerzen
- 2) Krankheit als Anwesenheit von (gesundheitlichen) Störungen, Problemen bzw. Beschwerden
- 3) Krankheit als gesundheitsschädigendes Verhalten
- 4) Krankheit als negative Lebenseinstellung
- 5) Krankheit als Nicht-Funktions-, Nicht-Handlungs- und Nicht-Leistungsfähigkeit
- 6) Krankheit als Unwohlsein
- 7) Krankheit als Kranksein
- 8) Krankheit ist kein Normalfall
- 9) Sonstige Konzepte von Krankheit

Ähnlich der Definition von Gesundheit als Abwesenheit von (starken) Schmerzen, definiert die Mehrheit der Interviewten mit der Definition *Krankheit als Anwesenheit von (starken) Schmerzen* die Schmerzen nicht näher (M12, M10, M8, F18, F15, F10, F9, F8, F5). Lediglich zwei Personen nennen konkret Kopfschmerzen (F12, F2). Außerdem beschreiben die Befragten die Schmerzen als „wehtun“ (M10, M8, F18, F8, F5) und/oder als „Schmerzen haben“ (M12, M8, F15, F12, F10, F9, F5, F2).

„(..) Krankheit, wenn ich mich schlecht bewege, wenn ich Schmerzen habe oder so was. Das ist Krankheit. [...]“ (M12, Abs. 175)

„Krankheit, wenn etwas tut weh. [...]“ (F5, Abs. 134)

Befragte mit der subjektiven Definition von *Krankheit als Anwesenheit von (gesundheitlichen) Störungen, Problemen bzw. Beschwerden* sprechen die physische und psychische Ebene von Krankheit an. Wechselwirkungen zwischen den Ebenen thematisiert zum Beispiel eine Frau, die an Depressionen erkrankt ist (F11). Die Mehrheit der Interviewten mit diesem Krankheitskonzept nennt jedoch körperliche und organische Beschwerden: Beeinträchtigungen der Beweglichkeit und der Atmung (M12, M7, F16, F8, F7), organische Störungen (u. a. Herz, Lunge, Magen) (M12, M11, M7), Diabetes (M8), Müdigkeit und Schwindel (F12) sowie Schlafstörungen und Appetitlosigkeit (F10).

„(..) Krankheit, wenn ich mich schlecht bewege, wenn ich Schmerzen habe oder so was. Das ist Krankheit. Was, Krankheit ist Krankheit. (..) Wenn das Herz nicht mehr arbeitet oder der Magen, das ist schon Krankheit. Oder habe ich nicht alle im Kopf, das ist auch Krankheit.“ (M12, Abs. 175)

„[...] Und, ja, wenn man Probleme mit irgendetwas hat, körperlich oder geistig.“ (F15, Abs. 111)

Für befragte Personen mit dem Konzept *Krankheit als Nicht-Funktions-, Nicht-Handlungs- und Nicht-Leistungsfähigkeit* bedeutet Krankheit, dass sie selbst bzw. andere Personen nicht das tun können, was sie eigentlich tun (möchten) (M6, M4, F20, F18, F13, F12, F9, F7, F5, F3). Teilweise werden sie dabei in ihrer Zielerreichung gestoppt und zurückgeworfen (M4). Befragte (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler beziehen die Nicht-Funktions-, Nicht-Handlungs- und/oder Nicht-Leistungsfähigkeit sowohl auf den Bereich des Alltags insgesamt (F20, F9) als auch speziell auf den Arbeitsbereich (M4, F5, F3). Des Weiteren thematisieren Befragte soziale Aspekte, wie beispielsweise sich nicht mit anderen Personen treffen zu können (F5). Zum Teil nennen Interviewte Ursachen der Nicht-Funktions-, Nicht-Handlungs- und/oder Nicht-Leistungsfähigkeit: schnelle Ermüdung (F12), Behinderung (F9), Schmerzen (F9, F5) sowie Nasennebenhöhlenentzündung (M4).

„(..) Zum Beispiel, wenn man nicht 100% Leistung bringen kann. Wenn man sogar Probleme auf der Arbeit hat, dass man sich dann öfter krankschreibt. Da hat man halt auch, ich sage immer, wenn einer Rad fährt, ist glaube ich russisches Sprichwort, wenn dir einer einen Stock in die Felgen reinmacht. So sehe ich das immer, man ist voll motiviert irgendetwas zu erreichen und dann auf einmal wird man so richtig gestoppt und muss wieder, immer wieder von vorne anfangen. [...]“ (M4, Abs. 40)

„Ich meine, wenn die Menschen verhindert sind irgendetwas zu tun, was sie gerne tun und so zu leben, wie sie gerne leben, aus welchem Grund auch immer, ob sie Schmerzen haben oder Behinderung, die sie einschränkt irgendwas zu tun, was sie gerne tun.“ (F9, Abs. 88)

Einige Interviewte definieren *Krankheit als gesundheitsschädigendes Verhalten* (M7, M6, M3, F10). Die Befragten nennen folgende Beispiele: Drogen-, Alkohol- und Tabakkonsum (M7, M3), ungesunde Ernährung (M6) sowie zu wenig trinken (F10).

Krankheit als Kranksein ist stark subjektorientiert, so versteht NAIDOO ET AL. (2010, S. 6) unter Kranksein „die subjektive Erfahrung des Verlusts der Gesundheit“. Befragte mit diesem Krankheitskonzept (M5, F21, F20, F14, F13, F11, F8) nehmen teilweise folgende Unterscheidungen des Krankseins vor: vorübergehende vs. dauerhafte (F20), leichte/einfache vs. schwere/seriöse (F21, F14) sowie physische vs. psychische (M5, F11) Krankheiten.

Während Fachleute Krankheit nicht selten als „die Abweichung von einer Norm“ (FALTERMAIER 2005a, S. 33) definieren, verstehen nur wenige Befragte Krankheit als Abweichung von der Norm (M1, F20, F18). Die Personen, die *Krankheit als kein Normalfall* definieren, beziehen die Abweichung von der Norm jedoch auf das Leben, den Alltag und die Funktionsfähigkeit und nicht wie Fachleute auf Organe und Körperfunktionen.

Befragte mit dem subjektiven Krankheitskonzept *Krankheit als negative Lebenseinstellung* verbinden damit im Allgemeinen negative Gedanken (M3, F22, F18, F13) und negative Sachen (M6). Konkret nennen Interviewte folgende Aspekte: Stress (M3), keine Lebenslust (F18, F13) sowie sich einzureden krank zu sein (M3).

Ähnlich dem subjektiven Gesundheitskonzept Wohlbefinden beschreiben die Interviewten, die *Krankheit als Unwohlsein* definieren (M6, M5, F20, F15, F14, F13, F10), Unwohlsein nicht näher. In ihren Aussagen verwenden sie Wörter wie negatives Befinden (M6), negatives Wohlbefinden (M6), schlecht gehen (M5), sich nicht wohl fühlen (F20, F13), sich schlecht fühlen (F15), sich nicht gut fühlen (F14) sowie schlecht sein (F10).

„(...) Wenn man sich schlecht fühlt, wenn man Schmerzen vielleicht hat. [...]“ (F15, Abs. 111)

„[...] Krankheit ist krank, man fühlt sich nicht in eigenem Körper wohl.“ (F13, Abs. 136)

Wie bereits bei den subjektiven Gesundheitskonzepten geben befragte Personen vereinzelt weitere subjektive Krankheitskonzepte an, die den zuvor genannten Konzepten nicht zugeordnet werden können. Zur „Restekategorie“ zählen: Krankheit bedeutet auf die Einnahme von Medikamenten angewiesen zu sein (M11), Krankheit bedeutet tot im Bett zu liegen (M10) und Krankheit ist Stress (M3).

Zwischenfazit

Ähnlich dem subjektiven Gesundheitskonzept besitzt die Mehrheit der Befragten ein subjektives Krankheitskonzept, das aus mindestens zwei der zuvor beschriebenen Subkategorien besteht (M12, M11, M10, M8, M7, M6, M5, M3, M2, M1, F20, F18, F15, F14, F13, F12, F11, F10, F9, F8, F7, F5). Dabei gilt wie schon zuvor: Die Kategorien sind „nicht unbedingt immer ganz trennscharf und kommen im Einzelfall in verschiedenen Konstellationen und Kombinationen vor“ (FALTERMAIER 1994, S. 208). Das folgende Zitat untermauert dieses Ergebnis:

„Krankheit, wenn etwas tut weh. Und diese tut weh, begrenzt so Lebensraum. Beispiel bewegen oder (...) nu ja bewegen oder kannst du nicht mit anderen Leuten treffen oder arbeiten. Etwas begrenzt wegen ja Schmerzen oder Unmögliche, wenn Mensch kann nicht bewegen sich, bestimmt das ist große Begrenzung.“ (F5, Abs. 134)

Nach Meinung der Frau (F5) führt die Anwesenheit von (starken) Schmerzen dazu, dass Personen im Alltag oder auf der Arbeit nicht-funktions-, nicht-handlungs- und/oder nicht-leistungsfähig sind.

Bisherige Studien zeigen, Individuen assoziieren Krankheit oft mit Schmerzen, Störungen und eingeschränkten Handlungsmöglichkeiten (siehe Kapitel 3.3.2). In dieser Arbeit bestimmen die befragten Personen Krankheit auch am häufigsten als Anwesenheit von (starken) Schmerzen (M12, M10, M8, F18, F15, F12, F10, F9, F8, F5, F2), als Anwesenheit von (gesundheitlichen)

Störungen, Problemen bzw. Beschwerden (M12, M11, M8, M7, M1, F18, F16, F15, F12, F11, F10, F9, F8, F7) sowie als Nicht-Funktions-, Nicht-Handlungs- und Nicht-Leistungsfähigkeit (M6, M4, F20, F18, F13, F12, F9, F7, F5, F3).

7.1.3 Subjektive Gesundheits- und Krankheitstheorien

In diesem Kapitel stehen die individuellen Vorstellungen über positive und negative Einflüsse auf die (eigene) Gesundheit im Fokus, die vor allem anhand der Fragen „Wer oder was beeinflusst Ihre Gesundheit?“, „Wer oder was belastet Ihre Gesundheit?“ und/oder „Wer oder was tut Ihrer Gesundheit gut?“ erhoben wurden. FALTERMAIER (1998, S. 82) spricht dabei von einer „Minimalform einer subjektiven Theorie“. Von besonderem Interesse für diese Arbeit ist, wie die befragten Personen die Bereiche Wohnen und Auswanderung auf die (eigene) Gesundheit wahrnehmen und welche geographisch-gesundheitlichen Ressourcen und Risiken sie wahrnehmen (siehe auch Kapitel 7.1.4). Betrachtet werden außerdem die subjektiv wahrgenommenen Einflüsse auf Krankheit(en), die unter anderem durch die Frage „Wodurch wird Ihrer Meinung nach Krankheit beeinflusst?“ erfasst wurden.

Die von den Befragten subjektiv wahrgenommenen Einflussfaktoren werden mithilfe des Modells der Determinanten der Gesundheit (siehe Kapitel 3.2.3) dargestellt. In Anlehnung an das Modell wurden insgesamt acht Subkategorien gebildet:

- 1) Individuelle Aspekte
- 2) Individuelle Lebensweise
- 3) Soziale und kommunale Netzwerke
- 4) Lebens- und Arbeitsbedingungen
- 5) Auswanderung
- 6) Klima bzw. Wetter
- 7) Stress
- 8) Sonstige Einflussfaktoren

1) *Individuelle Aspekte*

Bei den individuellen Aspekten handelt es sich um (teilweise) nicht beeinflussbare Gesundheitsdeterminanten. Befragte nennen Gene (M11, M10, M1, F22, F13, F9, F5, F2), das Alter (M12, F10, F5), das Immunsystem (F15, F13, F11) und gesundheitliche Probleme bzw. Beschwerden (F13, F10, F9, F2) als Faktoren, die Gesundheit bzw. Krankheit beeinflussen.

„[...] Mein Vater hat auch Herzinfarkt, und ich glaube das hängt auch von den Genen oder so was ab. [...]“ (M11, Abs. 205)

„[...] Nu und gesund, dass man gesund ist. (.) Aber das hängt auch nicht alles/ ist man schon auch der Alter. Das ist schon.“ (F10, Abs. 22)

2) *Individuelle Lebensweise*

Die Subkategorie individuelle Lebensweise umfasst Aussagen der Befragten, die sich auf das persönliche und allgemeine Gesundheitsverhalten bzw. -handeln beziehen. Diese Aussagen lassen sich in folgende Bereiche untergliedern: körperliche Aktivität, Ernährung, Tabak- und Alkoholkonsum, Gedanken/Psyche und die „Restekategorie“ Sonstiges.

Die befragten Personen nehmen *körperliche Aktivitäten* als positive und negative Einflüsse auf die (eigene) Gesundheit wahr. Auf der einen Seite können Bewegungsmangel (M7, M1, F3) und zu starke körperliche Belastungen (F9, F5, F3) der Gesundheit schaden, auf der anderen Seite trägt körperliche Bewegung (M10, M6, M5, M3, F22, F15, F14, F12, F11, F9, F8, F5, F3, F2) zur Förderung der Gesundheit bei. Mehrere Interviewte nennen konkrete Tätigkeiten, die sie umsetzen und die ihre Gesundheit fördern: Basketball spielen (M6, M1), Laufen gehen (M1), Gartenarbeit (F22, F5), spazieren gehen (F15, F14, F12, F11), Treppen steigen (F10, F3), Nordic Walking (F9) und tanzen gehen (F3). Ferner betrachten Befragte körperliche Aktivitäten im Hinblick auf Krankheit(en) zum einen als Kuration (F3) und zum anderen als Prävention (M7, M3, F13, F5).

Befragte (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler nehmen die *Ernährung* sowohl als positiven und negativen Einfluss auf die (eigene) Gesundheit als auch als Einfluss auf die Entstehung von Krankheiten wahr (F21, F18, F16, F15, F14, F13, F11, F9, F5, F2, M10, M6, M5, M4, M3, M1). Sie sprechen häufig von einer gesunden bzw. ungesunden Ernährung, die die Gesundheit fördert bzw. belastet und die die Entstehung von Krankheit(en) beeinflusst. Konkrete Beispiele sind: Während der Verzicht auf Fast Food und Fertigprodukte die Gesundheit positiv beeinflusst (M10), belastet der Verzehr von Fertigprodukten und Fast Food die Gesundheit bzw. führt zur Entstehung von Krankheiten (M6, M4, F21, F14); ein extremer Kaffeekonsum (M10) und die Zubereitung der Nahrung in der Mikrowelle (M6) belasten die Gesundheit; der Verzehr von Obst und Gemüse (M4, F18) sowie von Lebensmitteln aus dem eigenen Anbau (M1, F9) beeinflussen die Gesundheit positiv; der Konsum von Vollkornprodukten und Fisch tut der Gesundheit gut (F18); Hunger aufgrund von Nahrungsmittelknappheit belastet die Gesundheit und führt zur Entstehung von Krankheiten (F16). Eine Frau nimmt nicht nur die fertig zubereitete Nahrung als Einflussfaktor auf die eigene Gesundheit wahr, sondern für sie stellt die Essenszubereitung ebenfalls einen Faktor dar, der ihre Gesundheit positiv beeinflusst:

„Was beeinflusst noch meine Gesundheit? Gut die Ernährung, die ist schon wichtig, aber heutzutage, um schön essen, muss man viel Geld zahlen (lacht). Also das ist/ Ich koche auch gerne, also ich fühle mich auch sehr wohl beim Kochen. Und manchmal wenn ich, weiß ich nicht, traurig bin, stelle ich mich in die Küche, fange ich an zu backen und dann kommt irgendeine Fantasie und dann malt man

irgendwas schönes und dann kommt schon die Laune hoch und dann ist man fröhlich und dann ist wieder gut. Also ich versuche mich schon da/ also wenig traurig zu sein.“ (F13, Abs. 114)

Während Interviewte den *Konsum von Tabak* im Allgemeinen als schädlich für die (eigene) Gesundheit bzw. als Auslöser von Krankheit(en) wahrnehmen (M12, M10, M8, M7, M5, M3, F22, F21, F15, F14, F9, F5), ist dies beim *Alkoholkonsum* erst dann der Fall, wenn zu viel getrunken wird (M12, M10, M8, M5, M3, F14, F9, F5). Einen mäßigen Konsum von Alkohol nehmen Befragte nicht als gesundheitsschädigend wahr (M12, M3, F14). Eine Quantifizierung des Alkoholkonsums (z. B. in Literangaben) findet allerdings nicht statt. Im Hinblick auf den Tabakkonsum sieht eine Frau negative und positive gesundheitliche Einflüsse:

„[...] Also was mich auf jeden Fall beeinflussen tut, ich rauche, also ich rauche zwar nicht zu viel, aber klar, jede Zigarette ist schon zu viel, sag ich jetzt mal. Aber andererseits denke ich mal, es ist für mich so ein kleines Genussmittel, wo ich dann einfach gerne mal einfach ein paar Minuten mir Ruhe gönne, für ein bisschen runterzukommen. Andererseits ist es auch gesellschaftlich, sag ich jetzt mal so, du lernst immer wieder neue Leute kennen, wenn du draußen beim Regen mit denen stehst und einfach nur am Reden bist, [...]“ (F21, Abs. 63)

Gedanken und Psyche beeinflussen sowohl die Gesundheit als auch die Entstehung von Krankheit(en). Befragte nehmen psychische Belastungen oder „sich Gedanken bzw. Sorgen machen (zu müssen)“ als negative Einflussfaktoren auf die (eigene) Gesundheit und als krankheitsauslösende Faktoren wahr, wobei sowohl psychische als auch physische Krankheiten bzw. Probleme entstehen können (M12, M6, M4, M3, M1, F22, F20, F14, F13, F12, F9). Interviewte nennen unterschiedliche Lebensbereiche, in denen psychische Belastungen auftreten können: Familie (M4, M1) und Arbeit (M1). Einige Befragte sind der Meinung, dass sie sich bzw. Personen im Allgemeinen selbst krank machen, indem sie sich zu viele Gedanken bzw. Sorgen machen und sich dadurch selbst stressen (M6, M4, M3, F13, F10). Im Gegensatz dazu, nehmen befragte Personen das Fehlen von psychisch belastenden Situationen sowie „sich positive Gedanken zu machen“ als gesundheitsförderlich wahr (M4, F22, F14, F10).

Einzelne Befragte nehmen Einflussfaktoren auf Gesundheit und Krankheit wahr, die den zuvor genannten Bereichen nicht zugeordnet werden können. Zu den *sonstigen Aspekten*, die der Gesundheit schaden zählen: zwischenmenschliche Spannungen (M1) und das Tragen von Schuhen mit Absatz (F3). Zu den vielfältigen Faktoren, die die Gesundheit positiv beeinflussen gehören zum Beispiel: kein Drogenkonsum (M12, F14), Liebe (M6), sich entspannen (M3, F8), in Urlaub fahren (M1, F14, F9), ins Kino gehen (F20), etwas unternehmen (F18, F16), Medikamente einnehmen (F16), Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nehmen (F15), fernsehen (F12, F10), shoppen gehen (F12), lesen (F12), gute Nachrichten (F12), Anwendung von Naturheilverfahren (F8) sowie lachen (F8). Zu wenig Schlaf (F21, F12) und zu viel arbeiten (F12) sind Aspekte, die nach Meinung der Interviewten Krankheit(en) auslösen.

3) Soziale und kommunale Netzwerke

Im Kontext von Migration und Gesundheit werden die Einbindung in die Familie und in die ethnische Gemeinschaft vor allem als Gesundheitsressourcen diskutiert (siehe Kapitel 4.1.1 u. 4.1.2). Die Mehrheit der Interviewten nimmt vorwiegend die Familie, das können zum Beispiel die Ehefrau, der Ehemann und/oder die (Enkel-)Kinder sein, als positive sowie negative Einflüsse auf die eigene Gesundheit wahr (M11, M10, M8, M7, M6, M5, M4, M3, M2, M1, F22, F21, F20, F18, F16, F15, F14, F12, F11, F10, F5, F3). Harmonie in der Familie (M11, M8, M6, M5, M3, F22, F14, F10), Gesundheit der Familienmitglieder (M6), Unterstützung durch die bzw. Rückhalt in der Familie (M5, M1, F14), gemeinsame Unternehmungen (u. a. spazieren gehen (F14, F12, F11), Fahrrad fahren (M7)) und Liebe zu erfahren (M6) sind Beispiele, die die Befragten als positive Einflüsse auf die eigene Gesundheit nennen. Ein Mann, der nach seiner Ankunft in Deutschland Schwierigkeiten im Leben hatte, änderte zum Beispiel als er seine Ehefrau kennenlernte sein Leben:

„I: Und Dinge oder Personen, die Ihrer Gesundheit gut tun?

B: Ja gut, das sind meine Frau und meine Kinder. Also erst wo die gekommen sind, in meinem Leben, erst da habe ich klein bisschen angefangen zu denken. Vorher war mir das so was von egal. (.)“ (M10, Abs. 61)

Im Gegensatz dazu können Stress und Probleme in der Familie (M5, M1, F22, F16, F15, F11, F5), gesundheitliche Probleme der Familienmitglieder (M4), die Trennung von Familienmitgliedern (F12, F10, F3), der Tod eines Familienmitgliedes (F11), sich um die (Enkel-)Kinder Sorgen machen (zu müssen) (M1, F10) sowie eine fehlende Unterstützung (z. B. aufgrund von Zeitmangel) durch die Familie (F18) die eigene Gesundheit belasten bzw. Krankheiten (z. B. Depression oder Alkoholsucht) auslösen.

Eine Frau nimmt die Gesundheitsressource „Unterstützung durch die Familie“ persönlich als gesundheitliche Belastung wahr. Das Zitat verdeutlicht, ein Aspekt kann aus Sicht von verschiedenen Personen sowohl positiv als auch negativ wahrgenommen werden:

„[...] also man versucht halt immer nach außen eigentlich gesund zu wirken, den anderen Menschen mehr Kraft zu geben, aber ich glaube, man bleibt meistens eher selber auf der Strecke. Würde ich jetzt mal so sagen.“ (F21, Abs. 65)

Des Weiteren betrachten einige Befragte (die besten) Freundinnen und Freunde als positive Einflüsse auf die eigene Gesundheit (M6, M5, M1, F12, F8). Die Interviewten nennen folgende Beispiele: sich mit Freundinnen/Freunden treffen (M6, M1), Unterstützung durch befreundete Personen sowie gemeinsam spazieren gehen (F12).

Vereinzelt thematisieren Interviewte darüber hinaus folgende soziale Gesundheitsressourcen: eine Selbsthilfegruppe, die für die Betroffene zur zweiten Familie geworden ist (F11), die ehe-

malige Vermieterin, die vor allem in der Anfangszeit in Deutschland eine Stütze war (F8) sowie das ehrenamtliche Engagement in Vereinen (F10, F7). Die Befragten nehmen soziale Kontakte, die unter anderem durch die Selbsthilfegruppe und das Ehrenamt entstanden sind, als gesundheitsförderlich wahr (F11, F10, F8, F7, F5). Im Gegensatz dazu löst ein Mangel an sozialen Kontakten Krankheit(en) aus bzw. beeinflusst die Gesundheit negativ (F13).

Wie in Kapitel 3.2.1 beschrieben, stellt die Nachbarschaft als Teil der sozialen Umwelt ebenfalls einen Aspekt in der Kommune dar, der die Gesundheit von Personen sowohl positiv als auch negativ beeinflussen kann. In der vorliegenden Arbeit sprechen zwar alle Personen die Nachbarschaft an, häufig allerdings erst auf Nachfragen der Autorin hin. Die Mehrheit der Interviewten hat ein relativ gutes jedoch kein sehr enges Verhältnis zu ihren derzeitigen Nachbarinnen und Nachbarn (M12, M11, M8, M7, M5, M4, M3, M1, F22, F21, F18, F16, F13, F12, F11, F8, F5, F3, F2). Eine Ausnahme stellt eine Frau dar, die zu ihrer Nachbarin ein sehr gutes, freundschaftliches Verhältnis hat. Zum Beispiel unterstützt die Nachbarin die Frau wenn sie psychische Probleme hat oder wenn sie krank ist:

„Ja. Zum Beispiel meine nette Nachbarin. Wenn ich irgendetwas habe, gehe ich dann da hin (lacht) und kann mir den Frust dann von der Seele sprechen, dann geht es mir auch schon deutlich besser, ja muss ich wirklich sagen. Ja und wenn ich dann krank bin, dann kocht sie mir Essen. Finde ich auch sehr nett (lacht).“ (F20, Abs. 37)

Ein Mann nimmt Nachbarschaft als „Aufpasserin“ und damit ebenfalls als positiven Einflussfaktor auf die Gesundheit wahr (M10). Vereinzelt betrachten Befragte Nachbarschaft jedoch als krankheitsauslösenden bzw. die Gesundheit negativ beeinflussenden Faktor (M6, M3; siehe auch unten), wie das folgende Zitat beispielhaft zeigt:

„Deswegen haben wir dieses Haus gekauft, nicht weil alle kaufen, aber weil ich was/ in Wohnung leben ist viel schwieriger. Diese Sache, d. h. wer ist dein Nachbar? (lacht), das ist auch Problem, große. Und das macht auch viele Leute krank. [...]“ (M3, Abs. 92)

4) Lebens- und Arbeitsbedingungen

Die Aussagen der befragten Personen, die der Subkategorie Lebens- und Arbeitsbedingungen zugeordnet wurden, lassen sich wie folgt einteilen: Wohnsituation und -umfeld, Arbeit, Gesundheitsversorgung, Lebensmittelproduktion/-verarbeitung sowie die „Restekategorie“ Sonstiges.

Wohnsituation und -umfeld

In Kapitel 3.2.1 wurde gezeigt, dass die direkte Wohnumwelt mit ihren ökologischen und sozialen Bedingungen die Gesundheit und das Gesundheitshandeln von Individuen beeinflussen kann. Während die sozialen Bedingungen bereits unter der Subkategorie soziale und kommunale Netzwerke thematisiert wurden, steht im Folgenden die physische Umwelt, vor allem die

Wohnsituation und das Wohnumfeld, im Fokus. Insgesamt äußern sich fast alle befragten Personen in dieser Arbeit zu den gesundheitlichen Einflüssen ihrer physischen Umwelt, die Mehrheit allerdings erst auf konkretes Nachfragen der Autorin hin.

Interviewte nehmen den Zugang und das Vorhandensein von *Grün- und Erholungsflächen* als gesundheitsförderlich wahr (M6, M4, M3, M1, F22, F21, F20, F15, F13, F12, F10, F9, F7, F5, F3). Als konkrete Beispiele nennen Befragte ein nahe gelegenes „Naturschutzgebiet“ (M4), den eigenen Garten (M1, F5, F3) sowie den nahe gelegenen Wald (M1, F22, F15, F13, F12, F10, F9). Einige Personen eignen sich die zuletzt genannte „Landschaft“ unter anderem zum Meditieren (F22), zum Laufen (M1) oder Spazieren gehen (F12) an. Ferner beschreiben Befragte Waldflächen als „Frischluftquellen“ und damit als Gesundheitsressourcen (F22, F15, F13, F10).

„Einziges, wir sind froh, wir wohnen hier am Wald. Also wenn ich komme raus, jeden Tag wenn ich komme raus, besonders im Sommer, dann fange ich an zu meditieren und denke ich ‚Mein lieber Mann, wie schön ist das‘. Frische Luft, bekomme ich direkt frische Luft und ich bin froh. Also und dann muss man merken, wo wir wohnen und was haben wir. Wir haben hier frische Luft und alles so. Und wir sind in ruhiger Lage. Sie haben selber gesehen.“ (F22, Abs. 34)

Insgesamt beschreiben Befragte die *Luftqualität* als gesundheitsbelastend bzw. krankheitsauslösend und als gesundheitsfördernd: Während Interviewte verkehrsbedingte Abgase (und den daraus resultierende Smog) als Belastung für die (eigene) Gesundheit wahrnehmen (M12, M6, F18, F15, F10, F2), betrachten sie frische, saubere Luft als gesundheitliche Ressource (M12, M6, F22, F15, F13, F10, F9). Frische, saubere Luft bringen die Personen mit der ländlichen/dörflichen Umgebung (M12, M6, F13), der Nähe zu Waldflächen (F22, F15, F13, F10, F9) und dem Fehlen von Industrie (F9) in Verbindung.

„Ja, ich denke, belasten, ich denke wichtig, wo man, es ist noch wichtig, wo man wohnt. Zum Beispiel wenn man direkt in der Innenstadt wohnt, wie jetzt hier zum Beispiel, ich könnte hier jetzt zum Beispiel nicht wohnen, weil hier direkt an der Hauptstraße, wo, keine Ahnung, tausende von LKW's vorbeifahren. Und diese ganzen Abgase und so. Und im Vergleich dazu, wo wir jetzt wohnen, da ist schon ein Unterschied, denke ich. Das ist neben, fast neben dem Wald. Ist viel Natur. Ist zwar nicht viel weit von Merzig, aber trotzdem die Luft ist, denke ich, schon viel besser irgendwie.“ (F15, Abs. 85)

Während befragte Personen (*Verkehrs-*)*Lärm* als negativen Einflussfaktor auf die (eigene) Gesundheit wahrnehmen (M12, M10, M3, F16, F13, F10, F7, F3, F2), beschreiben sie eine ruhige Wohngegend als gesundheitsförderlich (M1, F22, F11, F9, F7, F5). Interviewte nennen folgende lärm erzeugende Aspekte, die meist durch einen gestörten Schlaf, die (eigene) Gesundheit belasten: (zu schnell fahrende) Autos (M10, M3, F16, F10, F3, F2), Züge (F16, F2) und Personen (F13, F7).

Im Hinblick auf die *Gebäudequalität* und deren Einfluss auf die Gesundheit, sprechen Interviewte vor allem das Thema Feuchtigkeit bzw. Schimmel an (M10, F15, F13, F12, F10, F8, F2), wobei sie alle direkt von Feuchtigkeit betroffen sind bzw. waren. Im Gegensatz dazu betrachten Befragte eine trockene und warme sowie saubere Wohnung als gesundheitsfördernd (F15, F8, F2). Vereinzelt nennen Interviewte folgende negative Einflussfaktoren: Wohnen in einem nicht fertiggestellten Haus (F13) sowie Reparaturarbeiten am Haus (F5).

Ein weiterer Aspekt, der die Gesundheit positiv und negativ beeinflussen kann, ist die *Wohnform*. Während Befragte das Leben in einem Mehrfamilienhaus als Belastung für die (eigene) Gesundheit und als krankheitsauslösenden Faktor (v. a. auf die Psyche bezogen) ansehen (M12, M3, F18, F14, F8), nehmen sie ein Einfamilienhaus als Gesundheitsressource wahr (M11, M3, M1, F18, F14, F3). Das Leben in einem Mehrfamilienhaus wird hauptsächlich als Belastung wahrgenommen, weil Rücksicht auf die Nachbarschaft genommen werden muss (M12, M3, F14, F8). Im Gegensatz dazu sind die Gründe, warum ein Einfamilienhaus gesundheitsfördernd ist, vielfältig: das eigene Haus ist ein Symbol dafür etwas im Leben erreicht zu haben (M11, M1); das eigene Haus bedeutet für die Zukunft vorgesorgt zu haben (M1); im Gegensatz zum Mehrfamilienhaus ist die „Gefahr“ beim Einfamilienhaus mit der Nachbarschaft Streit zu bekommen aufgrund der größeren räumlichen Distanz zu dieser geringer (M3, F3); ein eigenes Haus bietet Möglichkeiten zur Gartenarbeit bzw. zur Arbeit im Freien (F18). Befragte nehmen das eigene Haus allerdings auch als gesundheitliches Risiko wahr, vor allem weil Kredite die (psychische) Gesundheit belasten (M4, F21, F14). Im Hinblick auf die *Wohnform* sprechen Interviewte das Thema Miete bzw. Eigenheim ebenfalls an. In Miete zu wohnen bedeutet gesundheitliche Risiken nicht selbst beseitigen zu können und dem Willen anderer ausgesetzt zu sein (F13, F12), wie das folgende Zitat zeigt:

„Doch, im Schlafzimmer habe ich im Winter immer (.) feuchte Wände, aber mein Vermieter ist so stur. Und ich habe ihm schon oft gesagt (.). Er hat Schlafzimmer renoviert auf seine Kosten natürlich, aber die Miete will er nicht runter machen. [...] Und ich kann doch nichts dafür, dass in diese Wohnung diese Schimmel ist, ich lüfte ja jeden Tag und wie im Winter, im Sommer sowieso schlafe ich mit offenem Fenster. Manchmal im Winter auch. [...]“ (F12, Abs. 100)

Einige befragte (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler nehmen *Strahlung* als gesundheitliche Belastung bzw. als krankheitsauslösenden Faktor wahr (M4, M3, F9, F5). Dabei thematisieren sie hauptsächlich das sich circa 30 km Luftlinie entfernt liegende französische Atomkraftwerk Cattenom (M4, M3, F9, F5) sowie eine Hochspannungsleitung (M3).

Im Hinblick auf die Subkategorie Wohnsituation und -umfeld sprechen Befragte vereinzelt Themen an, die den zuvor genannten Aspekten nicht zugeordnet werden können und die in der „Restekategorie“ *Sonstiges* dargestellt werden. Als Gesundheitsbelastung sehen Interviewte eine (zu) kleine Wohnung an (M7, F12, F8). Als Gesundheitsressourcen nehmen sie

die Treppe im Haus (F3), den Wohnort im Allgemeinen (M4, F21, F12) und die vielfältigen Unternehmungsmöglichkeiten am Wohnort im Speziellen (F18, F15) wahr.

Arbeit

Die befragten Personen betrachten Arbeit sowohl als Gesundheitsressource (M7, M4, M3, F14) als auch, und das schwerpunktmäßig, als Gesundheitsrisiko und krankheitsauslösenden Faktor (M12, M11, M8, M7, M5, M4, M3, M1, F20, F16, F15, F12, F11, F10, F9, F5, F3). Die Befragten sprechen dabei die physische, psychische und soziale Ebene von Gesundheit an. Ein Mann, der an einer chronischen Nasennebenhöhlenentzündung leidet, schildert die positiven und negativen Einflüsse seiner Arbeit wie folgt:

„(.) Also ist zwar, wie heutzutage immer stressbedingt, also wenn man Stress hat, finde ich schon, dass das belastet. Auch Zerspannungsmechaniker ist ein bisschen so mit Öl, Titan, also man atmet die Dämpfe ein, also das finde ich schon belastend. Aber halt das soziale, die Arbeit als Soziales, also das finde ich jetzt Pluspunkt.“ (M4, Abs. 90)

Belastende bzw. krankheitsauslösende Faktoren, die die Befragten nennen sind: körperlich belastende Arbeit (M12, M8, M7, M4, F20, F15, F10, F9, F5), (psychischer) Stress auf der Arbeit (M11, M5, M4, M3, M1, F20, F5), Arbeitsunfälle (M8, M5), Schichtarbeit (M3), permanente Überstunden (F12) sowie Arbeitslosigkeit (F11). Diese Faktoren führen unter anderem zu Herzinfarkt (M11), Rückenproblemen (M8, M4, F15), Ess- und Schlafstörungen (M3), Depressionen (F12, F11) und körperlicher Müdigkeit (F9).

In Kapitel 4.1.2 wurde das lebenslauf-orientierte Modell von Migration und Gesundheit dargestellt. Die Aussage des Modells besteht darin, dass ungünstige Lebensbedingungen im Herkunftsland die Gesundheit von Migrantinnen und Migranten im Zielland weiter beeinflussen können. Zwei ältere, an Asthma leidende Frauen erzählen zum Beispiel von der schweren Arbeit im Herkunftsland, die sie als Jugendliche nach dem Zweiten Weltkrieg bzw. Mitte der 1950er Jahre verrichten mussten. Beide Frauen sehen eine Verbindung zu ihrer Gesundheit:

„[...] Ich musste schon mit 15 Jahren Bäume fällen. [...] Ja, da war ich 15 Jahre. Können Sie sich vorstellen, so ein großer Baum. Und Kälte, wir hatten nichts zum Anziehen. Und Hunger. Das hat wahrscheinlich schon die Krankheit mitgebracht.“ (F16, Abs. 75-77)

„[...] Und ich bin noch ganz früher im Dorf, noch habe in die Tagesschule nur sechs Klasse geendet und dann war zu schwer, Mama war krank gewesen und dann musste ich gehen als Schweinezüchterin schaffen schon mit 13 Jahren. Ganz früh und ist immer nass dort und Feuchtigkeit, das hat meinen Bronchien nicht so gut getan (lacht) und für die Knochen auch (..). Ich habe Rheumatismus noch von die jugendliche Zeit.“ (F8, Abs. 112)

Arbeit stellt jedoch auch eine Gesundheitsressource dar. Ein Mann ist zum Beispiel der Meinung, körperliche Arbeit tue der Gesundheit gut (M7). Des Weiteren nehmen Befragte eine

Arbeit bzw. eine Beschäftigung zu haben (M4, M3, F14) und mit dieser zufrieden zu sein (M3) als gesundheitliche Ressourcen wahr.

Gesundheitsversorgung

Interviewte nehmen die gesundheitliche Versorgung in Deutschland als positiven und negativen Einflussfaktor auf die eigene Gesundheit wahr. Zwei an Asthma leidende Frauen sind zum Beispiel der Meinung, es gehe ihnen gesundheitlich in Deutschland aufgrund der Medikamente, die sie einnehmen, besser (F16, F8). Von diesen Frauen bemängelt eine jedoch, Ärztinnen und Ärzte in Deutschland würden nicht nach den Krankheitsursachen suchen (F8) und ein Mann kritisiert die zu schnelle Verordnung von Antibiotika (M4). Weitere Befragte thematisieren eine bessere medizinische Behandlung und eine insgesamt bessere Gesundheitsversorgung in Deutschland im Vergleich zum Herkunftsland im Zusammenhang mit der Auswanderung (siehe unten).

Lebensmittelproduktion/-verarbeitung

Befragte Personen thematisieren die Lebensmittelproduktion und -verarbeitung in Deutschland vor allem als gesundheitliche Belastung, wobei sie Vergleiche zum Herkunftsland ziehen (M6, F21, F14, F2). Eine Frau berichtet zum Beispiel von einer Lebensmittelallergie, die sie erst in Deutschland bekommen hat. Als Ursache ihrer Allergie sieht sie die Produktion und Verarbeitung von Lebensmitteln an:

„[...] Aber hier in Deutschland, ich glaube, es gibt nichts was du essen kannst ohne dass es gespritzt worden ist. Also das ist halt schon das Problem halt, weil es gibt Geschäfte, du bekommst ja alles zu kaufen, warum sollst du irgendetwas im Garten anbauen? Und das denke ich mal ist auch der Grund, warum man auf alles so allergisch reagiert. Oder allein halt schon, denke ich mal, was so diese Zusatzmittel, die im Brot oder Brötchen sind. (.) [...]“ (F21, Abs. 143)

Ferner versucht ein Mann auf Fast Food und tierische Produkte zu verzichten, da er mit der Tierhaltung in Deutschland nicht einverstanden ist. Aufgrund seiner finanziellen Situation kann er es sich biologisch erzeugte Lebensmittel jedoch nicht leisten (M6).

Anhand der Beispiele wird deutlich, die individuelle Ernährung, die die Befragten ebenfalls als Einflussfaktor auf die (eigene) Gesundheit wahrnehmen, wird nicht nur durch die Person selbst beeinflusst, sondern strukturelle Faktoren wie die Lebensmittelproduktion und -verarbeitung beeinflussen die Ernährung ebenfalls (siehe Kapitel 3.2.3).

Sonstige Aspekte

Lediglich drei Frauen thematisieren Einflussfaktoren auf Gesundheit und Krankheit, die den zuvor genannten Bereichen nicht zugeordnet werden können. Zwei Frauen nehmen das eigene Haustier, den Hund, als Gesundheitsressource wahr (F11, F10). Eine weitere Frau sieht das Tragen von Getränkekisten als gesundheitliches Risiko an (F3).

5) Auswanderung

Im Kontext von Migration und Gesundheit diskutieren Forschende die Auswanderung bzw. den Migrationsprozess als Gesundheitsressource und -risiko für Migrantinnen und Migranten (siehe Kapitel 4.1 inkl. Unterkapitel). In der vorliegenden Arbeit betrachten fast alle Interviewten die Auswanderung als Einfluss auf die eigene Gesundheit, wobei sie positive und negative Einflussfaktoren thematisieren. Die Erhebung der subjektiven Wahrnehmung fand mit Hilfe der Frage „Wie hat die Auswanderung Ihre Gesundheit beeinflusst?“ statt.

Befragte, die die Auswanderung als gesundheitliche Ressource wahrnehmen, sprechen eine bessere medizinische Behandlung und eine insgesamt bessere Gesundheitsversorgung in Deutschland im Vergleich zum Herkunftsland an (M8, M5, F21, F20, F16, F11, F10, F9, F7). Teilweise geschieht dies unter dem Gesichtspunkt eigener Erkrankungen bzw. gesundheitlicher Beschwerden nahestehender Personen (F16, F11, F10, F7). Personen sind sogar der Auffassung, Angehörige bzw. sie selbst sind nur aufgrund dieser Tatsache noch am Leben:

„Viel besser. Dort wahrscheinlich würde mein Mann schon nicht mehr leben. Ich denke so. (.) Ich denke so. Und hier ist viel besser mit der Gesundheit. [...] Und jeder, von unseren Leuten, ich habe schon mit vielen Leuten geredet, viele alte Leute, die da sind sagen ‚Oh, wäre man in Russland, wären wir schon gestorben im Dorf.‘ [...] (F7, Abs. 187)

Außerdem nimmt ein Mann das Leben in der „Heimat“ als Erholung von der schweren Arbeit in Kasachstan wahr (M2). Weitere positive Aspekte, die die Befragten im Zusammenhang mit der Auswanderung nennen sind: bessere klimatische Verhältnisse (niedrigere Luftfeuchtigkeit, keine extreme Hitze) (F16, F8), bessere hygienische Bedingungen (F13) und bessere Bildungschancen (F21) in Deutschland. Ferner nehmen Befragte die in Deutschland leichter zu erledigende Hausarbeit (Wäsche waschen, Lebensmittelbeschaffung) (F11, F7) und die vielfältigen Möglichkeiten sich von Stress zu erholen (F14) als Gesundheitsressourcen wahr. Ein Mann gibt an, aufgrund seines aktiven Lebensstils über eine gute körperliche Verfassung zu verfügen und insgesamt mit seinem bisherigen Lebensverlauf in Deutschland zufrieden zu sein (M1).

Befragte nehmen die Auswanderung allerdings auch als Gesundheitsrisiko wahr. Ein Mann erzählt, er sei in Deutschland auf die „schiefe Bahn“ geraten, wobei er angibt, nicht genau zu wissen, ob sein Leben in Russland anders bzw. besser verlaufen wäre (M10). Ein anderer

Mann sieht die Lebensumstellung nach der Auswanderung und den damit verbundenen Stress als mögliche Ursache für einen erlittenen Herzinfarkt an (M11). Diesen Aspekt der neuen kulturellen, sprachlichen und physischen Umwelt thematisieren ebenfalls drei Frauen, die nach der Migration mit Heimweh und Depressionen zu kämpfen hatten (F12, F8, F2).

„[...] Für die, für die Seele war das schwer. Ich bin gekommen, ich konnte fast nichts auf Deutsch. [...] Und sonst das ist in diesem Alter sehr schwer. So (umlanden?) wo andere Sprache ist und ganz, bisschen andere Kultur. Bis man sich dran gewöhnt hat, das ist schwer. [...] Jetzt habe ich keine Heimweh (hustet). So erste fünf, sechs Jahre war das ganz schlimm kann ich sagen. Muss man starken Mensch sein, bis man sich so eingewöhnen kann. [...]“ (F8, Abs. 138-140)

Außerdem betrachten Interviewte die klimatische Veränderung aufgrund der Auswanderung als negativen, gesundheitlichen Einflussfaktor (M4, M3, F8). Zwei Befragte empfanden das Klima im Herkunftsland im Hinblick auf ihre gesundheitlichen Probleme als angenehmer (M3, F8). Ein Mann ist der Meinung, der Mensch solle dort leben, wo er geboren wurde, da er sich an das dort vorherrschende Klima gewöhnt hat. Die Migration in eine andere Klimazone kann seiner Meinung nach die Gesundheit negativ beeinflussen, so wie bei ihm, er leidet an einer chronischen Nasennebenhöhlenentzündung (M4).

Einen weiteren negativen Aspekt, den eine Befragte explizit im Zusammenhang mit der Auswanderung nennt, ist die ungesündere Ernährungsweise in Deutschland aufgrund der, im Vergleich zum Herkunftsland, mangelnden Selbstversorgung (Gemüse-/Obstanbau, Tierhaltung) (F22). Weitere Befragte sprechen diesen Aspekt, zwar nicht explizit im Zusammenhang mit der Auswanderung, jedoch im Rahmen ihrer subjektiven Gesundheitstheorie (siehe oben) und dem bewussten Handeln für die eigene Gesundheit (siehe Kapitel 7.2.5) an.

Insgesamt nehmen die befragten Personen nicht die Migration als solche, sondern die Lebens- und Arbeitsbedingungen im Herkunfts- bzw. Zielland als Einflussfaktoren auf die (eigene) Gesundheit wahr. Zu diesem Ergebnis kam ein Team um Oliver Razum ebenfalls (vgl. ROBERT KOCH-INSTITUT 2008, S. 129; siehe Kapitel 4.1.1). Das folgende Zitat unterstreicht dieses Ergebnis:

„Na gut, das kann ich jetzt nicht sagen. Wo du arbeitest, das beeinflusst deine Gesundheit. Wenn du jeden Tag gehst zwei, drei Palette Steine mauern, egal wo du schaffst, hier oder in Russland, ist auch schwere Arbeit, oder? Das spielt keine Rolle. [...]“ (M7, Abs. 163)

Neben den Personen, die die Auswanderung bzw. damit zusammenhängende Aspekte als Gesundheitsressource bzw. -risiko wahrnehmen, gibt es Interviewte, die der Meinung sind, die Auswanderung hätte ihre Gesundheit weder positiv noch negativ beeinflusst (M12, M7, M6, F15, F3).

6) Klima bzw. Wetter

Der Einflussfaktor Klima bzw. Wetter wurde bereits unter dem Aspekt Auswanderung dargestellt. Darüber hinaus sehen befragte Personen das Wetter allerdings auch unabhängig von der Auswanderung als Einflussfaktor auf Gesundheit und Krankheit. Interviewte nehmen im Allgemeinen schlechtes Wetter als Belastung für die (eigene) Gesundheit bzw. als krankheitsauslösenden Aspekt wahr, während sie gutes Wetter als gesundheitliche Ressource betrachten (M12, M8, M7, M5, M4, M3, M1, F16, F15, F8, F7). Konkrete von den befragten Personen genannte Beispiele sind: mangelnder Sonnenschein und Hitze belasten die (psychische) Gesundheit (M12, M1, F16, F8); Krankheiten (z. B. Asthma, Erkältungen, Nasennebenhöhlenentzündungen) werden durch Kälte, extreme Hitze und/oder schlechtes Wetter (trüb, nass etc.) verursacht bzw. verstärkt (M8, M5, M4, F16, F8); trockenes, warmes und sonniges Wetter lindert gesundheitliche Probleme (u. a. Asthma) (M4, F16, F8) und tut der Gesundheit gut (M4, M1).

7) Stress

Befragte nehmen Stress, von innen und von außen kommend, als Gesundheitsrisiko und als krankheitsauslösenden Faktor wahr (M11, M6, M4, M3, F21, F20, F16, F15, F14, F13, F12, F11, F10, F7), dabei nennen sie folgende Stressoren: Arbeit (M11, M3, F20), Auswanderung und damit verbunden eine neue kulturelle Umwelt (M11), Termin- und Zeitdruck (M6, M4, M3, F21, F14, F7), mangelnde Entspannung und Gelassenheit (M6), sich Gedanken machen/grübeln (M3, F12, F10), finanzielle Probleme (F21, F12), Mangel an sozialen Kontakten (F13), bürokratische Hürden (F12) sowie negative Nachrichten/Neuigkeiten (F10).

„(5) Stress. Eigentlich nur der Stress. Was einen so, was mich so belastet. (..) Ja gut, dass man irgendwie auch nicht abschalten kann, dass man vom Studium nach Hause kommt und man hat noch etwas anderes und noch was anderes. Und dann kommt man erst, dann muss man nach dem Studium noch gucken, dass man Geld verdient. Und dann gehst du da noch arbeiten und nach der Arbeit willst du auch noch Sport machen. Gut im Endeffekt schaltet man beim Sport ab, aber sonst, gut der Stress. Einfach nur der Stress.“ (M6, Abs. 33)

8) Sonstige Einflussfaktoren

Einzelne Befragte nehmen Einflussfaktoren auf Gesundheit und Krankheit wahr, die den zuvor genannten Bereichen nicht zugeordnet werden können. Ein Mann thematisiert zum Beispiel die persönliche Entfaltung als Gesundheitsressource (M6). Des Weiteren nehmen Interviewte Bakterien und Viren als Gesundheitsbelastung und als Krankheitsauslöser (z. B. Erkältungen, Durchfallerkrankung) wahr (F20, F16, F15, F13). Weitere genannte Einflüsse sind: das Leben selbst produziert Krankheiten (M12), „Feinde“, d. h. Personen, die einem selbst Böses wünschen, belasten die Gesundheit (M6), Personen machen sich durch ständiges Einreden „sie

„sein krank“ selbst krank (M3) und Vollmond (F16), Übergewicht (F9) sowie nicht näher beschriebene Probleme (F15) stellen Gesundheitsrisiken dar. Darüber hinaus sprechen Befragte „den Willen Gottes“ als Einflussfaktor auf Gesundheit und Krankheit an (F18, F11).

Zwischenfazit

Ein Vergleich der empirischen Ergebnisse der vorliegenden Arbeit mit der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund kann nicht erfolgen, dennoch findet die These von FALTERMAIER (2005b, S. 109; siehe Kapitel 3.4.3) „Gesundheits- und Krankheitstheorien von Personen mit Migrationshintergrund weisen ein ähnliches Spektrum und vergleichbare Komplexität auf, wie es die Ergebnisse für die einheimische Bevölkerung andeuten“ in dieser Arbeit im Hinblick auf die Komplexität Bestätigung. So nehmen alle befragten Personen mindestens zwei der zuvor beschriebenen Einflussfaktoren auf die (eigene) Gesundheit bzw. auf Krankheit wahr. Ähnlich den subjektiven Gesundheits- und Krankheitskonzepten, dürfen die Kategorien damit nicht als in sich geschlossen betrachtet werden, wie das folgende Zitat beispielhaft belegt:

„Was, ja gute Nachrichten oder mit meine Freunde zu unterhalten oder spazieren gehen mit meiner Tochter oder mit meine Freunden im Wald oder so ein bisschen bummeln. [...]“ (F12, Abs. 98)

Die Frau thematisiert sowohl soziale Netzwerke (Freunde und Tochter) als auch körperliche Aktivitäten (spazieren gehen), die ihre Gesundheit positiv beeinflussen und sie stellt eine Verbindung zwischen beiden Aspekten her: Mit der Tochter oder mit Freunden spazieren gehen tut ihrer Gesundheit gut.

Des Weiteren werden einzelne Determinanten von den befragten Personen als positive und negative Einflüsse auf die (eigene) Gesundheit sowie als Einflüsse auf die Entstehung von Krankheit(en) betrachtet. Dies könnte auf das Verständnis von Gesundheit im salutogenetischen Modell hindeuten (Gesundheits-Krankheits-Kontinuum). Eine abschließende Aussage diesbezüglich lässt sich in der vorliegenden Arbeit nicht treffen, hierzu bedarf es weiteren empirischen Untersuchungen.

Darüber hinaus lassen sich, mit Blick auf die subjektiven Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen zwei weitere Sachverhalte feststellen: Zum einen fiel den befragten Personen die Definition von Gesundheit und Krankheit sowie die Nennung von Einflussfaktoren auf Gesundheit und Krankheit teilweise schwer und zum anderen musste zum Teil in einem ersten Schritt eine Reflexion mit dem Thema Gesundheit stattfinden, um Definitionen und Einflüsse nennen zu können.

7.1.4 Wahrnehmung geographisch-gesundheitlicher Ressourcen und Risiken

Während in Kapitel 7.1.3 die allgemeinen subjektiv wahrgenommenen Gesundheitsressourcen und -belastungen Gegenstand der Darstellungen waren, stehen im Folgenden die subjektiv wahrgenommenen geographisch-gesundheitlichen Ressourcen und Risiken im Fokus. Durch das explizite Fragen nach Orten bzw. Plätzen im Setting „Kreisstadt Merzig“, an denen Personen sich wohl bzw. unwohl fühlen wurden geographische bzw. räumliche Ressourcen und Belastungen für die Gesundheit ermittelt.

Das Merziger „Stadtgrün“ und „Stadtblau“ wurde in Kapitel 6.1 bereits näher dargestellt. Die befragten Personen nehmen vor allem dieses „Stadtgrün“ und „Stadtblau“ als geographisch-gesundheitliche Ressource wahr. Die Befragten thematisieren den *Stadtpark* (M7, M4, F22, F18, F16, F15, F14, F12, F5) und die *Saar* bzw. deren Ufer (M10, M6, M3, F22, F16, F15, F12, F8, F5) am häufigsten als Gesundheitsressource. Die Personen nennen unterschiedliche Gründe, warum sie sich an der Saar wohl fühlen: Das Saarufer bietet schöne Plätze in einer natürlichen Umgebung, wo die befragten Personen den Schiffen beim Vorbeifahren zusehen (M10) sowie abschalten und sich beruhigen bzw. entspannen können (M6, M3, F12). Des Weiteren eignen sich die Personen das Saarufer zum Spazieren gehen (M3, F22, F16, F12, F5) und zum Rad fahren (F22) an. Eine Frau ist der Meinung, die Saar sei etwas Außergewöhnliches, das nicht jede Stadt hat (F15). Eine andere Frau ist in der Nähe eines Flusses aufgewachsen, die Saar gibt ihr ein Gefühl von Heimat (F8). Die Befragten nehmen den Merziger Stadtpark ebenfalls aus diversen Gründen als geographisch-gesundheitliche Ressource wahr: Im Stadtpark bzw. der Saline finden sie Ruhe und Entspannung (F15, F14, F12). Darüber hinaus bietet der Stadtpark bzw. der sich im Park befindende Spielplatz die Möglichkeit aktiv etwas mit der Familie zu unternehmen (M7, F15, F14). Eine Frau erzählt, dass sie sich im Stadtpark wohl fühlt, weil sie sich dort an die Zeit als sie nach Merzig gekommen ist erinnert (F5).

Als weitere Gesundheitsressource nehmen Befragte den „*Bietzerberger*“, einen Premiumwanderweg, der unter anderem durch eine Apfelplantage führt bzw. Teile des Weges wahr (M10, M3, F15, F14). Als Gründe des Wohlfühlens nennen Interviewte die schöne Aussicht (M10) und die Möglichkeit selbst Äpfel zu pflücken (F15). Die *Kreuzbergkapelle* stellt aus Sicht befragter Personen (M6, M5, M1) ebenfalls eine geographisch-gesundheitliche Ressource dar, wo sie eine schöne Aussicht genießen (M1) und zur Ruhe kommen können (M6).

Weitere Gesundheitsressourcen, die dem „Stadtgrün“ bzw. „Stadtblau“ zugeordnet werden können, stellen der *Wald* (M12, F18), der *Wolfspark* (F22, F14, F5), der Merziger *Tierpark* (F22), der *Garten der Sinne* (M3) sowie der *eigene Garten* (M12, F21) dar.

Die *eigene Couch* (M11), das Schwimmbad „*Das BAD*“ (M7, M4), die *Sporthalle* (M1), die Geschäfte in der *Innenstadt* (F18, F12) und das *Merziger Kino* (F20) sind ebenfalls Orte, an denen sich Befragte wohl fühlen. Ferner nennen drei Frauen (F18, F10, F7) drei unterschiedliche *Vereine*, die sie persönlich als geographische Gesundheitsressource wahrnehmen: Zum einen fühlen sich zwei Frauen in Vereinen wohl, in denen sie sich ehrenamtlich engagieren, zum anderen fühlt sich eine an einer Depression erkrankte Frau in einem Verein wohl, in dem sie durch Hilfsangebote Unterstützung findet. Einige der Interviewten nennen keine konkreten Orte bzw. Plätze, sondern geben an, sich in Merzig überall wohl zu fühlen (M8, M2).

Während fast alle Interviewten (Ausnahmen: F11, F9, F3, F2) mindestens eine geographisch-gesundheitliche Ressource thematisieren, nimmt die Mehrheit der Befragten (M11, M10, M8, M7, M6, M5, M4, M3, M1, F22, F13, F12, F10, F9, F5) keine geographisch-räumlichen Belastungen für die eigene Gesundheit wahr. Vereinzelt nennen die Befragten folgende Orte bzw. Plätze, an denen sie sich unwohl fühlen: den Arbeitsplatz (M12, F21) (z. B. wenn die Kundenschaft unzufrieden ist (M12)); das Krankenhaus, in dem aufgrund einer Erkrankung ein Aufenthalt erfolgte (F18); die Hauptverkehrsstraßen (F18) und ein Fabrikgelände, wo bei der Produktion Rauch entsteht (F15). Wie oben beschrieben nehmen Befragte die Innenstadt mit ihren Geschäften als Gesundheitsressource wahr. Auf der anderen Seite gibt es Personen, die die Innenstadt als räumliches Gesundheitsrisiko wahrnehmen: Ein Mann fühlt sich in der Innenstadt in den Geschäften unwohl, weil er sich dort fehl am Platz fühlt (M12) und einer Frau ist es in der Innenstadt zu hektisch (F14). Den Stadtpark nehmen befragte Personen ebenfalls als Gesundheitsressource und -risiko wahr. Dabei spielt die Tageszeit eine wichtige Rolle: Tagsüber nehmen Befragte den Merziger Stadtpark als geographische Gesundheitsressource wahr (siehe oben), bei Dunkelheit fühlt sich eine Frau dort unwohl (F20).

Insgesamt variiert die Wahrnehmung therapeutischer Landschaften zwischen Personen (siehe Kapitel 3.4.2.2). Auch die in der vorliegenden Arbeit befragten Personen nehmen Orte bzw. Plätze im Hinblick auf ihre Gesundheit unterschiedlich wahr. Des Weiteren differieren die Gründe, warum sich Individuen an einem Ort bzw. Platz wohl bzw. unwohl fühlen.

7.1.5 Die subjektive Bedeutung und der Stellenwert von Gesundheit

Lediglich zwei Befragte geben an, Gesundheit sei für sie nicht (sehr) wichtig (M12, F14). Damit findet die These von FALTERMAIER (2005b, S. 108; siehe Kapitel 3.4.3), „der subjektive Stellenwert und die praktische Bedeutung von Gesundheit im Leben von Personen mit Migrationshintergrund ist eher gering“, in dieser Arbeit keine Bestätigung. Zu einem ähnlichen Ergebnis gelangte EICHLER (2008, S. 282), die zeigte, „die befragten Migrantinnen [verfügen] über ein hohes Sensibilisierungspotenzial hinsichtlich Gesundheitsfragen“ (EBENDA). LAMPERT ET AL. (2009, S. 52) und BRÄHLER ET AL. (2003, S. 25) (siehe Kapitel 4.2.1) stellten ebenfalls fest,

Gesundheit besitzt für viele Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler eine sehr große Bedeutung. Die hohe Bedeutung der Gesundheit für die Befragten in dieser Arbeit könnte damit zusammenhängen, dass sie seit durchschnittlich 17,9 Jahren in Deutschland leben und daher Themen, die meist zu Beginn einer Migration im Vordergrund stehen (z. B. Spracherwerb, Existenzsicherung), nicht mehr ihren Alltag dominieren (siehe Kapitel 3.4.3).

Die Mehrheit der Interviewten ist der Meinung, Gesundheit sei (sehr) wichtig (M7, M5, F21, F20, F15, F13, F11, F7, F5, F2) bzw. das Wichtigste (M11, M10, M8, M6, M4, M3, M1, F22, F18, F16, F12, F10, F9, F8, F3). Ähnliche Ergebnisse stellten LAMPERT ET AL. (2009, S. 52) und BRÄHLER ET AL. (2003, S. 25) in ihren Untersuchungen fest (siehe Kapitel 4.2.1). Einige der befragten Personen in dieser Arbeit erklären, wenn auch teilweise sehr allgemein, von sich aus, warum Gesundheit für sie persönlich eine solche Bedeutung hat, häufig spielt dabei die Funktions-, Handlungs- und Leistungsfähigkeit eine zentrale Rolle: Um sich um die Kinder bzw. die Familie kümmern zu können (M11, F15, F13, F9), um arbeiten zu können (M7, F21, F15, F3), um Sport treiben zu können (M7), um das zu machen, was Personen normalerweise machen (M6, F20, F3), um ein einfaches (M5) und gutes Leben (M3) zu führen, um tägliche Aktivitäten uneingeschränkt erledigen zu können (F20), um etwas mit der Familie unternehmen zu können (F13), um keine Belastung für die Kinder zu sein (F11), um den Haushalt selbstständig zu organisieren (F11) und um die Kinder bei der Betreuung der Enkelkinder zu unterstützen (F11, F7). Darüber hinaus thematisieren mehrere Befragte Gesundheit als Voraussetzung für alles andere im Leben, wobei sie „alles andere“ nicht näher definieren (M4, M1, F22, F16):

„[...] Das ist so gesehen das Wichtigste, was man haben kann, um dann alles zu erreichen.“ (M4, Abs. 137)

Die subjektive Bedeutung von Gesundheit im Leben eines Menschen kann sich ändern (siehe Kapitel 3.4.1.3). Interviewte nennen folgende Faktoren, die eine solche Veränderung bei ihnen ausgelöst haben: Erwachsen- bzw. Älterwerden (M11, F22), Familiengründung (M10) sowie (überstandene) Krankheit (M1, F18, F15). Im Hinblick auf den Auslöser Krankheit fällt auf, die Personen, die Krankheit nennen, haben selbst (M1, F18) oder ihnen nahestehende Personen haben (F15) Krankheit erlebt. Die Krankheit (Depression, Magen-Darm- Grippe, chronische Nasennebenhöhlenentzündung) hat dazu geführt, dass die Interviewten den Stellenwert von Gesundheit neu überdacht haben. So ist eine Frau, nachdem sie eine Krankheit überstanden hat, der Meinung, sie könne, wenn es sein muss, ohne ihre Familie zurechtkommen:

„Früher, es war bei mir auf erster Stelle Familie und dann das und das, und dann Gesundheit. Und schon jetzt in Deutschland, seit dem ich so gesund geworden bin, ich habe allen gesagt, ‚Ich stelle meine Gesundheit auf erste Stelle‘. Wegen meiner Gesundheit, ich kann auf alles verzichten, auch auf die Familie, ich kann auch alleine sein, wenn es muss sein. [...]“ (F18, Abs. 119)

7.1.6 Verantwortung für die eigene Gesundheit

Lediglich zwei Personen (M2, F10) sind der Auffassung, ihre Ärzte bzw. Ärztinnen seien für ihre Gesundheit verantwortlich. Die übrigen Personen geben an, für ihre Gesundheit (an erster Stelle) selbst verantwortlich zu sein, d. h. die Personen sind mehrheitlich der Auffassung, ihre Gesundheit selbst beeinflussen zu können (personale Kontrolle).

In der Untersuchung von BRÄHLER ET AL. (2003, S. 18) stimmten die Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler dem Item „Für meine Gesundheit bin ich selbst verantwortlich“ ebenfalls am höchsten zu. Diese Wahrnehmung der individuellen Kontrollierbarkeit der eigenen Gesundheit kann sich positiv auf die gesundheitsförderliche Lebensgestaltung auswirken (vgl. FRANK 2000, S. 164).

Teilweise begründen Interviewte die eigene Verantwortung für ihre Gesundheit: Selbst für die eigene Gesundheit verantwortlich zu sein, bedeutet für die Befragten, eigene Entscheidungen zu treffen (M12, M10, M7) sowie sich um die eigene Gesundheit zu kümmern (M11, M6, M5, M4, F22, F21, F20, F18, F15, F13, F12, F11, F2), da es sonst meist niemand tut (M6, F22, F18). Befragte Personen nennen folgende konkrete Beispiele: gesunde Nahrungsmittel besorgen (M11, M4, F13), Informationen zu Gesundheit beschaffen (M6, F2) und ungesunde Ernährungsweise vermeiden (F21).

„[...] Du bist dafür zuständig, du selbst. Du sortierst aus, du musst dich informieren, was ist für dich gesund, was ist nicht für dich gesund. Nur du. Wenn man sich auf andere verlässt, fällt man hin, gerade was Gesundheit angeht.“ (M6, Abs. 79)

Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen bedeutet aber auch, im Krankheitsfall Hilfe in Anspruch zu nehmen und einzufordern (M8, F15).

„Nein, also ich denke schon, dass ich selber verantwortlich bin für meine Gesundheit. Wenn ich krank bin, dann muss ich ja beim Arzt selber erscheinen, muss ich dahin gehen oder nicht. Also ich meine ich bin selber.“ (M8, Abs. 72)

Neben der eigenen Verantwortung für die persönliche Gesundheit, nennen die Befragten weitere Personen bzw. Institutionen, die für ihre Gesundheit (mit)verantwortlich sind bzw. die sich um ihre Gesundheit kümmern: Ehefrau (M11), Eltern (M10, F20), Tochter (M11), Staat (M10, M3) und Ärztin/Arzt (F15, F14, F10, F7).

7.1.7 Subjektiver Gesundheitszustand

Der subjektive Gesundheitszustand wurde im Rahmen dieser Arbeit anhand der Frage „Wie schätzen Sie persönlich Ihren Gesundheitszustand ein? Sehr gut, gut, mittelmäßig, schlecht oder sehr schlecht?“ erhoben. Die Mehrheit der Befragten schätzt ihren Gesundheitszustand als sehr gut (M6, M1, F20) bzw. gut (M12, M8, M5, M3, F22, F21, F18, F16, F15, F13, F9, F5,

F2) ein. Sechs Personen geben einen mittelmäßigen (M7, M4, F14, F11, F10, F7) und drei Personen einen schlechten (M10, M2, F12) Gesundheitszustand an. Zwei Befragte nutzen nicht die vorgegebenen Kategorien (M11, F8) und von einer Frau (F3) fehlen die Daten. Diese statistische Verteilung stellt jedoch eine Momentaufnahme dar, wie weiter unten näher erläutert wird. Die Interviewten wurden teilweise darum gebeten, ihre persönliche Einschätzung des Gesundheitszustandes zu begründen. Die Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Befragte, die ihren Gesundheitszustand als sehr gut einschätzen, begründen dies anhand von verschiedenen Aspekten: (körperliches) Gesundsein (M6, F20), geistige Fitness (M6), Stärke (M6), Jugend (M6), Zielstrebigkeit (M6), Selbstentfaltung (M6), Wohlbefinden (F20) sowie Funktionsfähigkeit (F20).
- Aspekte zur Begründung des subjektiven Gesundheitszustandes von Personen, die diesen als gut bezeichnen, sind: Wohlbefinden (M12, F22, F15), Abwesenheit von (akuten) Krankheit(en) (M8, M5, F18, F16, F15), Gesundsein (M8, M5) sowie gesundheitsschädigendes (M5, M3) bzw. gesundheitsförderliches Verhalten (F21).
- Interviewte, die ihren Gesundheitszustand als mittelmäßig bewerten, begründen dies anhand den Aspekten: Nicht-100%-Gesundsein (M4), Anwesenheit von Krankheit (F11) sowie Anwesenheit gesundheitlicher Probleme (M4, F11, F7).
- Personen, die ihren Gesundheitszustand als schlecht beurteilen, begründen dies damit, dass sie sich gesundheitsschädigend verhalten (M10), körperlich nicht leistungsfähig sind (M10) oder an Krankheiten leiden, die ihr Leben einschränken (M2, F12).
- Befragte Personen, die ihren Gesundheitszustand nicht mit den vorgegeben Kategorien bewerten, nutzen die Worte „es geht“ (M11, Abs. 193) und „ich kann nicht so klagen, aber könnte besser gehen“ (F8, Abs. 24), um ihren Gesundheitszustand zu beurteilen.

Neben den persönlichen Begründungen könnte der Wohnort, also die Kreisstadt Merzig, den (sehr) guten subjektiven Gesundheitszustand der Interviewten miterklären. KREFT ET AL. (2012, S. 1051; siehe Kapitel 4.2.4) stellten fest, in ländlichen Regionen lebende Aussiedlerinnen und Aussiedler haben im Vergleich zu den in hoch urbanisierten Regionen lebenden Aussiedlerinnen und Aussiedlern einen besseren Gesundheitszustand. Diese Vermutung für die vorliegende Arbeit kann jedoch nicht abschließend geklärt werden.

Dynamische Aspekte des subjektiven Gesundheitszustandes

Wie oben angedeutet, stellt die zuvor beschriebene statistische Verteilung eine Momentaufnahme dar, da die Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustandes zum Zeitpunkt der Befragung erfolgte. Die Mehrheit der Interviewten spricht jedoch eine gewisse Dynamik im Hinblick auf den subjektiven Gesundheitszustand an (M10, M8, M7, M6, M5, M4, M3, F22,

F21, F20, F16, F15, F12, F8, F2). FALTERMAIER ET AL. (1998, S. 83) stellten ebenfalls einen dynamischen Aspekt, allerdings im Hinblick auf das subjektive Gesundheitskonzept, fest (siehe Kapitel 3.3.1). Die auf den Gesundheitszustand bezogene Dynamik begründen die Befragten durch verschiedene Aspekte: Anwesenheit von Krankheit oder gesundheitlichen Problemen (M6, M4, F21, F16, F12), (psychische) Belastungen auf der/durch die Arbeit (F21, F20), Alter (F22, F2), gesundheitsschädigendes Verhalten (M10, M3) und Gesundsein/Abwesenheit von Krankheit (M5). Der Zeitraum, in dem Veränderungen des Gesundheitszustandes auftreten variiert: Der Gesundheitszustand kann sich sowohl von Tag zu Tag (M7, M4, F20, F16) als auch erst über mehrere Jahre hinweg (M10, F22) ändern.

„Sehr gut war früher. Früher egal wo die Schmerzen haben angefangen, denkst du, oh gleich nach einer Minute geht das vorbei und dann ist das vorbei gegangen. Jetzt muss man lange, braucht man lange (lacht) So eine Art.“ (F22, Abs. 194)

„Also vorgestern ging es mir nicht gut, muss ich dazu sagen. Das, aber das hat auch mit der Arbeit zu tun, ich muss sagen, als ich dann zu Hause war, und abends, und da bin ich schon so runtergekommen und da ging es auch wieder besser. Aber das ist so ein Auf und Ab dann.“ (F20, Abs. 184-186)

7.2 Das alltägliche Gesundheitshandeln

In den folgenden Kapiteln stehen das alltägliche Gesundheitshandeln der Interviewten, die dahinterstehenden Gründe und Motivationen sowie die soziale und räumliche Dimension des Gesundheitshandelns im Fokus. Wie in Kapitel 3.4.1.1 beschrieben, wird das Konstrukt Gesundheitshandeln aus sieben Komponenten gebildet. Für die nachstehenden Auswertungen wurden in Anlehnung an FALTERMAIER (1994, S. 268) vier Komponenten berücksichtigt: Das bewusste Handeln für die eigene Gesundheit, der Umgang mit dem eigenen Körper und seinen Beschwerden, der Umgang mit Krankheiten und der Umgang mit wahrgenommenen Risiken und Belastungen. Diese Komponenten, die nachfolgend näher dargestellt werden, können nicht als in sich geschlossen betrachtet werden, sondern es existieren zwischen den einzelnen Komponenten Überschneidungen. Die Befragten nennen zum Beispiel die Anwendung von Naturprodukten sowohl beim bewussten Handeln für die eigene Gesundheit als auch beim Umgang mit körperlichen (und psychischen) Beschwerden sowie Krankheiten.

Zu Beginn der Arbeiten sollten sowohl das subjektive Gesundheitsbewusstsein als auch das alltägliche Gesundheitshandeln der befragten Personen im Herkunftsland und in Deutschland analysiert werden, um die Veränderung der gesundheitlichen Lebensweise, beeinflusst durch die Migration, untersuchen zu können. Bereits bei der Interviewführung und später bei der Auswertung der Interviews stellte sich jedoch heraus, dass dies den Rahmen der vorliegenden Arbeit überschreiten würde. Aus diesem Grund wurde die Komponente nicht näher analysiert.

7.2.1 Das bewusste Handeln für die eigene Gesundheit

Das bewusste Handeln für die eigene Gesundheit wurde anhand der Frage „Was tun Sie persönlich für Ihre Gesundheit?“ erhoben. Im Folgenden werden die Bereiche, die räumlichen und sozialen Strukturen und die dahinter stehende Motivation des bewussten Handelns für die eigene Gesundheit näher dargestellt. Darüber hinaus werden die Gründe, die das Umsetzen von Aktivitäten für die eigene Gesundheit verhindern beschrieben.

Bereiche des bewussten Handelns für die eigene Gesundheit

Lediglich eine Frau gab an, zum Zeitpunkt der Befragung nichts für ihre Gesundheit zu tun, obwohl sie sich bewusst ist, wie wichtig das Thema Gesundheit ist. Der Grund, der das Umsetzen von Aktivitäten für die eigene Gesundheit bei ihr verhindert, ist Zeitmangel (F14).

Die Aktivitäten, die die anderen Personen für ihre eigene Gesundheit unternehmen, lassen sich in folgende Subkategorien einordnen: körperliche Aktivitäten, Ernährung, Entspannung, Anwendung von Naturprodukten und die „Restekategorie“ sonstige Aktivitäten.

Körperliche Aktivitäten

Fast alle Interviewten (25 von 28 Personen; Ausnahmen: M11, M3, F14) geben an sich in irgendeiner Art und Weise, zu bewegen. Die Befragten nennen körperliche Aktivitäten damit am häufigsten. Ein ähnliches Ergebnis erzielten BRÄHLER ET AL. (2003, S. 29; siehe Kapitel 4.2.2), in deren Studie nannten die Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler körperliche Bewegung ebenfalls am häufigsten, um sich gesund zu erhalten.

Die Quantität der körperlichen Aktivitäten reicht von manchmal (z. B. F22, F10) über mehrmals pro Woche (z. B. F11, F9) bis zu täglich (z. B. M10, F8, F5), von 15 Minuten (M10) bis zu 90 Minuten (F9). Zu den erwähnten Aktivitäten zählen: (schnelle) Spaziergänge (M10, M8, M4, M1, F22, F15, F13, F12, F11, F10, F8, F7), Nordic Walking (F9, F5), wandern (F20, F9, F5, F3), tanzen (F3), Fahrrad fahren (M10, M7, F22), joggen/laufen (M10, M1), Training am Boxsack (M10), Gymnastik- und/oder Muskelübungen (M12, F16, F13, F12, F11, F10, F8, F5), Gartenarbeit erledigen (M7, F22, F10, F8, F7), Fußball spielen (M5), Basketball spielen (M6, M1), Volleyball spielen (M5, F22), schwimmen (M1, F9), Ski fahren (M1), Inline skaten (M1), Gardetanz (F21) sowie der Besuch von Fitnesskursen (u. a. Yoga, Zumba und Aerobic) (F18, F5, F2) oder eines Fitnessstudios (F18).

„(.) Ja, also so viel Sport treiben, sage ich jetzt ehrlich, mache ich jetzt nicht. Aber so ein bisschen laufen mache ich schon.“ (M8, Abs. 76)

„B: Ja das ist, wie gesagt, Fahrrad fahren oder wir haben noch einen Garten. Dann gehe ich in Garten ab und zu auch ein bisschen. Das ist nicht nur/ da kann man einfach entspannen, von Arbeit, von alles. Dann kannst du im Garten ein bisschen was machen, ja beruhigen.“

I: Und was machen Sie dann im Garten?

B: Ja auch, zum Beispiel jetzt Frühling kommt, muss man schon etwas im Garten vorbereiten. Die Erde, die Pflanzen abschneiden und die Hecken schneiden und ja.“ (M7, Abs. 41-43)

„Ich mache jeden Morgen Gymnastik. Und jeden Tag gehe ich vier, fünf, sechs Kilometer spazieren.“ (F8, Abs. 76)

Die von den Befragten explizit genannten Gründe in diesem Bereich etwas für die eigene Gesundheit zu unternehmen sind divers: Steigerung der Gesundheit bzw. der Fitness (M10, M4, F9), Abwechslung vom Alltag (M7), Spaß an der Sache (M6, M5, F22, F21, F13), innere Erfüllung (M6), körperliche Aktivitäten sind Bestandteil des bisherigen Lebens (M6, F22), Möglichkeit zur bzw. zu mehr Bewegung (M5, F22, F21, F13, F12, F11, F5), Beibehaltung der Gesundheit bzw. der Fitness (M5, F15), gesundheitlichen Problemen entgegenwirken (M4, F13, F12, F11, F5), Stärkung des Immunsystems (M4), Gewichtsabnahme (F22, F13, F9, F5), Steigerung der Energie (F22) und aktiv bleiben (F7).

Die Befragten setzen die körperlichen Aktivitäten sowohl alleine als auch mit anderen Personen gemeinsam um. Ein Mann geht zum Beispiel alleine laufen. Als Grund gibt er an: „da muss ich mich mit keinem absprechen, dann kann ich mein Tempo laufen“ (M1, Abs. 116). Im Gegensatz dazu ist ein anderer Mann erst dann motiviert etwas für seine Gesundheit zu tun, wenn er nicht alleine ist:

„[...] Und dann versuche ich, ich habe einen Kollegen, der ist noch jünger als ich, da habe ich gesagt ‚wir müssen was zusammen tun, weil alleine ist immer schwer den Schweinehund zu überwinden, gehen wir vielleicht in der Pause eine Runde laufen‘ [...]“ (M4, Abs. 113)

Zu den Personen, die sich regelmäßig oder ab und zu gemeinsam mit den Interviewten bewegen, gehören: Kinder (M10, M7, M1, F18, F15, F13, F12), Ehefrau/-mann (M8, M7, M1, F22, F15, F13), Verwandte (M5, F22, F7), Freundinnen/Freunde (M5, F21, F12, F11, F9, F5), (Schwieger-)Eltern (F13, F9) sowie Kolleginnen/Kollegen (F9).

Zu den „Landschaften“, die sich die Interviewten aneignen zählen das eigene Zuhause (M12, M10, F16, F12, F11, F10, F5), der Wohnort (M10, M4, F21, F15, F11, F5, F3), das Saarufer (M10, M8, M7, F22, F8, F7, F5), der Merziger Stadtpark (M7, F15, F13), nahe gelegene Waldgebiete (M1, F15, F13, F12, F11, F9, F8, F5, F3, F2) und der eigene (Schreber-)Garten (M7, F22, F10, F8, F7). Darüber hinaus finden Aktivitäten für die eigene Gesundheit in kommunalen Sportstätten (z. B. Sport-/Turnhalle, Fußballplatz) (M6, M5, M1, F22, F18, F5, F2), am Losheimer Stausee (M1, F11), in nahe gelegenen Städten (M1), im Schwimmbad „Das BAD“ (F9), im Tierpark (F22), im Neunkircher Zoo (F13), an der Kreuzbergkapelle (F8) sowie in der Tanzschule (F3) statt.

Ernährung

Bei BRÄHLER ET AL. (2003, S. 29; siehe Kapitel 4.2.2) nannten die befragten Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler eine richtige Ernährung als Aktivität zur Gesundheitserhaltung. In der vorliegenden Arbeit setzt etwas mehr als die Hälfte der Interviewten ebenfalls Aktivitäten im Bereich Ernährung um (M11, M10, M6, M4, M3, M1, F21, F20, F18, F15, F11, F10, F9, F7, F5, F2). Dabei handelt es sich um vielfältige Maßnahmen: fettreduzierte Ernährungs- und/oder Kochweise (z. B. fettarme Fleischsorten, dünsten statt braten) (M11, M1, F10), fleischarm- bzw. fleischlose Ernährung (M6, M3, F20, F10, F9, F7), obst- und/oder gemüsereiche Ernährungsweise (M11, M4, M3, M1, F18, F15, F10, F9, F7, F5, F2), Verzicht auf tierische Lebensmittel (M6), Meidung von Fertigprodukten und Fast Food (M6, M1, F15, F9), Verzehr von Fisch und Vollkornprodukten (F18, F10, F9, F7), zuckerarme bzw. zucker- reduzierte Ernährungsweise (M1, F10, F7, F5), Reis-Tag (F18), reduzierter Kaffeekonsum (F9) sowie ausreichende Flüssigkeitsaufnahme (F9).

Diesen Aktivitäten liegen unterschiedliche Motivationen zu Grunde. Zum einen verfolgen Befragte damit das Ziel gesundheitlichen Problemen (u. a. Allergie/Intoleranz, Sodbrennen, Hautprobleme, Diabetes, Herzinfarkt) entgegenzuwirken (M11, F21, F20, F11, F2). Zum anderen möchten Personen dadurch abnehmen (F18, F9, F5). Schadstoffe, die durch belastete Nahrung in den Körper gelangt sind, sollen durch einen Reis-Tag ausgeschwemmt werden (F18). Des Weiteren nehmen Interviewte zum Ausgleich nährstoffarmer Nahrung und/oder zur Stärkung ihres Immunsystems Vitamine, d. h. Nahrungsergänzungsmittel, ein (M10, F18, F15, F11).

In den meisten Fällen bleibt die Herkunft der verwendeten Lebensmittel unklar. Während eine Frau angibt, soweit wie möglich Bioprodukte zu kaufen (F9), können sich andere Personen aus finanziellen Gründen keine Biolebensmittel leisten (M6). Andere Personen wiederum besitzen einen (Schreber-)Garten, wo sie Gemüse, Kartoffeln und/oder Obst selbst anpflanzen (F9, F7, F5, F2).

Das bewusste Handeln für die eigene Gesundheit im Bereich Ernährung einer Interviewpartnerin wird sowohl durch das Herkunftsland als auch durch die Länder, in denen sie Urlaub gemacht hat beeinflusst:

„Nein, wir haben unsere Ernährung hier total umgestellt. Es gibt noch zwei, drei Gerichte, die aus Russland kommen, die wir gerne kochen, die auch alle gerne essen. [...] Sonst koche ich also überwiegend italienische, chinesische, weiß der Geier sonst noch was Küche (lacht). Und viel Gemüse, weil ich auch viel im Urlaub abguckte habe. War schon von (..) in vielen Ländern und sogar Couscous und so Dinge versuchen wir auch in die Küche mitzubringen.“ (F9, Abs. 155)

Personen, die die Befragten beim bewussten Handeln für die eigene Gesundheit im Bereich Ernährung beeinflussen sind die Ehefrau mit ihrer Kochweise (M11, M1), der Kollege mit dem gemeinsam der Versuch einer Ernährungsumstellung unternommen wird (M4), die Kinder für die die Eltern ein Vorbild darstellen möchten (M1, F15), der Ehemann mit dem gemeinsam eine Ernährungsumstellung erfolgt (F10, F7) und der als Angler frischen, schmackhaften Fisch mit nach Hause bringt (F2) sowie die Mutter, wenn sie für die Familie kocht (F9).

„(lacht) Ich versuche zumindest mich daran zu halten, also wegen der Ernährung, vor allem weil ich zwei kleine Kinder habe, da gucke ich schon, dass da nicht so viel Fast-Food auf den Tisch kommt und ja halt gesundes Gemüse und ja. [...]“ (F15, Abs. 37)

Entspannung

Die unterschiedlichen Entspannungsmaßnahmen betreffen sowohl die physische als auch die psychische Ebene von Gesundheit. So setzen die befragten Personen Aktivitäten zur Entspannung um, um Stresssituationen zu entgehen/um abzuschalten (M7, M3, M1) und um gesundheitlichen Problemen entgegenzuwirken (F3). Momente der Entspannung finden die Befragten bei der Gartenarbeit (M7), beim Lesen (M3), beim Saunabad (M1, F5), beim Laufen (M1), beim Spaziergang (M1), beim Sonnenbaden (M1), bei einer Wechseldusche (M1), beim Schmusen mit der Katze (F21), im Yoga-Kurs (F5) oder bei einer Massage (F3).

„Ja. Zum Beispiel ich lese viel, aber nicht so den ganzen Tag. Zum Beispiel wenn ich habe zehn, fünfzehn Minuten frei, mache ich Buch auf, dann schalte ich mich ab. [...]“ (M3, Abs. 38)

Tätigkeiten wie laufen oder spazieren gehen, lassen sich auch der Subkategorie körperliche Aktivitäten zuordnen, allerdings nimmt die Person laufen bewusst als Entspannung wahr:

„Also laufen ist für mich oft, hat jetzt nicht immer Vordergrund Leistung, sondern oft so Regenerationslauf sag ich mal, das ist oft dann Entspannung. [...]“ (M1, Abs. 140)

Aktivitäten zur Entspannung unternehmen die Interviewten, wenn überhaupt, mit der Tochter (M1), der Ehefrau (M1) oder dem Ehemann (F3). In einem Fall übernimmt der Ehemann zum Beispiel eine aktive Rolle, indem er seine Frau massiert:

„Ja, für Entspannung kriege ich ja schon, weil mein Mann ist Wellnessmassage gelernt. Da macht der, wenn ich so dringend brauche (lacht) in der Nackenspannung, dann kriege ich ja sofort die Massage.“ (F3, Abs. 34)

„Landschaften“, die sich die Personen zur Entspannung aneignen sind das eigene Zuhause (M3, M1, F21, F3), der eigene (Schreber-)Garten (M7, M1), der nahe gelegene Wald (M1), der Nachbarort (F5), nicht weit entfernte Städte (M1) sowie das Schwimmbad „Das BAD“ (F5).

Anwendung von Naturprodukten

Einige der Befragten nutzen für ihre Gesundheit Naturprodukte (M12, F18, F16, F8, F2). Dabei spielen Kräutertees, Kräutersalben, homöopathische Mittel, Aloe Vera, Honig(produkte) sowie Spirulina eine wichtige Rolle. Die befragten Personen setzen die Naturprodukte zur Behandlung von Krankheiten bzw. Beschwerden (M12, F18, F16, F8, F2), zum Ausgleich nährstoffarmer und belasteter Nahrung (F18) und zur Stärkung des Immunsystems (F16) ein. Die Beschäftigung mit Naturprodukten fand häufig schon im Herkunftsland durch die Personen selbst (M12, F18, F16) oder durch Verwandte (M12, F8), die damit als Vorbild angesehen werden können, statt. Die Anwendung von Naturprodukten im Herkunftsland fand unter anderem statt, weil die Personen darauf angewiesen waren, da die medizinische Versorgung kaum gegeben war (M12). Die Personen pflanzen die verwendeten Naturprodukte im eigenen Garten an (M12, F8, F2), züchten diese in der eigenen Wohnung (F16), sammeln die Produkte im Wald (F8, F2), bestellen die Produkte über den Versandhandel (F18, F8) oder kaufen diese in Apotheken (F18). Die Interviewten stellen die Produkte selbst her bzw. beziehen diese fertig zur Einnahme. Ein Mann, der Imker ist, stellt zum Beispiel Honig und Honigprodukte selbst her (M12).

Sonstige Aktivitäten

Einige Personen geben Aktivitäten an, die nicht den zuvor beschriebenen Kategorien zugeordnet werden können. Ein Mann ist zum Beispiel Esoteriker und Heilpraktiker, in der Esoterik findet er seinen seelischen Ausgleich (M12). Weitere von den Befragten genannte Aktivitäten sind: einfach leben (M12), gesundheitsbezogene Literatur lesen (M12, F18, F9), regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nehmen (F20), körperliche Beschwerden selbst behandeln oder eine Ärztin/einen Arzt aufsuchen (F20), sich bei kälteren Temperaturen nicht zu warm anziehen und nichts Schlechtes machen (F18), ausreichend schlafen und in Urlaub fahren (F9), gute Musik hören und gute Filme schauen (F5), Schach spielen (F5) sowie soziale Beziehungen sowohl zu Hause (M1) als auch außerhalb der Familie pflegen (F7, F5).

Gründe, die das Umsetzen von Aktivitäten für die eigene Gesundheit verhindern

Wie zuvor beschrieben, geben, bis auf eine Person, alle Befragten an, etwas für ihre Gesundheit zu machen. Dabei unterscheiden sich die genannten Aktivitäten im Hinblick auf Qualität und Quantität. Nachfolgend werden Gründe, die das häufigere Unternehmen von Aktivitäten für die eigene Gesundheit verhindern, näher dargestellt. Diese Gründe lassen sich in folgende Subkategorien einteilen: Zeitmangel, niedrige Priorität bzw. persönliche Einstellung, Wetterverhältnisse, finanzielle Belastung(en) und sonstige Gründe.

Zeitmangel, der vor allem mit beruflichen sowie privaten und familiären Verpflichtungen einhergeht, führt dazu, dass befragte Personen selten Aktivitäten für die eigene Gesundheit unternehmen können (M11, M8, M5, M4, M3, F22, F21, F15, F14, F2).

„Ich habe zu viel Arbeit an meinem Haus. Und wenn ich von der Arbeit fertig bin, dann bin ich so müde, dass ich nicht mehr Sport will treiben. Das ist auch schon großer Grund. Ich habe keine Zeit dafür.“ (M8, Abs. 84)

„[...] das sind halt manchmal so Faktoren, die, wo du dann denkst ‚jetzt könntest du ja, jetzt ist Wetter gut, aber ach nein, du musst noch das und dies und jenes erledigen‘. Also das ist meistens eigentlich so ein Zeitdruck, was mich so davon abhält irgendetwas mehr zu machen. [...]“ (F21, Abs. 49)

Eine *niedrige Priorität bzw. die persönliche Einstellung* gegenüber dem Thema Gesundheit verhindern ebenfalls, dass mehr Aktivitäten für die eigene Gesundheit umgesetzt werden. Konkret nennen die Befragten folgende Gründe: insgesamt wird nicht so auf die Gesundheit geachtet (M12), kein großer Wille (M12), Aktivitäten sind mit zu viel Mühe oder Zwang verbunden (M12), kein Interesse an dem Thema Gesundheit (M11), zu müde um nach der Arbeit noch etwas für die Gesundheit zu machen (M11), keine Lust (M11), Wunsch nach Ruhe am Wochenende (M11), den inneren Schweinehund zu überwinden fällt schwer (F20) sowie zu faul (F16, F10).

Die *Wetterverhältnisse* führen dazu, dass Personen entweder etwas oder nichts für ihre Gesundheit machen. Zum Beispiel setzen Personen die Aktivitäten, die sie normalerweise für ihre Gesundheit unternehmen bei schlechtem Wetter nicht um (F21, F10) oder Personen unternehmen bei guten Wetterverhältnissen etwas für ihre Gesundheit (F22, F20, F10, F3). Insgesamt wird die Motivation etwas für die eigene Gesundheit zu tun vom Wetter mitbeeinflusst, wie anhand des folgenden Zitates deutlich wird:

„[...] Das hängt ab, wie die Laune, wenn ich aufwache, die Sonne scheint, dann kann ich, dann gehe ich nach oben. Oben haben wir Geräte von meinem Sohn [...] Wenn die Sonne scheint, wenn ich aufstehe ‚Oh heute ist ein schöner Tag‘, gehe ich rauf und mache (Frau zeigt Bewegungen auf dem Crosstrainer). Im Schlafzimmer haben wir noch eins, wo man Rücken und den Bauch (!: Ein Rudergerät) Ja, das. Und sogar auf der Terrasse und wenn man aufwacht und es regnet, oh, da will ich nichts machen. (lacht)“ (F10, Abs.110)

Finanzielle Belastungen können zu einem schwächer ausgeprägten bewussten Handeln für die eigene Gesundheit führen (M12, M6, M4, F21). Zum Beispiel hindern die entstehenden Kosten Personen daran, in Kur zu fahren (M12) oder gesündere Produkte (u. a. aus artgerechter Tierhaltung) zu kaufen (M6, M4).

Sonstige Gründe, die das bewusste Handeln für die eigene Gesundheit verhindern und die nicht den zuvor genannten Kategorien zugeordnet werden können sind: die subjektiv negativ

wahrgenommene Lebensmittelproduktion (M6), die Schichtarbeit, die den Ernährungsrhythmus stört (M4), die subjektiv negativ wahrgenommene Gestaltung des öffentlichen Raumes (F21), das eigene Alter (F16), die fehlenden Möglichkeiten der Kinderbetreuung (F15), das Erwachsenwerden der Kinder (F14) sowie körperliche Beschwerden (F14, F11).

7.2.2 Der Umgang mit körperlichen (und psychischen) Beschwerden sowie Krankheiten

Neben der Komponente das bewusste Handeln für die eigene Gesundheit zählen nach Faltermeier (siehe Kapitel 3.4.1.1) die Komponenten der Umgang mit dem eigenen Körper und seinen Beschwerden sowie der Umgang mit Krankheiten ebenfalls zum Konstrukt Gesundheitshandeln. In dieser Arbeit wurden die zuletzt genannten Komponenten mithilfe der Frage „Was tun Sie, wenn Sie sich gesundheitlich nicht so gut fühlen bzw. wenn Sie krank sind?“ erhoben. Die Handlungen, die die Personen im Hinblick auf den Umgang mit körperlichen (und psychischen) Beschwerden sowie Krankheiten nennen, lassen sich in folgende Subkategorien einordnen: Aufsuchen einer Ärztin/eines Arztes, Selbstbehandlung und sonstige (Selbst-)Hilfe. Nachfolgend werden die Subkategorien sowie die sozialen Aspekte des Umgangs mit körperlichen (und psychischen) Beschwerden und Krankheiten näher dargestellt.

Aufsuchen einer Ärztin/eines Arztes

Die befragten Personen geben unterschiedliche Gründe an, warum sie eine Ärztin bzw. einen Arzt in Anspruch nehmen. Die Gründe lassen sich in folgende Unterkategorien einteilen: (starke) Beschwerden/Schmerzen, Selbstbehandlung ist nicht möglich, Selbstbehandlung ist nicht wirksam und die „Restekategorie“ sonstige Gründe.

Knapp über zwei Drittel der Interviewten gehen zu einer Ärztin bzw. zu einem Arzt, wenn sie (*starke*) *Beschwerden und/oder Schmerzen* (z. B. Zahn-/Bauchschmerzen, Fieber) haben (M12, M11, M10, M8, M7, M5, M1, F22, F20, F15, F14, F13, F12, F11, F10, F9, F8, F7, F3, F2). Die Schwelle eine Ärztin/einen Arzt aufzusuchen ist dabei recht hoch, da die Befragten oft zuerst den Versuch einer Selbstbehandlung (siehe unten) unternehmen.

„Nein, also ich muss schon richtig krank sein, dass ich, wenn ich nicht so sehr krank bin, dann gehe ich auch nicht zum Doktor, ich persönlich. Das muss schon ziemlich stark sein, die Schmerzen, dann gehe ich zum Doktor, sonst.“ (M8, Abs. 94)

Es gibt Situationen, in denen befragte Personen eine *Selbstbehandlung* von Krankheiten und/oder körperlichen Beschwerden als *nicht möglich* ansehen (M1, F18, F12, F10, F5, F3). Vereinzelt nennen die Befragten folgende Beispiele: Borreliose, Depressionen, Angststörungen, Sportverletzungen und ein abgebrochener Zahn.

Andere Interviewte nehmen eine Ärztin/einen Arzt erst in Anspruch, wenn die *Selbstbehandlung nicht wirksam* ist (M12, M11, M1, F15, F13, F2). Die Ärztin bzw. der Arzt verschreibt in einem solchen Fall dann zum Beispiel stärkere Medikamente oder stellt einen Krankenschein aus (F15).

Zu den *sonstigen Gründen* warum befragte Personen eine Ärztin/einen Arzt bei körperlichen (und psychischen) Beschwerden sowie Krankheiten aufsuchen zählen: Kontrolle der Blutwerte (M11, F7), Ausstellung eines Krankenscheins oder eines Rezeptes (M4, M2, F14, F12, F9) sowie Abklärung neu auftretender, unbekannter Beschwerden (F21).

Selbstbehandlung

Beim Umgang mit körperlichen (und psychischen) Beschwerden sowie Krankheiten thematisieren fast alle befragten Personen das Thema Selbstbehandlung (Ausnahmen: M10, M2). Während einige Personen in erster Linie Natur- bzw. Hausmittel benutzen (z. B. F13, F12, F11, F10, F9, F8), wenden andere Personen vorwiegend freiverkäufliche Medikamente an (z. B. M8, M7, F15, F14,).

Medikamentöse Selbstbehandlung

Ungefähr zwei Drittel der Befragten geben an, körperliche (und psychische) Beschwerden sowie Krankheiten medikamentös zu behandeln (M12, M11, M8, M7, M6, M5, M4, M3, M1, F22, F21, F20, F18, F16, F15, F14, F7, F5, F3, F2). Dabei behandeln sie vor allem „einfache“ Krankheiten und Beschwerden wie beispielsweise Kopfschmerzen (z. B. M11, M7, F20, F7), eine Erkältung oder eine Grippe (z. B. M5, M1, F22, F15, F3) selbst. Zu den eingenommenen Arzneimitteln zählen freiverkäufliche Schmerztabletten (z. B. bei Kopfschmerzen, Sportverletzungen) (M11, M8, M7, M6, M1, F21, F20, F7, F2), Rheuma- und Erkältungsbäder (M8, M5, F3), Hustensaft (M7), Erkältungs- bzw. Bronchialsalben (M5, F16, F3), schleimlösende Arzneimittel (M4), fiebersenkende Medikamente (F22, F21, F5), Grippemedikamente (F22, F18, F15), Nasen- und Asthmasprays (F16, F15, F3), Medikamente gegen Osteoporose (F16) und Bluthochdruck (F7) sowie Gelenksalben (F16).

Insgesamt bleiben die Befragten sehr allgemein bei der Beschreibung der medikamentösen Selbstbehandlung, wie die folgenden Zitate verdeutlichen:

„Ja, gut, wenn ich Tabletten kaufe, wenn ich zum Beispiel Kopfschmerzen habe oder ich weiß nicht Husten oder so und dann hast du Hustensaft oder keine Ahnung was. Was Einfaches, musst du nicht direkt zum Arzt, du merkst das, wenn du hast kein Fieber, aber ein bisschen Kopfweh oder wie Grippeanfang. [...]“ (M7, Abs. 121)

„Kommt darauf an, wenn es jetzt nur leichte Erkältung ist, denke ich mir ‚na gut, es wird schon‘. Wenn ich jetzt irgendwie merke, Kopfweh, Fieber, irgendwas, dann versuche ich halt zu handeln, tue ich Medikamente. Wenn es gar nicht anders geht, gehe ich zum Arzt. [...]“ (F21, Abs. 94)

Teilweise beziehen und nutzen bzw. nutzten interviewte Personen Medikamente aus ihrem Herkunftsland (M12, M11, M8, M1, F22, F18, F15, F14, F5, F3, F2). Die Bedeutung der Medikamentennutzung aus dem Herkunftsland scheint jedoch mit zunehmender Aufenthaltsdauer in Deutschland abzunehmen. Zu den Medikamenten, die die Befragten einnehmen bzw. einnehmen zählen Mumijo bei Knochenbrüchen oder Gelenkbeschwerden (M12, M1), Schmerztabletten bei Kopf- und Halsschmerzen (M12, F22, F15, F14) sowie bei sonstigen Grippe- und Erkältungsbeschwerden (F15), Medikamente gegen Durchfall (F22, F15) und Salben bei Gelenkbeschwerden (M8). Interviewte nennen folgende Gründe für die Nutzung von Medikamenten aus dem Herkunftsland: Medikamente sind günstiger (M8, F15, F14, F2); ältere Personen denken, die Medikamente würden besser helfen (M8); Medikamente helfen (M12, F22); Medikamente sind in Deutschland nicht verfügbar bzw. es ist nicht bekannt, ob sie verfügbar sind (F15) und die Einnahme bestimmter Medikamente erfolgt schon das gesamte Leben lang, eine Umstellung ist daher nicht erwünscht (M12). Entweder lassen die Interviewten sich die Medikamente von anderen Personen aus dem Herkunftsland mitbringen (M12, M1, F22, F18, F15, F2) oder sie bringen sich die Medikamente, wenn sie ihren Urlaub dort verbringen, selbst mit (F3). BRÄHLER ET AL. (2003, S. 70) und VOLODINA ET AL. (2011, S. 4) berichten in ihren Untersuchungen ebenfalls von der Medikamentennutzung aus dem Herkunftsland. Die Ergebnisse der beiden Studien stimmen im Hinblick auf die Art des Medikamentenbezugs und die eingenommenen Medikamente größtenteils mit den zuvor beschriebenen Ergebnissen der vorliegenden Arbeit überein (siehe Kapitel 4.2.2).

Anwendung von Natur- bzw. Hausmitteln

Knapp über zwei Drittel der Befragten geben an, körperliche (und psychische) Beschwerden sowie Krankheiten mit Natur- bzw. Hausmitteln zu behandeln (M12, M11, M6, M5, M3, M1, F22, F21, F20, F18, F16, F13, F12, F11, F10, F9, F8, F7, F5, F3, F2). Zu der Bandbreite an Natur- und Hausmitteln gehören selbst hergestellte Bienenprodukte (M12) sowie Produkte aus verschiedenen Heilkräutern und -wurzeln (M12, F18, F16, F8, F2), die die befragten Personen sowohl selbst sammeln (z. B. im Wald) (M12, F8, F2) oder anpflanzen (u. a. im eigenen (Schreber-)Garten) (M12, F16, F8, F2) als auch bestellen (M12, F18, F8). Eine Frau erzählt zum Beispiel, sich je nach Art ihrer Beschwerden die passenden Kräuter zusammenzustellen, aus denen sie dann Tee zubereitet:

„[...] und dann ich beschäftige mich mit die Kräuter. (..) Ich versuche so Kräuter, ich habe die Bücher und lese was zu mir passt (lacht) für meine Krankheit. Und dann mache mir Tee. [...]“ (F8, Abs. 40)

Zu den Maßnahmen, die die Befragten bei Grippe- oder Erkältungsbeschwerden umsetzen zählen zum Beispiel: Knoblauch mit Honig einnehmen (M12), mit Kartoffel- oder Wasserdampf (z. B. mit Kamille) inhalieren (M11, M6, F20), heißen Tee (mit Honig, Ingwer oder Preiselbeeren) trinken (M6, M5, M3, M1, F21, F10, F9, F5, F3), einen Jod-Wickel am Hals machen

(F22) oder ein warmes Fußbad (unter Zugabe von Senf) nehmen (F11, F10). Des Weiteren wenden Befragte das Schröpfen bei Erkältungen an (M5, F10). Homöopathische Mittel nehmen Interviewte zum Beispiel gegen Bauch- und Kopfschmerzen ein (F13, F5, F2). Warme Milch mit Honig oder Himbeermarmelade ist in einer Familie „das A und O“ (F13, Abs. 40) für jegliche Beschwerden. Außerdem wenden befragte Personen zur Senkung des Cholesterinwertes Naturheilmittel an (F2). BRÄHLER ET AL. (2003, S. 69) stellten in ihrer Untersuchung ebenfalls eine Bandbreite an volksmedizinischen Maßnahmen fest, die die befragten Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler selbst gegen häufig auftretende Krankheiten umsetzen. Teilweise handelt es sich um Maßnahmen, die Interviewte in dieser Arbeit ebenfalls nannten (siehe Kapitel 4.2.2).

Die relativ hohe Anzahl an Personen, die angibt Natur- bzw. Hausmittel zu nutzen, könnte mit den gesundheitlichen Versorgungsstrukturen im Herkunftsland zusammenhängen. Zu ähnlichen Ergebnissen gelangten BRÄHLER ET AL. (2003, S. 64). Die Autorinnen und Autoren führen die starke Orientierung der befragten Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler an der Volksmedizin auf das russische Gesundheitssystem zurück: Aufgrund (teurer) Medikamente, die in Russland selbst besorgt werden mussten, griffen die Befragten wohl öfter auf Natur- bzw. Hausmittel zurück (siehe Kapitel 4.2.2). In der vorliegenden Arbeit schildern Interviewte Situationen, die die Selbstbehandlung von Beschwerden und Krankheiten im Herkunftsland notwendig machten, da es keine (ausreichende) medizinische Versorgung vor Ort (M12, F20, F7) bzw. keinen Zugang zu dieser gab (F11, F9).

„Ja ich war, da waren die Umstände so, dass man ohne einen Arzt ein Mittel haben musste. Die Heilpflanze und dann Imkerprodukte, Honig und dann verschiedene. [...]“ (M12, Abs. 40)

„[...] Also was mich belastet hat, das war wenn die Kinder mal krank waren, dass man nichts hatte, um denen zu helfen, dass man auch auf das Hausmittel zurückgreifen musste, dass man keine Medikamente hatte. Und dass man auch viele Dinge in der Apotheke nicht bekommen hat, wenn man keine Beziehungen hatte. Man hat gewusst, es gibt so etwas, man könnte es kriegen, aber wenn man keine Bekannte hinter der Theke stehen hatte, hat man das auch nicht bekommen. [...]“ (F9, Abs. 158)

Weitere mögliche Gründe für die hohe Anzahl an Personen, die Natur- bzw. Hausmittel nutzt, stellen die Ablehnung von Arzneistoffen auf chemischer Basis (M4, F13, F8, F2) und das Misstrauen gegenüber der Pharmaindustrie (M6) dar.

Sonstige (Selbst-)Hilfe

Handlungen, die Personen ergreifen um mit körperlichen (und psychischen) Beschwerden sowie Krankheiten umzugehen und die nicht den zuvor genannten Subkategorien zugeordnet werden können, werden unter der Kategorie sonstige (Selbst-)Hilfe zusammengefasst. Es gibt zum Beispiel Personen, die bei einer Erkältung oder einer Magen-Darm-Grippe zu Hause

bleiben und sich „einfach nur“ Ruhe gönnen und auskurieren (M6, M1). Des Weiteren gibt ein Mann an, bei einem grippalen Infekt zu hungern, da sein Körper die Grippe so am besten bekämpft.

B: [...] Und wenn ich krank bin kann ich hungern, ich hungere. Wenn ich Grippe habe, dann esse ich nichts.

I: Und warum?

B: Weil Körper dann bekämpft die, ich bin niemals mehr als zwei Tage krank. Ich schlafe viel, trinke viel und esse nichts. Und dann bin ich fit (lacht). (MANN 3, Abs. 46-48)

Gegen Gelenk- und Muskelbeschwerden machen die Befragten Massagen oder Gymnastikübungen (F22, F16, F7, F5). Eine Frau erzählt physische und psychische Beschwerden durch positive Gedanken zu besiegen (F22). Eine offenbar durch psychische Belastungssituationen ausgelöste, chronische Nasennebenhöhlenentzündung soll durch die Identifikation dieser Situationen abgestellt werden (M4). Eine Frau begegnet einem plötzlichen Gewichtsverlust indem sie eine Ernährungsberatung aufsucht (F11). Des Weiteren nennen Befragte folgende Handlungen: bei Erkältungs- und Grippebeschwerden das Auskühlen des Körpers vermeiden (u. a. warm anziehen, nach dem Duschen nicht direkt in die Kälte gehen) (F21), in die Sauna gehen (M4), das Rauchen reduzieren (F21) und viel trinken (M3); bei psychischen Erkrankungen eine Selbsthilfegruppe aufsuchen (F18, F11), aktiv sein und sich sportlich betätigen (F18, F12), in Kur gehen (F12) sowie Entspannungsübungen machen (F12, F11).

Soziale Aspekte des Umgangs mit Beschwerden und Krankheiten

Die sozialen Aspekte des Umgangs mit Beschwerden und Krankheiten wurden mit der Frage „Wer hilft Ihnen, wenn Sie sich gesundheitlich nicht so gut fühlen bzw. wenn Sie krank sind?“ erhoben. Die Unterstützung im Beschwerde- oder Krankheitsfall ist vor allem weiblich geprägt. Eine zentrale Rolle spielen die Ehefrau (M12, M11, M10, M8, M7, M4, M3, M1) und die Mutter (M10, M6, M5, F20, F15, F9). Die Unterstützung kann sehr „einfach“ sein, wie das folgende Beispiel einer Frau zeigt:

„B: Ja, die Mutti. Dann fahr ich bei die Mutti und lege mich zu ihr (lacht). Das ist verrückt, ja aber/

I: Was macht die dann? Kannst du Beispiele nennen?

B: Die kocht mir dann Tee, eigentlich macht sie nichts, sie ist nur da.“ (F20, Abs. 131-133)

Weitere Personen, die die Befragten unterstützen, wenn diese sich gesundheitlich nicht so gut fühlen bzw. krank sind, sind der Ehemann (F14, F13, F3, F2), die Eltern (M7, M6, M4), die (Enkel-)Kinder (F16, F12, F11, F7), der Arzt (M7), die Familie (F9), die Lebenspartnerin (M5), der Lebenspartner (F21), ein guter Freund (F12), die Nachbarin (F20) und die Schwiegermutter (F13). Insgesamt weist die Hilfe eine Bandbreite an Maßnahmen auf: Kontrolle der richtigen Medikamenteneinnahme (M11), Kinderbetreuung übernehmen (M10, F13), Aufforderung eine Ärztin/einen Arzt aufzusuchen (M8), eine Massage geben (M8, F3), Tipps zum Umgang mit

Beschwerden bzw. Krankheiten geben (M7, M4, F15), Tee kochen (M6, M4, M3, F20, F14, F5, F3), warme Decke bringen (M6), Rücken mit Bronchialsalbe eincremen (M5, F16), Anwendung einer Schröpfung (M5), Temperatur messen (M3), „anweisen“ etwas zu trinken oder zu essen (F21), Mittagessen kochen (F20, F13), Möhren mit Knoblauch zubereiten (F14), beim Einkauf helfen (F12, F11), zur Ärztin/zum Arzt fahren (F12), die Wohnung putzen (F11), Zubereitung einer Hühnerbrühe (F9) und Medikamente einkaufen (F3).

Während in der vorliegenden Arbeit vor allem Familienmitgliedern eine zentrale Rolle beim Umgang mit Krankheiten und Beschwerden zukommt, suchten die befragten Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler in der Studie von BRÄHLER ET AL. (2003, S. 74; siehe Kapitel 4.2.4) Familienmitglieder und Freundinnen bzw. Freunde mit zunehmendem Aufenthalt seltener bei Gesundheitsfragen auf.

Neben den zuvor beschriebenen praktischen Unterstützungsmaßnahmen ist der Umgang mit Beschwerden und Krankheiten außerdem durch Bezugspersonen der Befragten beeinflusst. Auch hier zeigt sich wieder eine weibliche Dominanz, so sind vor allem Maßnahmen, die Personen selbst ergreifen um mit körperlichen (und psychischen) Beschwerden sowie Krankheiten umzugehen durch die Mutter bzw. die Großmutter geprägt, wie die folgenden Zitate beispielhaft belegen:

„[...] Aber sonst versuche ich mich mit Tee und mit halt, ja man geht schon zurück zu den (.) zu der Oma oder so und versucht die Mittel von der, wie Kamillente oder sonst was. So was anzunehmen. [...]“ (M6, Abs. 125)

„Also ich weiß zum Beispiel wenn früher die Nebenhöhlen und so, es gibt ja heutzutage schon diese modernen Inhaletten und so, was man überall kaufen kann. Also ich bin immer noch Fan davon, einfach heißes Wasser in einen Topf, vielleicht Kamillente noch dazu und dann Handtuch über den Kopf und dann so zu inhalieren. Das kenne ich jetzt zum Beispiel noch aus Zeiten als ich klein war. Die Mama hat das mit uns gemacht, ja.“ (F20, Abs. 77)

BRÄHLER ET AL. (2003, S. 70) stellten bei den befragten Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedlern ebenfalls die Nutzung medizinischen Wissens, das von Müttern und Großmüttern stammt, bei der Selbstbehandlung eigener Erkrankungen fest.

Zwischenfazit

Nach FALTERMAIER (2005b, S. 98-100; siehe Kapitel 4.1.2) wirkt das Inanspruchnahmeverhalten, das oft durch die Sozialisation im Gesundheitssystem im Herkunftsland beeinflusst wird, auf die Gesundheit von Zugewanderten ein. Die Selbstbehandlung mit Hausmitteln und die familiäre Unterstützung scheinen beim Umgang mit Krankheiten bei Personen mit Migrationshintergrund eine wichtige Rolle zu spielen, wobei Frauen (v. a. (Groß-)Müttern) eine zentrale Bedeutung zu zukommen scheint (vgl. EBENDA, S. 110-111; siehe Kapitel 3.4.3). Des

Weiteren besteht die Annahme, dass Migrantinnen und Migranten erst nachdem sie versucht haben mit Selbstbehandlung Krankheiten bzw. Schmerzen zu bewältigen, das Gesundheitssystem in Anspruch nehmen (vgl. EBENDA). Diese Annahmen können anhand der zuvor beschriebenen empirischen Ergebnisse für die befragten (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler aus der ehemaligen Sowjetunion bestätigt werden.

7.2.3 Der Umgang mit wahrgenommenen Risiken und Belastungen

Die von den Interviewten wahrgenommenen Gesundheitsrisiken und -belastungen wurden bereits in Kapitel 7.1.3 dargestellt. An dieser Stelle steht der Umgang mit diesen im Fokus. In Anlehnung an das Risikomanagement wird der Umgang mit wahrgenommenen Risiken und Belastungen wie folgt differenziert: Person akzeptiert, vermeidet/beseitigt, reduziert Risiko bzw. Belastung und Person nutzt Ressourcen.

Befragte Personen *akzeptieren* die wahrgenommenen Risiken (unfreiwillig), da sie entweder keine persönlichen Handlungsmöglichkeiten beim Umgang mit den wahrgenommenen Belastungen sehen oder sich an die Risiken gewöhnt haben (u. a. M6, M5, M4, F16, F10, F3). Eine Frau empfindet den Straßenlärm vor allem nachts als störend, sie ist jedoch der Meinung, „[...] das kann man nicht ändern. [...]“ (F10, Abs. 24). Im Hinblick auf die Ernährung geben zum Beispiel Personen an, ihre Ernährung verbessern zu wollen, dies aufgrund finanzieller Bedingungen allerdings nicht umsetzen zu können (M6, M4).

Interviewte geben an wahrgenommene Risiken (selbst) zu *beseitigen* bzw. zu *vermeiden* (u. a. M10, M8, M6, M3, F20, F13, F10, F3). Beispielsweise hat ein Mann, der an Atemwegsproblemen litt, aufgehört zu rauchen (M8). Weitere Beispiele stellen die Trockenlegung des Kellers bzw. des kompletten Hauses dar (M10, F10).

„[...] Im Keller war jetzt vor drei Monaten, war ein bisschen feucht. Wir haben einen Meister angerufen, der ist gekommen, hat uns gesagt, dass da von draußen kommt Wasser. Die Wand war nass. Dann haben wir da alles ausgeräumt. Der Sohn hat, da waren so Bretter dran, die hat er weggerissen. Nu alles ist jetzt trocken. [...]“ (F10, Abs. 28)

Durch verschiedene Maßnahmen *reduzieren* die Befragten subjektiv wahrgenommene Risiken und Belastungen, die (teilweise) nicht komplett vermeidbar sind (u. a. M10, M7, M6, M4, M1, F20, F18, F16, F14, F10, F2). Zu den Maßnahmen zählen zum Beispiel körperlich belastende Arbeit gemeinsam verrichten (M7), Stress aktiv durch Erholung abbauen (M1) oder nicht zur Straßenseite, sondern zur ruhigen Hofseite hin schlafen (F2).

Des Weiteren *nutzen* Interviewte beim Umgang mit Risiken und Belastungen ihnen zur Verfügung stehende *Ressourcen* (u. a. M6, M1, F20, F18, F16, F14, F13, F12, F10, F3). Die Befragten nennen beispielsweise folgende Ressourcen: Sport zum Abbau von Stress (M6, M1),

Familie von der die Person unterstützt wird (M1) oder als Wohnort nicht den Arbeitsort wählen (F20).

7.2.4 Die räumliche Dimension des Gesundheitshandelns

In den vorangegangenen Kapiteln wurden bereits räumliche Aspekte der einzelnen Komponenten des Gesundheitshandelns angesprochen. In diesem Kapitel steht nun die räumliche Dimension, „die geographische Schlüsselkategorie“ (KISTEMANN ET AL. 2012, S. 113), des Gesundheitshandelns im Fokus und wird anhand von Beispielen dargestellt.

Kommunen sind die Orte, an denen das Gesundheitshandeln stattfindet (siehe Kapitel 3.2.1). Aus handlungszentrierter Perspektive bedeutet dies, Personen nutzen unter anderem räumliche Bedingungen, um Aktivitäten für ihre Gesundheit umzusetzen (siehe Kapitel 3.4.2.1). Die Nutzung der räumlichen Bedingungen variiert dabei von Person zu Person, wie nachfolgend gezeigt wird.

Befragte Personen eignen sich zum Beispiel nahe gelegene Waldflächen zum Laufen gehen, zum Spazieren gehen und/oder zum Nordic Walking an (z. B. M1, F15, F13, F12, F9). Andere Befragte nutzen den Wald, um dort Pflanzen zur Herstellung von Naturheilmitteln zu sammeln (F8, F2). Es zeigt sich, verschiedene Personen eignen sich die „Landschaft“ Wald für unterschiedliche Handlungen an. Die Gründe der Aneignung unterscheiden sich ebenfalls: Während sich die zuerst genannten Personen den Wald im Rahmen ihres bewussten Handelns für die eigene Gesundheit aneignen, nutzen die zuletzt genannten Personen den Wald sowohl im Rahmen ihres bewussten Handelns für die eigene Gesundheit als auch im Rahmen des Umgangs mit körperlichen (und psychischen) Beschwerden sowie Krankheiten. Die Aneignung von „Landschaft“ kann sich jedoch im Laufe der Zeit verändern: Eine Frau ging zum Beispiel bevor sie erkrankte mit ihren Hunden in den Wald spazieren, in letzter Zeit kann sie aufgrund der Krankheit nicht mehr alleine in den Wald spazieren gehen (F11).

Der eigene (Schreber-)Garten, der als räumliche Gesundheitsressource wahrgenommen wird (siehe Kapitel 7.1.4), stellt ebenfalls eine „Landschaft“ dar, die sich Personen zu unterschiedlichen Zwecken aneignen: Entspannung (M7), ein Sonnenbad nehmen (M1), mit Familie und Freunden zusammen sein (M1, F7), Anbau von Nahrungsmitteln (F22, F9, F7, F5, F2), Anbau von Naturheilmitteln (F8, F2) oder Ablenkung (F10). Bei diesen Handlungen handelt es sich um Aktivitäten, die die Befragten bewusst für ihre Gesundheit tun (M7, M1, F22, F8, F7, F5, F2) und um Strategien zum Umgang mit wahrgenommenen Risiken und Belastungen (M1, F10, F2).

Als letztes Beispiel zur Nutzung räumlicher Bedingungen für die eigene Gesundheit wird der Merziger Stadtpark beschrieben. Die befragten Personen nehmen den Park überwiegend als

räumliche Gesundheitsressource wahr (siehe Kapitel 7.1.4). Im Rahmen des bewussten Handelns für die eigene Gesundheit eignen sich Interviewte die „Landschaft“ Stadtpark (inkl. der Saline) unter anderem zum Rad fahren (M7), zum Spazieren gehen (F15, F14, F5), zum Ruhe finden (F14, F12) sowie zum Spielen mit den Kindern (F15, F14, F13) an.

Räumliche Entfernung beeinflusst das Gesundheitshandeln der Befragten ebenfalls. Während zum Beispiel Interviewte die räumliche Nähe zur (Schwieger-)Mutter als Ressource beim Umgang mit körperlichen (und psychischen) Beschwerden sowie Krankheiten wahrnehmen und nutzen (M10, F13), stellt für eine Frau die räumliche Distanz zur Arbeitsstelle durch die Wahl des Wohnortes eine Strategie dar, um mit wahrgenommenen Risiken und Belastungen auf der Arbeit umzugehen (F20). Eine räumliche Distanz kann sich im Hinblick auf den Umgang mit Risiken und Belastungen jedoch auch negativ auswirken, zum Beispiel dann, wenn Familienmitglieder, die als gesundheitliche Ressource wahrgenommen werden, weit entfernt wohnen (M1). Eine andere Frau gibt beispielsweise an, bewusst für ihre Gesundheit in Urlaub zu fahren, d. h. sie schafft sich eine räumliche Distanz zum Alltag (F9).

Die Beispiele zeigen, die räumliche Dimension beeinflusst das alltägliche Gesundheitshandeln der befragten Personen (bewusstes Handeln für die eigene Gesundheit, Umgang mit körperlichen (und psychischen) Beschwerden sowie Krankheiten, Umgang mit wahrgenommenen Risiken und Belastungen) in unterschiedlichster Art und Weise. Zum einen eignen sich Befragte verschiedene „Landschaften“ im Setting „Kreisstadt Merzig“ an und zum anderen beeinflusst die räumliche Entfernung das Gesundheitshandeln der Interviewten.

7.2.5 Migrationsspezifische Aspekte des Gesundheitshandelns

Wie in Kapitel 3.4.3 beschrieben fand die Erforschung des Gesundheitshandelns von Personen mit Migrationshintergrund bislang kaum statt. Ein Ergebnis der vorliegenden Arbeit besteht darin, dass sich, neben der räumlichen Dimension, migrationsspezifische Aspekte ebenfalls auf das alltägliche Gesundheitshandeln der befragten Personen auswirken. Die teilweise in den vorangegangenen Kapiteln thematisierten migrationsspezifischen Aspekte werden nun zusammenfassend dargestellt.

Einige Personen nutzen ihre Verbindungen zum Herkunftsland, um von dort Medikamente zu beziehen, die sie beim Umgang mit körperlichen (und psychischen) Beschwerden sowie Krankheiten einnehmen (siehe Kapitel 7.2.2). Insgesamt scheint der Umgang mit körperlichen (und psychischen) Beschwerden sowie Krankheiten durch die Lebensbedingungen im Herkunftsland beeinflusst zu sein: Relativ viele Personen geben an, sich mit Natur- bzw. Hausmitteln selbst zu behandeln (M12, M11, M6, M5, M3, M1, F22, F21, F20, F18, F16, F13, F12, F11, F10, F9, F8, F7, F5, F3, F2). Dies könnte mit den gesundheitlichen Versorgungsstrukturen im Herkunftsland zusammenhängen, so schildern einige Interviewte Situationen, die die

Selbstbehandlung von Beschwerden und Krankheiten im Herkunftsland notwendig machten: keine (ausreichende) medizinische Versorgung vor Ort (M12, F20, F7) bzw. kein Zugang zu dieser (F11, F9). Beim Umgang mit körperlichen (und psychischen) Beschwerden sowie Krankheiten spielt bei der Mehrheit der Befragten die Familie eine wichtige Rolle (M12, M11, M10, M8, M7, M6, M5, M4, M3, M1, F21, F20, F16, F15, F14, F13, F12, F11, F9, F7, F3, F2), so unterstützen zum Beispiel die Eltern oder die Ehepartnerin bzw. der Ehepartnern die Personen, wenn es ihnen gesundheitlich nicht so gut geht oder wenn sie krank sind (siehe Kapitel 7.2.2). Die Annahmen von Faltermaier zum Umgang mit Krankheiten (siehe Kapitel 3.4.3 und 7.2.2) können vor diesem Hintergrund bestätigt werden.

Das Handeln für die eigene Gesundheit wird ebenfalls durch das Herkunftsland beeinflusst. Befragte sprechen zum Beispiel häufig die Produktion und Qualität der Lebensmittel im Herkunftsland an (M10, M6, M4, M1, F22, F21, F14, F11, F9, F5, F2). Die Personen, die diesen Aspekt thematisieren sind der Meinung, die Lebensmittel im Herkunftsland seien im Vergleich zu Deutschland gesünder gewesen. Einige dieser Personen können Ressourcen (u. a. räumliche) nutzen, die es ihnen ermöglichen im eigenen (Schreber-)Garten Nahrungsmittel anzupflanzen oder im Weiher frischen Fisch zu fangen (F22, F9, F5, F2). Allerdings besitzen nicht alle Personen diese Möglichkeiten, Zwänge (u. a. finanzielle, zeitliche) führen bei diesen Personen dazu, dass sie „ungesündere“ Lebensmittel verzehren (M10, M6, M4, M1, F21, F14, F11). Neben dem Bereich Ernährung wird auch der Bereich Anwendung von Naturprodukten durch das Herkunftsland beeinflusst: So nutzen Interviewte bewusst für ihre Gesundheit Naturprodukte (M12, F18, F16, F8, F2). Die Beschäftigung mit Naturprodukten fand häufig schon im Herkunftsland durch die Personen selbst (M12, F18, F16) oder durch Verwandte (M12, F8) statt. Die Anwendung von Naturprodukten im Herkunftsland fand unter anderem statt, weil die Personen darauf angewiesen waren, da die medizinische Versorgung kaum gegeben war (siehe oben).

Darüber hinaus nimmt gut die Hälfte der befragten Personen eine russischsprachige Ärztin (Muttersprachlerin) (M10, M8, M6, M4, M2, F22, F14, F13, F12, F3) bzw. einen russischsprachigen Arzt (kein Muttersprachler) (F8, F7, F5) in Anspruch, wobei die Kommunikation bei allen sowohl auf Deutsch und Russisch stattfindet. Vor allem die Inanspruchnahme der russischsprachigen Ärztin erfolgt nicht zufällig, sondern aufgrund von Empfehlungen:

„Oh hat jemand erzählt, das ist schon lange her, hat jemand erzählt und dann sind wir hin. [...]“ (F22, Abs. 136)

„Ich habe einfach über Sie gehört. [...]“ (F14, Abs. 154)

Zusätzlich erleichtert die Inanspruchnahme der russischsprachigen Ärztin bzw. des russischsprachigen Arztes den Zugang zum deutschen Gesundheitssystem, wie anhand der folgenden Zitate beispielhaft belegt wird:

„[...] Anfang war so schwer zu erklären zum Beispiel zum deutschen Arzt gehen, schwer. Und dann sind wir dahingefahren, das war einfach zu erklären auf Russisch.“ (F22, Abs. 136)

„[...] weil die [Anm.: Schwiegereltern] haben damals kein Deutsch gekannt, wo die gekommen sind und auch von den Bekannten wurde gesagt, ‚Also da haben wir eine russische Ärztin, die auch Russisch spricht‘. Und man konnte sich dann halt besser verständigen. [...]“ (F13, Abs. 52)

„[...] Aber wenn, das war früher, wenn habe ich noch schlechter deutsch gesprochen, ja? Dann manchmal braucht man ein, zwei Wörter für Einflüsse. [...]“ (F5, Abs. 204)

VOLODINA ET AL. (2011, S. 4-5; siehe Kapitel 4.2.4) stellten den erleichterten Zugang zum deutschen Gesundheitssystem durch die Inanspruchnahme einer russischsprachigen Ärztin bzw. einem russischsprachigen Arzt ebenfalls fest.

Die zuvor stehenden Beispiele zeigen, das alltägliche Gesundheitshandeln der befragten Personen inklusive der Inanspruchnahme von Ärztinnen und Ärzten wird durch die Migration beeinflusst.

7.3 Fallbeispiele

In den bisherigen Kapiteln stand die kategorienbasierte Auswertung der Ergebnisse im Fokus. Nachstehend erfolgen vertiefende Einzelfallinterpretationen mittels derer „sich optional, quasi zur Illustration der verallgemeinernden Analyse, noch einmal einzelne, besonders interessant erscheinende Personen im Forschungsbericht darstellen [lassen]“ (KUCKARTZ 2014, S. 97). Des Weiteren verdeutlichen die Fallbeispiele die in dieser Arbeit im Mittelpunkt stehende subjektive Sichtweise der befragten Personen, da im Rahmen einer handlungsorientierten Sozialgeographie die Handlungen aus Sicht der bzw. des Handelnden aus zu erklären sind, denn erst wenn die Gründe des Handelns rekonstruiert sind, gilt ein Handeln als verstanden (vgl. SEDLACEK 1982, S. 203, siehe Kapitel 3.4.2.1). Darüber hinaus werden die Zusammenhänge zwischen dem subjektiven Gesundheitsbewusstsein und dem alltäglichen Gesundheitshandeln der befragten Personen in den Darstellungen thematisiert. Bei der Auswahl der Beispiele wurde auf eine möglichst große Heterogenität Wert gelegt, um die Bandbreite des alltäglichen Gesundheitshandelns zu verdeutlichen.

7.3.1 MANN 1

Beschreibung der Person

Zum Zeitpunkt der Befragung war der Mann 40 Jahre alt (siehe Tabelle 19). Er kam 1993 auf eigenen Wunsch mit 21 Jahren nach Deutschland. Damals hatte er gerade sein Studium als Sportlehrer in Kasachstan beendet. Zum Zeitpunkt der Befragung arbeitet er als Sporttherapeut in Luxemburg (Teilzeit). Körperliche Aktivitäten bzw. Sport sind prägende Bestandteile seines Alltags:

„[...] Also ich habe was Sport angeht, ja alle Sachen, die ich mache an sich, haben auch was mit meinem Beruf zu tun und ein bisschen Geld verdienen, ob das jetzt [...] Trainer ist oder ich mache so Kurse, Zumba-Kurse oder so einen Herz-Kreislauf-Kurs oder so einen Gymnastik-Kurs. Das hat dann auch so mit der Bewegung zu tun. Ja das ist also eigentlich, ich verdiene mein Geld und mache gleichzeitig Sport [...]“ (M1, Abs. 114)

Die Auswahl des Mannes für eine vertiefende Einzelfallinterpretation fiel aufgrund der Tatsache, dass Sport ein zentrales Thema bei dem Befragten darstellt. Das Interesse am Sport entwickelte der Mann bereits im Herkunftsland, so lässt die Wahl seines Studienfaches sportliches Interesse vermuten.

Subjektive Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen

Der Mann bestimmt Gesundheit sowohl positiv als auch negativ. Er versteht unter Gesundheit gute Lebensqualität. Gute Lebensqualität bedeutet für ihn einerseits Abwesenheit von Krankheit und andererseits Funktions-, Handlungs- und Leistungsfähigkeit. Letzteres bezieht er auf Beruf und Freizeit. Des Weiteren bedeutet Gesundheit für ihn gesundheitsförderliches Verhalten, wobei er den Schwerpunkt auf Ernährung legt. Weitere positive Gesundheitsdefinitionen, die der Befragte nennt sind: positive Lebenseinstellung sowie physisches und psychisches Wohlbefinden.

„(..) Das ist ein sehr komplexes Thema. Ich denke unter Gesundheit verstehe ich jetzt mal, also, gute Lebensqualität, das heißt einerseits nicht krank sein, aber andererseits auch ja alles Mögliche vorstellbar, was jetzt ein gesunder Mensch machen kann, auch machen zu können, so freizeitmäßig, berufsmäßig und so weiter. Unterschiedliche ja, einfach unterschiedliche Sachen. Dann würde ich dazu auf jeden Fall die Ernährung mit reinnehmen, dass die Ernährung auch entsprechend gut ist, gesund ist, nicht einseitig ist, ausgewogen ist. Dann Spaß, ja so ein bisschen an Sachen, die man macht, so dass man auch mal psychisch eigentlich nicht so viel unter Druck kommt, sondern auch irgendwie so Möglichkeiten hat, ja so den Stress abzubauen, sagen wir mal so. (unv.) Würde ich sagen, so eine Harmonie zwischen körperliche oder physische und psychische, ja wie soll ich sagen, Gesundheit würde ich jetzt nicht, Ausgewogenheit, sag ich mal so, Zufriedenheit, so zusammen. (..) Ja.“ (M1, Abs. 15)

Während der Mann bei der Definition von Gesundheit eine relativ kurze Denkpause benötigt, fällt ihm die Definition von Krankheit schwerer. Nach einer längeren Denkpause definiert er Krankheit als Anwesenheit von (gesundheitlichen) Störungen, Problemen bzw. Beschwerden. Außerdem ist für ihn Krankheit kein Normalfall.

„(6 - überlegt) Krankheit, das ist so ein bisschen (4 - überlegt) würde ich, also wenn ich jetzt so ganz allgemein sagen, ich will jetzt nicht sagen, es gibt unterschiedliche Krankheiten, ja psychische Krankheiten oder was mit Körper zu tun hat, wenn man mehr hat, also so irgendwelche Beeinträchtigungen, die das normale Leben halt, nicht normal werden lässt. Sondern man konzentriert sich halt ja viel mehr auf die Krankheit oder man wird vom normalen Leben halt irgendwie, wie soll ich sagen, abgelenkt oder abgetrieben durch die Krankheit. Vielleicht so würde ich das definieren.“ (M1, Abs. 83)

Neben dem heterogenen Gesundheitskonzept nimmt der Befragte diverse Einflussfaktoren auf seine Gesundheit wahr. Eine zentrale Belastungsquelle, die er bereits im Gesundheitskonzept thematisiert, stellt für ihn Stress dar. Dabei „kombiniert“ er Stress mit anderen Einflussfaktoren: Stress auf der Arbeit, in der Familie und in der Freizeit. Als weitere Gesundheitsrisiken nimmt er Zukunftsängste und Sorgen um die Kinder sowie den mangelnden Sonnenschein in Deutschland im Vergleich zum Herkunftsland wahr.

Beim Umgang mit wahrgenommenen Belastungen bzw. Risiken, einer Komponenten des alltäglichen Gesundheitshandelns, wird deutlich, der Mann hat sich eine Palette verschiedener Strategien aufgebaut, die er situationsspezifisch anwendet. Insgesamt versucht er Belastungen bzw. Risiken zu reduzieren und Ressourcen zu nutzen. So ist Sport (u. a. laufen gehen, Training) für ihn ein Mittel, um Stress bzw. negative Energie abzubauen. Auf der anderen Seite verursacht der Sport Stress, diesem begegnet er mit Entspannung (z. B. saunieren). Mit auftretenden Spannungen im Team geht er wie folgt um: Zum einen versucht er eine realistische Sicht auf die Dinge einzunehmen, Abstand von der Sache zu nehmen und zum anderen geht er laufen. Des Weiteren nutzt er in schwierigen Situationen die Unterstützung seiner Familie, in erster Linie seiner Frau. Seine Kinder und seine Mutter geben ihm ebenfalls viel Kraft. Aufgrund der räumlichen Distanz zwischen ihm und seinem Sohn bzw. seiner Mutter ist die Unterstützung jedoch „ein bisschen schwieriger“ (M1, Abs. 27).

Familie ist für den Mann nicht nur eine Ressource beim Umgang mit Belastungen, sondern im Allgemeinen ein positiver Einflussfaktor auf die Gesundheit, ebenso wie Sport. Ferner betrachtet er in Urlaub fahren, „weg fahren, einfach alles hinter sich lassen“ (M1, Abs. 29) als Gesundheitsressource. Die Freizeit mit Freunden zu verbringen tut ihm ebenfalls gut. Als ein konkretes Beispiel nennt er gemeinsames Grillen. Es zeigt sich, der Befragte nimmt die positiven Einflussfaktoren auf seine Gesundheit nicht nur wahr, sondern aktiviert diese.

Seine Wohnsituation und sein Wohnumfeld nimmt der Mann als positive Einflussfaktoren auf die Gesundheit wahr, allerdings erst auf konkrete Nachfragen der Autorin hin. Er betrachtet

sein eigenes Haus, in dem er seit 2001 gemeinsam mit seiner Familie lebt, als Gesundheitsressource. Für ihn ist die persönliche Entwicklung wichtig und das Haus zeigt ihm, dass es in seinem Leben voran geht. Das Haus stellt außerdem eine Vorsorge für die Zukunft dar. Zukunftsängste, die er als Gesundheitsrisiko betrachtet, scheinen dadurch weniger „bedrohlich“ zu wirken. Auch sein subjektives Gesundheitskonzept Wohlbefinden spiegelt sich im Haus wieder: Ihm ist es wichtig, sich im Haus wohl zu fühlen.

„[...] Ich denke man muss jetzt, für mich ist ganz wichtig, wenn ich jetzt zurück schaue einfach mal, dass ich auf jeden Fall das Gefühl habe, dass es langsam nach vorne geht, dass man halt nicht so einen Stillstand hat oder dass man auch nicht schlechter wird, sondern es soll, es müssen keine großen Sprünge sein, es kann von mir aus ganz, ganz langsam, aber vorwärts gehen, wenn ich diesen Eindruck habe, dann bin ich eigentlich recht zufrieden und dazu gehört natürlich auch entsprechend, ja also Haus. Das tut ja einem schon gut, wenn man ein Haus hat, d.h. man hat ja schon etwas für die Zukunft getan, also dann muss man vor der Zukunft eigentlich weniger Angst haben. Dann ja für mich ist also auch wichtig, dass das Haus auch so gestaltet ist, wie mir gefällt. So dass man sich hier wohlfühlt, das ist ganz wichtig.“ (M1, Abs. 31)

Obwohl der Wohnort nicht ausschlaggebend für den Hauskauf war, nimmt der Mann diesen insgesamt als guten Standort für die Familie wahr (u. a. wegen Erholungsflächen, Infrastruktur). Die Beziehung zur Nachbarschaft beschreibt er als positiv, jedoch existiert kein enger Kontakt. Das Haus, das sich in einer ruhigen Straße befindet, wählte der Mann gemeinsam mit seiner Frau auch so aus, dass die Schwiegereltern einziehen konnten.

Viel Zeit im Freien zu verbringen ist für den Befragten ganz wichtig und so spielt der eigene Garten, in dem er sich wohl fühlt, eine zentrale Rolle im Hinblick auf seine Gesundheit: Dort befindet sich zum einen die Sauna, die er zum Entspannen nutzt, zum anderen finden im Garten Grillpartys mit Freunden sowie Geburtstagsfeiern statt. Des Weiteren nimmt er im Garten gerne ein Sonnenbad.

Der Mann thematisiert sowohl positive als auch negative Einflussfaktoren der Auswanderung bzw. der veränderten Lebens- und Arbeitsbedingungen auf seine Gesundheit. Während das Essen in Russland zum Beispiel aus dem eigenen Garten und der eigenen Viehhaltung stammte, kommt das Essen in Deutschland „von irgendwo, Spanien [oder] sonst noch was“ (M1, Abs. 162) her. Als Gesundheitsrisiko empfindet er die Tatsache, dass er in Deutschland „nicht weiß, wie es gewachsen ist und was da alles drin ist“ (EBENDA). Im Gegensatz dazu nahm er die eigene Lebensmittelproduktion im Herkunftsland als positiven Einfluss auf seine Gesundheit wahr. Vor diesem Hintergrund ist vielleicht der gescheiterte Versuch zu sehen, im Garten selbst Nahrungsmittel anzupflanzen. Darüber hinaus nimmt er, wie bereits oben beschrieben, die klimatische Veränderung, d. h. den mangelnden Sonnenschein in Deutschland, als negativen Einflussfaktor auf die psychische Gesundheit wahr. Wie der Mann explizit mit

dieser Gesundheitsbelastung umgeht wird nicht deutlich, allerdings lässt sein bewusstes Handeln für die eigene Gesundheit erkennen, dass er nach Möglichkeit ein Sonnenbad nimmt. Insgesamt ist der Mann jedoch „recht zufrieden mit [...] [seinem] Leben, so wie es verlaufen ist“ (EBENDA, Abs. 178). Er betrachtet vor allem die körperlichen Aktivitäten, die seinen Alltag bestimmen, als Gesundheitsressource, da er sich dadurch in einer guten körperlichen Verfassung befindet. Darüber hinaus engagiert er sich durch das Training für andere Personen und dies ist ihm ebenfalls wichtig. Gesundheitsbelastungen im Herkunftsland nahm der Mann nicht wahr. Für diese Wahrnehmung scheint sein damaliges Alter, „ich war jung“ (EBENDA, Abs. 158), ausschlaggebend zu sein.

Für den Mann ist Gesundheit das Wichtigste, für die er, nach eigenen Angaben, selbst verantwortlich ist. Seine Familie und seine Gesundheit stellt er auf den ersten Platz. Er stellt jedoch auch fest, dass Individuen die Bedeutung und den Stellenwert von Gesundheit meist erst dann bewusst werden, wenn Gesundheit „verloren“ geht:

„[...] Wenn es einem schlecht geht, dann denkt man direkt ganz anders. Dann wird einem ganz klar vor den Augen was eigentlich im Leben wichtig ist.“ (M1, Abs. 87)

Gesundheit besitzt für den Mann jedoch nicht schon immer den hohen Stellenwert wie zum Zeitpunkt der Befragung. Auf die Frage, welche Bedeutung Gesundheit im Herkunftsland für ihn hatte, antwortet er:

„Ich war jung eigentlich und ich denke, ich habe mir deutlich weniger Gedanken darüber gemacht, als ich mal jetzt heute mache, auf jeden Fall. [...]“ (M1, Abs. 168)

Seinen Gesundheitszustand schätzt der Befragte als sehr gut ein. Eine Begründung der persönlichen Einschätzung fand nicht statt.

Das alltägliche Gesundheitshandeln

Das bewusste Handeln für die eigene Gesundheit

Der Mann benennt diverse Aktivitäten, die er für seine Gesundheit macht. So „guckt“ er, dass er sich zu Hause wohl fühlt, dass sie sich in der Familie gut verstehen und dass er „Halt zu Hause hat“ (M1, Abs. 110). Des Weiteren nimmt er in stressigen Situationen „von gewissen Sachen [...] Abstand“ (EBENDA) oder rückt die Angelegenheiten „noch mal richtig von der Bedeutung in die richtige Stelle [...], so dass sie nicht zu sehr in den Vordergrund rücken“ (EBENDA). Dieses bewusste Handeln für die eigene Gesundheit sowie Teile des subjektiven Gesundheitskonzeptes (Gesundheit als Wohlbefinden) und subjektiv wahrgenommene Einflussfaktoren auf die Gesundheit (Familie, Stress) legen einen Zusammenhang zwischen Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitshandeln nahe.

Der Bereich körperliche Aktivitäten, wie bereits anfangs beschrieben, dominiert nicht nur den Alltag des Mannes, sondern auch sein bewusstes Handeln für die Gesundheit. Der Befragte unterscheidet zwischen privaten und beruflichen körperlichen Aktivitäten. Zu den sportlichen Tätigkeiten in seiner Freizeit zählen: laufen gehen, schwimmen gehen, Inliner fahren und Ski fahren. Den Ballsport zählt er eher zu den beruflichen „Verpflichtungen“. Um diese sportlichen Aktivitäten jeden Tag umsetzen zu können, darf der Mann eigentlich „nicht krank sein“ (M1, Abs. 15) und er muss in der Lage sein „alles Mögliche [...], was jetzt ein gesunder Mensch machen kann, auch machen zu können, so freizeitmäßig, berufsmäßig und so weiter“ (EBENDA). Das bewusste Handeln im Bereich körperliche Aktivitäten und Teile des subjektiven Gesundheitskonzeptes (Abwesenheit von Krankheit; Funktions-, Handlungs- und Leistungsfähigkeit) deuten ebenfalls auf einen Zusammenhang zwischen Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitshandeln hin.

Wie oben beschrieben definiert der Mann Gesundheit auch als gesundheitsförderliches Verhalten, wobei er den Schwerpunkt auf Ernährung legt. Dies zeigt sich in seinem bewussten Handeln wieder: Er gibt an sich, gemeinsam mit seiner Frau, ausgewogen und fettarm (z. B. fettarme Fleischsorten) zu ernähren. Des Weiteren isst er selten Süßes, dafür jedoch viel Salat. Da seine Frau fast jeden Tag, vorwiegend russische Küche, kocht, isst er so gut wie keine Fertigprodukte.

Ein vierter Bereich, dem die Aktivitäten des Befragten zugeordnet werden können stellt der Bereich Entspannung dar. Er nennt folgende Tätigkeiten: ein Sonnenbad, ein Saunabad und/oder eine Wechseldusche nehmen. Der Mann sieht laufen und spazieren gehen ebenfalls als Entspannung an:

„Also laufen ist für mich oft, hat jetzt nicht immer Vordergrund Leistung sondern oft so Regenerationslauf sag ich mal, das ist oft dann Entspannung. Dann Sauna, dann Bad, gut kurz abduschen ist auch Entspannung für mich ist das auch manchmal, wenn ich abends so ein bisschen angespannt bin, so Wechseldusche mache ich ab und zu. Draußen sein, einfach so in der Sonne liegen, das ist Entspannung für mich.“ (M1, Abs. 140)

Wie bereits weiter oben beschrieben, nimmt der Mann seine Wohnsituation und sein Wohnumfeld als positive Einflussfaktoren auf die Gesundheit wahr. Des Weiteren gibt er an sich „eigentlich so gesehen überall“ (M1, Abs. 55) in Merzig wohl zu fühlen. Von ihm benannte räumliche Gesundheitsressourcen stellen die Sporthalle, in der er, aufgrund seiner sportlichen „Verpflichtungen“, viel Zeit verbringt und die Kreuzbergkapelle, die er gelegentlich bei gutem Wetter aufsucht, um den Ausblick und die Sonne zu genießen dar. Früher, als er noch in der Kernstadt wohnte ging er oft mit seinem Hund im Wolfspark, in dem er sich ebenfalls wohl fühlt, spazieren.

Zu den „Landschaften“, die der Befragte sich beim bewussten Handeln für die eigene Gesundheit aneignet gehören: die Sporthalle, in der er als Trainer aktiv ist und in der er seinem Sport nachgeht; das eigene Badezimmer (Wechselduschen); der eigene Garten, in dem die von ihm genutzte Sauna steht und in dem er ein Sonnenbad nehmen kann; die Kreuzbergkapelle, wo er die Sonne genießen kann; sein Wohnort und nahe gelegene Städte, die er zum Spazieren gehen nutzt sowie der nahe gelegene Wald, der Losheimer Stausee und das Saarufer, die er alle drei zum Laufen gehen nutzt.

Anhand der zwei zuvor stehenden Absätze wird deutlich, der Mann nutzt die explizit wahrgenommenen räumlich-gesundheitlichen Ressourcen für die Verwirklichung des bewussten Handelns für seine Gesundheit nur teilweise. Lediglich bei der Kreuzbergkapelle und der Sporthalle gibt es zwischen den Aspekten explizite Wahrnehmung geographisch-gesundheitlicher Ressourcen und Orte, an denen Aktivitäten für die eigene Gesundheit unternommen werden eine Schnittmenge. Während die Sporthalle dabei eine „Landschaft“ darstellt, die der Befragte sich „verpflichtend“ zum bewussten Handeln für die Gesundheit aneignet, handelt es sich bei der Kreuzbergkapelle um eine „Landschaft“, die er sich „freiwillig“ aneignet. Der Mann thematisiert die restlichen „Landschaften“, die er sich beim bewussten Handeln für die eigene Gesundheit aneignet, teilweise in seiner Gesundheitstheorie, so dass hier von implizit wahrgenommenen räumlich-gesundheitlichen Ressourcen ausgegangen werden kann.

Aktivitäten für die eigene Gesundheit unternimmt der Befragte mit unterschiedlichen Personen. Während die Personen beim Training „vorgegeben“ sind, geht er mit seiner Frau sowie gelegentlich mit seiner Tochter spazieren. Laufen geht er meistens alleine, dann kann er sein Tempo laufen und muss sich nicht mit anderen Personen absprechen.

Die explizite Motivation des Mannes zum bewussten Handeln für die Gesundheit kann nicht dargelegt werden, allerdings finden sich im Interview stellenweise Hinweise auf die Gründe. So geht der Befragte zum Beispiel laufen, um seine psychische Gesundheit zu stärken und Inliner fährt er, weil es ihm Spaß macht.

Der Umgang mit körperlichen (und psychischen) Beschwerden sowie Krankheiten

Auf die Frage „Was tun Sie, wenn Sie sich gesundheitlich nicht so gut fühlen bzw. wenn Sie krank sind?“ antwortet der Mann:

„Oh das finde ich dann immer ganz schlimm, wenn so etwas passiert, also finde ich dann immer, denke ich ‚Mein Gott, wie müssen sich die Leute fühlen, die immer krank sind?‘ Also ich mag sowieso nicht das Gefühl so abgeschwächt zu sein, so irgendwie. [...]“ (M1, Abs. 87)

Das Zitat zeigt, der Befragte empfindet krank sein als Schwäche. Vor diesem Hintergrund ist sein subjektives Gesundheitskonzept *Abwesenheit von Krankheit* zu betrachten.

Obwohl sich sein Hausarzt in der gleichen Straße befindet und er diese räumliche Nähe als positiven Einflussfaktor auf die Gesundheit wahrnimmt, aktiviert der Mann diese Ressource nur, „wenn es nicht anders geht“ (M1, Abs. 63). Und dies ist dann der Fall, wenn er starke Beschwerden bzw. Schmerzen hat oder wenn eine Selbstbehandlung nicht möglich bzw. wirksam ist. Der Befragte nennt folgende konkrete Beispiele: Sportverletzungen (z. B. dicker Fuß, Nase gebrochen) oder allergischer Schock. In der Regel behandelt der Befragte sich jedoch selbst. Nach eigenen Angaben legt er sich dann hin und guckt, „dass es möglichst vorbei geht“ (EBENDA, Abs. 89). Wenn die Selbstbehandlung nicht wirkt, sucht er seinen Hausarzt auf. Seine Frau unterstützt ihn bei der Selbstbehandlung, unter anderem gibt sie ihm etwas oder legt ihm Kompressen an. Detaillierter beschreibt der Mann diese Unterstützung nicht. Bei der Selbstbehandlung nutzt er Naturheilverfahren und medikamentöse Therapien, wobei er Medikamente nur dann einnimmt, „wenn es wirklich notwendig ist“ (EBENDA, Abs. 93). Von ihm genannte Beispiele sind: schnelle Behandlung von Entzündungsprozessen, die meist durch Sportverletzungen ausgelöst werden, um beim nächsten Spiel wieder zur Verfügung zu stehen sowie Behandlung einer Erkältung. Um die von ihm wahrgenommene Gesundheitsressource Sport schnell wieder ausüben zu können, ist er bereit Medikamente einzunehmen. Zu den Natur- bzw. Hausmitteln, die der Befragte nutzt zählen Tees oder Kompressen. Außerdem nutzt er Mumijo, ein bewährtes Heilmittel der zentralasiatischen Volksmedizin. Insgesamt ist er jedoch der Meinung, dass viele Natur- bzw. Hausmittel sowohl in Russland als auch in Deutschland genutzt werden, wie zum Beispiel Milch mit Honig.

Der persönliche Umgang mit körperlichen (und psychischen) Beschwerden sowie Krankheiten des Mannes sollte vor dem Hintergrund gesehen werden, dass im Herkunftsland seine Mutter eine aktive Rolle bei der Behandlung von gesundheitlichen Beschwerden spielte und „Kleinigkeiten“ zu Hause behandelt wurden:

„Oh, da hat meine Mutter immer meistens etwas gemacht. Gut Arztbesuche waren auch, auf jeden Fall. Aber Kleinigkeiten, was den Kindern mal passieren kann. Aber, ja, ganz normal so wie hier, was zu Hause ging war zu Hause. Was natürlich schon zu viel war, dann sind wir ins Krankenhaus oder wir hatten auch da so einen, ja eine Ärztin, die oft nach Hause kam. [...]“ (M1, Abs. 172)

Die räumliche Dimension und migrationsspezifische Aspekte des Gesundheitshandelns

In den vorangegangenen Kapiteln wurden bereits räumliche sowie migrationsspezifische Aspekte der einzelnen Komponenten des Gesundheitshandelns des Mannes angesprochen. In diesem Kapitel werden diese Einflüsse nun zusammenfassend dargestellt.

Der Mann eignet sich bei seinem Umgang mit wahrgenommenen Belastungen bzw. Risiken verschiedene „Landschaften“ im Setting „Kreisstadt Merzig“ an. Die Sporthalle, den nahe gelegenen Wald und das Saarufer nutzt er für körperliche Aktivitäten. Des Weiteren nutzt er seine Sauna, die sich in seinem eigenen Garten befindet, zur physischen und psychischen Entspan-

nung. Der eigene Garten dient außerdem dazu ein Sonnenbad zu nehmen. Sein Umgang mit wahrgenommenen Belastungen und Risiken wird ebenfalls durch die räumliche Entfernung beeinflusst: Während seine Frau und seine Tochter im Haus wohnen, wohnen sein Sohn und seine Mutter weiter von ihm entfernt, dennoch nimmt er alle Personen als Ressource beim Umgang wahrgenommenen Belastungen und Risiken wahr und aktiviert diese.

Bei der Herstellung und Aktivierung von gesundheitlichen Ressourcen, die der Mann teilweise zum Umgang mit wahrgenommenen Belastungen und Risiken nutzt, eignet er sich ähnliche „Landschaften“ an: Zum Beispiel nutzt der Mann seinen Garten, um dort mit der Familie und Freunden zu grillen und Geburtstage zu feiern. Der Aspekt der räumlichen Entfernung spielt bei der Herstellung und Aktivierung von gesundheitlichen Ressourcen ebenfalls eine Rolle: Der Mann fährt in Urlaub und schafft sich somit eine Distanz zum Alltag.

Beim Umgang mit körperlichen (und psychischen) Beschwerden sowie Krankheiten fällt auf, dass der Mann die von ihm wahrgenommene gesundheitliche Ressource räumliche Nähe zum Hausarzt nur dann aktiviert, wenn er keine andere Handlungsmöglichkeit sieht.

Zum bewussten Handeln für die eigene Gesundheit eignet der Mann sich diverse „Landschaften“ im Setting „Kreisstadt Merzig“ an: Sporthalle (Training, Gymnastikkurse), eigenes Badezimmer (Wechselduschen), eigener Garten (Sauna und Sonnenbad nehmen), Wohnort und nahe gelegene Städte (Spazieren gehen), nahe gelegener Wald, Kreuzbergkapelle (Sonne genießen) und Saarufer (laufen gehen).

Das Herkunftsland beeinflusst den Umgang mit körperlichen (und psychischen) Beschwerden sowie Krankheiten des Mannes wie folgt: Zum einen nutzt der Mann Medikamente bzw. Naturheilmittel von dort (u. a. Mumijo), zum anderen scheint die Inanspruchnahme des deutschen Gesundheitssystems durch die Erfahrungen im Herkunftsland mitbestimmt zu sein. So wurden „Kleinigkeiten“ zu Hause, oft durch die Mutter, behandelt. Des Weiteren wird sein bewusstes Handeln für die Gesundheit dahingehend durch das Herkunftsland (indirekt) beeinflusst, dass seine Frau vorwiegend russische Küche kocht.

7.3.2 MANN 11

Beschreibung der Person

Zum Zeitpunkt der Befragung war der Befragte 61 Jahre alt (siehe Tabelle 19). Er kam 1993, teilweise auf eigenen Wunsch, teilweise „gezwungenermaßen“ mit 40 Jahren nach Deutschland: Die sich verändernden Lebensbedingungen (siehe Kapitel 2.2.1) zwangen den Mann nach Deutschland auszureisen. Er erzählt, dass im Rahmen der Perestroika „Deutsche zu Deutschen, Russen zu Russland“ (M11, Abs. 5) mussten.

Nach dem Studium (Industrie- und Zivilbau) arbeitete der Befragte in Kasachstan als Bauleiter. Bemühungen seine berufliche Qualifikation in Deutschland anerkennen zu lassen waren jedoch aufgrund nicht-bestandener schriftlicher Prüfungen nicht erfolgreich. Auffällig war, dass der Befragte das Thema Arbeit im Interview in den Fokus stellte.

Wie in Kapitel 5 beschrieben gestaltete sich das Finden von Gesprächspartnern schwierig. Auch dieser Mann nahm wohl nur an dem Interview teil, da dieses im Rahmen seiner Arbeitszeit geführt wurde und die Personalabteilung des Unternehmens der Autorin Unterstützung zugesagt hatte. Dafür spricht, dass die Antworten und Erzählungen des Befragten meistens sehr kurz ausgefallen sind und sein Blick häufig auf die Uhr an der Wand ging. Eventuell kann der Mann damit als „Stellvertreter“ für andere (Spät-)Aussiedler, die ein Interview verweigerten angesehen werden. Die Auswahl des Mannes für eine vertiefende Einzelfallinterpretation fiel vor diesem Hintergrund.

Subjektive Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen

Der Mann definiert Gesundheit sowohl positiv als auch negativ. Er bestimmt Gesundheit explizit zum einen als gutes Leben, was er genau darunter versteht wird nicht deutlich, und zum anderen als Abwesenheit von Krankheit.

„(4) Gut leben, wenn man nicht krank ist und so was.“ (M11, Abs. 23)

Implizit definiert er Gesundheit als Funktions-, Handlungs- und Leistungsfähigkeit, wobei er vor allem den Arbeitsbereich thematisiert. Des Weiteren bestimmt er Gesundheit als positive Lebenseinstellung.

Unter Krankheit versteht der Befragte die Anwesenheit von (gesundheitlichen) Störungen, Problemen bzw. Beschwerden sowie auf die Einnahme von Medikamenten angewiesen zu sein. Das subjektive Krankheitskonzept des Mannes ist stark durch seine persönlichen Erfahrungen geprägt:

„I: Und was ist dann Krankheit für Sie?

B: Ich hatte 2002 einen Herzinfarkt. Und seitdem trinke ich jetzt immer fünf Tabletten.“ (M11, Abs. 24-25)

Von sich aus nimmt der Mann nur wenige Einflussfaktoren auf seine Gesundheit wahr, dabei fällt ihm die Nennung von Einflüssen offenkundig schwer. Während er die Abwesenheit von Stress (z. B. auf der Arbeit) als gesundheitliche Ressource betrachtet, sieht er „Stress auf der Arbeit, sonst nichts“ (M11, Abs. 31) als Gesundheitsrisiko an. Stress bedeutet für ihn, „wenn man sich mit den Leuten nicht so versteht und so was“ (EBENDA, Abs. 35), d. h. der Befragte betrachtet Stress vor allem auf der sozialen Ebene. Vor diesem Hintergrund ist die Wahrnehmung der Familie als Gesundheitsressource zu sehen: Auf die Frage, ob die Familie einen Einfluss auf seine Gesundheit hat, antwortet er „Nein, bis jetzt ist alles ok“ (EBENDA, Abs. 37).

Der Mann aktiviert die implizit wahrgenommene Gesundheitsressource Familie sowohl beim Umgang mit körperlichen (und psychischen) Beschwerden sowie Krankheiten als auch beim bewussten Handeln für die eigene Gesundheit (siehe unten).

Auf Nachfragen der Autorin hin, thematisiert der Befragte seine Wohnsituation und sein Wohnumfeld ebenfalls als gesundheitliche Ressource: Für ihn ist das eigene Haus, das aus seiner Sicht Kraft und Geld kostet, ein Symbol dafür etwas im Leben erreicht zu haben. Er vergleicht dabei sein Leben in Deutschland mit den Lebensbedingungen im Herkunftsland:

„(..) Das man was erreicht hat, dass man schon ein eigenes Haus hat wie in Kasachstan und so was. Ist schon, ist schon (...)“ (M11, Abs. 43)

Die Auswanderung nimmt der Mann, ebenfalls auf Nachfragen der Autorin hin, als Einfluss auf seine Gesundheit wahr. Er weiß jedoch nicht, ob er in Kasachstan ebenfalls einen Herzinfarkt erlitten hätte: Auf der einen Seite denkt er, der Herzinfarkt sei genetisch bedingt, da sein Vater ebenfalls einen Infarkt erlitten hat. Auf der anderen Seite empfand er die Auswanderung und die damit verbundene Lebensumstellung (u. a. neue Arbeit) als stressig, so dass er diesen Stress als weiteren möglichen Auslöser seines Herzinfarktes thematisiert.

Für den Mann ist Gesundheit das Wichtigste. Seine Gesundheit stellt er auf den ersten Platz, „dann kommt alles andere“ (M11, Abs. 91). Im Gegensatz dazu hat er sich in Kasachstan keine Gedanken um die Bedeutung von Gesundheit gemacht, da er „ein bisschen jünger [war]“ (EBENDA, Abs. 93).

Der Mann gibt an, für seine Gesundheit selbst verantwortlich zu sein. Seiner Meinung nach müssen Personen, die sich gesund ernähren möchten, sich auch um die Besorgung gesunder Lebensmittel kümmern. An einer anderen Stelle des Interviews nennt der Befragte seine Frau und seine Tochter, die aus seiner Sicht ebenfalls für seine Gesundheit verantwortlich sind, da sie auf seine Gesundheit achten.

Der Befragte bewertet seinen Gesundheitszustand mit „es geht“ (M11, Abs. 193). Seine Einschätzung begründet er damit, dass er in der Lage ist, seine Arbeit zu verrichten. An dieser Stelle zeigt sich zum einen erneut die zentrale Bedeutung der Arbeit für den Mann und zum anderen wie sein implizites Gesundheitskonzept Gesundheit als Funktions-, Handlungs- und Leistungsfähigkeit seine Einschätzung des Gesundheitszustandes beeinflusst:

„B: [...] Wenn man auf die Arbeit nicht gehen kann, dann ist das schon nicht gut.

I: Und Sie können jetzt auf die Arbeit gehen und deswegen ‚geht es‘?

B: Ja.“ (M11, Abs. 195-197)

Das alltägliche Gesundheitshandeln

Das bewusste Handeln für die eigene Gesundheit

Das bewusste Handeln für die eigene Gesundheit des Mannes beschränkt sich auf den Bereich Ernährung. Auf die Frage, was er für seine Gesundheit macht, antwortet der Mann nach einer Denkpause von fünf Sekunden:

„Normalerweise nicht so viel. Richtig essen, nicht so fettig essen. So was.“ (M11, Abs. 63)

Die Motivation Aktivitäten für die eigene Gesundheit umzusetzen liegt offenbar in dem erlittenen Herzinfarkt begründet. So begann der Befragte mit der Ernährungsumstellung nach dem Herzinfarkt. In seinem Herkunftsland setzte der Mann, nach eigener Aussage, bewusst keine Aktivitäten für die eigene Gesundheit um:

„(...) Nein. (.) Einfach was auf den Tisch gekommen ist haben wir gegessen und so was. Und hatten wir nicht, gut war andere Zeit, hatten wir nicht so viel Stress und so was. Brauchte man sich keine Gedanken zu machen mit der Arbeit und so was. Und war ein bisschen (.) war man ein bisschen jünger und (...)“ (M11, Abs. 99)

Damit scheinen das subjektive Gesundheits- und Krankheitskonzept in Verbindung mit dem bewussten Handeln für die eigene Gesundheit des Mannes zu stehen. Der Befragte verfolgt mit der Ernährungsumstellung das Ziel seinem gesundheitlichen Problem, sprich dem Herzleiden, entgegenzuwirken. Darüber hinaus gibt er an, „ein bisschen [zu] gucken, was man isst und so was“ (M11, Abs. 111), um Krankheiten zu vermeiden.

Die gesunde Ernährung setzt der Mann gemeinsam mit seiner Frau um, damit aktiviert er die implizit wahrgenommene Gesundheitsressource Familie. Seine Frau kocht, nach Angaben des Befragten, unter anderem gesund. Eine richtige bzw. gesunde Ernährung bedeutet für ihn „mehr Obst und so was essen, nichts Fettiges [essen] und so was, keine Pommes [zu essen]“ (M11, Abs. 79). Die Herkunft der verwendeten Lebensmittel bleibt unklar, jedoch erzählt der Mann, er habe einmal versucht Gemüse in seinem Garten anzupflanzen, dies jedoch ohne Erfolg (u. a. verfaulten Pflanzen).

Zu den Gründen, die den Mann daran hindern weitere Aktivitäten für seine Gesundheit umzusetzen zählen sowohl Zeitmangel als auch eine niedrige Priorität bzw. die persönliche Einstellung. Erneut spielt das Thema Arbeit für ihn eine zentrale Rolle:

„(.) Nein, keine Zeit und keine Lust. Kommt man von der Arbeit ist man müde. Samstags und sonntags will man seine Ruhe und so was. Nicht so viel.“ (M11, Abs. 71)

Wie bereits beschrieben, nimmt der Mann sein Haus als gesundheitliche Ressource wahr. Des Weiteren gibt er an, sich „nur zu Hause auf der Couch mit dem Schalter (lacht)“ (M11, Abs. 59) wohl zu fühlen. Insgesamt besitzt das Haus für den Mann eine zentrale Bedeutung im Hinblick

auf seine Gesundheit: Das eigene Haus stellt eine „Landschaft“ dar, in der er sich gemeinsam mit seiner Frau gesund ernährt und wo er sich offenbar vom Stress, den er als zentrale Gesundheitsbelastung thematisiert, erholen kann.

Der Umgang mit körperlichen (und psychischen) Beschwerden sowie Krankheiten

Auf die Frage, was tun Sie, wenn Sie sich gesundheitlich nicht so gut fühlen bzw. wenn Sie krank sind, antwortet der Mann: „(.) Dann muss man zum Arzt. (..)“ (M11, Abs. 121). Insgesamt ist der Umgang mit körperlichen (und psychischen) Beschwerden sowie Krankheiten des Befragten sowohl durch das Aufsuchen einer Ärztin bzw. eines Arztes als auch durch Selbstbehandlung gekennzeichnet. Eine Ärztin bzw. einen Arzt nimmt der Mann in Anspruch, wenn er (starke) Beschwerden/Schmerzen hat (z. B. Zahnweh) oder wenn die Selbstbehandlung (z. B. eines Schnupfens) nicht wirksam ist. Darüber hinaus geht er regelmäßig zum Hausarzt, um seine Blutwerte, vor dem Hintergrund des erlittenen Herzinfarktes, kontrollieren zu lassen.

Bei der Selbstbehandlung kombiniert der Mann medikamentöse und naturheilmittelorientierte Verfahren. Als konkrete Beispiele nennt er die Behandlung von Kopfschmerzen mit freiverkäuflichen Schmerztabletten sowie die Behandlung eines Schnupfens durch das Inhalieren von Kartoffeldampf oder durch das Nehmen warmer Fußbäder. Im Rahmen der medikamentösen Selbstbehandlung nutzt er keine Medikamente mehr aus seinem Herkunftsland, da diese aufgebraucht sind. Auf die Frage, ob er von seiner Verwandtschaft keine neuen Medikamente bekommt, antwortet der Mann:

„Nein, nein. Das ist schon ein bisschen zu teuer und so was. Ist schon viel Zeit vergangen. Und dann trinken wir das, was es in der deutschen Apotheke gibt.“ (M11, Abs. 139)

Der Befragte wird beim Umgang mit körperlichen (und psychischen) Beschwerden sowie Krankheiten von seiner Frau unterstützt. Damit stellt er erneut die implizit wahrgenommene Gesundheitsressource Familie her. Zum einen hilft seine Frau ihm bei der Selbstbehandlung bzw. wendet diese bei ihm an: „Meine Frau behandelt mich (lacht)“ (M11, Abs. 163). Zum anderen „passt [sie] auf, dass [...] [er] die richtigen Tabletten [nimmt]“ (EBENDA, Abs. 151).

Das Herkunftsland des Befragten beeinflusst seinen persönlichen Umgang mit körperlichen (und psychischen) Beschwerden sowie Krankheiten in mehrfacher Hinsicht. Einerseits gibt der Mann an in Kasachstan bei Beschwerden bzw. Krankheiten entweder eine Ärztin/einen Arzt in Anspruch genommen zu haben oder Beschwerden bzw. Krankheiten selbst behandelt zu haben. Letzteres weil er wusste, wie er mit bekannten Beschwerden (z. B. Schnupfen) umgehen muss. Der Umgang mit körperlichen (und psychischen) Beschwerden sowie Krankheiten in Deutschland ist vor diesem Hintergrund zu sehen. Andererseits erzählt der Mann, er lese eine Zeitschrift aus Russland, in der unter anderem Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten bestimmter Beschwerden bzw. Krankheiten beschrieben sind. Ferner schaut er sich im deut-

schen und russischen Fernsehen Sendungen zum Thema Gesundheit an, dort „lernt man das ein bisschen“ (M11, Abs. 187).

Die räumliche Dimension und migrationsspezifische Aspekte des Gesundheitshandelns

In den vorangegangenen Kapiteln wurden räumliche sowie migrationsspezifische Aspekte der einzelnen Komponenten des Gesundheitshandelns des Mannes bereits angesprochen. In diesem Kapitel werden diese Einflüsse nun zusammenfassend dargestellt.

Der Mann eignet sich beim Umgang mit wahrgenommenen Belastungen bzw. Risiken sowie beim bewussten Handeln für die eigene Gesundheit offenbar eine zentrale „Landschaft“, sein Haus, an. Wie weiter oben beschrieben, stellt das eigene Haus eine „Landschaft“ dar, in der er sich gemeinsam mit seiner Frau gesund ernährt und wo er sich offenbar vom Stress, den er als zentrale Gesundheitsbelastung thematisiert, erholen kann.

Sein Umgang mit körperlichen (und psychischen) Beschwerden sowie Krankheiten und sein bewusstes Handeln für die eigene Gesundheit werden durch die räumliche Entfernung beeinflusst: Seine Frau, mit der er gemeinsam im Haus wohnt, nimmt der Befragte als Gesundheitsressource wahr. Diese „aktiviert“ er zum Beispiel bei seiner Ernährung oder bei der Behandlung eines Schnupfens.

Das Herkunftsland beeinflusst den Umgang des Mannes mit körperlichen (und psychischen) Beschwerden sowie Krankheiten in dem die Inanspruchnahme des deutschen Gesundheitssystems und die Selbstbehandlung durch die Erfahrungen im Herkunftsland mitbestimmt sind.

7.3.3 FRAU 16

Beschreibung der Person

Zum Zeitpunkt der Befragung war die Frau 83 Jahre alt (siehe Tabelle 19). Sie kam im Jahr 1991 gemeinsam mit ihrer Familie im Alter von 61 Jahren nach Deutschland, allerdings hatte sie bereits in den 1960er Jahren begonnen Ausreiseanträge zu stellen. Der Vater der Frau lebte damals bereits in Deutschland, da er während des Zweiten Weltkrieges in amerikanische Gefangenschaft geriet. Die Frau zählt also zu den Personen, die sich schon früh um eine Ausreise nach Deutschland bemühten. Aufgrund dieser Tatsache und ihres hohen Alters erfolgt eine vertiefende Einzelfallbeschreibung.

Subjektive Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen

Der Befragten fällt es zu Beginn des Interviews schwer Gesundheit zu definieren. Umfassend beschreibt sie Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit, als Abwesenheit von gesundheitlichen Problemen sowie als Funktions-, Handlungs- und Leistungsfähigkeit. Die Frau nutzt zur Definition von Gesundheit Vergleiche zwischen dem Herkunftsland und Deutschland.

„Naja, also ich sage Ihnen, also hier, mit meiner Gesundheit ist es viel besser. In Russland habe ich Asthma gehabt. Und habe sie noch. Aber in Russland war es mir so schlecht immer, weil dort war es, dort musste ich fast jeden Tag, jede Nacht musste ich den Krankenwagen raus rufen. Also wir haben doch am Meer gewohnt. Und das war wahrscheinlich auch nicht so gut für Asthmaleidende, die Feuchtigkeit. Und da habe ich mich so gequält mit dem Asthma, ich konnte fast überhaupt nichts mehr machen, nichts mehr arbeiten. Sogar meine Hausarbeit, gut ich habe ja mit meiner Tochter gewohnt, die hat ja alles gemacht. Aber hier geht es mir, kann ich sagen, viel besser. Selten, ich darf mich nur nicht erkälten. Wenn ich mich ein bisschen erkälte und dann kriege ich den Husten und dann bin ich zu Hause gefesselt, dann kann ich nicht durch die Leute. Weil das ist immer das Abhusten. Und ja.“ (F16, Abs. 19)

Zum Schluss des Interviews fragte die Autorin erneut nach dem subjektiven Gesundheitskonzept der Frau. Zu diesem Zeitpunkt fiel der Befragten die Beschreibung merklich leichter, sie definiert Gesundheit als Abwesenheit von (starken) Schmerzen. Dies kann als Beleg dafür gesehen werden, dass Gesundheit oft nicht im Vordergrund steht, sondern zuerst bewusst gemacht werden muss (siehe Kapitel 3.4.1.3).

„Also ich denke, Gesundheit ist, wenn man keine Schmerzen hat. [...]“ (F16, Abs. 173)

Die Frau definiert Krankheit explizit als Anwesenheit von (gesundheitlichen) Störungen, Problemen bzw. Beschwerden sowie implizit als Anwesenheit von (starken) Schmerzen. Damit scheinen das Gesundheits- und Krankheitskonzept der Frau in engem Zusammenhang zueinander zu stehen (siehe Kapitel 3.4.1.3).

„Naja Krankheit, das waren meine einzigen Beschwerden mit meinem Asthma. Ja, da war es manchmal schon so schlimm, auch hier in Deutschland. Einmal musste ich auch ins Krankenhaus, das war dann zum Ersticken.“ (F16, Abs. 111)

Vor dem Hintergrund ihres Asthmaleidens nimmt die Frau das deutsche Gesundheitssystem im Vergleich zum russischen Gesundheitssystem als positiven Einflussfaktor auf ihre Gesundheit wahr. Als konkretes Beispiel nennt sie Medikamente, die sie bekommt und die ihr helfen mit dem Asthma sowie der Osteoporose umzugehen und zu leben. Des Weiteren betrachtet sie die Einnahme von Nahrungsergänzungsmitteln (u. a. Vitamine und Omega-3- Fettsäuren) als Gesundheitsressource. Sie nimmt diese Mittel ein, „in der letzten Zeit [zwar] auch schon nicht mehr regelmäßig“ (F16, Abs. 47), „weil man sagt, das ist gesund“ (EBENDA). Während die Befragte die Gesundheitsressource Medikamente regelmäßig aktiviert, aktiviert sie die Gesundheitsressource Nahrungsergänzungsmittel unregelmäßig.

Weitere von der Frau wahrgenommene Gesundheitsressourcen stellen ihre Kinder und eine Frauengruppe, die die Frau regelmäßig besucht, dar. Durch diese sozialen Kontakte fühlt sie sich zum einen nicht einsam und zum anderen hat sie eine regelmäßige Beschäftigung.

Das Wetter und Schlafstörungen, die mit den Mondphasen zusammenhängen, betrachtet die Frau als Gesundheitsrisiken. Während sie das Risiko Wetter nicht näher beschreibt, geht sie

auf das Risiko Schlafstörung und den Umgang damit näher ein. Das folgende Zitat der Frau zeigt, dass sie zum einen das Gesundheitsrisiko Schlafstörung akzeptiert, zum anderen aber auch die Ressource Lesen nutzt, um mit den nächtlichen Störungen umzugehen.

„[...] Wenn was ist, dann schieben wir alles auf das Wetter (lacht). Oder Schlafstörungen habe ich auch noch. Und dann denke ich ‚Vollmond, kann man wieder nicht schlafen.‘ Ja. Manchmal kann ich gut schlafen, manchmal kann ich schlechter schlafen. Und naja wenn ich nachts aufwache, nachts um drei, dann kann ich nicht mehr einschlafen. Dann nehme ich ein Buch und dann lese ich, dann lege ich es weg und dann schlafe ich wieder ein. Ich muss ja morgens nicht raus auf die Arbeit (lacht). Also durchschnittlich, eigentlich kann ich jetzt nicht klagen, dass ich jetzt so sehr krank bin.“ (F16, Abs. 39)

Im Hinblick auf ihr Wohnumfeld bzw. ihre Wohnsituation nimmt die Befragte unterschiedliche positive und negative Einflüsse auf ihre Gesundheit wahr. Den (Verkehrs-)Lärm, verursacht durch die Bahnlinie hinter dem Haus und die Hauptverkehrsstraße vor dem Haus, betrachtet sie auf konkrete Nachfragen der Autorin hin als Belastung für die Gesundheit, da sie am Anfang in der Wohnung aufgrund des Lärms der vorbeifahrenden Autos nicht gut schlafen konnte. Allerdings gibt die Frau an, sich an diese Belastung gewöhnt zu haben, womit sie das Risiko akzeptiert. Für die Frau ist es wichtig, sich mit der Nachbarschaft zu verstehen. Eine friedliche Nachbarschaft nimmt sie als positiven Einfluss auf die Gesundheit wahr. Persönlich trägt sie zum Beispiel durch ihre Nachbarschaftshilfe (u. a. Blumen gießen) zum Gelingen des Zusammenwohnens bei.

Die Frau nimmt die Auswanderung bzw. die Lebens- und Arbeitsbedingungen in Deutschland als positiven Einfluss auf ihre Gesundheit wahr. Dies ist vor dem Hintergrund zu sehen, dass Asthma das Leben der Frau im Herkunftsland und in Deutschland bestimmte bzw. bestimmt. Während es ihr in Russland jedoch sehr schlecht ging, geht es ihr in Deutschland aufgrund der medizinischen Versorgung besser.

Der Befragten fällt es schwer räumliche Gesundheitsressourcen zu benennen. Dies scheint mit dem Alter und der eingeschränkten Mobilität der Frau in Verbindung zu stehen, so ist sie zum Beispiel der Meinung, dass sie eigentlich nirgends mehr hinkommt. Des Weiteren erzählt sie, wenn sie gemeinsam mit ihrer Tochter in den Stadtpark oder an die Saar spazieren geht, dann „muss [ich] mich auf jede Bank hinsetzen und ausruhen“ (F16, Abs. 73).

Für die Befragte ist Gesundheit das Wichtigste, „der größte Reichtum was man hat“ (F16, Abs. 81). Sie begründet diese Wichtigkeit im Kontext der Ottawa-Charta, in der Gesundheit als „wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens [...] und nicht als vorrangiges Lebensziel“ (WHO 1986, o. S.) verstanden wird:

„Ja, du kannst noch so reich sein, die beste Krankheit kann man mit Geld nicht kaufen. Ich sage, wenn man gesund ist, weiter braucht man nichts, das andere kommt alles.“ (F16, Abs. 83)

Vor dem Hintergrund ihres Alters findet die Befragte es schwierig zu sagen, wer für ihre Gesundheit verantwortlich ist. Sie denkt, weder ihr Hausarzt noch sie persönlich seien dafür verantwortlich. Die Frau sieht eher externe Einflüsse, sie spricht unter anderem die Lebens- und Arbeitsbedingungen in der ehemaligen Sowjetunion nach dem Zweiten Weltkrieg an, als verantwortlich für ihre Gesundheit.

Die Frau schätzt ihren Gesundheitszustand zum Zeitpunkt der Befragung als gut ein, allerdings kann sich ihr Gesundheitszustand aufgrund ihres Asthmas sehr schnell verändern. Während sie sich an einem Tag noch gesund fühlt, kommen Schnupfen und Husten am anderen Tag „wie angeflogen“ (F16, Abs. 123) und dann ist sie „zu Hause gefesselt“ (EBENDA, Abs. 19). Die Dynamik des subjektiven Gesundheitszustands (siehe Kapitel 7.1.7) liegt in ihrem Asthmaleiden begründet.

Das alltägliche Gesundheitshandeln

Das bewusste Handeln für die eigene Gesundheit

Obwohl die Frau zu Beginn nicht genau weiß, was Personen in ihrem Alter für die Gesundheit tun können, nennt sie auf Nachfragen der Autorin hin Aktivitäten, die sie bewusst für ihre Gesundheit umsetzt.

„(..) Naja, was kann man noch machen jetzt in meinem Alter für die Gesundheit? (lacht) [...]“ (F16, Abs. 89)

Vor längerer Zeit war sie zum Beispiel aufgrund des Asthmaleidens und der Osteoporose an der Nordsee in Kur. Zum Zeitpunkt der Befragung macht die Frau gelegentlich, meist „wenn es wieder irgendwo zwickt“ (F16, Abs. 109) Gymnastikübungen, dazu eignet sie sich ihre Wohnung an. Die Aneignung der „Landschaft“ Wohnung sollte vor dem Hintergrund der oben beschriebenen eingeschränkten Mobilität der Frau gesehen werden. Des Weiteren züchtet sie in ihrer Wohnung Aloe Vera. Aus Aloe Vera, Honig und Schnaps stellt sie ein Naturheilmittel her, das sie zur Stärkung des Immunsystems einnimmt. Dieses Naturheilmittel hat sie bereits in ihrem Herkunftsland hergestellt.

Beim bewussten Handeln für die eigene Gesundheit stellt die Befragte ihre gesundheitlichen Probleme (Asthma und Osteoporose), die An- bzw. Abwesenheit von Schmerzen („zwicken“) und die Abwesenheit von Krankheit (Stärkung des Immunsystems) in den Mittelpunkt. Damit steht ihr bewusstes Handeln für die eigene Gesundheit in engem Zusammenhang mit ihrem Gesundheitskonzept.

Das Alter und die damit zusammenhängende Vergesslichkeit sowie eine niedrige Priorität bzw. die persönliche Einstellung („manchmal bin ich wirklich zu faul“ (F16, Abs. 91)) sind Gründe, die die Frau daran hindern mehr für ihre Gesundheit zu machen.

„Das Alter, ich sage doch. (Lacht) Gymnastik könnte man jeden Tag machen, aber dann vergesse ich es,

und dann mache ich nur, wenn es wieder irgendwo zwickt.“ (F16, Abs. 109)

Der Umgang mit körperlichen (und psychischen) Beschwerden sowie Krankheiten

Der Umgang mit körperlichen (und psychischen) Beschwerden sowie Krankheiten der Frau ist unter anderem durch die Einnahme von Medikamenten geprägt. Sie nimmt sowohl gegen Asthma als auch gegen Osteoporose Medikamente ein. Außerdem nutzt sie bei Schmerzen und Bronchialbeschwerden Salben und verschiedene Öle. Die Wahrnehmung des deutschen Gesundheitssystems als Gesundheitsressource (siehe oben) ist vor dem Hintergrund zu sehen, dass es der Frau durch die Nutzung von Medikamenten gesundheitlich besser geht.

Obwohl die Befragte das deutsche Gesundheitssystem als positiven Einflussfaktor auf ihre Gesundheit betrachtet „springt [...] [sie] nicht gleich zum Arzt“ (F16, Abs. 25), wenn es sie irgendwo „steht“. Alle drei Monate geht sie jedoch zur Blutkontrolle zu ihrem Hausarzt, der ihr, so scheint es, ihren guten Gesundheitszustand „bescheinigt“:

„Blut muss ich abgeben. Mein Arzt sagt ‚Ist alles normal‘, die ganzen Blutwerte sind gut. Dann bin ich gesund, ja? (lacht)“ (F16, Abs. 29)

Beim Umgang mit körperlichen (und psychischen) Beschwerden sowie Krankheiten wird die Frau von ihrer Tochter unterstützt. Bei Asthmaproblemen reibt die Tochter der Befragten zum Beispiel den Rücken mit Bronchialsalbe, die sie aus der Apotheke bezieht, ein.

Die räumliche Dimension und migrationsspezifische Aspekte des Gesundheitshandelns

In den vorangegangenen Kapiteln wurden räumliche sowie migrationsspezifische Aspekte der einzelnen Komponenten des Gesundheitshandelns der Frau bereits angesprochen. In diesem Kapitel werden diese Einflüsse nun zusammenfassend dargestellt.

Beim alltäglichen Gesundheitshandeln der Frau spielt vor allem die eigene Wohnung, wohl aufgrund ihrer eingeschränkten Mobilität, eine zentrale Rolle. Sie eignet sich die „Landschaft“ Wohnung zum bewussten Handeln für ihre Gesundheit dahingehend an, dass sie dort Gymnastikübungen macht und Aloe Vera züchtet.

Die räumliche Nähe zu einer ihrer drei Töchter spielt beim Umgang mit körperlichen (und psychischen) Beschwerden sowie Krankheiten der Frau eine zentrale Rolle. Die Tochter, „die [...] nebendran [wohnt]“ (F16, Abs. 53) kommt zum Beispiel bei der Frau vorbei, um ihr bei Asthmaproblemen den Rücken mit Bronchialsalbe einzureiben.

Das Herkunftsland der Frau beeinflusst ihr bewusstes Handeln für die eigene Gesundheit dahingehend, dass sie ein Naturheilmittel zur Stärkung des Immunsystems einnimmt, das sie bereits im Herkunftsland eingenommen hat.

7.3.4 FRAU 20

Beschreibung der Person

Zum Zeitpunkt der Befragung war die Frau 28 Jahre alt (siehe Tabelle 19). Sie kam im Jahr 1994 gemeinsam mit ihren Eltern im Alter von neun Jahren nach Deutschland. Zum Zeitpunkt der Befragung arbeitete sie als Gesundheits- und Krankenpflegerin (Vollzeit) in einem Krankenhaus in der Nähe der Kreisstadt Merzig. Aufgrund ihres beruflichen Hintergrundes erfolgt eine vertiefende Einzelfallinterpretation.

Subjektive Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen

Die Frau thematisiert als einzige befragte Person die Gesundheitsdefinition der WHO. Dies hängt sicherlich mit ihrem beruflichen Hintergrund zusammen. Sie bezieht die Definition teilweise in ihr subjektives Gesundheitskonzept ein: Im Gegensatz zur WHO-Definition spricht sie nur das Wohlbefinden auf der physischen und psychischen Ebene an, die soziale Ebene des Wohlbefindens und den Aspekt der Abwesenheit von Krankheit thematisiert sie nicht. Insgesamt bedeutet dies, die Befragte bestimmt Gesundheit positiv.

„Ja gut, was ist Gesundheit? Da gibt es ja so eine schöne Definition, das Wohlbefinden des Körpers und der Seele und des Geistes, ja? Das ist Gesundheit (lacht). So würde ich das auch definieren.“ (F20, Abs. 21)

Die WHO-Gesundheitsdefinition ist unter anderem dadurch gekennzeichnet, dass Gesundheit als Gegenpol von Krankheit verstanden wird (siehe Kapitel 3.1). Die Frau ist ebenfalls dieser Meinung. Sie denkt, chronisch kranke Menschen „lernen ja mit ihrer Krankheit zu leben und sind dann irgendwann nicht mehr eingeschränkt“ (F20, Abs. 107). Eingeschränkt zu sein, also nicht-funktions-, nicht-handlungs- und nicht-leistungsfähig zu sein, ist ein Aspekt, den die Frau in ihrer mehrdimensionalen Krankheitsdefinition nennt (Krankheit als Nicht-Funktions-, Nicht-Handlungs- und Nicht-Leistungsfähigkeit, Krankheit als Unwohlsein, Krankheit als Kranksein und Krankheit ist kein Normalfall). Sie findet Gesundheit und Krankheit, „das greift schon alles ineinander über“ (EBENDA, Abs. 109).

Die Befragte nimmt verschiedene positive und negative Einflussfaktoren auf ihre Gesundheit wahr. Als „Filmfan“ betrachtet sie das Merziger Kino, wo sie sich wohl fühlt, als räumliche Gesundheitsressource. Ihrer Meinung nach ist das Kino „der einzige Ort hier in Merzig, wo man wirklich ruhigen Gewissens kann hingehen, wo man keine Angst zu haben braucht, dass irgendetwas passiert“ (F20, Abs. 53). Außerdem fühlt sie sich im Kino wohl, weil dort „ein heimisches Verhältnis“ (EBENDA) herrscht. Die Frau nimmt das Kino nicht nur als räumliche Gesundheitsressource wahr, sondern sie aktiviert diese Ressource auch.

Den Stress auf der Arbeit bzw. die physischen und psychischen Anforderungen ihrer Arbeit betrachtet die Frau als Gesundheitsrisiko. Strategien, wie sie mit dieser Belastung umgeht, stellen die Schaffung einer räumlichen Distanz zur Arbeitsstelle durch die Wahl des Wohnortes sowie die Selbsttherapie durch Kolleginnen dar. Die zuletzt genannte Strategie ist vor dem Hintergrund zu sehen, dass die Frau aufgrund ihrer Arbeit oft mit dem Tod konfrontiert ist und sie in solch schwierigen Situationen die Ressource Kollegin zum Austausch und zum „Drüberreden“ nutzt. Trotz dieser Strategien zum Umgang mit wahrgenommenen Belastungen und Risiken ist sie der Meinung, dass sie das Gesundheitsrisiko Arbeit „teilweise mit Freizeitaktivitäten gar nicht ausgleichen [kann], das geht nicht“ (F20, Abs. 27).

Als weiteres Gesundheitsrisiko nimmt die Frau Keime, die „in der Umgebung rumschwirren“ (F20, Abs. 33) wahr. Um sich davor zu schützen, hat sie normalerweise immer ein Desinfektionsmittel dabei. Sie erzählt vor diesem Hintergrund von einem persönlichen Erlebnis: Zwei Monate lang bestand auf ihrer Arbeit die Gefahr sich mit Noroviren anzustecken, sie steckte sich jedoch außerhalb der Arbeit, als sie kein Desinfektionsmittel dabei hatte, damit an. Als die Befragte dieses Erlebnis schildert, kommt sie zu dem Schluss, dass es schwer sei zu beantworten, was genau Gesundheit beeinflusst. Sie findet daher, dass alles die Gesundheit beeinflusst.

Des Weiteren nimmt die Befragte ihr privates Umfeld, das ihrer Meinung nach im Einklang sein muss, als Einflussfaktor auf ihre Gesundheit wahr. Sie benennt konkret die Familie und die Nachbarschaft. Letztere thematisiert sie auf Nachfragen der Autorin hin. Die Frau erzählt, ein sehr gutes Wohnumfeld zu haben, wo sie sich sehr wohl fühlt und das ihre Gesundheit positiv beeinflusst.

„Ja. Also ich habe ein sehr gutes Wohnumfeld, muss ich sagen. Auch die Nachbarschaft und so. Und ich fühle mich auch sehr wohl da. Also wenn ich nach Hause komme, bin ich auch wirklich zu Hause. Und das holt mich so runter und gibt mir so inneren Frieden. Also eher so positiv dann auch, ja, muss ich schon sagen.“ (F20, Abs. 35)

Als konkretes Beispiel wie ihr Wohnumfeld ihre Gesundheit beeinflusst nennt sie die Unterstützung durch ihre Nachbarin, die sie besuchen kann und sich „den Frust dann von der Seele sprechen [kann]“ (F20, Abs. 37). Im Hinblick auf ihr Wohnumfeld spricht die Frau darüber hinaus die Grünflächen in Merzig als Gesundheitsressource an, die sie sich bei gutem Wetter zum Wandern aneignet. Diese Ressourcen werden von der Befragten nicht nur wahrgenommen, sondern auch aktiviert.

Die Frau nimmt die Auswanderung bzw. die Lebens- und Arbeitsbedingungen im Zielland, auf Nachfragen der Autorin hin, als positiven Einfluss auf ihre Gesundheit wahr. Als Indikatoren hierfür zieht sie die bessere medizinische Behandlung sowie eine insgesamt bessere (und bezahlbare) Gesundheitsversorgung in Deutschland im Vergleich zu ihrem Herkunftsland

heran. Als weiteren Aspekt nennt sie die Erreichbarkeit von Ärztinnen bzw. Ärzten, „hier gibt es überall einen Arzt“ (F20, Abs. 204).

Für die Frau ist Gesundheit (sehr) wichtig. Sie begründet diese Wichtigkeit, indem sie Krankheit thematisiert: Für sie ist es sehr wichtig funktions-, handlungs- und leistungsfähig zu sein und ihrer Auffassung nach ist sie dies, wenn sie krank ist nicht.

„(...) Also in meinem Leben, also ich denke schon eine große Rolle, weil wie gesagt, wenn man ja krank ist, fühlt man sich nicht wohl, dann ist man in der täglichen Aktivität auch so eingeschränkt, man kann nicht so leben, wie man es gewohnt ist, also. Und das ist eigentlich für mich sehr wichtig, dass ich mich uneingeschränkt bewegen kann und so, ja.“ (F20, Abs. 103)

Verantwortung für ihre Gesundheit trägt die Frau selbst. Sie ist der Meinung, dass während der Kindheit ihre Eltern für ihre Gesundheit verantwortlich waren, als Erwachsene handelt und denkt sie jedoch selbst und ist somit auch für ihre Gesundheit selbst verantwortlich. Teilweise fühlt sie sich für die Gesundheit ihrer Eltern mitverantwortlich. Sie nennt in diesem Zusammenhang den Herzinfarkt ihres Vaters, dabei sieht sie sich jedoch in der Rolle der Gesundheits- und Krankenpflegerin und nicht in der Rolle der Tochter:

„[...] Also so primär würde ich das ganze verneinen, aber wenn meine Eltern mich dann anrufen, so wie es dann vor anderthalb Jahren war ‚Oh ich glaub der Vater hat ein Herzinfarkt. Was sollen wir denn machen?‘ Da bin ich ja in dem Moment, sie rufen mich an, weil ich ja gerade in diesem Beruf arbeite und wollen was von mir wissen, da fühle ich mich halt schon mitverantwortlich. Aber was sie dann daraus machen, das kann ich ja nicht beeinflussen.“ (F20, Abs. 101)

Ihren Gesundheitszustand schätzt die Frau als sehr gut ein, weil sie sich „in diesem Moment [...] gut [fühlt], ausgeglichen, körperlich auch gesund, also nicht eingeschränkt irgendwie“ (F20, Abs. 184). Bereits in Kapitel 7.1.7 wurde dargestellt, dass einige Befragte eine gewisse Dynamik im Hinblick auf den subjektiven Gesundheitszustand thematisieren. Die Frau zählt zu diesen Befragten. Die Dynamik begründet die Frau durch psychische Belastung auf der Arbeit, die zum Zeitpunkt der Befragung durch einen Sterbefall ausgelöst wurde.

Das alltägliche Gesundheitshandeln

Das bewusste Handeln für die eigene Gesundheit

Die Frau nennt unterschiedliche Aktivitäten, die sie für ihre Gesundheit macht. Sie geht zum Beispiel bei gutem Wetter wandern. Des Weiteren geht sie regelmäßig zur Vorsorge. Als Grund dafür nennt sie die Zunahme von Krebserkrankungen und die Angst selbst daran zu erkranken. Sie ist selbst der Ansicht, dass ihre Arbeitsstelle, eine onkologische Station, sie bei diesem Handeln beeinflusst. Weitere Gründe, warum sie zur Vorsorge geht sind der Wunsch die eigenen Zähne zu behalten und zur Gynäkologin geht sie, „weil man halt so zum Gynäkologen geht“ (F20, Abs. 129). Des Weiteren gibt sie als Aktivität an, auftretende Beschwerden

direkt selbst zu behandeln oder zur Ärztin/zum Arzt zu gehen und dort alles abklären zu lassen. Als konkretes Beispiel erwähnt sie Kopfschmerzen. Bei auftretenden Kopfschmerzen, die bei ihr meist durch Flüssigkeitsmangel ausgelöst werden, versucht sie durch vermehrtes Trinken den Schmerzen entgegenzusteuern. Wenn dies keine Besserung bringt, nimmt sie Tabletten ein. Aufgrund von Hautproblemen hat die Frau vor einigen Jahren ihre Ernährung umgestellt, sie ernährt sich seit dem vegetarisch. Die Ernährungsumstellung zählt die Frau ebenfalls zu den Aktivitäten, die sie bewusst für ihre Gesundheit macht.

Insgesamt bezieht die Frau ihr bewusstes Handeln für Gesundheit stark auf Krankheiten bzw. Beschwerden. Im Hinblick auf ihr subjektives Gesundheitskonzept könnte dies bedeuten, dass die Befragte mit Wohlbefinden Schmerz- und Beschwerdefreiheit verbindet.

Die Frau nennt schlechte Wetterverhältnisse und den „inneren Schweinehund“ als Gründe, die bei ihr das Umsetzen von weiteren Aktivitäten für die eigene Gesundheit verhindern.

„[...] Weil wenn ich dann, muss ich echt sagen, wenn man von der Arbeit nach Hause kommt, ich bin dann manchmal echt fertig, ich bin dann froh, wenn ich nichts höre, nichts sehe und dann, und dann überwinde ich auch den inneren Schweinehund nicht, teilweise bin ich viel zu fertig.“ (F20, Abs. 194)

Wie bereits beschrieben, nimmt die Befragte ihr Wohnumfeld und das Merziger Kino als räumliche Gesundheitsressourcen wahr. Während sie sich ihr Wohnumfeld, sprich die Grünflächen, zum Wandern und damit zum bewussten Handeln für die eigene Gesundheit aneignet, thematisiert sie Kinobesuche beim bewussten Handeln für die eigene Gesundheit nicht explizit, sie stellt diese Ressource jedoch her bzw. aktiviert diese (siehe oben). Die Frau nutzt die explizit wahrgenommenen räumlich-gesundheitlichen Ressourcen für die Verwirklichung ihres bewussten Handelns für die Gesundheit also nur teilweise.

Wie in Kapitel 7.1.4 beschrieben, nehmen nur wenige Personen räumliche Belastungen für die eigene Gesundheit wahr. Die Befragte zählt zu diesen Personen. So geht sie bei Dunkelheit ungerne durch die Innenstadt und den Stadtpark.

Die explizite Motivation der Frau zum bewussten Handeln für die eigene Gesundheit wurde nicht erfragt, allerdings deuten die Aussagen der Frau darauf hin, dass sie unter anderem Aktivitäten für ihre Gesundheit umsetzt, um gesundheitlichen Problemen bzw. Beschwerden entgegenzuwirken.

Der Umgang mit körperlichen (und psychischen) Beschwerden sowie Krankheiten

Die Frau hat ihren Umgang mit körperlichen (und psychischen) Beschwerden sowie Krankheiten teilweise im Zusammenhang mit dem bewussten Handeln für die eigene Gesundheit angesprochen. Die Frau nimmt das deutsche Gesundheitssystem als positiven Einflussfaktor auf ihre Gesundheit wahr (siehe oben), dennoch geht sie, abgesehen von den Vorsorgeunter-

suchungen, nur selten zu einer Ärztin bzw. einem Arzt. Für die Befragte stellen (starke) Beschwerden bzw. Schmerzen einen Grund dar, eine Ärztin bzw. einen Arzt in Anspruch zu nehmen. Als Beispiel nennt sie starke Bauchschmerzen, wegen denen sie ins Krankenhaus musste. In einem ersten Schritt versucht die Frau sich jedoch, wenn sie „[merkt] es stimmt irgendetwas nicht“ (F20, Abs. 65) selbst zu behandeln. Aufgrund ihres beruflichen Hintergrundes ist sie der Meinung, dass die medikamentöse Selbstbehandlung (z. B. Einnahme von Tabletten) für sie nicht so schwer ist. Ein Naturheilverfahren, das die Frau anwendet und das sie noch aus der Zeit in Russland kennt, stellt das Inhalieren mit Wasserdampf dar:

„Also ich weiß zum Beispiel wenn früher die Nebenhöhlen und so, es gibt ja heutzutage schon diese modernen Inhaletten und so, was man überall kaufen kann. Also ich bin immer noch Fan davon, einfach heißes Wasser in einen Topf, vielleicht Kamillentee noch dazu und dann Handtuch über den Kopf und dann so zu inhalieren. Das kenne ich jetzt zum Beispiel noch aus Zeiten als ich klein war. Die Mama hat das mit uns gemacht, ja.“ (F20, Abs. 77)

Das zuvor stehende Zitat deutet bereits auf die Rolle der Mutter beim Umgang mit körperlichen (und psychischen) Beschwerden sowie Krankheiten der Befragten hin: Allein die Anwesenheit der Mutter hat einen heilenden bzw. gesundheitsfördernden Einfluss auf den Gesundheitszustand der Frau.

„B: Ja, die Mutti. Dann fahr ich bei die Mutti und lege mich zu ihr (lacht). Das ist verrückt, ja aber/

I: Was macht die dann? Kannst du Beispiele nennen?

B: Die kocht mir dann Tee, eigentlich macht sie nichts, sie ist nur da.“ (F20, Abs. 131-133)

Neben der Mutter wird die Frau auch von ihrer Nachbarin unterstützt. Diese kocht ihr, zum Beispiel wenn sie krank ist, Essen.

Die räumliche Dimension und migrationsspezifische Aspekte des Gesundheitshandelns

Nachfolgend werden die in den zuvor stehenden Kapiteln thematisierten räumlichen und migrationsspezifischen Aspekte auf das alltägliche Gesundheitshandeln der Frau zusammenfassend dargestellt.

Beim Umgang mit wahrgenommenen Belastungen bzw. Risiken spielt die räumliche Entfernung für die Frau eine Rolle. Zum einen hat sie sich durch die Wahl ihres Wohnortes bewusst eine räumliche Distanz zu ihrer Arbeit geschaffen. Diese räumliche Distanz nimmt sie als positiven Einfluss wahr. Zum anderen stellt die räumliche Nähe zu ihrer Nachbarin eine Ressource dar, die sie aktiviert, um über Probleme zu sprechen.

Bei der Herstellung und Aktivierung von gesundheitlichen Ressourcen spricht die Frau zwei „Landschaften“ an, die sie sich aneignet: Zum einen das Merziger Kino und zum anderen das Merziger „Stadtgrün“, das sie zum Wandern nutzt.

Der Umgang mit körperlichen (und psychischen) Beschwerden sowie Krankheiten wird durch die räumliche Entfernung in verschiedener Art und Weise beeinflusst. Die Frau aktiviert die von ihr wahrgenommene Gesundheitsressource „Erreichbarkeit von Ärztinnen/Ärzten“ zum Beispiel wenn sie bei (starken) Beschwerden bzw. Schmerzen die Gesundheitsversorgung in Anspruch nimmt. Die räumliche Nähe zu ihren Eltern führt dazu, dass sie im Krankheitsfall zu ihrer Mutter fahren kann und die sich um die Frau kümmert. Auch die räumliche Nähe zu ihrer Nachbarin ist im Krankheitsfall hilfreich.

Beim bewussten Handeln für die eigene Gesundheit eignet sich die Befragte das Merziger „Stadtgrün“ zum Wandern an. Die räumliche Entfernung beeinflusst ihr bewusstes Handeln für die Gesundheit ebenfalls. Die Frau aktiviert die von ihr wahrgenommene Gesundheitsressource „Erreichbarkeit von Ärztinnen/Ärzten“ bei (starken) Beschwerden bzw. Schmerzen oder wenn sie zur Vorsorge die Gesundheitsversorgung in Anspruch nimmt.

Das Herkunftsland beeinflusst den Umgang der Frau mit körperlichen (und psychischen) Beschwerden sowie Krankheiten ebenfalls: Zum einen nutzt die Befragte Naturheilverfahren, die sie noch aus ihrer Kindheit kennt und zum anderen ist die Inanspruchnahme des deutschen Gesundheitssystems durch die Erfahrungen im Herkunftsland mitbestimmt.

8 Das alltägliche Gesundheitshandeln von (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedlern aus der ehemaligen Sowjetunion: Fazit und Ausblick

Das Ziel der vorliegenden Arbeit bestand darin, die subjektiven Gesundheitsvorstellungen und das persönliche Gesundheitshandeln von (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedlern aus der ehemaligen Sowjetunion im Setting „Kreisstadt Merzig“ näher zu analysieren. Vor diesem Hintergrund erfolgt nun eine zusammenfassende Beantwortung der in Kapitel 1.2 formulierten Fragestellungen bevor ein Ausblick gegeben wird.

Wie die Untersuchung gezeigt hat, besitzt die Mehrheit der befragten (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler – im Gegensatz zu Fachleuten, die Gesundheit mehrheitlich als Abwesenheit von Krankheit verstehen – ein mehrdimensionales, positives subjektives Gesundheitskonzept. Das heißt, die Vorstellungen und Begriffe, mit denen sie (ihre eigene) Gesundheit bestimmen und beschreiben, sind vielfältig. So reicht die Vorstellung dessen, was unter Gesundheit verstanden wird, von „Abwesenheit von Krankheit“ bis zu „Gesundheit als Wohlbefinden“. Insgesamt kommen die Gesundheitsdimensionen in den verschiedensten Konstellationen und Kombinationen vor: Zum Beispiel werden positive und negative Gesundheitsdefinitionen miteinander kombiniert. Des Weiteren konnte gezeigt werden, Personen mit einem eindimensionalen Gesundheitskonzept definieren Gesundheit mehrheitlich positiv.

Aufbauend auf den subjektiven Gesundheitskonzepten entwickeln „Laien“ subjektive Gesundheitstheorien, in denen sie negative und positive Einflüsse auf die (eigene) Gesundheit beschreiben. In dieser Arbeit konnte gezeigt werden, dass die befragten (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler mehrdimensionale subjektive Gesundheitstheorien besitzen, d. h. sie nehmen mindestens zwei Einflussfaktoren auf die (persönliche) Gesundheit wahr. Diese subjektiv wahrgenommenen Einflüsse lassen sich, in Anlehnung an das Modell der Determinanten der Gesundheit von Dahlgren und Whitehead, in insgesamt acht Subkategorien einordnen. Ähnlich den subjektiven Gesundheitskonzepten, kommen die subjektiv wahrgenommenen Einflussfaktoren auf die (eigene) Gesundheit in den verschiedensten Konstellationen und Kombinationen vor. Damit dürfen diese Subkategorien nicht als in sich geschlossen betrachtet werden. Darüber hinaus betrachten Interviewte einzelne Determinanten sowohl als positive und negative Einflüsse auf die (eigene) Gesundheit als auch als Einflüsse auf die Entstehung von Krankheit(en). Dies deutet auf ein Verständnis von Gesundheit im salutogenetischen Modell hin, d. h. Gesundheit und Krankheit werden als Pole eines Kontinuums betrachtet.

Der Bereich Wohnen bzw. das Wohnumfeld beeinflusst, als Teil der Kommune mit seinen physischen, ökologischen und sozialen Bedingungen, die Gesundheit von Personen. Wie die Arbeit gezeigt hat, wurde der Bereich Wohnen bzw. das Wohnumfeld von den (Spät-)Aus-

siedlerinnen und (Spät-)Aussiedlern ebenfalls als Einflussfaktor auf die (persönliche) Gesundheit wahrgenommen. Die Mehrheit der Befragten äußerte sich jedoch erst auf Nachfragen zu den gesundheitlichen Einflüssen ihrer physischen Umwelt. Insgesamt konnte in dieser Arbeit gezeigt werden, die befragten Personen nehmen das Setting „Kreisstadt Merzig“ mehrheitlich als positiven Einflussfaktor auf die eigene Gesundheit wahr. So thematisieren fast alle Befragten mindestens eine geographische Gesundheitsressource, während im Gegensatz dazu, die Mehrheit der Personen kein geographisches Gesundheitsrisiko wahrnimmt. Allerdings variiert die Wahrnehmung geographisch-gesundheitlicher Ressourcen und Belastungen, d. h. Personen nehmen dieselben Orte bzw. Plätze im Hinblick auf ihre Gesundheit unterschiedlich wahr.

In der Literatur wird der Migrationsprozess als Gesundheitsressource und als Gesundheitsrisiko diskutiert. Wie diese Arbeit gezeigt hat, nehmen fast alle befragten (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler die Auswanderung als positiven und/oder negativen Einfluss auf die (eigene) Gesundheit wahr. Allerdings betrachten die Interviewten nicht die Migration an sich, sondern die Lebens- und Arbeitsbedingungen im Herkunfts- bzw. im Zielland als Einflussfaktoren auf die (persönliche) Gesundheit. Dieses Ergebnis rechtfertigt die Aussage, dass in zukünftigen Arbeiten zum Thema „Migration und Gesundheit“ die Lebens- und Arbeitsbedingungen im Herkunfts- und im Zielland stärker berücksichtigt werden sollten. Durch diese Berücksichtigung könnten die Erklärungsansätze und -modelle zur Gesundheit von Personen mit Migrationshintergrund (weiter-)entwickelt werden. Darüber hinaus sollten in zukünftigen Arbeiten die subjektiven Gesundheitsvorstellungen, oder wie BECKER (1992, S. 93) sie nennt, die „Quellen für wissenschaftliche Hypothesen“, genutzt werden, um eine am Gegenstand orientierte Theorie zu entwickeln.

Bislang bleibt festzuhalten, die befragten (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler aus der ehemaligen Sowjetunion besitzen komplexe, mehrdimensionale subjektive Gesundheitskonzepte und -theorien. Doch wie wirkt sich diese Komplexität und Mehrdimensionalität der subjektiven Gesundheitsvorstellungen auf das Gesundheitshandeln aus? Diese Frage ist vor dem Hintergrund zu sehen, dass die subjektiven Gesundheitskonzepte und -theorien die Richtung des möglichen Gesundheitshandelns vorgeben. In der vorliegenden Arbeit konnte diesbezüglich gezeigt werden, auch das alltägliche Gesundheitshandeln der befragten Personen ist vielfältig und durch unterschiedliche Schwerpunktsetzungen gekennzeichnet.

Bis auf eine Person, geben alle befragten (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler an, persönlich etwas für die eigene Gesundheit zu tun. Dieses Ergebnis ist im Zusammenhang mit dem subjektiven Stellenwert von Gesundheit und der Verantwortung für die eigene Gesundheit zu sehen. So geben diese Werte Hinweise darauf, ob Personen für ihre eigene Gesundheit handeln. Zum einen ist für die Mehrheit der Befragten Gesundheit das Wichtigste bzw. (sehr)

wichtig und zum anderen sehen fast alle Interviewten ihre Gesundheit als selbst beeinflussbar an (personale Kontrolle).

Die Aktivitäten, die die befragten (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler bewusst für ihre eigene Gesundheit unternehmen, lassen sich in verschiedene Bereiche einordnen (u. a. körperliche Aktivitäten und Ernährung). Dabei weisen die unternommenen Maßnahmen nicht nur zwischen den Bereichen, sondern auch innerhalb der einzelnen Bereiche eine große Bandbreite auf. So unterscheiden sich die Aktivitäten im Hinblick auf die Art, die dahinter stehende Motivation und den zeitlichen Umfang. Im Bereich körperliche Aktivitäten reichen die Aktivitäten zum Beispiel von „(schnellen) Spaziergängen“ über „joggen bzw. laufen gehen“ bis hin zu „Gartenarbeit erledigen“. Mit Blick auf die dahinter stehende Motivation wird deutlich, die Gründe lassen sich nicht auf „etwas für die Gesundheit tun“ reduzieren, sondern es handelt sich um diverse Motivationen, warum Personen etwas für die eigene Gesundheit tun („die Gesundheit bzw. Fitness beibehalten und/oder steigern“, „Spaß an der Sache haben“, „Krankheiten bzw. Beschwerden behandeln“, „das Immunsystem stärken“ etc.). Gründe, die das häufigere Umsetzen von Aktivitäten für die eigene Gesundheit verhindern, liegen nicht nur im Verantwortungsbereich der Individuen, sondern werden durch externe Bedingungen (mit-)beeinflusst. So zählen zu den Einflüssen unter anderem eine niedrige Priorität bzw. die persönliche Einstellung gegenüber Gesundheit aber auch Zeitmangel, der vor allem durch berufliche und private Verpflichtungen verursacht wird, sowie finanzielle Belastungen durch eine „gesündere Lebensweise“ (z. B. Biolebensmittel im Vergleich zu konventionell hergestellten Lebensmitteln).

Des Weiteren ist in der Arbeit deutlich geworden, dass die befragten Personen unterschiedliche Strategien nutzen, um mit körperlichen (und psychischen) Beschwerden sowie Krankheiten umzugehen. So sucht die Mehrheit der Befragten eine Ärztin bzw. einen Arzt dann auf, wenn sie (starke) Beschwerden bzw. Schmerzen hat, wenn aus persönlicher Perspektive eine Selbstbehandlung nicht möglich ist und/oder wenn eine Selbstbehandlung nicht wirksam ist. Im Gegensatz zur Strategie „Aufsuchen einer Ärztin bzw. eines Arztes“ besitzt die Strategie „Selbstbehandlung“ für die Interviewten jedoch eine größere Bedeutung. Die Selbstbehandlung von vor allem „einfachen“ Krankheiten und Beschwerden (z. B. Kopfschmerzen, Grippe/Erkältung, Gelenkbeschwerden) erfolgt sowohl medikamentös als auch mit Natur- bzw. Hausmitteln. Dieser zentrale Stellenwert der Selbstbehandlung hängt mit persönlichen und strukturellen Einflussbedingungen zusammen, wobei diese in Kombination zu sehen sind. So behandeln befragte Personen sich unter anderem selbst, weil sie in ihrem Herkunftsland, aufgrund einer mangelnden bzw. schwer erreichbaren gesundheitlichen Versorgungsstruktur, auf Selbstbehandlung angewiesen waren oder weil sie Arzneistoffe auf chemischer Basis ablehnen.

Die sonstige (Selbst-)Hilfe konnte als dritte Strategie identifiziert werden, wobei die Maßnahmen von „einfach nur ausruhen“ bis zu „eine Selbsthilfegruppe aufsuchen“ reichen.

Darüber hinaus ist der Umgang mit wahrgenommenen Risiken und Belastungen ebenfalls durch verschiedene Strategien gekennzeichnet. So werden von den Befragten subjektiv wahrgenommene Risiken bzw. Belastungen zum einen akzeptiert, vermieden bzw. beseitigt oder reduziert und zum anderen werden Ressourcen genutzt. Bei den genutzten Ressourcen handelt es sich teilweise um positive Einflussfaktoren, die die Personen im Rahmen der subjektiven Gesundheitstheorie thematisieren. Hierzu konnte in den Fallbeispielen gezeigt werden, Befragte nehmen positive Einflussfaktoren auf ihre Gesundheit nicht nur wahr, sondern sie aktivieren diese auch.

Vor dem Hintergrund der Ergebnisse in dieser Untersuchung und den Ergebnissen vorheriger Arbeiten (vgl. u. a. FALTERMAIER 1994, HITZBLECH 2005) ist insgesamt festzuhalten, dass das alltägliche Gesundheitshandeln stark individualisiert ist und dessen Formen eine hohe Komplexität aufweisen.

Während Forscherinnen und Forscher bisher hauptsächlich die subjektiven Gesundheitsvorstellungen, den Alltag und das soziale Umfeld einer Person als Einflussfaktoren auf deren persönliches Gesundheitshandeln beschrieben und untersuchten, kamen in der vorliegenden Arbeit zwei Aspekte hinzu: Die räumliche Dimension, „die geographische Schlüsselkategorie“ (KISTEMANN ET AL. 2012, S. 113; Hervorhebung im Original) sowie migrationsspezifische Bedingungen.

Wie diese Untersuchung gezeigt hat, beeinflusst die räumliche Dimension – durch deren Berücksichtigung sich die Gesundheitsgeographie im Kontext der Gesundheitswissenschaften auszeichnet – das alltägliche Gesundheitshandeln der befragten (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler in unterschiedlichster Art und Weise. So eignen sich die Personen verschiedene „Landschaften“ im Setting „Kreisstadt Merzig“ im Rahmen ihres persönlichen Gesundheitshandelns an. Die Kommune ist demnach ein wichtiger Ort, an dem das alltägliche Gesundheitshandeln stattfindet. Aus Perspektive der handlungszentrierten Sozialgeographie bedeutet dies, Personen nutzen räumliche Bedingungen, um Aktivitäten für ihre Gesundheit umzusetzen. In der vorliegenden Arbeit wurde anhand verschiedener Beispiele gezeigt, dass die Nutzung der räumlichen Bedingungen dabei von Person zu Person variiert, d. h. verschiedene Personen eignen sich die gleiche „Landschaft“ für unterschiedliche Handlungen an (Konstitution von „Raum“).

Wie bereits erwähnt, betrachten die befragten Personen das Setting „Kreisstadt Merzig“ mehrheitlich als positiven Einflussfaktor auf die eigene Gesundheit. So nehmen fast alle befragten (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler mindestens eine geographisch-gesundheitliche

Ressource wahr. Teilweise werden diese wahrgenommenen geographisch-gesundheitlichen Ressourcen aktiviert und zur Verwirklichung des Gesundheitshandelns genutzt, so eignen sich Befragte die „Landschaften“ sowohl zum bewussten Handeln für die eigene Gesundheit als auch zum Umgang mit körperlichen (und psychischen) Beschwerden sowie Krankheiten an. Insgesamt ist das bewusste Handeln für die eigene Gesundheit eher lokal ausgerichtet, sprich auf das eigene Zuhause, die Kreisstadt Merzig und deren nähere Umgebung begrenzt. Vereinzelt finden Aktivitäten auf internationaler Ebene statt (z. B. in Urlaub fahren).

Die räumliche Entfernung beeinflusst das Gesundheitshandeln der interviewten (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler ebenfalls. So nutzen befragte Personen die räumliche Nähe zu Familienmitgliedern als Ressource beim Umgang mit körperlichen (und psychischen) Beschwerden und Krankheiten sowie beim Umgang mit wahrgenommenen Risiken und Belastungen. Im Gegensatz dazu handelt es sich bei der Schaffung von räumlicher Distanz um eine Strategie, um zum einen mit wahrgenommenen Risiken und Belastungen umzugehen und um zum anderen bewusst etwas für die eigene Gesundheit zu tun.

Neben der räumlichen Dimension wirken sich auch migrationsspezifische Aspekte auf das alltägliche Gesundheitshandeln aus. Sowohl der Umgang mit körperlichen (und psychischen) Beschwerden sowie Krankheiten als auch das bewusste Handeln für die eigene Gesundheit werden durch den Migrationsprozess beeinflusst. So nutzen Interviewte beim Umgang mit körperlichen (und psychischen) Beschwerden sowie Krankheiten (z. B. Grippe- und Erkältungsbeschwerden, Kopfschmerzen, Gelenksbeschwerden) Medikamente aus ihrem Herkunftsland, wobei die Gründe für die Medikamentennutzung divers sind („Medikamente sind günstiger“, „Medikamente helfen (besser)“ etc.). Des Weiteren beeinflussen die gesundheitlichen Versorgungsstrukturen in den Herkunftsländern, die die Selbstbehandlung von Beschwerden und Krankheiten teilweise notwendig machten (siehe oben), den Umgang mit körperlichen (und psychischen) Beschwerden sowie Krankheiten in Deutschland weiter. So gab ein Großteil der befragten (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler an, sich mit Natur- bzw. Hausmitteln selbst zu behandeln. Mit Blick auf das bewusste Handeln für die eigene Gesundheit geben befragte Personen an, Aktivitäten, die sie bereits in ihrem Herkunftsland umgesetzt haben, auch in Deutschland umzusetzen (u. a. Anbau von Nahrungsmitteln, Beschäftigung mit Naturprodukten).

Darüber hinaus nimmt gut die Hälfte der interviewten Personen eine russischsprachige Ärztin bzw. einen russischsprachigen Arzt in Anspruch, wobei die Kommunikation sowohl auf Deutsch als auch auf Russisch stattfindet. Dennoch erleichtert die Inanspruchnahme der russischsprachigen Ärztin bzw. des russischsprachigen Arztes den Zugang zum deutschen Gesundheitssystem (v. a. in der Anfangszeit nach der Migration), da durch die Inanspruchnahme sprachliche Barrieren abgebaut werden.

Die soziale Struktur des alltäglichen Gesundheitshandelns weist zwischen den einzelnen Komponenten Unterschiede auf: Während beim bewussten Handeln für die eigene Gesundheit sowohl Familienmitglieder als auch verschiedene andere Personen involviert sind, wird der Umgang mit körperlichen (und psychischen) Beschwerden sowie Krankheiten vorrangig durch (weibliche) Familienmitglieder beeinflusst. So spielen Ehefrauen und Mütter im Beschwerde- oder Krankheitsfall als Unterstützerinnen eine zentrale Rolle. Darüber hinaus beeinflussen Bezugspersonen der befragten (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler deren Umgang mit Beschwerden und Krankheiten. Dabei zeigt sich erneut eine weibliche Dominanz: Vor allem die Maßnahmen, die Personen selbst ergreifen, um mit körperlichen (und psychischen) Beschwerden sowie Krankheiten umzugehen, sind durch die Mutter und/ oder die Großmutter geprägt.

In den behandelten Fallbeispielen dieser Arbeit konnte gezeigt werden, dass das subjektive Gesundheitsbewusstsein und das alltägliche Gesundheitshandeln verschiedene Zusammenhänge aufweisen. So aktivieren befragte (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler positiv wahrgenommene Einflussfaktoren auf die eigene Gesundheit beim Umgang mit wahrgenommenen Risiken und Belastungen, beim Umgang mit körperlichen (und psychischen) Beschwerden sowie Krankheiten und beim bewussten Handeln für die eigene Gesundheit. Darüber hinaus spiegelt sich das subjektive Gesundheitskonzept im bewussten Handeln für die eigene Gesundheit und beim Umgang mit körperlichen (und psychischen) Beschwerden sowie Krankheiten wider, und auch die subjektive Gesundheitstheorie spiegelt sich im Umgang mit körperlichen (und psychischen) Beschwerden sowie Krankheiten wider. Dennoch bleibt unklar, wie die Zusammenhänge genau wirken (wechselseitig oder einseitig). Daher bedarf es, um die Frage „Wie hängen das subjektive Gesundheitsbewusstsein und das alltägliche Gesundheitshandeln der befragten (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler aus der ehemaligen Sowjetunion in der Kreisstadt Merzig zusammen?“ abschließend zu klären weiterer empirischer Arbeit. Des Weiteren scheint zur Beantwortung dieser Frage eine Erweiterung des methodischen Ansatzes um quantitative Methoden sinnvoll.

Insgesamt tragen die in dieser Arbeit gewonnenen Untersuchungsergebnisse zum besseren Verständnis der subjektiven Gesundheitsvorstellungen und des alltäglichen Gesundheitshandelns der befragten (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler aus objektiver Sicht bei. Allerdings können die empirischen Ergebnisse nicht auf die gesamte Gruppe der (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler aus der ehemaligen Sowjetunion übertragen werden, da es sich um eine nicht-repräsentative Untersuchung handelt. Zukünftige Studien, die die subjektiven Gesundheitskonzepte und -theorien sowie das alltägliche Gesundheitshandeln von (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedlern erforschen, könnten daher um repräsentative Methoden erweitert werden.

Darüber hinaus lassen sich die gewonnenen Erkenntnisse zu den räumlichen und migrations-spezifischen Aspekten des alltäglichen Gesundheitshandelns durch weitere Untersuchungen ergänzen. So könnten zukünftige Arbeiten das subjektive Gesundheitsbewusstsein und das alltägliche Gesundheitshandeln von Personen mit Migrationshintergrund im Allgemeinen bzw. von (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedlern aus der ehemaligen Sowjetunion im Speziellen im Herkunftsland und in Deutschland analysieren, um Veränderungen der gesundheitlichen Lebensweise, beeinflusst durch den Migrationsprozess, untersuchen zu können. Daher sollten zukünftige Arbeiten die Forschungsfrage „Wie beeinflusst Migration die gesundheitliche Lebensweise?“ aufgreifen.

Des Weiteren könnten in künftigen Arbeiten, als Ergänzung zum problemzentrierten Interview, mental maps oder Tagebücher zum Einsatz kommen, um die räumliche Dimension des persönlichen Gesundheitshandelns aufzuzeichnen. Durch die Dokumentation von Aktivitäten, die die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Untersuchung bewusst für ihre eigene Gesundheit unternehmen, wäre eine detailliertere Analyse des alltäglichen Gesundheitshandelns und dessen räumlicher Dimension möglich.

Der in dieser Arbeit entwickelte Untersuchungsansatz, der das persönliche Gesundheitshandeln um eine räumliche und migrationsspezifische Perspektive ergänzt, kann auf andere Personengruppen übertragen werden. Eine Übertragung des Ansatzes bietet die Möglichkeit, eventuelle Unterschiede bei den subjektiven Gesundheitsvorstellungen und dem alltäglichen Gesundheitshandeln zwischen Personen mit verschiedenen Migrationshintergründen und Personen ohne Migrationshintergrund zu erforschen. Vor allem vor dem Hintergrund der aktuellen Zuwanderung darf der „Fehler der Nichtbeachtung“ nicht wiederholt werden. Zukünftige Arbeiten sollten daher das Thema Gesundheit(shandeln) von Geflüchteten aufgreifen.

Mit Blick auf die insgesamt unzureichende Datenlage und die fehlenden Primärdaten ist außerdem eine Verbesserung der allgemeinen Datenlage zur Gesundheit von (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedlern im Speziellen sowie von Personen mit Migrationshintergrund im Allgemeinen grundlegend, um deren gesundheitliche Situation bewerten zu können.

Um die Gesundheit von Individuen zu stärken, ist vor allem die Förderung der gesundheitlichen Ressourcen und Kompetenzen dieser Personen von zentraler Bedeutung. Für die befragten (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler sowie deren Gesundheitsförderung kann abschließend behauptet werden, dass die Befragten über vielfältige individuelle und im sozialen System vorhandene gesundheitliche Schutzfaktoren und Ressourcen (u. a. Ernährung, Bewegung, Familie, Naturheilmittel/Kräuter) verfügen. Vor dem Hintergrund der hohen subjektiven Bedeutung bzw. des Stellenwertes von Gesundheit unter den Interviewten, können die Voraussetzungen zur weiteren Stärkung der Gesundheitsressourcen insgesamt als gut

bezeichnet werden. Für zukünftige Arbeiten, die die Gesundheit von Personen mit Migrationshintergrund untersuchen gilt daher, die gesundheitlichen Ressourcen müssen eine stärkere Beachtung finden, d. h. eine Abkehr von der Defizit- hin zur Ressourcenperspektive muss stattfinden. Dieser Perspektivenwechsel gilt jedoch nicht nur für Untersuchungen im Bereich Gesundheit, sondern im Allgemeinen, wenn Personen mit Migrationshintergrund im Fokus von Studien stehen.

9 Anhang

Interview-Leitfaden

Gesundheitsvorstellungen (Gesundheitskonzept und -theorie)

1. Was verstehen Sie unter Gesundheit? heute ⇔ früher
2. Wer/Was beeinflusst Ihre Gesundheit? heute ⇔ früher
 - a. Was belastet Ihre Gesundheit? Können Sie konkrete Beispiele nennen?
 - b. Was tut Ihrer Gesundheit gut? Können Sie konkrete Beispiele nennen? Wohnsituation und -umfeld
3. Können Sie mir Ihr Wohnumfeld bitte näher beschreiben?
4. Welche Dinge im Hinblick auf Ihre Wohnung/Ihr Wohnumfeld tun Ihrer Gesundheit gut? heute ⇔ früher
5. Welche Dinge im Hinblick auf Ihre Wohnung/Ihr Wohnumfeld belasten Ihre Gesundheit? heute ⇔ früher
 - a. Was machen Sie um die Belastungen abzubauen? heute ⇔ früher
 - b. Was könnten Sie machen?
6. An welchen Orten/Plätzen in Merzig fühlen Sie sich wohl/unwohl? Warum?
7. Wie sieht Ihre Beziehung zu Ihren Nachbarn aus? heute ⇔ früher

Gesundheitshandeln

8. Wer ist für Ihre Gesundheit verantwortlich? Können Sie dies etwas näher erläutern?
9. Für wessen Gesundheit sind Sie verantwortlich?
10. Welche Bedeutung hat Gesundheit heute in Ihrem Leben? heute ⇔ früher
11. Was tun Sie persönlich für Ihre Gesundheit, um diese zu fördern bzw. zu erhalten? heute ⇔ früher
 - a. Warum/wozu machen Sie das?
 - b. Wo machen Sie das?
 - c. Mit wem machen Sie das?
12. Was hindert Sie daran etwas für Ihre Gesundheit zu tun? Umgang mit/Bewältigung von Beschwerden/Krankheit
13. Was verstehen Sie unter Krankheit? (Definition, Beschreibung, Begriffsbestimmung)
14. Wodurch wird Ihrer Meinung nach Krankheit beeinflusst?
15. Was machen Sie, um Krankheiten zu vermeiden? heute ⇔ früher

16. Was tun Sie, wenn Sie sich gesundheitlich nicht so gut fühlen bzw. wenn Sie krank sind? Können Sie konkrete Beispiele nennen?
17. Wer hilft Ihnen, wenn Sie sich gesundheitlich nicht so gut fühlen/ wenn Sie krank sind?
- Wie sieht diese Hilfe aus? Können Sie konkrete Beispiele nennen? Zugang/ Nutzung von Angeboten/ Leistungen im Gesundheitsbereich
18. Wann waren Sie das letzte Mal bei einem Arzt?
19. Wann gehen Sie zu einem Arzt? Warum gehen Sie nicht zum Arzt? heute ⇔ früher
20. Welche Vorsorgeuntersuchungen nehmen Sie in Anspruch? Warum? Warum nicht?
21. Haben Sie einen Hausarzt?
- In welchem Ort befindet sich Ihr Hausarzt?
 - Wie haben Sie diesen Arzt gefunden?
 - In welcher Sprache unterhalten Sie sich mit ihm?
 - In welcher Sprache unterhalten Sie sich mit anderen Ärzten?
22. Welche guten/schlechten Erfahrungen haben Sie bei Arztbesuchen in Deutschland gemacht?
23. Hat es schon Situationen gegeben, in denen Sie Ratschläge und Anweisungen eines Arztes nicht umgesetzt haben? Warum?
24. Wie informieren Sie sich über das Thema Gesundheit?
25. Welche weiteren Angebote aus dem Bereich Gesundheit nutzen Sie in Merzig? Warum nutzen Sie diese? Warum nutzen Sie keine Angebote?
26. Wie schätzen Sie persönlich Ihren Gesundheitszustand ein? (sehr gut, gut, mittelmäßig, schlecht, sehr schlecht) Können Sie dies begründen?

Abschlussfragen

27. Was verbindet Sie heute noch mit Ihrem Herkunftsland?
28. Wie hat die Auswanderung Ihre Gesundheit beeinflusst?
29. Wo sehen Sie die größten Unterschiede zwischen Deutschland und Ihrem Herkunftsland im Gesundheitsbereich?
30. Gibt es Dinge, die wir noch nicht besprochen haben, die Ihnen aber wichtig sind? Was ist das?

Begriffsdefinitionen

Erwerbstätigenquote = „Anteil der Erwerbstätigen an der Bevölkerung der selben Altersgruppe“ (STATISTISCHES BUNDESAMT 2014c, S. 367)

Erwerbslose = „Personen ohne Erwerbstätigkeit im Alter von 15 bis 74 Jahren, die sich in den letzten vier Wochen aktiv um eine Arbeitsstelle bemüht haben und sofort, d. h. innerhalb von zwei Wochen, für die Aufnahme einer Tätigkeit zur Verfügung stehen. Dabei spielt es keine Rolle, ob sie bei einer Arbeitsagentur als arbeitslos gemeldet sind oder nicht. Diese Abgrenzung folgt dem Labour-Force-Konzept der ILO. Die Unterschiede zwischen den Erwerbslosen und den Arbeitslosen der Bundesagentur für Arbeit sind erheblich. Einerseits können nicht bei den Arbeitsagenturen registrierte Arbeitsuchende erwerbslos sein. Andererseits zählen Arbeitslose, die eine Tätigkeit von weniger als 15 Wochenstunden ausüben nach ILO-Definition nicht als Erwerbslose sondern als Erwerbstätige.“ (STATISTISCHES BUNDESAMT 2014c, S. 367)

Erwerbslosenquote = „Anteil der Erwerbslosen an den Erwerbspersonen“ (STATISTISCHES BUNDESAMT 2014c, S. 367)

Erwerbspersonen = „Personen im Alter von 15 Jahren und mehr mit Wohnsitz in Deutschland (Inländerkonzept), die eine unmittelbar oder mittelbar auf Erwerb gerichtete Tätigkeit ausüben oder suchen (Selbstständige, mithelfende Familienangehörige, abhängig Beschäftigte), unabhängig von der Bedeutung des Ertrages dieser Tätigkeit für ihren Lebensunterhalt und ohne Rücksicht auf den Umfang der von ihnen tatsächlich geleisteten oder vertragsmäßig zu leistenden Arbeitszeit. Erwerbspersonen setzen sich aus den Erwerbstätigen und Erwerbslosen zusammen.“ (STATISTISCHES BUNDESAMT 2014c, S. 368)

Erwerbstätige = „Personen im Alter von 15 Jahren und mehr, die im Berichtszeitraum mindestens eine Stunde gegen Entgelt irgendeiner beruflichen Tätigkeit nachgehen bzw. in einem Arbeitsverhältnis stehen (Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer einschließlich Soldatinnen und Soldaten sowie mithelfende Familienangehörige), selbstständig ein Gewerbe oder eine Landwirtschaft betreiben oder einen freien Beruf ausüben. In der Erwerbstätigenrechnung im Rahmen der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen werden je nach Verwendungszweck die Erwerbstätigen mit Wohnsitz in Deutschland (Inländerkonzept) oder mit Arbeitsort in Deutschland (Inlandskonzept) dargestellt. [...]“ (STATISTISCHES BUNDESAMT 2014c, S. 368)

Nichterwerbspersonen = „Personen, die nach dem ILO-Konzept⁴⁵ weder als erwerbstätig noch als erwerbslos einzustufen sind.“ (STATISTISCHES BUNDESAMT 2014c, S. 368)

⁴⁵ „Der Erwerbsstatus wird nach dem Labour-Force-Konzept erfasst. Dieses hat die Internationale Arbeitsorganisation (International Labour Organization, ILO) entwickelt“ (STATISTISCHES BUNDESAMT 2014c, S. 364).

Tabellen

Tabelle 26: Zuzug von (Spät-)Aussiedler/innen nach Herkunftsgebieten von 1950 bis 2014

Jahr der Einreise	Herkunftsgebiet							
	Insgesamt	davon aus:						
		ehem. UdSSR	Polen	Rumänien	ehem. CSFR	ehem. Jugoslawien	Ungarn	sonstige Länder
1950	47.497	0	31.761	13	13.308	179	3	2.233
1951	24.765	1.721	10.791	1.031	3.524	3.668	157	3.873
1952	13.369	63	194	26	146	3.407	30	9.503
1953	15.410	0	147	15	63	7.972	15	7.198
1954	15.422	18	662	8	128	9.481	43	5.082
1955	15.788	154	860	44	184	11.839	98	2.609
1956	31.345	1.016	15.674	176	954	7.314	160	6.051
1957	113.946	923	98.290	384	762	5.130	2.193	6.264
1958	132.233	4.122	117.550	1.383	692	4.708	1.194	2.584
1959	28.450	5.587	16.228	374	600	3.819	507	1.335
1960	19.169	3.272	7.739	2.124	1.394	3.308	319	1.013
1961	17.161	345	9.303	3.303	1.207	2.053	194	756
1962	16.415	894	9.657	1.675	1.228	2.003	264	694
1963	15.483	209	9.522	1.321	973	2.543	286	629
1964	20.842	234	13.611	818	2.712	2.331	387	749
1965	24.342	366	14.644	2.715	3.210	2.195	724	488
1966	28.193	1.245	17.315	609	5.925	2.078	608	413
1967	26.475	1.092	10.856	440	11.628	1.881	316	262
1968	23.397	598	8.435	614	11.854	1.391	303	202
1969	30.039	316	9.536	2.675	15.602	1.325	414	171
1970	18.949	340	5.626	6.519	4.207	1.372	517	368
1971	33.637	1.145	25.241	2.848	2.337	1.159	519	388
1972	23.895	3.420	13.482	4.374	894	884	520	321
1973	23.063	4.493	8.903	7.577	525	783	440	342
1974	24.507	6.541	7.825	8.484	378	646	423	210
1975	19.655	5.985	7.040	5.077	514	419	277	343
1976	44.402	9.704	29.364	3.766	849	313	233	173
1977	54.256	9.274	32.861	10.989	612	237	189	94
1978	58.130	8.455	36.102	12.120	904	202	269	78
1979	54.887	7.226	36.274	9.663	1.058	190	370	106
1980	52.071	6.954	26.637	15.767	1.733	287	591	102
1981	69.455	3.773	50.983	12.031	1.629	234	667	138
1982	48.170	2.071	30.355	12.972	1.776	213	589	194
1983	37.925	1.447	19.121	15.501	1.176	137	458	85
1984	36.459	913	17.455	16.553	963	190	286	99
1985	38.968	460	22.075	14.924	757	191	485	76
1986	42.788	753	27.188	13.130	882	182	584	69
1987	78.523	14.488	48.423	13.994	835	156	581	46
1988	202.673	47.572	140.226	12.902	949	223	763	38
1989	377.055	98.134	250.340	23.387	2.027	1.469	1.618	80
1990	397.073	147.950	133.872	111.150	1.708	961	1.336	96
1991	221.995	147.333	40.131	32.184	927	450	952	18
1992	230.565	195.629	17.749	16.154	460	199	354	20
1993	218.888	207.347	5.431	5.811	136	119	38	6
1994	222.591	213.214	2.440	6.615	101	176	43	2
1995	217.898	209.409	1.677	6.519	62	178	43	10
1996	177.751	172.181	1.175	4.284	18	73	14	6
1997	134.419	131.895	687	1.777	12	34	14	0
1998	103.080	101.550	488	1.005	17	13	4	3
1999	104.916	103.599	428	855	11	19	4	0

9 Anhang

2000	95.615	94.558	484	547	18	0	2	6
2001	98.484	97.434	623	380	22	17	8	0
2002	91.416	90.587	553	256	14	3	3	0
2003	72.885	72.289	444	137	2	8	5	0
2004	59.093	58.728	278	76	3	8	0	0
2005	35.522	35.396	80	39	4	0	3	0
2006	7.747	7.626	80	40	1	0	0	0
2007	5.792	5.695	70	21	5	0	1	0
2008	4.362	4.301	44	16	0	0	0	1
2009	3.360	3.292	45	23	0	0	0	0
2010	2.350	2.297	34	15	4	0	0	0
2011	2.148	2.092	33	21	2	0	0	0
2012	1.817	1.782	12	22	0	0	1	0
2013	2.427	2.386	11	30	0	0	0	0
2014	5.649	5.613	23	13	0	0	0	0
1950-2014	4.517.052	2.369.506	1.445.188	430.316	104.626	90.370	21.419	55.627

Quelle: BUNDESVERWALTUNGSAMT 2010, S. 4f. u. BUNDESAMT FÜR MIGRATION UND FLÜCHTLINGE 2016, S. 136

10 Literatur- und Quellenverzeichnis

- ALBRECHT, G. (1972): Soziologie der geographischen Mobilität. Stuttgart.
- ALTGELD, T. & KICKBUSCH, I. (2012): Gesundheitsförderung. In: Schwartz, F. W. et al. (Hrsg.): Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen. München. 3., völlig neu bearbeitete und erweiterte Auflage. S. 187-196.
- ALTGELD, T. & KOLIP, P. (2014): Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, K.; Klotz, T. & Haisch, J. (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern. 4., vollständig überarbeitete Auflage. S. 45-56.
- AMTSBLATT DES SAARLANDES (2007): Verordnung über den Naturpark Saar-Hunsrück. Verfügbar unter: <http://www.naturpark.org/media/3231cb76-d404-40af-b2de-cb3fb0bdc18a/NPSHLandesverordnungSL.pdf> (abgerufen am 13.02.2016)
- ANTHAMATTEN, P. & HAZAN, N. (2011): An introduction to the geography of health. London, New York.
- ANTONOVSKY, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen. Deutsche erweiterte Herausgabe von Alexa Franke.
- APARICIO, M. L.; DÖRING, A.; MIELCK, A. & HOLLE, R. (2005): Unterschiede zwischen Aussiedlern und der übrigen deutschen Bevölkerung bezüglich Gesundheit, Gesundheitsversorgung und Gesundheitsverhalten: eine vergleichende Analyse anhand des KORA-Surveys 2000. In: Sozial- und Präventivmedizin, Jg. 50, H. 2, S. 107-118.
- BADE, K. J. (1992): Vorwort. In: Bade, K. J. (Hrsg.): Deutsche im Ausland – Fremde in Deutschland. Migration in Geschichte und Gegenwart. München. S. 9-11.
- BADE, K. J. & OLTMER, J. (2003): Einführung: Aussiedlerzuwanderung und Aussiedlerintegration. Historische Entwicklung und aktuelle Probleme. In: Bade, K. J. & Oltmer, J. (Hrsg.): Aussiedler: deutsche Einwanderer aus Osteuropa. Göttingen. 2. Auflage. S. 9-51.
- BADE, K. J. & OLTMER, J. (2005): Migration, Ausländerbeschäftigung und Asylpolitik in der DDR. In: Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.): Grundlagendossier Migration. Verfügbar unter: <http://www.bpb.de/gesellschaft/migration/dossier-migration/56368/migrationspolitik-in-der-ddr?p=all> (abgerufen am 07.02.2015)
- BÄHR, J. (2010): Bevölkerungsgeographie. Stuttgart. 5. Auflage.
- BECHER, H.; RAZUM, O.; KYOBUTUNGI, C.; LAKI, J.; OTT, J.J.; RONELLENFITSCH, U. & WINKLER, V. (2007): Mortalität von Aussiedlern aus der ehemaligen Sowjetunion. Ergebnisse einer Kohortenstudie. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 104, H. 23, S. A1655-A1661.

- BECKER, P. (1992). Die Bedeutung integrativer Modelle von Gesundheit und Krankheit für die Prävention und Gesundheitsförderung. In: Paulus, P. (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die Psychosoziale Praxis. Köln. S. 91-107.
- BENGEL, J. & BELZ-MERK, M. (1997): Subjektive Gesundheitsvorstellungen. In: Schwarzer, R. (Hrsg.): Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch. Göttingen. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. S. 23-41.
- BENGEL, J.; STRITTMATTER, R. & WILLMANN, H. (2001): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 6, erweiterte Neuauflage. Köln.
- BERMEJO, I.; HÖLZEL, L. P.; KRISTON, L. & HÄRTER, M. (2012): Subjektiv erlebte Barrieren von Personen mit Migrationshintergrund bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, Jg. 55, H. 8, S. 944-953.
- BLÄTTNER, B. & WALLER, H. (2011): Gesundheitswissenschaften. Eine Einführung in Grundlagen, Theorie und Anwendung. Stuttgart. 5., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage.
- BÖHME, C.; GÖTTLEIN, E. & REIMANN, B. (2014): Stadtentwicklung und Gesundheitsförderung. In: Journal Gesundheitsförderung, Jg. 2, H. 2, S. 22-24.
- BORDE, T. (2009): Gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund. Datenlage und Forschungsstand. Verfügbar unter: <http://www.migazin.de/2009/11/09/datenlage-und-forschungsstand-zur-gesundheitlichen-versorgung-von-menschen-mit-migrationshintergrund/> (abgerufen am 11.02.2016)
- BORDE, T. & BLÜMEL, S. (2015): Gesundheitsförderung und Migrationshintergrund. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Verfügbar unter: <http://www.bzga.de/leitbegriffe/?uid=235072a8fac9f2fa74ffe7105d630049&id=angebote&idx=156> (abgerufen am 11.02.2016)
- BRÄHLER, E.; MERBACH, M.; SIEFEN, R. G. & WITTIG, U. (2003): Determinanten und Veränderung der gesundheitlichen Identität beim „Kulturwechsel“ am Beispiel der SpätaussiedlerInnen und türkischen MigrantInnen. Abschlussbericht. Leipzig.
- BRANDES, D. (1992): Die Deutschen in Rußland und der Sowjetunion. In: Bade, K. J. (Hrsg.): Deutsche im Ausland – Fremde in Deutschland. Migration in Geschichte und Gegenwart. München. S. 85-134.
- BRANIK, E. (1982): Psychische Störungen und soziale Probleme von Kindern und Jugendlichen aus Spätaussiedlerfamilien. Ein Beitrag zur Psychiatrie der Migration. Basel, Weinheim.

- BUNDESAMT FÜR MIGRATION UND FLÜCHTLINGE (2011): Integrationskurse für Spätaussiedler. Verfügbar unter: <http://www.bamf.de/DE/Willkommen/DeutschLernen/Integrationskurse/TeilnahmeKosten/Spaetaussiedler/spaetaussiedler.html?nn=1368566> (abgerufen am 10.03.2015)
- BUNDESAMT FÜR MIGRATION UND FLÜCHTLINGE (2015a): Migrationsbericht 2013. Verfügbar unter: http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Migrationsberichte/migrationsbericht-2013.pdf;jsessionid=BE048308E2C0CAD58F09E85AAB349A17.1_cid359?__blob=publicationFile (abgerufen am 07.02.2015)
- BUNDESAMT FÜR MIGRATION UND FLÜCHTLINGE (2015b): Spätaussiedler. Verfügbar unter: <http://www.bamf.de/DE/Migration/Spaetaussiedler/spaetaussiedler-node.html> (abgerufen am 12.02.2015)
- BUNDESAMT FÜR MIGRATION UND FLÜCHTLINGE (2016): Migrationsbericht 2014. Verfügbar unter: http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Migrationsberichte/migrationsbericht-2014.pdf?__blob=publicationFile (abgerufen am 11.01.2016)
- BUNDESMINISTERIUM DER JUSTIZ UND FÜR VERBRAUCHERSCHUTZ (2007): Gesetz über die Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge (Bundesvertriebenengesetz - BVFG). Verfügbar unter: <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/bvfg/gesamt.pdf> (abgerufen am 12.02.2015)
- BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (2001): Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland. Verfügbar unter: <http://www.gesundheit-nds.de/downloads/Frauengesundheitsbericht.pdf> (abgerufen am 27.09.2014)
- BUNDESVERWALTUNGSAMT (2010): Spätaussiedler und deren Angehörige. Köln. Emailauskunft vom 22.07.2010.
- BUNDESZENTRALE FÜR POLITISCHE BILDUNG (2005): Aussiedlermigration in Deutschland. Verfügbar unter: <http://www.bpb.de/gesellschaft/migration/dossier-migration/56395/aussiedlermigration> (abgerufen am 15.02.2015)
- BUNDESZENTRALE FÜR POLITISCHE BILDUNG (2007): Rechtsgrundlagen. Verfügbar unter: <http://www.bpb.de/gesellschaft/migration/dossier-migration/56416/rechtsgrundlagen?p=all> (abgerufen am 15.02.2015)

- BUTTERWEGGE, C. (2005): Von der „Gastarbeiter“-Anwerbung zum Zuwanderungsgesetz. Migrationsgeschehen und Zuwanderungspolitik in der Bundesrepublik. In: Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.): Grundlagendossier Migration. Verfügbar unter: <http://www.bpb.de/gesellschaft/migration/dossier-migration/56377/migrationspolitik-in-der-brd?p=all> (abgerufen am 17.02.2015)
- CEB AKADEMIE (o. J.): Erwachsenenbildung 1. Halbjahr 2016. Verfügbar unter: http://www.ceb-akademie.de/sites/default/files/imce/EB%20Programm%201_2016_web.pdf (abgerufen am 13.02.2016)
- CLAßEN, T. & KISTEMANN, T. (2010): Das Konzept der therapeutischen Landschaften. In: Geographische Rundschau, Jg. 62, H. 7-8, S. 40-46.
- COLLATZ, J. & HEISE, T. (2002): Psychosoziale Betreuung und psychiatrische Behandlung von Spätaussiedlern. Berlin.
- CONRAD, G. (2014): „Freud und Leid“ kommunaler Gesundheitsförderung. In: Journal Gesundheitsförderung, Jg. 2, H. 2, S. 10-15.
- DE LANGE, N.; GEIGER, M.; HANEWINKEL, V. & POTT, A. (2014): Bevölkerungsgeographie. Paderborn.
- DIETZ, B. & HILKES, P. (1992): Deutsche Aussiedler aus der Sowjetunion. Sozialer Hintergrund. Ausreise. Integration. In: Althammer, W. & Kossolapow, L. (Hrsg.): Aussiedlerforschung – Interdisziplinäre Studien. Köln, Weimar. S. 49-76.
- DRESING, T. & PEHL, T. (2013): Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. Marburg. 5. Auflage. Verfügbar unter: www.audiotranskription.de/download/praxisbuch_transkription.pdf?q=Praxisbuch-Transkription.pdf (abgerufen am 20.06.2015)
- DUDEN (2013a): Gesundheitsbewusst. Verfügbar unter: <http://www.duden.de/rechtschreibung/gesundheitsbewusst> (abgerufen am 13.09.2013)
- DUDEN (2013b): Gesundheitsbewusstsein. Verfügbar unter: <http://www.duden.de/rechtschreibung/Gesundheitsbewusstsein> (abgerufen am 13.09.2013)
- EICHLER, K. J. (2008): Migration, transnationale Lebenswelten und Gesundheit. Eine qualitative Studie über das Gesundheitshandeln von Migrantinnen. Wiesbaden.
- EISFELD, A. (1989): Rußland/Sowjetunion. In: Informationen zur politischen Bildung, H. 267, S. 10-22.

- EISFELD, A. (2013): (Spät-)Aussiedler in Deutschland. In: Aus Politik und Zeitgeschichte, Jg. 63, H. 13-14. Verfügbar unter: <http://www.bpb.de/apuz/156779/spaet-aussiedler-in-deutschland> (abgerufen am 13.02.2015)
- ELKELES, T.; BECK, D.; BEETZ, S.; FORKEL, J. A.; HINZ, E.; NEBELUNG, C.; RÖDING, D. & FISCHER, S. (2010): Gesundheit und alltägliche Lebensführung in nordostdeutschen Landgemeinden. Abschlussbericht an die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG).
- EWE – ERWÄGEN WISSEN ETHIK (2013): Gesellschaft und Raum. Jg. 24, H. 1. Verfügbar unter: https://www.wiso-net.de/toc_list/EWK/2013/DT%3D20130929/Heft%201%20%252F%202013/EWK?max=25&offset=0#EWK_A74D11896597BEB27EC49AEB7E7E3AAC (abgerufen am 10.02.2015)
- FALTERMAIER, T. & BENDEL, J. (2000a): Subjektive Konzepte und Vorstellungen von Gesundheit. In: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, Jg. 8, H. 4, S. 133-136.
- FALTERMAIER, T. & KÜHNLEIN, I. (2000b): Subjektive Gesundheitskonzepte im Kontext: Dynamische Konstruktionen von Gesundheit in einer qualitativen Untersuchung von Berufstätigen. In: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, Jg. 8, H. 4, S. 137-154.
- FALTERMAIER, T. (1998): Subjektive Konzepte und Theorien von Gesundheit. Begründung, Stand und Praxisrelevanz eines gesundheitswissenschaftlichen Forschungsfeldes. In: Flick, U. (Hrsg.): Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Weinheim, München. S. 70-86.
- FALTERMAIER, T. (1994): Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitshandeln. Weinheim. Faltermaier, T. (2005a): Gesundheitspsychologie. Stuttgart.
- FALTERMAIER, T. (2005b): Migration und Gesundheit: Fragen und Konzepte aus einer salutogenetischen und gesundheitspsychologischen Perspektive. In: Marschalck, P. & Wiedl, K. H. (Hrsg.): Migration und Gesundheit. Göttingen. 2. Unveränderte Auflage. S. 93-112.
- FALTERMAIER, T. (2010): Gesundheitsverhalten, Krankheitsverhalten, Gesundheitshandeln. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Verfügbar unter: <http://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsverhalten-krankheitsverhalten-gesundheitshandeln/> (abgerufen am 27.09.2014)
- FALTERMAIER, T.; KÜHNLEIN, I. & BURDA-VIERING, M. (1998): Gesundheit im Alltag. Laienkompetenz in Gesundheitshandeln und Gesundheitsförderung. Weinheim, München.
- FLICK, U.; HOOSE, B. & SITTA, P. (1998): Gesundheit und Krankheit gleich Saúde und Doença? Gesundheitsvorstellungen bei Frauen in Deutschland und Portugal. In: Flick, U. (Hrsg.): Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Weinheim, München, S. 141-159.

- FLICK, U. (1998): Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Überblick und Einleitung. In: Flick, U. (Hrsg.): Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Weinheim, München, S. 7-30.
- FLICK, U. (2010): Qualitative Sozialforschung – Eine Einführung. Reinbeck bei Hamburg. 3. Auflage.
- FLICK, U.; WALTER, U.; FISCHER, C.; NEUBER, A. & SCHWARTZ, F. W. (2004): Gesundheit als Leitidee? Subjektive Gesundheitsvorstellungen von Ärzten und Pflegekräften. Bern.
- FRANK, U. (2000): Subjektive Gesundheitsvorstellungen und gesundheitsförderlicher Lebensstil von Herzinfarktpatienten und -patientinnen. In: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, Jg. 8, H. 4, S. 157-167.
- FRANK, U.; BELZ-MERK, M.; BENDEL, J. & STRITTMATTER, R. (1998): Subjektive Gesundheitsvorstellungen gesunder Erwachsener. In: FLICK, U. (Hrsg.): Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Weinheim, München, S. 57-69.
- FRANK, F. (2011): Soziale Netzwerke von (Spät-)Aussiedlern – Eine Analyse sozialer Unterstützung aus sozialarbeiterischer Perspektive. Herbolzheim.
- FRANKE, A. (2012): Modelle von Gesundheit und Krankheit. Bern. 3., überarbeitete Auflage.
- FRANKE, A. (2015): Salutogenetische Perspektive. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Verfügbar unter: <http://www.bzga.de/leitbegriffe/?uid=41adb3235ce7f62844fb40f4acebab3d&id=angebote&idx=164> (abgerufen am 11.02.2016)
- FRANZKOWIAK, P.; HOMFELDT, H. G. & MÜHLUM, A. (2011): Lehrbuch Gesundheit. Weinheim, Basel.
- GATRELL, A. C. & ELLIOTT, S. J. (2009): Geographies of health. An introduction. 2. Auflage.
- GEIGER, I. K. & RAZUM, O. (2012): Migration und Gesundheit. In: Hurrelmann, K. & Razum, O. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim, Basel. 5., vollständig überarbeitete Auflage. S. 609-637.
- GESLER, W. M. (1992): Therapeutic landscapes: Medical issues in light of the new cultural geography. In: Social Science & Medicine, Jg. 34, H. 7, S. 735-746.
- GESLER, W. M. (1996): Lourdes: healing in a place of pilgrimage. In: Health & Place, Jg. 2, H. 2, S. 95-105.
- GESLER, W. M. (2005): Therapeutic landscapes: An evolving theme. In: Health & Place, Jg. 11, H. 4, S. 296-297.

- HAMBURGISCHES WELTWIRTSCHAFTSINSTITUT (2007): Länderprofil Deutschland. Verfügbar unter: http://www.focus-migration.de/uploads/tx_wilpubdb/LP01_Deutschland_v2.pdf (abgerufen am 14.10.2014)
- HARTUNG, S. & ROSENBROCK, R. (2015): Settingansatz/Lebensweltansatz. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Verfügbar unter: <http://www.bzga.de/leitbegriffe/?uid=a45bf465b66aee833df3a9abf5d7745b&id=angebot&idx=131&marksuchwort=1> (abgerufen am 11.02.2016)
- HAUG, S. & SAUER, E. (2007): Zuwanderung und Integration von (Spät-)Aussiedlern. Ermittlung und Bewertung der Auswirkungen des Wohnortzuweisungsgesetzes. Verfügbar unter: http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Forschungsberichte/fb03-wohnortzuweisungsgesetz.pdf;jsessionid=0A6A147519B2CECCA5A96F9E66699514.1_cid294?_blob=publicationFile (abgerufen am 25.05.2014)
- HAUPT, H. & WOCKENFUß, M. (2007): Soziale Integration - soziale Lage - subjektive Befindlichkeiten von Spätaussiedlern in Marzahn-Hellersdorf 2006. Verfügbar unter: http://www.sfz-ev.de/index_htm_files/Spaetaussiedler_Marzahn-Hellersdorf_2006.pdf (abgerufen am 26.05.2014)
- HEINEBERG, H. (2007): Einführung in die Anthropogeographie/Humangeographie. Paderborn. 3., überarbeitete und aktualisierte Auflage.
- HERZLICH, C. (1973): Health and illness. A social psychological analysis. London.
- HITZBLECH, T. (2005): Gesund durch den Ruhestand. Subjektive Gesundheitsvorstellungen und ihre Bedeutung für das individuelle Gesundheitshandeln in der nachberuflichen Lebensphase. Hamburg.
- HOFMANN, H.-J.; BÜRKNER, H.-J. & HELLER, W. (1992): Aussiedler – eine neue Minorität. Forschungsergebnisse zum räumlichen Verhalten sowie zur ökonomischen und sozialen Integration. Göttingen.
- HOPF, C. (2013): Qualitative Interviews. Ein Überblick. In: Flick, U.; von Kardorff, E. & Steinke, I. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbeck bei Hamburg. 10. Auflage.
- HORNUNG, R. (2014): Prävention und Gesundheitsförderung bei Migranten. In: Hurrelmann, K.; Klotz, T. & Haisch, J. (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern. 4., vollständig überarbeitete Auflage. S. 367-374.
- HURRELMANN, K. & RICHTER, M. (2013): Gesundheits- und Medizinsoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung. Weinheim, Basel. 8., überarbeitete Auflage.

- HURRELMANN, K.; KLOTZ, T. & HAISCH, J. (2014): Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, K.; Klotz, T. & Haisch, J. (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern. 4., vollständig überarbeitete Auflage. S. 13-24.
- HURRELMANN, K.; LAASER, U. & RICHTER, M. (2012): Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In: Hurrelmann, K. & Razum, O. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim, Basel. 5., vollständig überarbeitete Auflage. S. 661-691.
- HURRELMANN, K. & FRANZKOWIAK, P. (2015): Gesundheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Verfügbar unter: <http://www.bzga.de/leitbegriffe/?uid=2b714cdae9d8053865f75758af61caa0&id=angebote&idx=143> (abgerufen am 11.02.2016)
- INGENHORST, H. (1997): Die Rußlanddeutschen. Aussiedler zwischen Tradition und Moderne. Frankfurt am Main/New York.
- KABUZAN, V. M. (1990): Die deutsche Bevölkerung im Russischen Reich (1796-1917): Zusammensetzung, Verteilung, Bevölkerungsanteil. In: Fleischhauer, I. & Jedig, H. H. (Hrsg.): Die Deutschen in der UdSSR in Geschichte und Gegenwart. Ein nationaler Beitrag zur deutsch-sowjetischen Verständigung. Baden-Baden. S. 63-82.
- KATHOLISCHE FAMILIENBILDUNGSSTÄTTE „HAUS DER FAMILIE“ MERZIG E. V. (o. J.): Jahresprogramm 2015/2016. Verfügbar unter: http://www.haus-der-familie-merzig.de/downloads/programm-2015_2016_web.pdf (abgerufen am 13.02.2016)
- KEARNS, R. & COLLINS, D. (2010): Health Geography. In: Brown, T.; McLafferty, S. & Moon, G. (Hrsg.): A Companion to Health and Medical Geography. Blackwell Reference Online. Verfügbar unter: http://www.blackwellreference.com/subscriber/uid=1764/tocnode?id=g9781405170031_chunk_g97814051700313 (abgerufen am 30.01.2015)
- KITEMANN, T. & CLAßEN, T. (2012): Therapeutische Landschaften – Schlüsselkonzept einer postmedizinischen Geographie der Gesundheit. In: Berichte zur deutschen Landeskunde, Bd. 86, H. 2, S. 109-124.
- KITEMANN, T. & SCHWEIKART, J. (2010): Von der Krankheitsökologie zur Geographie der Gesundheit. In: Geographische Rundschau, Jg. 62, H. 7-8, S. 4-10.
- KLEMPERER, D. (2012): Sozialmedizin – Public Health. Lehrbuch für Gesundheits- und Sozialberufe. Bern. 2. Nachdruck der 1. Auflage.
- KLESSE, R.; SONNTAG, U.; BRINKMANN, M. & MASCHEWSKY-SCHNEIDER, U. (1992): Gesundheitshandeln von Frauen. Leben zwischen Selbst-Losigkeit und Selbst-Bewußtsein. Frankfurt am Main.

- KNIPPER, M. & BILGIN, Y. (2009): Migration und Gesundheit. Verfügbar unter: http://www.kas.de/wf/doc/kas_16451-544-1-30.pdf?100422141713 (abgerufen am 28.03.2014)
- KORNISCHKA, J. (1992): Psychische und soziale Probleme von Spätaussiedlern.
- KRÄMER, A. & BAUNE, B. TH. (2004): Migrationen: eine Herausforderung für die Gesundheitswissenschaften und die gesundheitliche Versorgung. In: Krämer, A. & Prüfer-Krämer, L. (Hrsg.): Gesundheit von Migranten. Internationale Bestandsaufnahme und Perspektiven. Weinheim, München. S. 9-19.
- KREFT, D. & DOBLHAMMER, G. (2012): Contextual and individual determinants of health among Aussiedler and native Germans. In: Health & Place, Jg. 18, H. 5, S. 1046-1055.
- KREISSTADT MERZIG (1994): Merzig mit seinen 17 Stadtteilen. Merzig.
- KREISSTADT MERZIG (2015a): Daten zur Bevölkerung mit und ohne Migrationshintergrund. Unveröffentlichte Zusammenstellung. Merzig.
- KREISSTADT MERZIG (2015b): Wirtschaftsstandort. Verfügbar unter: <http://www.merzig.de/wirtschaftsstandort> (abgerufen am 23.03.2015)
- KREISSTADT MERZIG (2015c): Kultur. Verfügbar unter: http://www.merzig.de/leben_in_merzig/kultur (abgerufen am 23.03.2015)
- KREISSTADT MERZIG (2015d): Kleines Stadtportrait. Verfügbar unter: http://www.merzig.de/tourismus/kleines_stadtportrait (abgerufen am 23.03.2015)
- KREISSTADT MERZIG (2015e): Natur und Landschaft. Verfügbar unter: http://www.merzig.de/leben_in_merzig/umwelt_und_klima/natur_und_landschaft (abgerufen am 27.06.2015)
- KREISSTADT MERZIG (2015f): Naturpark Saar-Hunsrück. Verfügbar unter: http://www.merzig.de/leben_in_merzig/umwelt_und_klima/natur_und_landschaft/naturpark_saar_hunsrueck (abgerufen am 27.06.2015)
- KREISSTADT MERZIG (2015g): Streuobst. Verfügbar unter: http://www.merzig.de/leben_in_merzig/umwelt_und_klima/natur_und_landschaft/streuobst (abgerufen am 27.06.2015)
- KREISSTADT MERZIG (2015h): Wissenswertes über die „Merziger Äpelkischd“. Verfügbar unter: http://www.merzig.de/leben_in_merzig/umwelt_und_klima/natur_und_landschaft/streuobst/wissenswertes_ueber_die_merziger_aepelkischd (abgerufen am 27.06.2015)
- KREISSTADT MERZIG (2015i): Wasser ist Leben – Die Gewässer in Merzig. Verfügbar unter: http://www.merzig.de/leben_in_merzig/umwelt_und_klima/natur_und_landschaft/wasser_ist_leben (abgerufen am 27.06.2015)
- KREISSTADT MERZIG (2015j): Merziger Stadtpark. Verfügbar unter: http://www.merzig.de/tourismus/sehenswertes/sehenswuerdigkeiten/merziger_stadtpark (abgerufen am 27.06.2015)

- KREISSTADT MERZIG (2015k): Gesundheit und Sicherheit. Verfügbar unter: http://www.merzig.de/leben_in_merzig/gesundheit_und_sicherheit (abgerufen am 28.06.2015)
- KREISSTADT MERZIG (2015l): Eine Stadt – 17 Stadtteile. Verfügbar unter: http://www.merzig.de/leben_in_merzig/eine_stadt_17_stadtteile (abgerufen am 23.03.2015)
- KUCKARTZ, U. (2014): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Weinheim, Basel. 2., durchgesehene Auflage.
- KULS, W. & KEMPER, F.-J. (2002): Bevölkerungsgeographie. Berlin, Stuttgart. 3., neubearbeitete Auflage, unveränderter Nachdruck.
- LAMNEK, S. (2010): Qualitative Sozialforschung. Weinheim, Basel. 5., überarbeitete Auflage.
- LAMPERT, C. & VOTH, J. (2009): Gesundheits(informations)verhalten von älteren Migrantinnen und Migranten. Eine Expertise im Auftrag der Hamburger Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz. Verfügbar unter: <http://www.hamburg.de/contentblob/2825960/data/gesundheitsverhalten-aelterer-migranten.pdf> (abgerufen am 09.03.2015)
- LAMPRECHT, M. & STAMM, H. (1999): Individualisiertes Gesundheitshandeln und soziale Lage. In: Maeder, C.; Burton-Jeangros, C. & Haour-Knipe, M. (Hrsg.): Gesundheit, Medizin und Gesellschaft. Beiträge zur Soziologie der Gesundheit. Zürich. S. 62-85.
- LEPPIN, A. (2014): Konzepte und Strategien der Prävention. In: Hurrelmann, K.; Klotz, T. & Haisch, J. (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern. 4., vollständig überarbeitete Auflage. S. 36-44.
- LITVA, A. & EYLES, J. (1995): Coming out: exposing social theory in medical geography. In: Health & Place, Jg. 1, H. 1, S. 5-14.
- MASUMBUKU, J. R. (1995): Psychische Schwierigkeiten von Zuwanderern aus den ehemaligen Ostblockländern. Weinheim.
- MATTISSEK, A.; PFAFFENBACH, C. & REUBER, P. (2013): Methoden der empirischen Human-geographie. Braunschweig.
- MAYRING, P. (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim, Basel. 12., überarbeitete Auflage.
- MEIER KRUKER, V. & RAUH, J. (2005): Arbeitsmethoden der Humangeographie. Darmstadt.
- MEIER-BRAUN, K.-H. (2013): Zuwanderungsgesetz. In: Meier-Braun, K.-H. & Weber, R. (Hrsg.): Migration und Integration in Deutschland: Begriffe – Fakten – Kontroversen. Bundeszentrale für politische Bildung, Schriftenreihe 1389. S. 123-124.
- MEUSBURGER, P. (1999): Handlungszentrierte Sozialgeographie. Benno Werlens Entwurf in kritischer Diskussion. Stuttgart.

- MIELCK, A. (2010): Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Verfügbar unter: <http://www.bzga.de/leitbegriffe/?id=angebote&idx=165> (abgerufen am 11.02.2016)
- MINISTERIUM FÜR SOZIALES, GESUNDHEIT, FRAUEN UND FAMILIE (o. A.): Das Saarland lebt gesund. Verfügbar unter: http://www.das-saarland-lebt-gesund.org/wp-content/uploads/2014/06/DSLKG_Brosch_2014_WEB.pdf (abgerufen am 28.06.2015)
- MUTHNY, F. A. (2005): Laienkonzepte von Gesundheit und Krankheit in verschiedenen Kulturen. In: Marschalck, P. & Wiedl, K. H. (Hrsg.): Migration und Krankheit. Göttingen. S. 251-258.
- NAIDOO, J. & WILLS, J. (2010): Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Überarbeitete, aktualisierte und durch Beiträge zum Entwicklungsstand in Deutschland erweiterte Neuauflage. Köln. 2. Auflage der deutschen Ausgabe.
- OLTMER, J. (2010): Migration im 19. und 20. Jahrhundert. München.
- OLTMER, J. (2013): Globale Migration in der Zukunft – Einleitung. In: Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.): Zuwanderung, Flucht und Asyl: Aktuelle Themen. Verfügbar unter: <http://www.bpb.de/gesellschaft/migration/kurzdossiers/168590/einleitung> (abgerufen am 05.05.2015)
- OSWALD, I. (2007): Migrationssoziologie. Konstanz.
- OTMAN, A. (2003): Gesundheitsförderung als Beitrag zur Integration. In: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.): Dokumentation der Fachtagung am 20. und 21. Februar 2003 in Berlin. Berlin, Bonn. S. 54-56.
- PINKUS, B. & Fleischhauer, I. (1987): Die Deutschen in der Sowjetunion. Geschichte einer nationalen Minderheit im 20. Jahrhundert. Baden-Baden.
- PRIES, L. (2008): Internationale Migration. Einführung in klassische Theorien und neue Erklärungsansätze. In: Geographische Rundschau, Jg. 60, H. 6, S. 4-10.
- RAZUM, O. (2007): Erklärungsmodelle für den Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit. In: International Journal of Public Health, Jg. 52, H. 2, S. 75-77.
- RAZUM, O. (2009): Migration, Mortalität und der Healthy-migrant-Effekt. In: Richter, M. & Hurrelmann, K. (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden, S. 267-282.
- RAZUM, O.; SPALLEK, J. & ZEEB, H. (2011): Migration und Gesundheit. In: Schott, T. & Hornberg, C. (Hrsg.): Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft. Wiesbaden. S. 555-573.

- RAZUM, O.; GEIGER, I.; ZEEB, H. & RONELLENFITSCH, U. (2004): Gesundheitsversorgung von Migranten. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 101, H. 43, S. A2882-A2887. Verfügbar unter: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/43977/Gesundheitsversorgung-von-Migranten> (abgerufen am 08.01.2014)
- REUBER, P. (2001): Einführung in die Kulturgeographie III (Sozialgeographie). Mainzer Skripten zum Geographiestudium. Mainz.
- REUTER, T. & SCHWARZER, R. (2009): Verhalten und Gesundheit. In: Bengel, J. & Jerusalem, M. (Hrsg.): Handbuch der Gesundheitspsychologie und medizinischen Psychologie. Göttingen. S. 34-45.
- RICHTER, M. & HURRELMANN, K. (2015): Determinanten von Gesundheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Verfügbar unter: <http://www.bzga.de/leitbegriffe/?uid=428248ffe189a9c6c039b9634c2e2803&id=angebote&idx=147> (abgerufen am 11.02.2016)
- RIDDER, P. (1985): Laienprozesse im Gesundheitssystem. In: Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie, Jg. 33, H. 2, S. 139-151.
- ROBERT KOCH-INSTITUT (2008): Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin.
- ROBERT KOCH-INSTITUT (2012): Angebote der Prävention. Wer nimmt teil? In: GBE kompakt, Jg. 3, H. 5. Verfügbar unter: http://www.gbe-bund.de/pdf/GBE_kompakt_05_2012_Angebote_Praevention.pdf (abgerufen am 11.02.2016)
- ROBERT KOCH-INSTITUT (2014): Subjektive Gesundheit. Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012“. Verfügbar unter: http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsF/Geda2012/subjektive_gesundheit.pdf?__blob=publicationFile (abgerufen am 11.02.2016)
- RUMPELSBERGER, K. (2012): Gesund ist, wer nicht krank ist? Subjektive Gesundheitsvorstellungen oberösterreichischer Hausärzte und ihre gegenwärtige und zukünftige Rolle. Verfügbar unter: <http://pub.uni-bielefeld.de/luur/download?func=downloadFile&recordId=2498340&fileId=2498351> (abgerufen am 28.06.2015)
- SCHENK, L. (2007): Migration und Gesundheit – Entwicklung eines Erklärungs- und Analysemodells für epidemiologische Studien. In: International Journal of Public Health, Jg. 52, H. 2, S. 87-96.

- SCHNEIDER, J. (2005a): Die Geschichte der Russlanddeutschen. In: Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.): Grundlagendossier Migration. Verfügbar unter: <http://www.bpb.de/gesellschaft/migration/dossier-migration/56417/russlanddeutsche?p=all> (abgerufen am 16.02.2015)
- SCHNEIDER, J. (2005b): Aussiedler – Integration. In: Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.): Grundlagendossier Migration. Verfügbar unter: <http://www.bpb.de/gesellschaft/migration/dossier-migration/56404/integration?p=all> (abgerufen am 14.03.2015)
- SCHNEIDER, J. (2007): Rückblick: Zuwanderungsgesetz 2005. In: Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.): Grundlagendossier Migration. Verfügbar unter: <http://www.bpb.de/gesellschaft/migration/dossier-migration/56351/zuwanderungsgesetz-2005?p=all> (abgerufen am 28.03.2015)
- SCHREIER, M. (2014): Varianten qualitativer Inhaltsanalyse: Ein Wegweiser im Dickicht der Begrifflichkeiten. In: Forum Qualitative Sozialforschung, Jg. 15, H. 1. Verfügbar unter: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/2043/3635> (abgerufen am 21.06.2015)
- SCHULTE-SASSE, H. (2003): Was bedeutet Migration für die Gesundheit? In: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.): Gesunde Integration. Dokumentation der Fachtagung am 20. und 21. Februar 2003 in Berlin. Berlin, Bonn. S. 14-21.
- SEDLACEK, P. (1982): Kulturgeographie als normative Handlungswissenschaft. In: Sedlacek, P. (Hrsg.): Kultur-/Sozialgeographie. Beiträge zu ihrer wissenschaftstheoretischen Grundlegung. Paderborn. S. 187-216.
- SEDLACEK, P. (1998): Kulturgeographie als normative Handlungswissenschaft. In: Sedlacek, P. & WERLEN, B. (Hrsg.): Texte zur handlungstheoretischen Geographie. Jena. S. 63-84.
- SEIDENSTÜCKER, S. (2001): Das Gesundheitsverhalten von Migranten in Deutschland - eine explorative Analyse. Stuttgart. Verfügbar unter: <http://elib.uni-stuttgart.de/opus/volltexte/2002/1027/pdf/seidenstuecker.pdf> (abgerufen am 26.05.2014)
- SONNTAG, U. & BLÄTTNER, B. (1998): Gesundheitshandeln von Frauen und Männern. Eine Literaturrecherche. In: Gesundheitsakademie/Landesinstitut für Schule und Weiterbildung NRW (Hrsg.): Die Gesundheit der Männer ist das Glück der Frauen? Chancen und Grenzen geschlechtsspezifischer Gesundheitsarbeit. Frankfurt am Main. S. 149-211.
- SOSNOVSKAYA, N. (2008): Implizite Krankheitstheorien der Depression im Kulturvergleich. Eine empirische Studie an einer deutsch-russischen Stichprobe. Hamburg.

- SPALLEK, J. & RAZUM, O. (2008): Erklärungsmodelle für die gesundheitliche Situation von Migrantinnen und Migranten. In: Bauer, U.; Bittlingmayer, U. H. & Richter, M. (Hrsg.): Health inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. Wiesbaden. S. 271-288.
- SPALLEK, J. (2012): Migrantengesundheit. Die Sicht der Life-Course-Epidemiologie am Beispiel von Krebs bei türkischen Zuwanderern. Weinheim, Basel.
- STATISTISCHES AMT SAARLAND (2014): Flächenerhebung 2012. Tatsächliche Nutzung nach Katasterangaben. Verfügbar unter: http://www.saarland.de/dokumente/thema_statistik/STALA_BER_AV1-4J-12neu.pdf (abgerufen am 23.03.2015)
- STATISTISCHES BUNDESAMT (2009): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2007. Wiesbaden. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/AlteAusgaben/MigrationshintergrundAlt.html> (abgerufen am 02.01.2015)
- STATISTISCHES BUNDESAMT (2010): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2008. Wiesbaden. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/AlteAusgaben/MigrationshintergrundAlt.html> (abgerufen am 02.01.2015)
- STATISTISCHES BUNDESAMT (2011a): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2009. Wiesbaden. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/AlteAusgaben/MigrationshintergrundAlt.html> (abgerufen am 02.01.2015)
- STATISTISCHES BUNDESAMT (2011b): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2010. Wiesbaden. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/AlteAusgaben/MigrationshintergrundAlt.html> (abgerufen am 02.01.2015)
- STATISTISCHES BUNDESAMT (2014a): Personen mit Migrationshintergrund. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund/Aktuell.html> (abgerufen am 14.10.2014)
- STATISTISCHES BUNDESAMT (2014b): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2013. Wiesbaden. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund.html> (abgerufen am 02.01.2015)

- STATISTISCHES BUNDESAMT (2014c): Statistisches Jahrbuch – Deutschland und Internationales 2014. Wiesbaden. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/StatistischesJahrbuch/StatistischesJahrbuch2014.pdf?__blob=publicationFile (abgerufen am 30.10.2015)
- STATISTISCHES BUNDESAMT (2015a): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2011. Wiesbaden. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/AlteAusgaben/MigrationshintergrundAlt.html> (abgerufen am 05.03.2015)
- STATISTISCHES BUNDESAMT (2015b): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2012. Wiesbaden. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/AlteAusgaben/MigrationshintergrundAlt.html> (abgerufen am 05.03.2015)
- STATISTISCHES BUNDESAMT (2015c): Bevölkerung nach räumlicher Verteilung und Migrationsstatus 2014 (in 1000). Emailauskunft vom 04.11.2015.
- STATISTISCHES BUNDESAMT (2015d): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2014. Wiesbaden. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund.html> (abgerufen am 05.10.2015)
- STERDT, E. & WALTER, U. (2012): Ansätze und Strategien der Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von Stadtplanung. In: Böhme, C.; Kliemke, C.; Reimann, B. & Süß, W. (Hrsg.): Handbuch – Stadtplanung und Gesundheit. Bern. S. 27-36.
- STUMPP, K. (1980): Die Rußlanddeutschen – Zweihundert Jahre unterwegs. Stuttgart.
- TROJAN, A. & SÜß, W. (2014): Prävention und Gesundheitsförderung in Kommunen. In: Hurrelmann, K.; Klotz, T. & Haisch, J. (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern. 4., vollständig überarbeitete Auflage. S. 345-355.
- UNIVERSITÄT BIELEFELD (2015): Forschungsaktivitäten im Arbeitsfeld „Migration und Gesundheit“ der AG „Epidemiologie & International Public Health“. Verfügbar unter: http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag3/arbeitsgebiete/1_migr.html (abgerufen am 11.02.2016)
- VOLKSHOCHSCHULE IM LANDKREIS MERZIG-WADERN E. V. (o. J.): Programm 1/2016. Verfügbar unter: http://vhs-merzig-wadern.de/synapsepath/_Akt-uelles/Akt-uelles_Programm/Programm.pdf (abgerufen am 13.02.2016)
- VOLODINA, A.; BERTSCHE, T.; KOSTEV, K.; WINKLER, V.; HAEFELI, W. E.; BECHER, H. & APARICIO, M. L. (2011): Drug utilization patterns and reported health status in ethnic German migrants (Aussiedler) in Germany: a cross-sectional study. In: BMC Public Health, Jg. 11, S. 509-515.

- WEBER, M. (1972): *Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriss der verstehenden Soziologie*. 5. Auflage. Tübingen.
- WEHRHAHN, R. & SANDNER LE GALL, V. (2011): *Bevölkerungsgeographie*. Darmstadt.
- WEICHHART, P. (2008): *Entwicklungslinien der Sozialgeographie. Von Hans Bobek bis Benno Werlen*. Stuttgart.
- WENZEL, H.-J. (2003): *Aussiedlerzuwanderung als Strukturproblem in ländlichen Räumen*. In: Bade, K. J. & Oltmer, J. (Hrsg.): *Aussiedler: deutsche Einwanderer aus Osteuropa*. IMIS-Schriften Band 8. Göttingen. S. 264-280.
- WERLEN, B. (1997): *Gesellschaft, Handlung und Raum. Grundlagen handlungstheoretischer Sozialgeographie*. Stuttgart.
- WERLEN, B. (1998): *Landschaft, Raum und Gesellschaft. Entstehungs- und Entwicklungsgeschichte wissenschaftlicher Sozialgeographie*. In: Sedlacek, P. & Werlen, B. (Hrsg.): *Texte zur handlungstheoretischen Geographie*. Jena. S. 7-34
- WERLEN, B. (2008): *Sozialgeographie*. Bern. 3. Auflage.
- WEYDT, H. (1992): *Aussiedler im Konflikt. Bleiben oder gehen?* In: Althammer, W. & Kosolapow, L. (Hrsg.): *Aussiedlerforschung. Interdisziplinäre Studien*. Köln, Weimar. S. 77-88.
- WHO WORLD HEALTH ORGANIZATION (1946): *Constitution of the World Health Organization*. Verfügbar unter: http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/constitution.pdf (abgerufen am 29.11.2014)
- WHO WORLD HEALTH ORGANIZATION (1986): *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. Verfügbar unter: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf (abgerufen am 07.12.2014)
- WHO WORLD HEALTH ORGANIZATION (2014): *WHO definition of Health*. Verfügbar unter: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html> (abgerufen am 09.01.2014)
- WHO WORLD HEALTH ORGANIZATION (2015a): *Healthy Settings*. Verfügbar unter: http://www.who.int/healthy_settings/en/ (abgerufen am 21.01.2015)
- WHO WORLD HEALTH ORGANIZATION (2015b): *Types of Healthy Settings. Healthy Cities*. Verfügbar unter: http://www.who.int/healthy_settings/types/cities/en/ (abgerufen am 21.01.2015)
- WHO WORLD HEALTH ORGANIZATION (2015c): *Migrant Health*. Verfügbar unter: http://www.who.int/hac/techguidance/health_of_migrants/en/ (abgerufen am 25.01.2015)
- WIEDL, K. H. & MARSCHALCK, P. (2005): *Migration. Krankheit und Gesundheit: Probleme der Forschung, Probleme der Versorgung – eine Einführung*. In: Marschalck, P. & Wiedl, K. H. (Hrsg.): *Migration und Krankheit*. Göttingen. S. 9-36.

- WILLIAMS, A. M. (2007): *Therapeutic Landscapes*. Ashgate's Geographies of Health Series. Aldershot.
- WILLIAMS, A. M. (2010): *Therapeutic Landscapes as Health Promoting Places*. In: Brown, T.; McLafferty, S. & Moon, G. (Hrsg.): *A Companion to Health and Medical Geography*. Blackwell Reference Online. Verfügbar unter: http://www.blackwellreference.com/subscriber/uid=1764/tocnode?id=g9781405170031_chunk_g978140517003113 (abgerufen am 30.01.2015)
- WITTIG, U. (2008): *Was bedeutet für Sie Gesundheit? Die Vorstellungen von Gesundheit bei SpätaussiedlerInnen*. Leipzig.
- WITTIG, U.; MERBACH, M.; SIEFEN, R. G. & BRÄHLER, E. (2004): *Beschwerden und Inanspruchnahme des Gesundheitswesens von Spätaussiedlern bei Einreise nach Deutschland*. In: *Das Gesundheitswesen*, Jg. 66, H. 2, S. 85-92.
- WITZEL, A. (2000): *Das problemzentrierte Interview*. In: *Forum Qualitative Sozialforschung*, Jg. 1, H. 1. Verfügbar unter: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/201132/2519> (abgerufen am 18.06.2015)
- WORBS, S.; BUND, E.; KOHLS, M. & VON GOSTOMSKI, C. (2013): *(Spät-)Aussiedler in Deutschland. Eine Analyse aktueller Daten und Forschungsergebnisse*. Verfügbar unter: http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Forschungsberichte/fb20-spaetaussiedler.pdf?__blob=publicationFile (abgerufen am 12.02.2015)