

Aus dem Institut für Medizinische Soziologie und
Rehabilitationswissenschaft
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

Gender in der Migration – Gesundheit und Pflege älterer
Zugewanderter aus der Türkei
Gender in Migration – Health and Care Needs of Older Migrants
from Turkey

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor rerum medicinalium (Dr. rer. medic.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Verena Krobisch

Datum der Promotion: 23.03.2024

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	iii
Abbildungsverzeichnis	iv
Abkürzungsverzeichnis	v
Zusammenfassung	1
1 Einleitung	4
1.1 Geschlechterunterschiede in der Gesundheit älterer Migrant*innen	5
1.1.1 Gesundheitsstatus	5
1.1.2 Faktoren gesundheitlicher Ungleichheit	6
1.2 Pflege älterer Migrant*innen aus Geschlechterperspektive	8
1.2.1 Pflegebedarf	8
1.2.2 Pflegevorstellungen	8
1.3 Ziel der Arbeit	10
2 Methodik	12
2.1 Mixed Method-Ansatz	12
2.2 Qualitative Studie	13
2.2.1 Zugangsstrategie und Stichprobenauswahl	13
2.2.2 Datenerhebung	13
2.2.3 Dokumentarische Analyse	15
2.3 Quantitative Studie	15
2.3.1 Zugangsstrategie und Stichprobenauswahl	16
2.3.2 Datenerhebung	16
2.3.3 Statistische Analysen	17
3 Ergebnisse	20
3.1 Stichprobenmerkmale	20
3.1.1 Qualitative Stichprobe	20
3.1.2 Quantitative Stichprobe	20

3.2	Geschlechterunterschiede in der Gesundheit und den Pflegevorstellungen älterer türkeistämmiger Migrant*innen	22
3.2.1	Geschlechterunterschiede in der Gesundheit	22
3.2.2	Geschlechterunterschiede in den Pflegevorstellungen	23
4	Diskussion	25
4.1	Zentrale Befunde: Gesundheitliche Benachteiligung und geschlechtsspezifische Pflegevorstellungen älterer türkeistämmiger Migrantinnen	25
4.2	Genderspezifik in der Gesundheit und Pflege älterer Migrant*innen aus übergreifender Versorgungsperspektive	26
4.2.1	Gesundheitliche Benachteiligung älterer Migrantinnen – Potenzial für einen erhöhten Pflegebedarf	26
4.2.2	Rollenvielfalt und unerfüllte Beziehungsbedürfnisse – Ansatzpunkte zur Reduktion gesundheitlicher Benachteiligung	28
4.2.3	Genderpräferenzen in der informellen und formellen Pflege – Aspekte einer diversitätssensiblen Versorgung	30
4.3	Stärken und Schwächen der Studien	33
4.4	Implikationen für die Versorgung und künftige Forschung.....	36
5	Schlussfolgerungen	40
	Literaturverzeichnis	41
	Eidesstattliche Versicherung	60
	Anteilerklärung an den erfolgten Publikationen.....	61
	Auszug aus der Journal Summary List	64
	Druckexemplare der Publikationen.....	66
	Lebenslauf	90
	Komplette Publikationsliste	92
	Danksagung	96

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Auszug aus dem Interviewleitfaden	14
Tabelle 2: Merkmale der qualitativen Stichprobe	20
Tabelle 3: Merkmale der quantitativen Stichprobe mit Vergleichsdaten	21

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Multiples Mediationsdesign mit j Mediatoren	19
--	----

Abkürzungsverzeichnis

bCI	Quartil-basiertes Bootstrap-Konfidenzintervall (Quartile-based bootstrap confidence interval)
SRH	Subjektive Gesundheit (Self-rated health)
SVR	Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration
WHO	Weltgesundheitsorganisation (World Health Organisation)

Zusammenfassung

Hintergrund und Zielsetzung: Ältere Migrant*innen bilden eine zunehmend wichtige Zielgruppe der Versorgung in westlichen Ländern, deren soziales Geschlecht als zentraler Diversitätsaspekt in wissenschaftlichen Studien bislang wenig Berücksichtigung fand. Die vorliegende Dissertation greift diese Leerstellen auf, indem sie auf Basis eines Mixed-Methods-Ansatzes Genderdifferenzen in der Gesundheit und den Alters- und Pflegevorstellungen älterer türkeistämmiger Zugewanderter analysiert und Implikationen aus einer übergreifenden Versorgungsperspektive reflektiert.

Methode: Datengrundlage bilden 11 teil-narrative leitfadengestützte Interviews und 194 standardisierte fragebogenbasierte Interviews mit türkeistämmigen Älteren in Berlin/Deutschland, die kriteriengeleitet in die qualitative und mittels Quotenverfahren in die quantitative Studie eingeschlossen wurden. Dokumentarisch rekonstruierte Alters- und Pflegevorstellungen sowie mittels deskriptiver Verfahren, einer parallelen multiplen Mediatoranalyse und multiplen Regressionsanalyse untersuchte Genderunterschiede in der subjektiven Gesundheit (SRH) und in den Pflegevorstellungen wurden auf Ergebnisebene trianguliert.

Ergebnisse: Laut Mediatoranalyse verfügen Frauen über eine niedrigere SRH ($c = 0.443$, $bCI [0.165-0.736]$), die sich durch Nachteile in der funktionalen Gesundheit ($a_2b_2 = 0.183$, $bCI [0.056-0.321]$) und eine größere emotionale Einsamkeit ($a_3b_3 = 0.057$, $bCI [0.008-0.128]$) vermitteln. Altersvorstellungen erklären ein früheres Altern der Frauen infolge ihrer sozialen Rollenvielfalt und durch als wenig unterstützend erlebte Partnerschaften. Mehr Frauen als Männer sehen die Kinder in einer Pflegeverantwortung, lehnen stationäre Angebote eher ab und legen größeren Wert auf eine migrationssensibel ausgerichtete professionelle Pflege ($B = -0,73$, $\beta = -0,23$, $p < 0,01$).

Diskussion: Die gesundheitliche Vulnerabilität älterer türkeistämmiger Migrantinnen verweist auf deren erhöhten Pflegebedarf, der sich mit einer Präferenz für häusliche familiäre Pflege bei wachsender Offenheit für ambulante Angebote und einem Bedarf an diversitätssensiblen Pflegeangeboten im Alter verknüpft. Mit der sozialen Rollenvielfalt und einem Mangel an intimen bedeutungsvollen Beziehungen ergeben sich mögliche Ansatzpunkte für primärpräventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen, die gezielt im migrationsspezifischen Lebenskontext der Frauen ansetzen und Inanspruchnahmebarrieren

abbauen sollten. Künftige Forschung sollte systematisch untersuchen, wie sich Gesundheit, Pflegebedarf und Pflegevorstellungen älterer Migrant*innen entlang des Merkmals Geschlecht ausdifferenzieren.

Schlussfolgerungen: Die vorliegende Dissertation stellt bislang weitgehend fehlende Befunde zur Genderspezifität in der Gesundheit und Pflege älterer Migrant*innen bereit und verweist auf den Bedarf geschlechtsspezifischer Differenzierungen in gesundheits- und pflegebezogenen Studien sowie in der Versorgungsplanung und -praxis.

Abstract

Background and Objective: Older migrants constitute an increasingly important target population for care in Western countries. To date, gender as a key dimension of diversity has received little attention in scientific research for this group. This dissertation addresses these gaps by employing a mixed-methods approach to analyse gender differences in health as well as in ageing and care perceptions of older migrants from Turkey and reflects implications for care planning and practice from a cross-sectoral perspective.

Methods: The data consists of 11 semi-narrative guideline-based interviews and 194 standardised questionnaire-based interviews with older migrants with origins in Turkey living in Berlin, Germany, at the time of the study. Theory-led criteria were applied for inclusion in the qualitative study; for the quantitative study, inclusion was guided by a quota procedure. Perceptions of ageing and care are reconstructed from narratives of everyday life using the Documentary Method. In the quantitative data, gender differences in self-rated health (SRH) and care perceptions are analysed through descriptive methods, parallel multiple mediator analysis, and multiple regression analysis. Qualitative and quantitative results are triangulated at the outcome level.

Results: According to the mediator analysis, women have a lower SRH ($c = 0.443$, bCI [0.165–0.736]), mediated by disadvantages in functional health ($a_2b_2 = 0.183$, bCI [0.056–0.321]) and a greater emotional loneliness ($a_3b_3 = 0.057$, bCI [0.008–0.128]). Perceptions of ageing suggest that both men and women perceive women as ageing earlier due to their diverse social roles and lack of supportive partnerships. Women are more likely than men to view children as part of their caregiving responsibilities, reject inpatient nursing care, and place greater value on migration-sensitive professional care ($B = -0.73$, $\beta = 0.23$, $p < 0.01$).

Discussion: The health vulnerability of older migrant women from Turkey points to their particular need for care, which is linked to a preference for home-based family care, a growing openness to outpatient services, and a need for diversity-sensitive care services. Women's diverse social roles and lack of intimate meaningful social relationships point to possible entry points for primary preventative and health-promoting measures, which should be tailored to the migration-specific context of these women, e.g., through reduced language and knowledge-based barriers to utilisation. Future research should systematically investigate how health, care needs, and perceptions of care of older migrants are differentiated along gender lines.

Conclusions: This dissertation provides new findings on gender specificity in the health and care of older migrants and points to the need for gender differentiation in health and care-related studies as well as in care planning and practice.

1 Einleitung

Altern und Migration bilden zentrale soziodemographische Trends in westlichen Gesellschaften, die mit einer Zunahme der Diversität der älteren Bevölkerungen einhergehen (Mizoguchi et al. 2019; Warnes 2004; White 2006). Durch die wachsende Anzahl von Zugewanderten und Angehörigen ethnischer Minderheiten¹, die mit Erreichen des Rentenalters in eine Lebensphase mit erhöhten Gesundheitsrisiken und potenziellen Pflegebedürfnissen eintreten, gewinnen damit verbundene Herausforderungen in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung dieser Bevölkerungsgruppen zunehmend Relevanz. Im Kontextgesellschaftlicher Diskurse alternder westlicher Gesellschaften wie zum „Healthy Ageing“, zur diversitätssensiblen Versorgung und Integration von Zugewanderten stellen sich in Politik, Wissenschaft und Versorgung unter anderem Fragen zur gesundheitlichen Lage, zum Zugang zu Versorgungsangeboten des Gesundheits- und Pflegesystems, zu spezifischen Bedarfen, Bedürfnissen und Präferenzen im Bereich Gesundheit und Pflege und der Unterstützung vulnerabler Gruppen (Brandhorst et al. 2021; De Valk und Fokkema 2018; Kristiansen et al. 2016; SVR 2022). Mit diesen ist auch das übergeordnete gesellschaftliche Ziel verbunden, Ungleichheiten und soziale Exklusion älterer Zugewanderter und Angehöriger ethnischer Minderheiten entgegenzuwirken (SVR 2022; White 2006; WHO 2020).

In den letzten Jahren resultierte daraus ein Zuwachs an wissenschaftlichen Studien und politischen Initiativen zur Verbesserung der statistischen und amtlichen Datenlage, um vorhandene Wissenslücken im Bereich der Gesundheit und Pflege älterer Zugewanderter zu füllen (z.B. Ahaddour et al. 2016; Arora et al. 2020; Cela und Barbiano di Belgiojoso 2021; Debesay et al. 2019; El Fakiri et al. 2022; King et al. 2017). Bedarf wird unter anderem an großen Datensätzen und Längsschnittdaten, einer internationalen Vergleichbarkeit von Daten, Untersuchungen aus Lebensverlaufs- und intersektionaler Perspektive, vor allem aber auch an einer adäquaten Abbildung der Diversität älterer Migrant*innen konstatiert (Adam und Carol 2020; Bartig 2022; Bolzman und Vagni 2017; Cela und Barbiano di Belgiojoso 2021; De Valk und Fokkema 2018; Fokkema und Ciobanu 2021; Kristiansen et al. 2016; Santos-Hövener et al. 2019; SVR 2022; Teczan-Güntekin et al.

¹ Im Folgenden wird aus sprachökonomischen Gründen und zugunsten des Lesefluss auf die differenzierte Nennung von Migrant*innen und Angehörigen ethnischer Minderheiten verzichtet. Die Verwendung von „Migrant*innen“ rekuriert jedoch mitunter auch auf ethnische Minderheiten.

2015). Denn in Abhängigkeit von den jeweiligen Alterns-Migrations-Kontexten variieren Gesundheitsstatus, Versorgungslagen, gesundheits- und pflegebezogene Bedarfe, Präferenzen und Vulnerabilitäten älterer Migrant*innen, die mit spezifischen Anforderungen an die Versorgung einhergehen können (De Valk und Fokkema 2018; King et al. 2017; Yancu 2011).

Einen zentralen Diversitätsaspekt in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung bildet neben dem Migrationsstatus und anderen sozialen Merkmalen das soziale Geschlecht (Brzoska et al. 2018; SVR 2022). Obgleich unstrittig ist, dass das Geschlecht eine allgemeine Determinante sozialer und gesundheitlicher Ungleichheiten darstellt, wird hinsichtlich Genderdifferenzen in der Gesundheit und Pflege (älterer) Migrant*innen Forschungsbedarf konstatiert (Ahaddour et al. 2016; Arora et al. 2018; Babitsch 2021; Llácer et al. 2007; Oksuzyan et al. 2018; Saltus und Pithara 2015). Dabei verweist vorhandene Evidenz auf mehrfache Benachteiligungen und erhöhte Vulnerabilitäten älterer Frauen mit Migrationshintergrund infolge ihres Alters, Migrationsstatus und Geschlechts (z.B. Arora et al. 2018; Arora et al. 2020; Guruge et al. 2015; Kotwal 2010).

1.1 Geschlechterunterschiede in der Gesundheit älterer Migrant*innen

1.1.1 Gesundheitsstatus

Gesundheitliche Unterschiede wurden bislang vor allem zwischen älteren Bevölkerungen mit und ohne Migrationshintergrund und zwischen verschiedenen Gruppen älterer Zugewanderter untersucht (z.B. El Fakiri et al. 2022; Hoogendijk et al. 2022; Nieboer et al. 2021; Qureshi et al. 2022; Reus-Pons et al. 2018), auch entlang von Geschlechterkategorien (z.B. Garcia et al. 2019; García et al. 2019; Kobayashi und Prus 2012; Kotwal 2010; Vonneilich et al. 2021). Zu Genderdifferenzen innerhalb von Gruppen älterer Migrant*innen liegen hingegen kaum Erkenntnisse vor. Vorhandene Studienergebnissen zeigen dabei zwar vereinzelt auch gesundheitliche Benachteiligungen älterer männlicher Zugewanderter (Klaus und Baykara-Krumme 2017) oder keine Unterschiede, z.B. in den depressiven Leiden afro-amerikanischer Männer und Frauen in den USA (Yancu 2011). Mehrheitlich spricht die Evidenz jedoch für eine geringere physische und psychische Gesundheit älterer Migrantinnen gegenüber den Männern verschiedener Herkunftsgruppen im westeuropäischen und nordamerikanischen Raum. Entsprechende gesundheitliche Nachteile sind etwa für ältere türkeistämmige Frauen in verschiedenen europäischen Ländern hinsichtlich ihrer subjektiven Gesundheit (self-rated health, SRH), chronischer

Erkrankungen sowie ihres psychischen und allgemeinen Wohlbefindens belegt (Cramm und Nieboer 2018; Kotwal 2010; Wengler 2011). Ähnliche Muster fanden sich auch für ältere Migrant*innen aus asiatischen und lateinamerikanischen Ländern in den USA, die im Vergleich zu den Männern größere kognitive und funktionale Beeinträchtigungen sowie mehr depressive Symptome aufwiesen (Jang et al. 2011; Lee und GlenMaye 2014; Nkimbeng et al. 2018; Tang et al. 2019; Yancu 2011). Studien deuten weiterhin darauf hin, dass Migrantinnen in verschiedenen jüngeren Herkunftsgruppen in Europa bereits erhöhte gesundheitliche Vulnerabilitäten aufweisen (Gerritsen und Devillé 2009; Wengler 2011), die sich mit zunehmendem Alter weiter verstärken könnten (Bousmah et al. 2018; Kotwal 2010). Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage nach der Genese dieser geschlechtsspezifischen Ungleichheiten.

1.1.2 Faktoren gesundheitlicher Ungleichheit

Mehr noch als Gendereffekte im Gesundheitsstatus älterer Migrant*innen wurden deren mögliche Ursachen bislang wenig erforscht. Quantitative Studien bestätigen zwar den Einfluss soziodemographischer, -ökonomischer, -kultureller, verhaltens- und systembezogener und protektiver Faktoren sowie migrations- und integrationsbezogener Faktoren, jedoch ebenfalls vornehmlich für gesundheitliche Ungleichheiten zwischen älteren Bevölkerungen mit und ohne Migrationshintergrund und zwischen verschiedenen Migrant*innengruppen (z.B. Arsenijevic und Groot 2018; Cela und di Barbiano Belgiojoso 2021; De Valk und Fokkema 2018; El Fakiri et al. 2022; Gee et al. 2004; Hogendijk et al. 2022; Nieboer et al. 2021; Sand und Gruber 2018). Gesundheitsfaktoren gesundheitlicher Unterschiede zwischen älteren Männern und Frauen derselben Migrant*innengruppe wurden hingegen nur vereinzelt quantitativ untersucht. Ähnlich bilden Genderaspekte in vielen qualitativen Studien und Übersichtsarbeiten allenfalls eine Randnotiz oder sie befassen sich ausschließlich mit Gesundheitsfaktoren älterer weiblicher Zugewanderter.

Studienergebnisse zu den Ursachen von Genderdifferenzen in der physischen und psychischen Gesundheit älterer Migrant*innen weisen vor allem auf den Einfluss *sozioökonomischer Faktoren* hin. Untersuchungen in den USA zufolge sind geringere Englischkenntnisse und Transportmöglichkeiten mit größeren Einschränkungen in den physischen und sozialen Funktionen älterer Frauen aus Korea sowie ein (subjektiv) geringes Einkommen mit größeren depressiven Leiden älterer lateinamerikanisch-stämmiger Frauen im Vergleich zu den Männern in diesen Gruppen assoziiert (Lee und GlenMaye

2014; Yancu 2011). Gesundheitliche Ungleichheiten zwischen älteren zugewanderten Männern und Frauen könnten zudem auch durch *migrations- und integrationsbezogene Ursachen* begründet zu sein. So erwies sich etwa die Aufenthaltsdauer als ein stärkerer Prädiktor der Gesundheit älterer türkeistämmiger Frauen (Kotwal 2010), die im Vergleich zu den Männern womöglich eine herausforderndere soziale Integration erleben, z.B. aufgrund der Trennung von der Familie im Herkunftsland oder größerer Normenkonflikte im Zuwanderungsland (Dalgard und Thapa 2007; Kotwal 2010). Hingegen fand eine Studie von Tang et al. (2019) keinen Einfluss migrations- und integrationsbezogener Faktoren auf die ermittelten Geschlechterunterschiede in der (kognitiven) Gesundheit älterer chinesisches-stämmiger Migrant*innen in den USA. Vor dem Hintergrund größerer Einschränkungen älterer, z.B. koreanischer, Migrantinnen (Lee und GlenMaye 2014) gegenüber Männern im Bereich der sozialen Funktionen (soziale Kontakte und Aktivitäten) und einer stärkeren sozialen Isolation von, z.B. türkeistämmigen, Frauen (Hussein und Oglak 2012) könnten Genderdifferenzen in der Gesundheit auch mit einem größeren Mangel an *sozialer oder familiärer Einbindung* assoziiert sein, die aufgrund emotionaler, finanzieller oder praktischer Unterstützung einen protektiven Gesundheitsfaktor älteren Migrant*innen bilden (Adam und Carol 2020; Arora et al. 2018; Cela und di Barbiano Belgiojoso 2021; Cela und Fokkema 2017; Guruge et al. 2015; McConatha et al. 2011; Salma et al. 2017). So geht eine (subjektiv) unzureichende soziale Unterstützung für ältere Migrant*innen beider Geschlechter mit emotionalen und mentalen Belastungen und einem erschwerten Zugang zur gesundheitlichen Versorgung einher (Carnein et al. 2015; Yancu 2011).

Insgesamt verweist der internationale Forschungsstand auf vielfältige Risiko- und Protektivfaktoren der Gesundheit älterer Migrant*innen. Angesichts einer fragmentarischen und mitunter widersprüchlichen Evidenz zu den Ursachen von Gendereffekten innerhalb der Migrant*innenpopulationen stehen der gesundheitlichen Versorgung allerdings nur wenig fundierte Erkenntnisse zur Verfügung, die zielgerichtete Maßnahmen und Interventionen zur Reduktion der gesundheitlichen Ungleichheit älterer Migrantinnen ermöglichen würden.

1.2 Pflege älterer Migrant*innen aus Geschlechterperspektive

1.2.1 Pflegebedarf

Die Entwicklung des Pflegebedarfs bildet eine zentrale Planungsvariable der pflegerischen Versorgung spezifischer Bevölkerungsgruppen (Gerlinger 2022; Thum et al. 2015; White 2006). Aufgrund unzureichender amtlicher und anderer repräsentativer Daten liegen zum Pflegebedarf älterer Bevölkerungen mit Migrationshintergrund jedoch oftmals nur Schätzungen vor (Habermann und Biedermann 2021; Kohls 2012; Olbermann 2020; Tezcan-Güntekin et al. 2015). Thum et al. (2015: 38) berechneten beispielsweise die Anzahl von Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund in Deutschland im Jahr 2013 auf 257.600 Personen, die bis zum Jahr 2030 um 187% auf 481.200 Personen steigen wird. Angesichts zunehmender Anteile älterer Migrant*innen und deren belegten gesundheitlichen Benachteiligungen im Vergleich zur autochthonen Bevölkerung wird für diese Gruppe insgesamt, aber auch speziell für weibliche Zugewanderte, ein erhöhter Pflegebedarf konstatiert (Habermann und Biedermann 2021; Tezcan-Güntekin et al. 2015; Matthäi 2005; Thum et al. 2015; White 2006). Weiterhin legen Studienergebnisse zu gesundheitlichen und sozialen Risikofaktoren von Pflegebedürftigkeit (Blüher et al. 2017; Schnitzer et al. 2020) nahe, dass Migrantinnen infolge ihrer höheren Lebenserwartung (Oksuzyan et al. 2018; SVR 2022), wie auch Frauen allgemein (Kohls 2012; Schnitzer et al. 2020), ein gegenüber Männern größeres Risiko für die Entstehung langfristiger Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten und damit einhergehenden Unterstützungsbedarf tragen könnten.

1.2.2 Pflegevorstellungen

Neben dem Pflegebedarf spielt in der Versorgungsplanung auch das Verhältnis von informeller Pflege durch Angehörige und formeller Pflege durch professionelle Pflegende eine Rolle (Gerlinger 2022; Marquardt et al. 2016). Trotz der wachsenden Diversität älterer Bevölkerungen, einem „Kulturwandel in der Pflege“ in westlichen Gesellschaften hin zu einer stärkeren Berücksichtigung individualisierter und diversifizierter Lebensentwürfe, Biografien und Wertvorstellungen (Bonacker und Geiger 2021) und trotz Hinweisen auf einen möglicherweise erhöhten Pflegebedarf älterer Migrantinnen besteht noch umfassender Forschungsbedarf zu den Pflegevorstellungen älterer Zugewanderter insgesamt, insbesondere aber auch zu Unterschieden zwischen Männern und Frauen (Ahaddour et al. 2016; Albertini und Mantovani 2021; Mullings und Gien 2013; SVR 2015). Vorhandene

Studien unterschiedlicher methodischer Zugänge aus Nordamerika und Europa fokussieren vorwiegend pflegebezogene Bedürfnisse und Erwartungen bestimmter Zuwanderergruppen oder vergleichen diese mit denen in den Bevölkerungen ohne Migrationshintergrund. Einige qualitative Studien nehmen speziell auch ältere zugewanderte Frauen in den Blick, systematische Betrachtungen von Genderdifferenzen innerhalb von Migrant*innengruppen fanden sich dagegen nur in wenigen der hier rezipierten Studien.

Für ältere Migrant*innen insgesamt weist die internationale Studienlage darauf hin, dass zumindest in einigen Gruppen in Europa, z.B. aus Maghrebstaaten und der Türkei, insbesondere wenn sie starke religiöse und tradierte Werte und Reziprozitätsnormen und einen geringen Bildungsstand aufweisen, ein im Vergleich zu Älteren ohne Migrationshintergrund größerer Wunsch nach familialer Pflege besteht (Ahaddour et al. 2016; Albertini und Mantovani 2021; Carnein und Baykara-Krumme 2013; De Valk und Schans 2008; Giuntoli und Cattani 2012; Nielsen et al. 2018; Steinbach 2018; Tezcan-Güntekin und Razum 2017; Yazdanpanahi und Hussein 2021). Entsprechende Pflegeerwartungen richten sich dabei häufig, aber nicht immer, an die weiblichen Nachkommen, die wie auch in nicht-migrierten Bevölkerungen vorwiegend die informelle Versorgung der Eltern übernehmen (Albertini und Mantovani 2021; Albertini und Semprebon 2020; Bölük et al. 2017; Dibelius und Piechotta-Henze 2020; Kim 2020; Mogar und Von Kutzleben 2015; Volkert und Risch 2017; SVR 2022). Die familienorientierten Pflegeerwartungen unterliegen aufgrund rückläufiger Pflege- und Unterstützungspotenziale in den Folgegenerationen dabei aber auch Transformationsprozessen hin zu einer zunehmenden Offenheit für formelle oder Community-basierte Versorgungsformen (Albertini und Mantovani 2021; Ahaddour et al. 2016; Cao 2021; Kim 2020; Liversage und Mirdal 2017; Olbermann 2003; Saltus und Pithara 2015; Yazdanpanahi und Hussein 2021). Mit einer professionellen Pflege verknüpfen sich insbesondere für Zugewanderte mit geringem Bildungsstand, wenigen Kenntnissen der Sprache des Aufnahmelandes, stärkerer Religiosität und Diskriminierungserfahrungen spezifische Anforderungen an eine Versorgungspraxis, z.B. der Wunsch nach muttersprachlicher Versorgung und nach einer Berücksichtigung kultureller und religiöser Alltagspraktiken und Lebensgewohnheiten (Ahaddour et al. 2016; Giuntoli und Cattani 2012; SVR 2015; Thum et al. 2015; Volkert und Risch 2017). In diesem Bereich besteht aus Sicht von Migrant*innen unterschiedlicher Herkunft und Bestandsanalysen zufolge ein noch unzureichendes Angebot, z.B. im Bereich der muttersprachlichen ambulanten Versorgung (Arora et al. 2020; Palmberger 2019; Sonntag et al. 2020;

Yazdanpanahi und Hussein 2021), wobei hier auch Wissens- und Informationsdefizite im Bereich der Pflege eine Rolle spielen könnten (Kim 2020; Krobisch et al. 2020; Volkert und Risch 2017). In den wenigen verfügbaren Untersuchungen von Geschlechterunterschieden in den Pflegevorstellungen älterer Migrant*innen zeichnet sich z.B. für muslimische Frauen aus den Maghrebstaaten und der Türkei ein größerer Bedarf an traditionell geprägter, familialer sowie gleichgeschlechtlicher und muttersprachlicher Versorgung ab (Albertini und Sempredon 2020; SVR 2015), wobei Diskriminierungserfahrungen den Wunsch nach gleichgeschlechtlicher Pflege bei Frauen aus der Türkei befördern (SVR 2015).

Der bis dato noch unausgereifte Forschungsstand zum Pflegebedarf und den Pflegevorstellungen älterer Migrant*innen lässt auf einen potenziell erhöhten Pflegebedarf älterer Migrant*innen schließen, der sich zumindest in manchen Zuwandererpopulationen mit einer stärkeren Präferenz für familiäre Pflege verknüpft. Zugleich wächst aber auch die Bereitschaft zur Inanspruchnahme formeller Pflegeformen und damit der Bedarf an diversitätssensiblen Angeboten. Geschlechtsspezifische Befunde deuten dabei darauf hin, dass sich der Pflegebedarf und die Pflegevorstellungen älterer Migrant*innen entlang der Geschlechterkategorien unterschiedlich ausprägen und spezifische Versorgungsbedarfe implizieren könnten.

1.3 Ziel der Arbeit

Insgesamt hinterlässt der internationale Forschungsstand zu geschlechtsspezifischen Aspekten in der Gesundheit und Pflege älterer Migrant*innen noch viele Leerstellen in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung, die auf der Planungs- und Praxisebene mit einer unzureichenden Handlungsorientierung einhergehen. Aufgrund der wenig fundierten Evidenz für eine gesundheitliche Benachteiligung, einen erhöhten Pflegebedarf, deren Ursachen und geschlechtsspezifische Pflegevorstellungen älterer zugewanderter Frauen fehlen in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung zentrale Planungsgrößen und Ansatzpunkte zur Reduktion von Geschlechterungleichheiten. Zudem entbehrt die aktuelle Studienlage übergreifende Perspektiven, die Genderdifferenzen in der Gesundheit und Pflege älterer Migrant*innen in einen Gesamtzusammenhang stellen.

Die vorliegende Dissertation greift diesen Forschungsbedarf auf und integriert im vorliegenden Manteltext aus Versorgungsbereich übergreifender Perspektive die von Krobisch

et al. (2016) und Krobisch et al. (2021) mittels Mixed-Method-Ansatz erzielten Ergebnisse zu Genderdifferenzen in der Gesundheit, deren Ursachen und in den Pflegevorstellungen älterer türkeistämmiger Migrant*innen, ergänzt um weitere geschlechtsspezifische Ergebnisse aus dem Forschungsbericht von Krobisch et al. (2014).

Im Einzelnen wird den Fragen nachgegangen, (1) ob und inwieweit sich die subjektive Gesundheit (SRH) älterer türkeistämmiger Männer und Frauen unterscheidet, (2) wodurch gesundheitliche Ungleichheiten begründet sein könnten, (3) inwiefern daraus Konsequenzen für den Pflegebedarf folgen und (4) ob und inwiefern sich damit geschlechtsspezifische Pflegevorstellungen verknüpfen. Ziel ist es schließlich, am Beispiel älterer Zugewanderter aus der Türkei geschlechtsspezifische Bedarfe in den interdependenten Bereichen Gesundheit und Pflege herauszuarbeiten und Implikationen für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung älterer Migrant*innen abzuleiten.

Die ethnisch, sprachlich und religiös heterogenen älteren Türkeistämmigen bilden eine der größten Gruppen so genannter „Ageing in Place Migrants“ in Europa, die sich mehrheitlich aus Arbeitsmigrant*innen der Nachkriegszeit und nachgezogenen Familienangehörigen zusammensetzt und für die erhöhte soziale und gesundheitliche Vulnerabilitäten im Alter konstatiert werden (Baykara-Krumme und Platt 2018; Hunkler et al. 2015; King et al. 2017; Klaus und Baykara-Krumme 2017; Nielsen und Krasnik 2010; Nowossadeck et al. 2017). Ältere Türkeistämmige weisen oftmals schlechtere Wohnbedingungen, ein erhöhtes Armutsrisiko, eine größere materielle Deprivation und geringe Kompetenzen in der Sprache des Aufnahmelandes auf (Ahaddour et al. 2016; Baykara-Krumme und Platt 2018; Gustafsson et al. 2021; Palmberger 2017; Schopf und Naegele 2005; Suurmond et al. 2016) und sind gegenüber autochthonen Bevölkerungen gesundheitlich benachteiligt (El Fakiri et al. 2022; Hoogendijk et al. 2021; Igde et al. 2019; Sahyazici und Huxhold 2012; Van Tilburg und Fokkema 2021; Verest et al. 2019). Insbesondere Frauen gelten als gesundheitlich und sozial vulnerabel (Cramm und Nieboer 2018; Igde et al. 2019; Kotwal 2010; Schührer 2018; Sialino et al. 2019; Wengler 2011). Viele der älteren türkeistämmigen Migrant*innen scheinen trotz lang gehegten Rückkehrabsichten und gelebter Pendelmigration ihren Lebensabend in der Nähe ihrer Familien im Zuwanderungsland verbringen zu wollen und stellen dort somit eine zunehmend relevante Gruppe gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung dar (Krobisch et al. 2016; Schührer 2018; Strumpfen 2012).

2 Methodik

Die Ergebnisse zu den Genderdifferenzen in der Gesundheit und Pflege älterer türkeistämmiger Migrant*innen wurden im Rahmen eines Mixed-Method-Ansatzes generiert. Beide Publikationen basieren auf Datengrundlagen, die in einer qualitativen und einer daran anknüpfenden quantitativen Studie erhoben wurden. Die Eckpunkte der in den Publikationen bereits ausführlich beschriebenen Methodik (vgl. Krobisch et al. 2016: 291ff. und Krobisch et al. 2021: 468ff.) werden nachfolgend skizziert und insbesondere der Mixed-Method-Ansatz und die qualitative Methodik vertiefend dargestellt.

2.1 Mixed Method-Ansatz

Mit Blick auf den geringen Forschungsstand zum Thema Altern und Pflege älterer Migrant*innen zum Zeitpunkt der Untersuchung kombinierte der Mixed-Method-Ansatz qualitative und quantitative Methoden, um ein breiteres und tieferes Verständnis und damit den Forschungsgegenstand stärker zu fundieren (Johnson et al. 2007). Der Mixed-Method-Ansatz wurde auf zwei Ebenen umgesetzt.

Auf Ebene des *Studiendesigns* wurde ein explorativer, sequentieller Mixed-Method-Ansatz (Fetter et al. 2013) verfolgt. Im ersten Schritt zielte die qualitative Studie „Rekonstruktion der Vorstellungen vom Altern und von Einstellungen zur (stationären) Pflege bei Personen mit Migrationshintergrund“ von Schenk et al. (2011) auf die Erweiterung und Vertiefung der noch rudimentären Wissensbestände zu Alternsvorstellungen und Pflegeeinstellungen türkeistämmiger Migrant*innen und Zuwanderern aus der ehemaligen UdSSR. Die anschließende quantitative Studie von Krobisch et al. (2014) fokussierte die „Pflegesituation von türkeistämmigen älteren Migrantinnen und Migrantinnen“ und diente der Überprüfung zuvor gewonnener qualitativer Ergebnisse sowie der Verbesserung der auch heute noch geringen statistischen Erkenntnislage im Bereich der Pflege im Alter für diese Bevölkerungsgruppe. Zentrale qualitative Ergebnisse wurden für die standardisierte Befragung der Folgestudie operationalisiert.

Auf *interpretativer* Ebene (Fetter et al. 2013) erfolgte eine Integration qualitativer und quantitativer Ergebnisse. In Krobisch et al. (2016) wurden dazu bestehende Ergebnisse beider Studien zu den Pflegevorstellungen älterer türkeistämmiger Migrant*innen im Ergebnisteil interpretativ verknüpft und durch eine statistische Analyse zur Bedeutung migrationssensibler Pflege ergänzt. Krobisch et al. (2021) nutzten die bestehenden und im

Rahmen der Publikation nochmals erweiterten qualitativen Ergebnisse zur Erklärung der Ergebnisse weiterführender statistischer Analysen von Gendereffekten in der subjektiven Gesundheit älterer Türkeistämmiger, wobei die qualitativen und quantitativen Ergebnisse zunächst gesondert dargestellt und anschließend interpretativ integriert wurden. In einem weiteren Integrations- und Abstraktionsschritt führt der vorliegende Manteltext die geschlechtsspezifischen Ergebnisse beider Publikationen, ergänzt um weitere relevante Ergebnisse aus dem Forschungsbericht der quantitativen Studie (Krobisch et al. 2014), im Hinblick auf Geschlechterunterschiede in gesundheits- und pflegebezogene Versorgungsbedarfen zusammen.

2.2 Qualitative Studie

Zur Analyse der Alters- und Pflegevorstellungen von Migrant*innen wurden zwischen November 2010 und Mai 2011 insgesamt 48 in Berlin wohnhafte Zugewanderte der ersten und zweiten Generation aus der Türkei und ehemaligen Sowjetunion anhand leitfadengestützter narrativer Interviews befragt. Die 11 Interviewprotokolle der türkeistämmigen Arbeitsmigrant*innen der ersten Gastarbeitergeneration bilden die qualitative Datenbasis der beiden Publikationen. Ausgewertet wurden die Daten von Schenk et al. (2011) und nochmals weiterführend mit Fokus auf geschlechtsspezifische Altersvorstellungen von Krobisch et al. (2021) mittels rekonstruktivem Verfahren.

2.2.1 Zugangsstrategie und Stichprobenauswahl

Die Zugangsstrategie kombinierte ein Netzwerk- mit einem Schneeballverfahren, die durch Einbindung von Vertrauenspersonen aus sozialen Netzwerken der Zielgruppe der Überwindung migrationsspezifischer Teilnahmehürden an Gesundheitsstudien diene. Im kriteriengeleiteten Samplingverfahren erfolgte der Einschluss der Teilnehmenden entlang soziodemographischer Merkmale wie Alter, Geschlecht und Bildungsstand und des Migrationskontexts. Dadurch sollten verschiedene soziostrukturelle Handlungsbedingungen berücksichtigt werden, unter denen sich alters- und pflegbezogene Orientierungen von Menschen mit Migrationshintergrund entwickeln (Schenk et al. 2011: 23).

2.2.2 Datenerhebung

Dem qualitativen, gegenstandsoffenen Forschungsdesign entsprechend eröffneten die leitfadengestützten teil-narrativen Interviews den Teilnehmenden die Möglichkeit, den

Gesprächsverlauf selbst zu strukturieren und Themen in ihrer eigenen Sprache und ihrem individuellen lebensweltlichen Relevanzrahmen zu entfalten (vgl. Schenk et al. 2011: 21). Neben biografieorientierten Erzählstimuli beinhaltete der Interviewleitfaden flexibel einsetzbare Leitfragen zu den Themenkomplexen Altern und Pflege (vgl. Tabelle 1). Geschlechterbezogene Aspekte wurden in den Interviews durch Adhoc-Fragen wie etwa „Glauben Sie auch, dass Männer und Frauen [...] unterschiedlich altern?“, „Leben Frauen anders als Männer?“, „[...] Werden Frauen [...] anders alt als Männer? [...] wie werden Frauen alt, wie werden Männer alt? Gibt es einen Unterschied? Oder ist jeder Mensch gleich?“ thematisiert (vgl. Schenk et al. 2011: 62, 64, 65). Der im Rahmen von 6 Pretest Interviews erprobte und optimierte Interviewleitfaden lag in drei Sprachversionen vor, so dass die Teilnehmenden das Gespräch mit den bilingualen Interviewern wahlweise in türkischer, deutscher oder russischer Sprache führen konnten (vgl. Schenk et al. 2011: 21, 25). Die 11 zumeist auf Türkisch geführten Interviews dauerten zwischen 30 und 120 Minuten mit einer durchschnittlichen Dauer von 75 Minuten. Die Interviews wurden tonbandprotokolliert, transkribiert und ins Deutsche übersetzt (vgl. Krobisch et al. 2016: 291; Krobisch et al. 2021: 471).

Tabelle 1: Auszug aus dem Interviewleitfaden

Phase	Fragen
Biographischer Erzählstimulus	Ich möchte gern, dass Sie mir zunächst von Ihrem Leben erzählen. Und bevor Sie nach Deutschland kamen? Erzählen Sie mir bitte von ihrem Leben, bevor Sie nach Deutschland kamen. Und heute? Erzählen Sie von ihrem Leben heute.
Leitfadenfragen zum Thema Alter und Älterwerden	Fühlen Sie sich alt? Oder fühlen Sie sich noch jung? Warum? Woran machen Sie das fest? Welche schönen Dinge verbinden Sie mit dem Altwerden? Welche negativen Dinge verbinden Sie persönlich mit dem Altwerden? Erzählen Sie mir bitte von Ihrem alltäglichen Leben. Gibt es Dinge, die Ihnen im Alltag schwerfallen? Erzählen Sie mir bitte davon.
Leitfadenfragen zum Thema Pflege	Gab es für Sie oder Ihre Familie Situationen, in denen es um das Thema „Pflege“ ging? Erzählen Sie mir bitte von diesen Situationen.

Haben Sie sich bereits Gedanken darüber gemacht, was passiert, wenn jemand aus Ihrer Familie eines Tages gepflegt werden müsste?

Und wenn Sie selbst eines Tages gepflegt werden müssten: Was wüssten Sie sich für diese Zeit?

Quelle: entnommen aus Schenk et al. (2011)

2.2.3 Dokumentarische Analyse

Die Auswertung der Interviewprotokolle erfolgte nach der „Dokumentarischen Methode“ in Anlehnung an Bohnsack (2008), mittels der alterns- und pflegebezogene Orientierungen, die im Bereich des unreflektierten, atheoretischen Wissens liegen, aus den Erzählungen zur Handlungspraxis im Alltag der Teilnehmenden rekonstruiert wurden. In einem mehrstufigen Verfahren erfolgte zunächst die „formulierende Interpretation“ zur Erfassung des immanenten Sinngehalts und anschließend die „reflektierende Interpretation“ zur Explikation der Orientierungen und des atheoretischen Wissens. Der Interpretationsprozess und damit die „Standortgebundenheit“ der Forschenden wurde in der Gruppe der Forschenden intersubjektiv kontrolliert (Bohnsack 2008). Zur Untersuchung der Geschlechterunterschiede in der SRH der älteren türkeistämmigen Migrant*innen erweiterten Krobisch et al. (2021) die dokumentarische Analyse geschlechtsspezifischer Altersvorstellungen mit Fokus auf die Rollenvielfalt türkeistämmiger Frauen. Auch hier erfolgte eine intersubjektive Kontrolle der Interpretationsergebnisse in der Gruppe der Autorinnen.

2.3 Quantitative Studie

An der Querschnittsstudie zur „Pflegesituation älterer türkeistämmiger Migrant*innen“ beteiligten sich 194 in Berlin lebende Zugewanderte im Alter von 55 Jahren und mehr, die in der Türkei geboren wurden oder sich selbst als „türkeistämmig“ identifizierten. Die im Jahr 2013 standardisiert erhobenen Daten wurden einer deskriptiven Grundauswertung unterzogen (Krobisch et al. 2014). Daraus resultierende ausgewählte Ergebnisse zu den Alters- und Pflegevorstellungen gingen in die Publikation von Krobisch et al. (2016) ein und wurden um eine weiterführenden Regressionsanalyse der Bedeutung migrationssensibler Pflege ergänzt. Auf Basis der quantitativen Daten analysierten Krobisch et al. (2021) Gendereffekte in der SRH und deren mögliche Ursachen mittels deskriptiver Verfahren und einer multivariaten Mediationsanalyse.

2.3.1 Zugangsstrategie und Stichprobenauswahl

Die Gewinnung der Studienteilnehmenden erfolgte wie in der qualitativen Studie in Kombination eines Netzwerk- und Schneeballverfahrens, in dem Vertreter*innen aus unterschiedlichen Institutionen und die bilingualen Interviewenden als Vertrauenspersonen fungierten und zusätzlich Direktansprachen im öffentlichen Raum stattfanden. Die Fallzahlplanung der Studie orientierte sich dabei an ihrer Machbarkeit im Rahmen des explorativen Forschungsansatzes und erschwerten Zugangs zur Zielgruppe. Die Generierung der Stichprobe erfolgte mittels kriteriengeleitetem Quotenverfahren, das die Studienteilnehmenden entlang realer Verteilungen der Merkmale Alter und Bildung in bevölkerungsrepräsentativen Daten auswählte. Zudem wurde die Zusammensetzung der Stichprobe für das Merkmal Geschlecht kontrolliert, für das zum Zwecke geschlechtsspezifischer Analysen vor dem Hintergrund des relativ kleinen anvisierten Stichprobenumfangs ein ausgeglichenes Verhältnis maßgeblich war.

2.3.2 Datenerhebung

Das standardisierte Erhebungsinstrument operationalisierte die vier aus der qualitativen Studie und dem empirischen Forschungsstand abgeleiteten Dimensionen der Pflegesituation Pflegebedarf, Pflegeorientierungen, Versorgungssituation und Informationssituation. Die hier relevanten Dimensionen Pflegebedarf und Pflegeorientierungen zielten dabei auf die Erfassung unterschiedlicher Gesundheitsindikatoren und alters- und pflegebezogener Einstellungen, Erwartungen und Bedürfnisse. Darüber hinaus erhob der Fragebogen soziodemographische, sozioökonomische sowie migrations- und integrationsbezogene Merkmale wie Alter, Geschlecht, subjektive Einkommenssituation, Zuwanderungsjahr, selbst eingeschätzte Deutschkenntnisse oder ethnische Identität (vgl. Krobisch et al. 2014: Anhang 1). Der deutschsprachig entwickelte Fragebogen wurde in die türkische Sprache hin- und rückübersetzt und anhand von 15 Interviews mit älteren Türkeistämmigen einem „Pretest im Feld“ unterzogen. Statt einer schriftlichen Einwilligungserklärung wurde zur Reduktion von Teilnahmemürden die mündliche Einwilligung zum Interview nach persönlicher und schriftlicher Aufklärung durch die bilingualen Interviewenden als informierte Zustimmung der Teilnehmenden gewertet. Auf Wunsch der Teilnehmenden fanden die persönlichen Befragungen durch die bilingualen Interviewer in deutscher, jedoch mehrheitlich in türkischer Sprache statt.

2.3.3 Statistische Analysen

In einem ersten Schritt wurden die quantitativen Daten entlang ausgewählter Aspekte der vier Dimensionen der Pflegesituation einer deskriptiven Grundauswertung mittels absoluter und relativer Häufigkeiten sowie Summenindizes unterzogen. Bivariate Kontingenzanalysen ermittelten zudem geschlechts- und sozialstatusspezifische Unterschiede (vgl. Krobisch et al. 2014). Auf Basis der Erstausswertung konzipierten und erstellten die Autorinnengruppen die beiden Publikationen und führten ergänzend die Regressionsanalyse zur Bedeutung migrationssensibler Pflege (Krobisch et al. 2016) sowie die deskriptive und multivariate Mediationsanalyse der Geschlechterunterschieden in der SRH (Krobisch et al. 2021) durch.

Regressionsanalyse der Valenz migrationssensibler Pflege

Vor dem Hintergrund der Fragestellung, welche Bedeutung ein gemeinsamer Migrations- bzw. soziokulturellen Hintergrund mit professionellen Pflegenden aus Sicht der Befragten zukommt, ergänzte die multivariate Regressionsanalyse die bisherigen quantitativen Ergebnisse um einen Erkenntnisbeitrag zu der Frage, durch welche migrations-, integrations- und gesundheitsbezogenen Merkmale die Bedeutung migrationssensibler Pflege unter den befragten Türkeistämmigen beeinflusst wird.

Die Zielvariable der Regressionsanalyse *Valenz (Bedeutsamkeit) migrationssensibler Pflege* bildete ein Summenindex aus sieben Indikatoren kultur- und migrationssensibler Merkmale in der professionellen Pflege. Die potenziellen migrations-, integrations- und gesundheitsbezogenen Prädiktoren gingen als Dummy-Variablen in die Analyse ein.

Die Regressionsanalyse erfolgte mittels nicht-parametrisches Bootstrapping-Verfahren. Nicht signifikante Prädiktoren und Kontrollvariablen wurden aus dem Modell entfernt, so dass das finale Regressionsmodell die multikategorialen Variablen *ethnische Identität* und *selbsteingeschätzte Deutschkenntnisse* sowie die binäre Kontrollvariable *Geschlecht* und die kontinuierliche Kontrollvariable *Alter* beinhaltet. Der unstandardisierte Koeffizient (B) der unabhängigen Variablen zeigt die Änderung in der Anzahl der ausgewählten Indikatoren einer migrationssensiblen Pflege für die jeweilige Ausprägung im Vergleich zur Referenzkategorie und der standardisierte Regressionskoeffizient (β) die Effektstärke der Prädiktoren. Im analysierten Modell erklären die berücksichtigten Regressoren 12% der Varianz der Valenz migrationssensibler Pflege ($F = 4,93$; $p < 0,001$).

Geschlechterunterschiede in der subjektiven Gesundheit

Die weiterführende Untersuchung der Geschlechterunterschiede in der SRH älterer türkistämmiger Migrant*innen basierte auf qualitativen und quantitativen Ergebnissen von Schenk et al. (2011) und Krobisch et al. (2014), die auf ein früheres Altern und auf einen schlechteren Gesundheitsstatus der befragten Frauen hindeuteten. In einem zweistufigen Vorgehen wurden mittels deskriptiver, bivariater Verfahren und einer parallelen multiplen Mediatoranalyse die Ergebnisse zu der gesundheitlichen Ungleichheit zwischen den Männern und Frauen weiter fundiert und sie möglicherweise vermittelnde Faktoren identifiziert.

Zielvariable der Untersuchung bildete die *SRH* (1= sehr gut bis 5 = sehr schlecht), das *Geschlecht* (weiblich, männlich) die unabhängige Variable. Als potenzielle Mediatoren und Kontrollvariablen wurden verschiedene soziodemographische, sozioökonomische sowie migrations-, integrations- und gesundheitsbezogene Merkmale berücksichtigt (vgl. Krobisch et al. 2021: 468f.).

Im ersten Auswertungsschritt ermittelten deskriptive Kontingenzanalysen potenzielle Mediatoren der Geschlechterunterschiede in der SRH. Entsprechend der Annahme, dass sich der Einfluss des Geschlechts auf die SRH über Mediatorvariablen vermitteln kann (vgl. Abbildung 1), gingen alle Variablen mit signifikanten Geschlechterunterschieden in die multiple parallele Mediatoranalyse ein. Das Mediationsmodell analysierte den Gesamteffekt (c) von *Geschlecht* auf die *SRH*, den indirekten Gesamteffekt (a_1b) der kontinuierlichen Variablen *funktionale Einschränkungen* und *emotionale Einsamkeit*, der binären Variablen *Familienstand*, *physische Aktivität* und *Vorsorgeuntersuchungen*, der multikategorialen Variablen *Bildungsstand*, *Rauchen* und *ethnische Identität*, sowie deren spezifischen indirekten Effekte ($a_1b_1, a_2b_2 \dots a_jb_j$) bei gleichzeitiger Berücksichtigung aller potenziellen Mediatoren und der kontinuierlichen Kontrollvariable *Alter*. Ein Mediationseffekt gilt als signifikant, wenn das quartil-basierte Bootstrap Konfidenzintervall (quartile-based bootstrap confidence interval, bCI) des Koeffizienten nicht 0 enthält. Die β -Koeffizienten zeigen die Änderung in der SRH, wenn sich die unabhängigen Variablen des direkten Effekts oder der indirekten Effekte gegenüber der jeweiligen Referenzgruppe um eine Einheit ändern. Ein positiver Koeffizient impliziert dabei eine Verschlechterung der SRH, z.B. zeigt der positive Koeffizient des indirekten Effekts von Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten (a_2b_2), dass Frauen größere funktionale Einschränkungen als die Männer aufweisen, die wiederum eine geringere SRH bedingen.

Die deskriptiven Vorauswertungen zur Mediatoranalyse wurden anhand von Stata IC15 und die Mediatoranalyse mittels „mma“ R-Paket (Yu und Li 2017) durchgeführt. Alle anderen Analysen erfolgten unter Anwendung von SPSS Statistics 22.

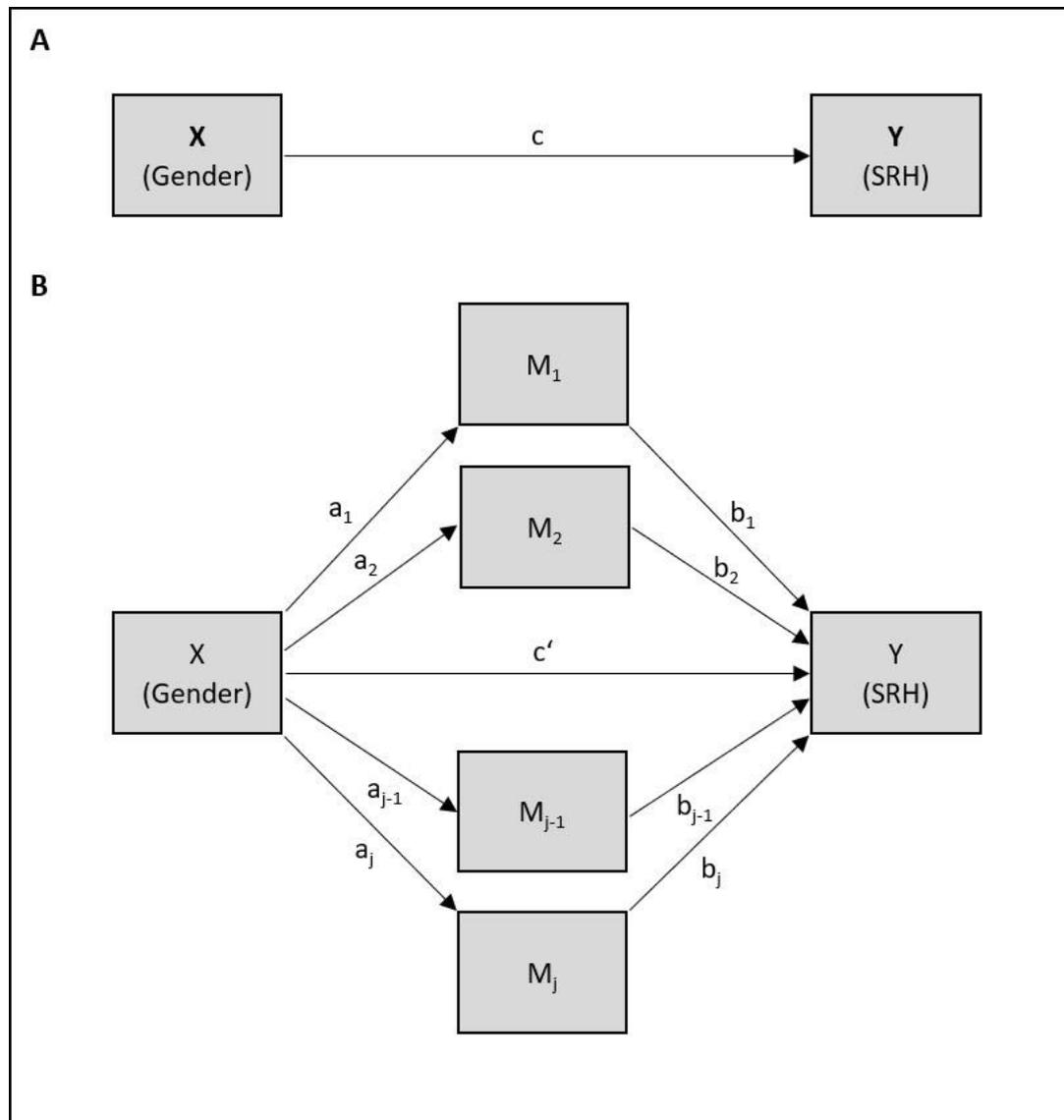


Abbildung 1: Multiples Mediationsdesign mit j Mediatoren; (A) Gender (x) beeinflusst SRH (y), c = Gesamteffekt; (B) Gender (x) beeinflusst SRH (y) hypothetisch indirekt durch M_1, M_2, \dots, M_j , $a_1b_1, a_2b_2, \dots, a_jb_j$ = indirekte Effekte der Mediatoren, c' = direkter Effekt; Quelle: entnommen aus Krobisch et al. (2021), Übersetzung durch die Autorin

3 Ergebnisse

3.1 Stichprobenmerkmale

3.1.1 Qualitative Stichprobe

Die 11 qualitativ befragten Arbeitsmigrant*innen der ersten Generation aus der Türkei waren zu etwa gleichen Teilen männlich oder weiblich mit einem durchschnittlichen Alter von rund 68 Jahren, unterschiedlichem Familien- und Bildungsstand sowie einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von gut 42 Jahren (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 2: Merkmale der qualitativen Stichprobe (n= 11)

Merkmale	Jahre / n
Alter	
Mittelwert	67,9
Geschlecht	
Männlich	6
Weiblich	5
Familienstand	
Verheiratet	6
Verwitwet, geschieden, ledig	5
Höchste berufliche Qualifikation	
Un- oder angelernt	5
Ausbildung, Lehre, Meister/Techniker	4
Hochschule, Universität	2
Zuwanderungsweg	
Gastarbeiterzuwanderung (bis einschließlich 1973)	11
Aufenthaltsdauer	
Mittelwert	42,2
n= absolute Häufigkeiten	

Quelle: entnommen aus Krobisch et al. (2021), Übersetzung durch die Autorin

3.1.2 Quantitative Stichprobe

Die 194 standardisiert befragten türkeistämmigen Männer und Frauen im Alter von durchschnittlich 68 Jahren weisen ein nahezu ausgeglichenes Geschlechterverhältnis auf und

verfügen mehrheitlich über einen eher geringen Bildungsstand (vgl. Tabelle 3). Ein Großteil (76,4%) wanderte während der Gastarbeitermigration zwischen 1956 und 1974 nach Deutschland zu, ein knappes Viertel erst ab 1974, d.h. über andere Zugangswege wie dem Familiennachzug. Mehr als drei Viertel (78,6%) waren zum Befragungszeitpunkt bereits in Rente und fast ein Fünftel (19,8%) pflegebedürftig im Sinne des Bezugs von Leistungen der sozialen Pflegeversicherung (vgl. Krobisch et al. 2014: 24ff.). Tabelle 3 zeigt weiterhin, dass die Verteilung der Merkmale Alter und Bildungsstand in der Stichprobe annähernd der Verteilung in der älteren türkeistämmigen Gesamtbevölkerung in Deutschland entspricht.

Tabelle 3: Merkmale der quantitativen Stichprobe mit Vergleichsdaten

Merkmale	Stichprobe		Vergleichsdaten ^b
	n	%	%
Alter^a			
60–64	75	38.7	33.1
65–69	46	23.7	32.3
70–74	41	21.1	23.4
≥75	32	16.5	11.3
Gesamt	194	100	100
Geschlecht			
Männlich	101	52.1	65.9
Weiblich	93	47.9	34.1
Gesamt	194	100	100
Höchster Berufsabschluss			
Un- oder angelernt	158	81.4	86.5
Ausbildung, Lehre, Meister/Techniker	23	11.9	11.5
Hochschule, Universität	13	6.7	1.9
Gesamt	194	100	100

n= absolute Häufigkeiten

^a Durchschnittliches Alter: 68 Jahre; Spannweite: 55-88 Jahre

^b *Alter*: Altersverteilung der türkeistämmigen Bevölkerung in Deutschland im Alter von 60 Jahren und mehr, Quelle: Mikrozensusdaten 2012 (Statistisches Bundesamt 2012), eigene Berechnungen; für die Altersgruppen 85-90, 90-95 und 95 älter waren keine Daten verfügbar; sieben Personen jünger als 60 Jahre wurden in die Altersgruppe 60-64 integriert. *Geschlecht*: Geschlechterverteilung der türkeistämmigen Bevölkerung im Alter von 55 Jahren und mehr in den Haupterhebungsbezirken Friedrichshain-Kreuzberg, Mitte, Neukölln und Tempelhof-Schöneberg, Quelle: Daten des Statistikamts Berlin-Brandenburg 2013 (Sonderabfrage), ei-

gene Berechnungen. *Höchster Berufsabschluss*: Verteilung der höchsten beruflichen Qualifikation in der Bevölkerung mit türkischer Staatsangehörigkeit im Alter von 65 Jahren und mehr, Quelle: Sonderauswertung von Mikrozensusdaten 2002 (Özcan und Seifert 2006)

Quelle: entnommen aus Krobisch et al. (2021), Übersetzung durch die Autorin

3.2 Geschlechterunterschiede in der Gesundheit und den Pflegevorstellungen älterer türkeistämmiger Migrant*innen

Um den Erkenntnisgewinn der Publikationen anzureichern und einzuordnen, werden die nachfolgend dargestellten zentralen Ergebnisse zur gesundheitlichen Ungleichheit zwischen älteren türkeistämmigen Männern und Frauen der ersten Zuwanderungsgeneration von Krobisch et al. (2021) und zu den Geschlechterunterschieden in den Pflegevorstellungen von Krobisch et al. (2016) durch weitere quantitative geschlechtsspezifische Ergebnisse zu den Pflegevorstellungen von Krobisch et al. (2014) ergänzt.

3.2.1 Geschlechterunterschiede in der Gesundheit

Die statistische Untersuchung von Gendereffekten in der SRH älterer türkeistämmiger Migrant*innen belegt einen schlechteren Gesundheitsstatus der Frauen gegenüber den Männern. Dem Mediationsmodell zufolge weisen die weiblichen Befragten eine geringere SRH als die Männer auf ($c = 0.443$, bCI [0.165–0.736]), die sich über größere gesundheitlich bedingte Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten ($a_2b_2 = 0.183$, bCI [0.056–0.321]) und eine ausgeprägtere emotionale Einsamkeit ($a_3b_3 = 0.057$, bCI [0.008–0.128]) der Frauen vermittelt (vgl. Krobisch et al. 2021: 471). Die dokumentarisch analysierten Altersvorstellungen türkeistämmiger Arbeitsmigrant*innen der ersten Generation erklären den statistischen Befund einer niedrigeren funktionalen Gesundheit der Frauen durch deren früheres (körperliches) Altern (vgl. Krobisch et al. 2021: 471ff.). Männliche wie weibliche Interviewte führen das frühere Altern auf die soziale Rollenvielfalt der Frauen zurück, die durch die weitgehend alleinige Übernahme tradiert weiblicher Pflichten in der haushalts- und familienbezogenen Sorgearbeit und zusätzliche außerhäusliche Erwerbstätigkeit erhöhten gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt sind (vgl. Krobisch et al. 2021: 474). Manche der interviewten Frauen erleben die Männer im Alltag als wenig unterstützend und verlässlich handelnde Partner, die ihre Frauen in gesundheitlich prekären Lebensumständen allein lassen und Fürsorge- und Pflegeverantwortung in die Hände von religiösen Institutionen oder Pflegeeinrichtungen legen (vgl. Krobisch et al. 2021: 474). Dergestalt eher negativ erlebte Partnerschaften könnten die größere emotionale

Einsamkeit, d.h. den stärker empfundenen Mangel an intimer vertrauter Bindung seitens der Frauen erklären.

3.2.2 Geschlechterunterschiede in den Pflegevorstellungen²

Genderdifferenzen in den Pflegevorstellungen der standardisiert Befragten bestehen – laut unserer statistischen Analysen – in den Versorgungserwartungen an die Kinder, in den Einstellungen zur stationären Versorgung und in den Bedürfnissen hinsichtlich einer professionellen Pflege. Den deskriptiven Ergebnissen zufolge kommt zwar für beide Geschlechter gleichermaßen eine Versorgung älterer unterstützungsbedürftiger Angehöriger in der Familie, vor allem durch den oder die (Ehe)Partner*in (77%) wie auch durch professionelle Pfleger*innen (89%) in Betracht (vgl. Krobisch et al. 2016: 294f.). Doch sehen die befragten Frauen ihre Kinder mit einer Präferenz für die Versorgung durch die Töchter (Söhne: 53,9%; Töchter: 68,5%) häufiger in der Pflegeverantwortung als die Männer (Söhne: 41,4%; Töchter: 42,4%) (vgl. Krobisch et al. 2014: 52). Insgesamt scheinen die Befragten die Kinder häufig sogar von jeglicher Pflegeverantwortung auszunehmen; so lehnen relativ hohe Anteile – ohne relevante Geschlechterunterschiede – die Aussage ab, dass ältere Pflegebedürftige durch die Söhne (34%) bzw. Töchter (29%) gepflegt werden sollten (vgl. Krobisch et al. 2016: 295). Differenziert nach der Form professioneller Pflege bezieht sich die Offenheit der quantitativ befragten Männer und Frauen vor allem auf die häusliche Pflege (74%). Eine dauerhafte Versorgung in einer stationären Einrichtung wie einem Pflegeheim können sich hingegen die Frauen (68,2%) deutlich seltener vorstellen als die Männer (49,5%) (vgl. Krobisch et al. 2014: 53). Dabei haben Frauen (58,1%) größere Bedenken als Männer (39,8%), in einem Pflegeheim nicht gut versorgt zu sein (Frauen: 58,1%; Männer: 39,8%) (vgl. Krobisch et al. 2014: 54).

Weitere Geschlechterunterschiede fanden sich in der Bedeutsamkeit migrationssensibler professioneller Pflege. Dem Regressionsmodell zufolge messen zwar auch viele männliche Befragte einer Berücksichtigung kultureller und migrationsspezifischer Aspekte Bedeutung bei, doch wählten die Frauen 0,73 Indikatoren einer migrationssensiblen Pflege mehr aus als die Männer ($\beta = -0,23$, $p < 0,01$) (vgl. Krobisch et al. 2016: 297). Der größte Unterschied besteht in der gleichgeschlechtlichen Körperpflege, die fast alle Frauen

² Aufgrund unterschiedlicher Darstellungsweisen in den Publikationen werden die relativen Häufigkeiten in den folgenden Ausführungen als ganzzahlige Prozentzahlen oder Dezimalzahlen angegeben.

(91,9%), aber nur gut die Hälfte der Männer (53,6%) als ein Merkmal guter Pflege ansehen. Darüber hinaus finden mehr Frauen als Männer die Berücksichtigung von Essgewohnheiten und religiöser Feiertage oder das Ausziehen von Straßenschuhen vor Betreten der Wohnung wichtig (vgl. Krobisch et al. 2014: 55f.). Einzig für die muttersprachliche Versorgung ergaben sich in der deskriptiven Analyse keine relevanten Geschlechterunterschiede; die große Mehrheit (79%) der Männer und Frauen wünschen sich Pflegende mit Türkischkenntnissen (vgl. Krobisch et al. 2016: 295). Dabei schreiben qualitativ Interviewte der Kommunikation mit den Pflegenden in türkischer Sprache nicht nur eine instrumentelle Funktion zur Verständigung auf der Sachebene zu. Die vertraute Sprache sowie auch Gemeinsamkeiten mit den Pflegenden im biographisch-kulturellen Hintergrund ermöglichen – erfüllt durch ein unmittelbares intuitives Verstehen – auch die emotionale Funktion einer sozialen Einbindung (vgl. Krobisch et al. 2016: 295f.). Die soziale Einbindung durch die Versorgungsbeziehung stellt indessen vor allem für die standardisiert befragten Frauen ein Qualitätsmerkmal professioneller Versorgung dar; sie möchten sich häufiger als die Männer mit den Pflegenden auch unterhalten können (vgl. Krobisch et al. 2014: 55f.).

4 Diskussion

Gesellschaften des langen Lebens blicken oftmals auf umfassende Zuwanderungsprozesse zurück, die sich auch gegenwärtig und in Zukunft fortsetzen. Damit steht die gesundheitliche und pflegerische Versorgung vor der Herausforderung, den daraus resultierenden Diversitätszuwachs älterer Bevölkerungen in adäquate Versorgungsstrukturen zu übersetzen. Vor diesem Hintergrund untersucht die vorliegende Dissertation am Beispiel zugewanderter Älterer aus der Türkei den bislang in Politik und Forschung wenig berücksichtigten Aspekt der Genderspezifität in gesundheitlichen und pflegebezogenen Versorgungsbedarfen älter Migrant*innen. In Abgleich mit dem aktualisierten und erweiterten Forschungsstand werden nachfolgend die zentralen mixed-method-basierten Befunde zu den gesundheitlichen Unterschieden zwischen älteren türkeistämmigen Männern und Frauen, deren mögliche Ursachen sowie geschlechtsspezifischen Alterns- und Pflegevorstellungen aus Versorgungsbereich übergreifender Perspektive integriert. Anknüpfend erfolgt die Diskussion ausgewählter methodischer Stärken und Schwächen der zugrundeliegenden Studien und Implikationen für die Versorgung älterer (türkeistämmiger) Migrant*innen und künftige Forschung.

4.1 Zentrale Befunde: Gesundheitliche Benachteiligung und geschlechtsspezifische Pflegevorstellungen älterer türkeistämmiger Migrantinnen

Die multiple Mediatoranalyse belegt eine geringere SRH älterer türkeistämmiger Frauen, die sich wiederum durch deren Schlechterstellung gegenüber den Männern in der funktionalen Gesundheit und emotionalen Einsamkeit vermittelt. Erklärend legen die rekonstruierten Alternsvorstellungen ein durch die soziale Rollenvielfalt aus haushalts- und familienbezogener Sorgearbeit plus außerhäuslicher Erwerbstätigkeit verursachtes früheres physisches Altern der Frauen nahe. Ihre größere emotionale Einsamkeit könnte den qualitativen Ergebnissen zufolge im Zusammenhang mit negativ erlebten Partnerschaften stehen. Hinsichtlich ihrer Pflegevorstellungen zeigen Frauen eine höhere Präferenz für eine familiäre Pflege durch die Kinder. Zugleich scheinen sich männliche wie weibliche Befragte einer formellen Pflege zu öffnen, von denen viele die Versorgung älterer Menschen auch als eine Aufgabe professionell Pflegender ansehen und ein relevanter Anteil explizit keine Pflegeverantwortung bei den Kindern sieht. Anders als die Männer, mit denen sie eine große Offenheit für ambulante Pflege teilen, lehnen die Frauen stationäre

Pflegeangebote stärker ab, weisen eine größere Sorge auf, in einem Pflegeheim nicht gut versorgt zu sein und legen mehr Wert auf eine migrations- bzw. diversitätssensible Versorgung. Vergleichende Ergebnisse zeigen dabei, dass den Frauen vor allem eine gleichgeschlechtliche Körperpflege wichtiger ist als den Männern, aber auch eine Berücksichtigung kulturell oder religiös geprägter Lebensgewohnheiten, Alltagspraktiken und Rituale. Muttersprachliche Versorgung hingegen erwies sich für die Männer und Frauen als gleichermaßen relevant, wobei sie einer sozialen Einbindung durch die professionelle Versorgungsbeziehung mehr Bedeutung beimessen und sich diese, den qualitativ ermittelten Pflegevorstellungen zufolge über die emotionale Funktion muttersprachlicher Versorgung und durch Pflegende mit einem ähnlichen biographisch-kulturellen Hintergrund vermittelt.

4.2 Genderspezifik in der Gesundheit und Pflege älterer Migrant*innen aus übergreifender Versorgungsperspektive

Im Allgemeinen nehmen mit steigendem Lebensalter gesundheitliche Risiken zu, die mit einer Entstehung von Pflegebedürftigkeit assoziiert sind, und in gesundheitsbedingten Beeinträchtigungen der selbstständigen Lebensführung münden können, die Hilfe und Pflege durch andere Menschen erforderlich machen. Insofern bilden Gesundheit und Pflege zwei eng zusammenhängende Versorgungsbereiche, in denen gesundheitsfördernde, präventive und rehabilitative Maßnahmen nicht nur gesundheitliche Ungleichheiten reduzieren, sondern das Eintreten oder Fortschreiten von Pflegebedürftigkeit vermeiden oder verzögern können. Familiäre, ambulante und stationäre Unterstützungs- und Pflegeleistungen dienen dabei der Kompensation bestehender Einschränkungen in der Alltagsbewältigung. Aus dieser übergreifenden Perspektive deuten die vorgestellten Ergebnisse darauf hin, dass ältere türkeistämmige Frauen in der Versorgung eine Zielgruppe mit erhöhter gesundheitlicher Vulnerabilität, einem erhöhten Pflegebedarf im Alter bilden, die sich mit genderspezifischen Vorstellungen von einer Pflege verbinden.

4.2.1 Gesundheitliche Benachteiligung älterer Migrantinnen – Potenzial für einen erhöhten Pflegebedarf

Studien zu den Determinanten von Pflegebedürftigkeit belegen, dass diese in Folge des Zusammenwirkens von im Altersgang zunehmender körperlicher, psychischer und neurodegenerativer Erkrankungen (z.B. Harninkontinenz, Schlaganfall, Krebs, Diabetes oder

verringerte Mobilität, Depressionen und Demenz) und sozialen Risikofaktoren (z.B. geringer Bildungsstand oder das Fehlen eines Partners) entsteht und unabhängig vom Gesundheitsverhalten, Alter und Morbidität eine geringe SRH mit einer höheren Wahrscheinlichkeit von Pflegebedürftigkeit einhergeht (Blüher et al. 2017; Schnitzer et al. 2020). Vor diesem Hintergrund spricht nicht nur die festgestellte schlechtere SRH der weiblichen Befragten, sondern auch die sie vermittelnden Geschlechterunterschiede in der funktionalen Gesundheit und emotionalen Einsamkeit, die besonders bei körperlich beeinträchtigten älteren Menschen depressive Entwicklungen befördern kann (Pantel 2021), für ein erhöhtes Risiko älterer türkeistämmiger Frauen, pflegebedürftig zu werden. Auch der bereits von Krobisch et al. (2021: 475f.) rezipierte und hier nochmals erweiterte Forschungsstand untermauert diesen Befund. Quantitative Studien aus europäischen Ländern mit relativ großen Bevölkerungsanteilen ehemaliger Arbeitsmigrant*innen aus der Türkei zeigen eine schlechtere physische Leistungsfähigkeit (Gehen, Aufstehen von einem Stuhl, Balance), eine geringere gesundheitsbezogene Lebensqualität (physische Funktionen, Vitalität, mentale Gesundheit) und ein geringeres allgemeines (physisches und soziales) Wohlbefinden der Frauen im Vergleich zu den Männern (Buchcik et al. 2017; Cramm und Nieboer 2018; Sialino et al. 2019; Verhagen et al. 2014). Mit dem offenbar früheren subjektiven Altern der Frauen, das die qualitativ analysierten Altersvorstellungen implizieren, könnte also ein gegenüber den Männern erhöhter, d.h. früher einsetzender und sich auf eine längere Lebenszeit erstreckender, Pflegebedarf einhergehen. Darauf deuten auch eine qualitative Studie von Matthäi (2005) unter alleinstehenden Migrantinnen der ersten Zuwanderergeneration in Deutschland sowie ein quantitativer Befund aus Deutschland hin, wonach türkeistämmige Frauen etwas mehr ihrer verbleibenden Lebenszeit mit funktionalen Einschränkungen verbringen als ihre männlichen Gegenstücke (Carnein et al. 2015). Darüber hinaus ist mit der höheren Lebenserwartung von Frauen (Oksuzyan et al. 2018; SVR 2022) sowie der unter älteren türkeistämmigen Ehepartnern oftmals bestehende Altersunterschied (Matthäi 2005) mit einem größeren Risiko für den Verlust des Partners und damit für die Entstehung von Pflegebedürftigkeit assoziiert. Bevölkerungsrepräsentative Daten für Deutschland legen ebenfalls eine „Feminisierung des Alters“ in der Bevölkerung mit Migrationshintergrund in höheren Altersgruppen nahe (Schimany et al. 2012) und Vorausberechnungen zur Anzahl von Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund im Jahr 2030 einen Frauenanteil von 58% (Thum et al. 2015). Geschlechterungleichheiten, z.B. unter Chinesisch-, Koreanisch- und Lateinamerikanisch-stämmige in den USA (Jang et al. 2011; Lee und GlenMaye 2014; Tang et

al. 2019; Yancu 2011) sowie ein längerer Erhalt kognitiver Funktionen von Männern gegenüber Frauen, die in der mittleren Lebensspanne (20 bis 49 Jahre) in die USA zuwanderten (Hill et al. 2012), lassen darüber hinaus vergleichbare Entwicklungen in anderen Zuwanderergruppen und Ländern vermuten.

Mit den mixed-method-basierten Ergebnissen zu den Genderdifferenzen in der Gesundheit älterer türkeistämmiger Migrant*innen mehrt die vorliegende Dissertation nicht nur die bisherige internationale Evidenz für eine gesundheitliche Benachteiligung älterer Migrantinnen allgemein. Sie fügt dem geringen Erkenntnisstand zum Pflegebedarf von Zuwandererpopulationen außerdem eine systematische Betrachtung eines möglicherweise erhöhten Risikos zugewanderter Frauen hinzu, früher und über eine längere Lebenszeit hinweg pflegebedürftig zu werden. Durch die Hinweise auf einen erhöhten Pflegebedarf älterer Frauen aus der Türkei trägt die Arbeit weiterhin der in amtlichen und Forschungsdaten im Bereich der Pflege noch unzureichend abgebildeten Diversität von Bevölkerungen mit Migrationshintergrund Rechnung.

4.2.2 Rollenvielfalt und unerfüllte Beziehungsbedürfnisse – Ansatzpunkte zur Reduktion gesundheitlicher Benachteiligung

Mit Blick auf die gesundheitliche Benachteiligung und dem potenziell erhöhten Pflegebedarf älterer Migrantinnen stellt sich für die gesundheitliche Versorgung die Frage nach den Ursachen der Genderdisparitäten, die Handlungsbereiche für präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen markieren könnten.

Genderspezifische Verteilungen sozialer Rollen gelten gemeinhin als gesellschaftliche Differenzierungsprozesse, die Ungleichheiten in der Gesundheit von Männern und Frauen erzeugen (Carmel 2019). Den hier vorgestellten qualitativen Ergebnissen zufolge scheinen auch bei den Arbeitsmigrant*innen der ersten Generation aus der Türkei soziale Rollenzuschreibungen mitverantwortlich für die Entstehung der gesundheitlichen Benachteiligung der Frauen zu sein. Wie Krobisch et al. (2021: 475) bereits diskutierten, könnte die Rollenvielfalt der Frauen im Zusammenhang mit ihrer Migration entstanden sein. So war die „Gastarbeiterzuwanderung“ nach Deutschland an eine Erwerbstätigkeit gekoppelt und Akkulturationsprozesse könnten zu einer Angleichung an Gendernormen der Zuwanderungsgesellschaft geführt haben, die eine außerhäusliche Erwerbstätigkeit bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung tradierter Verantwortlichkeiten in der Haus- und Familienarbeit vorsehen (vgl. Krobisch et al. 2021: 475). Qualitative Forschungsarbeiten aus

verschiedenen europäischen Ländern stützen den Befund einer mit dem Migrationskontext zusammenhängenden erhöhten Rollenvielfalt von Frauen aus der Türkei und anderen Herkunftsländern, wonach diese im Zuwanderungsland weiterhin tradierte Geschlechterrollen übernahmen und sich durch zusätzliche Aufgaben wie eine mitunter ökonomisch erforderliche Erwerbstätigkeit um die Reorganisation des Familienlebens bemühten (Gee et al. 2003; Naldemirci 2013; Palmberger 2019; Zielke-Nadkarni 2003). Zugleich waren türkeistämmige Frauen aufgrund des migrationsbedingten Verlusts von tradierten Unterstützungsressourcen wie Nachbarschafts- und Verwandtschaftsnetzwerke im Herkunftsland in der Erfüllung ihrer Rollen oftmals allein gelassen, was mit körperlichen und mentalen Belastungen einherging (Zielke-Nadkarni 2003). Infolge scheint sich die Rollenvielfalt zudem nachteilig auf das Gesundheitsverhalten der Frauen auszuwirken. Qualitative Studien und Übersichtsarbeiten zeigen, dass z.B. türkeistämmige oder arabisch-muslimische ältere Migrantinnen in verschiedenen Ländern vor allem in belastenden Lebenssituationen zu einer Vernachlässigung der eigenen Gesundheit und Selbstfürsorge zu Gunsten der Erfüllung sozialer Rollen und Verpflichtungen tendieren (Adam und Carol 2020; Hussein und Oglak 2012; Kristiansen et al. 2016; Salma et al. 2017; Salma et al. 2018). Hierbei kommen womöglich kulturell geprägte soziale Identitäten von Frauen zum Tragen, welche die Fürsorge- und Pflegeverantwortung für die Familie als Teil des Rollenverständnisses als Tochter, Ehefrau, Mutter und Großmutter beinhalten (Arora et al. 2020; Koudstaal et al. 2020; Saltus und Pithara 2015). Statistischen Daten zufolge weist rund ein Drittel (27,9%) der türkeistämmigen Frauen der ersten Generation in Deutschland eine soziale Rollenvielfalt aus Sorgearbeit und außerhäuslicher Erwerbstätigkeit auf (Seifert 2007).

Eine Erklärung für die größere emotionale Einsamkeit der Frauen ergab sich in den qualitativen Altersvorstellungen mit den von den Frauen negativ erlebten Beziehungen zu den Ehemännern. Im Allgemeinen bilden gute Paarbeziehungen mit zunehmendem Alter eine Hauptressource für Unterstützung und Intimität und das Vorhandensein eines Partners einen protektiven Faktor gegen Einsamkeit (De Jong Gierveld et al. 2009; De Jong Gierveld et al. 2012; Fokkema et al. 2012, Park et al. 2018; Tiilikainen und Seppänen 2017). Jedoch gilt dies, wie von Krobisch et al. (2021: 475f.) diskutiert, nur dann, wenn die Partnerschaften als positiv erlebt werden. Dementsprechend unterstreichen Studienergebnisse aus Wien/Österreich den Befund einer subjektiv als unzureichend erlebten

Beziehungsqualität unter türkeistämmigen Frauen (Özlü-Erkilic et al. 2013). Darüber hinaus könnte auch ein Mangel an intimen bedeutungsvollen Beziehungen zu anderen Personengruppen wie den Kindern und Enkelkindern oder guten Freund*innen eine Rolle spielen, deren Fehlen ebenfalls mit emotionaler Einsamkeit assoziiert ist (Cela und Fokkema 2017; Conkova und Lindenberg 2020; Tiilikainen und Seppänen 2017). Die für ältere Türkeistämmige grundsätzliche und im Vergleich zu autochthonen Bevölkerungen größere Relevanz enger Beziehungen zu Angehörigen und zur erweiterten Community (Van Tilburg und Fokkema 2021; Yazdanpanahi und Hussein 2021) könnte unter Frauen nochmals ausgeprägter sein (Özlü-Erkilic et al. 2013; Palmberger 2019).

Den noch wenig elaborierten Erkenntnisstand zu den Ursachen gesundheitlicher Benachteiligungen und des damit möglicherweise verknüpften erhöhten Pflegebedarfs älterer Migrantinnen, der bislang vorwiegend sozioökonomische Faktoren belegt, ergänzt die vorliegende Arbeit um den Befund einer migrationsbedingten erhöhten Rollenvielfalt und eines anscheinenden Mangels an bedeutungsvollen Beziehungen zum Partner und, wie andere Studienergebnisse nahelegen, womöglich auch zu den Kindern und engen Freund*innen. Für die gesundheitliche Versorgung ergeben sich damit weitere mögliche Ansatzpunkte für gesundheitsfördernde und primärpräventive Maßnahmen (vgl. Abschnitt 4.5), um Ungleichheiten in der Gesundheit und dem Pflegebedarf älterer Männer und Frauen aus der Türkei, aber auch in anderen Zuwanderergruppen mit ähnlichen Migrationskontexten, kulturellen Prägungen und Lebenslagen im Zuwanderungsland zu adressieren.

4.2.3 Genderpräferenzen in der informellen und formellen Pflege – Aspekte einer diversitätssensiblen Versorgung

Mit den Hinweisen auf einen erhöhten Pflegebedarf älterer türkeistämmiger Frauen verknüpft sich die Frage nach möglichen genderspezifischen Pflegevorstellungen, die es in der Versorgung zu berücksichtigen gilt.

Das hier vorgestellte quantitative Ergebnis einer im Vergleich zu den Männern größeren Präferenz älterer türkeistämmiger Frauen für eine familiäre Pflege durch vor allem die weiblichen Kinder korrespondiert mit anderen Studienergebnissen aus europäischen Ländern, die einen entsprechenden Geschlechterunterschied unter muslimischen Zugewanderten in Deutschland und für ältere Frauen und religiöse Menschen aus den

Maghrebstaaten ein stärkeres Festhalten an traditionellen Pflegepraktiken zeigen (Albertini und Semprebon 2020; Volkert und Risch 2017). Die Bedeutung familialer Pflege auf Seiten türkeistämmiger Frauen könnte einer qualitativen Studie von Naldemirci (2013) zufolge dabei weniger durch zugeschriebene familiäre Pflichten als vielmehr durch eine mit ihrer selbst gelebten innerfamiliären Fürsorge verknüpften „moralischen Subjektivität“ motiviert sein. Diese beinhaltet auch den Wunsch, geschlechtsspezifische und vergeschlechtlichende Gefühle wie Mitgefühl, Loyalität und Sorge in das Zusammenleben einzubringen (Naldemirci 2013). So sahen auch Frauen aus der Türkei, Marokko und Suriname in den Niederlanden, die demenziell erkrankte Angehörige pflegten, die Versorgung der Familienangehörigen als eine prinzipiell weibliche Aufgabe an, aus der sie selbst große Zufriedenheit schöpften (Van Wezel et al. 2016). Allerdings weisen andere Forschungsergebnisse auch darauf hin, dass die familienbezogenen Pflegevorstellungen älterer Migrantinnen „in Abhängigkeit von der Verfügbarkeit familialer Netzwerke, dem Verhältnis zwischen den Generationen, der Wohnsituation und der biographischen Situation“ variieren (Matthäi 2005: 167; Schenk et al. 2011). In der grundsätzlich größeren Präferenz für eine Versorgung durch die erwachsenen Kinder könnte sich darüber hinaus auch ein stärkerer Wunsch der Frauen nach einer Versorgung im häuslichen Umfeld abzeichnen. Zwar wünschen sich viele ältere Menschen eine Versorgung zu Hause, durch die sie ein Gefühl von Kontinuität im Alter aufrechterhalten können (Cristoforetti et al. 2011), doch sprechen qualitative Studienergebnisse aus Großbritannien dafür, dass das Heim als zentraler Ort der Interaktionen mit dem sozialen Netzwerk für ältere türkeistämmige Frauen nochmals mehr als für die Männer einen integralen Bestandteil ihrer Identität und ihres sozialen Lebens bildet (Yazdanpanahi und Hussein 2021).

Trotz nachgewiesener Familiensolidarität unter türkeistämmigen (und anderen) Migrant*innen über alle Altersgruppen hinweg (Carnein und Baykara-Krumme 2013; De Valk und Schans 2008; Mogar und Von Kutzleben 2015) ist angesichts der Angleichung der Lebensverhältnisse der Folgegenerationen an die der Aufnahmegesellschaften fraglich, inwieweit dem Wunsch nach familiärer häuslicher Pflege entsprochen werden kann und welche Rolle professionelle Versorgungsformen spielen werden. Der Befund, nach dem ein Drittel der befragten Männer und Frauen die Pflegeverantwortung für unterstützungsbedürftige Angehörige nicht bei der Nachfolgegeneration sehen, und andere Forschungsarbeiten deuten in dem Zusammenhang auf eine Öffnung älterer türkeistämmiger und

anderer Migrant*innen für professionelle Alternativen hin (Ahaddour et al. 2016; Liver-
sage and Mirdal 2017; Matthäi 2005; Mogar und Von Kutzleben 2015; Naldemirci 2013;
Palmberger 2019; Ulusoy und Gräßel 2010; Yazdanpanahi und Hussein 2021). Dabei
scheint sich der wachsende Bedarf an professioneller Pflege genderspezifisch auszufif-
ferenzieren, worauf die deskriptiven Befunde einer stärkeren Ablehnung stationärer Ver-
sorgung und größerer Sorgen der Frauen, in einem Pflegeheim nicht gut versorgt zu sein,
bei zugleich ähnlich großer Offenheit der Geschlechter für ambulante Versorgung hin-
deuten. Ähnlich skeptisch sahen auch qualitativ befragte Frauen aus Pakistan in Oslo/
Norwegen die Qualität der Pflege in stationären Einrichtungen (Arora et al. 2020). Folglich
könnten angesichts eines rückläufigen Unterstützungspotenzials in der Familie kombi-
nierte Pflegemodelle aus familialer und ambulanter Versorgung für ältere türkeistämmige
Frauen und andere ältere Migrantinnen im Vergleich zu den Männern nochmals größere
Bedeutung besitzen.

Im Hinblick auf professionelle Versorgungsbedarfe stützt der aktuelle Forschungsstand
tendenziell den regressionsanalytischen Befund einer größeren Relevanz migrationssen-
sibler bzw. diversitätssensibler Pflege für die türkeistämmigen Frauen. In differenzierter
Betrachtung spezifischer Aspekte zeigen nicht nur die vorgelegten quantitativen, sondern
auch andere Studienergebnisse aus Deutschland, dass eine gleichgeschlechtliche Kör-
perpflege für türkeistämmige Frauen im Vergleich zu türkeistämmigen Männern einen
integraleren Bestandteil professioneller Versorgung darstellt. Zwar wünschen sich
Frauen im Allgemeinen häufiger als Männer durch Pflegende des gleichen Geschlechts
versorgt zu werden (Arora et al. 2020; Småland Goth und Berg 2011), doch untermauern
eine deutschlandweite Erhebung und eine Studie zur Krankenhausversorgung türkei-
stämmiger muslimischer Migrant*innen unseren Befund (Giese et al. 2015; SVR 2015).
Das Ergebnis eines größeren Wunsches der Frauen nach sozialer Einbindung durch die
professionelle Versorgungsbeziehung, der sich den qualitativen Ergebnissen zufolge
über einen gemeinsamen biographisch-kulturellen Hintergrund und die emotionale Funk-
tion muttersprachlicher Versorgung transportiert, könnte auf eine erhöhte Relevanz einer
kulturell homogenen Versorgung in türkischer Sprache verweisen. Gestützt wird diese
These durch Forschungsergebnisse, wonach weibliche Nutzerinnen von Langzeitpflege
aus Italien und Portugal mit der Versorgungsbeziehung ein Bedürfnis nach emotionaler
Unterstützung verknüpfen (Ramos und Karl 2016) und türkeistämmige Frauen eine mut-

tersprachliche Versorgung sowie Fachkräfte mit gleichem kulturellem Hintergrund wichtiger finden als ihre männlichen Gegenstücke (SVR 2015). Allerdings sprechen unsere quantitativen Ergebnisse wie auch eine andere Untersuchung aus Deutschland (Bölük et al. 2017) dafür, dass türkeistämmige Männer wie Frauen eine türkischsprachige Versorgung gleichermaßen große Bedeutung beimessen. Hinsichtlich der ermittelten Unterschiede in anderen Aspekten migrationssensibler Pflege, wonach mehr der befragten Frauen als der Männer Essgewohnheiten, kulturelle oder religiöse Feste und Rituale sowie dem Ausziehen von Straßenschuhen vor dem Betreten der Wohnung beachtet wissen möchten, lässt der bisherige Forschungsstand mangels geschlechtsspezifischer Ergebnisse keine Rückschlüsse auf die Validität der Ergebnisse zu.

Die vorliegende Dissertation fügt der Studienlage bislang weitgehend fehlende Befunde zu den Genderdifferenzen in den Pflegevorstellungen älterer Migrant*innen hinzu, die für weibliche Zugewanderte aus der Türkei eine größere Relevanz familialer häuslicher sowie ambulanter Pflege und migrations- und diversitätssensibler professioneller Versorgung aufzeigen. Zudem ergänzen die hier erzielten Ergebnisse die bisher wenig fundierte Evidenz einer größeren Präferenz der Frauen für eine gleichgeschlechtliche, eine – trotz widersprüchlicher Befunde – muttersprachliche sowie kulturell homogene Pflege. Darauf weist indirekt auch der größere Wunsch der Frauen nach sozialer Einbindung durch die Pflegenden hin. Der pflegerischen Versorgung werden damit differenzierte Hinweise zur Gestaltung diversitätssensibler Pflege älterer türkeistämmiger Migrantinnen bereitgestellt, die jedoch weiterer Fundierung bedürfen.

4.3 Stärken und Schwächen der Studien

Im Folgenden werden Stärken und ausgewählte zentrale Limitationen aus Krobisch et al. (2016) und Krobisch et al. (2021) vertiefend diskutiert. Der Fokus liegt dabei auf dem migrations- und milieusensiblen sowie mixed-method-basierten Studiendesign, einem möglichen Genderbias in den gesundheitsbezogenen Befunden und der Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse.

Eine zentrale Stärke des Studiendesigns bildet die „migrations- und milieusensible“ Zugangs- und Befragungsstrategie, die der häufig erschwerten Erreichbarkeit dieser Zielgruppe für wissenschaftliche Studien insbesondere zum sensiblen Themenfeld der Gesundheit und Pflege und der soziokulturellen Vielfalt älterer türkeistämmiger Migrant*in-

nen Rechnung tragen. So reduzierte die Kombination aus Netzwerk- und Schneeballverfahren nicht nur typische Teilnahmebarrieren (Schenk 2021). Der Zugang über unterschiedliche institutionelle Kontexte wie Pflegeeinrichtungen, kulturelle und religiöse Institutionen sowie Freizeitorganisationen und über den öffentlichen Raum ermöglichte auch den Einbezug von Personen aus verschiedenen Milieus. Die bilingual angelegte Datenerhebung ermöglichte es zudem, in der Gruppe der türkeistämmigen Älteren häufig vertretene Personen mit geringen Deutschkenntnissen einzubeziehen. Durch den Einsatz qualitativer und quantitativer Forschungsmethoden und der interpretativen Verknüpfung der unterschiedlichen Ergebnistypen konnte der Forschungsgegenstand gegenüber einseitigen methodischen Zugängen aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchtet und damit ein umfassenderer Erkenntnisgewinn erzielt werden.

Indessen könnten genderspezifische Verzerrungen in der Erhebung der analysierten Gesundheitsindikatoren durch Unterschiede im Antwortverhalten oder in der Krankheits- und Symptomwahrnehmung zu einer Überschätzung der gesundheitlichen Benachteiligung der älteren türkeistämmigen Frauen geführt haben. Während die SRH als zwischen Männern und Frauen in westlichen Ländern vergleichbar gilt (Jylhä et al. 1998; Zajacova et al. 2017), ist ein Genderbias in der mittels ADL/iADL-Skala erhobenen funktionalen Gesundheit aufgrund geschlechtsspezifisch normierter Aufgabenverteilungen in Alltagsverrichtungen denkbar (Allen et al. 1993; Jang und Kawachi 2019). Jedoch beschränkt sich das Risiko eines Genderbias offenbar auf die instrumentellen Funktionen (iADL). Anders als die als universal geltenden Grundfunktionen (ADL) könnten sich in den geringeren funktionalen Einschränkungen der Männer vielmehr eine Nichtausübung haushaltsnaher Tätigkeiten und weniger gesundheitliche Einschränkungen der Männer widerspiegeln (Kim und Won Won 2020; Sheehan und Tucker-Drob 2017). Studienergebnisse zeigen allerdings, dass auch bei Kontrolle genderbezogener Erwartungen an die Verteilung von Haushaltsaufgaben größere Einschränkungen von Frauen nachweisbar sind (Sheehan und Tucker-Drob 2017). Darüber hinaus könnten die Geschlechterunterschiede in der emotionalen Einsamkeit der Frauen Folge eines unterschiedlichen Antwortverhaltens sein. So wurde gezeigt, dass (türkeistämmige) Männer aufgrund von Gendernormen und -erwartungen Gefühle tendenziell weniger offen mitteilen als (türkeistämmige) Frauen (Borys und Perlman 1985; Cela und Fokkema 2017; Lau und Grün 1992). Gegen einen Genderbias sprechen die geringeren und nicht signifikanten Geschlechterunterschiede in der sozialen Einsamkeit der Befragten, in der sich entsprechende Effekte wahrscheinlich

ebenfalls abbilden würden, sowie die Erhebung der Einsamkeit mittels mehrerer Items, die gegenüber Erhebungen anhand einzelner Items ein geringeres Biasrisiko aufweisen (Manera et al. 2022). Vor diesem Hintergrund erscheint das Risiko geschlechtsspezifischer Verzerrungen in den gesundheitsbezogenen Ergebnissen vergleichsweise gering. Wie Krobisch et al. (2016: 298) und Krobisch et al. (2021: 476) bereits thematisierten, unterliegt die Verallgemeinerbarkeit der Studienergebnisse durch ihre regionale Begrenzung auf Berlin, der relativ kleinen Stichproben³ und des nicht zufallsbasierten Samples der quantitativen Untersuchung Einschränkungen. Mittels Quotenauswahl konnte jedoch eine annähernde Repräsentativität zumindest gemäß der Verteilung der Merkmale Alter und Bildungsstand in der türkeistämmigen Gesamtbevölkerung in Deutschland erzielt werden (vgl. Tabelle 3). Anzumerken ist dabei, dass die Quotierung des Merkmals Bildungsstand auf einer Auswertung von Mikrozensusdaten von Personen mit türkischer Staatsbürgerschaft im Alter von 65 Jahren und mehr basiert (Özcan und Seifert 2006). Anders als in unserer Studienpopulation, die auch Personen mit der deutschen oder einer doppelten Staatsbürgerschaft beinhaltet, könnten in den Vergleichsdaten und in den vorgestellten Ergebnissen daher stärker Integrierte mit höherem Bildungsstatus unterrepräsentiert sein. Die gewonnenen Ergebnisse sind somit nicht uneingeschränkt auf die Grundgesamtheit älterer Türkeistämmiger übertragbar, doch dürften sie in ihrer Aussagekraft annähernd die realen Verhältnisse widerspiegeln. Da in der quantitativen Studie ausschließlich türkeistämmige Zugewanderte und keine Migrant*innen anderer Herkunftsgruppen sowie Ältere ohne Migrationshintergrund befragt wurden, können aus den Daten weder Aussagen zur Spezifität noch zur Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse abgeleitet werden. Hier rezipierte Studienergebnisse zu Genderdifferenzen in anderen Zuwanderergruppen lassen allerdings vermuten, dass beispielsweise Geschlechterunterschiede in der Gesundheit und ein damit verknüpfter erhöhter Pflegebedarf von Frauen zumindest auch in Gruppen mit ähnlichen Migrationskontexten, Lebenslagen und religiös-kulturellen Hintergründen vorliegen könnten. Hinsichtlich der Übertragbarkeit der Ergebnisse auf ethnische Minderheiten ist zu berücksichtigen, dass sich z.B. Afro-Amerikaner in den USA hinsichtlich ihres strukturellen Lebenskontexts oder aufgrund fehlender Migrationserfahrung von Zugewanderten unterscheiden können. Allerdings bestehen

³ Die qualitative Stichprobe enthielt insgesamt 48 Personen mit Migrationshintergrund. Da die Studie jedoch auch auf andere Herkunftsgruppen und intergenerativer Vergleiche abzielte, wurde mit 11 Arbeitsmigrant*innen der ersten Generation nur ein relativ kleines Sample realisiert.

zwischen diesen Gruppen auch Ähnlichkeiten, z.B. hinsichtlich ihrer sozioökonomischen Positionierung und Teilhabechancen in der gesundheitlichen Versorgung.

4.4 Implikationen für die Versorgung und künftige Forschung

Auf Basis der hier erzielten Ergebnisse ergeben sich Hinweise für die Planung und Gestaltung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung älterer türkeistämmiger Migrant*innen, die in ähnlicher Weise auch auf Zuwanderergruppen mit vergleichbaren Migrationserfahrungen, Lebenslagen sowie einer ähnlichen religiösen und kulturellen Prägung übertragbar sein dürften. Darüber hinaus leiten sich aus den dargestellten Befunden in Zusammenschau mit dem aktuellen Forschungsstand einige Implikationen für künftige Forschung ab.

Mit schlechterer Gesundheit und erhöhtem Pflegebedarf planen

Die für ältere türkeistämmige Migrantinnen belegte gesundheitliche Benachteiligung und der potenziell erhöhte Pflegebedarf verknüpfen sich mit dem Bedarf nach gesundheitsfördernden, präventiven, medizinischen, und rehabilitativen Maßnahmen, um gesundheitsbezogene Ungleichheiten zu reduzieren. So vermittelt könnte auch das Eintreten von Pflegebedürftigkeit verzögert oder gar vermieden werden. Darüber hinaus ist in der pflegerischen Versorgung ein erhöhter Pflegebedarf türkeistämmiger Frauen einzuplanen, dem durch ausreichende informelle wie formelle Unterstützungsressourcen Rechnung getragen werden sollte. Unabdingbar erscheinen dabei auch zielgruppenadäquate staatliche Leistungen im Bereich der häuslichen und professionellen Pflege oder Geldleistungen zur Förderung informeller oder hybrider Pflegearrangements, die von Maßnahmen zur besseren Integration älterer Migrant*innen in das Pflegesystem begleitet sein sollten (Olbermann 2020; Kohls 2012).

Gesundheitlicher Benachteiligung und Pflegebedürftigkeit entgegenwirken

Zur Reduktion gesundheitlicher Benachteiligung und Verzögerung oder Vermeidung von Pflegebedürftigkeit von Migrantinnen im Alter bieten sich mit Blick auf die identifizierten Ursachen der sozialen Rollenvielfalt und emotionalen Einsamkeit vor allem primärpräventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen an, die in der vom Migrationskontext geprägten Lebenssituation der Frauen im Zuwanderungsland frühzeitig im Lebensverlauf ansetzen. In der Gesundheitsförderung von Zugewanderten hat sich etwa der „Setting-Ansatz“ im Quartier bewährt, der Projekte im konkreten alltäglichen Lebenswelt in einem

Stadtteil oder einer Gemeinde verortet (Habermann und Biedermann 2020). Denkbar wären Angebote zur Stärkung der sozialen Einbindung, der gesundheitlichen Selbstfürsorge oder zur Unterstützung der familiären Sorgearbeit, die beispielsweise über Community- oder Quartiers-basierte Unterstützungsnetzwerke, wie z.B. die „Stadtteilmütter“ (Gesemann et al. 2020), Inanspruchnahmebarrieren wie sprachliche Diskrepanzen, Wissensdefizite und bürokratische Hürden überwinden können.

Häusliche familiäre Pflege und kombinierte Pflegemodelle fokussieren und fördern

In der pflegerischen Versorgung sollte die häusliche Versorgung pflegebedürftiger Frauen mit Migrationshintergrund durch die Familie oder kombinierte Pflegearrangements gefördert werden. Entsprechende Maßnahmen könnten etwa eine altersgerechte Gestaltung des Wohnraums und Unterstützungs- und Entlastungsangebote für pflegende Angehörige beinhalten. In Deutschland bieten etwa die Pflegeversicherung Unterstützungs- und Entlastungsangebote für pflegende Angehörige und spezifische Initiativen zielen auf die Stärkung der Selbsthilfe pflegender Angehöriger mit Migrationshintergrund. Allerdings sind solche Angebote in der türkeistämmigen Community bislang wenig bekannt und werden entsprechend noch selten genutzt (Krobisch et al. 2020; Yilmaz-Aslan et al. 2021). Auch hier wären migrationssensible Informations- und Zugangsstrategien, z.B. nach Vorbild interkultureller Gesundheitslotsen (Salman 2015), essentiell, um die Inanspruchnahme solcher Angebote zu fördern.

Professionelle Pflege diversitätssensibel ausrichten

Die professionelle Versorgung älterer (türkeistämmiger) Migrant*innen sollte diversitätssensibel und auf die spezifischen sozialen Lebenszusammenhänge ausgerichtet werden, d.h. innerhalb der migrationsspezifischen Perspektive auch genderspezifische Bedürfnisse berücksichtigen, wie auch andere postulieren (Brzoska et al. 2018; Kohls 2012). Diversitätssensible Versorgung sollte dabei nicht nur auf der Praxisebene umgesetzt, sondern auch durch eine adäquate Fachkräfteplanung und -ausbildung sowie gesellschaftspolitische Rahmenbedingungen gefördert werden, die es der Versorgerseite ermöglicht, vor allem bestehende Angebote interkulturell zu öffnen und nutzerorientiert auszurichten (Gerlinger 2022; Schenk und Habermann 2020; Tezcan-Güntekin et al. 2015; Yilmaz-Aslan et al. 2021). Weiterhin bedarf es einer Förderung des Zugangs und der

Inanspruchnahme formeller Pflege, indem Barrieren der Inanspruchnahme wie ein geringer Wissens- und Informationsstand (Arora et al. 2020; Krobisch et al. 2020) durch migrationssensible Maßnahmen adressiert wird.

Die Ergebnisse der vorgelegten Dissertation weisen zusammen mit dem noch unausgereiften Forschungsstand zur Geschlechtsspezifität in der Gesundheit und Pflege älterer Migrant*innen das soziale Geschlecht als ein zentrales Differenzierungsmerkmal aus, das in der künftigen Forschung stärker Berücksichtigung finden sollte. Konkret bedarf es weiterer Forschung, die die bisherigen Erkenntnisse zu Genderdisparitäten in der Gesundheit und dem Pflegebedarf, deren Ursachen und geschlechtsspezifischen Pflegevorstellungen zugewanderter Älterer weiter elaborieren und fundieren. Angesichts von Akkulturations- und sich wandelnden Migrationsprozessen erscheint darüber hinaus die Frage relevant, wie sich die Gesundheit, der Pflegebedarf und die Pflegevorstellungen älterer Migrant*innen zukünftig entwickeln und genderspezifisch ausdifferenzieren. Damit verknüpft sich gleichsam die Frage nach der Spezifität von Pflegevorstellungen älterer Migrant*innen gegenüber nicht zugewanderten Älteren und der perspektivischen Relevanz migrationssensibler Pflege. Über die binären Genderkategorien (männlich, weiblich) hinaus sollte zudem untersucht werden, inwiefern auch andere Geschlechteridentitäten (Wandschneider et al. 2020) und Paarkonstellationen mit weniger traditionellen Rollenbildern relevant sein könnten. Um belastbare Aussagen zu geschlechtsspezifischen Versorgungsbedarfen zu erzielen, sind insbesondere quantitative Analysen bevölkerungsrepräsentativer Daten erforderlich, die im Sinne des Konzepts der „Superdiversity“ (Phillimore 2021) die migrationsbedingte und soziokulturelle Diversität nicht nur zwischen Zuwanderergruppen, sondern auch die Heterogenität innerhalb ethnonationaler Gruppen abbilden. Essentiell erscheinen hierbei diversitätssensible Forschungsdesigns, die migrantenspezifische Selektions- und Validitätseffekte in der Datenerhebung (Schenk 2021) wie auch genderspezifischen Verzerrungen durch den Einsatz adäquater Messinstrumente und Auswertungsstrategien entgegenwirken (Jang und Kawachi 2019; Sheehan und Tucker-Drob 2017). Mixed-Method basierte und qualitative Forschungsdesigns sollten insbesondere die bislang kaum untersuchten Ursachen gesundheitlicher Unterschiede zwischen älteren zugewanderten Männern und Frauen sowie deren spezifische Pflegevorstellungen weiter explorieren und für ein umfassenderes Verständnis der Forschungsgegenstände mit quantitativen Erkenntnissen verknüpfen. Einen Mehrwert bie-

ten Untersuchungen aus intersektionaler und Lebensverlaufsperspektive, die das Zusammenwirken unterschiedlicher sozialer Merkmale wie Alter, Migration und Gender in der Entstehung gesundheitlicher Ungleichheiten im Lebensverlauf in den Blick nehmen. Auf die Relevanz solcher Perspektiven weisen auch die hier erzielten Ergebnisse und eine Vielzahl anderer Arbeiten hin (z.B. Arora et al. 2018; Babitsch 2021; Baykara-Krumme und Vogel 2020; Gkiouleka und Huijts 2020; Guruge et al. 2015; Kobayashi und Prus 2012; Llácer et al. 2007; Saltus und Pithara 2015).

5 Schlussfolgerungen

Als eine der ersten Forschungsarbeiten untersucht die vorgelegte Dissertation systematisch Genderdifferenzen in der Gesundheit und den Pflegevorstellungen älterer türkeistämmiger Migrant*innen aus einer übergreifenden Versorgungsperspektive. Die gesundheitliche Benachteiligung der Frauen gegenüber den Männern in der SRH, der funktionalen Gesundheit und emotionalen Einsamkeit und der Verortung von Ursachen in der sozialen Rollenvielfalt und negativ erlebten sozialen Beziehungen der Frauen zeigt dabei, dass in der pflegerischen Versorgung wahrscheinlich mit einem erhöhten Pflegebedarf der Frauen zu planen ist und gesundheitsfördernde und primärpräventive Interventionen nicht nur der gesundheitlichen Ungleichheit, sondern auch dem Eintreten einer Pflegebedürftigkeit entgegenwirken könnten. Der potenziell erhöhte Pflegebedarf verknüpft sich mit spezifischen Pflegepräferenzen und -wünschen der Frauen, die für die Versorgungsplanung und -praxis einen Bedarf an informeller und häuslicher formeller Pflege sowie gleichgeschlechtlicher, muttersprachlicher und kulturell homogener professioneller Versorgung ausweist. Somit reichert die Arbeit den insgesamt noch geringen Forschungsstand zur Genderspezifität in der Gesundheit und Pflege älterer Migrant*innen um Erkenntnisse für die in Europa relevante Gruppe älterer türkeistämmiger Migrant*innen an und leistet einen Beitrag zur Abbildung der Diversität älterer Migrant*innen in gesundheits- und pflegebezogenen Studien. Zugleich lassen die gruppenspezifischen Ergebnisse aber auch Rückschlüsse auf andere Zuwanderergruppen zu, insbesondere wenn sich deren Migrationsgeschichte, Lebenslagen und ihr religiös-kultureller Hintergrund ähneln. Grundsätzlich folgt aus den Ergebnissen eine Notwendigkeit genderspezifischer Differenzierungen in gesundheits- und pflegebezogenen Studien und in der Versorgungsplanung und -praxis für ältere Migrant*innen.

Literaturverzeichnis

- Adam Y, Carol S (2020) Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund. Perspektive und Erfahrungen von türkisch- und russischsprachigen Frauen. Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung, Bielefeld.
<https://doi.org/10.4119/unibi/2949096>
- Ahaddour C, Van den Branden S, Broeckaert B (2016) Institutional Elderly Care Services and Moroccan and Turkish Migrants in Belgium: A Literature Review. *J Immigr Minor Health* 18: 1216-1227. <https://doi.org/10.1007/s10903-015-0247-4>
- Albertini M, Mantovani D (2021) Older parents and filial support obligations: a comparison of family solidarity norms between native and immigrant populations in Italy. *Ageing Soc* 42(11): 1-32. <https://doi.org/10.1017/S0144686X21000106>
- Albertini M, Semprebon M (2020) Caring for elderly parents: Perceived filial obligations among Maghrebine immigrants in Italy. *Ethnicities* 20(6): 1117-1143.
<https://doi.org/10.1177/1468796820932583>
- Allen SM, Mor V, Raveis V, Houts P (1993) Measurement of need for assistance with daily activities: Quantifying the influence of gender roles. *J Gerontol* 48(4): S204-S211. <http://dx.doi.org/10.1093/geronj/48.4.S204>
- Arora S, Bergland A, Straiton M, Rechel B, Debesay J (2018) Older migrants' access to healthcare: a thematic synthesis. *Int J Migr Health Soc Care* 14(4): 425-438.
<https://doi.org/10.1108/IJMHS-05-2018-0032>
- Arora S, Straiton M, Bergland A, Rechel B, Debesay J (2020) Renegotiating formal and informal care while ageing abroad: Older Pakistani women's healthcare access, preferences and expectations in Norway. *J Migr Health* 1-2: 100002.
<https://doi.org/10.1016/j.imh.2020.100002>
- Arsenijevic J, Groot W (2018) Lifestyle differences between older migrants and non-migrants in 14 European countries using propensity score matching method. *Int J Public Health* 63: 337-347. <https://doi.org/10.1007/s00038-017-1010-5>
- Babitsch B (2021) Migration und Geschlecht. In: Spallek J, Zeeb H (ed) *Handbuch Migration und Gesundheit. Grundlagen, Perspektiven und Strategien*. Hogrefe, Bern, pp 339-350

- Bartig S (2022) Alter(n) und Migration in Deutschland: Ein Überblick zum Forschungsstand zur Lebenssituation älterer Menschen mit Migrationsgeschichte in Deutschland. DeZIM Research Notes, Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung (DeZIM), Berlin. https://www.dezim-institut.de/fileadmin/user_upload/Demo_FIS/publikation_pdf/FA-5326.pdf. Letzter Zugriff 20 Okt 2022
- Baykara-Krumme H, Platt L (2018) Life satisfaction of migrants, stayers and returnees: reaping the fruits of migration in old age? *Ageing Soc* 38(4): 721-745. <https://doi.org/10.1017/S0144686X16001227>
- Baykara-Krumme H, Vogel C (2020) Altern im Migrationskontext. In: Schroeter K, Vogel C, Künemund H (ed) *Handbuch Soziologie des Alter(n)s*. Springer Reference Sozialwissenschaften. Springer VS, Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-09630-4_30-1
- Blüher S, Schnitzer S, Kuhlmeier A (2017) Der Zustand Pflegebedürftigkeit und seine Einflussfaktoren im hohen Lebensalter. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (ed) *Pflege-Report 2017. Die Versorgung der Pflegebedürftigen*. Schattauer, Stuttgart, pp 3-12
- Bölük R, Bräutigam C, Cirkel M (2017) Gemeinsam zuhause? Birlikte evde? Wohnalternativen für pflegebedürftige türkische Migrantinnen und Migranten (Endbericht). Institut Arbeit und Technik (IAT), Zentrum für Türkeistudien und Integrationsforschung (ZfTI), Gelsenkirchen. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte_wohnen_45f/projekttyp_c/2017_01_IAT-Endbericht_tuerkische_Migranten.pdf. Letzter Zugriff 20 Okt 2022
- Bohnsack R (2008) *Rekonstruktive Sozialforschung – Einführung in qualitative Methoden*. Barbara Budrich, Opladen
- Bolzmann C, Vagni G (2017) Forms of care among native Swiss and older migrants from Southern Europe: a comparison. *J Ethn Migr Stud* 43(2): 250-269. <https://doi.org/10.1080/1369183X.2016.1238908>
- Bonacker M, Geiger G (2021) Vorwort: Pflege zwischen Individualisierung und Diversität. In: Bonacker M, Geiger G (ed) *Migration in der Pflege. Wie Diversität und Individualisierung die Pflege verändern*. Springer, Berlin, pp V-VIII. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-61936-0>

- Borys S, Perlman D (1985) Gender differences in loneliness. *Pers Soc Psychol Bull* 11(1): 63-74. <https://doi.org/10.1177/0146167285111006>
- Bousmah MA, Combes JS, Abu-Zaineh M (2018) Health differentials between citizens and immigrants in Europe: A heterogeneous convergence. *Health Policy* 123: 235-243. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.12.005>
- Brandhorst R, Baldassar L, Wilding R (2021) The need for a 'migration turn' in aged care policy: a comparative study of Australian and German migration policies and their impact on migrant aged care. *J Ethn Migr Stud* 47(1): 249-266. <https://doi.org/10.1080/1369183X.2019.1629893>
- Brzoska P, Yilmaz-Aslan Y, Probst S (2018) Umgang mit Diversität in der Pflege und Palliativversorgung am Beispiel von Menschen mit Migrationshintergrund. *Z Gerontol Geriatr* 51: 636-641. <https://doi.org/10.1007/s00391-017-1265-8>
- Buchcik J, Westenhöfer J, Fleming M, Martin CR (2017) Health-Related Quality of Life (HRQoL) among Elderly Turkish and Polish Migrants and German Natives: The Role of Age, Gender, Income, Discrimination and Social Support. In: Muenstermann I (ed) *People's Movements in the 21st Century – Risks, Challenges and Benefits*. IntechOpen, London. <https://doi.org/10.5772/66931>
- Cao X (2021) Intergenerational relations of older immigrants in the United States. *Sociol Compass* 15(8): e12908. <https://doi.org/10.1111/soc4.12908>
- Carmel S (2019) Health and Well-Being in Late Life: Gender Differences Worldwide. *Front Med* 6: 218. <https://doi.org/10.3389/fmed.2019.00218>
- Carnein M, Baykara-Krumme H (2013) Einstellungen zur familialen Solidarität im Alter: Eine vergleichende Analyse mit türkischen Migranten und Deutschen. *J Fam Res* 25(1): 29-52. <https://doi.org/10.20377/jfr-162>
- Carnein M, Milewski N, Doblhammer G, Nusselder WJ (2015) Health inequalities of immigrants: Patterns and determinants of health expectancies of Turkish migrants living in Germany. In: Doblhammer G (ed) *Health among the elderly in Germany. New evidence on disease, disability and care need*. Barbara Budrich, Opladen, pp 157-190. https://www.jstor.org/stable/pdf/j.ctvbkjzpz.11.pdf?refreqid=excelsior%3A9351c19df17f8ab1b877dee5401f0136&ab_segments=&origin=&acceptTC=1. Letzter Zugriff 20 Okt 2022

- Cela E, Barbiano di Belgiojoso E (2021) Ageing in a foreign country: determinants of self-rated health among older migrants in Italy. *J Ethn Migr Stud* 47(15): 3677-3699. <https://doi.org/10.1080/1369183X.2019.1627863>
- Cela E, Fokkema T (2017) Being lonely later in life: a qualitative study among Albanians and Moroccans in Italy. *Ageing Soc* 37(6): 1197-1226. <https://doi.org/10.1017/S0144686X16000209>
- Conkova N, Lindenberg J (2020) The Experience of Aging and Perceptions of “Aging Well” Among Older Migrants in the Netherlands. *Gerontologist* 60(2): 270-278. <https://doi.org/10.1093/geront/gnz125>
- Cramm JM, Nieboer AP (2018) Aging perceptions matter for the wellbeing of elderly Turkish migrants, especially among the chronically ill. *BMC Geriatr* 18: 229. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0902-4>
- Cristoforetti A, Gennai F, Rodeschini G (2011) Home sweet home: The emotional construction of places. *J Aging Stud* 25(3): 225-232. <https://doi.org/10.1016/j.jag-ing.2011.03.006>
- Dalgard OS, Thapa SB (2007) Immigration, social integration and mental health in Norway, with focus on gender differences. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 3: 24. <https://doi.org/10.1186/1745-0179-3-24>
- Debesay J, Arora S, Bergland A (2019) Migrants’ consumption of healthcare services in Norway: inclusionary and exclusionary structures and practices. In: Borch AH, Ivan K, Grimstad I, Laitala K (ed) *Inclusive Consumption: Immigrants’ Access to and Use of Public and Private Goods and Services*. Universitetsforlaget, pp 63-78. <https://doi.org/10.18261/9788215031699-2019-04>
- De Jong Gierveld J, Dykstra PA, Schenk N (2012) Living arrangements, intergenerational support types and older adult loneliness in Eastern and Western Europe. *Demogr Res* 27(7): 167-200. <https://doi.org/10.4054/DemRes.2012.27.7>
- De Jong Gierveld J, Van Groenou MB, Hoogendoorn AW, Smit JH (2009) Quality of marriages in later life and emotional and social loneliness. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 64B(4): 497-506. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbn043>
- De Valk HAG, Fokkema T (2018) Health among older populations of migrant origin. In: Apt W (ed) *Final Report. Demographic change and migration*. VDI/VDE Innovation

- + Technik GmbH, Berlin, pp 40-52. https://www.jp-demographic.eu/wp-content/uploads/2015/11/Final_Report_JPI_MYBL_FastTrack_DemographicChange_and_Migration2017.pdf. Letzter Zugriff 20 Okt 2022
- De Valk HAG, Schans D (2008) 'They ought to do this for their parents': perceptions of filial obligations among immigrant and Dutch older people. *Ageing Soc* 28(1): 49-66. <https://doi.org/10.1017/S0144686X07006307>
- Dibelius O, Piechotta-Henze G (2020) Wandel und Herausforderungen – Familien mit Demenz und Migrationserfahrungen. In: Schenk L, Habermann M (ed) *Migration und Alter*. De Gruyter, Berlin, pp 81-92. <https://doi.org/10.1515/9783110563375>
- El Fakiri F, Bouwman-Notenboom J, Agyemang C (2022) Ethnic differences in functional limitations: a comparison of older migrants and native Dutch older population. *Eur J Public Health* 32(2): 214-219. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckab080>
- Fetter MD, Curry LA, Creswell JW (2013) Achieving Integration in mixed methods designs – principles and practices. *Health Serv Res* 48(6pt2): 2134-2156. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12117>
- Fokkema T, Ciobanu RO (2021) Older migrants and loneliness: scanning the field and looking forward. *Eur J Ageing* 18: 291-297. <https://doi.org/10.1007/s10433-021-00646-2>
- Fokkema T, De Jong Gierveld J, Dykstra PA (2012) Cross-National Differences in Older Adult Loneliness. *J Psychol* 146(1-2): 201-228. <https://doi.org/10.1080/00223980.2011.631612>
- Garcia MA, Downer B, Chi-Tsun C, Saenz JL, Rote S, Wong R (2019) Racial/Ethnic and Nativity Differences in Cognitive Life Expectancies Among Older Adults in the United States. *Gerontologist* 59(2): 281-289. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx142>
- García C, Garcia MA, Chi-Tsun C, Rivera FI, Raji M (2019) Life Expectancies With Depression by Age of Migration and Gender Among Older Mexican Americans. *Gerontologist* 59(5): 877-885. <https://doi.org/10.1093/geront/gny107>
- Gee EM, Kobayashi KM, Prus SG (2003) Examining the "Healthy Immigrant Effect" in Later Life: Findings from the Canadian Community Health Survey. Research Paper No. 98. Social and Economic Dimensions of an Aging Population (SEDAP).

- <https://socialsciences.mcmaster.ca/~sedap/p/sedap98.pdf>. Letzter Zugriff 20 Okt 2022
- Gee EM, Kobayashi KM, Prus SG (2004) Examining the healthy immigrant effect in mid-to later life: findings from the Canadian Community Health Survey. *Can J Aging* 23(Suppl 1): S61-69
- Gerlinger T (2022) Das deutsche Gesundheitssystem: Regulatorische Herausforderungen des Umgangs mit Migration und migrationspezifischer Vielfalt. Expertise im Auftrag des Sachverständigenrats deutscher Stiftungen für Integration und Migration, Berlin. https://www.svr-migration.de/wp-content/uploads/2022/05/Gerlinger_Expertise_fuer-SVR-Jahresgutachten-2022.pdf. Letzter Zugriff 20 Okt 2022
- Gerritsen AAM, Devillé WL (2009) Gender differences in health and health care utilization in various ethnic groups in the Netherlands: A cross-sectional study. *BMC Public Health* 9:109. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-109>
- Gesemann F, Nentwig-Gesemann I, Seidel A, Walther B (2020) Lotsen-, Mentoren- und Patenprojekte: Systematisierungen – Wirkungen – forschungsmethodische Zugänge. Eine Einführung. In: Gesemann F, Nentwig-Gesemann I, Seidel A, Walther B (ed) *Engagement für Integration und Teilhabe in der Einwanderungsgesellschaft*. Springer VS, Wiesbaden, pp 1-25
- Giese A, Uyar M, Henning BF, Uslucan HH, Westhoff T, Pagonas N (2015) Wie schätzen stationäre Patienten mit türkischem Migrationshintergrund die Kultursensibilität in einem deutschen Krankenhaus der Maximalversorgung ein? Eine Untersuchung zur Religionsausübung, Ernährung und geschlechtsspezifischen Versorgung. *Dtsch Med Wochenschr* 140(02): e14-e20. <https://doi.org/10.1055/s-0041-100007>
- Giuntoli G, Cattani M (2012) The experiences and expectations of care and support among older migrants in the UK. *Eur J Soc Work* 15(1): 131-147. <https://doi.org/10.1080/13691457.2011.562055>
- Gkiouleka, A, Huijts T (2020) Intersectional Migration-Related Health Inequalities in Europe: Exploring the Role of Migrant Generation, Occupational Status & Gender. *Soc Sci Med* 267: 113218. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113218>

- Guruge S, Birpreet B, Samuels-Dennis JA (2015) Health Status and Health Determinants of Older Immigrant Women in Canada: A Scoping Review. *J Aging Res*: 393761 <http://dx.doi.org/10.1155/2015/393761>
- Gustafsson B, Jakobsen V, Mac Innes H, Pedersen PJ, Österberg T (2021) Older immigrants – new poverty risk in Scandinavian welfare states? *J Ethn Migr Stud*. <https://doi.org/10.1080/1369183X.2021.2011176>
- Habermann M, Biedermann H (2020) Gesundheitsförderung von älteren Migrantinnen und Migranten. In: Schenk L, Habermann M (ed) *Migration und Alter*. De Gruyter, Berlin, pp 47-54. <https://doi.org/10.1515/9783110563375>
- Habermann M, Biedermann H (2021) Pflegeversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund. In: Spallek J, Zeeb H (ed) *Handbuch Migration und Gesundheit. Grundlagen, Perspektiven und Strategien*. Hogrefe, Bern, pp 273-281
- Hill TD, Angel JL, Balistreri KS, Herrera AP (2012) Immigrant status and cognitive functioning in late-life: An examination of gender variations in the healthy immigrant effect. *Soc Sci Med* 75(12): 2076-2084. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.04.005>
- Hoogendijk EO, Muntinga ME, De Breij S, Huisman M, Klokgieters SS (2022) Inequalities in Frailty Among Older Turkish and Moroccan Immigrants and Native Dutch: Data from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *J Immigr Minor Health* 24: 385-393. <https://doi.org/10.1007/s10903-021-01169-9>
- Hunkler C, Kneip T, Sand G, Schuth M (2015) Growing old abroad: social and material deprivation among first- and secondgeneration migrants in Europe. In: Börsch-Supan A, Kneip T, Litwin H, Myck M, Weber G (ed) *Ageing in Europe - Supporting Policies for an Inclusive Society*. De Gruyter, Berlin, pp 199-208. <https://doi.org/10.1515/9783110444414-020>
- Hussein S, Oglak S (2012) Older Turkish migrants' care needs in the UK: cultural encounters and unmet needs. 2nd International conference on Evidence-based Policy in Long-term Care, London. [https://www.researchgate.net/publication/233534844_Older_Turkish_migrants'_care_needs_in_the_UK_cultural_encounters_and_unmet_needs\(17\)_PDF_Older_Turkish_migrants'_care_needs_in_the_UK:_cultural_encounters_and_unmet_needs_\(researchgate.net\)](https://www.researchgate.net/publication/233534844_Older_Turkish_migrants'_care_needs_in_the_UK_cultural_encounters_and_unmet_needs(17)_PDF_Older_Turkish_migrants'_care_needs_in_the_UK:_cultural_encounters_and_unmet_needs_(researchgate.net)). Letzter Zugriff 20 Okt 2022

- Igde E, Heinz A, Schouler-Ocak M, Rössler W (2019) Depressive und somatoforme Störungen bei türkeistämmigen Personen in Deutschland. *Nervenarzt* 90: 25-34. <https://doi.org/10.1007/s00115-018-0602-5>
- Jang SN, Kawachi I (2019) Why do older Korean adults respond differently to activities of daily living and instrumental activities of daily living? A differential item functioning analysis. *Ann Geriatr Med Re* 23(4): 197-203. <https://doi.org/10.4235/agmr.19.0047>
- Jang Y, Kim G, Chiriboga DA (2011) Gender Differences in Depressive Symptoms Among Older Korean American Immigrants. *Soc Work Public Health* 26(1): 96-109. <https://doi.org/10.1080/10911350902987003>
- Johnson RB, Onwuegbuzie AJ, Turner LA (2007) Toward a definition of mixed methods research. *J Mix Methods Res* 1(2): 112-133. <https://doi.org/10.1177/1558689806298224>
- Jylhä M, Guralnik JM, Ferrucci L, Jokela J, Heikkinen E (1998) Is self-rated health comparable across cultures and genders? *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 53(3): S144-S152. <https://doi.org/10.1093/geronb/53b.3.s144>
- Kim MS (2020) Unsichtbare Migrantinnen und Migranten erste Einwanderergeneration aus asiatischen Ländern – Altersbilder, Pflegevorstellungen und Inanspruchnahme-Barrieren. In: Schenk L, Habermann M (ed) *Migration und Alter*. De Gruyter, Berlin, pp 47-54. <https://doi.org/10.1515/9783110563375>
- Kim S, Won Won C (2020) How Can We Evaluate Disability without Bias? *Ann Geriatr Med Re* 24(2): 152-153. <https://doi.org/10.4235/agmr.20.0033>
- King R, Lulle A, Sampaio D, Vullnetari J (2017) Unpacking the ageing–migration nexus and challenging the vulnerability trope. *J Ethn Migr Stud* 43(2): 182-198. <https://doi.org/10.1080/1369183X.2016.1238904>
- Klaus D, Baykara-Krumme H (2017) Die Lebenssituationen von Personen in der zweiten Lebenshälfte mit und ohne Migrationshintergrund. In: Mahne K, Wolff J, Simonson J, Tesch-Römer C (ed) *Altern im Wandel*. Springer VS, Wiesbaden, pp 359-379. https://doi.org/10.1007/978-3-658-12502-8_24
- Kobayashi KM, Prus SG (2012) Examining the gender, ethnicity, and age dimensions of the healthy immigrant effect: Factors in the development of equitable health policy. *Int J Equity Health* 11: 8. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-11-8>

- Kohls M (2012) Pflegebedürftigkeit und Nachfrage nach Pflegeleistungen von Migrantinnen und Migranten im demographischen Wandel. Forschungsbericht 12. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Nürnberg. https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Forschung/Forschungsberichte/fb18-aeltere-migranten.pdf;jsessionid=ECB4A2674F3868DB4211491B6A2C0947.intranet242?_blob=publication-File&v=15. Letzter Zugriff 20 Okt 2022
- Kotwal AA (2010) Physical and psychological health of first and second generation Turkish immigrants in Germany. *Am J Hum Biol* 22(4): 538-545. <https://doi.org/10.1002/ajhb.21044>
- Koudstaal K, Verdonk P, Bartels E (2020) "At this age, a Moroccan woman's life's work is over"- older Moroccan-Dutch migrant women's perceptions of health and lifestyle, with a focus on Ramadan experiences: qualitative research integrating education and consultation. *Int J Equity Health* 19: 34. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-1141-9>
- Kristiansen M, Razum O, Tezcan-Güntekin H, Krasnik A (2016) Aging and health among migrants in a European perspective. *Public Health Rev* 37: 20. <https://doi.org/10.1186/s40985-016-0036-1>
- Krobisch V, Gebert P, Gül K, Schenk L (2021) Women bear a burden: gender differences in health of older migrants from Turkey. *Eur J Ageing* 18: 467-478. <https://doi.org/10.1007/s10433-020-00596-1>
- Krobisch V, Ikiz D, Schenk L (2014) Pflegesituation von türkeistämmigen älteren Migranten und Migrantinnen in Berlin. Abschlussbericht für das ZQP. Zentrum für Qualität in der Pflege, Berlin. https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Abschlussbericht_Pflegesituation_Tuerkeistaemmigen_Migranten_Berlin.pdf. Letzter Zugriff 20 Okt 2022
- Krobisch V, Sonntag PT, Gül K, Aronson P, Schenk L (2016) Der Migrationshintergrund in multikulturellen Pflegearrangements. Ergebnisse einer qualitativen und quantitativen Befragung älterer Türkeistämmiger. *Pflege* 29(6): 289-300. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000514>
- Krobisch V, Sonntag PT, Schenk L (2020) Was braucht eine gute Pflege? Spezifika der Versorgung am Beispiel älterer Migrantinnen und Migranten aus der Türkei. In:

- Schenk L, Habermann M (ed) Migration und Alter. De Gruyter, Berlin, pp 57-70.
<https://doi.org/10.1515/9783110563375>
- Lau S, Gruen GE (1992) The social stigma of loneliness: effect of target person's and perceiver's sex. *Pers Soc Psychol Bull* 18(2): 182-9.
<https://doi.org/10.1177/01461672921820>
- Lee KH, GlenMaye LF (2014) Stressors, Coping Resources, Functioning, and Role Limitations Among Older Korean Immigrants: Gender Differences. *J Women Aging* 26(1): 66-83. <https://doi.org/10.1080/08952841.2014.858578>
- Liversage A, Mirdal GM (2017) Growing old in exile – a longitudinal study of migrant women from Turkey. *J Ethn Migr Stud* 43(2): 287-302.
<https://doi.org/10.1080/1369183X.2016.1238910>
- Llácer A, Zunzunegui MV, Del Amo J, Mazarrasa L, Bolumar F (2007) The contribution of a gender perspective to the understanding of migrants' health. *J Epidemiol Community Health* 61(Suppl 2): ii4-ii10. <https://doi.org/10.1136/jech.2007.061770>
- Manera KE, Smith BJ, Owen KB, Phongsavan P, Lim MH (2022) Psychometric assessment of scales for measuring loneliness and social isolation: an analysis of the household, income and labour dynamics in Australia (HILDA) survey. *Health Qual Life Outcomes* 20: 40. <https://doi.org/10.1186/s12955-022-01946-6>
- Marquardt G, Delkic E, Motzek T (2016) Wenn Migranten alt werden – Das Altenpflegesystem zwischen Versorgungslücken und Entwicklungspotenzialen. *ifo Dresden berichtet* 23(1): 26-32. <https://www.ifo.de/publikationen/2016/aufsatz-zeitschrift/wenn-migranten-alt-werden-das-altenpflegesystem-zwischen>. Letzter Zugriff 20 Okt 2022
- Matthäi I (2005) Die „vergessenen“ Frauen aus der Zuwanderergeneration. Zur Lebenssituation von alleinstehenden Migrantinnen im Alter. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-322-97115-9>
- McConatha JT, Volkwein-Caplan K, DiGregorio N (2011) Community and Well-Being among Older Women in the Russian Diaspora. *Making Connections* 13(1): 43-53
- Mizoguchi N, Walker L, Trevelyan E, Ahmed B (2019) The Older Foreign-Born Population in the United States: 2012-2016. U.S. Government Printing Office, Washington, DC. <https://www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/2019/acs/acs-42.pdf>. Letzter Zugriff 20 Okt 2022

- Mogar M, Von Kutzleben M (2015) Demenz in Familien mit türkischem Migrationshintergrund. Organisation und Merkmale häuslicher Versorgungsarrangements. *Z Gerontol Geriatr* 48: 465-472. <https://doi.org/10.1007/s00391-014-0802-y>
- Mullings DV, Gien L (2013) Culturally Competent (Appropriate) Health and Long-Term Care Services for Older Immigrants in a Small Urban Center of Newfoundland. *International Journal of Humanities and Social Science Invention* 2(9): 81-89. [http://www.ijhssi.org/papers/v2\(9\)/Version-1/O0291081089.pdf](http://www.ijhssi.org/papers/v2(9)/Version-1/O0291081089.pdf)
- Naldemirci Ö (2013) Caring (in) Diaspora: Aging and caring experiences of older Turkish migrants in a Swedish context. Dissertation, Universität Gothenburg. https://gupea.ub.gu.se/bitstream/handle/2077/34304/gupea_2077_34304_1.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Letzter Zugriff 20 Okt 2022
- Nieboer AP, Van den Broek T, Cramm JM (2021) Positive and negative ageing perceptions account for health differences between older immigrant and native populations in the Netherlands. *BMC Geriatr* 21: 190. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02119-8>
- Nielsen SS, Krasnik A (2010) Poorer self-perceived health among migrants and ethnic minorities versus the majority population in Europe: a systematic review. *Int J Public Health* 55: 357-371. <https://doi.org/10.1007/s00038-010-0145-4>
- Nielsen DS, Minet L, Zeraig L, Rasmussen DN, Sodemann M (2018) "Caught in a Generation Gap": A Generation Perspective on Refugees Getting Old in Denmark—A Qualitative Study. *J Transcult Nurs* 29(3): 265-273. <https://doi.org/10.1177/1043659617718064>
- Nkimbeng M, Cudjoe J, Turkson-Ocran RA, Commodore-Mensah Y, Thorpe Jr RJ, Szanton SL (2018) Disparities in the Prevalence and Correlates of Disability in Older Immigrants in the USA: a Systematic Review of the Literature. *J Racial Ethn Health Disparities* 6: 552-562. <https://doi.org/10.1007/s40615-018-00554-9>
- Nowossadeck S, Klaus D, Romeu Gordo L, Vogel C (2017) Migrantinnen und Migranten in der zweiten Lebenshälfte. Deutsches Zentrum für Altersfragen, Report Altersdaten 02, Berlin. https://www.dza.de/fileadmin/dza/Dokumente/Report_Altersdaten_Heft_2_2017.pdf. Letzter Zugriff 20 Okt 2022

- Oksuzyan A, Gumá J, Doblhammer G (2018) Sex Differences in Health and Survival. In: Doblhammer G, Gumà J (ed) A Demographic Perspective on Gender, Family and Health in Europe. Springer Open, pp 65-100. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-72356-3>
- Olbermann E (2003) Soziale Netzwerke, Alter und Migration: Theoretische und empirische Explorationsen zur sozialen Unterstützung älterer Arbeitsmigranten. Dissertation, Technische Universität Dortmund
- Olbermann E (2020) Pflegebedürftige ältere Menschen mit Migrationshintergrund und deren Angehörige. Situation und Perspektiven. In: Woopen C, Janhsen A, Mertz M, Genske A (ed) Alternde Gesellschaft im Wandel. Schriften zu Gesundheit und Gesellschaft 4, Springer, Berlin, pp 143-160. https://doi.org/10.1007/978-3-662-60586-8_10
- Özcan V, Seifert W (2006) Lebenslage älterer Migrantinnen und Migranten in Deutschland. Gutachten für den 5. Altenbericht der Bundesregierung im Auftrag des Deutschen Zentrums für Altersfragen. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (ed) Lebenssituation und Gesundheit älterer Migranten in Deutschland. Lit Verlag, Münster, pp 7-76
- Özlü-Erkilic Z, Winkler D, Popow C, Zesch HE, Akkaya-Kalayci T (2013) A comparative study of Turkish-speaking migrants and natives living in Vienna/ Austria concerning their life satisfaction – with a particular focus on satisfaction regarding their health. Int J Migr Health Soc Care 11(3): 206-217. <https://doi.org/10.1108/IJMHS-05-2013-0005>
- Palmberger M (2017) Social ties and embeddedness in old age: older Turkish labour migrants in Vienna. J Ethn Migr Stud 43(2): 235-249. <http://dx.doi.org/10.1080/1369183X.2016.1238907>
- Palmberger M (2019) Relational ambivalence: Exploring the social and discursive dimensions of ambivalence – The case of Turkish aging labor migrants. Int J Comp Sociol 60(1-2): 74-90. <https://doi.org/10.1177/0020715219832918>
- Pantel J (2021) Gesundheitliche Risiken von Einsamkeit und sozialer Isolation im Alter. Geriatrie-Report 16(1): 6-8. <https://doi.org/10.1007/s42090-020-1225-0>

- Park HJ, Morgan T, Wiles J, Gott M (2018) Lonely ageing in a foreign land: Social isolation and loneliness among older Asian migrants in New Zealand. *Health Soc Care Community* 27: 740-747. <https://doi.org/10.1111/hsc.12690>
- Phillimore J (2021) Health and superdiversity: new ways of thinking about migration and health. In: Spallek J, Zeeb H (ed) *Handbuch Migration und Gesundheit. Grundlagen, Perspektiven und Strategien*. Hogrefe, Bern, pp 221-232
- Qureshi SA, Kjøllesdal M, Gele A (2022) Health disparities, and health behaviours of older immigrants & native population in Norway. *PLoS ONE* 17(1): e0263242. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0263242>
- Ramos AC, Karl U (2016) Social Relations, Long-Term Care, and Well-Being of Older Migrants in Luxembourg. *GeroPsych* 29(2): 115-123. <https://doi.org/10.1024/1662-9647/a000148>
- Reus-Pons M, Mulder CH, Kibele EUB, Janssen F (2018) Differences in the health transition patterns of migrants and non-migrants aged 50 and older in southern and western Europe (2004-2015). *BMC Med* 16: 57. <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1044-4>
- Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration (SVR) (2015) *Vielfalt altern. Pflege und Pflegepräferenzen im Einwanderungsland Deutschland*. Forschungsbereich beim Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration, Berlin. https://www.svr-migration.de/wp-content/uploads/2015/11/SVR-FB_Pflege.pdf. Letzter Zugriff 20 Okt 2022
- Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration (SVR) (2022) *Jahresgutachten 2022. Systemrelevant: Migration als Stütze und Herausforderung für die Gesundheitsversorgung in Deutschland*. Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration, Berlin. https://www.svr-migration.de/wp-content/uploads/2022/06/SVR_Jahresgutachten_2022_barrierefrei.pdf. Letzter Zugriff 20 Okt 2022
- Sahyazici F, Huxhold O (2012) Depressive Symptome bei älteren türkischen Migrantinnen und Migranten. In: Baykara-Krumme H, Motel-Klingebiel A, Schimany P (ed) *Viele Welten des Alterns. Ältere Migranten im alternden Deutschland*. Springer VS, Wiesbaden, pp 181-200

- Salma J, Hunter KF, Ogilvie L, Keating N (2018) An Intersectional Exploration: Experiences of Stroke Prevention in Middle-Aged and Older Arab Muslim Immigrant Women in Canada. *Canadian J Nurs Res* 50(3): 110-119.
<https://doi.org/10.1177/0844562118760076>
- Salma J, Keating N, Ogilvie L, Hunter KF (2017) Social dimensions of health across the life course: Narratives of Arab immigrant women ageing in Canada. *Nurs Inq* 25: e12226. <https://doi.org/10.1111/nin.12226>
- Salman R (2015) Gesundheit mit Migranten für Migranten – die MiMi Präventionstechnologie als interkulturelles Health-Literacy-Programm. *Public Health Forum* 23: 109-112. <https://doi.org/10.1515/pubhef-2015-0040>
- Saltus R, Pitharra C (2015) “Care from the heart”: older minoritized women’s perceptions of dignity in care. *Int J Migr Health Soc Care* 11(1): 57-70.
<https://doi.org/10.1108/IJMHS-06-2014-0025>
- Sand G, Gruber S (2018) Differences in Subjective Well-being Between Older Migrants and Natives in Europe. *J Immigr Minor Health* 20:83-90.
<https://doi.org/10.1007/s10903-016-0537-5>
- Santos-Hövenner C, Schumann M, Schmich P, Gößwald A, Rommel A, Ziese T, Lampert T (2019) Improving the information base regarding the health of people with a migration background. Project description and initial findings from IMIRA. *J Health Monit* 4(1): 47-57. <https://doi.org/10.25646/5874>
- Schenk L, Maier AS, Aronson P, Gül K, Meyer R (2011) Rekonstruktion der Vorstellungen vom Altern und von Einstellungen zur (stationären) Pflege bei Personen mit Migrationshintergrund. Ergebnisse einer qualitativen Studie. Zentrum für Qualität in der Pflege, Berlin. <https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Abschlussbericht-Vorstellungen-Pflege-Migranten.pdf>. Letzter Zugriff 20 Okt 2022
- Schenk L (2021) Vielfalt planen? Methodische Grundlagen eines diversitätssensiblen Forschungsdesigns. In: Spallek J, Zeeb H (ed) *Handbuch Migration und Gesundheit. Grundlagen, Perspektiven und Strategien*. Hogrefe, Bern, pp 101-110
- Schenk L, Habermann M (2020) Migration und Alter – eine Einführung. In: Schenk L, Habermann M (ed) *Migration und Alter*. De Gruyter, Berlin, pp 1-4.
<https://doi.org/10.1515/9783110563375>

- Schimany P, Rühl S, Kohls M (2012) Ältere Migrantinnen und Migranten. Entwicklungen, Lebenslagen, Perspektiven. Forschungsbericht 18. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Nürnberg. https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Forschung/Forschungsberichte/fb18-aeltere-migranten.pdf;jsessionid=ECB4A2674F3868DB4211491B6A2C0947.intranet242?_blob=publicationFile&v=15. Letzter Zugriff 20 Okt 2022
- Schnitzer S, Blüher S, Teti A, Schaeffner E, Ebert N, Martus P, Suhr R, Kuhlmeiy A (2020) Risk Profiles for Care Dependency: Cross-Sectional Findings of a Population-Based Cohort Study in Germany. *J Aging Health* 32(5-6): 352-360. <https://doi.org/10.1177/0898264318822364>
- Schopf C, Naegele G (2005) Alter und Migration – Ein Überblick. *Z Gerontol Geriatr* 38(6): 384-395. <https://doi.org/10.1007/s00391-005-0345-3>
- Schührer S (2018) Türkeistämmige Personen in Deutschland. Erkenntnisse aus der Repräsentativuntersuchung „Ausgewählte Migrantengruppen in Deutschland 2015“ (RAM). Working Paper 81. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Nürnberg. https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Forschung/WorkingPapers/wp81-tuerkeistaemmige-in-deutschland.pdf?_blob=publicationFile&v=12. Letzter Zugriff 20 Okt 2022
- Seifert W (2007) Integration und Arbeit. In: Bundeszentrale für politische Bildung (ed) Integration. Aus Politik und Zeitgeschichte 22-23: 12-19. <https://www.bpb.de/medien/30460/11U5XJ.pdf>. Letzter Zugriff 20 Okt 2022
- Sheehan CM, Tucker-Drob EM (2017) Gendered Expectations Distort Male–Female Differences in Instrumental Activities of Daily Living in Later Adulthood. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 74(4): 715–723. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbw209>
- Sialino LD, Schaap LA, Van Oostrom SH, Nooyens ACJ, Picavet HSJ, Twisk JWR, Verschuren WMM, Visser M, Wijnhoven HAH (2019) Sex differences in physical performance by age, educational level, ethnic groups and birth cohort: The Longitudinal Aging Study Amsterdam. *PLoS ONE* 14(12): e0226342. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226342>
- Småland Goth UG, Berg JE (2011) Migrant participation in Norwegian health care. A qualitative study using key informants. *Eur J Gen Pract* 17(1): 28-33. <https://doi.org/10.3109/13814788.2010.525632>

- Sonntag PT, Krobisch V, Schenk L (2020) Wie migrationssensibel ist die ambulante Pflege? In: Schenk L, Habermann M (ed) Migration und Alter. De Gruyter, Berlin, pp 71-80. <https://doi.org/10.1515/9783110563375>
- Statistisches Bundesamt (2012) Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2012, Fachserie 1 Reihe 2.2. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden. https://www.statistischebibliothek.de/mir/ser-vlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00037311/2010220127004_korr21032017.pdf. Letzter Zugriff 20 Okt 2022
- Steinbach A (2018) Older migrants in Germany. J Popul Ageing 11: 285-306. <https://doi.org/10.1007/s12062-017-9183-5>
- Strumpfen S (2012) Altern in fortwährender Migration bei älteren Türkeistämmigen. Baykara-Krumme H, Motel-Klingebiel A, Schimany P (ed) Viele Welten des Alterns. Ältere Migranten im alternden Deutschland. Springer VS, Wiesbaden: 411-433. https://doi.org/10.1007/978-3-531-19011-2_16
- Suurmond J, Rosenmöller DL, El Mesbahi H, Lamkaddem M, Essink-Bot M (2016) Barriers in access to home care services among ethnic minority and Dutch elderly – A qualitative study. Int J Nurs Stud 54: 23-35. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.02.014>
- Tang F, Chi I, Dong X (2019) Sex Differences in the Prevalence and Incidence of Cognitive Impairment: Does Immigration Matter? J Am Geriatr Soc 67(S3): S513-S518. <https://doi.org/10.1111/jgs.15728>
- Tezcan-Güntekin H, Breckenkamp J, Razum O (2015) Pflege und Pflegeerwartungen in der Einwanderungsgesellschaft. Expertise im Auftrag der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration. Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration, Berlin. https://www.svr-migration.de/wp-content/uploads/2015/12/SVR_Expertise_2015_11_27.pdf. Letzter Zugriff 20 Okt 2022
- Tezcan-Güntekin H, Razum O (2017) Pflege von Menschen mit Migrationshintergrund. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (ed) Pflege-Report 2017. Die Versorgung der Pflegebedürftigen. Schattauer, Stuttgart, pp 73-81

- Thum M, Delkic E, Kemnitz A, Kluge J, Marquardt G, Motzek T, Nagl W, Zwerschke P (2015) Auswirkungen des demografischen Wandels im Einwanderungsland Deutschland. Studie im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung, Gesprächskreis Migration und Integration. Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn. <https://library.fes.de/pdf-files/wiso/11612.pdf>. Letzter Zugriff 20 Okt 2022
- Tiilikainen E, Seppänen M (2017) Lost and unfulfilled relationships behind emotional loneliness in old age. *Ageing Soc* 37(5): 1068-1088.
<https://doi.org/10.1017/S0144686X16000040>
- Ulusoy N, Gräßel E (2010) Türkische Migranten in Deutschland. Wissens- und Versorgungsdefizite im Bereich häuslicher Pflege – ein Überblick. *Z Gerontol Geriatr* 43:330-338. <https://doi.org/10.1007/s00391-010-0105-x>
- Van Tilburg TG, Fokkema T (2021) Stronger feelings of loneliness among Moroccan and Turkish older adults in the Netherlands: in search for an explanation. *Eur J Ageing* 18: 311-322. <https://doi.org/10.1007/s10433-020-00562-x>
- Van Wezel N, Francke AL, Kayan-Acun, E, Devillé WLJM, Van Grondelle, NJ, Blom MM (2016) Family care for immigrants with dementia: The perspectives of female family carers living in the Netherlands. *Dementia* 15(1): 69-84.
<https://doi.org/10.1177/1471301213517703>
- Verest WJGM, Galenkamp H, Spek B, Snijder MB, Stronks K, Van Valkengoed IGM (2019) Do ethnic inequalities in multimorbidity reflect ethnic differences in socioeconomic status? The HELIUS Study. *Eur J Public Health* 29(4): 687-693.
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz012>
- Verhagen I, Ros WJG, Steunenber B, De Wit NJ (2014) Ethnicity does not account for differences in the health-related quality of life of Turkish, Moroccan, and Moluccan elderly in the Netherlands. *Health Qual Life Outcomes* 12: 138.
<https://doi.org/10.1186/s12955-014-0138-8>
- Volkert M, Risch R (2017) Altenpflege für Muslime. Informationsverhalten und Akzeptanz von Pflegearrangements. Im Auftrag der Deutschen Islam Konferenz. Working Paper 75. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Nürnberg.

- https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Forschung/WorkingPapers/wp75-al-tenpflege-muslime.pdf%3F_blob%3DpublicationFile%26v%3D10. Letzter Zugriff 20 Okt 2022
- Vonneilich N, Bremer D, Von dem Knesebeck O, Lüdecke D (2021) Health Patterns among Migrant and Non-Migrant Middle- and Older- Aged Individuals in Europe – Analyses Based on SHARE 2004 – 2017. *Int J Environ Res Public Health* 18(22): 12047. <https://doi.org/10.3390/ijerph182212047>
- Wandschneider L, Batram-Zantvoort S, Razum O, Miani C (2020) Representation of gender in migrant health studies – a systematic review of the social epidemiological literature. *Int J Equity Health* 19: 181. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01289-y>
- Warnes AM, Friedrich K, Kellaher L, Torres S (2004) The diversity and welfare of older migrants in Europe. *Ageing Soc* 24(3): 307-326. <https://doi.org/10.1017/S0144686X04002296>
- Wengler A (2011) The health status of first- and second-generation Turkish Immigrants in Germany. *Int J Public Health* 56: 493-501. <https://doi.org/10.1007/s00038-011-0254-8>
- White P (2006) Migrant populations approaching old age: Prospects in Europe. *J Ethn Migr Stud* 32(8): 1283-1300. <https://doi.org/10.1080/13691830600927708>
- World Health Organisation (WHO) (2020) Decade of Healthy Ageing 2020-2030. World Health Organisation. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-en.pdf?sfvrsn=b4b75ebc_25&download=true. Letzter Zugriff 20 Okt 2022
- Yancu CN (2011) Gender differences in affective suffering among racial/ethnically diverse, community-dwelling elders. *Ethn Health* 16(2): 167-184. <https://doi.org/10.1080/13557858.2010.547249>
- Yazdanpanahi M, Hussein S (2021) Sustainable Ageing: Supporting Healthy Ageing and Independence Amongst Older Turkish Migrants in the UK. *Sustainability* 13(18): 10387. <https://doi.org/10.3390/su131810387>
- Yılmaz-Aslan Y, Aksakal T, Annaç K, Raum O, Özer-Erdoğan I, Tezcan-Güntekin H, Brzoska P (2021) Diversität in der Pflege am Beispiel von Menschen mit Migrationshintergrund. In: Bonacker M, Geiger G (ed) *Migration in der Pflege. Wie Diversität*

und Individualisierung die Pflege verändern. Springer, Berlin, pp 155-172.

<https://doi.org/10.1007/978-3-662-61936-0>

Yu Q, Li B (2017) An R package for mediation analysis with multiple mediators. *J Open Res Softw* 5: 11. <https://doi.org/10.5334/jors.160>

Zajacova A, Huzurbazar S, Todd M (2017) Gender and the Structure of Self-Rated Health across the Adult Life Span. *Soc Sci Med* 187: 58-66.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.06.019>

Zielke-Nadkarni A (2003) The Meaning of the Family: Lived Experiences of Turkish Women Immigrants in Germany. *Nurs Sci Q* 16(2): 169-173.

<https://doi.org/10.1177/0894318403251797>

Eidesstattliche Versicherung

„Ich, Verena Krobisch, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: *Gender in der Migration – Gesundheit und Pflege älterer Zugewanderter aus der Türkei / Gender in Migration – Health and Care Needs of Older Migrants from Turkey* selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren/innen beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) werden von mir verantwortet.

Ich versichere ferner, dass ich die in Zusammenarbeit mit anderen Personen generierten Daten, Datenauswertungen und Schlussfolgerungen korrekt gekennzeichnet und meinen eigenen Beitrag sowie die Beiträge anderer Personen korrekt kenntlich gemacht habe (siehe Anteilserklärung). Texte oder Textteile, die gemeinsam mit anderen erstellt oder verwendet wurden, habe ich korrekt kenntlich gemacht.

Meine Anteile an etwaigen Publikationen zu dieser Dissertation entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit dem/der Erstbetreuer/in, angegeben sind. Für sämtliche im Rahmen der Dissertation entstandenen Publikationen wurden die Richtlinien des ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors; www.icmje.org) zur Autorenschaft eingehalten. Ich erkläre ferner, dass ich mich zur Einhaltung der Satzung der Charité – Universitätsmedizin Berlin zur Sicherung Guter Wissenschaftlicher Praxis verpflichte.

Weiterhin versichere ich, dass ich diese Dissertation weder in gleicher noch in ähnlicher Form bereits an einer anderen Fakultät eingereicht habe.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§§156, 161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.“

Datum

Unterschrift

Anteilserklärung an den erfolgten Publikationen

Verena Krobisch hatte folgenden Anteil an den folgenden Publikationen:

Publikation 1: Verena Krobisch, Pia-Theresa Sonntag, Kübra Gül, Polina Aronson, Liane Schenk: Der Migrationshintergrund in multikulturellen Pflegearrangements. Pflege, 2016

Beitrag im Einzelnen: Auf Basis des bewilligten und von meiner Betreuerin, Prof. Dr. Liane Schenk, verfassten Projektantrags war ich für die Implementierung der quantitativen Studie und somit für die Generierung der quantitativen Datenbasis und der in Publikation 1 verwendeten deskriptiven Ergebnisse verantwortlich. Der Prozess wurde von Prof. Dr. Liane Schenk betreut.

Eigener Beitrag zur Generierung der quantitativen Daten und deskriptiven Ergebnisse:

- Operationalisierung des Forschungsdesigns, einschließlich der Fragestellungen, Zugangsstrategie (Netzwerk- und Stichprobenverfahren) und des Stichprobendesigns, inklusive der Abfrage von Bevölkerungsdaten und die Berechnung Quoten.
- Antraglegung von Datenschutz- und Ethikvotum.
- Fragebogenkonstruktion unter Berücksichtigung von mir selektierter und operationalisierter Ergebnisse der qualitativen Studie, Fragebogen-Pretest und Optimierung des Fragebogens in Zusammenarbeit mit Projektmitarbeiterin Dilek Ikiz (Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft, Charité – Universitätsmedizin Berlin), Erstellung von Studieninformationen und Koordination der Hin- und Rückübersetzungen des Erhebungsinstruments und der Studieninformationen von der deutschen in die türkische Sprache.
- Felderschließung, insbesondere Recherche, Kontaktierung und Information institutioneller Kooperationspartner.
- Koordination und Monitoring des Samplings im Quotenverfahren, der Datenerhebung und -einkauf.
- Schulung und Anleitung bilingualer Interviewender.
- Datensatzkontrolle und -aufbereitung, Durchführung deskriptiver Auswertungen.
- Forschungsbericht in erster Fassung, woraus die in Publikation 1 enthaltenen deskriptiven Ergebnisse und *Abbildung 1* (S. 296) hervorgingen.

Weiterer Beitrag zu Publikation 1:

- Das Manuskript wurde unter Mitarbeit der Koautorinnen von mir verfasst und mit der Autorinnengruppe abgestimmt. Im Einzelnen:
- Entwicklung der Fragestellung und Einordnung des Untersuchungsgegenstands in den empirischen Forschungsstand, woraus die vollständig von mir verfasste *Einleitung* (S. 290) sowie die *Zielsetzung und Fragestellung* (S. 290) entstanden.
- Darstellung der Methodik, woraus der vollständig von mir verfasste *einleitende Absatz* (S. 291) und der Abschnitt *Quantitative Studie* (S. 292-293) sowie darin der Absatz zur Regressionsanalyse in Zusammenarbeit mit meiner Koautorin Pia-Theresa Sonntag (Institut für Medizinische Soziologie

und Rehabilitationswissenschaft, Charité – Universitätsmedizin Berlin) entstanden.

- Erarbeitung der Ergebnisse in Zusammenarbeit mit den Koautorinnen Liane Schenk (Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft, Charité – Universitätsmedizin Berlin) und Pia-Theresa Sonntag; insbesondere wählte ich die deskriptiven Ergebnisse aus der quantitativen Studie aus und triangulierte diese mit den qualitativen Ergebnissen, woraus der Abschnitt *Ergebnisse* (S. 293-297) und darin die vollständig von mir verfasste *Stichprobenbeschreibung* (S. 293-294), *Tabelle 3* (S. 294) und die unter Mitarbeit der genannten Koautorinnen von mir verfassten *Befragungsergebnisse* (S. 294-297) hervorgingen.
- Einordnung der Ergebnisse in den empirischen Forschungsstand und Diskussion der Methodik, woraus die vollständig von mir verfasste *Diskussion* (S. 297-298) entstand.
- Reflexion der übergeordneten Relevanz der Ergebnisse in den vollständig von mir verfassten *Schlussfolgerungen* (S. 298-299).
- Die *Zusammenfassung* und das *Abstract* (S. 289) der Publikation verfasste ich vollständig.
- Verantwortung des Publikationsprozesses, inklusive Bearbeitung der Revision und Interaktion mit der Fachzeitschrift *Pflege*.

Publikation 2: Verena Krobisch, Pimrapat Gebert, Kübra Gül, Liane Schenk: Women bear a burden: gender differences in health of older migrants from Turkey. *European Journal of Ageing*, 2021

Beitrag im Einzelnen: Aufbauend auf Ergebnissen geschlechtsspezifischer deskriptiver Analysen der quantitativen Studie und unter Verwendung der quantitativen Daten erarbeitete ich zusammen mit den Koautorinnen Publikation 2.

- Wie für Publikation 1 beschrieben, generierte ich die quantitative Datenbasis für Publikation 2.

Meine Anteile an der Manuskriptlegung umfassten:

- Entwicklung der Fragestellung und Einordnung des Untersuchungsgegenstands in den empirischen Forschungsstand, woraus die vollständig von mir verfasste *Introduction* (S. 467-468) hervorging.
- Darstellung der Methodik in dem von mir verfassten Abschnitt *Methods* (S. 468-471), sowie darin die statistischen Analysen in Zusammenarbeit mit der Koautorin Pimrapat Gebert (Institut für Biometrie und klinische Epidemiologie, Charité – Universitätsmedizin Berlin), und in der von mir erstellten *Figure 1* (S. 470).
- In Erarbeitung der Ergebnisse setzte ich insbesondere die deskriptiven Vorauswertungen zur Mediatoranalyse und die Mediatoranalyse in Zusammenarbeit mit der Koautorin Pimrapat Gebert, die Auswahl relevanter qualitativer Ergebnisse und die ergänzenden qualitativen Analysen um, woraus die vollständig von mir verfasste Abschnitt *Results* (S. 471-474) sowie *Table 1* (S. 469), *Table 2* (S. 472-473) und *Table 3* (S. 473) entstanden.
- Triangulation der quantitativen und qualitativen Ergebnisse, Einordnung der Ergebnisse in den internationalen Forschungsstand und Diskussion der Methodik im vollständig von mir verfassten Abschnitt *Discussion* (S. 475-476).

- Reflexion der übergeordneten Relevanz der Ergebnisse in der vollständig von mir verfassten *Conclusion* (S.476).
- Zusammenfassung der Publikation im vollständig von mir verfassten *Abstract* (S. 468).
- Koordination der Übersetzung des deutschsprachigen Manuskripts in die englische Sprache und Abstimmung der englischen Version mit der Fachübersetzerin.
- Verantwortung des Publikationsprozesses, inklusive der Bearbeitung der Revision und Interaktion mit der Fachzeitschrift *European Journal of Ageing*.

Unterschrift des Doktoranden/der Doktorandin

Auszug aus der Journal Summary List

Publikation 1: Verena Krobisch, Pia-Theresa Sonntag, Kübra Gül, Polina Aronson, Liane Schenk: Der Migrationshintergrund in multikulturellen Pflegearrangements. *Pflege*, 2016.

Für das Einreichungsjahr 2015 war über den Link der Charité-Webseite keine Journal-Summary-Liste verfügbar. Die folgenden Informationen zur Zeitschrift *Pflege* für das Jahr 2015 wurden am 20.10.2022 der Webseite von *Clarivate Analytics* entnommen.

<https://jcr.clarivate.com/jcr-jp/journal-profile?journal=PFLEGE&year=All%20years&from-Page=%2Fjcr%2Fhome>

Pflege

Journal Impact Factor 2015: 0.298

Rank by Journal Impact Factor 2015:

Edition: Science Citation Index Expanded (SCIE), Categories: NURSING

JCR YEAR	JIF RANK	JIF QUARTILE
2015	110/116	Q4

Edition: Social Sciences Citation Index (SSCI), Categories: NURSING

JCR YEAR	JIF RANK	JIF QUARTILE
2015	107/114	Q4

Publikation 2: Verena Krobisch, Pimrapat Gebert, Kübra Gül, Liane Schenk: Women bear a burden: gender differences in health of older migrants from Turkey. *European Journal of Ageing*, 2021.

Journal Data Filtered By: **Selected JCR Year: 2019** Selected Editions: SCIE,SSCI Selected Categories: **“GERONTOLOGY”** Selected Category Scheme: WoS

Gesamtanzahl: 36 Journale

Rank	Full Journal Title	Total Cites	Journal Impact Factor	Eigenfactor Score
1	JOURNALS OF GERONTOLOGY SERIES A- BIOLOGICAL SCIENCES AND MEDICAL SCIENCES	21,215	5.236	0.025410

2	JOURNAL OF THE AMERICAN GERIATRICS SOCIETY	33,158	4.180	0.034050
3	JOURNALS OF GERONTOLOGY SERIES B- PSYCHOLOGICAL SCIENCES AND SOCIAL SCIENCES	9,435	3.502	0.009930
4	AMERICAN JOURNAL OF GERIATRIC PSYCHIATRY	7,144	3.393	0.009920
5	GERONTOLOGIST	11,196	3.286	0.011530
6	BMC Geriatrics	6,492	3.077	0.015830
7	INTERNATIONAL PSYCHOGERIATRICS	7,341	2.940	0.009920
8	INTERNATIONAL JOURNAL OF GERIATRIC PSYCHIATRY	9,290	2.675	0.010310
9	AGING & MENTAL HEALTH	6,080	2.478	0.008140
10	European Journal of Ageing	1,248	2.413	0.001520
11	JOURNAL OF APPLIED GERONTOLOGY	1,664	2.144	0.002580
12	JOURNAL OF AGING AND HEALTH	3,109	2.136	0.004450
13	PSYCHOLOGY AND AGING	10,065	2.107	0.006280
14	Geriatrics & Gerontology International	3,866	2.022	0.008910
15	RESEARCH ON AGING	1,893	2.000	0.001940
16	Dementia-International Journal of Social Research and Practice	2,095	1.874	0.003010

Druckexemplare der Publikationen

Krobisch V, Sonntag PT, Gül K, Aronson P, Schenk L (2016) Der Migrationshintergrund in multikulturellen Pflegearrangements. Ergebnisse einer qualitativen und quantitativen Befragung älterer Türkeistämmiger. *Pflege* 29(6): 289-300.

<https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000514>



Women bear a burden: gender differences in health of older migrants from Turkey

Verena Krobisch¹ · Pimrapat Gebert^{1,2,3} · Kübra Gül¹ · Liane Schenk¹

Accepted: 8 December 2020 / Published online: 26 January 2021
 © The Author(s) 2021

Abstract

Studies show that older migrants have poorer health than native populations in Western Europe. To date, little systematic research has explored the differences between men and women within older populations with migration backgrounds. This article examines gender-specific aspects and mediating mechanisms of self-reported health among older migrants from Turkey. Using a mixed method approach, data and results from a quantitative survey and a qualitative study conducted in Berlin, Germany, are analysed and integrated at the interpretive level. Standardised face-to-face interviews were carried out with the help of a network approach with 194 older migrants from Turkey (93 women, 101 men, mean age: 68). Potential mediators showing significant gender differences are included in a parallel multiple mediation analysis. The documentary method is used to analyse 11 semi-structured narrative interviews with first-generation labour migrants from Turkey. Women reported significantly worse subjective health than men ($c = 0.443$, bCI [0.165–0.736]), conveyed through greater functional limitations ($ab = 0.183$, bCI [0.056–0.321]) and emotional loneliness ($ab = 0.057$, bCI [0.008–0.128]). Respondents to the qualitative study perceived that women age earlier and have poorer health due to the burden of performing a greater variety of social roles. Higher levels of emotional loneliness among women could be caused by their experiences of negatively assessed partnerships. Our results show that as a group, older female migrants have an elevated health vulnerability. A broader scientific foundation regarding gender differences in the health of older migrants and their causes is needed to promote gender-sensitive prevention and care for this group.

Keywords Ethnicity · Migration · Sex · Elders · Self-reported health · Mixed methods

Introduction

Since the Second World War and the resulting economic upswing, the subsequent efforts to recruit workers, family reunifications, (post) colonial, and humanitarian migration,

Western Europe has become an immigration region. Growing numbers of migrants are now reaching retirement age and entering a phase of life with increased health risks and potential care needs (White 2006).

Studies show that older migrants are in poorer health than their native counterparts (Carnein et al. 2015; Cramm and Niboer 2017; Franse et al. 2018; Milewski and Doblhammer 2015). Even if migrants are in better health initially, evidence suggests that both male and female migrants experience greater deterioration in self-reported health (SRH) during their lives in the host country (Bousmah et al. 2018; Kotwal 2010; Lanari et al. 2015; Reus-Pons et al. 2018). However, little is currently known about how migration and gender are linked in the ageing process – even though gender is a key socio-structural facet of health inequality.

Studies on the health of older migrants often only consider gender as a secondary aspect, descriptive characteristic or control variable. Available findings on gender-specific health aspects indicate that older women with a migration

Responsible Editor: Susanne Iwarsson.

✉ Verena Krobisch
 verena.krobisch@charite.de

¹ Institute of Medical Sociology and Rehabilitation Science, Charité – Universitätsmedizin Berlin, corporate member of Freie Universität Berlin, Humboldt-Universität zu Berlin, and Berlin Institute of Health, Charitéplatz 1, 10117 Berlin, Germany

² Institute of Biometry and Clinical Epidemiology, Charité – Universitätsmedizin Berlin, corporate member of Freie Universität Berlin, Humboldt-Universität zu Berlin, and Berlin Institute of Health, Berlin, Germany

³ Berlin Institute of Health (BIH), Berlin, Germany

background or belonging to an ethnic minority must be considered a vulnerable group. They show poorer health than their male counterparts in terms of SRH, functional limitations, comorbidities, depressive symptoms, and well-being (Carnein et al. 2015; Cramm and Niboer 2018; Todorova et al. 2013; Yancu 2011).

To our knowledge, there is a significant lack of research on the underlying causes of gender differences in the morbidity of migrants (Gerritsen and Devillé 2009; Llacer et al. 2007; Read and Gorman 2006; Wengler 2011). Broader research on the health of migrants and ethnic minorities from different countries and considerations of various age and origin groups indicates a range of factors potentially relevant to health differentials among older migrant men and women. This includes sociodemographic factors, e.g. age and marital status (Cramm and Niboer 2018; Kotwal 2010; Morawa et al. 2017); socioeconomic factors, e.g. socioeconomic status, income, and working conditions (Cooper 2002; Kotwal 2010; Malmusi et al. 2010; Todorova et al. 2013; Wengler 2011; Yancu 2011); sociocultural factors, e.g. ageing perceptions, coping resources, and loneliness (Carnein et al. 2015; Cramm and Niboer 2018; Todorova et al. 2013; Wengler 2011; Yancu 2011); health-related factors, e.g. health care and health behaviour (Gerritsen and Devillé 2009; Klein and von dem Knesebeck 2018; Read and Smith 2018); as well as migration- and integration-related factors, e.g. length of stay in the host country, language skills, acculturation, and discrimination (Brand et al. 2017; Carnein et al. 2015; Kotwal 2010; Malmusi et al. 2010; Morawa et al. 2017; Todorova et al. 2013).

Therefore, this work aims to shed light on the under-researched issue of gender differences in the health of older migrants and their potential causes. Based on a broad understanding of health that includes mental, sociopsychological, and physical health, we examine differences in SRH and underlying mechanisms among older men and women from Turkey. Migrants from Turkey form a relevant ageing population group in some North-Western European countries including Germany, the Netherlands, and Sweden (Salt 2011; White 2006). With a mixed method approach, we analyse data and triangulate results of a quantitative survey and a qualitative study involving samples of older migrants from Turkey living in Berlin, Germany.

Methods

Mixed method approach

Following an exploratory and sequential mixed method design (Fetter et al. 2013), the qualitative study examined concepts of ageing and elderly care in various migrant groups (Schenk et al. 2011). Its findings were used to inform

the quantitative cross-sectional study on the care needs of older migrants from Turkey (Krobisch et al. 2014). To explore gender differences in the health of this group, secondary analyses of data from both studies were performed. The results of the secondary analyses and previous qualitative findings were integrated at the interpretive level (Fetter et al. 2013). Thus, qualitatively gained insights in ageing perceptions of first-generation migrants from Turkey served to illuminate the quantitative findings on gender differences in health and its mediating factors.

Quantitative study

In the quantitative study, data on health status, health behaviour, social well-being, migration, integration, and other sociodemographic and socioeconomic conditions were collected. As a part of the secondary analyses, these data were included in a parallel multiple mediation analysis to examine gender differences in the SRH and potential mediators.

Data collection and sample selection

Between June and October 2013, in person, standardised interviews were carried out with 194 older migrants from Turkey living in Berlin, Germany. The inclusion criteria for participants were as follows: first, being born in Turkey or the respondents' self-identification as being 'from Turkey', and second, a minimum age of 55, described by participants in the qualitative study as the threshold for being elderly. Participants were recruited via a network approach to reduce migration-related barriers to participation; this approach aims to involve trusted individuals who are anchored in the ethnic community (Yilmaz et al. 2009). Other survey participants were recruited with the help of interviewees who were already part of the survey (snowball sampling) and by interviewers directly approaching people in public places (e.g. men's cafés, parks). Quota sampling was performed using a theory-led approach and included the characteristics of gender, age, and education (see Table 1). An aim was to achieve a balanced number of men and women so that gender-specific analyses could be carried out with a relatively small sample size. The questionnaire was written in German, translated into Turkish, and back-translated for accuracy.

Measures

Self-reported health (SRH) was the target variable in this study and measured using a five-point scale (1 = very good, 5 = very bad). In the mediation analysis, SRH was included as a continuous variable (Norman 2010). The analysis considered a variety of mediating variables (see Table 2 for a complete overview of the variables and their categories). *Educational level* was coded following the CASMIN

Table 1 Sample characteristics in the quantitative study compared with official population data

Characteristics	Sample		Official population data ^b
	n	%	%
<i>Age^a</i>			
60–64	75	38.7	33.1
65–69	46	23.7	32.3
70–74	41	21.1	23.4
≥ 75	32	16.5	11.3
Total	194	100	100
<i>Gender</i>			
Male	101	52.1	65.9
Female	93	47.9	34.1
Total	194	100	100
<i>Highest qualification</i>			
Unskilled/semi-skilled	158	81.4	86.5
Training, apprenticeship, master craftsman/ technician	23	11.9	11.5
University	13	6.7	1.9
Total	194	100	100

^aAverage age of the sample: 68 years; range: 55–88 years; 7 people under the age of 60 were included in the age group 60–64

^bAge: Age distribution of the migrant population from Turkey aged 60 and above, source: data from Germany's 2012 microcensus, own calculation (Statistisches Bundesamt, 2012); no data were available for the age groups 85–90, 90–95, and 95 and above. Gender: Gender distribution of the migrant population from Turkey aged 55 and above in the main survey districts of Friedrichshain-Kreuzberg, Mitte, Neukölln and Tempelhof-Schöneberg; source: data from the Statistical Office for Berlin-Brandenburg (2013), own calculation (special data query). Highest qualification: Distribution of the highest professional qualification among Turkish nationals aged 65 and above; source: special analysis of data from the 2002 microcensus (Özcan und Seifert 2006)

classification (Brauns et al. 2003), in which we included category 1b (general elementary education without vocational qualification) as a part of 'primary education' instead of 'secondary education'. *Subjective income* was measured by asking, 'How often do you have financial worries?'. *German language skills* were assessed subjectively using a five-point scale (1 = very good, 5 = very bad) (Schenk et al. 2006).

Functional limitations were included as objective indicators of health, measured in line with SHARE using the six-item activities of daily living (ADL) and the seven-item instrumental activities of daily living (IADL) scales (Mehrbrodt et al. 2017). *Smoking* as an indicator of risky health behaviour was analysed. *Health behaviour* was surveyed using the items 'I regularly go for walks' and 'I regularly do sports' (yes/no). These two behaviours were combined to create the dichotomous variable of 'physical activity'. If the participant answered 'yes' to at least one of these two

questions, the variable 'physical activity' (= yes) was created. The analysis also included the items 'I eat healthily' and 'I have regular medical check-ups' (e.g. cancer screening, blood pressure monitoring, or blood glucose testing).

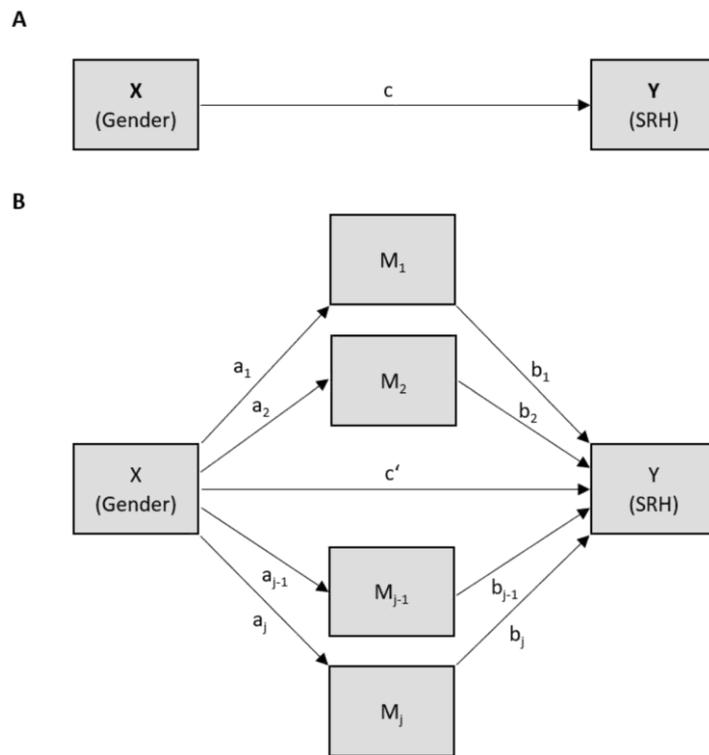
Loneliness as an indicator of social well-being was measured using the De Jong Gierveld and Van Tilburg (2006) six-item loneliness scale. The two subscales reflect emotional loneliness (the lack of an intimate relationship or partner) and social loneliness (the lack of a social network). Each subscale is measured with three items (0 = complete emotional or social embeddedness, 3 = complete emotional or social loneliness). To keep the interviews concise, an item from the geriatric depression scale ('Do you feel that your life is empty?') was used for the emotional loneliness subscale ('I experience a general sense of emptiness'). This had no impact on the evaluation of the scale. Cases with missing entries were excluded from the analysis.

Analyses

The statistical analysis was conducted in two stages. First, descriptive data analysis was performed using Stata IC15 (StataCorp. 2017) to analyse gender differences in SRH and their potential mediators. Frequencies of categorical variables are presented as absolute and relative frequencies. Depending on the distribution, the mean, standard deviation (SD), median, first quartile (Q1), and third quartile (Q3) are considered for continuous variables. Chi-square tests were performed to test gender differences in categorical variables. Independent t-tests or Mann–Whitney U tests were used to analyse gender differences in continuous variables. Second, a parallel multiple mediation analysis explored the relationship between gender and SRH (direct effect) which can be conveyed through other variables (indirect effects of the mediators) (see Fig. 1). By including various potential mediators, it was possible to simultaneously investigate how the mediators are affected by gender (independent variable; 1 = female, 0 = male) and in turn influence the SRH (dependent variable; scores 1 to 5, with 5 being the worst). This method enables testing for the total indirect effect (gender on SRH through all mediators) and specific indirect effects of the mediating factors conditional on the presence of all mediators in the model. Moreover, it reduces the likelihood of parameter bias due to omitted variables (Preacher and Hayes 2008).

The potential mediators were the continuous variables of emotional loneliness and functional limitations (ADL/IADL score). Binary variables were family status, physical activity, and medical check-ups. Multi-category variables were education, smoking behaviour, and ethnic identity. Age was included as a covariate. The mediation analysis was performed using the 'mma' R package (Yu and Li 2017).

Fig. 1 Multiple mediation design with j mediators. **(A)** Gender (x) affects SRH (y), c = total effect. **(B)** Gender (x) is hypothesized to indirectly affect SRH (y) through M_1, M_2, \dots, M_j ; $a_1b_1, a_2b_2, \dots, a_jb_j$ = indirect effects of the mediators, c' = direct effect (Preacher and Hayes 2008, adapted)



Mediation effects were estimated based on the unstandardised coefficients in the generalised linear models with the quartile-based bootstrap confidence interval (bCI) based on 1,000 bootstrap samples, and a resample size of 200 was constructed. A significant mediation effect was considered when the bCI did not include 0. The coefficient presents the change rate in SRH (1 = very good to 5 = very bad, with higher values indicating worse SRH) when the variables forming the direct effect or indirect effects change a unit compared to their reference group. Positive β -coefficients indicate the worsening of SRH, such as a positive coefficient in the effect of gender on SRH shows women to have worse SRH than men.

Qualitative study

Existing results and newly analysed data from the qualitative study focusing on the gender-specific perceptions of ageing among older migrants from Turkey were used to interpret the quantitative results on gender differences in SRH and their potential mediators.

Data collection and sample selection

A total of 48 migrants in Berlin, Germany were involved in the study, 11 of which were first-generation labour migrants from Turkey whose narratives form the basis for the analysis described below. Semi-structured narrative interviews were carried out between November 2010 and May 2011. Participants were recruited with the help of a network approach similar to the one described in the quantitative methods section. The selection of interviewees was theory-led, based on relevant combinations of sociodemographic characteristics, such as age, sex, and education, as well as characteristics relevant to the specific life context of migrants, such as country of origin and migration context (Kelle and Kluge 1999).

Interviews began with standardised, biography-oriented narrative prompts to elicit narratives of daily life: (1) 'I would like you to start by telling me about your life'; (2) 'And before you came to Germany? Tell me about your life before you came to Germany'; (3) 'And today? Tell me about your life today'. The aim was to shed light on practises that documented non-reflective atheoretical knowledge, unconsciously giving orientation to action (Bohnsack 2008). These

prompts were supplemented by the flexible use of questions focusing on the topics of 'age' and 'care'. Interview duration ranged from 30 to 120 min. The average length of an interview was 75 min. At the request of the participants, most interviews were conducted in Turkish.

Analyses

Qualitative reconstructive research was performed by analysing the recorded, transcribed, and partially translated data using the documentary method (Bohnsack 2008). To begin, we used the 'formulating interpretation' technique to create a topical structure consisting of principal topics and sub topics. In addition, thematically relevant passages from the interviews were summarized and structured to identify the 'immanent meaning'. The 'reflecting interpretation' process then served to explicate orientations and the respondents' atheoretical knowledge (Bohnsack 2008). In comparative analyses, homologies between passages within an interview and between cases were reconstructed. The interpretation was intersubjectively controlled by four researchers within the research group.

Results

Quantitative results

Sample characteristics

Table 1 shows the distribution of relevant characteristics in the total sample of 194 older migrants from Turkey. The majority of those in the sample are retired (78.6%) and came to Germany as migrant workers before 1974. The distribution of age, sex, and education in our sample approximately corresponds to official data on the older migrant population from Turkey in Germany.

Descriptive results

Table 2 shows gender differences in SRH, age, and the potential mediators. Significant gender differences can be seen in SRH, age, marital status, education, ethnic identity, functional limitations, smoking, physical activity, medical check-ups, and emotional loneliness.

Mediation analysis

The analysed model indicates that the respondents' SRH is influenced by their gender ($c = 0.443$, bCI [0.165–0.736])

(see Table 3). Although there is no evidence to show that the effect of gender on SRH is mediated by the entire set of potential mediators ($a_1b = 0.080$, bCI [– 0.137 to 0.319]), considering all potential mediators, gender affects SRH through marital status, functional limitations, and emotional loneliness. Women were more likely to be widowed or divorced than the men, which was linked to better SRH ($a_1b_1 = -0.080$, bCI [– 0.177 to – 0.017]). Furthermore, women reported greater functional limitations than men. These greater difficulties in performing basic and instrumental everyday tasks resulted in poorer SRH ($a_2b_2 = 0.183$, bCI [0.056–0.321]). The women also reported higher levels of emotional loneliness than the men and this greater sense of a lack of an intimate relationship is linked to poorer SRH ($a_3b_3 = 0.057$, bCI [0.008–0.128]). Evidence suggests that gender influences SRH independently of its effect on marital status, functional limitations, and emotional loneliness ($c' = 0.363$, bCI [0.038–0.714]).

Qualitative results

Sample characteristics

Table 4 depicts characteristics of the 11 first-generation migrants from Turkey. The sample shows a balanced gender relationship, an average age of 67.9 years, as well as different marital status and qualification levels. Furthermore, all participants came to Germany as labour migrants during the so-called 'guest worker migration' era.

Documentary analysis

The results of the qualitative study support the finding that there are gender differences in SRH among older migrants from Turkey. Moreover, the analysis offers possible explanations for the effects of the identified mediators. Although some interviews document the view that men and women do not age differently, other participants showed gender-specific perceptions of ageing. Besides the faster ageing of men, the analysis identified the orientation that women might age earlier and therefore be in poorer health in old age. Both the male and female respondents attributed women's earlier ageing to the associated burdens that result from their voluntary or obligatory assumption of multiple roles in and outside the household.

Hasan (m), a father of five, was born in 1945 and came to Germany as a migrant worker at the beginning of the 1970s. He links the many burdens women bear to the possibility that they age faster than men.

I: Right, Uncle Hasan, do you think women age differently to men? As in, how do women age and how

Table 2 Descriptive statistics for gender differences in self-reported health, age, and potential mediators

Characteristics	Total	Male	Female	p-value
Self-reported health	<i>n</i> = 193	<i>n</i> = 100	<i>n</i> = 93	0.006
Very good	10 (5.2%)	6 (6.0%)	4 (4.3%)	
Good	38 (19.7%)	27 (27.0%)	11 (11.8%)	
Moderate	89 (46.1%)	46 (46.0%)	43 (46.2%)	
Bad	45 (23.3%)	16 (16.0%)	29 (31.2%)	
Very bad	11 (5.7%)	5 (5.0%)	6 (6.5%)	
<i>Sociodemographics</i>				
Age (years)	<i>n</i> = 194	<i>n</i> = 101	<i>n</i> = 93	
Mean (SD) ^a	68 (7)	69 (7)	67 (6)	0.031
Median (Q1, Q3) ^b	66 (62, 72)	68 (63, 74)	65 (62, 71)	
Marital status	<i>n</i> = 187	<i>n</i> = 100	<i>n</i> = 87	0.001
Married/long-term partner	116 (62.0%)	73 (73.0%)	43 (49.4%)	
Widowed/divorced	71 (38.0%)	27 (27.0%)	44 (50.6%)	
<i>Social status</i>				
Education	<i>n</i> = 194	<i>n</i> = 101	<i>n</i> = 93	< 0.001
Primary	87 (44.9%)	31 (30.7%)	56 (60.2%)	
Secondary	94 (48.5%)	60 (59.4%)	34 (36.6%)	
Tertiary	13 (6.7%)	10 (9.9%)	3 (3.2%)	
Subjective income	<i>n</i> = 184	<i>n</i> = 98	<i>n</i> = 86	0.792
Always	30 (16.3%)	16 (16.3%)	14 (16.3%)	
Often	28 (15.2%)	13 (13.3%)	15 (17.4%)	
Sometimes	68 (37.0%)	39 (39.8%)	29 (33.7%)	
Never	58 (31.5%)	30 (30.6%)	28 (32.6%)	
<i>Migration/integration</i>				
Duration of stay (years)	<i>n</i> = 191	<i>n</i> = 98	<i>n</i> = 93	0.605
Mean (SD) ^a	41 (7)	41 (8)	41 (5)	
Migration pathway (year of immigration)	<i>n</i> = 191	<i>n</i> = 98	<i>n</i> = 93	0.588
Guest worker migration (up to and including 1973)	145 (75.9%)	76 (77.6%)	69 (74.2%)	
Other, e.g. family reunification, humanitarian migration (from 1974)	46 (24.1%)	22 (22.4%)	24 (25.8%)	
German language skills	<i>n</i> = 192	<i>n</i> = 100	<i>n</i> = 92	0.265
Good/very good	34 (17.7%)	22 (22.0%)	12 (13.0%)	
Moderate	92 (47.9%)	45 (45.0%)	47 (51.1%)	
Poor/very poor	66 (34.4%)	33 (33.0%)	33 (35.9%)	
Ethnic identity	<i>n</i> = 193	<i>n</i> = 101	<i>n</i> = 92	0.039
German	11 (5.7%)	7 (6.9%)	4 (4.3%)	
Turkish	110 (57.0%)	63 (62.4%)	47 (51.1%)	
German-Turkish	57 (29.5%)	21 (20.8%)	36 (39.1%)	
Other	15 (7.8%)	10 (9.9%)	5 (5.4%)	
<i>Physical health</i>				
Functional limitations	<i>n</i> = 190	<i>n</i> = 100	<i>n</i> = 90	< 0.001 [#]
Median (Q1, Q3) ^b	1 (0, 4)	0 (0, 2)	2 (0, 5)	
<i>Health behaviour</i>				
Smoking	<i>n</i> = 191	<i>n</i> = 100	<i>n</i> = 91	< 0.001
Never smoked	80 (41.9%)	23 (23.0%)	57 (62.6%)	
Used to smoke	79 (41.4%)	59 (59.0%)	20 (22.0%)	
Currently smoke	32 (16.8%)	18 (18.0%)	14 (15.4%)	
Physical activity	<i>n</i> = 192	<i>n</i> = 101	<i>n</i> = 91	0.009
No	47 (24.5%)	17 (16.8%)	30 (33.0%)	
Yes	145 (75.5%)	84 (83.2%)	61 (67.0%)	

Table 2 (continued)

Characteristics	Total	Male	Female	p-value
Healthy diet	<i>n</i> = 192	<i>n</i> = 101	<i>n</i> = 91	0.056
No	66 (34.4%)	41 (40.6%)	25 (27.5%)	
Yes	126 (65.6%)	60 (59.4%)	66 (72.5%)	
Medical check-ups	<i>n</i> = 192	<i>n</i> = 101	<i>n</i> = 91	0.009
No	36 (18.8%)	26 (25.7%)	10 (11.0%)	
Yes	156 (81.3%)	75 (74.3%)	81 (89.0%)	
<i>Social well-being</i>				
Loneliness scale	<i>n</i> = 191	<i>n</i> = 101	<i>n</i> = 90	0.513 [#]
Median (Q1, Q3) ^b	2 (1, 4)	2 (1, 4)	2 (1, 5)	
Social loneliness scale	<i>n</i> = 182	<i>n</i> = 99	<i>n</i> = 83	0.518 [#]
Median (Q1, Q3) ^b	1 (0, 3)	1 (0, 2)	1 (0, 3)	
Emotional loneliness scale	<i>n</i> = 179	<i>n</i> = 97	<i>n</i> = 82	0.049 [#]
Median (Q1, Q3) ^b	1 (1, 2)	1 (1, 2)	1 (1, 3)	

^aStandard deviation

^b(1st quartile, 3rd quartile)

[#]p-value is calculated by the Mann–Whitney U test

Table 3 Results of the mediation analysis (*n* = 174)

Self-reported health predicted by	β^a	bCI ^b
Total effect (c): gender (0 = male ^c , 1 = female)	0.443*	0.165, 0.736
Direct effect (c'): gender	0.363*	0.038, 0.714
Total indirect effect (a,b): <i>Indirect effects (ab)</i>	0.080	-0.137, 0.319
Marital status (a ₁ b ₁) (1 = married ^c , 2 = widowed/divorced)	-0.080*	-0.177, -0.017
Education (1 = primary, 2 = secondary, 3 = tertiary ^c)	0.021	-0.084, 0.127
Ethnic identity (1 = German ^c , 2 = Turkish, 3 = German-Turkish, 4 = Other)	-0.005	-0.073, 0.044
Smoking (1 = never smoked ^c , 2 = used to smoke, 3 = currently smoke)	-0.062	-0.189, 0.063
Physical activity (0 = no, 1 = yes ^c)	0.024	-0.035, 0.094
Medical check-ups (0 = no, 1 = yes ^c)	-0.012	-0.065, 0.045
Functional limitations (a ₂ b ₂) Score (higher scores = worse)	0.183*	0.056, 0.321
Emotional loneliness scale (a ₃ b ₃) Score (higher scores = worse)	0.057*	0.008, 0.128

^aUnstandardised coefficient of the mediation effect. The range of the SRH is 1 = very good to 5 = very bad, with higher values indicating worse SRH. Positive β -coefficients indicate the worsening of SRH when the effect change a unit compared to the reference group in each effect

^bQuartile-based bootstrap confidence interval

^cReference group

*Statistically significant (bCI does not include 0)

do men age? Are there differences? Or is everyone the same?

H: Of course, there is a difference, but it varies from person to person. Ageing in women, the way women age can be more than in men [...] For some people,

it's a physical thing. But, of course, men could also be more robust. But when they have led a good life, looked after themselves. Then, she is home with the kids, even in the age her child comes from outside, she has to make them food, she has to give them at

Table 4 Sample characteristics of the qualitative study ($n = 11$)

Characteristics	Years/n
<i>Age</i>	
Average	67.9
<i>Gender</i>	
Male	6
Female	5
<i>Marital status</i>	
Married/long-term partner	6
Widowed/divorced/single	5
<i>Highest qualification</i>	
Unskilled/semi-skilled	5
Training, apprenticeship, master craftsperson/technician	4
University	2
<i>Migration pathway</i>	
Guest worker migration	11
<i>Duration of stay</i>	
Average	42.2

least a glass of tea. When a guest comes, the woman has to fight. She does not even leave the kitchen for the guest. Of course, //hnh// especially in our culture it is possible, you are a henpecked husband (laughs) well the man, what has he lost in the kitchen anyways? Because of these words, the man is afraid to go in the kitchen.

Initially, Hasan denies the question that everyone ages the same. He juxtaposes the diversity of individual ageing experiences with a universal, homogeneous ageing. Then, Hasan picks up the category of difference offered by the interviewer in the question and differentiates between men and women. Women age, in his perspective, earlier than men. He speaks of age as a biological matter ('a physical thing') that is also connected to how one acts. If men can maintain a healthy lifestyle, they can protect themselves from ageing. Women, according to Hasan, are not so successful at this. He describes this difference as a result of women's day to day tasks; childcare and the household are women's responsibility. In this, Hasan's orientation that women age earlier because of the greater burdens associated with fulfilling the duties traditionally assigned to them is shown. Hasan explains the gender-specific division of labour in a change-resistant concept of men ('henpecked husband'). Later in the interview (not quoted), alongside what he sees as a seemingly endless list of female-specific duties (which can also include gainful employment), Hasan reiterates that women may age earlier.

Nihal (f), born in 1944, shares Hasan's orientation. She came to Germany as a worker in 1970, is divorced and

has two sons. Like Hasan, Nihal sees women as carrying a heavier burden than men. She seems convinced that the greater diversity of social roles makes women age faster physically.

I: //erm// Okay, do you think women age differently to men?

N: What is that supposed to mean, women and men [...] When a woman works. She has a job, and she is also responsible for the child. Dishes, cooking, when guests come to visit [...] cleaning windows, ironing, illnesses and everything. Everything is burdened by the woman. How can the woman be in the same situation? I mean, the woman is not a woman – she can't be a woman. It is the life of a slave. Can a woman bear that much? You carry a child in your womb for nine months. Sleep, feeding, diapers, the doctor and goodness knows what else. You are responsible for everything and then you're also supposed to go out and work. I was not human when I went to work. My husband would leave the house in the morning and no one knew when he'd be back that evening. He also did not pay any attention to the children.

Nihal stresses the great burden women shoulder, the responsibilities that traditionally fall to their gender without spousal support compounded by gainful employment. Nihal's use of the word 'slave' in contrast with 'woman' and 'human' suggests that she feels women do not have autonomy. Without any time for herself, Nihal lacks an important source of regeneration. By saying that she could not rely on her husband coming home in the evening, Nihal characterises her husband's presence in the family by a lack of commitment.

The experience of being unable to rely on a partner for support is also documented in the narration of another female respondent. Leyla, a twice-divorced mother of two, reflects on the behaviour of men towards their wives. She was born in 1936, moved to Germany as a migrant worker in 1974, and lives in a nursing home. Her experiences have given her a negative image of men.

L: Even if I got married [...] and then became [...] ill, I'd like to see whether my husband would look after me. Lots of men leave their wives. He takes her away and hands her over to the house of worship or a care home somewhere. Done and dusted!

Leyla feels that men behave irresponsibly towards their wives by leaving them or institutionalising them when they are in times of need. When talking about women being reliant on men, she implicitly expresses the view that women might age faster or need care earlier than men.

Discussion

Main findings and triangulation

The descriptive and mediation analysis showed that the older women from Turkey had significantly poorer SRH than the men. According to our mediation model, this gender difference is conveyed through higher levels of functional limitations and emotional loneliness among the women. The marital status 'widowed/divorced', which was more frequent among women, had a positive effect on health. However, this effect appeared to be offset by the two negative mediation effects, functional limitations, and emotional loneliness. There is also evidence that gender influences SRH independently from the identified mediators. The qualitative findings on perceptions of ageing among first-generation migrants from Turkey suggest that among other orientations, respondents perceive women as ageing earlier and being in poorer health. Both male and female respondents said that this faster ageing could be caused by women having to play a greater variety of roles. They felt that women had to withstand a heavier burden than men because they go out to work while also shouldering most of the responsibility for the household and the children. The higher levels of emotional loneliness could be related to the women's negative experiences with insufficiently supportive husbands.

Discussion of main findings

Our finding that older female migrants from Turkey have significantly worse SRH than the male migrants corresponds to gender differences found in other studies. In a study of migrants with Turkish nationality in Germany, Wengler (2011) showed that first-generation female migrants rated their health significantly lower than their male counterparts. In the Netherlands, Gerritsen and Devillé (2009) investigated gender differences in the health of various ethnic minorities. They found the largest differences in the group of Turkish migrants, which also reflected worse SRH among the women. Although both studies used a younger population than the present study, evidence for the loss or even reversal of health benefits among migrants over time in their host country (Bousmah et al. 2018; Kotwal 2010) suggests that a higher burden of disease will occur with increased age. Similarly, findings from Carnein et al. (2015) show that older female migrants from Turkey (aged 50–79) in Germany spend more years with functional limitations than their male counterparts. Comparable gender-related patterns in SRH (and other health outcomes) can also be found in other migrant groups and ethnic minorities. These patterns are reported in studies of older Puerto Rican women (aged 45–75) in the greater Boston area in the United States

(Todorova et al. 2013), women from Morocco and Suriname (aged 18 and above) in the Netherlands (Gerritsen and Devillé 2009), and Black Caribbean and Indian women (aged 16 and above) in England (Cooper 2002). However, the literature also suggests the need for a differentiated view of migrant populations and ethnic minorities in terms of gender-related aspects of health. Studies from a variety of countries have found that some groups and health indicators show no significant gender differences in SRH, chronic conditions, and risk of depression (Cooper 2002; Gerritsen and Devillé 2009; Read and Gorman 2006; Yancu 2011). Our finding supplements current research on gender differences in the health of migrants—which largely focuses on younger population groups—with evidence showing that women in older migrant populations are at a health disadvantage. In doing so, it supports existing findings that point to the particular vulnerability of older women from Turkey living in Europe (Kotwal 2010; Verest et al. 2019).

Moreover, our study contributes an analysis of possible causes of gender differences in SRH among older migrants illuminated by the interpretive integration of the quantitative and qualitative results. Accordingly, the poorer subjective health of the women is mediated by their worse objective health (functional limitations) and this might be partially caused by the physical burden of fulfilling a greater number of roles. This corresponds with findings from previous studies that indicate poorer objective health (e.g. in terms of functional limitations, acute, and chronic conditions) among women from Turkey of various ages compared to their male counterparts (Carnein et al. 2015; Gerritsen and Devillé 2009; Morawa et al. 2017). In addition, Todorova et al. (2013) found a negative association between the objective health (number of medical conditions, functional problems) and SRH of older Puerto Ricans in the greater Boston area. The multiple roles performed by first-generation female migrants from Turkey appear to result in cumulative health effects from the combination of traditional gender roles with the labour migrant lifestyle in Germany. As per their gender-specific socialisation from the country of origin (Diehl et al. 2009; Kretschmer 2018), women continue to be responsible for the household and childcare, while also holding down gainful employment in the Western European economic system. However, the multiple burdens could also reflect a gender-specific asymmetry in the social system of the country of destination. Gender researcher Regina Becker-Schmidt (1987) terms this the 'double socialisation of women': While men are commonly freed from domestic and family duties, womanhood is socially assigned dual roles, domestic and family work as well as gainful employment.

The mediating effect of emotional loneliness aligns with existing research. Loneliness among older migrants, particularly from Turkey, in various European countries is more prevalent than among the native populations

(Fokkema and Naderi 2013; ten Kate et al. 2020, van Tilburg and Fokkema 2020) and a negative factor for their health (Carnein et al. 2015). Todorova et al. (2013) found that low emotional support had a negative impact on the SRH of older Puerto Ricans in the greater Boston area, which indicates a relevant association between emotional loneliness and SRH in migrants. Moreover, our qualitative finding that a (perceived) unreliable relationship might be partly responsible for higher levels of emotional loneliness among women is supported by findings from the Netherlands and Germany. Accordingly, the presence of a partner in the group of adult migrants from Turkey is considerably less protective against emotional and social loneliness than among Dutch adults (Visser and el Fakiri 2016). In groups of older migrants from Turkey and native Germans, a partner only prevented loneliness if the relationship was perceived as good (Fokkema and Naderi 2013). However, the smaller protective effect of a partner could also be related to other factors, such as an emphasis on family and community (Visser and el Fakiri 2016).

The positive effect on SRH of being widowed or divorced that we found among the older female migrants in our study contradicts findings that show, for instance, a significant negative association between the marital status 'divorced/single/widowed' and the well-being of older community-dwelling Turkish people residing in Rotterdam (Cramm and Niboer 2018). However, the gender-specific experience of a lack of a quality relationship in marriage and the multiple roles that women are required to perform could certainly explain the positive mediating effect of this particular marital status.

Limitations

Given that both of our studies were conducted in Berlin, Germany, and that the quantitative study sample was relatively small and non-probabilistic, the results cannot readily be transferred to the older population from Turkey in Germany and Europe. However, the sample approximately represents the distribution of age and education in official statistics from Germany. Quota sampling, which did not include health and integration characteristics, may be another limitation. Thus, less healthy and more integrated persons who tend to show greater willingness to participate in health studies could be overrepresented in the sample. Another limitation is the lack of comparison groups, e.g. from the German non-migrant population that could provide information about the specificity of the quantitative results for the older migrants. Women might also tend to assess their health more negatively than men due to differences in how they perceive their bodies

and the attention they place on their symptoms. Nevertheless, our results show that poorer SRH corresponds with poorer objective health among women. Furthermore, despite translating and back-translating the questionnaire to identify possible errors, mistranslations could have been overlooked.

Implications

Our results show that older female migrants from Turkey have an elevated health vulnerability. Future research using population-representative data and qualitative methods are needed to shed further light on gender-specific aspects of health and their causes in this migrant group. Comparisons with other older migrants, ethnic minorities, and native population groups should be made, e.g. with non-migrant women of the same age and with similar roles in life. Researchers should consider the qualitative evidence for how gender-specific allocation of roles and emotional loneliness affect the health of older migrants—as well as other socioeconomic, sociocultural, and migration- and health-related explanations. It would also be interesting to investigate whether changes in the gender effect can be seen over time, such as between generations of migrants or during different historical eras of migration. Finally, policymakers and healthcare practitioners should enhance gender-sensitive approaches to health promotion, prevention, and care for older female migrants from Turkey.

Conclusion

This analysis is one of the first to systematically examine gender differences and their causes in the health of older migrants from Turkey. In addition to further evidence of health disadvantages of older migrant women in Western societies, the paper adds previously lacking explanations showing that reduced objective health and greater loneliness seem to imply poorer SRH among women. Notably, this may be related to their greater burdens due to multiple social roles and feelings of being unsupported in their partnerships.

Acknowledgements The authors warmly thank the respondents for their willingness to share their experiences.

Author contributions The quantitative study was conceptualised and designed by VK and LS. Material preparation, data collection, and analysis were performed by VK, PG, and LS. The qualitative study was conceptualised and designed by KG and LS. Material preparation, data collection, and analysis were performed by KG, VK, and LS. LS supervised both studies. VK wrote the first draft of the manuscript and all authors commented on previous versions before approving the final manuscript.

Funding Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL. This work was supported by the Centre for Quality in Care (ZQP), Germany.

Availability of data and materials Restrictions apply to the availability of these data, which were used under license for this study. Data are available from the authors with the permission of the Centre for Quality in Care (ZQP), Germany.

Compliance with ethical standards

Conflict of interest The authors declare no conflicts of interest associated with this manuscript.

Ethical approval The research was conducted with counsel from the data protection officer at the Charité—Universitätsmedizin Berlin, Germany and approval of the ethics committee of the Charité—Universitätsmedizin Berlin, Germany (EA4/131/14).

Open Access This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

References

- Becker-Schmidt R (1987) Die doppelte Vergesellschaftung—die doppelte Unterdrückung: Besonderheiten der Frauenforschung in den Sozialwissenschaften. In: Unterkirchner L, Wagner I (eds) Die andere Hälfte der Gesellschaft. Österreichischer Soziologentag 1985. Soziologische Befunde zu geschlechtsspezifischen Formen der Lebensbewältigung, Verlag des Österreichischen Gewerkschaftsbundes, Wien, pp 10–27
- Bohnsack R (2008) Rekonstruktive Sozialforschung—Einführung in qualitative Methoden. Barbara Budrich, Opladen
- Bousmah MQ, Combes JB, Abu-Zaineh M (2018) Health differentials between citizens and immigrants in Europe: A heterogeneous convergence. *Health Policy* 123:235–243. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.12.005>
- Brand T, Samkange-Zeeb F, Ellert U, Keil T, Krist L, Dragano N, Jöckels KH, Razum O, Reiss GKH, Zimmermann H, Becher H, Zeeb H (2017) Acculturation and health-related quality of life: results from the German National Cohort migrant feasibility study. *Int J Public Health* 62:521–529. <https://doi.org/10.1007/s00038-017-0957-6>
- Brauns H, Scherer S, Steinmann S (2003) The CASMIN Educational Classification in International Comparative Research. In: Hoffmeyer-Zlotnik JHP, Wolf C (eds) Advances in cross-national comparison. A European working book for demographic and socio-economic variables. Kluwer Academic, New York, pp 221–244
- Carnein M, Milewski N, Doblhammer G, Nusselder WJ (2015) Health inequalities of immigrants: Patterns and determinants of health expectancies of Turkish migrants living in Germany. In: Doblhammer G (ed) Health among the elderly in Germany New evidence on disease, disability and care need. Barbara Budrich, Opladen, pp 157–190
- Cooper H (2002) Investigating socio-economic explanations for gender and ethnic inequalities in health. *Soc Sci Med* 54:693–706. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00118-6](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00118-6)
- Cramm JM, Niboyer AP (2017) Positive ageing perceptions among migrant Turkish and native Dutch older people: a matter of culture or resources? *BMC Geriatr* 17:159. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0549-6>
- Cramm JM, Niboyer AP (2018) Aging perceptions matter for the well-being of elderly Turkish migrants, especially among the chronically ill. *BMC Geriatr* 18:229. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0902-4>
- De Jong GJ, van Tilburg T (2006) A 6-item scale for overall, emotional, and social loneliness. Confirmatory tests on survey data. *Res Aging* 28:582–598. <https://doi.org/10.1177/0164027506289723>
- Diehl C, Koenig M, Ruckdeschel K (2009) Religiosity and gender equality: comparing natives and muslim migrants in Germany. *Ethnic Racial Stud* 32:278–301. <https://doi.org/10.1080/01419870802298454>
- Fetter MD, Curry LA, Creswell JW (2013) Achieving Integration in mixed methods designs—principles and practices. *Health Serv Res* 48:2134–2156. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12117>
- Fokkema T, Naderi R (2013) Differences in late-life loneliness: a comparison between Turkish and native-born older adults in Germany. *Eur J Ageing* 10:289–300. <https://doi.org/10.1007/s10433-013-0267-7>
- Franse CB, van Grieken A, Li Q, Melis RJJ, Rietjens JAC, Raat H (2018) Ethnic differences in frailty: a cross-sectional study of pooled data from community-dwelling older persons in the Netherlands. *BMJ Open* 8:e022241. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022241>
- Gerritsen AAM, Devillé WL (2009) Gender differences in health and health care utilization in various ethnic groups in the Netherlands: A cross-sectional study. *BMC Public Health* 9:109. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-109>
- Kelle U, Kluge S (1999) Vom Einzelfall zum Typus Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung. Leske + Budrich, Opladen
- Klein J, von dem Knesebeck O (2018) Inequalities in health care utilization among migrants and non-migrants in Germany: a systematic review. *Int J Equity Health* 17:160. <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0876-z>
- Kotwal AA (2010) Physical and psychological health of first and second generation Turkish immigrants in Germany. *Am J Hum Biol* 22:538–545. <https://doi.org/10.1002/ajhb.21044>
- Kretschmer D (2018) Explaining differences in gender role attitudes among migrant and native adolescents in Germany: intergenerational transmission, religiosity, and integration. *J Ethn Migr Stud* 44:2197–2218. <https://doi.org/10.1080/1369183X.2017.1388159>
- Krobisch V, Ikiz D, Schenk L (2014) [Care status of elderly migrants from Turkey in Berlin. Final report for the ZQP]. Centre for Quality in Care. https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Abschlussbericht_Pflegesituation_Tuerkeistaemmigen_Migranten_Berlin.pdf
- Lanari D, Bussini O, Minelli L (2015) Self-perceived health among Eastern European immigrants over 50 living in Western Europe. *Int J Public Health* 60:21–31. <https://doi.org/10.1007/s00038-014-0629-8>
- Llacer A, Zunzunegui MV, del Amo J, Mazarrasa L, Bolumar F (2007) The contribution of a gender perspective to the understanding of migrants' health. *J Epidemiol Commun H* 61(Suppl II):ii4–ii10
- Malmusi D, Borrell C, Benach J (2010) Migration-related health inequalities: showing the complex interactions between gender, social

- class and place of origin. *Soc Sci Med* 71:1610–1619. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.07.043>
- Mehrbrodt T, Gruber S, Wagner M (2017) SHARE—Scales and multi-item indicators. Munich Center for the Economics of Aging (MEA). http://www.share-project.org/fileadmin/pdf_documentation/SHARE_Scales_and_Multi-Item_Indicators.pdf
- Milewski N, Doblhammer G (2015) Mental health among immigrants: Is there a disadvantage in later life? In: Doblhammer G (ed) *Health among the elderly in Germany* New evidence on disease, disability and care need. Barbara Budrich, Opladen, pp 191–212
- Morawa E, Dragano N, Jöckel KH, Moebus S, Brand T, Erim Y (2017) Somatization among persons with Turkish origin: results of the pretest of the German National Cohort Study. *J Psychosom Res* 96:1–9. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.02.014>
- Norman G (2010) Likert scales, levels of measurement and the “laws” of statistics. *Adv Health Sci Educ* 15:625–632. <https://doi.org/10.1007/s10459-010-9222-y>
- Özcan V, Seifert W (2006) Lebenslage älterer Migrantinnen und Migranten in Deutschland. Gutachten für den 5. Altenbericht der Bundesregierung im Auftrag des Deutschen Zentrums für Altersfragen. In: Altersfragen DZ (ed) *Lebenssituation und Gesundheit älterer Migranten in Deutschland*. Lit Verlag, Münster, pp 7–76
- Preacher KJ, Hayes AF (2008) Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behav Res Methods* 40:879–891. <https://doi.org/10.3758/BRM.40.3.879>
- Read JG, Gorman BK (2006) Gender inequalities in US adult health: the interplay of race and ethnicity. *Soc Sci Med* 62:1045–1065. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.07.009>
- Read JG, Smith PB (2018) Gender and national origin differences in healthcare utilization among U.S. Immigrants from Mexico, China, and India. *Ethnic Health* 23:867–883. <https://doi.org/10.1080/13557858.2017.1297776>
- Reus-Pons M, Mulder CH, Kibele EUB, Janssen F (2018) Differences in the health transition patterns of migrants and non-migrants aged 50 and older in Southern and Western Europe (2004–2015). *BMC Med* 16:57. <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1044-4>
- Salt J (2011) Trends in Europe’s international migration. In: Rechel B, Mladovsky P, Devillé W, Rijks B, Petrova-Benedict R, McKee M (eds) *Migration and health in the European Union*. Open University Press, Berkshire, pp 17–36
- Schenk L, Bau AM, Borde T, Butler J, Lampert T, Neuhauser H, Razum O, Weilandt C, (2006) A basic set of indicators for mapping migrant status. Recommendations for epidemiological practice. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 49:853–860. <https://doi.org/10.1007/s00103-006-0018-4>
- Schenk L, Meyer R, Maier AS, Aronson P, Gül K (2011) [Reconstruction of people with migration backgrounds’ concepts of ageing and attitudes towards (inpatient) elderly care. Final report for the ZQP]. Centre for Quality in Care. https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Abschlussbericht_Vorstellungen_Stationaeren_Pflege_Migrationshintergrund.pdf
- StataCorp (2017) *Stata Statistical Software: Release 15*. StataCorp LLC.
- Statistisches Bundesamt (2012) *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2012 (Fachserie 1 Reihe 2.2)*. Statistisches Bundesamt.
- ten Kate RLF, Bilecen B, Steverink N (2020) A closer look at loneliness: why do first-generation migrants feel more lonely than their native Dutch counterparts? *Gerontologist* 60:291–301. <https://doi.org/10.1093/geront/gnz192>
- Todorova ILG, Tucker KL, Jimenez MP, Lincoln AK, Arevalo S, Falcón LM (2013) Determinants of self-rated health and the role of acculturation: implications for health inequalities. *Ethnic Health* 18:563–585. <https://doi.org/10.1080/13557858.2013.771147>
- van Tilburg T, Fokkema T (2020) Stronger feelings of loneliness among Moroccan and Turkish older adults in the Netherlands: in search for an explanation. *EUR J Ageing*. <https://doi.org/10.1007/s10433-020-00562-x>
- Verest WJGM, Galenkamp H, Spek B, Snijder MB, Stronks K, van Valkengoed IGM (2019) Do ethnic inequalities in multimorbidity reflect ethnic differences in socioeconomic status? The HELIUS Study. *Eur J Public Health* 29:687–693. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz012>
- Visser MA, el Fakiri F (2016) The prevalence and impact of risk factors for ethnic differences in loneliness. *Eur J Public Health* 26:977–983. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw115>
- Wengler A (2011) The health status of first- and second-generation Turkish Immigrants in Germany. *Int J Public Health* 56:493–501. <https://doi.org/10.1007/s00038-011-0254-8>
- White P (2006) Migrant populations approaching old age: prospects in Europe. *J Ethnic Migr Stud* 32:1283–1300. <https://doi.org/10.1080/13691830600927708>
- Yancu CN (2011) Gender differences in affective suffering among racial/ethnically diverse, community-dwelling elders. *Ethnic Health* 16:167–184. <https://doi.org/10.1080/13557858.2010.547249>
- Yilmaz Y, Glodny S, Razum O (2009) Soziale Netzwerkarbeit als alternatives Konzept für die Rekrutierung türkischer Migranten zu wissenschaftlichen Studien am Beispiel des Projektes saba. *Hallesche Beiträge zu den Gesundheits Pflegewissenschaften* 48:1–20
- Yu Q, Li B (2017) An R package for mediation analysis with multiple mediators. *J Open Res Softw* 5:11. <https://doi.org/10.5334/jors.160>

Publisher’s Note Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

Komplette Publikationsliste

Originalarbeiten (Peer-reviewed)

Krobisch V, Gebert P, Gül K, Schenk L (2021) Women bear a burden: gender differences in health of older migrants from Turkey. *European Journal of Ageing (Impact-Faktor: 2.413)* 18: 467-478. <https://doi.org/10.1007/s10433-020-00596-1>

Krobisch V, Deutschbein J, Möckel M, Schmiedhofer M, Schneider A, Inhoff T, Keil T, Heintze C, Rose M, Müller-Werdan U, Schenk L (2019) Empirische Versorgungsforschung in der Notfall- und Akutmedizin. Erste Ergebnisse eines begleitenden Monitorings zur Patientenrekrutierung und Stichprobenqualität. *Medizinische Klinik - Intensivmedizin und Notfallmedizin (Impact-Faktor: 0.851)* 115: 125-133. <https://doi.org/10.1007/s00063-018-0522-y>

Schmiedhofer M, Inhoff T, **Krobisch V**, Schenk L, Rose M, Holzinger F, Keil T, Müller-Werdan U, Günster C, Möckel M; für die EMANet-Studygroup (2018) EMANET - Regionales Netzwerk für Versorgungsforschung in der Notfall- und Akutmedizin. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (Impact-Faktor: 0.69)* 135: 81-88. <https://doi.org/doi:10.1016/j.zefq.2018.07.009>

Krobisch V, Sonntag PT, Gül K, Aronson P, Schenk L (2016) Der Migrationshintergrund in multikulturellen Pflegearrangements. Ergebnisse einer qualitativen und quantitativen Befragung älterer Türkeistämmiger. *Pflege (Impact-Faktor: 0.298)* 29(6): 289-300. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000514>

Buchbeiträge und andere Publikationen

Krobisch V, Sonntag P, Schenk L (2020) Was braucht eine gute Pflege? Spezifika der Versorgung am Beispiel älterer Migrantinnen und Migranten aus der Türkei. In: Schenk L, Habermann M (Hrsg.) *Migration und Alter*. De Gruyter: 57-70. <https://doi.org/10.1515/9783110563375-006>

Sonntag P, **Krobisch V**, Schenk L (2020) Wie migrationssensibel ist die ambulante Pflege? In: Schenk L, Habermann M (Hrsg.) *Migration und Alter*. De Gruyter: 71-80. <https://doi.org/10.1515/9783110563375-007>

Krobisch V (2014) Der Migrationsdiskurs in Deutschland und seine Wirkung auf die Gesellschaft. In: Massing P, Niehoff M (Hrsg.) Politische Bildung in der Migrationsgesellschaft. Sozialwissenschaftliche Grundlagen – Politdidaktische Ansätze – Praxisberichte. Wochenschau Verlag, Schwalbach: 77-110.

Krobisch V, Heckmann F (2011) Migration und Integration in Deutschland. Chronologie der Ereignisse und Debatten. Mai 2008-April 2009. In: Krüger-Potratz M, Schiffauer, W (Hrsg.) Migrationsreport 2010 – Fakten – Analysen – Perspektiven. Campus Verlag, Frankfurt am Main: 201-270.

Krobisch V, Heckmann F (2008) Migration und Integration in Deutschland. Chronologie der Ereignisse und Debatten. In: Bommers M, Krüger-Potratz M (Hrsg.) Migrationsreport 2008 – Fakten – Analysen – Perspektiven. Campus Verlag, Frankfurt am Main: 239-318.

Forschungsberichte und sonstige Publikationen

Sonntag P, **Krobisch V**, Ruf V, Schenk L (2015) Ambulante pflegerische Versorgung älterer (türkeistämmiger) Migranten in Berlin – eine Online-Befragung von Pflegediensten. Abschlussbericht für das ZQP. Zentrum für Qualität in der Pflege, Berlin. <https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Abschlussbericht-Ambulante-Pflegerische-Versorgung-Migranten.pdf>

Krobisch V, Ikiz D, Schenk L (2014) Pflegesituation von türkeistämmigen älteren Migranten und Migrantinnen in Berlin. Abschlussbericht für das ZQP. Zentrum für Qualität in der Pflege, Berlin. https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Abschlussbericht_Pflegesituation_Tuerkeistaemmigen_Migranten_Berlin.pdf

Bosswick W, Reiter S, Lechner C, **Krobisch V** (2012) Country Case Study Germany. In: Platonova A, Urso G (Hrsg.) Migration, Employment and Labour Market Integration Policies in the European Union (2010). Internationale Organisation für Migration, Brüssel: 127-144. <https://publications.iom.int/books/migration-employment-and-labour-market-integration-policies-european-union-2010>

Wiest D, **Krobisch V** (2012) Final country research report – Germany. Attitudes to Migrants, Communication and Local Leadership. AMICALL Country research report. Centre on Migration, Policy, and Society, Oxford. https://www.compas.ox.ac.uk/wp-content/uploads/PR-2012-AMICALL_Final_Germany.pdf

Krobisch V (2012) Brain Drain is Better than Brain in the Drain. Eine empirische Untersuchung der Rückkehrentscheidung hochqualifizierter Migranten. Centrum für internationale Migration und Entwicklung (Hrsg.), CIM Paper Series 2, Frankfurt am Main. http://www.efms.uni-bamberg.de/pdf/CIM_Paper_final.pdf

Krobisch V, Wiest D (2011) Country background paper – Germany. Attitudes to Migrants, Communication and Local Leadership. AMICALL Country research report. Centre on Migration, Policy, and Society, Oxford. https://www.compas.ox.ac.uk/wp-content/uploads/PR-2011-AMICALL_Context_Germany.pdf

Wissenschaftliche Vorträge und Posterbeiträge

Krobisch V, Sonntag PT, Zakharova D, Schenk L (2019) Kulturelle Vielfalt in der Geburtshilfe – Ergebnisse einer qualitativen Fallstudie zum Wandel körperbezogener Regeln und Routinen im Krankenhaus. Gesundheitswesen 81(08/09): 750-750. <https://doi.org/10.1055/s-0039-1694621>

Krobisch V (2018) Bodyrules: Organisationsregeln zum Umgang mit dem Körper im Spannungsfeld von Organisation und Zuwanderung. Ad-Hoc-Gruppe: Die Bearbeitung von Differenz in Organisationen, 39. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Soziologie, Göttingen.

Krobisch V (2018) Einsatz von Fragebögen/ Screening-Instrumenten in der Notaufnahme. Young Investigator Workshop, VIII. Symposium – Akute Kardiologie des Arbeitsbereichs Notfallmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin.

Krobisch V (2017) EMANet – Regionales Netzwerk für Versorgungsforschung in der Akut- und Notfallmedizin: Zur Implementierung der prospektiven Kohorte. Gemeinsame Jahrestagung der DGepi, DGMS, DGSMP, Lübeck. (Posterbeitrag)

Schenk L, Sonntag PT, **Krobisch V** (2016) Anforderungen an eine kultur- und migrationsensible Pflege aus Sicht älterer türkeistämmiger Migrantinnen und Migranten. Ergebnisse einer qualitativen und einer quantitativen Befragung. Gesundheitswesen 78: 595. <https://doi.org/10.1055/s-0036-1586663>

Krobisch V, Schenk L (2014) Care of Elderly Migrants from Turkey – On the Discrepancy Between Care Orientations and Institutional Care. 3rd international and interdisciplinary conference on Health, Culture and the Human Body, Istanbul.

Krobisch V, Schenk L (2014) Pflegesituation älterer türkeistämmiger Migranten – Zur Diskrepanz von Pflegeorientierungen und institutioneller Versorgungslage. Gesundheitswesen: 76-A90. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1386940>

Danksagung

Mein Dank gilt allen Personen, die mich während meines wissenschaftlichen und persönlichen Werdegangs auf vielfältige Weise begleiten und unterstützen.

An erster Stelle möchte ich mich herzlich bei Prof. Dr. Liane Schenk für die langjährige vertrauensvolle und lehrreiche Zusammenarbeit bedanken. Diese Dissertation wäre ohne ihren fachlichen Rat, ihre Ermutigung und die hervorragende Betreuung nicht denkbar gewesen.

Ich danke Prof. Dr. Adelheid Kuhlmeier und allen Kolleg*innen am *Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft*. Die Unterstützung, die kollegiale Atmosphäre, und die gemeinsame Forschungsarbeit waren für die Entstehung meiner Dissertation von großem Wert. Insbesondere danke ich Johannes Deutschbein für die kritische Durchsicht dieser Schrift, seine konstruktiven Anmerkungen und freundschaftliche Verbundenheit.

Bei meinen Koautorinnen bedanke ich mich für ihre Beiträge und die gute Zusammenarbeit während der Erarbeitung der Publikationen.

Den Studienteilnehmenden und Projektmitarbeitenden danke ich insbesondere für ihre unverzichtbare Mitwirkung an der Datengewinnung.

Ich danke der Stiftung *Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP)* für die Unterstützung der dieser Dissertation zugrunde liegenden Studien.

Bedanken möchte ich mich auch bei Prof. Dr. Friedrich Heckmann, der mir die Migrationssoziologie nahebrachte, mich förderte und ein wichtiger Mentor in den ersten Jahren meiner Forschungsarbeit war.

Mein außerordentlicher Dank gilt meiner Familie. Alexander, Carlina, Llewyn und Elise, ich danke Euch von Herzen für Eure Unterstützung, Euer Verständnis und Euren Verzicht. Alexander, Dir danke ich besonders für Deine Geduld, Deinen unermüdlichen Einsatz in der Betreuung unserer Kinder und Deinen liebevollen Zuspruch, womit Du mir die notwendige Zeit, Ruhe und Kraft zur Erarbeitung dieser Dissertation gabst.

Schließlich danke ich meinen Eltern, Geschwistern und Freund*innen für die aufmerksame und vielseitige Unterstützung während meiner Promotionszeit und auf meinem persönlichen Lebensweg.