EXECUTIVE SUMMARY

Krankheitsvorstellungen von Menschen mit Einwanderungsgeschichte und ihre Bedeutung für Public Health und Versorgung

Yüce Yılmaz-Aslan, Tuğba Aksakal, Christian Kempny, Oliver Razum, Patrick Brzoska

Worum geht es?

Rund 26 % der Bevölkerung in Deutschland haben eine Einwanderungsgeschichte. Mit der Alterung der ersten Zuwanderungsgeneration gewinnen chronische Erkrankungen, Rehabilitation und Erwerbsteilhabe an Bedeutung. Im Fokus des Beitrags stehen subjektive Krankheitsvorstellungen, also die individuellen Annahmen über Ursachen, Verlauf, Folgen und Behandelbarkeit einer Erkrankung. Sie beeinflussen Inanspruchnahme, Therapietreue und Behandlungsergebnisse und sind veränderbar.

Ziel des Beitrags

Ziel ist es, die Public-Health-Relevanz subjektiver Krankheitsvorstellungen am Beispiel der türkeistämmigen Bevölkerung herauszuarbeiten und daraus Handlungsansätze für eine diversitätssensible Versorgung abzuleiten.

Methoden

Narrative Übersichtsarbeit auf Grundlage aktueller Evidenz. Theoretischer Rahmen ist das Self-Regulatory Model of Illness (Common-Sense-Modell). Konzepte und Befunde werden aus Public-Health-Perspektive eingeordnet.

Ergebnisse

Annahmen über Kontrolle und Konsequenzen einer Erkrankung sagen vorher, ob Termine wahrgenommen, Medikamente eingenommen und Verhaltensänderungen umgesetzt werden. Kurze Interventionen können sie positiv beeinflussen und so zum Beispiel nach einem Herzinfarkt die Rückkehr an den Arbeitsplatz beschleunigen. Krankheitsvorstellungen sind heterogen. Sie sind nicht nur von der Herkunft geprägt, sondern hängen auch von Zuwanderungsgeneration, Bildung, Geschlecht und den Versorgungsstrukturen ab. Bleiben unterschiedliche Erklärungsmodelle von Patientinnen und Patienten sowie Behandelnden unberücksichtigt, drohen Missverständnisse, Vertrauensverlust, wiederholte Arztwechsel sowie Über- oder Unterversorgung.

Möglichkeiten der Umsetzung der Erkenntnisse in die Praxis

Die Ergebnisse zeigen Ansatzpunkte, die mit wenig Aufwand in bestehende Abläufe integrierbar sind:

- Krankheitsvorstellungen früh mit wenigen offenen Fragen im Versorgungsprozess erfragen (Was vermuten Sie als Ursache? Was befürchten Sie? Was würde Ihnen helfen?)
- Nicht-paternalistische Haltung: Vorstellungen verstehen und nutzen, nur dort behutsam verändern, wo sie die Bewältigung behindern; Personal mittels Frage- und Reflexionskompetenz sensibilisieren, nicht durch pauschales Kulturwissen
- Patientinnen und Patienten zur Reflexion anregen (Storytelling, moderierte Gruppenformate) und kurze, am Common-Sense-Modell orientierte Gespräche in bestehende Versorgungspfade integrieren
- Berücksichtigung von Krankheitsvorstellungen strukturell verankern, zum Beispiel über das Chronic-Care-Modell (Zeitfenster, Zuständigkeiten, Dokumentation)
- Qualifizierte Sprachmittlung statt Ad-hoc-Dolmetschen durch Angehörige sowie entsprechende Inhalte in Aus-, Fort- und Weiterbildung.

Ein systematischer, niedrigschwelliger Umgang mit Krankheitsvorstellungen kommt allen Patientinnen und Patienten zugute, mit und ohne Einwanderungsgeschichte.

NARRATIVE ÜBERSICHT

Krankheitsvorstellungen von Menschen mit Einwanderungsgeschichte und ihre Bedeutung für Public Health und Versorgung

Yüce Yılmaz-Aslan[1]
Tuğba Aksakal[1]
Christian Kempny[1]
Oliver Razum[2]
Patrick Brzoska[1]

[1] Lehrstuhl für Versorgungsforschung, Department für Humanmedizin, Fakultät für Gesundheit, Universität Witten/Herdecke
[2] Fakultät für Gesundheitswissenschaften, AG3 Epidemiologie und International Public Health, Universität Bielefeld

(eingegangen am 21.09.2026, freigegeben am 16.10.2026)

ABSTRACT/ZUSAMMENFASSUNG

Illness perceptions among people with a migration background: relevance for public health and healthcare

Migration shapes Germany's population; about 26 % of residents have a migration background. As the first generation of immigrants in particular grows older, needs-based health care is becoming increasingly important. A little-noticed lever is subjective illness perceptions: the beliefs people hold about the causes, timeline, consequences and treatability of their illness. These perceptions influence health behaviour, use of medical services and treatment outcomes, and are in principle amenable to change. This article sets out the public-health relevance of illness perceptions and uses Germany's Turkish-origin population as a case example. Drawing on current evidence, it examines the significance of differing illness perceptions in care encounters, differences in the uptake of preventive services and challenges in medical rehabilitation, and what these mean for care delivery and labour-market participation. The article discusses approaches to diversity-sensitive care, among them sensitising health professionals, the participatory reflection of individual illness perceptions, narrative methods such as storytelling, and their structural anchoring in the Chronic Care Model. Prerequisites for implementation are reliable funding for qualified language mediation and greater attention to such content in undergraduate, postgraduate and continuing education. A reflective approach to illness perceptions can contribute to more needs-based care for people with and without a migration background.

Keywords: subjective illness perceptions – migration – diversity-sensitive care – healthcare utilisation – rehabilitation

doi:10.17147/asu-1-572829

Krankheitsvorstellungen von Menschen mit Einwanderungsgeschichte und ihre Bedeutung für Public Health und Versorgung

Migration prägt die Bevölkerungsstruktur Deutschlands; rund 26 % der Bevölkerung haben eine Einwanderungsgeschichte. Mit dem Älterwerden insbesondere der selbst zugewanderten Generation gewinnt eine bedarfsgerechte gesundheitliche Versorgung zunehmend an Bedeutung. Ein wenig beachteter Ansatzpunkt sind subjektive Krankheitsvorstellungen, also individuelle Annahmen über Ursachen, Verlauf, Folgen und Behandelbarkeit einer Erkrankung. Sie beeinflussen Gesundheitsverhalten, Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und Behandlungsergebnisse und sind grundsätzlich veränderbar. Der Beitrag arbeitet die Public-Health-Relevanz subjektiver Krankheitsvorstellungen heraus und nutzt die türkeistämmige Bevölkerung als Fallbeispiel. Anhand aktueller Evidenz werden die Bedeutung unterschiedlicher Krankheitsvorstellungen im Versorgungskontakt, Unterschiede in der Inanspruchnahme präventiver Angebote sowie Herausforderungen in der medizinischen Rehabilitation für Versorgung und Erwerbsteilhabe dargestellt. Diskutiert werden Ansätze einer diversitätssensiblen Versorgung, darunter die Sensibilisierung von Gesundheitsfachkräften, die partizipative Reflexion individueller Krankheitsvorstellungen, narrative Verfahren wie Storytelling sowie ihre strukturelle Verankerung im Chronic-Care-Modell. Als Voraussetzungen für die Umsetzung werden eine verlässliche Finanzierung qualifizierter Sprachmittlung und die stärkere Berücksichtigung entsprechender Inhalte in Aus-, Fort- und Weiterbildung benannt. Ein reflektierter Umgang mit Krankheitsvorstellungen kann zu einer bedarfsgerechteren Versorgung von Menschen mit und ohne Einwanderungsgeschichte beitragen.

Schlüsselwörter: Subjektive Krankheitsvorstellungen – Migration – diversitätssensible Versorgung – Inanspruchnahme – Rehabilitation

Einleitung: Migration als Public-Health-Thema

Migration prägt die Bevölkerungsstruktur Deutschlands stärker denn je. Nach den Ergebnissen des Mikrozensus 2024 haben rund 21,2 Millionen Menschen und damit mehr als 26 % der Bevölkerung eine Einwanderungsgeschichte im Sinne der amtlichen Statistik, das heißt, sie oder beide Elternteile sind seit 1950 eingewandert; Personen mit nur einem eingewanderten Elternteil werden gesondert ausgewiesen. Mit etwa 2,6 Millionen Menschen stellt die türkeistämmige Bevölkerung die größte nationale Herkunftsgruppe dar (Statistisches Bundesamt 2025). Diversität ist damit keine Ausnahme, sondern ein konstitutives Merkmal der gesundheitlichen Versorgung. Zugleich verändert die Alterung der ersten Zuwanderungsgenerationen den Versorgungsbedarf: Während akute Erkrankungen an Bedeutung verlieren, rücken die Prävention und Versorgung chronischer Erkrankungen, medizinische Rehabilitation sowie der Erhalt von Teilhabe und Erwerbsfähigkeit zunehmend in den Mittelpunkt.

Ältere Menschen mit Einwanderungsgeschichte weisen eine höhere Prävalenz einiger chronischer Erkrankungen wie Diabetes auf (Bartig et al. 2023); sie sind zudem überdurchschnittlich häufig in körperlich belastenden Berufen beschäftigt und weisen ein erhöhtes Risiko für eine Erwerbsminderung auf (Brzoska u. Razum 2015; Schönfeld et al. 2023). Zugleich zeigen sich Unterschiede in der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen (Grochtdreis et al. 2025). Die Unterschiede sind überwiegend durch soziale Determinanten bedingt: Belastende Arbeitsbedingungen, niedrigerer sozioökonomischer Status und Sprachbarrieren wirken über den Lebensverlauf zusammen (Baumeister et al. 2021; Hövener u. Wieler 2023). Auch die Gesundheitskompetenz von Menschen mit Einwanderungsgeschichte ist – wie in der Allgemeinbevölkerung – sozial ungleich verteilt und betrifft besonders Menschen mit niedrigem Bildungsniveau oder geringen Deutschkenntnissen (Berens et al. 2022). Besonders betroffen ist die erste Zuwanderungsgeneration; der im Alter schlechtere Gesundheitszustand von Menschen mit Einwanderungsgeschichte lässt sich daher nicht allein durch demografische Unterschiede erklären (Sachverständigenrat für Integration und Migration 2022).

Für die Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin sind Menschen mit Einwanderungsgeschichte doppelt bedeutsam: als Beschäftigte in belastenden Berufen und als Patientinnen und Patienten, deren Bedarfe in Vorsorge, Behandlung und Rehabilitation oft unzureichend abgebildet werden. Ein unterschätzter Ansatzpunkt sind subjektive Krankheitsvorstellungen.

Warum gerade subjektive Krankheitsvorstellungen? Sie verbinden individuelles Erleben mit messbaren Versorgungsgrößen und sind – anders als Herkunft, sozialer Status oder Bildung – im Versorgungskontakt unmittelbar ansprechbar und prinzipiell veränderbar. Für arbeits- und sozialmedizinische Fragestellungen sind sie damit ein praktikabler Hebel: Sie beeinflussen, ob Vorsorgeangebote (arbeitsmedizinische Vorsorge, Früherkennungsuntersuchungen und weitere präventive Angebote) angenommen werden, wie Beschwerden im Betrieb und in der Sprechstunde kommuniziert werden und ob nach einer Erkrankung eine frühzeitige Rückkehr an den Arbeitsplatz gelingt (Petrie et al. 2002; s. Abschn. „Subjektive Krankheitsvorstellungen“).

Gerade im betriebs- und arbeitsmedizinischen Kontext eröffnet das Ansprechen und Erfragen subjektiver Krankheitsvorstellungen einen praktischen Zugang: In der arbeitsmedizinischen Vorsorge, bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und im betrieblichen Eingliederungsmanagement treffen Versorgende regelmäßig auf subjektive Deutungen von Beschwerden, Belastungen und Genesung (Opelt et al. 2020; Fisker et al. 2022). Wer diese Deutungen kennt und aufgreift, kann Vorsorge verständlicher gestalten, die Mitwirkung fördern und Rückkehrprozesse an den Arbeitsplatz realistischer planen.

Der vorliegende Beitrag ist als narrative Übersichtsarbeit konzipiert. Er führt zentrale theoretische Konzepte (SRM, „explanatory models“, Chronic-Care-Modell) mit überwiegend seit 2002 publizierten empirischen Befunden zu Krankheitsvorstellungen, Inanspruchnahme und Versorgung zusammen, ordnet diese aus Public-Health- und versorgungswissenschaftlicher Perspektive ein und leitet daraus praxisorientierte Implikationen für eine patientenzentrierte und diversitätssensible Versorgung ab. Eine systematische Literaturrecherche erfolgte nicht. Als exemplarisches Fallbeispiel dient die vergleichsweise gut untersuchte Bevölkerung mit türkischer Einwanderungsgeschichte. Ziel des Beitrags ist jedoch ausdrücklich nicht, kulturelle Unterschiede zu essentialisieren oder einzelne Bevölkerungsgruppen zu homogenisieren. Vielmehr soll aufgezeigt werden, wie subjektive Krankheitsvorstellungen unabhängig von der Herkunft systematisch in die Versorgung einbezogen werden können, um individuelle Bedarfe besser zu berücksichtigen und eine nutzerorientierte Versorgung zu fördern. Der Beitrag verfolgt damit ein doppeltes Ziel: die konzeptionelle Einordnung subjektiver Krankheitsvorstellungen und ihre Übersetzung in konkrete Handlungsoptionen für eine diversitätssensible Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin.

Subjektive Krankheitsvorstellungen: Konzept und Public-Health-Relevanz

Subjektive Krankheitsvorstellungen sind die Annahmen, die Menschen über ihre Erkrankung entwickeln, die sie durch den Verlauf begleiten, die ihnen Erklärungen bieten und die ihre Erwartungen an das Gesundheitssystem mit beeinflussen (Hagger u. Orbell 2022; Leventhal et al. 1997; Kleinman 1980). Sie lassen sich über das Self-Regulatory Model of Illness (SRM; auch als Common-Sense-Modell bezeichnet) erfassen. Es beschreibt Erkrankte als aktive Problemlösende, die eingehende Informationen – Symptome, Diagnosen, Reaktionen des Umfelds – zu einer kohärenten Repräsentation ihrer Erkrankung verarbeiten und daraus Bewältigungsstrategien ableiten, deren Wirkung sie wiederum bewerten und rückkoppeln (Leventhal et al. 1980; Hagger u. Orbell 2022; Moss-Morris et al. 2002; Kleinman 1980). Krankheitsvorstellungen und Krankheits- sowie Gesundheitsverhalten beeinflussen sich so wechselseitig.

Unterschieden werden mehrere Dimensionen: Identität (Bezeichnung der Erkrankung und ihr zugeordnete Symptome), Konsequenzen (erwartete Folgen für Alltag, Beruf und soziale Rollen), zeitlicher Verlauf (akut, chronisch oder zyklisch), Ursachen (subjektive Kausalannahmen), wahrgenommene Kontrolle (durch eigenes Verhalten oder durch die Behandlung) sowie Kohärenz im Sinne der Verständlichkeit der Erkrankung. Ergänzt werden sie um emotionale Repräsentationen wie Angst (Moss-Morris et al. 2002). Erst das Zusammenspiel dieser Dimensionen ergibt das individuelle Bild, das eine Person von ihrer Erkrankung hat.

Die Dimensionen sind nicht unabhängig voneinander, sondern formen gemeinsam ein in sich stimmiges Deutungsmuster (Hagger u. Orbell 2003, 2022). Wer etwa annimmt, eine Erkrankung sei vorübergehend (Verlauf) und durch äußere Umstände verursacht (Ursache), wird ihr eher geringe Konsequenzen zuschreiben und weniger eigenes Kontrollhandeln für nötig halten. Solche Muster sind handlungsleitend: Sie bestimmen mit, ob jemand einen Behandlungstermin wahrnimmt, eine Dauermedikation akzeptiert oder eine Verhaltensänderung für sinnvoll hält (Aujla et al. 2016). Das kann eine Erklärung sein, warum zwei Menschen mit derselben Diagnose sehr unterschiedlich handeln können.

Aus Public-Health-Sicht sind diese Vorstellungen ein modifizierbarer Einflussfaktor auf Versorgungsergebnisse. Metaanalysen machen die Bedeutung subjektiver Krankheitsvorstellungen für Gesundheitsoutcomes, Krankheitsbewältigung und Lebensqualität deutlich (Hagger u. Orbell 2003) und zeigen zum Beispiel, dass Annahmen über Kontrolle und Konsequenzen die Adhärenz zu Terminen, Medikation, Ernährung und Bewegung prospektiv vorhersagen (Aujla et al. 2016; Hagger et al. 2026). Auch die Inanspruchnahme selbst wird über Krankheitsannahmen vermittelt und kann Unterschiede zwischen Bevölkerungsgruppen erklären (Mavroeides u. Koutra 2021). Damit sind subjektive Krankheitsvorstellungen kein weicher Randfaktor, sondern eine eigenständige Determinante des Versorgungsverlaufs.

Entscheidend dabei ist, dass sich Krankheitsvorstellungen auch verändern lassen: Eine kurze, am SRM orientierte Intervention mit kurzen Einzelgesprächen während des Krankenhausaufenthalts zur Modifikation bestehender Annahmen über einen erlittenen Herzinfarkt verbesserte in einer randomisierten kontrollierten Studie die Genesung und führte zu einer früheren Rückkehr an den Arbeitsplatz (Petrie et al. 2002). Für Krebserkrankte berichtet eine systematische Übersichtsarbeit mit elf randomisierten Studien zu am SRM orientierten Interventionen günstige Effekte auf Symptome, Verhalten und Lebensqualität (Gu et al. 2024). Entsprechende Interventionen sind in der Regel kurz, niedrigschwellig und mit geringem Ressourcenaufwand in bestehende Versorgungspfade integrierbar. Damit besitzen sie potenzielle Relevanz für arbeits- und sozialmedizinische Zielgrößen wie Arbeitsfähigkeit und Return to Work. Gleichzeitig weisen die Autorinnen und Autoren aber auch auf die teils begrenzte Studienqualität hin. Die Evidenz bezieht sich zudem bislang nur auf einzelne Krankheitsbilder; ob sich die Effekte unter Routinebedingungen und bei Menschen mit Einwanderungsgeschichte bestätigen, ist offen.

Krankheitsvorstellungen bei Menschen mit Einwanderungsgeschichte: das Fallbeispiel der türkeistämmigen Bevölkerung

Vorstellungen darüber, was Gesundheit und Krankheit bedeuten, wodurch Erkrankungen entstehen und wie sie behandelt oder bewältigt werden können, sind nicht universell. Sie werden vielmehr durch individuelle Erfahrungen, Sozialisation, Bildung, Religion sowie kulturelle und soziale Kontexte geprägt (Kleinman 1980; Aarethun et al. 2021). Kleinman (1980) bezeichnete diese subjektiven Deutungsmuster als „explanatory models". Sie umfassen individuelle Annahmen über Ursachen, Entstehung, Verlauf und Behandlung einer Erkrankung und beeinflussen maßgeblich das gesundheitsbezogene Erleben und Handeln einschließlich der Erwartungen an das Gesundheitssystem. Anders als das SRM, das den Regulationsprozess beschreibt, zielt der Begriff der „explanatory models" auf den Abgleich zwischen den Deutungen von Patientinnen und Patienten sowie Behandelnden. Im Migrationskontext können sich die Krankheitsvorstellungen von den Annahmen unterscheiden, an denen sich das deutsche Gesundheitssystem und die Versorgung häufig orientieren (biomedizinisches Modell). Daraus können Verständigungs- und Abstimmungsprozesse im Versorgungskontakt entstehen. Im Folgenden wird die vergleichsweise gut untersuchte Bevölkerung mit türkischer Einwanderungsgeschichte als Fallbeispiel herangezogen. Die dargestellten Befunde sind nicht als gruppenspezifische Merkmale zu verstehen, sondern dienen der Veranschaulichung allgemeiner Mechanismen, die auch in anderen Versorgungskontexten, etwa mit nicht migrierten Menschen, von Bedeutung sein können.

Die Forschung zu Krankheitsvorstellungen von Menschen mit türkischer Einwanderungsgeschichte weist auf eine erhebliche Heterogenität innerhalb dieser Bevölkerungsgruppe hin. Unterschiede lassen sich unter anderem nach Zuwanderungsgeneration, Bildungsstand, Religiosität, Geschlecht, sozioökonomischer Lage, ländlicher oder städtischer Sozialisation sowie individuellen Krankheits- und Versorgungserfahrungen beobachten (Brzoska u. Razum 2009; Petersen 1995). Vor diesem Hintergrund wird zunehmend betont, dass Krankheitsvorstellungen nicht aus der Einwanderungsgeschichte abgeleitet werden können, sondern im jeweiligen sozialen und biografischen Kontext zu verstehen sind.

Innerhalb dieser Heterogenität lassen sich dennoch wiederkehrende Deutungsmuster beschreiben. So berichten einige Studien, dass insbesondere ein Teil älterer türkeistämmiger Patientinnen und Patienten Beschwerden eher ganzheitlich und körpernah beschreibt und Schmerzen teilweise mithilfe von Organchiffren oder bildhaften Metaphern kommuniziert (Glier u. Erim 2007; Yilmaz-Aslan et al. 2014; Petersen 1995). Solche Ausdrucksformen können die Kommunikation im Versorgungskontakt beeinflussen und sich auf die Wahrnehmung von Beschwerden, das Krankheitsmanagement und die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen auswirken (Brzoska u. Razum 2009). Auch hinsichtlich der Ursachenzuschreibungen werden religiös-spirituelle, naturbezogene und biomedizinische Erklärungsmodelle beschrieben (Ilkilic 2005; Minas et al. 2007). Diese schließen sich jedoch nicht gegenseitig aus, sondern werden häufig parallel verwendet und situationsabhängig unterschiedlich gewichtet. Eine mögliche Folge paralleler Vorstellungen oder paralleler Lebenswelten in Deutschland und der Türkei (im Rahmen einer Pendelmigration) ist die parallele oder sequenzielle Nutzung der formalen und informellen Gesundheitssysteme beider Länder (Stern et al. 2023a, Stern et al. 2023b).

Neuere Forschung zeigt, dass Unterschiede im Gesundheitsverhalten und in der Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen auch von Zuwanderungsgeneration, Aufenthaltsdauer und sozioökonomischer Lage abhängen und – dann auf niedrigerem Niveau – auch nach Berücksichtigung des sozioökonomischen Status (Bildung, berufliche Stellung, Einkommen) bestehen bleiben (Starker et al. 2021). Qualitative Studien verdeutlichen zudem, dass Gesundheitskompetenz und gelingende Kommunikation wesentlich von strukturellen und organisationalen Rahmenbedingungen abhängen, darunter die Verständlichkeit von Informationen, zeitliche Ressourcen,

der Zugang zu Sprachmittlung sowie die Kommunikationskultur von Gesundheitseinrichtungen (Baumeister et al. 2021; Vange et al. 2024).

Frühere Fragebogenstudien berichten bei psychischen Erkrankungen teilweise eine stärkere Somatisierungstendenz, eine geringere wahrgenommene Selbstwirksamkeit sowie Hinweise auf ungünstigere Erwartungen hinsichtlich des Krankheitsverlaufs (Franz et al. 2007). Diese Zuschreibung ist allerdings früh kritisiert worden: Bereits Petersen (1995) fragte, ob nicht weniger eine besondere Somatisierungsneigung vorliegt als vielmehr eine ausgeprägte Psychologisierung auf Seiten des deutschen Versorgungssystems. Neuere Querschnittsdaten bei türkeistämmigen Patientinnen und Patienten mit Depression deuten darauf hin, dass migrationsbezogene Stressoren wie Sprachprobleme mit stärkeren somatischen und depressiven Symptomen assoziiert sind (Hanewald et al. 2025). Dies verweist auf die Bedeutung des Migrations- und Versorgungskontexts, ohne kulturelle Einflüsse auszuschließen. Qualitative Untersuchungen bei Menschen mit Diabetes zeigen darüber hinaus, dass insbesondere ältere Männer die Schwere der Erkrankung teilweise unterschätzen. Als mögliche Erklärung wird diskutiert, dass eine chronische Erkrankung mit traditionellen Rollenerwartungen an Männer als Versorger der Familie in Konflikt steht und deshalb verdrängt werden könnte (Yilmaz-Aslan et al. 2014). Auch krankheitsbezogene Einstellungen sind daher differenziert zu betrachten. Gleichzeitig können religiöse Krankheitsdeutungen wichtige Bewältigungsressourcen darstellen. Der Einfluss Gottes wird häufig als Prüfung und nicht als Strafe interpretiert und geht vielfach mit einer hohen Motivation zur Krankheitsbewältigung einher (Yilmaz-Aslan et al. 2014, 2018). Die häufig postulierte Dichotomie zwischen religiösen Überzeugungen und aktiver Behandlung erscheint daher empirisch nicht haltbar.

Insgesamt sprechen die vorliegenden Befunde dafür, Krankheitsvorstellungen weder zu verallgemeinern noch primär als Ausdruck kultureller Zugehörigkeit zu interpretieren. Für die Versorgung ist vielmehr entscheidend, individuelle Krankheitsvorstellungen systematisch zu explorieren und sie im Zusammenspiel mit sprachlichen, sozialen und organisationalen Rahmenbedingungen zu berücksichtigen. Das dargestellte Fallbeispiel dient daher nicht der Beschreibung einer vermeintlich typischen kulturellen Orientierung, sondern der Veranschaulichung möglicher Mechanismen, die in einzelnen Versorgungssituationen relevant werden können.

Bedeutung für Public Health und Versorgung

Menschen mit Einwanderungsgeschichte nehmen präventive Gesundheitsangebote in Deutschland teilweise seltener in Anspruch. Die Unterschiede variieren jedoch erheblich und lassen sich unter anderem nach soziodemografischen Merkmalen, Zuwanderungsgeneration und Aufenthaltsdauer differenzieren (Starker et al. 2021; Brzoska u. Razum 2015; Grochtdreis et al. 2025). Neben sprachlichen und informationsbezogenen Barrieren können auch Krankheitsvorstellungen die Inanspruchnahme beeinflussen. Wird beispielsweise Diabetes nicht als chronische Erkrankung verstanden, kann dies die Bereitschaft zu Früherkennung, regelmäßigen Kontrolluntersuchungen und langfristigem Krankheitsmanagement verringern (Yilmaz-Aslan et al. 2014). Krankheitsvorstellungen stellen damit – neben Sprache, Gesundheitskompetenz und sozialen Determinanten – einen relevanten Einflussfaktor für die Nutzung präventiver Angebote dar. Dies ist insbesondere für die arbeitsmedizinische Vorsorge und die betriebliche Prävention bedeutsam, da verständliche und niedrigschwellige Angebote die Teilnahme fördern und damit die betriebliche Sekundärprävention unterstützen können. Eine wesentliche Herausforderung im Versorgungskontext besteht in inkongruenten Krankheitsvorstellungen von Patientinnen und Patienten sowie Behandelnden (Langewitz et al. 1998). Bleiben unterschiedliche Erklärungsmodelle unausgesprochen, können Missverständnisse entstehen, die das Vertrauensverhältnis beeinträchtigen, wiederholte Arztwechsel begünstigen und die Motivation zur Therapie reduzieren (Ilkilic u. Taksim 2007; Brzoska u. Razum 2015; Valentine u. Scherer 2022). Sprachliche Verständigungsprobleme können diese Herausforderungen zusätzlich verstärken, da die Kommunikation über subjektive Krankheitskonzepte nicht nur besondere sprachliche Präzision, sondern auch Zeit und die Bereitschaft aller Beteiligten erfordert, sich darauf einzulassen (siehe unten, Abschn. „Handlungsansätze für die Praxis“). Internationale Studien zeigen, dass unzureichend verfügbare Dolmetschdienste, finanzielle Hürden, fehlende Informationen über bestehende Angebote sowie restriktive Zugangsregelungen die Inanspruchnahme qualifizierter Sprachmittlung erschweren und sich nachteilig auf Versorgungsqualität und Patientensicherheit auswirken können (Vange et al. 2024; Führer u. Brzoska 2022). Vor diesem Hintergrund gewinnt auch die bislang nicht umgesetzte Verankerung qualifizierter Sprachmittlung im SGB V an Bedeutung (Sachverständigenrat für Integration und Migration 2022). Darüber hinaus ist eine verlässliche Verständigung Voraussetzung für die Erfüllung der ärztlichen Aufklärungspflicht gemäß § 630e BGB und damit für eine rechtswirksame informierte Einwilligung.

In der Versorgungspraxis wird häufig auf Ad-hoc-Dolmetschen durch Angehörige oder sogar Kinder zurückgegriffen. Der als Vorteil angesehenen, oft kurzfristigen Verfügbarkeit dieses Vorgehens stehen gewichtige Einschränkungen hinsichtlich Vertraulichkeit, Neutralität und Übersetzungsqualität gegenüber. Die fehlende flächendeckende Finanzierung professioneller Sprachmittlung verlagert die Verantwortung für gelingende Kommunikation damit häufig auf das soziale Umfeld der Betroffenen und kann bestehende Ungleichheiten im Zugang zu einer bedarfsgerechten Versorgung verstärken (Sachverständigenrat für Integration und Migration 2022; Vange et al. 2024). Nicht erkannte oder missverstandene Krankheitsvorstellungen können sich unmittelbar auf diagnostische und therapeutische Entscheidungen auswirken. Einerseits können Missverständnisse zu medizinisch nicht indizierter Zusatzdiagnostik führen, die Ressourcen bindet und durch nachfolgende Untersuchungen zusätzliche Risiken mit sich bringt (Ilkilic u. Taksim 2007). Andererseits besteht die Gefahr einer Unterversorgung oder verzögerten Diagnosestellung, wenn körpernahe Beschwerdeschilderungen vorschnell als unspezifisch interpretiert werden. Sowohl Über- als auch Unterversorgung können somit durch ein unzureichend abgestimmtes Krankheitsverständnis begünstigt werden. Die Bedeutung gemeinsamer Krankheitsvorstellungen wird auch im Bereich der medizinischen Rehabilitation deutlich. Menschen mit türkischer Einwanderungsgeschichte weisen im Mittel geringere Rehabilitationserfolge und eine niedrigere Zufriedenheit mit Rehabilitationsmaßnahmen auf, ohne dass diese Unterschiede vollständig durch den Gesundheitszustand oder den sozioökonomischen Status erklärt werden können (Brzoska u. Razum 2015; Brzoska et al. 2016, 2017, Schönfeld et al. 2023). Da Rehabilitation wesentlich auf langfristige Verhaltens-

änderungen, die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und die nachhaltige Teilhabe am Arbeitsleben ausgerichtet ist, erscheint eine systematische Erfassung und Berücksichtigung individueller Krankheitsvorstellungen sinnvoll. Eine vorbereitende Auseinandersetzung mit Erwartungen und Krankheitsverständnis könnte dazu beitragen, die Passung zwischen Behandelnden und Rehabilitandinnen/Rehabilitanden zu verbessern und bestehende Unterschiede in den Rehabilitationsergebnissen zu verringern.

Diese Zusammenhänge besitzen auch für die Arbeits- und Sozialmedizin erhebliche Relevanz, da sie eng mit Erwerbsfähigkeit und Erwerbsteilhabe verknüpft sind. Menschen mit Einwanderungsgeschichte weisen ein erhöhtes Risiko für eine gesundheitsbedingte Frühberentung auf (Brzoska u. Razum 2015). Wenn Krankheitsvorstellungen die Mitwirkung an Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen oder den Prozess der beruflichen Wiedereingliederung beeinflussen, kann dies sowohl individuelle als auch sozialversicherungsrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen. Gleichzeitig deuten, wie oben beschrieben, Untersuchungen darauf hin, dass die gezielte Bearbeitung von Krankheitsvorstellungen die Rückkehr ins Erwerbsleben beschleunigen kann (Petrie et al. 2002; Gu et al. 2024). Krankheitsvorstellungen stellen damit nicht nur ein subjektives Deutungsmuster dar, sondern können sich unmittelbar auf sozialmedizinisch relevante Endpunkte auswirken.

Auf Bevölkerungsebene können sich diese Mechanismen zu gesundheitlichen Ungleichheiten verdichten. Eine geringere Inanspruchnahme präventiver Angebote, eingeschränkte Therapietreue oder geringere Rehabilitationserfolge können bestehende Unterschiede in den Versorgungsergebnissen verstärken (Starker et al. 2021; Brzoska u. Razum 2015; Sachverständigenrat für Integration und Migration 2022).

Krankheitsvorstellungen sind dabei nicht isoliert zu betrachten, sondern stehen in enger Wechselwirkung mit sprachlichen, sozialen und organisationalen Einflussfaktoren sowie der Gesundheitskompetenz. Gerade weil sie im Versorgungskontakt systematisch exploriert und aufgegriffen werden können, stellen sie einen relevanten Ansatzpunkt für eine patientenzentrierte und diversitätssensible Versorgung dar.

Handlungsansätze für die Praxis

Die Berücksichtigung subjektiver Krankheitsvorstellungen ruht auf drei Bausteinen. Leitend ist eine nicht-paternalistische Haltung: Vorstellungen werden verstanden und genutzt, nicht korrigiert, und sie werden nur dort behutsam verändert, wo sie Bewältigung behindern (Yilmaz-Aslan et al. 2018).

Baustein 1: Sensibilisierung des Personals

Der frühe, explizite Austausch über Krankheitsvorstellungen lässt hinderliche Annahmen erkennen und förderliche nutzen und macht Therapien passgenauer (Glattacker et al. 2018; Gu et al. 2024). Praktisch lassen sich Vorstellungen mit wenigen offenen Fragen erschließen – etwa danach, was die Person als Ursache vermutet, was sie befürchtet und was ihr aus ihrer Sicht helfen würde. Wissen über Gruppen darf dabei nicht unreflektiert angewandt werden: Menschen mit Einwanderungsgeschichte sind ähnlich heterogen wie die nicht migrierte Bevölkerung. Vorstellungen variieren auch unabhängig von der Einwanderungsgeschichte, beispielsweise mit Geschlecht, Alter, Bildung und Krankheitsbild (Spallek et al. 2016; Yalçınkaya et al. 2026).

Baustein 2: Kritische Reflexion auf Patientenseite und Storytelling

Vorstellungen sollten gemeinsam analysiert statt vorgegeben werden. Ein erprobter Zugang ist Storytelling: Moderierte Geschichten ermöglichen es Betroffenen, eigene Deutungen zu berichten und kritisch zu reflektieren; genutzt wird das Verfahren bereits in Diagnostik, Fortbildung sowie Schulung von Patientinnen und Patienten, wo es Gesundheitskompetenz stärkt, ohne Autonomie zu untergraben (Greenhalgh et al. 2005; Carlson et al. 2021; Glodny et al. 2011). Auch im therapeutischen Verlauf kann es wirken, indem es Erinnerung sowie den Erfahrungsaustausch in der Gruppe fördert.

In der Umsetzung haben sich moderierte Gruppenformate bewährt, in denen Betroffene Erfahrungen teilen und Deutungen aneinander prüfen; der Austausch unter Gleichbetroffenen senkt Schwellen, stärkt die Selbstwirksamkeit und macht tragfähigere Krankheitsvorstellungen anschlussfähig, ohne sie vorzuschreiben (Greenhalgh et al. 2005; Glodny et al. 2011; Carlson et al. 2021). Gruppenformate eignen sich vor allem für Rehabilitation, Patientenschulung und Selbsthilfe. Im direkten Behandlungskontakt lässt sich der Ansatz auf wenige offene Fragen zu Ursachenannahme, Befürchtungen und erhofftem Nutzen (siehe Baustein 1) und gegebenenfalls am SRM orientierte Kurzinterventionen (Petrie et al. 2002; Gu et al. 2024) begrenzen.

Baustein 3: Diversitätssensible Versorgung und Chronic-Care-Modell

Diversitätssensible Versorgung braucht strukturelle Verankerung, damit sie nicht dem Einzelfall überlassen bleibt. Diversitätssensible Ansätze richten Prozesse und Organisationsentwicklung nicht auf eine spezifische Gruppe von Menschen mit Einwanderungsgeschichte, sondern auf Vielfalt aus (Schenk et al. 2024; Seeleman et al. 2015). Diversitätssensible Versorgung sollte daher nicht als Vermittlung gruppenspezifischen Kulturwissens verstanden werden, sondern als organisationsbezogener Ansatz, der individuelle Bedarfe, verständliche Kommunikation, Zugänglichkeit, Sprachmittlung und Reflexivität systematisch in Versorgungsprozesse integriert (Lauwers et al. 2024; Yalçınkaya et al. 2026). Einen anschlussfähigen organisationalen Rahmen bietet das Chronic-Care-Modell, dessen Kern die produktive Interaktion zwischen einem vorbereiteten, proaktiven Team und informierten, aktivierten Patientinnen und Patienten bildet (Wagner et al. 2001). Seine Wirksamkeit ist metaanalytisch belegt, wobei die Effekte mit der Zahl umgesetzter Modellkomponenten zunehmen (Goh et al. 2022). Über seine Komponenten – etwa Selbstmanagementförderung und Praxisorganisation – lassen sich Krankheitsvorstellungen systematisch in die Versorgung einbeziehen. Flankierend sind finanzierte Sprachmittlung und migrations- beziehungsweise diversitätsbezogene Inhalte in Aus- und Weiterbildung nötig; auch die Haltung der Versorgenden kann Ungleichheiten verschärfen oder abbauen (Sachverständigenrat für Integration und Migration 2022; De-María et al. 2024; Drewniak et al. 2017). Hürden liegen vor allem in nötigen strukturellen Änderungen und Kosten; Lösungen müssen daher in bestehende Strukturen integrierbar sein und dürfen nicht von zusätzlichen, ungedeckten Ressourcen abhängen.

Das Chronic-Care-Modell bietet hierfür konkrete Anknüpfungspunkte. Über die Selbstmanagementförderung lassen sich Krankheitsvorstellungen explizit zum Thema machen, statt sie dem Zufall des Gesprächs zu überlassen; die Gestaltung der Versorgungsprozesse kann Zeitfenster und Zuständigkeiten für solche Gespräche schaffen; Entscheidungsunterstützung und Informationssysteme können relevante Deutungen dokumentieren und im Behandlungsteam verfügbar halten (Goh et al. 2022). So wird aus einer Haltung eine reproduzierbare Praxis, die nicht vom Engagement Einzelner abhängt.

Entscheidend für die Umsetzbarkeit ist, dass diese Bausteine niedrigschwellig bleiben. Offene Fragen nach Ursachenannahme, Befürchtungen und erhofftem Nutzen kosten wenig Zeit, und am SRM orientierte Kurzinterventionen sind ohne großen Ressourcenaufwand in bestehende Versorgungspfade integrierbar (Petrie et al. 2002; Gu et al. 2024). Damit Sensibilisierung nicht in pauschales Kulturwissen umschlägt, sollte sie als Frage- und Reflexionskompetenz vermittelt werden – also als Fähigkeit, individuelle Deutungen zu erheben, statt Gruppen feste Eigenschaften zuzuschreiben (Spallek et al. 2016; Yalçınkaya et al. 2026). Über die Versorgung im Einzelfall hinaus ist aus Public-Health-Sicht die Systemebene entscheidend: ein diversitätsorientiertes Gesundheitsmonitoring, das Ungleichheiten sichtbar macht (Hövener u. Wieler 2023), sowie Qualitätssicherung und Versorgungsplanung, die subjektive Krankheitsvorstellungen als Teil patientenzentrierter Versorgung berücksichtigen, etwa in der Rehabilitation.

Fazit und Ausblick

Subjektive Krankheitsvorstellungen sind ein relevanter und potenziell modifizierbarer Einflussfaktor auf Bewältigung, Inanspruchnahme und Outcomes und damit ein Public-Health-Thema. Bei Menschen mit Einwanderungsgeschichte werden sie häufig nicht ausreichend berücksichtigt, obwohl ein produktiver Umgang damit die Versorgung verbessern kann. Mit dem Älterwerden der zugewanderten Bevölkerung wird ihre bedarfsgerechte Versorgung zur Daueraufgabe, die über die individuelle Versorgung hinaus strukturelle Antworten auf Systemebene erfordert. Für die Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin ist der Hebel attraktiv, weil er Prävention, Behandlung, Rehabilitation und Erwerbsteilhabe zugleich berührt. Sensibilisierung, unterstützte Reflexion, Storytelling und diversitätssensible Strukturen entlang des Chronic-Care-Modells bilden einen praktikablen Werkzeugkasten, der allen Patientinnen und Patienten zugutekommt, mit und ohne Einwanderungsgeschichte.

Offen bleibt, wie sich diese Ansätze in der Breite und unter Routinebedingungen evaluieren lassen. Künftige Forschung sollte prüfen, welche Kurzformate in arbeits- und sozialmedizinischen Settings praktikabel sind, wie sich ihr Nutzen für Inanspruchnahme, Adhärenz und Erwerbsteilhabe messen lässt und wie eine finanzierte Sprachmittlung verlässlich verankert werden kann (Sachverständigenrat für Integration und Migration 2022). Digitale Ansätze, etwa mehrsprachige Informationen, digitale Erzählformate (Carlson et al. 2021) oder Videodolmetschen, könnten Schwellen senken. Ob und wie sie subjektive Krankheitsvorstellungen beeinflussen, ist in künftigen Studien zu prüfen; zudem ist auf ungleich verteilte digitale Gesundheitskompetenz zu achten. Bis dahin gilt: Wer subjektive Krankheitsvorstellungen ernst nimmt und systematisch erfragt, gewinnt einen niedrigschwelligen Hebel für eine gerechtere und wirksamere Versorgung – unabhängig von der Herkunft der Patientinnen und Patienten.

Interessenkonflikt: Die Autorinnen und Autoren erklären, dass keine Interessenskonflikte bestehen.

Finanzierung/Förderung: Diese Forschung erhielt keine spezifische Förderung.

Ethik-Erklärung: Für diese Arbeit war gemäß den Richtlinien der zuständigen Ethikkommission keine Genehmigung erforderlich, da es sich um eine narrative Übersichtsarbeit auf Grundlage bereits publizierter Literatur handelt. Es wurden keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt und keine personenbezogenen Daten erhoben.

Datenverfügbarkeit: Es wurden keine eigenen Daten erhoben oder analysiert. Alle verwendeten Informationen stammen aus den im Literaturverzeichnis genannten, öffentlich zugänglichen Publikationen.

Autorenschaft und Beiträge: Y.Y.-A. konzipierte den Beitrag und verfasste die Erstfassung des Manuskripts. T.A. und C.K. beteiligten sich an der Literaturrecherche und -auswahl sowie an der Ausarbeitung einzelner Abschnitte. O.R. und P.B. waren für die fachliche Einordnung und die kritische Revision des Manuskripts verantwortlich. Alle Autorinnen und Autoren interpretierten die Literatur, überprüften das Manuskript kritisch und genehmigten die endgültige Version.

Software & KI: Für diesen Beitrag wurde keine statistische oder Analysesoftware verwendet. Zur sprachlichen Überarbeitung wurde das KI-Sprachmodell Claude eingesetzt. Die inhaltliche Prüfung und Freigabe aller Textteile liegen bei den Autorinnen und Autoren, die die Verantwortung für alle Inhalte tragen.

Literatur

Aarethun V et al.: Explanatory models and help-seeking for symptoms of PTSD and depression among Syrian refugees. Soc Sci Med 2021; 277: 113889. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113889 (Open Access).

Aujla N et al.: Can illness beliefs, from the common-sense model, prospectively predict adherence to self-management behaviours? A systematic review and meta-analysis. Psychol Health 2016; 31: 931–958. https://doi.org/10.1080/08870446.2016.1153640

Bartig S et al.: Gesundheit von Menschen mit ausgewählten Staatsangehörigkeiten in Deutschland: Prävalenzen nichtübertragbarer Erkrankungen und damit assoziierte soziale sowie migrationsbezogene Faktoren. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2023; 66: 1071–1082. https://doi.org/10.1007/s00103-023-03767-4 (Open Access).

Baumeister A et al.: „The system has to be health literate, too" – perspectives among healthcare professionals on health literacy in transcultural treatment settings. BMC Health Serv Res 2021; 21: 716. https://doi.org/10.1186/s12913-021-06614-x (Open Access).

Berens EM et al.: Differences in health literacy domains among migrants and their descendants in Germany. Front Public Health 2022; 10: 988782. https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.988782(Open Access).

Brzoska P, Razum O: Krankheitsbewältigung bei Menschen mit Migrationshintergrund im Kontext von Kultur und Religion. Z Med Psychol 2009; 18: 151–161. https://doi.org/10.3233/ZMP-2009-18_3-4_09.

Brzoska P, Razum O: Erreichbarkeit und Ergebnisqualität rehabilitativer Versorgung bei Menschen mit Migrationshintergrund. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2015; 58: 553–559. https://doi.org/10.1007/s00103-015-2144-3

Brzoska P et al.: Self-rated treatment outcomes in medical rehabilitation among German and non-German nationals residing in Germany. BMC Health Serv Res 2016; 16: 105. https://doi.org/10.1186/s12913-016-1348-z (Open Access).

Brzoska P et al.: Satisfaction with rehabilitative health care services among German and non-German nationals residing in Germany. BMJ Open 2017; 7: e015520. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015520 (Open Access).

Carlson LM et al.: Facilitated Stories for Change: digital storytelling as a tool for engagement in facilitated discussion for reduction of diabetes-related health disparities among rural Latino patients with diabetes. J Transcult Nurs 2021; 32: 707–715. https://doi.org/10.1177/1043659620980816.

De-María B, Topa G, López-González MA: Cultural competence interventions in European healthcare: a scoping review. Healthcare (Basel) 2024; 12: 1040. https://doi.org/10.3390/healthcare12101040 (Open Access).

Drewniak D, Krones T, Wild V: Do attitudes and behavior of health care professionals exacerbate health care disparities among immigrant and ethnic minority groups? An integrative literature review. Int J Nurs Stud 2017; 70: 89–98. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.02.015 (Open Access).

Fisker J et al.: Predictors of return to work for people on sick leave with common mental disorders: a systematic review and meta-analysis. Int Arch Occup Environ Health 2022; 95: 1–13. https://doi.org/10.1007/s00420-021-01827-3 (Open Access).

Franz M et al.: Subjektive Krankheitskonzepte türkischer Migranten mit psychischen Störungen. Psychiatr Prax 2007; 34: 332–338. https://doi.org/10.1055/s-2007-971015.

Führer A, Brzoska P: Die Relevanz des Dolmetschens im Gesundheitssystem. Gesundheitswesen 2022; 84: 474–478. https://doi.org/10.1055/a-1276-0897.

Glattacker M, Heyduck K, Meffert C: Illness beliefs, treatment beliefs and information needs as starting points for patient information: The evaluation of an intervention for patients with depression. J Clin Psychol Med Settings 2018; 25: 316–333.

Glier B, Erim Y: Schmerz bei Migranten aus der Türkei. In: Kröner-Herwig B et al. (Hrsg): Schmerzpsychotherapie. Heidelberg: Springer, 2007, S. 231–243.

Glodny S, Yilmaz-Aslan Y, Razum O: Storytelling als Intervention. Z Gerontol Geriatr 2011; 44: 19–26.

Goh LH et al.: Effectiveness of the chronic care model for adults with type 2 diabetes in primary care: a systematic review and meta-analysis. Syst Rev 2022; 11: 273. https://doi.org/10.1186/s13643-022-02117-w (Open Access).

Greenhalgh T, Collard A, Begum N: Sharing stories: complex intervention for diabetes education in minority ethnic groups who do not speak English. BMJ 2005; 330: 628–631. https://doi.org/10.1136/bmj.330.7492.628 (Open Access).

Grochtdreis T, König HH, Dams J: Migration-related determinants of health-care service utilization among persons with a direct migration background in Germany: an exploratory study based on the German Socio-Economic Panel (SOEP). Eur J Health Econ 2025; 26: 313–323. https://doi.org/10.1007/s10198-024-01708-9 (Open Access).

Gu X et al.: The effects of common-sense model interventions on cancer patients: a systematic review. Medicine (Baltimore) 2024; 103: e37777. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000037777 (Open Access).

Hagger MS, McKinley-Rodriguez LE, Hamilton K: Illness and treatment beliefs and health outcomes in chronic pain: a meta-analysis. Psychol Health 2026; 41: 998–1035. https://doi.org/10.1080/08870446.2025.2497417 (Open Access).

Hagger MS, Orbell S: A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. Psychol Health 2003; 18: 141–184. https://doi.org/10.1080/0887044031000081321 (Open Access).

Hagger MS, Orbell S: The common sense model of illness self-regulation: a conceptual review and proposed extended model. Health Psychol Rev 2022; 16: 347–377. https://doi.org/10.1080/17437199.2021.1878050 (Open Access).

Hanewald B, Hahn E, Ta TTM, Elguen Y, Stingl M: Depression and somatization in Turkish migrants in Germany: the role of migration-related stressors. Front Psychiatry 2025; 16: 1642491. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1642491 (Open Access).

Hövener C, Wieler LH: Migration and health: moving towards a diversity-oriented public health monitoring at the Robert Koch Institute. J Health Monit 2023; 8: 3–6. https://doi.org/10.25646/11141 (Open Access).

Ilkilic I: Gesundheits- und Krankheitsverständnis der Muslime als Herausforderung für das deutsche Rechtswesen. In: Ratajczak T, Stegers CM (Hrsg): Globalisierung in der Medizin. Berlin: Springer, 2005, S. 39–54.

Ilkilic I, Taksim A: Kultur und medizinische Versorgung. Natur & Geist 2007; 23: 46–49.

Kleinman A: Patients and healers in the context of culture. Berkeley: University of California Press, 1980.

Langewitz W, Kiss A, Schächinger H: Von der Wahrnehmung zum Symptom – vom Symptom zur Diagnose. Schweiz Med Wochenschr 1998; 128: 232–244.

Lauwers EDL et al.: The patient perspective on diversity-sensitive care: a systematic review. Int J Equity Health 2024; 23: 117. https://doi.org/10.1186/s12939-024-02189-1 (Open Access).

Leventhal H, Meyer D, Nerenz D: The common sense representation of illness danger. In: Rachman S (Hrsg): Contributions to medical psychology. Oxford: Pergamon Press, 1980, S. 7–30.

Leventhal H et al.: Illness representations: theoretical foundations. In: Petrie KJ, Weinman J (Hrsg): Perceptions of health and illness. Amsterdam: Harwood, 1997, S. 19–45.

Mavroeides G, Koutra K: Illness representations in depression and their association with clinical and treatment outcomes: a systematic review of the literature. J Affect Disord Rep 2021; 4: 100099. https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100099 (Open Access).

Minas H, Klimidis S, Tuncer C: Illness causal beliefs in Turkish immigrants. BMC Psychiatry 2007; 7: 34. https://doi.org/10.1186/1471-244X-7-34 (Open Access).

Moss-Morris R et al.: The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). Psychol Health 2002; 17: 1–16. https://doi.org/10.1080/08870440290001494 (Open Access).

Opelt M et al.: Betriebliches Eingliederungsmanagement aus der Beschäftigtenperspektive – eine qualitative Studie in Pflege- und Betreuungseinrichtungen. Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed 2020; 55: 114–122. https://doi.org/10.17147/asu-2002-8387 (Open Access)

Petersen A: Somatisieren die Türken oder psychologisieren wir? Gedanken zur angeblichen Neigung der Türken zum Somatisieren. Curare 1995; 18: 531–540.

Petrie KJ et al.: Changing illness perceptions after myocardial infarction: an early intervention randomized controlled trial. Psychosom Med 2002; 64: 580–586. https://doi.org/10.1097/00006842-200207000-00007.

Sachverständigenrat für Integration und Migration (SVR): Systemrelevant: Migration als Stütze und Herausforderung für die Gesundheitsversorgung in Deutschland. Jahresgutachten 2022. Berlin: SVR, 2022.

Schenk L et al.: Diversität in der pflegerischen Versorgung. Public Health Forum 2024; 32: 18–20. https://doi.org/10.1515/pubhef-2023-0146.

Schönfeld S et al.: Arbeitsbelastungen und Rehabilitationsbedarf bei älteren Erwerbstätigen mit und ohne Migrationshintergrund – Ergebnisse der lidA Kohortenstudie. Gesundheitswesen 2023; 85: 91–99. https://doi.org/10.1055/a-1630-6628

Seeleman C et al.: How should health service organizations respond to diversity? BMC Health Serv Res 2015; 15: 510. https://doi.org/10.1186/s12913-015-1159-7 (Open Access).

Spallek J et al.: Interkulturelle Aspekte und Migration. In: Mehnert A, Koch U (Hrsg): Handbuch Psychoonkologie. Göttingen: Hogrefe, 2016, S. 444–454.

Starker A, Hövener C, Rommel A: Utilization of preventive care among migrants and non-migrants in Germany: results from the representative cross-sectional study „German Health Interview and Examination Survey for Adults" (DEGS1). Arch Public Health 2021; 79: 86. https://doi.org/10.1186/s13690-021-00609-0 (Open Access).

Statistisches Bundesamt: Bevölkerung nach Einwanderungsgeschichte. Erstergebnisse 2024. Wiesbaden: Destatis, 2025.

*Stern A et al.: Die Gesundheitsversorgung älterer türkeistämmiger Pendelmigrant*innen: qualitative Interviewstudie. Z Allg Med 2023a; 99: 310–315. https://doi.org/10.1007/s44266-023-00096-2 (Open Access).*

Stern A et al.: Diskontinuitäten der medikamentösen und medizinischen Versorgung älterer türkeistämmiger Versicherter. Z Allg Med 2023b; 99: 305–309. https://doi.org/10.1007/s44266-023-00095-3 (Open Access).

Valentine KD, Scherer LD: Interpersonal (mis)perceptions and (mis)predictions in patient-clinician interactions. Curr Opin Psychol 2022; 43: 244–248. https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2021.07.021.

Vange SS et al.: Interpreter services for immigrants in European healthcare systems: a systematic review of access barriers and facilitators. Scand J Public Health 2024; 52: 893–906. https://doi.org/10.1177/14034948231179279.

Wagner EH et al.: Improving chronic illness care: translating evidence into action. Health Aff 2001; 20: 64–78. https://doi.org/10.1377/hlthaff.20.6.64.

Yalçınkaya T et al.: Grenzen kultursensibler Ansätze und Perspektiven diskriminierungskritischer Gesundheitsversorgung. Diabetologie 2026; 22: 12–20. https://doi.org/10.1007/s11428-025-01384-0 (Open Access).

Yilmaz-Aslan Y et al.: Illness perceptions in Turkish migrants with diabetes: a qualitative study. Chronic Illn 2014; 10: 107–121. https://doi.org/10.1177/1742395313501207

Yilmaz-Aslan Y et al.: Die Bedeutung subjektiver Krankheitsvorstellungen in der Gesundheitsversorgung am Beispiel von Menschen mit (türkischem) Migrationshintergrund. Ethik Med 2018; 30: 237–250. https://doi.org/10.1007/s00481-018-0499-3

Kontakt
Dr. PH Yüce Yılmaz-Aslan, Dipl.-Soz., Dipl.-Päd.
Lehrstuhl für Versorgungsforschung
Fakultät für Gesundheit, Department für Humanmedizin,
Universität Witten/Herdecke
Alfred-Herrhausen-Straße 50, 58448 Witten
yuece.yilmaz-aslan@uni-wh.de