

Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades (Dr. PH)
an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften
der Universität Bielefeld

Die Entwicklung des Rauchverhaltens im Kontext der Migration nach Deutschland

Eine Synthese von Theorie und Empirie

Rahmenpapier zur kumulativen Dissertation

Vorgelegt von: Katharina Reiss

Köln, im Dezember 2015

Tag der Disputation: 27. April 2016

Erstgutachter: Prof. Dr. Oliver Razum

Zweitgutachter: Prof. Dr. Jacob Spallek

*In Erinnerung
an meinen Großvater
Leo Schlee*

Diese kumulative Dissertation beruht auf den folgenden Publikationen:

1. Reiss K, Lehnhardt J, Razum O (2015): **Factors associated with smoking in immigrants from non-western to western countries – what role does acculturation play? A systematic review.** *Tobacco Induced Diseases*; 13(1): 11
DOI: 10.1186/s12971-015-0036-9
2. Reiss K, Sauzet O, Breckenkamp J, Spallek J, Razum O (2014): **How immigrants adapt their smoking behaviour: comparative analysis among Turkish immigrants in Germany and the Netherlands.** *BMC Public Health*; 14(1): 844
DOI: 10.1186/1471-2458-14-844
3. Reiss K, Breckenkamp J, Borde T, Brenne S, David M, Razum O (2015): **Smoking during pregnancy among Turkish immigrants in Germany – are there associations with acculturation?** *Nicotine & Tobacco Research*; 17(6): 643-52
DOI: 10.1093/ntr/ntu237
4. Reiss K, Schunck R, Razum O (2015): **Effect of length of stay on smoking among Turkish and Eastern European immigrants in Germany – interpretation in the light of the smoking epidemic model and the acculturation theory.** *International Journal of Environmental Research and Public Health*; 12(12): 15925-36
DOI: 10.3390/ijerph121215030

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
2	Rahmenbedingungen für die Erforschung des Rauchverhaltens bei Zuwanderern.....	2
2.1	Das Rauchverhalten	2
2.2	Das Rauchverhalten von Zuwanderern in Deutschland.....	5
2.3	Eine theoretische Annäherung an das Rauchverhalten von Zuwanderern	8
3	Rauchverhalten von Zuwanderern in Deutschland: Synthese von Theorie und Empirie.....	12
3.1	Zusammenführung von theoretischen und empirischen Erkenntnissen.....	13
3.2	Erweiterung der bisherigen theoretischen Erkenntnisse	17
3.3	Kritische Reflektion der Ergebnisse und der methodischen Vorgehensweise	23
4	Ausblick – wie soll es weitergehen?	28
4.1	Eine weitergehende Betrachtung des Akkulturationsbegriffes.....	28
4.2	„Erste Generation“ vs. „Zweite Generation“	29
4.3	Was bedeuten die Ergebnisse für Prävention und Gesundheitsförderung?	30
4.4	Empfehlungen für Wissenschaft und Forschung	32
5	Fazit.....	34
	Literatur	35
	Danksagung und eidesstattliche Erklärungen	42

1 Einleitung

Obwohl sich bereits viele Wissenschaftsdisziplinen mit dem Rauchverhalten^a beschäftigt haben, existieren die Erkenntnisse lediglich nebeneinander. Eine Zusammenführung bzw. Integration der theoretischen und empirischen Erkenntnisse ist jedoch Grundlage dafür, dass das Rauchverhalten in all seiner Komplexität verstanden und erklärt werden kann. Zudem fokussierte die Erforschung des Rauchverhaltens in Deutschland bisher nur einzelne Zielgruppen und hierbei vor allen Dingen die Gruppe der Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Untersuchungen zum Rauchverhalten von Menschen mit eigener Migrationserfahrung bzw. Zuwanderern^b liegen dagegen nur vereinzelt vor. Wie entwickelt sich aber das Rauchverhalten bei Menschen mit dem besonderen ‚life event‘ der Migration? Die folgende Ausarbeitung setzt sich mit dieser Frage auseinander.

Das erste Kapitel widmet sich den Rahmenbedingungen zur Einordnung des Themas. Dabei wird das Rauchverhalten im Allgemeinen, sowie in den Herkunftsländern der Zuwanderer und dem Zielland Deutschland beleuchtet. Darüber hinaus werden vier Theorien und Modelle vorgestellt, die – unabhängig voneinander – Hinweise für die Erforschung des Rauchverhaltens bei Zuwanderern liefern. Im darauffolgenden Kapitel findet eine Verknüpfung bzw. Synthese der theoretischen und der empirischen Erkenntnisse zum Rauchverhalten bei Zuwanderern in Deutschland statt, die in einer Erweiterung der bisherigen Modelle mündet. Den Abschluss bilden ein Ausblick auf offene Fragen, Hinweise für Wissenschaft und Praxis sowie ein Fazit, welches die gesamte Ausarbeitung zusammenfasst.

^a Der Fokus innerhalb dieser Ausarbeitung liegt auf dem Tabakrauchen als der bedeutendsten Form des Tabakkonsums.

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

2 Rahmenbedingungen für die Erforschung des Rauchverhaltens bei Zuwanderern

In diesem Kapitel liegt der Fokus auf der Darstellung des aktuellen Forschungsstandes. Thematisch gliedert sich das Kapitel in drei Teile. Den ersten Teil bilden die Einordnung des Rauchverhaltens im Allgemeinen sowie die Darstellung der Determinanten für das Rauchverhalten. Im zweiten Teil wird das Rauchverhalten im Speziellen thematisiert: das Rauchverhalten von Zuwanderern in Deutschland unter besonderer Berücksichtigung der Situation in den Herkunftsländern und dem Zielland Deutschland. Darauf folgt eine bündige Darstellung von vier Modellen, die einen (Teil-)Erklärungswert zur Erforschung des Rauchverhaltens bei Zuwanderern beitragen, bevor sie im darauffolgenden Kapitel mit den empirischen Erkenntnissen verknüpft und erweitert werden.

2.1 Das Rauchverhalten

Einordnung eines komplexen Forschungsgegenstandes

Laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) rauchen derzeit mehr als 1 Milliarde Menschen weltweit. Die WHO schätzt die Anzahl der Todesfälle durch Rauchen auf jährlich 6 Millionen¹. Der Zusammenhang zwischen Rauchen und diversen Krebsarten ist wissenschaftlich erwiesen. Rauchen erhöht nicht nur das Risiko für Lungenkrebs, sondern auch für Bauchspeicheldrüsen-, Magen-, Nieren-, Gebärmutterhals- und Blasenkrebs, sowie Krebs der oberen Atmungsorgane und Leukämie^{2,3}. Daneben gibt es zahlreiche Untersuchungen bezüglich des Einflusses von Rauchen auf kardiovaskuläre und zerebrovaskuläre Erkrankungen⁴⁻⁶. Rauchen ist jedoch nicht nur gesundheitsschädlich, es verursacht auch volkswirtschaftliche Kosten, die wiederum durch die Behandlung von mit Rauchen assoziierten Erkrankungen und durch Humankapitaleinbußen aufgrund von Morbidität und verminderter Lebenserwartung entstehen⁷.

Mitte des 20. Jahrhunderts setzten Forschungsaktivitäten ein, die sich nicht mit den Folgen, sondern mit dem Rauchverhalten an sich auseinandersetzten⁸⁻¹¹. So wurden Gründe und Motivationen für die Aufnahme, Beibehaltung und Aufgabe des Rauchens untersucht. Das Rauchverhalten ist unter anderem abhängig von:

- Psychologischen Faktoren: Persönlichkeit, Selbstbild
- Soziologischen Faktoren: Familie und Freunde, sozialer Kontext
- Pharmakologischen, medizinischen Faktoren: Menge und Wirkung von Nikotin, Sucht
- Politischen Faktoren: Nichtraucherschutz-Gesetzgebung, Gesundheitspolitik, Tabaksteuer
- Wirtschaftlichen Faktoren: Tabakwerbung, Aktivitäten der Tabakindustrie

Die Faktoren weisen zudem Wechselwirkungen bzw. Beziehungen zueinander auf. So hat die Werbung von Tabakprodukten einen Einfluss auf die Einstellung der jeweiligen Gesellschaft; die medizinische Erforschung der Nikotinwirkung beeinflusst wiederum gesundheitspolitische Entscheidungen.

Bisher hat sich die Psychologie intensiv mit dem Rauchverhalten beschäftigt – jedoch ist die Entstehung und Entwicklung des Rauchverhaltens allein durch persönliche Merkmale nicht zu erklären^{12,13}. Aus diesem Grund fokussieren die Gesundheitssoziologie und Sozialepidemiologie dieses Thema zunehmend, indem zur Erklärung von Entwicklungen im Gesundheitsverhalten der soziale Kontext und der soziale Wandel als wichtige Determinanten mit einbezogen werden^{14,15}. Um bestimmte Verhaltensweisen im Erwachsenenalter verstehen und auf dieser Grundlage beeinflussen zu können, sollte neben persönlichen und sozialen Merkmalen auch eine zeitliche Perspektive berücksichtigt werden. Determinanten für aktuelle Verhaltensweisen können schon früh im Leben geprägt werden, sie können über die Zeit beibehalten werden oder sich verändern¹⁶. Diese einzelnen Stränge (persönliche, soziale, zeitliche Faktoren) verbindet die Lebenslaufperspektive auf Gesundheit. Sie kann einen geeigneten Rahmen für die Erforschung des Rauchverhaltens bilden, da das Rauchen eine Person teilweise über den gesamten Lebenslauf hinweg ‚begleiten‘ kann.

Aktueller Forschungsstand zu den Determinanten des Rauchverhaltens

Bei der Ausprägung des Rauchverhaltens spielen auf der **individuell-persönlichen Ebene** das Alter, der Familienstand, der sozioökonomische Status – und hier vor allem das Bildungsniveau – sowie das Geschlecht eine Rolle. Während die Tatsache unumstritten ist, dass Rauchprävalenzen mit zunehmendem Alter sinken und unter in Partnerschaft Lebenden geringer sind, ist der Zusammenhang zwischen Rauchen und Bildung komplexer. Hier gibt es ebenfalls Unterschiede zwischen einzelnen Ländern. Im Zeitverlauf wird davon ausgegangen, dass das Rauchverhalten zuerst von Personen mit einem hohen Bildungsniveau aufgenommen wird, dann jedoch ein sukzessiver Wandel hin zu höheren Rauchprävalenzen bei Personen mit niedrigem

Bildungsniveau stattfindet^{17,18}. Im Ländervergleich zeigt sich hierbei eine Interaktion mit dem Geschlecht^{19,20}. Während heutzutage in den meisten Ländern mehr Männer mit niedrigem als mit hohem Bildungsgrad rauchen, zeigt sich bei Frauen ein weniger einheitliches Bild. In vielen Industrieländern^c können heute ebenfalls höhere Prävalenzen bei Frauen mit niedrigem Bildungsgrad beobachtet werden, in Schwellen- und Entwicklungsländern zeigt sich häufig das Gegenteil. Das Geschlecht spielt im Allgemeinen eine wichtige Rolle bei der Ausprägung des Rauchverhaltens²¹⁻²³. In vielen Ländern ist das Rauchen mit bestimmten sozialen und kulturellen Geschlechterrollen und Rollenbildern verknüpft. Während in Industrienationen das Rauchen unter Frauen genauso akzeptiert ist wie unter Männern, gilt in einigen Schwellen- und Entwicklungsländern das Rauchen unter Frauen noch immer als verpönt, unakzeptabel und unangemessen²⁴.

Das wiederum leitet über zu den Determinanten des Rauchverhaltens auf der **sozio-kulturellen Ebene**. Hier spielen die eben genannten Werte, Normen und Einstellungen gegenüber dem Rauchen, die an das Individuum herangetragen werden, eine Rolle. Das soziale Netzwerk, die ‚peers‘ (Gleichaltrige), Nachbarn, Freunde und Familie sind wichtige Einflussfaktoren^{25,26}. Somit ist das Rauchen nicht nur eine rein individuelle Entscheidung, sondern ein starkes ‚Gruppenphänomen‘, welches maßgeblich von der sozialen Bewertung des Rauchens, dem so genannten ‚social support system of smoking‘, geprägt wird^{11,27}. Diese (geschlechtsspezifische) Bewertung des Rauchverhaltens spiegelt sich dann in den (geschlechtsspezifischen) Rauchmustern der jeweiligen Länder wider.

Die länderspezifischen Rauchmuster sind zudem abhängig von politischen Gegebenheiten, was zu den Determinanten des Rauchverhaltens auf der **gesellschaftlich-politischen Ebene** überleitet^{28,29}. Dazu gehören der gesetzliche Nichtraucherschutz und die damit einhergehenden Warnhinweise auf Tabakprodukten, Tabakwerbeverbote, Rauchverbote und die Preisgestaltung von Tabakprodukten. Hier spielen sich Entscheidungen über die Gelder bzw. Ausgaben für Kampagnen und Programme zur Information der Öffentlichkeit über die Risiken und Folgen des Tabakkonsums sowie für Rauchpräventions- und Tabakentwöhnungsprogramme ab³⁰. Beeinflusst werden die politisch-gesetzlichen Bemühungen durch Erkenntnisse aus Wissenschaft

^c Für die Begriffe ‚Schwellen-‘, ‚Entwicklungs-‘, und ‚Industrieland‘ bzw. ‚westliches Land‘ und ‚nicht-westliches Land‘ liegen keine international einheitlichen, allgemeingültigen Definitionen vor. Die Einteilung erfolgt häufig auf der Grundlage wirtschaftlicher Faktoren der Länder. Als Indikator für den Wohlstand eines Landes werden aber nicht nur das Bruttoinlandsprodukt pro Kopf oder die Kaufkraftparität, sondern auch die Lebenserwartung oder der Bildungsgrad genutzt. Als ‚Industrieländer‘ bzw. ‚westliche Länder‘ gelten in diesem Kontext Nord- und Westeuropäische Länder, Nordamerika, Australien und Neuseeland.

und Forschung zum Thema Tabakkonsum und Gesundheit – aber auch durch Aktivitäten der Tabakindustrie, die häufig zu einer Verlangsamung wenn nicht sogar Verhinderung einer umfassenden Nichtraucher-schutz-Gesetzgebung beitragen können^{31,32}.

2.2 Das Rauchverhalten von Zuwanderern in Deutschland

Im Jahr 2014 lebten in Deutschland 10,9 Millionen Menschen mit eigener Migrationserfahrung, was einem Anteil von 13% an der Gesamtbevölkerung Deutschlands entspricht. Die zahlenmäßig größten Bevölkerungsgruppen sind Menschen aus der Türkei (1,4 Millionen) und die Gruppe der (Spät-)Aussiedler (3,1 Millionen). Die meisten (Spät-)Aussiedler sind aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion (1,4 Millionen) und hier insbesondere aus der Russischen Föderation und Kasachstan, sowie weiterhin aus Polen und Rumänien eingewandert³³. Menschen mit eigener Migrationserfahrung sind in vielerlei Hinsicht eine heterogene Gruppe. Innerhalb der Gruppe gibt es Unterschiede im Hinblick auf das Herkunftsland, die Ausreisemotive und -bedingungen, Bildung, Alter, Einkommen, Religion, Beruf etc. Unterschiede bestehen ebenfalls zwischen Zuwanderern und der Mehrheitsbevölkerung Deutschlands. Da Zuwanderer über andere gesundheitliche Risiken und Ressourcen verfügen, können sie sich auch in ihrem Gesundheitsverhalten und Gesundheitsstatus von der Mehrheitsbevölkerung unterscheiden³⁴.

Rauchen in der Türkei – der Ist-Zustand

Laut WHO betrug in der Türkei im Jahr 2013 die altersstandardisierte Rauchprävalenz bei Männern 42% und bei Frauen 13%³⁵. Die ersten landesweiten populationsbezogenen Studien zum Rauchverhalten der türkischen Bevölkerung wurden Anfang der 1990er Jahre durchgeführt. Im Jahr 1993 gaben 58% der Männer und 14% der Frauen an, Raucher zu sein. Die Rauchprävalenz bei Frauen bewegt sich seit Jahren auf einem konstant niedrigen Niveau, bei Männern ist das Rauchen noch immer weit verbreitet, obwohl in den letzten Jahren leicht abnehmende Tendenzen beobachtet wurden. Auch in der Türkei gibt es einen geschlechtsspezifischen Bildungsgradienten im Zusammenhang mit dem Rauchverhalten. Bei Männern mit niedrigem Bildungsniveau ist die Rauchprävalenz höher als bei Männern mit hohem Bildungsniveau. Bei Frauen ist das Gegenteil der Fall: es rauchen mehr Frauen mit einem hohen als mit einem niedrigen Bildungsniveau^{36,37}. Bereits 1996 wurde in der Türkei ein Gesetz verabschiedet, welches mit Rauchverboten in bestimmten öffentlichen Einrichtungen, Jugendschutzmaßnahmen, Warnhinweisen und einem strikten Werbeverbot einherging. Dieses Gesetz wurde 2008/2009 noch einmal verschärft, sodass mittlerweile das Rauchen in jeglichen

öffentlichen Einrichtungen verboten ist. Joossens & Raw³⁰ veröffentlichen seit 2004 die so genannte ‚Tobacco Control Scale‘, eine Skala, welche den gesetzlichen Nichtraucherschutz verschiedener Länder in Europa auf der Grundlage unterschiedlicher Parameter vergleicht (Preis, Rauchverbot an öffentlichen Plätzen, Werbeverbote, Warnhinweise, Ausgaben für Informationskampagnen, Ausgaben für Maßnahmen zur Raucherentwöhnung). Je höher die Platzierung, desto umfassender der Nichtraucherschutz des Landes. Im Jahr 2013 belegte die Türkei den 5. von 34 Plätzen.

Rauchen in der Russischen Föderation – der Ist-Zustand

In der Russischen Föderation, dem Hauptherkunftsland der (Spät-)Aussiedler, lag im Jahr 2013 die altersstandardisierte Rauchprävalenz laut WHO bei 60% für Männer und 23% für Frauen³⁵. Die Rauchprävalenz bei Männern in der Russischen Föderation ist bis heute eine der höchsten weltweit. Zeitliche Trends zeigen bei Männern einen kontinuierlichen Anstieg der Raucheranteile bis zum Beginn der Jahrtausendwende. Mitte der 1980er Jahre – noch während der Zeit der Sowjetunion – lag die Prävalenz bei 46-48%. Mitte der 1990er – nach dem Zerfall der Sowjetunion – betrug sie 50-55% und Anfang der 2000er lag sie bereits bei 60-65%. Seitdem bewegen sich die Raucheranteile auf einem hohen Niveau mit leicht sinkenden Tendenzen. Anders verhält es sich bei Frauen. Während sich die Rauchprävalenz zu Zeiten der Sowjetunion auf einem sehr niedrigen Niveau bewegte (5-10%), stieg sie mit dem Zerfall der Sowjetunion rasant an. Mitte der 1990er lag die Prävalenz bei 12%, zu Beginn der 2000er betrug sie bereits mehr als 20%. Seither sind die Raucheranteile unter Frauen stabil geblieben³⁸⁻⁴⁰. Hinsichtlich der Unterschiede nach Bildungsniveau wird ein ähnlicher Trend wie in der Türkei deutlich: während mehr Männer mit niedrigem als mit hohem Bildungsniveau rauchen, verhält es sich bei Frauen umgekehrt³⁸. Im Vergleich zu der Türkei gab es in der Russischen Föderation lange Zeit keine Nichtraucherschutz-Gesetzgebung bzw. nur geringe Regulierungen wie z.B. im Bereich der Tabaksteuer. In der Sowjetunion gab es im Vergleich dazu sehr restriktive Nichtraucherschutz-Regulationen³⁹. Im Jahr 2013/2014 verabschiedete die Russische Föderation jedoch eine der striktesten Gesetzgebungen zum Nichtraucherschutz weltweit. Die sukzessive Einführung der Gesetze zeichnet sich durch ein Verbot jeglicher Werbung von Tabakprodukten, der verbindlichen Einführung von Warnhinweisen und insbesondere einem Rauchverbot nicht nur in öffentlichen Plätzen, Räumen und Verkehrsmitteln sondern auch in der landesweiten Gastronomie aus⁴¹.

Rauchen in Deutschland – der Ist-Zustand

Im Jahr 2013 gaben in Deutschland laut Mikrozensus 29% der Männer und 20% der Frauen an, zu rauchen⁴². Altersstandardisierte Daten der WHO weisen für das Jahr 2013 eine Rauchprävalenz von 33% für Männer und 29% für Frauen aus³⁵. Laut Lampert et al.⁴³ sind in Deutschland ebenfalls Unterschiede nach Sozialstatus sichtbar. Ähnlich wie in der Türkei und der Russischen Föderation ist die Rauchprävalenz der Männer mit niedrigem Sozialstatus fast doppelt so hoch wie die der Männer mit hohem Sozialstatus. Anders als in der Türkei und der Russischen Föderation rauchen in Deutschland aber fast doppelt so viele Frauen mit niedrigem wie mit hohem Sozialstatus. Bezüglich der zeitlichen Trends im Rauchverhalten zeigt sich Folgendes: während zwischen 1990 und 2003 die Prävalenz bei Frauen leicht anstieg, sinkt sie seit Beginn der 2000er kontinuierlich. Bei den Männern ist seit 1990 ebenfalls ein Rückgang zu verzeichnen, der seit 2000 noch deutlicher ausgeprägt ist als bei Frauen. Im Hinblick auf die Nichtraucherschutz-Gesetzgebung ist Deutschland im europäischen Vergleich weit abgeschlagen. In der Tobacco Control Scale aus dem Jahr 2013 belegte Deutschland von 34 Plätzen den vorletzten Platz³⁰. Erst 2007 wurde ein Gesetz verabschiedet, welches das Rauchen in öffentlichen Einrichtungen des Bundes und Verkehrsmitteln grundsätzlich verbietet. In vielen anderen Bereichen (z.B. Gastronomie) ist das Rauchverbot in Deutschland Ländersache³⁰. Somit reagiert die deutsche Politik mit der aktuellen Gesetzgebung zu spät auf längst gesicherte wissenschaftliche Erkenntnisse zu Rauchen und Gesundheit⁴⁴.

Rauchen bei Zuwanderern in Deutschland – der Ist-Zustand

Auf der Grundlage von Querschnittsdaten gibt es Hinweise auf Unterschiede im Rauchverhalten innerhalb der Zuwanderergruppen sowie zwischen der Mehrheitsbevölkerung Deutschlands und Zuwanderern. Reiss et al.⁴⁵ ermittelten klare Unterschiede in der Rauchprävalenz zwischen weiblichen und männlichen (Spät-)Aussiedlern (Frauen: 16%, Männer: 37%). Zudem war die Prävalenz bei weiblichen (Spät-)Aussiedlern niedriger, die Prävalenz bei männlichen (Spät-)Aussiedlern jedoch höher als bei Frauen und Männern aus der Mehrheitsbevölkerung Deutschlands. Reeske et al.⁴⁶ ermittelten ebenfalls Geschlechterunterschiede im Rauchverhalten von Zuwanderern aus der Türkei: Frauen rauchten zu 28%, Männer zu 49%, wobei auch hier die Prävalenz bei Männern aus der Türkei höher war als bei Männern aus der Mehrheitsbevölkerung Deutschlands. Die Rauchprävalenzen der Frauen waren jedoch ähnlich. Eine weitere Querschnittuntersuchung von Gebhardt et al.⁴⁷ zeigte ebenfalls geschlechtsspezifische Unterschiede in der Rauchprävalenz (Frauen: 30%, Männer: 42%) sowie in der

Nikotinabhängigkeit bei Zuwanderern aus der Türkei. Auch laut Porsch-Oezçueruemeza et al.⁴⁸ lagen die Rauchprävalenzen bei Männern aus der Türkei bei 42% und bei Frauen bei 13%. Die geringere Rauchprävalenz bei Frauen im Vergleich zu Reeske et al.⁴⁶ und Gebhardt et al.⁴⁷ liegt an den im Durchschnitt älteren weiblichen Teilnehmerinnen bei Porsch-Oezçueruemeza et al.⁴⁸ Die beiden letztgenannten Studien nahmen keinen Vergleich zwischen Zuwanderern und der Mehrheitsbevölkerung vor.

2.3 Eine theoretische Annäherung an das Rauchverhalten von Zuwanderern

Das Modell der Migration als gesundheitlicher Übergang

Trotz der häufig postulierten sozialen Benachteiligung weisen Zuwanderer in Deutschland eine im Vergleich zur Mehrheitsbevölkerung niedrigere Sterblichkeit auf⁴⁹⁻⁵². Dieser Mortalitätsvorteil erscheint paradox, da ein niedrigerer sozioökonomischer Status häufig mit einer höheren Mortalität verknüpft ist⁵³⁻⁵⁵. Als eine mögliche Erklärung für diesen Vorteil wird häufig der ‚healthy-migrant‘-Effekt angeführt⁵⁶. Der Gesundheitsvorteil wird hier durch eine positive Selbstauswahl der Zuwanderer begründet. Demnach migrieren nur diejenigen, die gesund sind. Das kann jedoch nicht erklären, warum der Mortalitätsvorteil von Zuwanderern nicht nur vorübergehend, sondern oftmals noch lange Zeit nach der Migration besteht. Das Modell der Migration als gesundheitlicher Übergang besagt in diesem Zusammenhang, dass Zuwanderer mit der Migration in eine andere Phase des ‚gesundheitlichen Übergangs‘ wechseln^{56,57}. Die Sterblichkeit an Infektionskrankheiten nimmt aufgrund der besseren Hygiene und Gesundheitsversorgung im Zielland schnell ab, die an chronisch-degenerativen Erkrankungen nimmt aufgrund des Auftretens neuer Risiken, wie beispielsweise dem Rauchen, jedoch nur langsam zu. Dieser gesundheitliche Übergang ist in Industrienationen im Vergleich zu Schwellen- und Entwicklungsländern weiter fortgeschritten. Demnach erleben Zuwanderer im Kontext der Migration zunächst eine schnelle Abnahme ‚alter‘ Risiken, während die Zunahme ‚neuer‘ Risiken Zeit in Anspruch nimmt. Folglich können die dem Modell zugrunde liegende ‚therapeutische Komponente‘ und die ‚Risikofaktorenkomponente‘ zu einem tatsächlichen und lang anhaltenden Mortalitätsvorteil der Zuwanderer gegenüber der Mehrheitsbevölkerung des Ziellandes führen.

Das Lebenslaufmodell von Migration und Gesundheit

Laut Spallek et al.⁵⁸ weisen Zuwanderer einen besonderen Lebenslauf auf. Drei Lebensperioden spielen hier eine entscheidende Rolle: die Zeit vor der Migration (im Herkunftsland), der Migrationsprozess an sich und die Zeit nach der Migration (im Zielland). Während der Zeit im

Herkunftsland sind Zuwanderer (teilweise) anderen Expositionen ausgesetzt, als die Bevölkerung des späteren Ziellandes. Hier spielen persönlich-individuelle, aber auch umweltbedingte und kontextuelle Faktoren eine entscheidende Rolle. Es kann zudem angenommen werden, dass die Gesundheit im Kindes- und Jugendalter einen Prädiktor für die Gesundheit im Erwachsenenalter darstellt. Die Faktoren, die zu einer letztendlichen Wanderungsentscheidung führen, wie die sozioökonomische Situation im Herkunftsland, Abenteuerlust, Krieg, Naturkatastrophen oder politische Verfolgung, können ebenfalls Stressoren darstellen, die sowohl die psychische als auch die physische Gesundheit der Zuwanderer substantiell und nachhaltig beeinflussen können. Weiterhin können die unmittelbar nach der Migration vorherrschenden Lebensbedingungen und Orientierungsschwierigkeiten Stressoren und Einflussfaktoren auf die Gesundheit von Zuwanderern im Zielland darstellen. Für die Zeit nach der Migration spielen ebenfalls persönlich-individuelle, (neue) umweltbedingte und (neue) kontextuelle Faktoren eine wichtige Rolle im Zusammenhang mit der (Veränderung von) Gesundheit. So können neue Verhaltensweisen angenommen, bereits bestehende abgelegt oder aber weitergeführt werden. Zusätzlich zu den genannten zeitabhängigen Faktoren berücksichtigt das Lebenslaufmodell von Migration und Gesundheit genetische Faktoren bzw. die individuelle Familienbiografie und deren Einfluss auf die Gesundheit von Zuwanderern.

Das Modell der Rauchepidemie

Beim Vergleich der Rauchprävalenzen unterschiedlicher Länder wird Folgendes ersichtlich: in Industrienationen weisen Männer und Frauen heutzutage ähnliche Rauchprävalenzen auf; in Schwellen- und Entwicklungsländern unterscheiden sich die geschlechtsspezifischen Rauchprävalenzen jedoch deutlich voneinander. Zudem konnte beobachtet werden, dass die Rauchprävalenz von Männern in Schwellen- und Entwicklungsländern höher ist als diejenige von Männern in Industrienationen. Bei den Frauen verhält sich das teilweise umgekehrt^{1,59}. Peto et al.⁶⁰ nahmen deshalb an, dass sich die Länder in unterschiedlichen Stufen der so genannten ‚Rauchepidemie‘ befinden und entwickelten ein Modell, welches die Rauchepidemie als Prozess beschreibt:

1. Stufe: Männer beginnen mit dem Rauchen; Rauchen ist bei Frauen eher unüblich
2. Stufe: Rauchprävalenz bei Männern steigt stark an und erreicht zum Ende der 2. Stufe ihr Maximum; Rauchprävalenz bei Frauen steigt ebenfalls an
3. Stufe: Nichtrauchen wird gebräuchlicher; Rauchprävalenz bei Männern beginnt zu sinken; Rauchprävalenz bei Frauen erreicht zum Ende der 3. Stufe ihr Maximum; Rauchprävalenzen bei Männern und Frauen nähern sich zum Ende der 3. Stufe an
4. Stufe: Rauchprävalenz bei Männern sinkt weiter; Rauchprävalenz bei Frauen beginnt zu sinken; Rauchprävalenzen von Männern und Frauen nähern sich immer weiter an

Laut Peto & Lopez⁵⁹ deuten Untersuchungen darauf hin, dass Industrienationen sich heutzutage tendenziell in den fortgeschrittenen, Schwellen- und Entwicklungsländer hingegen eher in den anfänglichen Stufen der Rauchepidemie befinden.

Da sich der Abstand im Rauchverhalten zwischen Männern und Frauen innerhalb der Länder u.a. in Abhängigkeit von sozialen, kulturellen und traditionellen Verhältnissen stark unterscheiden kann, schlagen Thun et al.⁶¹ eine Revision des Modells vor. Das 1994 entwickelte Modell bildet 20 Jahre später die Entwicklung des Rauchverhaltens von Männern und Frauen in Industrienationen sowie die Entwicklung des Rauchverhaltens von Männern in Schwellen- und Entwicklungsländern noch immer angemessen ab. Die Autoren weisen jedoch darauf hin, dass bisherige Untersuchungen in Schwellen- und Entwicklungsländern keinen bzw. kaum einen eindeutigen Anstieg der Rauchprävalenz bei Frauen beobachten konnten. Der Prozess der Rauchepidemie scheint für Männer und Frauen in unterschiedlicher Geschwindigkeit abzulaufen. Aus diesem Grund präsentieren Thun et al.⁶¹ ein getrenntes Modell der Rauchepidemie für Männer und Frauen, um dieser geschlechtsspezifischen ‚Zeitverschiebung‘ angemessen Rechnung zu tragen.

Das Modell der Akkulturation

Durch die Globalisierung und die weltweiten Zu- und Abwanderungsströme ist das Konzept der Akkulturation ein immer bedeutenderes Forschungsthema geworden. Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Konzept fand bereits 1918 statt und bis heute ist es Gegenstand vieler Wissenschaftsdisziplinen mit einer Vielzahl von Definitionen⁶². Klassischerweise wird Akkulturation definiert als der Prozess, der unmittelbar dann einsetzt, wenn Personen aus unterschiedlichen Kulturen in einen kontinuierlichen Kontakt miteinander treten⁶²⁻⁶⁵. Nach dieser klassischen Definition beschreibt Akkulturation die individuellen, sozialen und zeitlichen *Veränderungen*, die eine Gruppe von Individuen erlebt, wenn sie sich in einen neuen kulturellen

Kontext begibt^d. Diese Veränderungen können auf unterschiedlichen Ebenen, z.B. im Hinblick auf Werte, Einstellungen, Gewohnheiten, Beziehungen, Sprache oder Verhaltensweisen stattfinden. Obwohl Veränderungen das Resultat jeglichen interkulturellen Kontaktes sein können, findet das Konzept der Akkulturation häufig in der Migrationsforschung Anwendung⁶⁶. Die Grundlage hierfür sind Akkulturationsmodelle, die im Wesentlichen eine unidimensionale oder bidimensionale Perspektive beinhalten. Unidimensionale Modelle gehen davon aus, dass Individuen sich entlang eines Kontinuums von einer schwachen hin zu einer starken Orientierung an der Kultur des Ziellandes bewegen⁶⁷. In anderen Worten, die zunehmende Orientierung an der Ziellandkultur geht zeitgleich mit einer abnehmenden Orientierung an der Herkunftslandkultur einher. Das bidimensionale Modell der Akkulturation postuliert zwei voneinander unabhängige Dimensionen: die Orientierung an der Kultur des Ziellandes und die Beibehaltung der Herkunftslandkultur. Das Modell, welches bisher am häufigsten genutzt wurde ist das bidimensionale Modell von John W. Berry^{65,68,69}. Berry beschreibt vier Akkulturationsstrategien (Integration, Assimilation, Segregation, Marginalisierung): bei der Integration investieren Individuen sowohl in die Aufrechterhaltung der eigenen Kultur als auch in die Annäherung an die Ziellandkultur. Bei der Assimilation verlieren Individuen die Beziehung zur eigenen Kultur und identifizieren sich lediglich mit der Kultur des Ziellandes. Die Segregation beschreibt genau die Umkehrung dessen (keinerlei Orientierung an der Ziellandkultur, lediglich Beibehaltung der Herkunftslandkultur). Die Marginalisierung beschreibt die Aufgabe der eigenen Kultur, wobei keinerlei Investition in die Interaktion mit der Ziellandkultur gezeigt wird.

In den Gesundheitswissenschaften finden Akkulturationsmodelle häufig Anwendung wenn es um die Veränderung von z.B. Gesundheitsverhalten bei Zuwanderern geht. Die Instrumente, die zur Erforschung von Akkulturation und Gesundheit genutzt werden, reichen dabei von komplexen multi-item Skalen bis hin zu indirekten Proxyvariablen. Die am häufigsten genutzten Proxyvariablen sind die Aufenthaltsdauer im Zielland sowie die Kompetenz in der (Mehrheits-)Sprache des Ziellandes^{64,70-72}.

^d Eine weitergehende Betrachtung des Akkulturationsbegriffes über diese klassische Definition hinaus findet im Ausblick bzw. im dritten Kapitel der Ausarbeitung statt.

3 Rauchverhalten von Zuwanderern in Deutschland: Synthese von Theorie und Empirie

Untersuchungen zum Rauchverhalten und dessen Veränderung bei Zuwanderern sind rar in Deutschland – eine Berücksichtigung von Theorien, die im Zusammenhang mit einer solchen Veränderung stehen könnten, fand bisher kaum statt. Ohne eine theoretische Fundierung können Veränderungen beobachtet, allerdings weder richtig eingeordnet, noch verstanden oder erklärt werden: so wird zwar die Frage nach dem ‚Was?‘, nicht aber die Frage nach dem ‚Warum?‘ geklärt. Die vier vorgestellten Modelle behandeln jeweils einen Teilaspekt dieses Themas – jedoch beinhalten alle Modelle den Aspekt der *Zeit* und somit Komponenten von *Entwicklung* und *Veränderung*, weshalb genau diese vier Modelle als geeignet für die Erforschung des Rauchverhalten im Kontext der Migration erachtet werden. Erst die Kombination bzw. Verflechtung aller Modelle durch die Integration empirischer Erkenntnisse erlaubt aber eine tatsächliche Antwort auf die Frage nach der *Veränderung* des Rauchverhaltens und dessen Determinanten.

Nimmt man an, dass sich zugewanderte Männer und Frauen im Sinne des Modells der Akkulturation an die Rauchmuster der Männer und Frauen in Deutschland anpassen, so wird das nur dann geschehen, wenn tatsächlich Unterschiede zwischen dem eigenen und dem Rauchverhalten des Ziellandes wahrgenommen werden. Mögliche Unterschiede können wiederum dadurch begründet sein, dass sich Herkunfts- und Zielland in unterschiedlichen Phasen der Raucheidemie befinden. Eine geschlechtsspezifische Anpassungsleistung kann dann als Resultat eines gesundheitlichen Übergangs im Sinne der Raucheidemie interpretiert werden. Somit bedingen und begründen die Situation im Herkunfts- und im Zielland potentielle Verhaltensänderungen und verdeutlichen durch die zeitliche Komponente die Bedeutung des Lebenslaufs von Zuwanderern. Diese Annahmen, die sich auf der rein theoretischen Ebene abspielen, bedürfen nun einer empirischen Überprüfung. Es bleibt nämlich offen, ob die Annahmen gleichermaßen für alle Zuwanderergruppen in Deutschland gelten oder ob Veränderungen im Rauchverhalten nur bei einzelnen Zuwanderergruppen beobachtet werden können. Sollte Letzteres der Fall ist, stellt sich die Frage nach möglichen Gründen. Zudem sollte auf der methodischen Ebene überprüft werden, ob Veränderungen im Rauchverhalten unabhängig von der gewählten Operationalisierung des Akkulturationsbegriffes (Proxyvariable oder multi-item Skala) beobachtet werden können.

3.1 Zusammenführung von theoretischen und empirischen Erkenntnissen

Die Relevanz des Modells der Rauchepidemie für die Erforschung des Rauchverhaltens von Zuwanderern in Deutschland wird in einer Längsschnittuntersuchung des sozio-ökonomischen Panels^e (SOEP) und einer Querschnittstudie bei schwangeren zugewanderten Frauen^f deutlich. Aus dem SOEP konnten 828 Zuwanderer aus der Türkei identifiziert werden, in der Querschnittstudie waren es 702 schwangere Frauen, die aus der Türkei zugewandert sind. In beiden Studien wurden unter anderem altersstandardisierte Rauchprävalenzen (SPR) berechnet, um einen Vergleich mit der Mehrheitsbevölkerung Deutschlands zu ermöglichen. Die SPR in der SOEP-Analyse zeigten, dass türkische Frauen mit kurzem Aufenthalt in Deutschland (0-5 Jahre) signifikant niedrigere Rauchprävalenzen aufwiesen als Frauen aus der Mehrheitsbevölkerung (SPR=0,25 [95%KI=0,10-0,57]), türkische Männer mit kurzem Aufenthalt jedoch signifikant höhere Prävalenzen aufwiesen als Männer aus der Mehrheitsbevölkerung (SPR=1,67 [95%KI=1,22-2,26]). Auch in der Querschnittstudie bei Schwangeren wiesen Frauen aus der Türkei mit einer kurzen Aufenthaltsdauer in Deutschland (0-4 Jahre) eine signifikant niedrigere Rauchprävalenz auf als Frauen aus der Mehrheitsbevölkerung (SPR=0,44 [95%KI=0,29-0,69]). Zusätzlich war es aufgrund des Längsschnittcharakters des SOEP möglich, zeitliche Trends in Deutschland zu ermitteln. Zwischen 1998 und 2012 zeigte sich ein abnehmender Trend im Rauchverhalten für Männer und Frauen aus der Mehrheitsbevölkerung Deutschlands.

Diese Untersuchungsergebnisse sprechen dafür, dass sich das Herkunftsland der Zuwanderer und das Zielland in unterschiedlichen Phasen der Rauchepidemie befinden. Aus den Analysen wird deutlich, dass Zuwanderer aus einem Land migrieren, das sich in den früheren Phasen der Rauchepidemie befindet und kurz nach der Migration ihre ‚Risiken‘ (im Sinne des Rauchverhaltens) aus dem Herkunftsland mitbringen. Das wird in den hohen Rauchprävalenzen der zugewanderten Männer und den niedrigen Rauchprävalenzen der zugewanderten Frauen mit kurzem Aufenthalt im Vergleich zu der Mehrheitsbevölkerung deutlich. Deutschland hingegen befindet sich durch die abnehmenden Trends im Rauchverhalten bei Männern und Frauen in den späteren Phasen der Rauchepidemie. Mit der Migration findet somit eine Transition von den früheren in die späteren Phasen der Rauchepidemie statt – gemäß dem Modell der Migration als gesundheitlichem Übergang.

^e Publikation: „Effect of length of stay on smoking among Turkish and Eastern European immigrants in Germany – interpretation in the light of the smoking epidemic model and the acculturation theory“ von K. Reiss, R. Schunck & O. Razum

^f Publikation: „Smoking during pregnancy among Turkish immigrants in Germany – are there associations with acculturation?“ von K. Reiss, J. Breckenkamp, T. Borde, S. Brenne, M. David & O. Razum

Dass sich das Rauchverhalten der Zuwanderer im Zuge eines solchen Übergangs *verändern* kann, konnte ebenfalls empirisch ermittelt werden. Die SOEP-Analyse zeigte, dass die Rauchprävalenz bei Frauen aus der Türkei mit jedem zusätzlichen Jahr in Deutschland signifikant ansteigt (OR=1,14 [95%KI=1,06-1,21]), bei Männern aus der Türkei sinkt sie tendenziell. In der Querschnittstudie bei Schwangeren zeigte sich ein ähnliches Bild: schwangere Frauen aus der Türkei mit einer Aufenthaltsdauer in Deutschland von 20 Jahren und länger wiesen eine höhere Rauchprävalenz auf als Frauen mit einem Aufenthalt von bis zu 4 Jahren (OR=3,63 [95%KI=1,64-8,05]). Zudem deuteten die altersstandardisierten Rauchprävalenzen (SPR) in beiden Studien auf eine *Anpassung* an das Rauchverhalten der Mehrheitsbevölkerung mit zunehmender Aufenthaltsdauer. Diese war in der SOEP-Analyse bei Männern aus der Türkei nicht so deutlich ausgeprägt wie bei Frauen, wo die Prävalenz derjenigen mit langem Aufenthalt sogar die Prävalenz der Frauen aus der Mehrheitsbevölkerung überstieg (31+ Jahre: SPR=1,25 [95%KI=1,06-1,48]). Auch in der Querschnittstudie bei Schwangeren konnte mittels der SPR eine Anpassung an das Rauchverhalten der schwangeren Frauen aus der Mehrheitsbevölkerung mit zunehmender Aufenthaltsdauer beobachtet werden, die – wie bei der SOEP-Analyse – auf eine Art ‚Überanpassung‘ hindeutet (20+ Jahre: SPR=2,14 [95%KI=1,56-2,94]).

An dieser Stelle wird deutlich, dass mit der Migration nach Deutschland im Sinne des Modells der Akkulturation eine *Anpassung* an das Rauchverhalten der Mehrheitsbevölkerung stattfinden kann. In der SOEP-Studie wurde Akkulturation mittels der Proxyvariable Aufenthaltsdauer operationalisiert. In der Querschnittstudie bei Schwangeren wurden mehrere Akkulturationsvariablen genutzt: neben der Aufenthaltsdauer wurde die selbsteingeschätzte Sprachkompetenz (in der deutschen Sprache) als Proxyvariable genutzt. Zusätzlich dazu kam eine Akkulturationsskala zum Einsatz. Die FRAKK-Skala (Frankfurter Akkulturationsskala) besteht aus 15 Items und erfragt den Grad der Orientierung an der Herkunftsland- und der Ziellandkultur. Höhere Skalenwerte zeigen dabei eine stärkere Orientierung an der Ziellandkultur an. Die Ergebnisse waren eindeutig: unabhängig von der genutzten Akkulturationsvariable stieg bei schwangeren Frauen aus der Türkei mit zunehmendem Grad der Akkulturation auch die Rauchprävalenz und es kam zu einer Anpassung an die Rauchmuster der schwangeren Frauen aus der Mehrheitsbevölkerung Deutschlands.

In zwei weiteren empirischen Untersuchungen lag der Fokus ebenfalls auf dem Zusammenhang zwischen Akkulturation und Rauchen: einem systematischen Literaturreview^g und einer vergleichenden Studie zwischen Deutschland und den Niederlanden^h. Das Ziel des systematischen Reviews lag in der Identifikation von Determinanten für das Rauchverhalten von Zuwanderern aus Schwellen- und Entwicklungsländern mit permanentem Aufenthalt in Industrieländern unter besonderer Berücksichtigung der Akkulturation. 27 internationale, quantitative Querschnittstudien, publiziert zwischen 1998 und 2013, wurden in der Fachdatenbank PubMed identifiziert. Die große Mehrheit der Studien wurde in den USA durchgeführt (19 von 27). Weitere Studien kamen aus Kanada, Irland, Deutschland, den Niederlanden, Norwegen, Großbritannien und Australien. 21 von 27 Studien fokussierten den Zusammenhang zwischen Akkulturation und Rauchen. Für die Operationalisierung des Akkulturationsbegriffes verwendeten fünf Studien multi-item Skalen, die auf einem bidimensionalen Konzept von Akkulturation beruhten. Entwickelt wurden die Skalen explizit für die jeweilige Zuwanderergruppe. Die Mehrheit der Studien verwendete jedoch Proxyvariablen für Akkulturation wie die Aufenthaltsdauer oder die Sprachkompetenz (bezogen auf die (Mehrheits-)Sprache des Ziellandes). In 16 der 21 Studien zeigte sich im Zusammenhang mit der Akkulturation ein ebenso eindeutiges Bild wie in den beiden zu Beginn des Kapitels genannten Studien aus Deutschland. Unabhängig von der Zuwanderergruppe, dem Zielland oder der Wahl der Akkulturationsinstrumente wiesen Männer mit einem geringen Akkulturationsgrad (oder einer geringen Sprachkompetenz bzw. geringen Aufenthaltsdauer) *höhere* Rauchprävalenzen auf als Männer mit einem hohen Akkulturationsgrad (oder einer hohen Sprachkompetenz bzw. einer langen Aufenthaltsdauer). Für Frauen galt das Gegenteil: Frauen mit einem geringen Akkulturationsgrad wiesen *niedrigere* Rauchprävalenzen auf als Frauen mit einem hohen Akkulturationsgrad.

In der vergleichenden Studie zwischen Deutschland und den Niederlanden wurde neben der Akkulturation im Zielland auch der Einfluss des Herkunftslandes in den Fokus genommen. Die Besonderheit bei dieser Studie war, dass dabei das Rauchverhalten einer Bevölkerungsgruppe untersucht wurde, die aus demselben Land stammte (Türkei) und anschließend in zwei unterschiedliche Zielländer (Deutschland und die Niederlande) migriert ist. So konnte der Einfluss des jeweils unterschiedlichen Ziel- und des gemeinsamen Herkunftslandes untersucht

^g Publikation: „Factors associated with smoking in immigrants from non-western to western countries – what role does acculturation play? A systematic review“ von K. Reiss, J. Lehnhardt & O. Razum

^h Publikation: „How immigrants adapt their smoking behaviour: comparative analysis among Turkish immigrants in Germany and the Netherlands“ von K. Reiss, O. Sauzet, J. Breckenkamp, J. Spallek & O. Razum

werden. Dafür wurde im Rahmen der statistischen Analysen eine Zeitvariable gebildet, welche die unterschiedlichen Aufenthaltsdauern in der Türkei und in Deutschland/den Niederlanden berücksichtigt. Mittels Querschnittsdaten konnten 6,517 in Deutschland und 2,106 in den Niederlanden lebende Zuwanderer aus der Türkei identifiziert werden. Der Vergleich *zwischen den beiden Zielländern* zeigte, dass türkische Zuwanderer in den Niederlanden höhere altersstandardisierte Rauchprävalenzen aufwiesen als türkische Zuwanderer in Deutschland (Männer: 62,3% vs. 53,1%; Frauen: 30,6% vs. 23,0%). Ein ähnliches Bild zeigte sich bei der Mehrheitsbevölkerung der Niederlande und Deutschlands. Die Unterschiede im Rauchverhalten der Zuwanderer deuten somit ebenfalls auf eine Anpassung an das (unterschiedliche) Rauchverhalten der jeweiligen Ziellandbevölkerung hin. Der Vergleich *innerhalb der beiden Zielländer* verdeutlichte, dass es darüber hinaus Unterschiede in Abhängigkeit von der Aufenthaltsdauer in Herkunfts- und jeweiligem Zielland gab. Männer mit einem kurzen Aufenthalt in der Türkei und einem kurzen/mittleren Aufenthalt in den Zielländern wiesen niedrigere Rauchprävalenzen auf als Männer mit einem kurzen Aufenthalt in der Türkei und einem langen Aufenthalt in den Zielländern (NL: OR=0,57 [95%KI=0,36-0,89]; DE: OR=0,73 [95%KI=0,56-0,95]). Im Vergleich dazu wiesen Männer mit einem langen Aufenthalt in der Türkei und einem kurzen/mittleren Aufenthalt in den Zielländern eine höhere Rauchprävalenz auf als Männer mit einem langen Aufenthalt in der Türkei und einem langen Aufenthalt in den Zielländern (NL: OR=1,35 [95%KI=0,79-2,33]; DE: OR=1,44 [95%KI=1,03-2,02]). Mit zunehmendem Aufenthalt in Deutschland/den Niederlanden scheint die Rauchprävalenz somit bei denjenigen, die nur kurz in der Türkei gelebt haben, zuzunehmen, während sie bei denjenigen, die lange in der Türkei gelebt haben, abzunehmen scheint. Im Sinne des Lebenslaufmodells von Migration und Gesundheit verdeutlichen diese Ergebnisse Veränderungen im Rauchverhalten, die nicht nur von der Aufenthaltsdauer im Zielland sondern auch von der im Herkunftsland abhängen. Für Frauen aus der Türkei waren die Tendenzen zwar ähnlich, die Ergebnisse waren jedoch zum großen Teil nicht signifikant.

Zusätzlich zu diesen Faktoren, die im Zusammenhang mit der Migration stehen, wurden innerhalb des systematischen Literaturreviews das Geschlecht (niedrigere Prävalenzen bei Frauen als bei Männern), das Alter (sinkende Rauchprävalenz mit höherem Alter), der Erwerbsstatus (niedrigere Prävalenz bei Nichterwerbstätigen als bei Erwerbstätigen) und der Familienstatus (niedrigere Prävalenz bei Verheirateten als bei Personen mit anderem Familienstatus) als eigenständige Determinanten für das Rauchverhalten identifiziert. Beim Bildungsgrad wurden ebenfalls Unterschiede zwischen Männern und Frauen sichtbar. Während

die Raucheranteile bei Männern mit niedrigerem Bildungsgrad höher waren als bei Männern mit höherem Bildungsgrad, wurde bei Frauen das Gegenteil beobachtet.

Da sich bisherige Studien aus Deutschland vornehmlich auf Zuwanderer aus der Türkei konzentrierten, wurde in der SOEP-Analyse der Fokus zusätzlich auf Zuwanderer aus Osteuropa gelegt. Es wurden 2,009 Zuwanderer aus Osteuropa identifiziert, wovon die große Mehrheit (Spät-)Aussiedler sind. Überraschenderweise zeigten sich bei ihnen keinerlei Veränderungen im Rauchverhalten in Abhängigkeit von der Aufenthaltsdauer. Während in den deskriptiven Analysen noch ein ähnlicher Trend wie bei den Zuwanderern aus der Türkei beobachtet werden konnte, fanden sich in den multivariaten Modellen keine signifikanten Zusammenhänge. Im Vergleich zu den Männern bzw. Frauen aus der Mehrheitsbevölkerung Deutschlands zeigten sich ähnliche Rauchprävalenzen bei Männern aus Osteuropa und tendenziell niedrigere Rauchprävalenzen bei Frauen aus Osteuropa – jedoch konnte weder bei Männern noch bei Frauen ein eindeutiger Trend nach Aufenthaltsdauer beobachtet werden. Diese Ergebnisse stehen im Gegensatz zu der Untersuchung von Reiss et al.⁴⁵, wo Veränderungen bei Männern und Frauen mit zunehmender Aufenthaltsdauer beobachtet wurden, die den in diesem Kapitel beschriebenen Veränderungen bei Zuwanderern aus der Türkei entsprechen.

3.2 Erweiterung der bisherigen theoretischen Erkenntnisse

Die zu Beginn dieses Kapitels getroffenen Annahmen zur Verknüpfung der vier Modelle sollten nach der Zusammenführung mit den empirischen Erkenntnissen angepasst werden. Nicht alle Annahmen konnten empirisch bestätigt werden, teilweise bedarf es einer Erweiterung der bisherigen theoretischen Überlegungen, die an dieser Stelle vorgenommen werden soll.

Die beiden zahlenmäßig größten Zuwanderergruppen in Deutschland, Personen aus der Türkei und (Spät-)Aussiedler vorwiegend aus den Ländern der ehemaligen Sowjetunion, migrieren zwischen zwei Ländern (Herkunftsland und Zielland) mit unterschiedlichen Rauchprävalenzen, unterschiedlichen zeitlichen Verläufen im Rauchverhalten und unterschiedlichen Determinanten des Rauchverhaltens. Laut dem **Modell der Rauchepidemie** ist Deutschland eher in die späteren Phasen einzuordnen, wohingegen sich die Russische Föderation (als eines der Hauptherkunftslander der (Spät-)Aussiedler) und die Türkei eher in den früheren Phasen der Rauchepidemie befinden. Die bisherigen empirischen Untersuchungen deuten darauf hin, dass Zuwanderer mit der Migration einen Übergang bzw. eine Transition im Sinne der Rauchepidemie erleben. Hier kommt das **Modell der Migration als gesundheitlichem Übergang** zum Tragen, welches ebenfalls den Wechsel von einem Land in ein anderes unter besonderer

Berücksichtigung der Situation, in der sich beide Länder befinden, fokussiert. Demnach kann das Rauchen sowohl als ‚mitgebrachte‘ Risikoverhaltensweise aus dem Herkunftsland direkt nach der Migration, als auch als ‚neue‘ Risikoverhaltensweise, welche im Laufe der Zeit im Zielland aufgenommen wird, verstanden werden. Die empirischen Ergebnisse zum Rauchverhalten von Zuwanderern in Deutschland sprechen für beides: zugewanderte Männer und Frauen ‚importieren‘ ihre geschlechtsspezifischen Rauchprävalenzen aus den Herkunftsländern, welche direkt nach der Einwanderung sichtbar sind. Diese mitgebrachten Risiken unterliegen jedoch einer zeitlichen Veränderung, die sich ebenfalls geschlechtsspezifisch darstellt: während die Raucheranteile bei zugewanderten Männern sinken, steigen sie bei Frauen an. Dieser Punkt integriert bereits das **Modell der Akkulturation** in der Hinsicht, als dass der gesundheitliche Übergang im Sinne der Rauchepidemie zu einer *Verhaltensveränderung* in Form einer *Verhaltensanpassung* an das Rauchverhalten der Männer und Frauen aus der Ziellandbevölkerung führt. Die Rauchprävalenzen von zugewanderten Frauen aus der Türkei mit einem hohen Akkulturationsgrad übersteigen sogar die Rauchprävalenzen der Frauen aus der Ziellandbevölkerung.

Neu ist, dass in den empirischen Untersuchungen laut der eingangs beschriebenen Akkulturationsstrategien von J.W. Berry nicht nur eine *Verhaltensanpassung* sondern auch eine *Verhaltensbeibehaltung* beobachtet werden konnte. Während der beschriebene Übergang im Sinne der Rauchepidemie eine Verhaltensanpassung bei Zuwanderern aus der Türkei zur Folge hatte, konnten bei den (Spät-)Aussiedlern keine Veränderungen beobachtet werden. An dieser Stelle bleibt die Frage offen, ob es an der besonderen (historischen) Situation der Gruppe der (Spät-)Aussiedler liegt oder ob es tatsächliche Unterschiede im Akkulturationsprozess je nach Zuwanderergruppe gibt. Eine entscheidende Rolle scheinen hier die ‚mitgebrachten‘ Risiken zu spielen. Wenn sich Herkunfts- und Zielland in unterschiedlichen Phasen der Rauchepidemie befinden und die Rauchmuster der Zuwanderer nach der Einwanderung denjenigen der Herkunftslandbevölkerung entsprechen, so scheinen die Zuwanderer mit der Migration einen tatsächlichen ‚Bruch‘ im Verlauf der Rauchepidemie zwischen Herkunfts- und Zielland zu erleben. Die Wahrnehmung dieser (geschlechtsspezifischen) Unterschiede kann zu einem Anpassungsdruck und infolgedessen zu einer tatsächlichen Anpassung an die Rauchmuster der Männer und Frauen in Deutschland führen. Wenn die Zuwanderer ihr eigenes und das Rauchmuster der Ziellandbevölkerung als nicht voneinander abweichend bzw. als ähnlich empfinden, so scheint es bei ihnen keine bzw. kaum Veränderung im Rauchverhalten im Zielland zu geben.

Obwohl diese Behauptungen in jedem Fall einer empirischen Überprüfung bedürfen, wird deutlich, in welchem Gesamtkontext potentielle Veränderungen im Rauchverhalten betrachtet werden sollten. Neben der Situation im Zielland ist die Situation im Herkunftsland von besonderer Bedeutung – eine Perspektive, der sich explizit das **Lebenslaufmodell von Migration und Gesundheit** widmet. In einer empirischen Untersuchung wurde ermittelt, dass die Veränderung des Rauchverhaltens von Zuwanderern in Deutschland unter anderem auch von der Aufenthaltsdauer im Herkunftsland abhing. Verhaltensweisen im Kindes- und Jugendalter können in diesem Zusammenhang Prädiktoren für Verhalten im Erwachsenenalter darstellen. Das gilt insbesondere für das Rauchverhalten^{73,74}.

Bekannte und neue Determinanten des Rauchverhaltens im Kontext der Migration

In den hier vorgestellten Untersuchungen wurden spezifische Determinanten des Rauchverhaltens im Kontext der Migration ermittelt. Dazu gehören in erster Linie die Akkulturation, das Geschlecht, die Zeit im jeweiligen Herkunftsland und in Deutschland sowie mögliche Unterschiede zwischen den Zuwanderergruppen in Deutschland. Die migrationsspezifischen Determinanten des Rauchverhaltens sollen an dieser Stelle mit den aus der Raucherforschung bereits bekannten Determinanten zusammengeführt werden. Dadurch sollen die *neu* gewonnenen Erkenntnisse in einen *breiteren Kontext* eingeordnet werden.

Die im Hintergrundkapitel genannten individuell-persönlichen, sozio-kulturellen und gesellschaftlich-politischen Determinanten weisen eine Wechselwirkung untereinander auf und spielen auch für das Rauchverhalten von Zuwanderern eine Rolle. Die Besonderheit ist, dass Zuwanderer mit der Aus- bzw. Einwanderung einen *Wandel* in diesen Determinanten erfahren können, was sich wiederum auf ihr Rauchverhalten im Zielland auswirken kann. So kann sich auf individueller Ebene der sozio-ökonomische Status im Zielland verändern und in einem niedrigeren Haushaltseinkommen, Erwerbslosigkeit, der Aberkennung bzw. Nichtanerkennung von Bildungsabschlüssen, sowie schlechteren Arbeits- und Wohnbedingungen äußern. Weiterhin sind Zuwanderer einem Wandel der (geschlechtsspezifischen) sozialen Bewertung des Rauchverhaltens ausgesetzt, indem Normen, Werte und Einstellungen gegenüber dem Rauchen zwischen Herkunfts- und Zielland als unterschiedlich wahrgenommen werden können. Hier stellt sich die weiter oben aufgeworfene Frage, inwiefern sich Zuwanderer überhaupt mit den Rauchmustern ihres jeweiligen Herkunftslandes identifizieren^{75,76}? Welche Rolle spielt die Gruppenzugehörigkeit bzw. die soziale Identität einer Gruppe? (Spät-)Aussiedler stellen z.B. eine besondere Zuwanderergruppe dar. Durch ihre historische Situation und ihre Selbstzuschreibung

als ‚ethnisch Deutsche‘ lebten sie in ihren jeweiligen Herkunftsländern häufig isoliert von der Mehrheitsbevölkerung⁷⁷⁻⁷⁹.

Zusätzlich zu dem beschriebenen *Wandel der Determinanten* geht die Migration mit *neuen Determinanten* des Rauchverhaltens einher. Dazu gehört in erster Linie der Akkulturationsprozess, der unmittelbar nach der Einwanderung in das Zielland einsetzt. In den hier beschriebenen empirischen Untersuchungen wurde deutlich, dass zugewanderte Männer und Frauen im Kontext der Akkulturation ihre Rauchmuster aus dem Herkunftsland beibehalten oder aber sich sukzessive an die Rauchmuster der Männer und Frauen aus der Ziellandbevölkerung anpassen können. Darüber hinaus kann der mit dem Migrationsprozess einhergehende Stress einen wichtigen Einfluss auf das Rauchverhalten der Zuwanderer ausüben⁸⁰. Unsicherheiten hinsichtlich der Lebensbedingungen, Wohnverhältnisse oder Aufenthaltsrechte, Orientierungsschwierigkeiten, ungelöste Trennungängste in Bezug auf Freunde und Familie oder Entfremdung und Isolation können als Stressoren zu einer Neu- bzw. Wiederaufnahme des Rauchverhaltens führen oder das bisherige Rauchverhalten verstärken⁸¹⁻⁸³. Letztendlich können Zuwanderer auf der gesellschaftlich-politischen Ebene nicht nur einen Wandel in der Nichtraucherschutz-Gesetzgebung sondern einen zusätzlichen Einfluss von Migrations- und Integrationsgesetzen im Zielland erfahren. Das kann wiederum einen Einfluss auf den Akkulturationsprozess und damit auf das Rauchverhalten ausüben.

Die hier beschriebenen Erkenntnisse zum Rauchverhalten sollen abschließend tabellarisch und grafisch dargestellt werden. In beiden Darstellungen liegt der Fokus auf den unterschiedlichen Determinanten des Rauchverhaltens und deren Wechselwirkung bzw. Interaktion. Tabelle 1 verdeutlicht den Zusammenhang zwischen dem Wandel bekannter Determinanten und dem Auftreten neuer Determinanten auf der migrationsspezifischen Ebene. Abbildung 1 integriert darüber hinaus den Aspekt der *Zeit* und verdeutlicht durch die längsschnittliche Darstellung den Kontext, in den die Determinanten eingebettet sind.

Tabelle 1: Determinanten des Rauchverhaltens auf unterschiedlichen Ebenen im Kontext der Migration

Interaktion der Determinanten auf allen Ebenen	Ebene	Determinanten des Rauchverhaltens	
	Bekante Ebenen aus Forschung zum Rauchverhalten		
	Gesellschaftlich-politisch	Nichtraucherschutz-Gesetze Ausgaben für Prävention und Tabakentwöhnung Erkenntnisse aus Wissenschaft und Forschung	
	Sozio-kulturell	Werte, Normen, Einstellungen gegenüber Rauchen von Gleichaltrigen, Freunden, Familie, Nachbarn ,Social support system of smoking' Soziale und kulturelle Geschlechterrollen und Rollenbilder	
	Individuell-persönlich	Geschlecht Alter Familienstand sozioökonomischer Status (Bildung, Erwerbsstatus, Einkommen)	
	Neue Ebene aus Forschung zum Rauchverhalten im Kontext der Migration		
	Migrationspezifisch	Möglicher WANDEL in Determinanten auf gesellschaftlich-politischer, sozio-kultureller, individuell-persönlicher Ebene	NEUE Determinanten: Akkulturation Migrationsassoziierter Stress Migrations- und Integrationsgesetze
		Bedeutung der ‚Gruppenidentität‘	

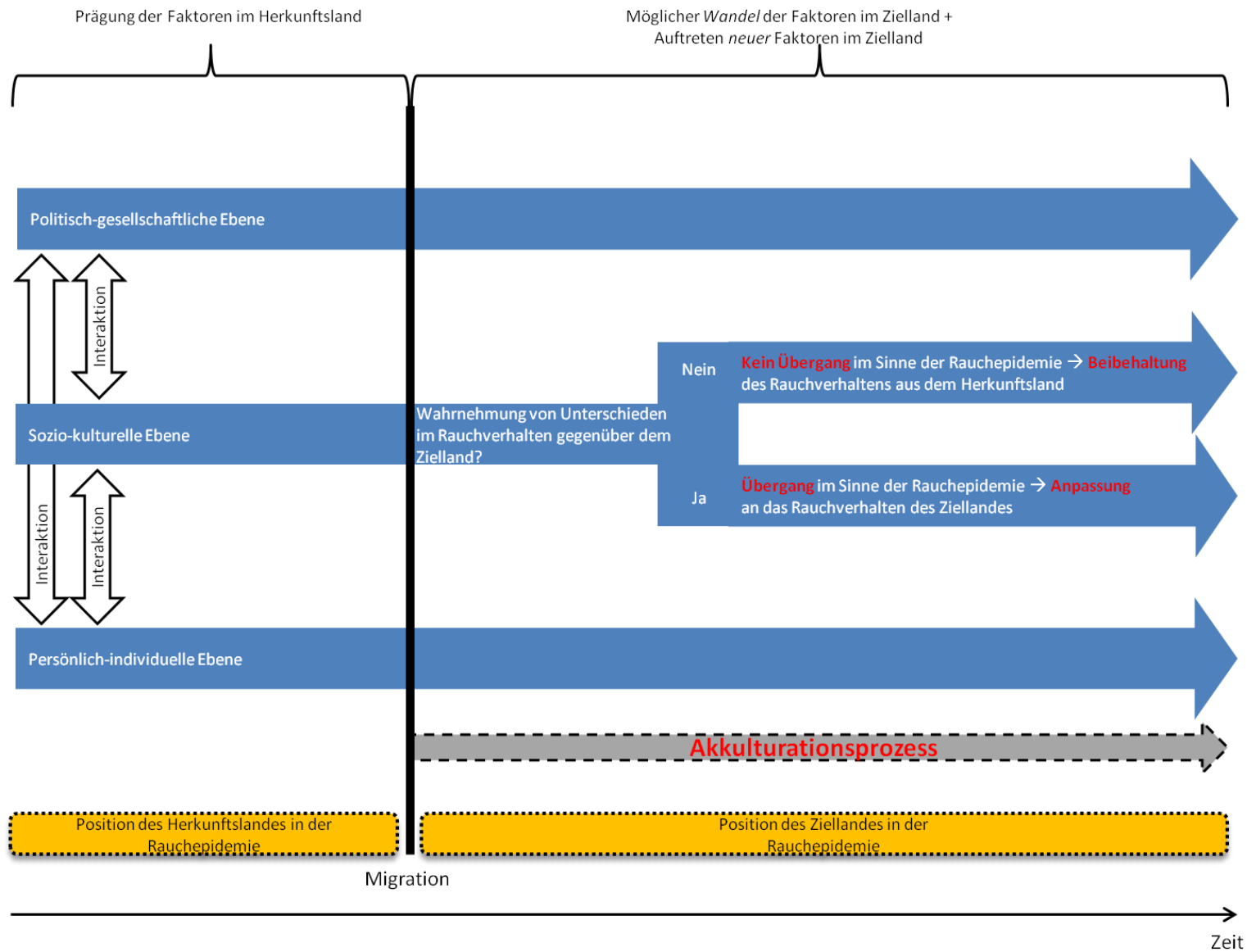


Abbildung 1: Eine kontextuell-zeitliche Betrachtung der Determinanten des Rauchverhaltens von Zuwanderern

3.3 Kritische Reflektion der Ergebnisse und der methodischen Vorgehensweise

Der Einfluss des Bildungsniveaus

Die Assoziation zwischen Rauchen und dem individuellen Bildungsniveau ist seit langem bekannt^{17,18}. In Deutschland weisen sowohl Männer als auch Frauen mit niedrigem Bildungsgrad eine höhere Rauchprävalenz auf⁴³. Die drei hier vorgestellten empirischen Untersuchungen sowie das systematische Literaturreview zeigten, dass die Rauchprävalenz bei zugewanderten Männern mit niedrigem Bildungsniveau ebenfalls höher ist als bei denjenigen mit hohem Bildungsniveau; bei zugewanderten Frauen rauchen mehr Frauen mit hohem als mit niedrigem Bildungsniveau. Hier stellt sich die Frage, inwieweit das Bildungsniveau nicht auch ein Confounder bzw. Effektmodifikator für die Assoziation zwischen Akkulturation und Rauchen bei Zuwanderern sein kann? Ist z.B. die steigende Rauchprävalenz mit fortschreitender Akkulturation bei Frauen aus der Türkei unabhängig von deren Bildungsniveau bzw. gleichermaßen bei Frauen mit hohem und niedrigem Bildungsniveau zu beobachten?

Eine auf der deskriptiven Ebene nach Bildung stratifizierte Darstellung würde eine Aussage dazu erlauben. Leider war in allen drei empirischen Untersuchungen z.B. bei der Berechnung von altersstandardisierten Rauchprävalenzen (SPR) nach Akkulturationsgrad und Geschlecht eine zusätzliche Stratifikation nach Bildung aufgrund zu kleiner Fallzahlen nicht möglich. Ob der deskriptive Zusammenhang zwischen Akkulturation und Rauchen bei Männern und Frauen durch Unterschiede im Bildungsniveau modifiziert wird oder nicht, lässt sich somit nicht abschließend klären. In den statistischen Analysen der drei empirischen Untersuchungen wurde das Bildungsniveau berücksichtigt. Zum einen wurden alle Modelle getrennt nach Geschlecht gerechnet und zum anderen wurde u.a. für das Bildungsniveau adjustiert. In den statistischen Modellen der Studien, die in das systematische Literaturreview eingeschlossen wurden, ist ebenfalls für Bildung adjustiert worden. Dabei blieben in allen Untersuchungen die beobachteten Ergebnisse im Zusammenhang mit der Akkulturation sowohl für Männer als auch für Frauen bestehen. In der Querschnittstudie bei schwangeren zugewanderten Frauen wurde zusätzlich eine Interaktion zwischen den drei Akkulturationsvariablen (Aufenthaltsdauer, selbsteingeschätzte Sprachkompetenz in der deutschen Sprache, Frankfurter Akkulturationsskala (FRAKK)) und Bildung gerechnet, die jedoch in keinem der Fälle statistisch signifikant war.

Alternative Erklärungsansätze für die beobachtete Verhaltensanpassung

Inwieweit ist es möglich, dass bei Zuwanderern aus der Türkei neben der Akkulturation andere Faktoren auf der individuell-persönlichen, sozio-kulturellen und gesellschaftlich-politischen Ebene zu der zunehmenden Rauchprävalenz bei Frauen und der abnehmenden Prävalenz bei Männern geführt haben? Sind die Ergebnisse weniger als Anpassung an die Ziellandbevölkerung sondern vielmehr als Reaktion auf die sich verändernden Rahmenbedingungen zu werten?

Obwohl das Bildungsniveau als ein Indikator für den sozioökonomischen Status den stärksten Zusammenhang zum Rauchverhalten aufweist, haben auch Personen mit einem geringen Einkommen höhere Rauchprävalenzen im Vergleich zu Personen mit einem hohen Einkommen^{18,20}. Geht man davon aus, dass Zuwanderer aus der Türkei kurz nach der Migration über ein vergleichsweise geringes Einkommen verfügen und nimmt man an, dass mit zunehmendem Aufenthalt die Wahrscheinlichkeit für ein höheres Einkommen steigt, so könnte das die abnehmende Rauchprävalenz bei Männern erklären.

Die Verfügbarkeit von Tabakprodukten könnte das Rauchverhalten der Zuwanderer ebenfalls beeinflussen. Der absolute Preis für eine Packung Zigaretten ist in Deutschland am höchsten, gefolgt von der Türkei und der Russischen Föderation. Die Verfügbarkeitⁱ einer Zigarettenpackung ist in Deutschland ebenfalls am höchsten, wiederum gefolgt von der Türkei und der Russischen Föderation⁸⁴⁻⁸⁶. Eine höhere Verfügbarkeit von Zigaretten in Deutschland im Vergleich zu der Türkei könnte für den Anstieg in der Rauchprävalenz bei zugewanderten Frauen, nicht jedoch für die sinkende Prävalenz bei zugewanderten Männern verantwortlich sein. Zudem müsste der Einfluss einer gestiegenen Verfügbarkeit für (Spät-)Aussiedler aus der Russischen Föderation noch stärker ausgeprägt sein, was in der hier vorgestellten empirischen Untersuchung aber nicht beobachtet werden konnte.

Preise und Steuern für Tabakprodukte sind Teil der landesspezifischen Nichtraucherschutz-Gesetzgebung, die das Rauchverhalten der Zuwanderer ebenfalls beeinflussen kann^{28,29}. Die Türkei weist im Vergleich zu Deutschland und der Russischen Föderation die restriktivste und effektivste Gesetzgebung auf, die zudem am längsten in Kraft ist^{30,37}. Eine im Vergleich zu der Türkei weniger restriktive Gesetzgebung in Deutschland und die Tatsache, dass Rauchen unter Männern und Frauen gleichermaßen akzeptiert ist, könnte ebenfalls zu einer Zunahme der

ⁱ Gemessen als absoluter Preis für eine Zigarettenpackung in Relation zum Pro-Kopf-Bruttoinlandsprodukt *oder* in Relation zu der Anzahl der Arbeitsminuten, die man benötigt, um eine Zigarettenpackung zu erwirtschaften *oder* in Relation zum Preis anderer Güter, wie z.B. dem McDonald's Big Mac, 1 kg Reis oder 1 kg Brot.

Rauchprävalenz bei zugewanderten Frauen, jedoch weniger zu einer Abnahme der Prävalenz bei zugewanderten Männern geführt haben. Zudem könnte die deutsche Zuwanderungs- und Integrationspolitik das Rauchverhalten von Zuwanderern beeinflussen^{87,88}. Nimmt man an, dass sich die politischen Bemühungen positiv auf die Gemeinschaft und das Zusammenleben zwischen Zuwanderern und der Ziellandbevölkerung auswirken, so könnte das in Bezug auf das Rauchverhalten den Wunsch nach einer Verringerung von wahrgenommenen Unterschieden seitens der Zuwanderer zur Folge haben. Dafür würde sowohl die abnehmende Rauchprävalenz bei zugewanderten Männern als auch die zunehmende Rauchprävalenz bei zugewanderten Frauen sprechen. Das verdeutlicht, dass eine Anpassung an das Rauchverhalten der Ziellandbevölkerung Deutschlands im Sinne der Akkulturation im Vergleich zu den hier angeführten alternativen Erklärungen dennoch am plausibelsten erscheint.

Vom methodischen Standpunkt aus könnte aber auch ein Kohorteneffekt für die beobachteten Ergebnisse bei Zuwanderern aus der Türkei verantwortlich sein. So könnten z.B. die Rauchprävalenzen der Zuwanderer mit mittlerer bzw. langer Aufenthaltsdauer in Deutschland lediglich diejenigen Prävalenzen widerspiegeln, wie sie vor ihrer Auswanderung in der Türkei vorherrschten. Möglicherweise ähnelten diese dem Rauchmuster des zukünftigen Ziellandes und es hat demnach keine Veränderung im Sinne einer Anpassung stattgefunden. Um das zu überprüfen, wurden frühere Prävalenzen aus der Türkei zum Vergleich herangezogen. Offizielle Statistiken zum Rauchverhalten der türkischen Bevölkerung existieren erst seit Anfang der 1990er Jahre³⁶. Zu dieser Zeit rauchten 58% der Männer und 14% der Frauen. Im Jahr 2011 ist das Rauchen unter Männern in der Türkei mit 42% noch immer weit verbreitet, obwohl leicht sinkende Tendenzen beobachtet werden konnten. Die Rauchprävalenz bei Frauen liegt auch 2011 auf einem sehr niedrigen Niveau von 13%³⁷. Würde ein Kohorteneffekt für die Ergebnisse bei türkischen Zuwanderern verantwortlich sein, so müssten die Prävalenzen der Männer mit langem Aufenthalt höher sein als die der Männer mit kurzem Aufenthalt. Bei Frauen müsste das Rauchverhalten unabhängig von der Aufenthaltsdauer auf einem konstant niedrigen Niveau geblieben sein. Da dies nicht den Ergebnissen entspricht, die in den empirischen Untersuchungen ermittelt wurden, wird das Vorliegen eines Kohorteneffektes als eher unwahrscheinlich erachtet.

Unterschiede im Rauchverhalten zwischen den beiden zahlenmäßig größten Zuwanderergruppen

Im Vergleich zu Zuwanderern aus der Türkei wurden bei Zuwanderern aus Osteuropa, wovon die große Mehrheit (Spät-)Aussiedler sind, kaum bis gar keine Veränderungen im Rauchverhalten beobachtet. Hier stellt sich die Frage, welche Rolle ihre Gruppenidentität spielt und inwiefern (Spät-)Aussiedler Unterschiede zwischen sich und der Herkunftsland- sowie der Ziellandbevölkerung wahrnehmen. Die außergewöhnliche historische Situation der (Spät-)Aussiedler und das von der Herkunftslandbevölkerung abgeschiedene Leben⁷⁷⁻⁷⁹ könnten dazu geführt haben, dass auch das Rauchverhalten der Herkunftslandbevölkerung von den (Spät-)Aussiedler nicht wahr- und angenommen wurde. Untersuchungen zur Mortalität von (Spät-)Aussiedlern in Deutschland konnten ebenfalls Unterschiede zu Personen aus den Herkunftsländern feststellen^{89,90}, was ebenfalls die Annahme von Unterschieden im Gesundheitsverhalten stützt. Häufig wird postuliert, dass (Spät-)Aussiedler die Einwanderung nach Deutschland als Rückkehr in die ‚eigentliche‘ Heimat betrachten⁷⁸. Die beobachtete Verhaltensbeibehaltung könnte dafür sprechen, dass (Spät-)Aussiedler sich selbst und damit z.B. auch ihr Rauchverhalten als nicht unterschiedlich zur Ziellandbevölkerung wahrnehmen und aus diesem Grund nicht zu einer Verhaltensänderung angeregt werden. Während sich (Spät-)Aussiedler in ihrer Gruppenidentität eher am Zielland Deutschland zu orientieren scheinen, verdeutlichen die Untersuchungen von Yilmaz-Aslan^{91,92}, dass z.B. die Wahrnehmung von Krankheit und Gesundheit bei Zuwanderern aus der Türkei stark von ihrem Herkunftsland geprägt ist. Die Beobachtung und Empfindung einer Distanz oder einer Nähe zwischen sich selbst als Zuwanderergruppe und der Ziellandbevölkerung scheint (Spät-)Aussiedler und Zuwanderer aus der Türkei voneinander zu unterscheiden und könnte ein potentieller Grund für die Ausprägung des Rauchverhaltens in Deutschland sein. Obwohl die Ausführungen an dieser Stelle rein spekulativ bleiben, schrieb der türkische Sozialpsychologe Muzafer Sherif⁹³ bereits 1935, dass unterschiedliche kulturelle Gruppen in einer unterschiedlichen Weise auf dieselben, neuen Reize reagieren können. Sherif führt diese Unterschiede darauf zurück, dass sich die Gruppenmitglieder an eigene, sozial determinierte Normen und Werte halten, die der gesamten Gruppe als Referenz dienen. Neuere Untersuchungen aus den USA und den Niederlanden zeigen ebenfalls, dass die Eigenwahrnehmung der Zuwanderergruppe in Bezug auf Unterschiede gegenüber der Ziellandbevölkerung einen Einfluss auf die Ausprägung von Verhaltensweisen haben kann^{75,76,94}.

Stärken und Schwächen der methodischen Herangehensweise

Die Stärken der hier vorgestellten empirischen Untersuchungen zum Rauchverhalten von Zuwanderern liegen in deren theoretischer Orientierung. Zentrale Aspekte des Modells der Migration als gesundheitlichem Übergang, des Lebenslaufmodells von Migration und Gesundheit, des Modells der Rauchevidenz und des Modells der Akkulturation sind mit unterschiedlichen Akzentuierungen in alle Untersuchungen integriert worden. Der Vorteil der Deutschland/Niederlande-Studie liegt in dem Vergleich einer Zuwanderergruppe, die aus demselben Herkunftsland (Türkei) in zwei unterschiedliche Zielländer migriert ist. Der Vorteil der Studie bei schwangeren zugewanderten Frauen liegt in der Nutzung von drei unterschiedlichen Akkulturationsvariablen und der Vorteil der Untersuchung des sozio-ökonomischen Panels liegt in dessen Längsschnittdesign und in dem Fokus auf die beiden zahlenmäßig größten Zuwanderergruppen Deutschlands. Es wäre wünschenswert gewesen, die jeweiligen Aspekte in mehr als nur einer Studie zu untersuchen, um die beobachteten Ergebnisse zu untermauern und somit deren Aussagekraft zu erhöhen. Dies betrifft insbesondere die Operationalisierung des Akkulturationsbegriffes und die Untersuchung des Rauchverhaltens bei (Spät-)Aussiedlern. In zwei der drei quantitativen Untersuchungen konnte lediglich die Aufenthaltsdauer als Proxy-Variable für Akkulturation genutzt werden, da die Datenbestände keine andere Operationalisierung von Akkulturation zuließen. Eine solche Herangehensweise wird der Vielschichtigkeit des Akkulturationsbegriffes nicht gerecht. Weiterhin ist die Untersuchung des Rauchverhaltens bei (Spät-)Aussiedlern schwierig, da die Gruppe aufgrund ihrer deutschen Staatsangehörigkeit und der deutschen bzw. deutsch klingenden Namen aus bereits bestehenden Datenbeständen kaum bis gar nicht identifiziert werden kann. Die Unterschiede, die im Rauchverhalten zwischen den Zuwanderergruppen beobachtet wurden, bedürfen in jedem Fall einer erneuten Überprüfung und weiteren Untersuchung. Die bereits angesprochenen kleinen Fallzahlen innerhalb der Zuwanderergruppen ermöglichten zudem keine weiteren, wünschenswerten Stratifikationen (z.B. nach Bildungsniveau). Ein weiterer Nachteil ist die Nutzung von Querschnittdaten in zwei der drei quantitativen Analysen sowie in allen Studien, die in das systematische Literaturreview eingeschlossen wurden. Da insbesondere die Akkulturation ein Prozess und somit eine zeitabhängige Variable ist, können nur Längsschnittdaten valide und haltbare Ergebnisse liefern. Auf einige der zuletzt genannten Aspekte wird im folgenden Ausblick noch einmal im Detail eingegangen.

4 Ausblick – wie soll es weitergehen?

4.1 Eine weitergehende Betrachtung des Akkulturationsbegriffes

Die im Hintergrundkapitel präsentierte klassische Definition beschreibt Akkulturation als Prozess, der unmittelbar dann einsetzt, wenn Personen aus unterschiedlichen Kulturen in einen kontinuierlichen Kontakt miteinander treten. Die (Migrations-)Forschung beleuchtet den Aspekt der Akkulturation fast ausschließlich von Seiten der Menschen mit Migrationshintergrund. Es stellt sich jedoch unmittelbar die Frage, wie die Bevölkerung des Ziellandes einen solchen Akkulturationsprozess erlebt. Wenn man – im Sinne der klassischen Definition – Akkulturation als interaktiven, wechselseitigen Prozess versteht, dann können Veränderungen, die mit dem Akkulturationsprozess einhergehen, rein intuitiv nicht nur bei einer Gruppe auftreten^{64,66}. Ein Wandel bzw. eine Veränderung der Ziellandgesellschaft in der Hinsicht, als dass z.B. Essensgewohnheiten, Freizeitgestaltungen oder sprachliche Besonderheiten von Zuwanderern ‚übernommen‘ werden, ist ebenso wahrscheinlich, wie ein Wandel bzw. eine Veränderung der Zuwanderer⁹⁵. Im Zusammenhang mit dem Rauchverhalten gibt es Studien, die zeigen, dass das Rauchen der Wasserpfeife – eine Tradition, die vornehmlich aus dem arabischen Raum kommt – mittlerweile auch in Industrieländern bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen ohne arabischen Migrationshintergrund beliebt ist⁹⁶⁻⁹⁸.

Eine zweite wichtige Frage im Zusammenhang mit der Akkulturation ist die nach der Bevölkerung, an die sich Zuwanderer anpassen. Heutzutage sind beinahe alle Länder bis zu einem gewissen Grad multikulturell bzw. stellen eine Mischung aus Werten, Einstellungen und Personen unterschiedlicher Kulturen dar⁹⁹. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob eine Anpassung an ganz bestimmte Gruppen stattfindet – gemäß der Theorie der ‚segmented assimilation‘. Sie geht davon aus, dass z.B. die Bevölkerung Deutschlands kein undifferenziertes Ganzes darstellt und Zuwanderer sich an ganz bestimmte ‚Segmente‘ dieser Gesellschaft anpassen können¹⁰⁰⁻¹⁰³. Hinsichtlich des Rauchverhaltens von Zuwanderern kann das bedeuten, dass eine Anpassung an die eigene Zuwanderergruppe, an die Gruppe, die von Zuwanderern als ‚Deutsch‘ identifiziert wird oder aber an eine ganz andere Gruppe stattfinden kann. Ähnliches gilt für die Anpassung an die Herkunftslandbevölkerung – ein Umstand, der bereits weiter oben im Zusammenhang mit den (Spät-)Aussiedlern angeführt wurde. Auch hier muss eine Orientierung an der Mehrheitsbevölkerung des Herkunftslandes nicht zwangsläufig stattfinden.

Von einer Anpassung an *die* Zielland- oder Herkunftslandbevölkerung bzw. an *die* Kultur des Ziel- oder Herkunftslandes zu sprechen, ist somit eine vereinfachte Sichtweise. Diese Komplexität in

empirischen Studien adäquat abzubilden, erscheint jedoch fast unmöglich. Eine Anpassung von Verhaltensweisen kann trotzdem nur im *Vergleich* untersucht werden – einem Vergleich zwischen Zuwanderern und der Mehrheitsbevölkerung des Herkunfts- und/oder Ziellandes. Wer die Letztgenannte genau ist oder nicht ist, sollte zumindest diskutiert werden.

4.2, Erste Generation‘ vs. ‚Zweite Generation‘

Menschen *ohne* eigene Migrationserfahrung aber mit (elterlichem) Migrationshintergrund werden häufig als die sogenannte ‚2. Generation‘ bezeichnet. Sie unterscheiden sich von ihrer Elterngeneration (‚1. Generation‘) dadurch, dass sie weder einen direkten Einfluss des elterlichen Herkunftslandes erfahren noch die Aus- bzw. Einwanderung an sich erlebt haben. Untersuchungen zum Rauchverhalten der 2. Generation fanden bisher nur vereinzelt statt. Sie deuten darauf hin, dass die Rauchprävalenzen bei Männern ähnlich oder teilweise niedriger sind als bei Männern aus der Mehrheitsbevölkerung, die Prävalenzen bei Frauen ebenfalls ähnlich, häufig jedoch höher sind als bei Frauen aus der Mehrheitsbevölkerung^{46,104-106}. Diese ‚Ähnlichkeit‘ in den Rauchmustern zwischen der 2. Generation und der Mehrheitsbevölkerung deutet auf eine starke Orientierung an der Ziellandkultur hin. Sind die Ergebnisse jedoch gänzlich unabhängig von einem Einfluss der Herkunftslandkultur (der Eltern)? Wie würde eine (zusätzliche) Orientierung an der Kultur der elterlichen Herkunftsländer die Rauchmuster verändern?

Acevedo-Garcia et al.¹⁰⁷ verweisen hierbei auf die Zusammensetzung bzw. Konstellation des elterlichen Migrationshintergrundes. Im Vergleich zu Familien, wo nur ein Elternteil in das Zielland eingewandert ist, hat in Familien, in denen beide Eltern zugewandert sind, die Orientierung an der Herkunftslandkultur einen deutlich stärkeren Einfluss auf die Kinder der Zuwanderer. Wünschenswert wäre somit ein Vergleich des Rauchverhaltens nicht nur zwischen der 2. Generation und der Mehrheitsbevölkerung des Ziellandes, sondern auch zwischen der 1. und der 2. Generation unter Berücksichtigung der Familienkonstellation – insbesondere wenn die Eltern aus unterschiedlichen Herkunftsländern kommen oder nur ein Elternteil migriert ist.

Im Allgemeinen ist für die Rauchaufnahme die Phase der Adoleszenz besonders entscheidend^{73,74}. Inwiefern stellt dieses Alter auch für die 2. Generation eine ‚kritische Periode‘ dar¹⁰⁸? Im Sinne der Lebenslaufforschung kann die 2. Generation wertvolle Hinweise dazu liefern, *wann* genau Personen ohne eine eigene Migrationserfahrung besonders anfällig bzw. empfänglich für potentielle Einflussfaktoren aus dem Herkunfts- und Zielland ihrer Eltern sind. Schlussendlich stellt sich bei der 2. Generation ebenfalls die Frage nach der ‚segmented

assimilation', je nachdem, an welcher Bevölkerung sich die 2. Generation hinsichtlich ihres Rauchverhaltens orientiert^{109,110}.

4.3 Was bedeuten die Ergebnisse für Prävention und Gesundheitsförderung?

Die empirischen Erkenntnisse zum Rauchverhalten von Zuwanderern liefern wertvolle Hinweise für die Praxis. Aktuell leben mehr als 10 Mio. Zuwanderer in Deutschland. Während in Deutschland die Rauchprävalenzen bei Männern und Frauen abnehmen und sich eine ‚Anti-Raucher-Stimmung‘ etabliert, trifft das nicht zwangsläufig auch auf Zuwanderer zu.

Eine besondere Risikogruppe stellen zugewanderte Frauen dar – jedoch nicht im Allgemeinen, sondern dann, wenn bestimmte Voraussetzungen zutreffen. Wenn zugewanderte Frauen die Rauchprävalenzen der Frauen aus dem Herkunftsland nach Deutschland ‚importieren‘ und in Deutschland einen Unterschied zum Zielland wahrnehmen, dann findet mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Anpassung an das Rauchverhalten der Frauen aus dem Zielland statt. Für Frauen, die aus Ländern mit sehr niedrigen Rauchprävalenzen unter Frauen zuwandern (z.B. aus der Türkei) bedeutet das, dass die Rauchprävalenzen ansteigen und diejenigen der Frauen in Deutschland sogar übersteigen können. Für zugewanderte Männer gibt es Hinweise auf einen gegenteiligen Effekt, wenn sie aus Ländern mit sehr hohen Rauchprävalenzen unter Männern einwandern.

Tabakpräventionsprogramme müssen genau diese Besonderheiten aufgreifen und ansprechen¹¹¹. Im Allgemeinen sollten Entwöhnungsprogramme aufhörermotivierten Zuwanderern helfen, mit dem Rauchen aufzuhören; Präventionsmaßnahmen sollten zugewanderte Nichtraucher motivieren, das Rauchen gar nicht erst aufzunehmen. Im Speziellen sollten die Geschlechtsspezifität des Rauchverhaltens bei Zuwanderern, die Unterschiede im Rauchverhalten zwischen Herkunfts- und Zielland sowie der Wandel in den Geschlechterrollen und der sozialen Bewertung des Rauchens Bestandteil von Präventionsmaßnahmen sein bzw. von den Verantwortlichen berücksichtigt werden^{112,113}. Das kann zum einen bedeuten, dass bereits bestehende Entwöhnungsprogramme migrationssensibel ausgerichtet und um die zuletzt genannten Faktoren erweitert werden; zum anderen können spezifisch auf die Zuwanderer zugeschnittene Maßnahmen neu entwickelt und implementiert werden¹¹⁴. Beide Herangehensweisen haben durch ihre inklusive bzw. exklusive Ausrichtung Vor- und Nachteile, die es im Kontext der Rauchprävention noch in der Praxis zu überprüfen gilt. In beiden Fällen scheint sich die Arbeit mit Schlüsselpersonen aus den Zuwanderergruppen, die in einem bestimmten Vertrauensverhältnis zu den Zuwanderern stehen, auszuzahlen¹¹⁵. Die

Wahrscheinlichkeit, dass die Schlüsselpersonen das Rauchverhalten von zugewanderten Männern und Frauen in den richtigen Kontext einordnen können, ist hoch. Die Schlüsselpersonen können die Zuwanderer auf die verborgenen (geschlechtsspezifischen) kulturellen und sozialen Faktoren aufmerksam machen, die während des Akkulturationsprozesses ablaufen und das Rauchverhalten beeinflussen können. So scheinen zugewanderte Frauen das Rauchverhalten in Deutschland als Ausdruck von Freiheit und Gleichstellung zwischen den Geschlechtern wahrzunehmen, was sich wiederum in steigenden Rauchprävalenzen äußern kann. Um dem entgegenzuwirken, sollten bereits bestehende und neue Entwöhnungsprogramme sowie Informationskampagnen oder andere (massen-)mediale Maßnahmen die zunehmende ‚Anti-Raucher-Stimmung‘ in Deutschland intensiv vorantreiben. Der Zugang zu solchen Maßnahmen sollte so niedrigschwellig wie möglich gestaltet sein. So könnten Settings der Zuwanderergruppen, wie z.B. Bildungseinrichtungen, Vereine, Verbände, Arztpraxen, Beratungsstellen oder Lebensmittelläden genutzt werden, um Zuwanderer auf das Angebot von Entwöhnungsmaßnahmen aufmerksam zu machen oder relevante Informationsmaterialien zu verbreiten^{111,115}.

Weiterhin sprechen Studien dafür, dass auf der politischen Ebene Preiserhöhungen ein geeignetes Mittel zur Reduktion des Tabakkonsums sein können¹¹⁶. Da Zuwanderer im Durchschnitt über einen geringeren sozioökonomischen Status verfügen als die Ziellandbevölkerung und die Rauchprävalenz bei sozioökonomisch schlechter gestellten Personen höher ist, kann eine Preiserhöhung die Verfügbarkeit von Tabakprodukten senken. Zudem sollte in Deutschland die eher nachlässige Nichtraucherschutz-Gesetzgebung im Vergleich zu anderen europäischen Ländern restriktiver gestaltet und entschiedener vorangetrieben werden; das Rauchverbot in Einrichtungen des öffentlichen Lebens, wie z.B. der Gastronomie, sollte nicht den einzelnen Bundesländern überlassen werden, sondern bundesweit geregelt sein.

Sollte eine erfolgreiche Prävention hin zu einer Aufgabe bzw. Nichtaufnahme des Rauchens nicht gelingen und sollten sich die Rauchmuster so weiterentwickeln wie in den empirischen Untersuchungen angedeutet, so hätte das weitreichende Konsequenzen. Steigende Rauchprävalenzen mit fortschreitender Akkulturation könnten bei zugewanderten Frauen in der Zukunft zu einem Anstieg in der Sterblichkeit aufgrund von Lungenkrebs oder anderen rauchassoziierten Krebsarten führen. Obwohl bei zugewanderten Männern sinkende Tendenzen mit fortschreitender Akkulturation beobachtet wurden, könnten die noch immer hohen Rauchprävalenzen und die damit einhergehende Latenzzeit bis zum Auftreten rauchassoziiierter

Erkrankungen zu einer ebenfalls hohen Rate an rauchassoziierten Sterbefällen in der Zukunft führen.

4.4 Empfehlungen für Wissenschaft und Forschung

Während in den USA viele Erkenntnisse zu Akkulturation und Rauchen vorliegen, hat eine Auseinandersetzung mit dem Thema in Europa nur vereinzelt stattgefunden. Aus den bisherigen empirischen Erkenntnissen gehen noch einige offene Fragen hervor. Das betrifft zum einen den Einfluss des Herkunftslandes bzw. der Herkunftskultur auf das Rauchverhalten von Zuwanderern. Hier sollte geklärt werden, inwiefern sich Zuwanderer und Herkunftslandbevölkerung in ihrem Rauchverhalten voneinander unterscheiden oder ob Zuwanderer direkt nach der Migration das Rauchverhalten der Herkunftslandbevölkerung abbilden (siehe Ausführungen zu (Spät-)Aussiedlern). Zudem deuten bisherige Untersuchungen nicht auf einen ‚universellen‘ Einfluss von Akkulturation hin, der für alle Zuwanderergruppen in einer Anpassung an die Ziellandbevölkerung mündet (siehe Ausführungen zum Unterschied zwischen Personen aus der Türkei und Osteuropa). Diese Heterogenität der Zuwanderer in Deutschland sollte in der Erforschung des Rauchverhaltens berücksichtigt werden.

Weiterhin sollte zukünftige Forschung die Operationalisierung der Vergleichsgruppe weiter spezifizieren. Im Sinne der ‚segmented assimilation‘ stellt sich die Frage, an welche Gruppe sich Zuwanderer genau anpassen. Es wird deutlich, dass die Untersuchung des Rauchverhaltens von Zuwanderern nicht nur die zugewanderte Gruppe in den Fokus nehmen sollte, sondern eine genauso intensive Auseinandersetzung mit der Bevölkerung des Herkunfts- und Ziellandes benötigt wird.

Für die Berücksichtigung dieses Gesamtkontextes werden Längsschnittdaten über den kompletten Lebenslauf benötigt. Ein biographisches Interview unter Zuhilfenahme des so genannten ‚life grid‘-Ansatzes hat sich bei der Sammlung von retrospektiven Längsschnittdaten bewährt¹¹⁷. Parry et al.¹¹⁸ haben diese Interviewmethode bereits erfolgreich zur Rekonstruktion von Raucherbiographien angewandt. Eine Anwendung der Methode bei Zuwanderern hat bisher noch nicht stattgefunden.

Neben dem Migrationskontext sollte dieser Zeitaspekt in der zukünftigen Forschung mehr in den Fokus genommen werden. Zusätzlich zu der längsschnittlichen Untersuchung des Rauchverhaltens im Lebenslauf sollten *querschnittliche* Trends im Rauchverhalten ermittelt werden. Diese können wichtige Hinweise auf säkulare Trends und zeitliche Veränderungen

liefern. Geht es um die Interpretation von Veränderungen und Trends, ist es allerdings schwierig, die Faktoren Alter, (Geburts-)Kohorte und Periode auseinanderzuhalten – alle sind mit dem Faktor Zeit eng verbunden¹¹⁹. Somit birgt der Zeitaspekt eine Herausforderung für die zukünftige Forschung.

5 Fazit

Die Synthese von Theorie und Empirie verdeutlicht: *der Kontext* und *die Zeit* im Herkunfts- sowie im Zielland haben einen entscheidenden Einfluss auf das Rauchverhalten von Zuwanderern in Deutschland.

Den Kontext, in den das Rauchverhalten von Zuwanderern eingebettet ist, bilden das Herkunftsland, die Migration und das Zielland. Determinanten des Rauchverhaltens auf der individuell-persönlichen, sozio-kulturellen und gesellschaftlich-politischen Ebene können in diesem Kontext einem – mit der Migration initiierten – Wandel unterliegen oder aber konstant wiederkehren bzw. weiterwirken. Im Zusammenhang mit der Migration können auf allen drei Ebenen auch neue Einflussfaktoren auftreten, wovon die Akkulturation einen der wichtigsten Faktoren darstellt. Durch den Prozesscharakter der Akkulturation liegt der Fokus auf dem Aspekt der Zeit: im Verlauf des Prozesses findet entweder eine Anpassung an das Rauchverhalten der Ziellandbevölkerung statt oder aber das mitgebrachte Rauchverhalten wird beibehalten – je nachdem als wie unterschiedlich Zuwanderer ihr Rauchverhalten im Vergleich zu der Ziellandbevölkerung wahrnehmen. Die Anpassung kann dabei als das Resultat eines gesundheitlichen Übergangs im Sinne der Rauchepidemie verstanden werden und sich für zugewanderte Männer und Frauen ganz unterschiedlich ausgestalten. Die Synthese von Theorie und Empirie verdeutlicht folglich die Bedeutung der Lebenslaufperspektive für die Erforschung des Rauchverhaltens von Zuwanderern.

Literatur

1. World Health Organization. Tobacco Fact sheet N°339 (Updated May 2014). URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/> (letzter Zugriff: 18.12.2014)
2. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ* 2004, 328(7455):1519-1528.
3. Vineis P, Alavanja M, Buffler P, Fontham E, Franceschi S, Gao YT, Gupta PC, Hackshaw A, Matos E, Samet J, Sitas F, Smith J, Stayner L, Straif K, Thun MJ, Wichmann HE, Wu AH, Zaridze D, Peto R, Doll R. Tobacco and cancer: recent epidemiological evidence. *J Natl Cancer Inst* 2004, 96(2):99-106.
4. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, McQueen M, Budaj A, Pais P, Varigos J, Lisheng L; INTERHEART Study Investigators. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet* 2004, 364(9438):937-952.
5. Shinton R, Beevers G. Meta-analysis of relation between cigarette smoking and stroke. *BMJ* 1989, 298(6676):789-94.
6. Teo KK, Ounpuu S, Hawken S, Pandey MR, Valentin V, Hunt D, Diaz R, Rashed W, Freeman R, Jiang L, Zhang X, Yusuf S; INTERHEART Study Investigators. Tobacco use and risk of myocardial infarction in 52 countries in the INTERHEART study: a case-control study. *Lancet* 2006, 368(9536):647-58.
7. World Health Organization. Economics of Tobacco Toolkit – Assessment of the Economic Costs of Smoking. Geneva: World Health Organization, 2011.
8. Gilbert DG, McClernon FJ, Gilbert BO. The Psychology of the Smoker. In: Bolliger CT, Fagerström KO (Hrsg.). *The Tobacco Epidemic*. Basel: Karger, 1997.
9. Schwarzer R. *Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Einführung in die Gesundheitspsychologie*. Göttingen: Hogrefe, 2004.
10. Niederberger JM. *Rauchen als sozial erlerntes Verhalten. Physiologie und Sozialisationstheorie einer alltäglichen Sucht*. Stuttgart: Enke, 1987.
11. Wetterer A, v. Troschke J. *Smoker motivation. A Review of Contemporary Literature*. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer, 1986.
12. Bunton R, Murphy S, Bennett P. Theories of behavioural change and their use in health promotion: some neglected areas. *Health Educ Res* 1991, 6(2):153-62.
13. Levy J. A conceptual meta-paradigm for the study of health behaviour and health promotion. *Health Educ Res* 1991, 6(2):195-202
14. Bartley M, Sacker A, Firth D, Fitzpatrick R. Understanding social variation in cardiovascular risk factors in women and men: the advantage of theoretically based measures. *Soc Sci Med* 1999, 49(6):831-45.
15. Graham H. *When life's a drag: Women, Smoking and Disadvantage*. London: HMSO, 1993.
16. Schooling M, Kuh D. A life course perspective in women's health behaviours. In: Kuh D, Hardy R (Hrsg.). *A life course approach to women's health*. Oxford: Oxford University Press, 2002.
17. Cavelaars AE, Kunst AE, Geurts JJ, Crialesi R, Grötvedt L, Helmert U, Lahelma E, Lundberg O, Matheson J, Mielck A, Rasmussen NK, Regidor E, do Rosário-Giraldes M, Spuhler T,

- Mackenbach JP. Educational differences in smoking: international comparison. *BMJ* 2000, 320(7242):1102-7.
18. Hiscock R, Bauld L, Amos A, Fidler JA, Munafò M. Socioeconomic status and smoking: a review. *Ann N Y Acad Sci* 2012, 1248:107-23.
 19. Schaap MM, Kunst AE, Leinsalu M, Regidor E, Espelt A, Ekholm O, Helmert U, Klumbiene J, Mackenbach JP. Female ever-smoking, education, emancipation and economic development in 19 European countries. *Soc Sci Med* 2009, 68(7):1271-8.
 20. Huisman M, Kunst AE, Mackenbach JP. Inequalities in the prevalence of smoking in the European Union: comparing education and income. *Prev Med* 2005, 40(6):756-64.
 21. Branstetter SA, Blosnich J, Dino G, Nolan J, Horn K. Gender differences in cigarette smoking, social correlates and cessation among adolescents. *Addict Behav* 2012, 37(6):739-742.
 22. Barbeau EM, Leavy-Sperounis A, Balbach ED. Smoking, social class, and gender: what can public health learn from the tobacco industry about disparities in smoking? *Tob Control* 2004, 13(2):115-20.
 23. Waldron I. Patterns and causes of gender differences in smoking. *Soc Sci Med* 1991, 32(9):989-1005.
 24. Stigler M, Dhavan P, Van Dusen D, Arora M, Reddy KS, Perry CL. Westernization and tobacco use among young people in Delhi, India. *Soc Sci Med* 2010, 71(5):891-7.
 25. Karasek D, Ahern J, Galea S. Social norms, collective efficacy, and smoking cessation in urban neighborhoods. *Am J Public Health* 2012, 102(2):343-51.
 26. Christakis NA, Fowler JH. The collective dynamics of smoking in a large social network. *N Engl J Med* 2008, 358(21):2249-2258.
 27. von Stünzner W. Psychosoziale Bedingungen des Rauchens – sekundärstatistische Analysen von Querschnittserhebungen zum Tabakrauchen zum Verständnis der Veränderung von Prävalenzraten. Frankfurt am Main: Lang, 1994.
 28. Mackenbach JP, Karanikolos M, McKee M. The unequal health of Europeans: successes and failures of policies. *Lancet* 2013, 381(9872):1125-34.
 29. Wilson LM, Avila Tang E, Chander G, Hutton HE, Odelola OA, Elf JL, Heckman-Stoddard BM, Bass EB, Little EA, Haberl EB, Apelberg BJ. Impact of tobacco control interventions on smoking initiation, cessation, and prevalence: a systematic review. *J Environ Public Health* 2012, 2012:961724.
 30. Joossens L, Raw M. The Tobacco Control Scale 2013 in Europe. URL: http://www.europeancancerleagues.org/images/TobaccoControl/TCS_2013_in_Europe_13-03-14_final_1.pdf (letzter Zugriff: 05.01.2015)
 31. Grüning T, Gilmore AB, McKee M. Tobacco industry influence on science and scientists in Germany. *Am J Public Health* 2006, 96(1):20-32.
 32. Weishaar H, Collin J, Smith K, Grüning T, Mandal S, Gilmore A. Global health governance and the commercial sector: a documentary analysis of tobacco company strategies to influence the WHO framework convention on tobacco control. *PLoS Med* 2012, 9(6):e1001249.
 33. Statistisches Bundesamt. Bevölkerung und Erwerbstätigkeit – Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2014. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt, 2015.

34. Razum O, Zeeb H, Meesmann U, Schenk L, Bredehorst M, Brzoska P, Dercks T, Glodny S, Menkhaus B, Salman R, Saß A-C, Ulrich R. Migration und Gesundheit. Berlin: Robert Koch-Institut, 2008.
35. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2015. Geneva: World Health Organization, 2015.
36. The Ministry of Health of Turkey. Global Adult Tobacco Survey (GATS) – Turkey Report 2008. Ankara: The Ministry of Health of Turkey, 2010.
37. The Ministry of Health of Turkey. Global Adult Tobacco Survey (GATS) – Turkey Report 2012. Ankara: The Ministry of Health of Turkey, 2014.
38. Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation. Global Adult Tobacco Survey (GATS) – Russian Federation Report 2009. Moscow: Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation, 2010.
39. Cooper R. Smoking in the Soviet Union. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1982, 285(6341):549-51.
40. Pomerleau J, Gilmore A, McKee M, Rose R, Haerpfer CW. Determinants of smoking in eight countries of the former Soviet Union: results from the living conditions, lifestyles and health study. *Addiction* 2004, 99(12):1577-85.
41. The Voice of Russia. No smoking in Russia (12 February 2013). URL: http://sputniknews.com/voiceofrussia//2013_02_12/No-smoking-in-Russia/ (letzter Zugriff: 06.01.2015)
42. Statistisches Bundesamt. Mikrozensus – Fragen zur Gesundheit – Rauchgewohnheiten der Bevölkerung 2013. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt, 2014.
43. Lampert T, von der Lippe E, Müters S. Verbreitung des Rauchens in der Erwachsenenbevölkerung in Deutschland – Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2013, 56(5-6):802-8.
44. Grüning T, Gilmore A. Germany: Tobacco industry still dictates policy. *Tob Control* 2007, 16(1):2.
45. Reiss K, Spallek J, Razum O. 'Imported risk' or 'health transition'? Smoking prevalence among ethnic German immigrants from the Former Soviet Union by duration of stay in Germany - analysis of microcensus data. *Int J Equity Health* 2010, 9:15.
46. Reeske A, Spallek J, Razum O. Changes in smoking prevalence among first- and second-generation Turkish migrants in Germany – an analysis of the 2005 Microcensus. *Int J Equity Health* 2009, 8:26.
47. Gebhardt R, Cassens S, Liecke F, Rohde G, Gün AK, Brücker R, Pankow W. Rauchfrei zu Ramadan – Erfahrungen mit einem niederschweligen Präventionsangebot zur Raucherentwöhnung bei Personen mit Migrationshintergrund. *MMW Fortschr Med* 2012, 154 Suppl 2:33-40.
48. Porsch-Oezçueruemez M, Bilgin Y, Wollny M, Gediz A, Arat A, Karatay E, Akinci A, Sinterhauf K, Koch H, Siegfried I, von Georgi R, Brenner G, Kloer HU. Prevalence of risk factors of coronary heart disease in Turks living in Germany: The Giessen Study. *Atherosclerosis* 1999, 144(1):185-98.
49. Ronellenfitsch U, Kyobutungi C, Becher H, Razum O. All-cause and cardiovascular mortality among ethnic German immigrants from the Former Soviet Union: a cohort study. *BMC Public Health* 2006, 6:16.

50. Kyobutungi C, Ronellenfitch U, Razum O, Becher H. Mortality from cancer among ethnic German immigrants from the Former Soviet Union, in Germany. *Eur J Cancer* 2006, 42(15):2577-84.
51. Winkler V, Hollecsek B, Stegmaier C, Becher H. Prostate cancer in Germany among migrants from the Former Soviet Union. *Glob Health Action* 2012, 5:9135.
52. Spallek J, Arnold M, Razum O, Juel K, Rey G, Deboosere P, Mackenbach JP, Kunst AE. Cancer mortality patterns among Turkish immigrants in four European countries and in Turkey. *Eur J Epidemiol* 2012, 27(12):915-21.
53. Lynch JW, Smith GD, Kaplan GA, House JS. Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. *BMJ* 2000, 320(7243):1200-4.
54. Stringhini S, Berkman L, Dugravot A, Ferrie JE, Marmot M, Kivimaki M, Singh-Manoux A. Socioeconomic status, structural and functional measures of social support, and mortality: The British Whitehall II Cohort Study, 1985-2009. *Am J Epidemiol* 2012, 175(12):1275-83.
55. Nandi A, Glymour MM, Subramanian SV. Association among socioeconomic status, health behaviors, and all-cause mortality in the United States. *Epidemiology* 2014, 25(2):170-7.
56. Razum O. Migration, Mortalität und der Healthy-migrant-Effekt. In: Richter M, Hurrelmann K (Hrsg.). *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2006.
57. Razum O, Twardella D. Time travel with Oliver Twist--towards an explanation for a paradoxically low mortality among recent immigrants. *Trop Med Int Health* 2002, 7(1):4-10.
58. Spallek J, Zeeb H, Razum O. What do we have to know from migrants' past exposures to understand their health status? a life course approach. *Emerg Themes Epidemiol* 2011, 8(1):6.
59. Peto R, Lopez AD. Future worldwide health effects of current smoking patterns. In: Koop CE, Pearson CE, Schwarz MR (Hrsg.). *Critical issues in global health*. San Francisco: Jossey-Bass, 2001.
60. Peto R, Lopez AD, Boreham J, Thun M, Heath C. *Mortality from smoking in developed countries*. Oxford: Oxford University Press, 1994.
61. Thun M, Peto R, Boreham J, Lopez AD. Stages of the cigarette epidemic on entering its second century. *Tob Control* 2012, 21(2):96-101.
62. Rudmin FW. Catalogue of acculturation constructs: Descriptions of 126 taxonomies, 1918-2003. In: Lonner WJ, Dinnel DL, Hayes SA, Sattler DN (Hrsg.). *Online Readings in Psychology and Culture (Unit 8, Chapter 8)*. Washington DC: Center for Cross-Cultural Research (Western Washington University), 2003.
63. Portes A, Rumbaut RG (Hrsg.). *Immigrant America: A Portrait*, 3. Edition. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press, 2006.
64. Cabassa LJ. Measuring Acculturation: Where We Are and Where We Need to Go. *Hispanic J Behav Sci* 2003, 25(2):127-146.
65. Berry JW, Sam DL. Acculturation and adaptation. In: Berry JW, Segall MA, Kagitcibas C (Hrsg.). *Handbook of cross-cultural psychology: Social behaviors and application*. Boston: Allyn & Bacon, 1996.
66. Schwartz SJ, Unger JB, Zamboanga BL, Szapocznik J. Rethinking the concept of acculturation: implications for theory and research. *Am Psychol* 2010, 65(4):237-51.

67. Gordon M. Assimilation in America: Theory and reality. In: Aguirre A, Baker E (Hrsg.). Notable selections in race and ethnicity. Guilford, CT: Dushkin, 1995.
68. Berry JW. Immigration, Acculturation, and Adaptation. *Appl Psychol – Int Rev* 1997, 46(1):5-34.
69. Landrine H, Klonoff EA. Culture change and ethnic-minority health behavior: an operant theory of acculturation. *J Behav Med* 2004, 27(6):527-55.
70. Chakraborty BM, Chakraborty R. Concept, measurement and use of acculturation in health and disease risk studies. *Coll Antropol* 2010, 34(4):1179-91.
71. Abraído-Lanza AF, Armbrister AN, Flórez KR, Aguirre AN. Toward a theory-driven model of acculturation in public health research. *Am J Public Health* 2006, 96(8):1342-6.
72. Chun KM, Organista PB, Marin G (Hrsg.). *Acculturation: Advances in Theory, Measurement, and Applied Research*. Washington DC: American Psychological Association, 2002.
73. Twisk JW, Kemper HC, van Mechelen W, Post GB. Tracking of risk factors for coronary heart disease over a 14-year period: a comparison between lifestyle and biologic risk factors with data from the Amsterdam Growth and Health Study. *Am J Epidemiol* 1997, 145(10):888-98.
74. Kelder SH, Perry CL, Klepp KI, Lytle LL. Longitudinal tracking of adolescent smoking, physical activity, and food choice behaviors. *Am J Public Health* 1994, 84(7):1121-6.
75. Nierkens V, van der Ploeg MV, van Eer MY, Stronks K. How do psychosocial determinants in migrant women in the Netherlands differ from these among their counterparts in their country of origin? A cross-sectional study. *BMC Public Health* 2011, 11:397.
76. Bosdriesz JR, Lichthart N, Witvliet MI, Busschers WB, Stronks K, Kunst AE. Smoking prevalence among migrants in the US compared to the US-born and the population in countries of origin. *PLoS One* 2013, 8(3):e58654.
77. Ingenhorst H. *Die Russlanddeutschen. Aussiedler zwischen Tradition und Moderne*. Frankfurt am Main: Campus-Verlag, 1997.
78. Ködderitzsch P (Hrsg.). *Zur Lage, Lebenssituation, Befindlichkeit und Integration der rußlanddeutschen Aussiedler in Berlin*. Frankfurt am Main: Lang, 1997.
79. Silbereisen RK, Lantermann E-D, Schmitt-Rodermund E (Hrsg.). *Aussiedler in Deutschland. Akkulturation von Persönlichkeit und Verhalten*. Opladen: Leske & Budrich, 1999.
80. Kirkcaldy B, Wittig U, Furnham A, Merbach M, Siefen R-G. Migration und Gesundheit – Psychosoziale Determinanten. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2006, 49(9):873-83.
81. Haasen C, Yagdiran O. *Beurteilung psychischer Störungen in einer multikulturellen Gesellschaft*. Freiburg: Lambertus, 2000.
82. McKee SA, Sinha R, Weinberger AH, Sofuoglu M, Harrison EL, Lavery M, Wanzer J. Stress decreases the ability to resist smoking and potentiates smoking intensity and reward. *J Psychopharmacol* 2011, 25(4):490-502.
83. Kassel JD, Stroud LR, Paronis CA. Smoking, stress, and negative affect: correlation, causation, and context across stages of smoking. *Psychol Bull* 2003, 129(2):270-304.
84. Guindon GE, Tobin S, Yach D. Trends and affordability of cigarette prices: ample room for tax increases and related health gains. *Tob Control* 2002, 11(1):35-43.
85. Gallus S, Schiaffino A, La Vecchia C, Townsend J, Fernandez E. Price and cigarette consumption in Europe. *Tob Control* 2006, 15(2):114-9.

86. Bogdanovica I, Murray R, McNeill A, Britton J. Cigarette price, affordability and smoking prevalence in the European Union. *Addiction* 2012, 107(1):188-96.
87. Rechel B, Mladovsky P, Ingleby D, Mackenbach JP, McKee M. Migration and health in an increasingly diverse Europe. *Lancet* 2013, 381(9873):1235-45.
88. Mladovsky P, Rechel B, Ingleby D, McKee M. Responding to diversity: an exploratory study of migrant health policies in Europe. *Health Policy* 2012, 105(1):1-9.
89. Ronellenfitsch U, Kyobutungi C, Ott JJ, Paltiel A, Razum O, Schwarzbach M, Winkler V, Becher H. Stomach cancer mortality in two large cohorts of migrants from the Former Soviet Union to Israel and Germany: are there implications for prevention? *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2009, 21(4):409-16.
90. Kyobutungi C, Ronellenfitsch U, Razum O, Becher H. Mortality from cancer among ethnic German immigrants from the Former Soviet Union, in Germany. *Eur J Cancer* 2006, 42(15):2577-84.
91. Yilmaz-Aslan Y, Brzoska P, Bluhm M, Aslan A, Razum O. Illness perceptions in Turkish migrants with diabetes: a qualitative study. *Chronic Illn* 2014, 10(2):107-21.
92. Yilmaz-Aslan Y. Subjektive Krankheitsvorstellungen bei chronisch kranken Menschen mit türkischem Migrationshintergrund : Empfehlungen für die Berücksichtigung in der Gesundheitsversorgung. Bielefeld, 2013.
93. Sherif M. A study of some social factors in perception. *Archives of Psychology (Columbia University)* 1935, 27(187):1-60.
94. Nicolaou M, Benjelloun S, Stronks K, van Dam RM, Seidell JC, Doak CM. Influences on body weight of female Moroccan migrants in the Netherlands: a qualitative study. *Health Place* 2012, 18(4):883-91.
95. Alba R, Nee V. Rethinking assimilation theory for a new era of immigration. *Int Migr Rev* 1997, 31(4):826-74.
96. Ahmed B, Jacob P, Allen F, Benowitz N. Attitudes and practices of hookah smokers in the San Francisco Bay Area. *J Psychoactive Drugs* 2011, 43(2):146-52.
97. Roskin J, Aveyard P. Canadian and English students' beliefs about waterpipe smoking: a qualitative study. *BMC Public Health* 2009, 9:10.
98. Akl EA, Jawad M, Lam WY, Co CN, Obeid R, Irani J. Motives, beliefs and attitudes towards waterpipe tobacco smoking: a systematic review. *Harm Reduct J* 2013, 10:12.
99. Unger JB, Schwartz SJ. Conceptual considerations in studies of cultural influences on health behaviors. *Prev Med* 2012, 55(5):353-5.
100. Xie Y, Greenman E. The social context of assimilation: testing implications of segmented assimilation theory. *Soc Sci Res* 2011, 40(3):965-84.
101. Zhou M. Segmented assimilation: issues, controversies, and recent research on the new second generation. *Int Migr Rev* 1997, 31(4):975-1008.
102. Portes A, Rumbaut RG. Not everyone is chosen: Segmented assimilation and its determinants. In: Portes A, Rumbaut RG (Hrsg.). *Legacies: The story of the immigrant second generation*. Berkeley, Los Angeles, London; New York: University of California Press; Russell Sage Foundation, 2001.
103. Castro FG, Marsiglia FF, Kulis S, Kellison JG. Lifetime segmented assimilation trajectories and health outcomes in Latino and other community residents. *Am J Public Health* 2010, 100(4):669-76.

104. Hosper K, Nierkens V, Nicolaou M, Stronks K. Behavioural risk factors in two generations of non-Western migrants: do trends converge towards the host population? *Eur J Epidemiol* 2007, 22(3):163-72.
105. Di Cosmo C, Milfont TL, Robinson E, Denny SJ, Ward C, Crengle S, Ameratunga SN. Immigrant status and acculturation influence substance use among New Zealand youth. *Aust N Z J Public Health* 2011, 35(5):434-41.
106. Schwartz SJ, Weisskirch RS, Zamboanga BL, Castillo LG, Ham LS, Huynh QL, Park IJ, Donovan R, Kim SY, Vernon M, Davis MJ, Cano MA. Dimensions of acculturation: associations with health risk behaviors among college students from immigrant families. *J Couns Psychol* 2011, 58(1):27-41.
107. Acevedo-Garcia D, Pan J, Jun HJ, Osypuk TL, Emmons KM. The effect of immigrant generation on smoking. *Soc Sci Med* 2005, 61(6):1223-42.
108. Kuh D, Ben-Shlomo Y, Lynch J, Hallqvist J, Power C. Life course epidemiology. *J Epidemiol Community Health* 2003, 57(10):778-83.
109. Portes A, Fernández-Kelly P, Haller W. The Adaptation of the Immigrant Second Generation in America: Theoretical Overview and Recent Evidence. *J Ethn Migr Stud* 2009, 35(7):1077-1104.
110. Haller W, Portes A, Lynch SM. Dreams Fulfilled and Shattered: Determinants of Segmented Assimilation in the Second Generation. *Soc Forces* 2011, 89(3).
111. Aspinall PJ, Mitton L. Smoking prevalence and the changing risk profiles in the UK ethnic and migrant minority populations: implications for stop smoking services. *Public Health* 2014, 128(3):297-306.
112. Battle RS, Lee JP, Antin TM. Knowledge of tobacco control policies among U.S. Southeast Asians. *J Immigr Minor Health* 2010, 12(2):215-20.
113. Cokkinides VE, Halpern MT, Barbeau EM, Ward E, Thun MJ. Racial and ethnic disparities in smoking-cessation interventions: analysis of the 2005 National Health Interview Survey. *Am J Prev Med* 2008, 34(5):404-12.
114. Razum O, Spallek J. Addressing health-related interventions to immigrants: migrant-specific or diversity-sensitive? *Int J Public Health* 2014, 59(6):893-5.
115. Poonia J. Smoking cessation and ethnic minority communities. Findings of qualitative research project with Turkish, Polish, and Somali communities in London. London: NHS Commissioning Support for London, 2009.
116. Townsend J, Roderick P, Cooper J. Cigarette smoking by socioeconomic group, sex, and age: effects of price, income, and health publicity. *BMJ* 1994, 309(6959):923-7.
117. Berney LR, Blane DB. Collecting retrospective data: accuracy of recall after 50 years judged against historical records. *Soc Sci Med* 1997, 45(10):1519-25.
118. Parry O, Thompson C, Fowkes G. Life Course Data Collection: Qualitative Interviewing using the Life Grid. *Soc Res Online* 1999, 4(2):152-165.
119. Boslaugh SE (Hrsg). *Encyclopedia of Epidemiology*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, 2008.

Danksagung

Diese Doktorarbeit ist zum allergrößten Teil während meiner Zeit als wissenschaftliche Mitarbeiterin in der AG3 an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld entstanden. Viele Menschen haben zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen, denen ich hiermit danken möchte.

Ein ganz besonderer Dank gilt meinem Doktorvater, Oliver Razum, und meinem Zweitbetreuer Jacob Spallek. Oliver, ich danke dir für dein Vertrauen in mich und meine Arbeit, deine Unterstützung und Verlässlichkeit, deinen wissenschaftlichen Input sowie die ständige Diskussionsbereitschaft, die mich als Wissenschaftlerin und als Mensch nachhaltig geprägt haben. Jacob, ohne dich hätte ich den Weg als Wissenschaftlerin wahrscheinlich nicht eingeschlagen. Danke nicht nur für die vielen inhaltlichen Diskussionen sondern vor allem für deine Impulse, sich kritisch mit dem ‚Wissenschaftlerdasein‘ auseinanderzusetzen – ohne dabei den Humor zu verlieren.

Danken möchte ich auch allen Koautorinnen und Koautoren, die mit ihren vielen wertvollen Hinweisen zum Gelingen der Publikationen für diese Doktorarbeit beigetragen haben. Ein besonderer Dank geht dabei an Reinhard Schunck. Danke, Reinhard, für den soziologisch-gesundheitswissenschaftlichen Austausch, der mich immer sehr bereichert hat – das nenne ich gelebte Interdisziplinarität. Jürgen Breckenkamp und Odile Sauzet möchte ich ganz besonders für die methodische Unterstützung und die vielen zielführenden Diskussionen rund um Zahlen und deren Interpretation danken.

Ein großes Dankeschön geht an alle derzeitigen und ehemaligen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der AG3 – Ilona, Anne, Lisa, Yüce, Nurcan, Patrick, Raniah, Martina, Thomas, Jörg, Carolin, Ina und Angélique. Ich danke euch allen für die vielen Gespräche abseits jeglicher Arbeitsthemen, die vielen Tassen Kaffee und die vielen Mensagänge – ihr habt während der Promotionsphase für eine ordentliche Portion Spaß und Unbeschwertheit gesorgt. Raniah und Nurcan, ihr wart die besten Bürokolleginnen, die man sich vorstellen kann. Danken möchte ich auch den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Dekanats und der Fakultät und hierbei insbesondere Kerstin für ihre unnachahmliche Art und ihre herrliche Sicht auf die Dinge sowie Christoph für den Austausch zweier Leidensgenossen in der Endphase der Promotion. Die Zeit an der Fakultät werde ich nie vergessen!

Ebenso geht mein Dank an alle meine Herforder, Bielefelder und meine rheinländischen Freunde, die mich während meiner Promotionsphase begleitet und mir immer wieder gezeigt haben, dass es auch ein (sehr schönes!) Leben neben der Doktorarbeit gibt. Anna, Eva B., Eva D., Melina, Fee und Simone, meine Leidensgenossinnen – vielfach seit Beginn des Studiums. Vielen Dank für euren fachlichen Input, vor allem aber für euren unerschöpflichen Fundus an außerfachlichen Themen und Aktivitäten. Danke an Jessi, Nico, Stefan und Jan von der Bielefelder ‚English Drama Group‘ – es war mit Sicherheit eine der schönsten Zeiten meines Lebens.

Eine besondere Stellung in jeglicher Hinsicht nimmt meine Familie ein, ohne die diese Arbeit nie zu dem geworden wäre, was sie heute ist. Mama, Papa und Angelika, Danke für euren unermüdlichen Glauben an mich, für eure Unterstützung, eure Geduld, eure Ermunterungen und eure Liebe – für die Tatsache, dass ihr immer für mich da seid. Ein riesengroßes Dankeschön geht auch an Eva, Helmut und Beate – meiner zweiten Familie, bei der ich mich mehr als wohl und willkommen fühle.

Last but not least danke ich dem Menschen, der mit Sicherheit am meisten von jeglichen Emotionen rund um die Promotion betroffen war. Danke, Matthias, für alles, für alle gemeinsamen Höhen und Tiefen!

Eidesstattliche Versicherung

Hiermit versichere ich, dass ich die Dissertation selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Alle Ausführungen, die anderen Schriften wörtlich oder sinnbemäß entnommen wurden, sind kenntlich gemacht.

Köln, den 23. Dezember 2015

Unterschrift

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich bisher keine weiteren Promotionsversuche unternommen habe. Die hier vorliegende Dissertation wurde an keiner anderen Fakultät in der gegenwärtigen oder einer ähnlichen Fassung eingereicht.

Köln, den 23. Dezember 2015

Unterschrift