

Gesundheitsforschung

Jacob Spallek

Migrantengesundheit

Die Sicht der Life-Course-Epidemiologie
am Beispiel von Krebs bei türkischen
Zuwanderern

BELTZ JUVENTA

Leseprobe aus: Spallek, Migrantengesundheit, ISBN 978-3-7799-1983-4

© 2012 Beltz Juventa Verlag, Weinheim Basel

<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-7799-1983-4>

Kapitel 1

Einleitung

Migration tritt weltweit auf. In diesem Buch wird unter Migration die internationale Migration verstanden, die definiert ist als die Verlagerung des Lebensmittelpunkts über nationale Grenzen hinweg (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2006). Die Migration innerhalb nationaler Grenzen aus beruflichen, privaten oder sonstigen Gründen wird nicht berücksichtigt. Ein Migrant ist ein Deutscher oder Ausländer, der einen Migrationshintergrund besitzt. Ein Migrationshintergrund besteht, je nach Definition und Situation, meist über mehrere Generationen. Kinder und Enkelkinder von migrierten Eltern, die aber im Zielland geboren wurden, haben auch einen Migrationshintergrund. Das bedeutet, dass nicht alle Migranten selbst migriert sind und dass nicht alle Migranten eine ausländische Nationalität haben (Spallek & Razum 2006).

Deutschland ist ein Zuwanderungsland. Jeder fünfte Deutsche hat einen Migrationshintergrund (Statistisches Bundesamt 2009). Die Gründe für Migration sind so vielfältig wie die Migranten; wenn nicht explizit anders formuliert sind hiermit immer weibliche und männliche Personen gemeint. Beispiele für Migrationsgründe sind Arbeitsmigration, Flucht vor Hunger, Krieg etc., Bildungs- oder Wohlstandsmigration. Genauso vielseitig wie die Gründe sind auch die Attribute und Prozesse, mit denen der Vorgang der Migration und das Leben im Zielland besetzt sind. Gemeinsam ist den meisten Menschen mit Migrationshintergrund, dass sie sich alle in einem Prozess einer Vermischung von alten Lebensgewohnheiten aus dem Ursprungsland und der neuen Lebenssituation im Zielland befinden. Diese Unterschiede in den Lebensgewohnheiten und der Transformationsprozess zwischen alten und neuen Verhaltensweisen bedingt, dass Migranten in jeder Gesellschaft eine besondere Position einnehmen, die mehr oder minder stark auch eine Abgrenzung zu der ursprünglichen Bevölkerung des Zielandes bedeutet (Spallek & Razum 2008).

Migranten stellen in der Gesellschaft eine besondere, sehr heterogene Gruppe dar. Dieses muss bei der Analyse, Planung und Bewertung der Gesundheitsversorgung beachtet werden (Razum et al. 2008). Eine Gesundheitsversorgung, die die Gesundheit aller Menschen in der Gesellschaft zum Ziel hat, muss besonders auf die Charakteristika von solchen Gruppen achten, da sonst die Gefahr besteht, dass in diesen Gruppen vermeintlich allgemeingültige Vorgehensweisen, z.B. bei der Umsetzung von Präventi-

onsmaßnahmen, nicht erfolgreich sind oder spezielle Anforderungen nicht erkannt bzw. erfüllt werden (Spallek et al. 2010, Spallek & Razum 2007).

Die Untersuchung der Gesundheit von Migranten soll dazu dienen, besondere Risiken oder Potentiale aufgrund der verschiedenen Lebensgeschichten und Lebensgewohnheiten zu erkennen und Ursachen und Behandlungsansätze für diese aufzuzeigen. Damit soll auch ein Beitrag zum besseren Verständnis der allgemeinen Ursachen von Krankheit und Gesundheit geleistet und gerechte – d.h. nicht immer zwangsläufig gleiche – Rahmenbedingungen für alle sichergestellt werden.

Der Fokus dieses Buches richtet sich auf die Gruppe der Menschen mit türkischem Migrationshintergrund in Deutschland. Diese Gruppe beinhaltet alle Menschen, die in den letzten 50 Jahren vom Staatsgebiet der Türkei nach Deutschland zugewandert sind und ihre Kinder und schließt Menschen verschiedenster Kulturen und Ethnien (Türken, Kurden, arabisch-, griechisch- oder armenischstämmige Türken) und verschiedenster individueller Lebensläufe mit ein. Es gibt nicht „den“ türkischen Migranten: der eine kam als junger Mann in den 1960er Jahren als Gastarbeiter nach Deutschland, der andere in den 1990er zum Studieren, eine weitere als junge Frau als Ehefrau eines türkischen Zuwanderers.

Es existieren verschiedene theoretische, zum Teil mit empirischen Kenntnissen abgesicherte Erklärungsmodelle für die gesundheitliche Situation von Migranten, die einem ständigen Prozess der Diskussion und Weiterentwicklung unterworfen sind (Razum & Twardella 2002, Razum 2006a, Razum 2006b, Razum 2007, Spallek & Razum 2008). Diesen bestehenden Modellen fehlt bisher eine Lebenslaufperspektive, d.h. eine Perspektive die die zeitliche Dynamik verschiedener Expositionen im Lebenslauf der Migranten aufgreift. Folgende Frage entsteht aufgrund dieser zeitlichen Dynamik: Welche Faktoren und Expositionen aus der Lebensgeschichte/ aus dem Lebenslauf von Migranten müssen wir beachten, um ihre aktuelle gesundheitliche Situation verstehen zu können? Um diese Frage zu beantworten wird in diesem Buch ein neues Modell zur Gesundheit von Migranten entwickelt, das sich bestehende Ansätze der Lebenslaufepidemiologie – im Englischen *life course epidemiology* – zunutze macht.

Life course epidemiology kann definiert werden als die Untersuchung des Einflusses von physischen oder sozialen Expositionen während Schwangerschaft, Kindheit, Jugend, frühem und späterem Erwachsensein auf die Gesundheit und Krankheitsrisiken im späteren Leben (Kuh & Ben Shlomo 2004, Kuh et al. 2003, Ben Shlomo & Kuh 2002). Lebenslaufepidemiologie ermöglicht die Konstruktion von Modellen zur Krankheitsätiologie mit einem besonderen Fokus auf die Zeitpunkte (kritische und sensitive Perioden), Dauer (Akkumulation) und zeitliche Abfolge (Trigger, Interaktionen) von Expositionen (Ben Shlomo & Kuh 2002). So wird in einem Konzept der Lebenslaufepidemiologie chronische Krankheit im Alter in Verbindung gebracht mit einer biologischen Programmierung für diese

Krankheit in der frühen Kindheit und *in utero*. Andere Konzepte zielen darauf ab, Effekte von akkumulierten, also angesammelten, Expositionen im Lebenslauf auf die Gesundheit abzubilden und dabei insbesondere besonders kritische Phasen und die zeitliche Abfolge zu erfassen. Diese verschiedenen Konzepte schließen sich nicht aus, sondern werden meist in Kombination angewendet (Kuh & Ben Shlomo 2004).

Die Gesundheit von Migranten ist unter dieser Lebenslaufperspektive beeinflusst von zusätzlichen Expositionen – vor, während und nach der Migration – denen die nicht migrierte Bevölkerung nicht ausgesetzt war. Unterschiede in gesundheitsrelevanten Expositionen zwischen zugewandeter und nicht-zugewandeter Bevölkerung bestehen oft gerade hinsichtlich des Auftretens in besonders kritischen Perioden (in utero, frühe Kindheit), in der Akkumulation und im *timing* der Expositionen. Ein Modell zur Gesundheit von Migranten, das diese Unterschiede und die besondere Dynamik in den Lebensläufen von Migranten beinhaltet, liefert daher einen wichtigen Beitrag, um die gesundheitliche Situation und die gesundheitlichen Unterschiede von Migranten besser verstehen zu können.

Das neue Modell wird exemplarisch auf der Basis von Daten aus zwei empirischen Studien entwickelt und diskutiert. Die empirischen Arbeiten haben die übergeordnete Fragestellung, ob türkische Zuwanderer in Deutschland andere Krebsrisiken haben als die nicht-türkische, zum größten Teil autochthon deutsche Bevölkerung. Krebs ist eine schwere Erkrankung und in Deutschland die zweithäufigste Todesursache nach den Herz-Kreislaufkrankungen. Verschiedene Studien haben nachgewiesen, dass Migranten für diese schwere und vielschichtige Erkrankung, deren Ursachen nach wie vor nicht umfassend erforscht sind, zum Teil unterschiedliche Risiken aufweisen. Eine Übersicht der internationalen Studien zum Thema (siehe Kapitel 2) zeigt, dass Migranten in verschiedenen Ländern unterschiedliche Krebsrisiken verglichen mit der nicht migrierten Bevölkerung haben. Zusammengefasst zeigen sich meist insgesamt niedrigere Risiken, insbesondere bei einzelnen Krebsdiagnosen wie Brust- oder Hautkrebs, aber auch zum Teil erhöhte Risiken bei spezifischen Krebsarten wie Lymphomen oder Lungenkrebs bei männlichen Migranten.

Für die empirischen Analysen wurden zwei Datenbasen genutzt. Um die Krebsrisiken von Kindern unter 15 Jahren zu untersuchen, wurden die Daten des Deutschen Kinderkrebsregisters für die Jahre 1980-2005 ausgewertet. Für Erwachsene wurden exemplarisch für Deutschland die Daten des Hamburgischen Krebsregisters von 1990 bis 2004 ausgewertet. Eine besondere methodische Herausforderung war dabei, dass in den Registern keine Angaben zum Migrationshintergrund vorhanden sind. Daher wurde ein Namensalgorithmus (Razum et al. 2000, Razum et al. 2001) für die Klassifizierung der registrierten Fälle in türkische und nicht-türkische Fälle genutzt. Die Anwendung und Performanz des Namensalgorithmus auf die Daten des Deutschen Kinderkrebsregisters (DKKR) ist kurz in 4.2.1 und de-

tailliert an anderer Stelle beschrieben (Spallek et al. 2006). In gleicher Weise wie die Fälle in den Krebsregisterdaten muss für die Bildung von Inzidenzraten die Bezugsbevölkerung ermittelt werden. Dieses war und ist auf bundesweiter Ebene nicht möglich, weshalb die Daten des Kinderkrebsregisters mit *case only* Analysen ausgewertet wurden. Für die Krebsfälle in Hamburg konnte die Bezugsbevölkerung durch die Anwendung des Namensalgorithmus auf die Hamburger Wohnbevölkerung der Jahre 1990-2004 ermittelt und somit Inzidenzraten erstellt werden.

Die so gefundenen empirischen Ergebnisse sind zum größten Teil konsistent mit den Ergebnissen internationaler Studien und bieten erstmals in Deutschland einen tiefergehenden Einblick in die Krebsrisiken von Kindern mit türkischem Migrationshintergrund. Dazu wurden erstmals Krebsinzidenzschätzungen für Erwachsene mit türkischem Migrationshintergrund in Deutschland durchgeführt. In beiden Auswertungen zeigen sich Unterschiede in der Häufigkeit von Krebserkrankungen in diesen Gruppen verglichen mit der nicht-türkischen, größtenteils autochthon deutschen Bevölkerung (Spallek et al. 2006, Spallek et al. 2009a).

Die Ursachen für diese Unterschiede reichen von genetischen Merkmalen über frühkindliche Expositionen bis hin zu Verhaltensweisen und Umwelteinflüssen. Man sieht an diesem breiten Spektrum, dass sich die Expositionen von Migranten über den ganzen Lebenslauf von dem der nicht migrierten Bevölkerung unterscheiden können. Es zeigt sich, dass sich die Erweiterung bestehender Modelle zu Migration und Gesundheit um die Lebenslaufperspektive bei der Interpretation und Diskussion der empirischen Ergebnisse bewährt.

Kapitel 2

Hintergrund

2.1 Zuwanderungsland Deutschland

Deutschland war mit seiner zentralen Lage in Mitteleuropa schon immer Ziel und Ursprung von Bevölkerungsbewegungen. Die Geschichte der Zuwanderer in der Bundesrepublik Deutschland beginnt mit dem Ende des zweiten Weltkrieges, an dem Millionen Deutsche aus den ehemaligen ostdeutschen Gebieten auf das Gebiet der heutigen Bundesrepublik Deutschland migriert sind. Danach kam es zu zwei weiteren großen Zuwanderungsströmen, neben der ständigen Zuwanderung von Asylsuchenden, Studenten und Bewohnern aus den europäischen Nachbarländern. Die erste große Zuwanderergruppe sind die sog. Gastarbeiter, die seit den 1960er Jahren nach Deutschland gekommen sind und mittlerweile mit ihren nachgezogenen Familienangehörigen und in Deutschland geborenen Nachkommen einen festen Bestandteil der deutschen Gesellschaft bilden. Die zweite große Zuwanderergruppe stellen die sog. Spätaussiedler dar, die verstärkt seit dem Fall des Eisernen Vorhangs als so genannte Volksdeutsche aus Osteuropa und den asiatischen Teilen der ehemaligen Sowjetunion in die Bundesrepublik gekommen sind.

Im Zuwanderungsland Deutschland leben heute mehr als 7 Millionen Menschen mit ausländischer Nationalität. Bezieht man die Menschen mit Migrationshintergrund und deutscher Staatsangehörigkeit mit ein, so leben laut Angaben des Mikrozensus 2007 derzeit mehr als 15 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland (Statistisches Bundesamt 2009). Somit hat fast jeder fünfte Einwohner Deutschlands einen Migrationshintergrund. Dieser Anteil wird in Zukunft weiter steigen, da einerseits weitere Zuwanderung stattfindet, andererseits die Migrantenpopulation deutlich jünger ist als der Bevölkerungsanteil ohne Migrationshintergrund. Türkische Zuwanderer stellen unter diesen Menschen mit Migrationshintergrund nach der Gruppe der sog. Spätaussiedler, also Zuwanderern mit deutscher Ethnie aus osteuropäischen Ländern, die zahlenmäßig zweitgrößte Gruppe dar.

2.1.1 Türkische Zuwanderer in Deutschland

Die Zuwanderung der Türken nach Deutschland hat ihren Ursprung in der Arbeitsmigration Anfang der 1960er Jahre. 1961 schlossen die Bundesrepublik Deutschland und die Türkei ein „Abkommen zur Anwerbung türkischer Arbeitskräfte für den deutschen Arbeitsmarkt“ (vgl. Sen 2002). Infolge dieses Abkommens kam eine große Anzahl von jungen, meist männlichen Türken nach Deutschland. Damals wurde davon ausgegangen, dass diese nur vorübergehend in Deutschland bleiben und nach ein paar Jahren in ihre Heimat zurückkehren würden (vgl. Altenhofen & Weber 1993). Folge des Konjunkturrückgangs 1966/67 war eine Remigrationswelle von Arbeitern, die in Deutschland keine guten Arbeitsmöglichkeiten mehr fanden. Trotzdem blieben viele türkische Zuwanderer in Deutschland. Nachdem die Verlängerung der Aufenthaltsgenehmigung 1971 einfacher wurde, holten Zuwanderer verstärkt auch ihre Familienangehörigen nach Deutschland (Özcan & Klever 2005). 1973 gab es einen Anwerbestopp. Die erwartete Remigration der Arbeitsmigranten fand kaum statt. In den 1980er Jahren kam es aufgrund der politischen Situation in der Türkei zu einer verstärkten Zuwanderung politischer Flüchtlinge. 1983 wurde eine finanzielle Unterstützung für rückkehrwillige Zuwanderer eingeführt, wodurch rund 250.000 meist türkischstämmige Personen in die Türkei zurückkehrten. Eine Änderung im deutschen Staatsangehörigkeitsgesetz 1990 war Ausdruck einer ersten Politikänderung und führte zu einer ansteigenden Anzahl an Einbürgerungen. Zu einer erneuten Steigerung der Zuwandererzahlen – und einer gestiegenen Akzeptanz der Gastarbeiter als Zuwanderer – kam es schließlich durch die Änderung des Staatsangehörigkeitsgesetzes im Jahr 2000. Durch das neue Gesetz bekommt jeder in Deutschland geborene Mensch, unabhängig von der Staatsangehörigkeit der Eltern, die deutsche Staatsbürgerschaft, wenn ein Elternteil seit mindestens acht Jahren rechtmäßig in Deutschland lebt oder seit drei Jahren eine unbefristete Aufenthaltserlaubnis hat (Bundesministerium der Justiz, StAG, 2000). Außerdem haben mit dem neuen Gesetz alle Migranten mit einer Aufenthaltsdauer von mindestens acht Jahren, einer gültigen Aufenthaltserlaubnis, Kenntnissen der deutschen Sprache, ohne die Inanspruchnahme von Sozialbezügen sowie ohne Straffälligkeiten das Recht auf eine Einbürgerung.

Laut Mikrozensus lebten im Jahr 2005 rund 2,4 Millionen Menschen mit türkischen Wurzeln in der Bundesrepublik. Dieses sind Menschen, die die türkische Staatsangehörigkeit haben, die selber aus der Türkei eingewandert sind und durch Einbürgerung die deutsche Staatsangehörigkeit angenommen haben oder Menschen, von denen mindestens ein Elternteil in eine der beiden vorher genannten Definitionen fällt.

Das Durchschnittsalter dieser 2,4 Millionen Menschen mit türkischem Migrationshintergrund ist deutlich niedriger als das der Allgemeinbevölkerung und im Geschlechterverhältnis leben mehr männliche als weibliche

türkische Zuwanderer in Deutschland. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Menschen mit türkischem Migrationshintergrund liegt bei etwa 22 Jahren. Etwa 70% von ihnen haben die türkische Staatsangehörigkeit (1,7 Millionen). Die Hälfte der 30% eingebürgerten Deutschen mit türkischem Migrationshintergrund verfügt über eigene Migrationserfahrungen, sie sind also Migranten der 1. Generation (Statistisches Bundesamt 2008).

2.2 Vorkommen von Krebs

2.2.1 Weltweit

Jedes Jahr erkranken mehr als 12 Millionen Menschen neu an Krebs (Ferlay et al. 2010, IARC 2008). Es gibt über 7 Millionen Krebstote jährlich und ca. 22 Millionen Personen, die mit Krebserkrankungen leben (Prävalenz) (Ferlay et al. 2001, 2010.) Weltweit gibt es erhebliche Unterschiede in der Häufigkeit und Überlebenswahrscheinlichkeit von Krebserkrankungen. Die höchsten Krebsrisiken herrschen in den westlichen Industrieländern, was einmal durch den größeren Anteil älterer und alter Menschen an der Gesellschaft erklärt werden kann, aber auch begründet wird durch Umwelt- und Lebensstilfaktoren.

Krebs stellt weltweit eine häufige Krankheit dar, allerdings ist Krebs nicht in allen Ländern die zweithäufigste Todesursache wie in Deutschland. Da Krebs nahezu jede Zellart befallen kann, gibt es eine große Anzahl verschiedener Krebsarten. Aus Public Health-Sicht sind aber eine begrenzte Anzahl von Krebsarten für den größten Teil an Krebsneuerkrankungen und Krebstodesfälle verantwortlich (siehe Abbildung 1). Bei den jeweils häufigsten Krebsarten gibt es landesweite Unterschiede. Während bei Männern in den Industrieländern Lungen-, Haut, Darm- und Prostatakrebs am häufigsten sind, ist beispielsweise in Mali Leberkrebs, in Uganda und Simbabwe das Kaposi-Sarkom und in Nigeria Prostatakrebs die häufigste Krebsneuerkrankung. Bei Frauen in den westlichen Ländern ist Brustkrebs die häufigste Krebsneuerkrankung und zusammen mit Darmkrebs auch für die meisten Krebstodesfälle verantwortlich. In weniger entwickelten Ländern und Schwellenländern, wie beispielsweise Äthiopien und Indien, ist dagegen bei Inzidenz und Mortalität Gebärmutterhalskrebs die häufigste Krebsart bei Frauen (alle Daten aus Globocan 2008). Weltweit ließe sich durch die Eliminierung des Rauchens und der wichtigsten infektiösen Ursachen (Hepatitis, HIV, HPV, *Helicobacter pylori* u.a.) geschätzt über die Hälfte der jährlich neu auftretenden Krebsfälle vermeiden. Diesem Aspekt kommt angesichts der trotz aller Fortschritte immer noch sehr hohen Letalitäts- und Rezidivraten eine besondere Bedeutung zu. Auch die Klärung weiterhin unbekannter Krebsursachen und der Zusammenhänge von Initiation, Promotion und Progression im Krebsentstehungsprozess bleibt neben der Be-

kämpfung von HIV/AIDS eine der dringlichsten Aufgaben von Global Public Health.

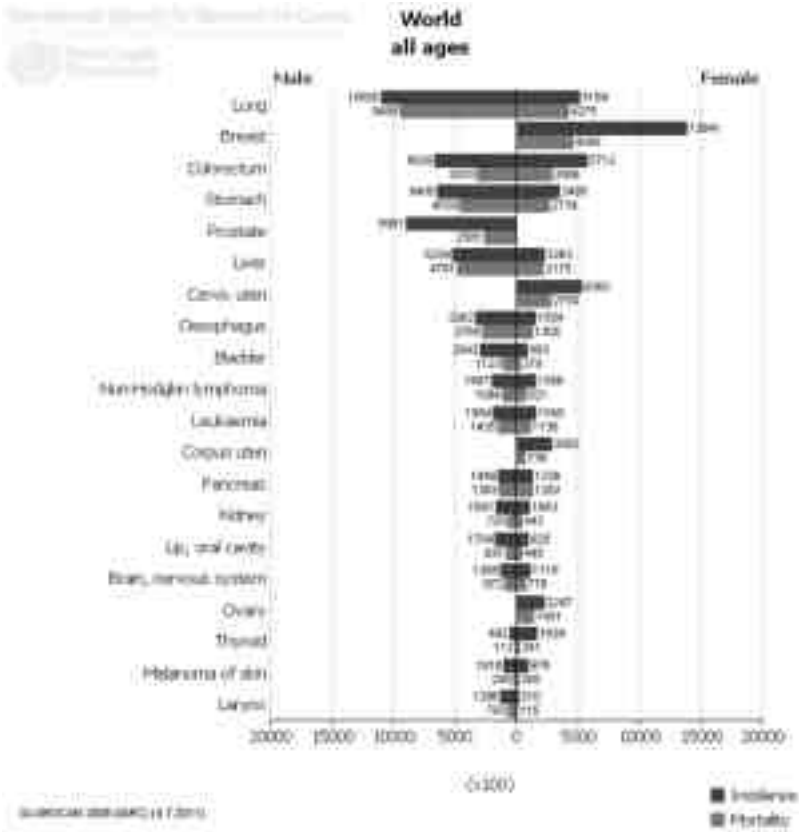


Abbildung 1: Anzahl der Krebsfälle (*Incidence*) und -toten (*Mortality*) pro Jahr weltweit. Absolute Zahlen für 2008. Quelle: Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C and Parkin DM. GLOBOCAN 2008, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC Cancer-Base No. 10 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2010. Available from: <http://globocan.iarc.fr>.

2.2.2 Krebshäufigkeiten in Deutschland und in der Türkei

Krebs ist in Deutschland nach den Herz-Kreislauf-erkrankungen die häufigste Todesursache (RKI & GEKID 2008). Ein Vergleich mit der Krebshäufigkeit in der Türkei gestaltet sich schwierig, da die Qualität der Krebsregistrierung in den beiden Ländern sehr unterschiedlich ist. Schätzungen der Krebshäufigkeit in der Türkei stützen sich nur auf ein regionales Krebsregister in Izmir. Zum Vergleich der Krebshäufigkeiten in Deutschland und in der Türkei werden daher die Globocan 2008 Daten der IARC genutzt, in

denen versucht wird, die unterschiedliche Datenqualität in den jeweiligen Ländern zu korrigieren. Trotzdem sind die dargestellten Raten vorsichtig zu interpretieren und bei allen gefundenen Unterschieden muss auch eine Verzerrung aufgrund von Unterschieden in der Registrierungsqualität als mögliche Ursache bedacht werden.

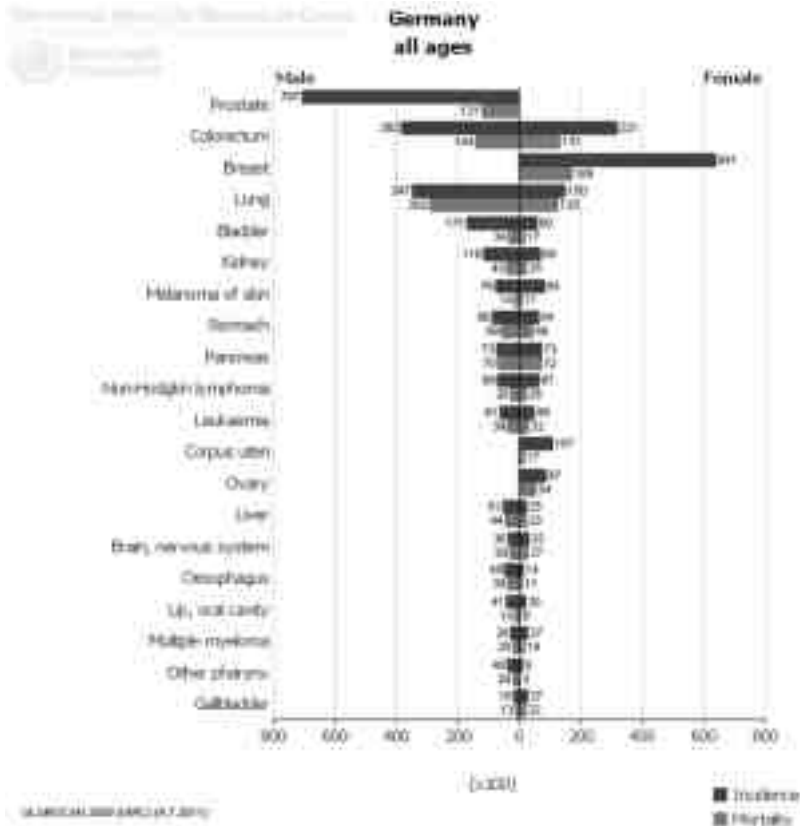


Abbildung 2: Altersstandardisierte Krebsinzidenz und -mortalitätsraten in Deutschland 2008. Quelle: Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C and Parkin DM. GLOBOCAN 2008, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 10 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2010. Available from: <http://globocan.iarc.fr>.

Die häufigsten Krebserkrankungen sind – typisch für die westliche Welt – Prostata-, Lungen- und Darmkrebs bei Männern und Brust-, Darm- und Gebärmutterhalskrebs bei Frauen (Abbildung 2). In der Türkei ist bei den Männern Lungenkrebs am häufigsten, gefolgt von Magen- und Blasenkrebs. Frauen erkranken in der Türkei am häufigsten an Brust-, Darm- und Magenkrebs (Abbildung 3). Als Ursache für die unterschiedlichen Erkrankungshäufigkeiten können Umweltfaktoren, wie Belastungen durch Umweltgifte, und Lebensstilfaktoren, z. B. Rauch-, Ernährungs- und reproduktive

tives Verhalten, angenommen werden. Das häufigere Auftreten von Magenkrebs in der Türkei wird daneben mit einem höheren Infektionsrisiko für bestimmte Erreger (z. B. *Helicobacter pylori*) in Verbindung gebracht.

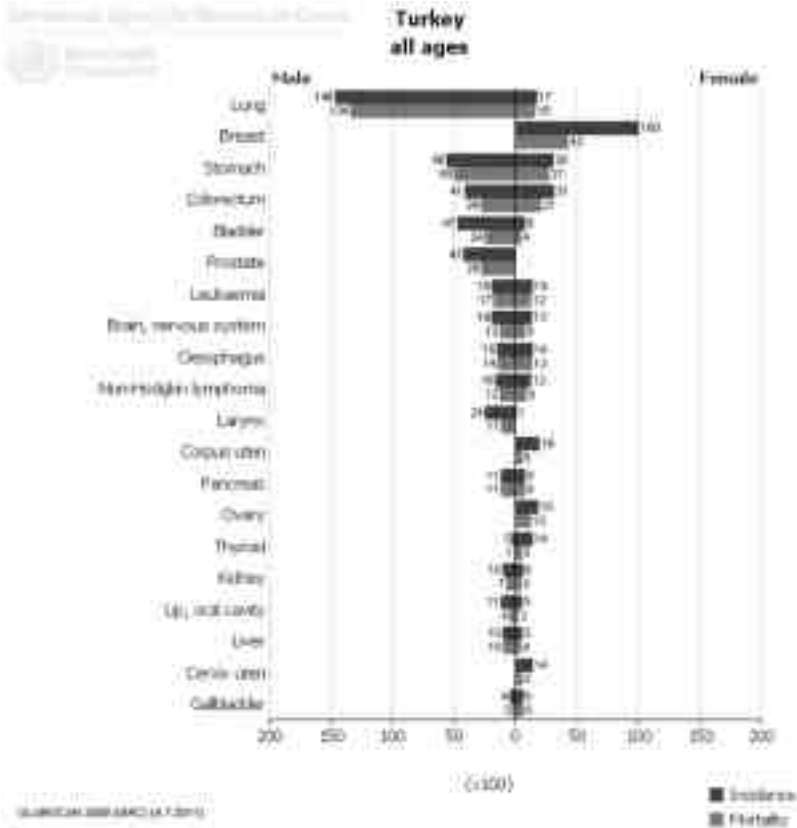


Abbildung 3: Altersstandardisierte Krebsinzidenz und -mortalitätsraten in der Türkei 2002. Quelle: Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C and Parkin DM. GLOBOCAN 2008, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 10 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2010. Available from: <http://globocan.iarc.fr>.

Aus den unterschiedlichen Inzidenzraten kann man vorsichtig ableiten, dass es gewisse Unterschiede in der Verteilung der krebserzeugenden Faktoren zwischen der Türkei und Deutschland geben könnte. Diese können in spezifischen genetischen Unterschieden begründet oder auf Unterschiede im Lebensstil (Ernährung, Rauchen etc.) zurückzuführen sein. Zudem können Unterschiede im Meldesystem bzw. in der Datenqualität eine Rolle spielen, die Daten würden somit keine realen Unterschiede widerspiegeln. Durch die detaillierte Untersuchung von türkischen Migranten, die in Deutschland leben, und dem Vergleich der Risiken dieser Gruppe mit denjenigen der ursprünglichen Bevölkerungen in der Türkei und in Deutsch-