

Die Gesundheit spanischer Migranten in Deutschland

**Effekte nach Migration aus interkultureller, stresspsychologischer
und gesundheitspsychologischer Sicht**

Dissertation

**zur Erlangung des Doktorgrades
des Fachbereichs Humanwissenschaften
der Universität Osnabrück**

vorgelegt

von

Anne-Catherine Schrader

aus

La Tronche/ Frankreich

(Geburtsort)

Berlin, 2009

Berichtersteller:

Prof. Dr. Mathias Bartram und Apl. Prof. Dr. Josef Rogner

Tag der mündlichen Prüfung: 12.02.2010

*„Wir suchten Gastarbeiter und
Menschen kamen...“*

(Martin Walser, zitiert nach
Wyes, 2000, S. 45-49)

*„...Bewegungen von Menschen über
Grenzen und von Grenzen über
Menschen können zu kultureller
Bereicherung führen...“*

(Bade, 1996a, S. 10-27)

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	VI
Tabellenverzeichnis.....	VIII
1 Einleitung.....	1
2 Theorie	6
2.1 <i>Gegenstands- und Begriffsbestimmung der Migrationsforschung</i>	6
2.1.1 Der interdisziplinäre Ansatz zur Untersuchung der Gesundheit von Migranten	6
2.1.2 Definition zentraler Konzepte	9
2.2 <i>Theorien und Befunde aus interkultureller Sicht.....</i>	13
2.2.1 Das Akkulturationsmodell von Berry.....	13
2.2.1.1 Definition der Akkulturationsstrategien	13
2.2.1.2 Konsequenzen der Akkulturationsstrategien für die Gesundheit	16
2.2.1.3 Integration der Prozessvariablen in das Akkulturationsmodell	18
2.2.2 Moderatorvariablen des Akkulturationsprozesses.....	22
2.2.2.1 Moderatorvariablen auf Gruppenebene	22
2.2.2.2 Moderatorvariablen auf individueller Ebene	25

2.2.3	Moderatorvariablen der spanischen Ursprungs- und der deutschen Aufnahmegesellschaft	31
2.2.3.1	Kulturelle Unterschiede zwischen Spaniern und Deutschen	31
2.2.3.2	Die deutsche Aufnahmegesellschaft	38
2.2.3.3	Integration der Migranten in das deutsche Gesundheitsversor- gungssystem	46
2.2.3.4	Die Situation spanischer Arbeitsmigranten in den sechziger Jahren.....	52
2.2.3.5	Die aktuelle Situation der alternden Arbeitsmigranten.....	58
2.2.4	Der aktuelle Forschungsstand zur Messung von Akkulturation.....	60
2.3	<i>Theorien und Befunde aus stresspsychologischer Sicht</i>	67
2.3.1	Das transaktionale Stressmodell.....	67
2.3.2	Das Modell des Anstiegs von akkulturativem Stress.....	69
2.3.3	Coping als personale Ressource	71
2.3.4	Coping in kollektivistischen Kulturen	74
2.3.5	Soziale Unterstützung als Ressource kollektivistischer Kulturen	75
2.4	<i>Theorien und Befunde aus gesundheitspsychologischer Sicht</i>	77
2.4.1	Protektive und Risikofaktoren	77
2.4.2	Beispiele für subjektive Gesundheitstheorien und Gesundheitsverhalten von Migranten	80
2.4.3	Das Salutogenesemodell im Kontext der Migration.....	82
2.4.4	Integration des Kohärenzsинns in das Akkulturationsmodell	85
3.	Fragestellungen	89

4. Methode	97
4.1 <i>Fragebögen.....</i>	97
4.1.1 Das Emotionalitätsinventar (EMO).....	97
4.1.2 Der Giessener Beschwerdebogen (GBB-24).....	98
4.1.3 Die Leipziger Kurzsкала (SOC-L9).....	100
4.1.4 Die Stephenson Multigroup Acculturation Scale (SMAS)	101
4.2 <i>Beschreibung der Stichprobe.....</i>	103
4.3 <i>Organisation und Durchführung der Untersuchung.....</i>	108
4.4 <i>Auswertung.....</i>	109
5. Ergebnisse.....	111
5.1 <i>Skalenkonstruktion und psychometrische Gütekriterien</i>	111
5.1.1 Psychometrische Überprüfung des Emotionalitätsinventars (EMO).....	111
5.1.2 Psychometrische Überprüfung des Giessener Beschwerdebogens (GBB-24).....	115
5.1.3 Psychometrische Überprüfung der Leipziger Kurzsкала (SOC-L9).....	119
5.1.4 Skalenkonstruktion und psychometrische Überprüfung der Stephenson Multigroup Acculturation Scale (SMAS)	121
5.2 <i>Emotionales und körperliches Befinden von Spaniern.....</i>	126
5.3 <i>Die Ausprägung des Kohärenzsинns bei Spaniern</i>	129
5.4 <i>Klassifikation und Häufigkeit der Akkulturationsstile.....</i>	130
5.5 <i>Zusammenhang von Befinden und Kohärenzsинn.....</i>	132

5.6	<i>Einflussfaktoren von Befinden und Kohärenzsinn.....</i>	136
5.6.1	Akkulturationsstil	136
5.6.2	Generationsstatus.....	143
5.6.3	Aufenthaltsdauer.....	148
5.6.4	Geschlecht	150
5.6.5	Alter	152
5.6.6	Ausbildungsstatus.....	154
5.6.7	Berufstätigkeit	162
5.7	<i>Einflussfaktoren der Akkulturationsstile</i>	168
5.7.1	Generationsstatus.....	168
5.7.2	Aufenthaltsdauer.....	170
5.7.3	Geschlecht	171
5.7.4	Alter	173
5.7.5	Ausbildungsstatus.....	175
5.7.6	Berufstätigkeit	176
6.	Diskussion	179
6.1	<i>Messgenauigkeit, Gültigkeit und Geltungsanspruch der Ergebnisse....</i>	179
6.2	<i>Emotionales und körperliches Befinden der Spanier und Einflussfaktoren.....</i>	186
6.3	<i>Kohärenzsinn der Spanier und Einflussfaktoren.....</i>	201
6.4	<i>Akkulturationsstile der Spanier und Einflussfaktoren.....</i>	208
6.5	<i>Implikationen für zukünftige Forschung.....</i>	215
7.	Zusammenfassung	223

Literaturverzeichnis	224
Anhang A: Fragebögen	254
Anhang B: Informationsschreiben an die spanischen Institutionen.....	275
Anhang C: Ergebnistabellen	278
Anhang D: Danksagung.....	299

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Die vier Akkulturationsstrategien (Berry, 1988)	14
Abbildung 2	Das Akkulturationsmodell (Berry, 1997).....	18
Abbildung 3	Die fünf Hauptphänomene des Akkulturationsprozesses (übers. n. Berry, 1997).....	19
Abbildung 4	Das Modell des Anstiegs von akkulturativem Stress (Berry, 1995).....	70
Abbildung 5	Das Pfadmodell zum Zusammenwirken gesundheits- relevanter Variablen (Myers & Rodriguez, 2003).....	79
Abbildung 6	Das Salutogenesemodell von Antonovsky (nach Falter- maier et al., 1998).....	83
Abbildung 7	Integration des Salutogenesemodells in das Akkultu- rationsmodell (Antonovsky, 1997; Berry, 1997).....	87
Abbildung 8	Häufigkeit (Anzahl) der befragten Spanier in Abhängig- keit von Geschlecht und Alter.....	103
Abbildung 9	Häufigkeit (Anzahl) der befragten Spanier der ersten Generation in Abhängigkeit von der Aufenthaltsdauer....	104
Abbildung 10	Bildungsniveau und Ausbildungsabschlüsse der befragten Spanier.....	105
Abbildung 11	Beschäftigungsniveau und Berufskategorien der befragten Spanier.....	106
Abbildung 12	Streuung der Werte auf der <i>EMO</i> -Skala <i>Positive Stimmung</i> (Bartram & Rogner, 2003) in Abhängigkeit vom Kohärenzsinn (<i>SOC-L9</i> , Schumacher et al., 2000a)	133
Abbildung 13	Streuung der Werte auf der <i>EMO</i> -Skala <i>Negative Stimmung</i> (Bartram & Rogner, 2003) in Abhängigkeit vom Kohärenzsinn (<i>SOC-L9</i> , Schumacher et al., 2000a)	134
Abbildung 14	Streuung der Werte auf der <i>GBB-24</i> -Skala <i>Beschwerde- druck</i> (Brähler & Scheer, 1995) in Abhängigkeit vom Kohärenzsinn (<i>SOC-L9</i> , Schumacher et al., 2000a).....	135

Abbildung 15	Gruppenmittelwerte der <i>SOC-L9</i> -Skala (Schumacher et al., 2000a) in Abhängigkeit von Akkulturationsstil und Geschlecht.....	142
Abbildung 16	Gruppenmittelwerte der <i>EMO</i> -Skala <i>Angstfrei-entspannt</i> (Bartram & Rogner, 2003) in Abhängigkeit von Akkulturationsstil und Generationsstatus.....	147
Abbildung 17	Streuung der Werte auf der <i>EMO</i> -Skala <i>Positive Stimmung</i> (Bartram & Rogner, 2003) in Abhängigkeit von der Aufenthaltsdauer.....	149
Abbildung 18	Streuung der Werte auf der <i>GBB-24</i> -Skala <i>Gliederschmerzen</i> (Brähler & Scheer, 1995) in Abhängigkeit vom Alter.....	153
Abbildung 19	Gruppenmittelwerte der <i>EMO</i> -Skala <i>Ängstlich-depressiv</i> (Bartram & Rogner, 2003) in Abhängigkeit von Ausbildungsabschluss und Geschlecht.....	160
Abbildung 20	Gruppenmittelwerte der <i>SOC-L9</i> -Skala (Schumacher et al., 2000a) in Abhängigkeit von Ausbildungsabschluss und Geschlecht.....	161
Abbildung 21	Häufigkeit der Akkulturationsstile in Abhängigkeit vom Generationsstatus.....	169
Abbildung 22	Häufigkeit der Akkulturationsstile bei den einzelnen Altersgruppen in Anlehnung an Brähler und Scheer (1995).....	173
Abbildung 23	Häufigkeit der Akkulturationsstile in Abhängigkeit vom Ausbildungsabschluss.....	176
Abbildung C-1	Häufigkeiten der befragten Spanier nach Anzahl ihrer in Deutschland lebenden Verwandten.....	281
Abbildung C-2	Verteilungswege der Datenerhebung.....	283
Abbildung C-3	Häufigkeitsverteilung der Skalenwerte der <i>Leipziger Kurzsкала</i> (<i>SOC-L9</i> , Schumacher et al., 2000a).....	285
Abbildung C-4	Häufigkeitsverteilung der Skalenwerte des <i>SMAS 1</i> der <i>Stephenson Multigroup Acculturation Scale</i> (<i>SMAS</i> , Stephenson, 2000).....	286

Abbildung C-5	Häufigkeitsverteilung der Skalenwerte des <i>SMAS 2</i> der <i>Stephenson Multigroup Acculturation Scale (SMAS, Stephenson, 2000)</i>	286
Abbildung C-6	Häufigkeiten der befragten Spanier nach Geschlecht und Berufsstatus.....	295

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Systematisierung der Moderatorvariablen des Akkulturationsprozesses (in Anlehnung an Berry, 1997).....	30
Tabelle 2	Kulturelle Syndrome und Eigenschaften von Spaniern und Deutschen (in Anlehnung an Triandis, 1990).....	37
Tabelle 3	Die Moderatorvariablen der Aufnahmegesellschaft und ihre gesundheitsbezogenen Auswirkungen (in Anlehnung an Georgas & Papastyliauou, 1994).....	40
Tabelle 4	Die Item-Zuordnung zu den Subskalen des <i>Emotionalitätsinventars (EMO, Bartram & Rogner, 2003)</i>	98
Tabelle 5	Die Item-Zuordnung zu den Subskalen des Giessener Beschwerdeboogens (GBB-24, Brähler & Scheer, 1995)....	99
Tabelle 6	Häufigkeiten der befragten Spanier in den Generationen ($N=112$).....	104
Tabelle 7	Itemmittelwerte und –standardabweichungen des <i>Emotionalitätsinventars (EMO, Bartram & Rogner, 2003)</i>	112
Tabelle 8	Konvergente und diskriminante Validität des <i>Emotionalitätsinventars (EMO, Bartram & Rogner, 2003)</i>	113
Tabelle 9	Mittelwerte, Standardabweichungen und Cronbach's α der Skalen des <i>Emotionalitätsinventars (EMO, Bartram & Rogner, 2003)</i>	115

Tabelle 10	Item-Mittelwerte und -Standardabweichungen des <i>Giessener Beschwerdebogens (GBB-24, Brähler & Scheer, 1995)</i>	116
Tabelle 11	Konvergente und diskriminante Validität des <i>Giessener Beschwerdebogens (GBB-24, Brähler & Scheer, 1995)</i>	117
Tabelle 12	Mittelwerte, Standardabweichungen und Cronbach's α der Skalen des <i>Giessener Beschwerdebogens (GBB-24, Brähler & Scheer, 1995)</i>	119
Tabelle 13	Item-Mittelwerte, -Standardabweichungen und korrigierte Trennschärfen der <i>Leipziger Kurzsкала (SOC-L9, Schumacher et al., 2000a)</i>	120
Tabelle 14	Mittelwert, Standardabweichung und Cronbach's α der <i>Leipziger Kurzsкала (SOC-L9, Schumacher et al., 2000a)</i>	121
Tabelle 15	Die Item-Zuordnung zu den Subskalen der <i>Stephenson Multigroup Acculturation Scale (SMAS, Stephenson, 2000)</i>	122
Tabelle 16	Item-Mittelwerte und -Standardabweichungen der <i>Stephenson Multigroup Acculturation Scale (SMAS, Stephenson, 2000)</i>	123
Tabelle 17	Konvergente und diskriminante Validität der <i>Stephenson Multigroup Acculturation Scale (SMAS, Stephenson, 2000)</i>	124
Tabelle 18	Mittelwerte, Standardabweichungen und Cronbach's α der Subskalen der <i>Stephenson Multigroup Acculturation Scale (SMAS, Stephenson, 2000)</i>	125
Tabelle 19	Ergebnisse der <i>T</i> -Tests: Emotionales Befinden von Spaniern ($N=112$, $df=111$) im Vergleich zu Deutschen.....	126
Tabelle 20	Ergebnisse der <i>T</i> -Tests: Körperliches Befinden von Spaniern ($N=112$, $df=111$) im Vergleich zu Deutschen.....	127
Tabelle 21	Ergebnisse der <i>T</i> -Tests: Kohärenzsinn von Spaniern ($N=112$, $df=111$) im Vergleich zu Deutschen.....	129
Tabelle 22	Prinzip der Zuordnung von Probanden zu Akkulturationsstilen mit Hilfe des Mediansplits.....	130

Tabelle 23	Häufigkeiten der Akkulturationsstile bei den befragten Spaniern ($N=112$).....	131
Tabelle 24	Zusammenhang von emotionalem Befinden und Kohärenzsinn ($N=112$).....	132
Tabelle 25	Zusammenhang von körperlichem Befinden und Kohärenzsinn ($N=112$).....	135
Tabelle 26	Ergebnisse der Varianzanalysen: Einfluss von Akkulturationsstil und Geschlecht auf das emotionale Befinden ($n=111$).....	137
Tabelle 27	Ergebnisse der Varianzanalysen: Einfluss von Akkulturationsstil und Geschlecht auf das körperliche Befinden ($n=111$).....	138
Tabelle 28	Ergebnisse der Varianzanalysen: Einfluss von Akkulturationsstil und Geschlecht auf den Kohärenzsinn ($n=111$).....	138
Tabelle 29	Mittelwerte und Standardabweichungen des emotionalen, des körperlichen Befindens und des Kohärenzsinn in Abhängigkeit vom eingesetzten Akkulturationsstil ($N=112$).....	139
Tabelle 30	Post-Hoc-Tests nach LSD: Signifikante Mittelwertsdifferenzen der Akkulturationsstile auf den <i>EMO</i> -Skalen ($N=112$).....	140
Tabelle 31	Post-Hoc-Tests nach LSD: Signifikante Mittelwertsdifferenzen der Akkulturationsstile auf den <i>GBB-24</i> -Skalen ($N=112$).....	140
Tabelle 32	Post-Hoc-Tests nach LSD: Signifikante Mittelwertsdifferenzen der Akkulturationsstile auf der <i>SOC-L9</i> -Skala ($N=112$).....	141
Tabelle 33	Ergebnisse der <i>T</i> -Tests: Emotionales Befinden in Abhängigkeit vom Generationsstatus ($n_{1,Gen.} = 63$, $n_{2,Gen.} = 43$, $df = 104$).....	143
Tabelle 34	Ergebnisse der <i>T</i> -Tests: Körperliches Befinden in Abhängigkeit vom Generationsstatus ($n_{1,Gen.} = 63$, $n_{2,Gen.} = 43$, $df = 104$).....	144

Tabelle 35	Ergebnisse der <i>T</i> -Tests: Der Kohärenzsinn in Abhängigkeit vom Generationsstatus ($n_{1.Gen.} = 63$, $n_{2.Gen.} = 43$, $df = 102$).....	145
Tabelle 36	Ergebnisse der Korrelationsanalysen: Zusammenhänge der Aufenthaltsdauer mit dem emotionalen, dem körperlichen Befinden und dem Kohärenzsinn ($n = 56$).....	148
Tabelle 37	Ergebnisse der <i>T</i> -Tests: Einfluss des Geschlechts auf das emotionale, das körperliche Befinden und den Kohärenzsinn ($n_{weibl} = 46$, $df_{weibl.} = 110$; $n_{männl} = 66$, $df_{männl} = 110$).....	151
Tabelle 38	Ergebnisse der Korrelationsanalysen: Zusammenhang des Alters mit dem emotionalen, dem körperlichen Befinden und dem Kohärenzsinn ($n = 111$).....	152
Tabelle 39	Ergebnisse der Varianzanalysen: Einfluss von Ausbildungsabschluss und Geschlecht auf das emotionale Befinden ($n = 98$).....	155
Tabelle 40	Ergebnisse der Varianzanalysen: Einfluss von Ausbildungsabschluss und Geschlecht auf das körperliche Befinden ($n = 98$).....	156
Tabelle 41	Ergebnisse der Varianzanalysen: Einfluss von Ausbildungsabschluss und Geschlecht auf den Kohärenzsinn ($n = 98$).....	156
Tabelle 42	Ergebnisse der Varianzanalysen: Einfluss von Ausbildungsabschluss und Akkulturationsstil auf das emotionale Befinden ($n = 98$).....	157
Tabelle 43	Ergebnisse der Varianzanalysen: Einfluss von Ausbildungsabschluss und Akkulturationsstil auf das körperliche Befinden ($n = 98$).....	158
Tabelle 44	Ergebnisse der Varianzanalysen: Einfluss von Ausbildungsabschluss und Akkulturationsstil auf den Kohärenzsinn ($n = 98$).....	158
Tabelle 45	Mittelwerte und Standardabweichungen des emotionalen, des körperlichen Befindens und des Kohärenzsinn in Abhängigkeit vom Ausbildungsabschluss ($n = 99$).....	159

Tabelle 46	Ergebnisse der Varianzanalysen: Einfluss von Berufstätigkeit und Geschlecht auf das emotionale Befinden ($n=69$).....	163
Tabelle 47	Ergebnisse der Varianzanalysen: Einfluss von Berufstätigkeit und Geschlecht auf das körperliche Befinden ($n=69$).....	164
Tabelle 48	Ergebnisse der Varianzanalysen: Einfluss von Berufstätigkeit und Geschlecht auf den Kohärenzsinn ($n=69$).....	165
Tabelle 49	Mittelwerte und Standardabweichungen des emotionalen, des körperlichen Befindens und des Kohärenzsinns in Abhängigkeit von der Berufstätigkeit ($n=70$).....	166
Tabelle 50	Post-Hoc-Tests nach LSD: Signifikante Mittelwertsdifferenzen der Berufstätigkeit auf den <i>EMO</i> -, <i>GBB</i> - und <i>SOC</i> -Skalen ($n=70$).....	167
Tabelle 51	χ^2 -Test-Ergebnisse: Zusammenhang der Akkulturationsstile mit dem Generationsstatus ($n=106$).....	169
Tabelle 52	χ^2 -Test-Ergebnisse: Zusammenhang der Akkulturationsstile mit der Aufenthaltsdauer ($n=63$).....	171
Tabelle 53	χ^2 -Test-Ergebnisse: Zusammenhang der Akkulturationsstile mit dem Geschlecht ($N=112$)	172
Tabelle 54	χ^2 -Test-Ergebnisse: Zusammenhang der Akkulturationsstile mit dem Alter ($N=112$).....	174
Tabelle 55	χ^2 -Test-Ergebnisse: Zusammenhang der Akkulturationsstile mit dem Ausbildungsabschluss ($n=99$).....	175
Tabelle 56	χ^2 -Test-Ergebnisse: Zusammenhang der Akkulturationsstile mit der Berufstätigkeit ($n=70$)	177
Tabelle C-1	Häufigkeiten der befragten Spanier in Abhängigkeit von Geschlecht und Alter ($n=111$).....	279
Tabelle C-2	Häufigkeiten der befragten Spanier nach Ausbildungsabschlüssen ($N=112$).....	280
Tabelle C-3	Häufigkeiten der befragten Spanier nach Berufskategorien ($N=112$).....	280
Tabelle C-4	Häufigkeiten der befragten Spanier nach Familienstand ($N=112$).....	281

Tabelle C-5	Vergleich der Stichprobenmerkmale dieser Untersuchung von Schrader (2009) mit den Stichprobenmerkmalen der Untersuchung von Schrader (2004).....	282
Tabelle C-6	Orte der Datenerhebung ($N=112$).....	283
Tabelle C-7	Für die Datenerhebung in Anspruch genommene Institutionen und Personen ($N=112$).....	284
Tabelle C-8	Korrelationen der <i>SMAS 1</i> und <i>SMAS 2</i> der <i>Stephenson Multigroup Acculturation Scale (SMAS, Stephenson, 2000)</i>	285
Tabelle C-9	Levene-Tests zur Überprüfung der Varianzhomogenität bei den zweifaktoriellen Varianzanalysen mit den Faktoren Akkulturationsstil und Geschlecht ($df_{Zähler} = 7$, $df_{Nenner} = 103$).....	287
Tabelle C-10	Levene-Tests zur Überprüfung der Varianzhomogenität für die Post-Hoc-Tests mit dem Faktor Akkulturationsstil ($df_{Zähler} = 7$, $df_{Nenner} = 104$).....	288
Tabelle C-11	Levene-Tests zur Überprüfung der Varianzhomogenität der <i>T</i> -Tests in Abhängigkeit vom Generationsstatus ($df_{Zähler} = 1$, $df_{Nenner} = 104$).....	289
Tabelle C-12	Varianzanalysen auf den Skalen des <i>Emotionalitätsinventars (EMO, Bartram & Rogner, 2003)</i> mit den Faktoren Generationsstatus und Akkulturationsstil ($n = 106$).....	290
Tabelle C-13	Varianzanalysen auf den Skalen des <i>Giessener Beschwerdeboogens (GGB-24, Brähler & Scheer, 1995)</i> mit den Faktoren Generationsstatus und Akkulturationsstil ($n = 106$).....	291
Tabelle C-14	Varianzanalysen auf der <i>Leipziger Kurzskala (SOC-L9, Schumacher et al., 2000a)</i> mit den Faktoren Generationsstatus und Akkulturationsstil ($n = 106$).....	291
Tabelle C-15	Levene-Tests zur Überprüfung der Varianzhomogenität der <i>T</i> -Tests in Abhängigkeit vom Geschlecht ($df_{Zähler} = 1$, $df_{Nenner} = 110$).....	292

Tabelle C-16	Levene-Tests zur Überprüfung der Varianzhomogenität bei den zweifaktoriellen Varianzanalysen mit den Faktoren Ausbildungsabschluss und Geschlecht ($df_{Zähler} = 3, df_{Nenner} = 94$).....	293
Tabelle C-17	Levene-Tests zur Überprüfung der Varianzhomogenität bei den zweifaktoriellen Varianzanalysen mit den Faktoren Ausbildungsabschluss und Akkulturationsstil ($df_{Zähler} = 7, df_{Nenner} = 90$).....	294
Tabelle C-18	Häufigkeiten der befragten Spanier nach Geschlecht und Berufsstatus.....	295
Tabelle C-19	Levene-Tests zur Überprüfung der Varianzhomogenität bei den zweifaktoriellen Varianzanalysen mit den Faktoren Berufstätigkeit und Geschlecht ($df_{Zähler} = 7, df_{Nenner} = 61$).....	296
Tabelle C-20	Varianzanalysen auf den Skalen des <i>Emotionalitätsinventars</i> (EMO, Bartram & Rogner, 2003) mit den Faktoren Berufstätigkeit und Akkulturationsstil ($n = 69$)..	297
Tabelle C-21	Varianzanalysen auf den Skalen des <i>Giessener Beschwerdeboogens</i> (GGB-24, Brähler & Scheer, 1995) mit den Faktoren Berufstätigkeit und Akkulturationsstil ($n = 69$).....	298
Tabelle C-22	Varianzanalysen auf der <i>Leipziger Kurzskala</i> (SOC-L9, Schumacher et al., 2000a) mit den Faktoren Berufstätigkeit und Akkulturationsstil ($n = 69$).....	298

1 Einleitung

Die transnationale Migration kann neben ökonomischen auch gesundheitliche und psychosoziale Probleme auslösen. Es gibt seit mehr als 30 Jahren Befunde, dass Migration mit beeinträchtigter Gesundheit einhergeht (Lettau, 2000; Marschalck, 2000; Salman, 2000; Sam, 2006c; Trimble, 2003; Vahedi, 1996). Dies kann bei Migranten zu einer vermehrten Inanspruchnahme des Gesundheitsversorgungssystems im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung und einem Ansteigen der daraus resultierenden Kosten führen (Geiger, 1999; Trimble, 2003). Begründen lassen sich die erhöhten Gesundheitsrisiken und Krankheitshäufigkeiten mit den Anforderungen bei der Anpassung der Migranten an die neue Lebenssituation und den damit verknüpften Belastungen (Al-Jaar, 2002; BFSFJ, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2000a; Collatz, 1995, 1996; Salman, 2000).

Die Migrationssituation wird in der Literatur oft als „kritisches Lebensereignis“ bezeichnet. Es werden zahlreiche Stressfaktoren aufgezählt, denen Migranten ausgesetzt sind. Hinweise für diese Stressfaktoren findet man bei verschiedenen Autoren (Abdallah-Steinkopff, 2001; Akhtar, 2007; Allen, Vaage & Hauf, 2006; Beck, 1999a; Berry, 2006 c; BFSFJ, 2000a; Collatz, 1995, 2001a; Ehrensaft & Tousignant, 2006; Faltermaier, 2001; Jong, 2001; Kiehlhorn, 1996; Koch, 2005; Kronsteiner, 2003; Oestereich, 2001; Padilla & Borrero, 2006; Pedersen, 2006; Ruddat, 1994; Salman, 2000; Sam, 2006 b; Sermet-Kneile, 1995; Weber, 1995; Weiss, 2003):

Neben der Bewältigung von verunsichernden, z. T. traumatischen Erfahrungen im Herkunftsland, Trennungs- und Verlusterlebnissen, müssen sich Migranten im Aufnahmeland eine neue Existenz aufbauen. Dabei sind sie zahlreichen Schwierigkeiten ausgesetzt, wie geringfügige Arbeits- und Wohnverhältnisse, finanzielle Engpässe sowie ein hohes Risiko arbeitslos zu werden. Neben dem Verlust des sozialen Status, häufig auch verursacht durch eine fehlende Berufsausbildung, können bei ihnen daraus in psychischer Hinsicht Zukunftsängste entstehen. Damit verknüpft können Gefühle von Kontrollverlust und Handlungsunfähigkeit sein, da Behördenwillkür, institutionelle und gesellschaftliche Diskriminierung bei ihnen juristische Handlungsspielräume begrenzen. Die Migranten stehen häufig unter Remigrationsdruck. Die Notwendigkeit neue

Alltagsroutinen und Kulturtechniken zu lernen, führt zu einem Erleben des Aufeinanderprallens kultureller Unterschiede und daraus resultierend zu Gefühlen der Entfremdung, Überforderung und Hilflosigkeit. Längerfristig können die veränderten Lebenssituationen und Wertesysteme Identitätskrisen, Rollenverluste und –diffusionen sowie Generations- und Partnerschaftskonflikte zur Folge haben.

Lange Zeit nahm man in der Forschung an, dass Migration unvermeidlich zu psychologischen und sozialen Problemen führt. In der gegenwärtigen Forschung gibt es aber auch Befunde, die besagen, dass Anpassungsergebnisse nach Migration für die Gesundheit sowohl positiv als auch negativ sein können (Berry, 1994, 1997, 2006 c; Kiehlhorn, 1996; Matsumoto, Hirayama & LeRoux, 2006; Pedersen, 2006; Rogler, 1991, zit. n. Balls Organista, Organista & Kurasaki, 2003; Sam, 2006, c; Sue, 2003). Sie hängen nach Faltermeier (2001) von mehreren Einflussfaktoren ab.

Bei der Beschreibung der Anpassung der Migranten an ihren neuen kulturellen Kontext ist im Hinblick auf die Gesundheit insbesondere das Konzept der Akkulturation einzubeziehen (Chun, Balls Organista & Marín, 2003). Dieses Konzept ist in den letzten drei Jahrzehnten in den Sozial- und Humanwissenschaften nach Ansicht der genannten Autoren (ebd.) immer wichtiger geworden und wird von der interkulturellen Psychologie untersucht. Es differenziert zwischen gesundheitsfördernden und -verringenden kulturellen Anpassungsstrategien. Ein weiterer Ansatzpunkt zur Erklärung des Gesundheitszustands von Migranten ist aus gesundheitspsychologischer Sicht der Kohärenzsinn des Salutogenesemodells (Antonovsky, 1997; Geyer, 2001; Schmitz, 2001; Schwenkmezger, 1994). Daher bilden der Einfluss von kultureller Anpassungsstrategie, Kohärenzsinn und ihr Zusammenwirken einen Untersuchungsschwerpunkt dieser Arbeit. Beide Variablen sind von den Migranten beeinflussbar und können in Therapie- und Beratungskontexten zur Förderung von Gesundheit berücksichtigt werden.

Weiterer Forschungsbedarf für diesen Untersuchungsgegenstand leitet sich aus dem hohen Anteil von Migranten an der deutschen Bevölkerung mit etwa 7,3 Millionen entsprechend 9 Prozent ab. Darin sind 3-4 Millionen osteuropäische Aussiedler nicht aufgeführt, die aufgrund ihrer Einbürgerung nicht in diese Statistik einbezogen wurden (Assion, 2005a). Für das Jahr 2030 prognostiziert Ulrich (2001) sogar einen

beträchtlichen Anstieg der ausländischen Bevölkerung mit einem Anteil von 13 % bis zu 21 % an der gesamtdeutschen Bevölkerung.

In dieser Dissertation sollen die gesundheitlichen Konsequenzen der Akkulturation in Bezug auf das emotionale und körperliche Befinden von spanischen Gastarbeitern interdisziplinär untersucht werden. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes leben derzeit ungefähr 130 000 Spanier in Deutschland, von denen etwa 31 000 fünfundsünfzig Jahre und älter sind (Beck, 2004; Otero, 2000). Es bietet sich an, Zuwanderer aus der Gastarbeitergeneration zu befragen, die in den sechziger und siebziger Jahren nach Deutschland eingewandert sind, um den langfristigen Einfluss der Migration und der kulturellen Anpassung auf die Gesundheit zu untersuchen (vgl. Oudenhoven, 2006).

Im theoretischen Teil der Dissertation sollen drei verschiedene Perspektiven in folgender Reihenfolge dargestellt werden: eine interkulturelle, eine stresstheoretische und eine gesundheitspsychologische Perspektive. In Abschnitt 2.1.1 wird zunächst das interdisziplinäre Forschungsgebiet abgesteckt und die Relevanz der zugrunde liegenden Perspektiven für diese Untersuchung begründet. In dem folgenden Abschnitt 2.1.2 werden zentrale Konzepte für die Untersuchung des Phänomens der Gesundheit von Migranten definiert. Die definierten Konzepte werden zusammen mit weiteren zentralen Wirkmechanismen, wie z. B. kulturelle Anpassungsstrategien, in das Akkulturationsmodell von Berry (z. B. 1997) aus dem interkulturellen Forschungsansatz integriert (Abschnitt 2.2.1). Hierbei wird die gesundheitsbezogene Auswirkung der kulturellen Anpassungsstrategien als Mediatorvariable zusammen mit weiteren gesundheitsbezogenen Einflüssen von Moderatorvariablen dargestellt. Die einzelnen Variablen werden jeweils einer individuellen Ebene und einer Gruppenebene zugeordnet (Abschnitt 2.2.2). Da im empirischen Teil die gesundheitsfördernden Wirkfaktoren des Modells kultureller Anpassung aufgrund der Einzelbefragung mit Fragebögen nur auf individueller Ebene untersucht werden können, werden in Abschnitt 2.2.3 die Einflussfaktoren des Modells auf der Gruppenebene dargestellt. Dabei wird ihr Einfluss auf den Zusammenhang der kulturellen Anpassungsstrategien mit der Gesundheit von Migranten diskutiert. Es wird im einzelnen die spanische Herkunftskultur im Vergleich zu der Kultur der deutschen Aufnahmebevölkerung (Abschnitt 2.2.3.1), die Politik und Einstellung der deutschen Bevölkerung gegenüber

Migranten (Abschnitt 2.2.3.2) sowie die Integration der Migranten in das deutsche Gesundheitsversorgungssystem (Abschnitt 2.2.3.3) dargestellt. Des Weiteren werden die Zuwanderungssituation der spanischen Arbeitsmigranten in den sechziger Jahren und die aktuelle Lebenssituation der alternden spanischen Arbeitsmigranten in Deutschland beschrieben (Abschnitt 2.2.3.4 und 2.2.3.5). Abschließend werden messtheoretische Probleme der gemessenen Konstrukte aus der interkulturellen Sichtweise dargestellt und Anforderungen an diese Untersuchung zur Vermeidung dieser Probleme abgeleitet (Abschnitt 2.2.4). In den folgenden Abschnitten 2.3 und 2.4 werden die gesundheitsfördernden Einflussvariablen der interkulturellen Perspektive, um die Beschreibung von Einflussvariablen und Wirkmechanismen aus stresspsychologischer und gesundheitspsychologischer Perspektive ergänzt. Besonders wichtig für die Darstellung der Zusammenhänge zwischen kulturellen Anpassungsstrategien und der Gesundheit von Migranten sind die verschiedenen Ausprägungen von Copingstilen, von dem Kohärenzsinn und das daraus resultierende Gesundheitsverhalten. Abschließend werden die genannten relevanten stress- und gesundheitspsychologischen Variablen in das Akkulturationsmodell von Berry (z. B. 1997) integriert.

In Kapitel 3 werden die Fragestellungen für den empirischen Teil der Dissertation in Bezug auf die Wirkung gesundheitsfördernder Faktoren auf das emotionale und körperliche Befinden bei Spaniern begründet und abgeleitet. Dabei werden die Ergebnisse einer vorangegangenen Pilotuntersuchung von Schrader (2004) einbezogen. Danach werden in Kapitel 4 die methodischen Aspekte und die konkrete Durchführung der empirischen Untersuchung mit den folgenden Abschnitten beschrieben: 4.1, Die Fragebögen, 4.2, Beschreibung der Stichprobe, 4.3, Organisation und Durchführung der Untersuchung, 4.4, Auswertung. In Kapitel 5 werden die Ergebnisse dargestellt: Die Skalenkonstruktion und –überprüfung der eingesetzten Fragebögen (Abschnitt 5.1), das emotionale und körperliche Befinden der Spanier, die durchschnittliche Ausprägung ihres Kohärenzsinns und ihre Präferenz für einen bestimmten kulturellen Anpassungsstil (Abschnitt 5.2 bis 5.4). Die anschließenden Abschnitte des Ergebnisteils stellen die Zusammenhänge des Befindens und des Kohärenzsinns mit den gesundheitsfördernden kulturellen Anpassungsstrategien und soziodemographischen Variablen dar (Abschnitt 5.5 und 5.6). Außerdem werden die Zusammenhänge soziodemographischer

Variablen mit der Präferenz für einen bestimmten kulturellen Anpassungsstil ermittelt (Abschnitt 5.7).

In Kapitel 6 werden die nachgewiesenen Effekte in der Reihenfolge des Ergebnisteils diskutiert, mit den Ergebnissen der Untersuchung von Schrader (2004) sowie mit weiteren empirischen Befunden und theoretischen Annahmen verglichen und interpretiert. Daraus werden Implikationen für die zukünftige Forschung und eine Modifikation des Akkulturationsmodells von Berry (1997) abgeleitet.

Diese Dissertation hat zum Ziel, den aktuellen Gesundheitsstatus von nach Deutschland zugewanderten spanischen Migranten quantitativ mit Hilfe von Fragebögen über das emotionale und körperliche Befinden zu operationalisieren. Weiterhin werden mit Hilfe der Fragebögen gesundheitsfördernde Einflussfaktoren ermittelt. Es soll insbesondere untersucht werden, welchen gesundheitsfördernden Effekt ein adäquater Umgang mit der spanischen Herkunftskultur sowie mit der deutschen Aufnahmekultur hat und welche Rolle hierbei der Kohärenzsinn spielt.

2 Theorie

2.1 Gegenstands- und Begriffsbestimmung der Migrationsforschung

2.1.1 Der interdisziplinäre Ansatz zur Untersuchung der Gesundheit von Migranten

Eine umfassende Theorie zur Ätiologie der Erkrankungen von Migranten im Zusammenhang mit ablaufenden psychischen Anpassungsprozessen liegt bislang nicht vor. Für entsprechende Untersuchungen ist es erforderlich, die Perspektiven verschiedener Wissenschaften einzunehmen und einen interdisziplinären Erklärungsansatz zu wählen (Geiger, 2001; Özelsel, 1990; Ruddat, 1994). Zur systematischen Zuordnung von Einflussfaktoren für die Gesundheit von Migranten werden in dieser Untersuchung eine Perspektive der interkulturellen Psychologie, eine stresspsychologische und eine gesundheitspsychologische Perspektive in ein Erklärungsmodell integriert.

Eine Begründung für die Notwendigkeit der Interdisziplinarität in der Migrationsforschung liefert Faltermaier (2001), in dem er auf die Problematik der Vergleichbarkeit epidemiologischer Prävalenzraten von Erkrankungen unterschiedlicher Migrantengruppen im Vergleich zur Bevölkerungsmehrheit eingeht: Oft reichen die unterschiedlichen Prävalenzraten der einzelnen ethnischen Gruppen für die Erklärung des Zustandekommens von Erkrankungen nicht aus. Sie hängen von soziodemographischen Variablen, biologischen und genetischen Risikofaktoren, der materiellen Lage und kulturellen Faktoren ab. Weitere Einflussfaktoren auf die Prävalenzraten sind soziale Marginalisierung, Diskriminierung, der Migrationsprozess als *kritisches Lebensereignis* sowie der selektive Zugang unterschiedlicher ethnischer Gruppen zur gesundheitlichen Versorgung des aufnehmenden Landes.

Die genannten Faktoren stammen aus unterschiedlichen Forschungsgebieten und sollten bei der Ätiologie der Prävalenzraten von Migranten miteinbezogen werden (Faltermaier 2001; Haasen, Kleinemeier & Yagdiran, 2005; Luber, 2006b; Weiss, 2003). Eine besondere Rolle spielen hierbei gesundheitspsychologische Faktoren

(Berry, 1998; Caetano & Clark, 2003; Faltermaier, 2001; Myers & Rodriguez, 2003; Schmitz, 2001).

Da es sich bei der *Gesundheitspsychologie*, um ein vergleichsweise jüngeres Fach handelt und sich diese Disziplin nach Schwenkmezger und Schmidt (1994) erst seit den achtziger Jahren breiter in Deutschland etabliert hat, soll der Begriff zunächst definiert werden. Nach den oben genannten Autoren existiert keine einheitliche Definition für Gesundheitspsychologie, aber in ihrem Artikel greifen sie auf sich unterscheidende Definitionen von den im Folgenden genannten Autoren zurück:

„... Gesundheitspsychologie ist die Zusammenfassung der spezifischen pädagogischen, wissenschaftlichen und anwendungsbezogenen Beiträge der Psychologie zur Förderung und Erhaltung der Gesundheit, zur Prävention und Behandlung von Krankheit sowie zur Erforschung der ätiologischen und diagnostischen Korrelate von Gesundheit, Krankheit und der damit verbundenen Dysfunktionen.“ (Matarazzo, 1980, S. 815 übers. n. Schwenkmezger & Schmidt, 1994, S. 2)

„Gesundheitspsychologie ist ein wissenschaftlicher Beitrag der Psychologie zur

- 1. Förderung und Erhaltung von Gesundheit,*
- 2. Verhütung und Behandlung von Krankheit,*
- 3. Bestimmung von Risikoverhaltensweisen,*
- 4. Diagnose und Ursachenbestimmung von gesundheitlichen Störungen,*
- 5. Rehabilitation und*
- 6. Verbesserung des Systems gesundheitlicher Versorgung.“*

(Schwarzer, 1990, S. 3, zit. n. Schwenkmezger & Schmidt, 1994, S. 3)

In der Gesundheitspsychologie wird neuerdings schwerpunktmäßig die salutogenetische Sichtweise Antonovskys (1979) eingenommen. Die Gesundheitsmodelle beziehen nicht mehr wie ursprünglich nur pathogenetische Modelle mit Risikofaktoren ein, sondern zunehmend Bedingungen und Konzepte einer gesunden Lebensführung, von Protektivfaktoren und Invulnerabilität (Bengel & Belz-Merk, 1997; Luber, 2006a und s. Abschn. 2.4).

Der Untersuchungsansatz der *interkulturellen Psychologie* ist dem Fachgebiet der Sozialpsychologie zu zuordnen. Zwischen Gesundheitspsychologie und Sozialpsychologie besteht nach Stroebe (2000) eine Verknüpfung, weil zur Erklärung der Aufrechterhaltung der Gesundheit und Prävention von Erkrankungen immer stärker sozialpsychologische Ansätze von der Gesundheitspsychologie herangezogen werden. Gesundheitspsychologische Verhaltensweisen hängen stark von Einstellungen und Überzeugungen bezüglich der Gesundheit ab.

Auch *stresspsychologische Ansätze* beziehen nach Stroebe (2000) bei der Erklärung der Ätiologie von Erkrankungen als Anpassungsreaktion auf das Stressgeschehen vermehrt soziale Faktoren mit ein. Dies wird seiner Ansicht nach an dem *transaktionalen Stressmodell* von Lazarus und Launier (1981) besonders deutlich. Stress wird in diesem Modell über die Person-Umwelt-Interaktion erklärt und Einflüsse der Umwelt werden berücksichtigt. Das transaktionale Stressmodell ist auch für diese Arbeit relevant, da kulturelle Einflüsse in Bezug auf die Gesundheit über stresspsychologische Prozesse erklärt werden können (s. Abschn. 2.3.1).

Der Erklärungsansatz des transaktionalen Stressmodells überschneidet sich mit dem Ansatz von gesundheitspsychologischen Modellen (Stroebe, 2000). In der vorliegenden Arbeit sind stresspsychologische Erklärungsansätze daher das Bindeglied zwischen dem interkulturellen und dem gesundheitspsychologischen Ansatz zur Erklärung der Gesundheit von Migranten, da das zentrale Modell kultureller Anpassung der interkulturellen Perspektive auf stresstheoretischen Wirkmechanismen basiert. Es soll in dieser Arbeit um Faktoren aus der Gesundheitspsychologie ergänzt werden, die ebenfalls über Stress vermittelt werden.

In der interkulturellen Perspektive stammen die zugrunde liegenden Modelle und Konzepte vorwiegend aus Untersuchungen der *Cross-Cultural Psychology* im

angloamerikanischen Raum. Die Grundannahme der interkulturellen Psychologie ist nach Berry (1990a), dass das Individuum von der Kultur beeinflusst wird und sich bei einem Wechsel der Kultur verändert. Die interkulturelle Psychologie untersucht überwiegend Werte, Normen, Überzeugungen und kulturell manifestiertes Verhalten, die auch für diese Arbeit relevant sind (Berry, 1997; Smith & Bond, 1993, zit. n. Bierbrauer, 1996). Im folgenden Abschnitt werden relevante Konzepte für die Aufrechterhaltung der Gesundheit bei Migranten definiert. Diese sind auch für das Akkulturationsmodell von Berry (1997) des interkulturellen Forschungsansatzes erforderlich.

2.1.2. Definition zentraler Konzepte

Um das Phänomen Gesundheit bei Migranten zu untersuchen, sind zunächst die zentralen Konzepte zu definieren. Sie sind Bestandteile des Akkulturationsmodells (Berry, 1997): Hier werden im einzelnen Kultur, Migration, Akkulturation, psychische Anpassung, Krankheit sowie Gesundheit verwendet. Nach Soudijn, Hutschemaekers und Van de Vijer (1990, zit. n. Portinga, 1992) gibt es in der Literatur eine Vielzahl von Definitionen von *Kultur*. Bei Schrader (2004, S. 5) werden anhand einiger ausgewählter Definitionen von Kultur folgende relevante Definitionsmerkmale und -eigenschaften von Kultur abgeleitet (siehe auch Bierbrauer, 1996; Brislin, 1990; Triandis, 1990). Diese sollen auch für die Untersuchung in dieser Arbeit verwendet werden:

- *Kultur ist der von Menschen geschaffene Teil der Umwelt.*
- *Sie bildet das Bindeglied zwischen Umwelt und sozialem Verhalten.*
- *Die kulturellen Inhalte setzen sich sowohl aus beobachtbaren, objektiven Bestandteilen, als auch aus weniger sichtbaren, subjektiven Elementen zusammen wie Werte, Einstellungen, Überzeugungen und Normen, die Einfluss auf das soziale Verhalten haben können.*
- *Daraus resultieren wiederkehrende spezifische Verhaltensmuster, die das Denken und Handeln einer begrenzten Gruppe von Menschen beeinflussen.*
- *Die kulturellen Inhalte gelten generationsübergreifend für einen bestimmten Ort.*

Die wiederkehrenden kulturellen Verhaltensmuster und kulturspezifischen Kognitionen werden *kulturelle Syndrome* genannt und über interaktive, oft auch unbewusste Lernprozesse erworben (Krause 2001; Triandis, 1990 und vgl. Abschn. 2.2.3.1).

Unter *Migration* wird häufig die geographische Veränderung von Personen über einen längeren Zeitraum verstanden (Beck, 1999b, S. 5). Bierbrauer (1996) bezieht anhand einer sozialpsychologischen Perspektive auch psychologische Prozesse in seine Definition mit ein und beschreibt Migration

„... nicht nur als geographische Bewegung im Raum, sondern auch als Prozess, dessen Konsequenz ein Zusammentreffen von Menschen mit unterschiedlichen sozialen Hintergründen und aus unterschiedlichen Kulturkreisen ist ... Des weiteren umfasst der Prozess der Migration bei Individuen und Gruppen, die sich von einem geographischen Ort zum anderen bewegen, alle Lebensbereiche.“ (S.173)

Die durch Migration ausgelösten psychologischen Prozesse aufgrund des kulturellen Wechsels fasst man unter dem Begriff *Akkulturation* zusammen. Zwar herrscht in der interkulturellen Psychologie kein einheitliches Verständnis dieses Konstrukts vor, es gibt jedoch zwei klassische Definitionen aus der Anthropologie, die in der Literatur immer wieder zitiert werden (Berry, 1990a, b, 1994, 1997, 2003; Chun et al., 2003; Smith Castro, 2003):

„... Acculturation comprehends those phenomena which result when groups of individuals having different cultures come into continuous first-hand contact, with subsequent changes in the original culture patterns of either or both groups... under this definition, acculturation is to be distinguished from culture change, of which it is but one aspect, and assimilation, which is at times a phase of acculturation ...“ (Redfield, Linton & Herskovits, 1936, S. 149-152)

“... Culture change that is initiated by the conjunction of two or more autonomous cultural systems. Acculturative change may be the consequence of direct cultural transmission; it may be derived from non-cultural causes, such as ecological or demographic modification induced by an impinging culture; it may be delayed, as with internal adjustments following upon the acceptance of alien traits or patterns; or it may be a reactive adaption of traditional modes of life...” (Social Science Research Council, 1954, S. 974)

Akkulturation kann sowohl auf Gruppenebene als auch individueller Ebene ablaufen (s. Abschn. 2.2.2). Läuft sie auf der letztgenannten Ebene ab, so spricht man auch von *psychologischer Akkulturation (psychological acculturation)*. Graves (1967, zit. n. Berry, 2003, S. 19) versteht unter psychologischer Akkulturation die Veränderungen des Individuums, die durch den Kontakt beider Kulturen ausgelöst werden. Das Anpassungsergebnis des Akkulturationsprozesses auf individueller Ebene wird *psychische Adaption (psychological adaption)* genannt. Eine Definition der psychische Adaption findet man z. B. bei Berry (1986, zit. n. Schmitz, 1992a):

„... Psychological adaption is defined as the process by which the individual changes his psychological characteristics, changes the surrounding context, or changes the amount of contact in order to achieve a better fit (outcome) with other features of the system in which he carries out his life ...“ (S. 360)

Ziel des Individuums, welches den Akkulturationsprozess durchläuft, ist also eine bessere Anpassung an seine Umwelt. Weiss (2003) interpretiert *Gesundheit* und *Krankheit* bei Migranten als Ergebnis dieses Anpassungsprozesses. Nach Schulte (1998) kann der Begriff Krankheit

„... je nach Perspektive einen biologisch veränderten Zustand einer Person, seines Körpers oder seiner Teile, ... das Erleben von Beeinträchtigungen und Unwohlsein oder eine zugeschriebene Rolle mit besonderen Ansprüchen und Privilegien bedeuten. Der Gegenpol der Krankheit ist die Gesundheit, die man auch als Abwesenheit von Krankheit, also das Fehlen biologisch-abweichender Körperstrukturen oder Körperprozesse ansehen kann ...“ (S. 20)

In der Definition des Begriffes Gesundheit in der Präambel der Charta der Weltgesundheitsorganisation von 1946 (zit. n. Antonovsky, 1979) spiegeln sich die drei oben genannten Bedeutungen der Krankheitsdefinition wider und deuten auf eine Mehrdimensionalität des Konzepts Gesundheit hin (vgl. Geiger, 2001; Schorr, 1995):

„Gesundheit als Zustand vollkommenen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen.“ (S.52)

Die Mehrdimensionalität des Konzepts Gesundheit wird in dieser Arbeit messmethodisch berücksichtigt, indem Gesundheit über das emotionale und körperliche Befinden operationalisiert wird (s. Kap. 3).

2.2 Theorien und Befunde aus interkultureller Sicht

2.2.1 Das Akkulturationsmodell von Berry

Das Akkulturationsmodell stammt von John W. Berry (z. B. 1997) und dient zur Beschreibung des kulturellen Anpassungsprozesses von Migranten und der Einflussfaktoren, die sich auf verschiedenen Ebenen auf diesen Prozess auswirken, sowie dem daraus resultierenden, langfristigen Anpassungsergebnis für die Gesundheit: der psychischen Adaptation.

2.2.1.1 Definition der Akkulturationsstrategien

Eine bedeutsame Rolle in diesem Akkulturationsmodell spielen kulturelle Anpassungsstrategien. Ausgangsvoraussetzung ist nach Berry (1990a) ein kontinuierlicher erster Kontakt zwischen verschiedenen Kulturen, hervorgerufen durch die Migration eines Individuums in ein anderes Land (s. Abschn. 2.1.2: Redfield et al., 1936, zit. n. Berry, 1990a); das Individuum hat dort unterschiedliche Anforderungen zu bewältigen. Eine besondere Anforderung ist der Umgang mit beiden Kulturen, mit denen es nun konfrontiert wird, der ursprünglichen und der Kultur des aufnehmenden Landes. Je nachdem wie das Individuum mit beiden Kulturen umgeht, ergeben sich unterschiedliche kulturelle Anpassungsstrategien, sogenannte *Akkulturationsstrategien* (vgl. Berry, 2006b, c).

Akkulturationsstrategien werden in der Literatur ausführlich dargestellt (vgl. Berry, 1988, 1990a, b, 1994, 1997, 2003, 2006a, b; Berry, Kim, Power, Young & Bujaki, 1989; Matsumoto et al. 2006; Sam, 2006a; Schmitz, 1992a; Silbereisen, Schmitt-Rodermund & Lantermann, 1999; Smith Castro, 2003; Zick & Six, 1999b). Nach Berry (z. B. 2003) gibt es unterschiedliche Synonyme für den Begriff Akkulturationsstrategien. Sie werden u. a. auch als *Akkulturationseinstellungen* bezeichnet, weil sie sich jeweils aus einer Einstellungs- und Verhaltenskomponente zusammensetzen. Oft wird anhand der gezeigten, kulturgebundenen Verhaltensweisen auf die entsprechende Einstellungskomponente geschlossen, weil es Belege für eine signifikante positive Korrelation zwischen diesen Verhaltensweisen und Akkulturationseinstellungen gibt (vgl. auch Berry, 2006b; Berry, Poortinga, Segall & Dasen, 2002). Da beide

zusammenhängen und in dieser Arbeit der Schwerpunkt stärker auf kulturelle Ausrichtung gesetzt wird, sollen die Begriffe Akkulturationseinstellungen und Akkulturationsstrategien synonym verwendet werden, genauso wie auch die Begriffe *akkulturative Orientierung* und *Akkulturationsstil*.

Die Akkulturationseinstellungen werden gemäß Berry (2003) zweidimensional organisiert, d. h. sie lassen sich über zwei unterschiedliche Fragen ermitteln. Die eine Dimension ergibt sich aus der Frage, ob die eigene kulturelle Identität und die Gewohnheiten der eigenen Kultur aufrechterhalten werden sollen, und die andere Dimension daraus, inwieweit Beziehungen und Kontakte mit anderen ethnischen Gruppen der Aufnahmegesellschaft eingegangen werden sollen (vgl. z. B. Arends-Tóth & Vijver, 2006; Berry, 1988, 1990a, b, 1994, 1997, 2006a, b; Berry et al., 1989; Berry, et al., 2002; Phinney, Horenczyk, Liebkind & Vedder, 2001; Smith Castro, 2003; Zick, Wagner, Van Dick & Petzel 2001). Aus der „Ja/Nein“-Antwortkombination der beiden Fragen ergibt sich ein 4-Felder-Schema mit den vier Akkulturationsstrategien: Integration, Assimilation, Separation und Marginalisierung (s. Abb. 1).

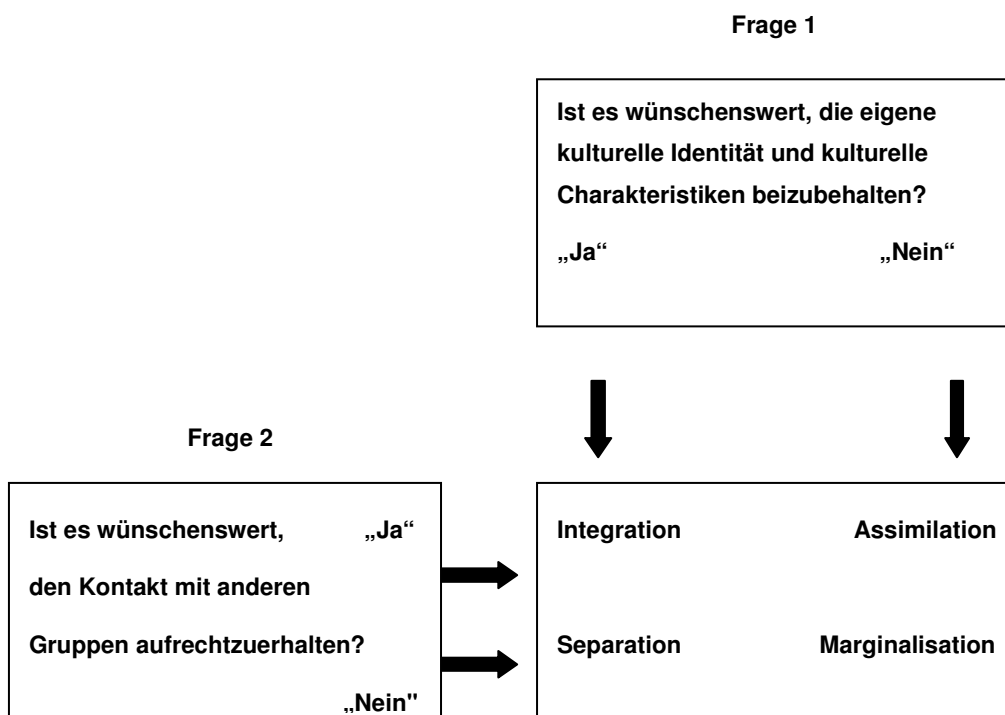


Abb. 1: Die vier Akkulturationsstrategien (Berry, 1988)

Die vier von einem Individuum verfolgten Akkulturationsstrategien werden jeweils folgendermaßen definiert:

- Bei Kontaktaufnahme zu ethnischen Gruppen in der Aufnahmegesellschaft und gleichzeitigem Beibehalten der eigenen Kultur ergibt sich die *Integrationsstrategie*.
- Wird lediglich Kontakt zur aufnehmenden Kultur gepflegt und die ursprüngliche Kultur aufgegeben, so nennt man dies *Assimilationsstrategie*.
- Die Verweigerung einer Beziehungsaufnahme mit der Aufnahmegesellschaft bei gleichzeitigem Aufrechterhalten der eigenen Kultur wird *Separationsstrategie* genannt.
- Wird Kontakt zu beiden Kulturen vermieden, so handelt es sich um die *Marginalisierungsstrategie*.

Das Konzept der Akkulturationsstrategien ist vielschichtig, d. h. anwendbar auf der Gruppenebene und der individuellen Ebene. Außerdem lässt es sich für jede Ebene bereichsspezifisch und situationsspezifisch anwenden, d. h. dass eine Gruppe oder ein Individuum für unterschiedliche Lebensbereiche oder für unterschiedliche Situationen verschiedene Akkulturationsstrategien einsetzt (z. B. Arends-Tóth & Vijver, 2006; Berry, 1988).

Auf individueller Ebene ändern sich nach Berry (1990a) durch psychische Akkulturation Verhalten, Identität, Werte und Einstellungen und nach Trimble (2003) auch Affekte und religiöse Glaubenssätze. Auf Gruppenebene ändern sich nach Berry (1990a, 1997) im Akkulturationsprozess kollektive Merkmale einer ethnischen Gruppe, wie beispielsweise politische, ökonomische und soziale Strukturen und ihre kulturellen Eigenschaften und Lebensgewohnheiten. Beispiele für die geänderten Bereiche liefert eine Untersuchung von Cortés (2003) an in den USA zugewanderten Puerto-Ricanern. Er fand heraus, dass sich bei den puerto-ricanischen Zuwanderern die Wichtigkeit der Familie, Essensgewohnheiten, kollektivistisch orientiertes Verhalten, Erziehungspraktiken, Sprachgebrauch, Identitätsverständnis, die Musik, die Feiertage, die Geschlechterrollen, kultureller und ethnischer Stolz und die Religiosität änderte.

Beim Einsatz von Akkulturationsstrategien müssen sich die einzelnen Gruppenmitglieder nicht nach der akkulturativen Orientierung der gesamten ethnischen

Gruppe ausrichten (Berry, 1990a), sondern die ausgelösten Veränderungen und Adaptationsergebnisse sind auf der Gruppen- und der individuellen Ebene getrennt zu erfassen und ihre Wechselwirkung untereinander bei der Betrachtung der individuellen Adaptationsergebnisse zu berücksichtigen.

2.2.1.2 Konsequenzen der Akkulturationsstrategien für die Gesundheit

Akkulturationsstrategien beeinflussen auch den Gesundheitsstatus von Migranten als Ergebnis langfristiger psychischer Adaptation (Arends-Tóth & Vijver, 2006; Berry, 1990a, 1995, 1997, 1998, 2003, 2006a, c; Berry & Kim, 1988; Berry et al., 2002; Schmitz, 1992a, b, 2001; Smith Castro, 2003). Grundsätzlich ist das Ergebnis psychischer Adaptation nach Berry (1998) variabel, da es nicht nur von Akkulturationsstrategien, sondern auch noch von anderen Faktoren beeinflusst wird. Dadurch sind die empirischen Befunde über Zusammenhänge von Akkulturationsstrategien mit einzelnen Erkrankungen zum Teil nicht sehr eindeutig.

Es besteht unter den Autoren bisher lediglich Übereinstimmung darüber, dass die Integrationsstrategie die gesundheitlich positivsten und die Marginalisierungsstrategie die gesundheitlich negativsten Konsequenzen, wie z. B. schwerwiegende psychosoziale Störungen, psychopathologische Auffälligkeiten und psychiatrische Erkrankungen, nach sich ziehen. Die gesundheitliche Vorrangstellung der Integrationsstrategie lässt sich anhand der sozialen Unterstützung sowohl durch die Aufnahmegesellschaft, als auch der eigenen ethnischen Gruppe und des Wegfallens von Konflikten innerhalb der eigenen ethnischen Gruppe begründen. Die negativen gesundheitlichen Konsequenzen der Marginalisierungsstrategie beruhen auf dem Ausbleiben jeglicher sozialer Unterstützung aufgrund fehlender Kontakte mit beiden Gruppierungen (Berry, 1997, 2003, 2006 c; Berry et al., 2002; Berry, Phinney, Sam & Vedder, 2006, zit. n. Sam, 2006 c; Donà & Ackermann, 2006; Schmitz, 1992a, 1994; Smith Castro, 2003). In Bezug auf die Konsequenzen der Assimilations- und Separationsstrategie für die Gesundheit besteht noch Forschungsbedarf.

Während z. B. Schmitz (1992a, 1994) die Assimilationsstrategie als genauso gesundheitsfördernd ansieht, wie die Integrationsstrategie, weisen ihr andere Autoren eher negative gesundheitliche Konsequenzen und den gleichen gesundheitsbezogenen Stellenwert zu, wie der Separationsstrategie (Berry, 1997, 2003; Berry et al., 2002).

Beispielsweise zeigt sich in einer Untersuchung von Schmitz (1992b) an verschiedenen ethnischen Gruppen in Deutschland, dass die Assimilationsstrategie mit Beeinträchtigungen des Immunsystems, wie z. B. Anfälligkeit für allergische Reaktionen und Infektionen, und die Separationsstrategie mit erhöhten kardiovaskulären Beschwerden einhergeht. Beide Strategien zeigten außerdem signifikante Zusammenhänge zur Unfähigkeit abzunehmen. Ying (1995 zit. n. Balls Organista et al., 2003) konnte sogar für emotionales Befinden nachweisen, dass die Separationsstrategie eine geringere Anzahl von Depressionen und geringeren negativen Affekt, bzw. ein höheres Ausmaß an Lebenszufriedenheit und an positivem Affekt, zur Folge hatte als die Assimilationsstrategie.

Interessante Befunde zur Auswirkung der einzelnen Akkulturationsstrategien auf das körperliche und emotionale Befinden liefert auch eine Untersuchung von Schmitz (1992a), der die Konsequenzen der Akkulturationsstrategien in Form von psychosomatischen Beschwerden mit der *Psychosomatic-Complaints-Rating List (PCRL)* bei verschiedenen ethnischen Gruppen in Deutschland erfasste. Die Akkulturationsstrategien wurden mit der *Multi-Cultural-Ideology Scale (MCI)* gemessen. Für die Separationsstrategie ergaben sich signifikante Korrelationen mit elf Arten von psychosomatischen Beschwerden. Darunter fielen u. a. als körperliche Beschwerden physische Erschöpfung, extremes Schlafbedürfnis, Muskelverspannungen und Herzbeschwerden. Signifikante Zusammenhänge konnten außerdem zwischen Assimilationsstrategie und physischer Erschöpfung sowie Herzbeschwerden und zwischen Integrationsstrategie und Muskelverspannungen beobachtet werden. Im emotionalen Bereich wies Schmitz für die Separationsstrategie signifikante Korrelationen mit psychasthenischen Reaktionen (Angst-/Zwangshandlungen) und depressiven Reaktionen nach.

Nguyen (2006) führt die negativen gesundheitlichen Konsequenzen bei Einsatz der Assimilationsstrategie auf damit einhergehende Entfremdungsgefühle von der eigenen, unterstützend wirkenden ethnischen Gruppe zurück und daraus resultierenden Hass auf die eigene ethnische Gruppe und Selbsthass. Für negative gesundheitliche Konsequenzen bei Einsatz der Separationsstrategie bezieht Nguyen (2006) sich auf Rogler und Kollegen (1991, zit. n. Nguyen, 2006), der diese mit unzureichenden kulturellen Fertigkeiten, Sprachkenntnissen und eingeschränkten

Handlungsmöglichkeiten der zugewanderten Migranten und damit einhergehenden Isolations- und Einsamkeitsgefühlen begründet. Diese führen zu vermindertem Selbstwertgefühl und daraus resultierendem dysfunktionalem Verhalten. Die zu erwartende, gesundheitsbezogene Rangfolge der Akkulturationsstrategien in dieser Untersuchung wird erst in Kapitel 3 bei der Ableitung der Fragestellungen dargestellt, da zuvor weitere Moderatorvariablen für Zusammenhänge zwischen Akkulturationsstrategien und Gesundheit zu beschreiben sind.

2.2.1.3 Integration der Prozessvariablen in das Akkulturationsmodell

Einen Erklärungsansatz für das Zustandekommen von Befunden langfristiger psychischer Adaptation in Abhängigkeit von den Akkulturationsstrategien liefert das Akkulturationsmodell von Berry (z. B. Berry, 1997, 1998, 2006a, c; Berry et al., 2002; Silbereisen et al., 1999), siehe Abbildung 2:

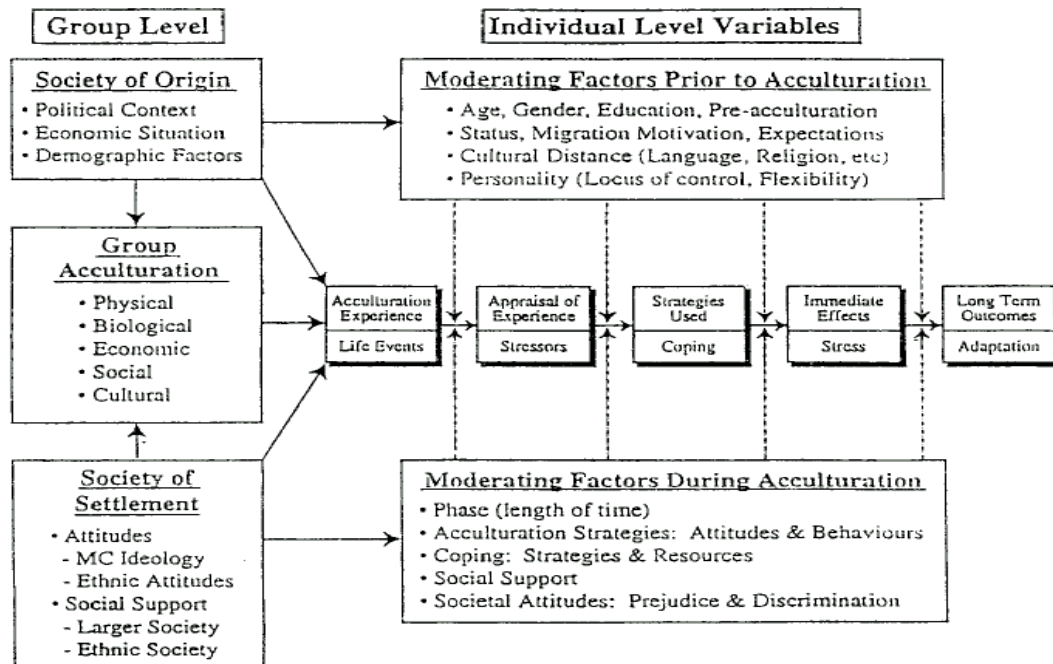


Abb. 2: Das Akkulturationsmodell (Berry, 1997)

Ein wesentlicher Prädiktor für die psychische Adaptation in diesem Modell ist das Ausmaß an erlebtem akkulturativen Stress, dessen Wirkmechanismen stark an das transaktionale Stressmodell von Lazarus angelehnt sind (Haasen et al., 2005; Silbereisen et al., 1999; Zick & Six, 1999b). Nach Schmitz (2001) spielen neben Stressreaktionen im Modell von Berry (1997) weiterhin akkultorative Lernprozesse eine tragende Rolle.

Um den ablaufenden Akkulturationsprozess und das langfristig stabile Ergebnis psychischer Adaptation zu erklären, setzt sich das Akkulturationsmodell nach Berry (1990a, 1997) aus dynamischen und statischen Bestandteilen zusammen. Die dynamischen Anteile des Modells werden nach Berry (1997, 1998) als *Prozessmerkmale* und die statischen Anteile als *Strukturmerkmale* charakterisiert. Quekelberghe (1995) begründet die Funktionalität des akkulturativen Stresses und der dynamischen Prozessmerkmale beispielsweise anhand einer Sichtweise aus der Chaos- und Komplexitätsforschung: Seiner Ansicht nach steigt die Wahrscheinlichkeit für eine erfolgreiche und beschleunigte Anpassung der Verhaltens- und Erlebensweisen an die neue Kultur über eine chaotische Ordnung in einen neuen Strukturzustand.

Der Ablauf des Akkulturationsprozesses und die Auswirkung von akkulturativem Stress werden im Wesentlichen durch die dynamischen Prozessmerkmale gekennzeichnet: Dies sind die fünf aufeinanderfolgenden Phänomene im Zentrum des Modells (s. Abb. 3).

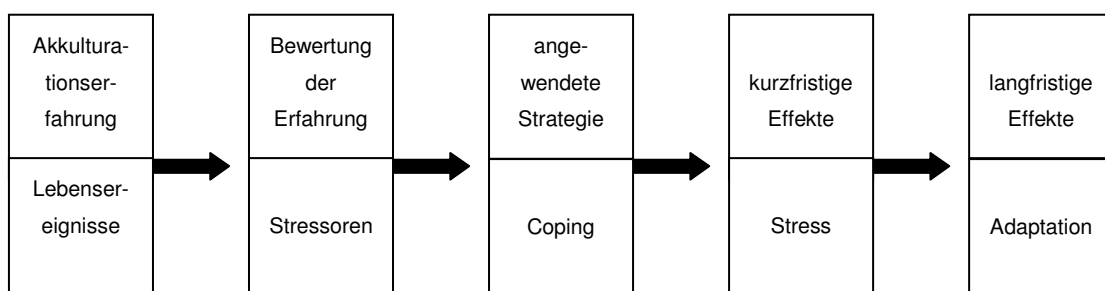


Abb. 3: Die fünf Hauptphänomene des Akkulturationsprozesses (übers. n. Berry, 1997)

Die dynamischen Prozessmerkmale in Abbildung 3 haben die Funktion von *Mediatorvariablen* und ihre Zusammenhänge untereinander sind nach Berry (1990a, b, 1995) probabilistisch. Das liegt daran, dass sie von statischen Strukturmerkmalen beeinflusst werden, die den Rahmen für den Akkulturationsprozess bilden. Diese Einflussfaktoren haben die Funktion von *Moderatorvariablen* (s. Abschn. 2.2.2).

Nach Berry (1997) tritt als erstes der fünf Hauptphänomene zunächst eine spezifische *Akkulturationserfahrung* auf (s. Abb. 3). Er beschreibt sie als Anforderung, die an das Individuum gestellt wird, sich mit beiden Kulturen auseinander zusetzen, mit denen es konfrontiert wird.

Im zweiten Schritt folgt die *Bewertung dieser Erfahrungen*. Die Anforderungssituation wird als schwierig, d. h. mit Stressoren beladen, oder als günstig bzw. nützlich bewertet. In Abhängigkeit von der Bewertung werden verschiedene Wirkmechanismen aktiviert, die in drei unterschiedlichen Paradigmen formuliert sind: das Paradigma des kulturellen Lernens, das Paradigma des akkulturativen Stresses und das psychopathologische Paradigma (Berry 1997, 1998, 2006 a, c).

Ist das Bewertungsergebnis der Akkulturationserfahrung günstig bzw. nützlich, so greift das *Paradigma des kulturellen Lernens* (*culture shedding, culture learning, culture conflict*). Es wird eine Verhaltensänderung eingeleitet, die durch das Verlernen von inadäquaten Verhaltensweisen und das Erlernen neuer Verhaltensweisen für eine bessere Passung zwischen Individuum und Umwelt sorgt (Berry, 1997, 2003, 2006a, c; Berry et al., 2002). Das kulturelle Lernen und die daraus resultierende Verhaltensänderung sind maximal, wenn sich eine Person wie bei der Assimilationsstrategie lediglich zugunsten der Aufnahmegesellschaft anpasst. Erhält die Person in gleichem Ausmaß Anteile der eigenen Kultur aufrecht, wie sie neue erlernt, kommt es zur Integrationsstrategie. Hierbei findet geringes Ablegen der traditionellen Verhaltensweisen und in mittlerem Ausmaß Erlernen von Verhaltensweisen der neuen Kultur statt (Berry 1990a, 1997, 2003; Berry et al., 2002). Bei der Separationsstrategie findet minimales kulturelles Lernen statt, während gleichzeitig die traditionellen Verhaltensweisen intensiver aufrechterhalten werden (Berry 1990a, 2003; Berry et al., 2002). Am stärksten verlernt werden die traditionellen Verhaltensweisen

bei der Marginalisierungsstrategie. Demgegenüber werden Verhaltensweisen der neuen Kultur bei dieser Strategie nur wenig bis gar nicht erlernt (Berry, 2003; Berry et al., 2002).

In dem *Paradigma akkulturativen Stresses (acculturative stress paradigm)* bewertet das Individuum die Anforderungssituation als problematisch aber überwindbar (Berry, 1997, 2003, 2006a, c). Die Ursachen für diese Einschätzung liegen in größeren kulturellen Konflikten während der Akkulturation verbunden mit der Erfahrung des Individuums, nicht sozial integriert zu sein (Berry, 1990a). Die Konsequenz dieser Form der Situationsbewertung ist *akkulturativer Stress*.

Im *psychopathologischen Paradigma (psychopathology paradigm)* werden die Anforderungen der Akkulturationssituation als unüberwindbar bewertet, und es besteht die Gefahr, dass die Akkulturationserfahrungen das Individuum überwältigen. Nach Berry (1997, 2006c) werden psychopathologische Prozesse in Gang gesetzt. Sie führen beim betroffenen Individuum zum vollständigen Rückzug aus der aufzunehmenden Kultur und damit zur Separationsstrategie und darüber hinaus, wenn zusätzlich noch eine Abkehr von der eigenen Kultur erfolgt, zur Marginalisierungsstrategie.

Auf die Erfahrungen, die das Individuum als problematisch einschätzt, reagiert es mit Bewältigungsstrategien, sogenannten *Copingstrategien*. Berry (1997, 2006c) unterscheidet wie in der Stressforschung zwischen verschiedenen Copingstrategien, die sich teilweise mit Reaktionen der Akkulturationsstrategien decken (s. Abschn. 2.3.3).

In Abhängigkeit von den eingesetzten Copingstrategien ergeben sich bestimmte *kurzfristige Effekte* in Form von physiologischen und emotionalen Stressreaktionen (Berry 1997; Berry et al., 2002). Die kurzfristigen Effekte können in unterschiedlicher Ausprägung positiv bzw. negativ sein. Sie knüpfen an die Wirkmechanismen der drei Paradigmen an. Tritt lediglich kulturelles Lernen bzw. leichter akkulturativer Stress auf, so sind die kurzfristigen Effekte positiv. Sie sind negativ, wenn nicht alle Stressoren bewältigt werden können. Extrem negative Ausprägung im Sinne des psychopathologischen Paradigmas erhalten die kurzfristigen Effekte, wenn das Individuum durch die Akkulturationsprobleme überwältigt wird. Es kann zu einem sich verschlechternden mentalen Gesundheitszustand, insbesondere zu Verwirrung, Angst, Depression, Gefühlen des Ausgeschlossenenseins und der Entfremdung und zu erhöhten

psychosomatischen Symptomen sowie Identitätskonfusion bis hin zu psychopathologischen Symptomen kommen (Berry, 1990a, b, 1995, 2006a; Berry et al., 2002).

An die kurzfristigen Effekte schließen sich *langfristige Effekte* an. Sie sind als Ergebnis psychischer Adaptation ziemlich stabil. Auch hier kann das Ergebnis zwischen positivem und negativem Zustand variieren, z. B. zwischen gesundem Zustand und Ausbildung von Erkrankungen. Das Individuum ist innerhalb eines bipolaren Kontinuums langfristig positiv bzw. negativ an seine Umwelt angepasst (Berry, 1997, 2003, 2006a; Berry et al., 2002).

2.2.2 Moderatorvariablen des Akkulturationsprozesses

In diesem Abschnitt werden die Strukturvariablen des Akkulturationsmodells im Hinblick auf ihre Moderatorfunktion beschrieben. Die Strukturvariablen beeinflussen wie die Akkulturationsstrategien die probabilistischen Beziehungen zwischen den fünf Hauptphänomenen und wirken sich auf diese Weise auf das gesundheitsbezogene Anpassungsergebnis der Migranten aus (s. Abschn. 2.2.1.3: Abb. 2 und Abb. 3).

Berry (1990b) unterscheidet zwischen *Moderatorvariablen auf Gruppenebene* und *auf individueller Ebene*. Auf Gruppenebene lassen sie sich in Faktoren der Ursprungsgesellschaft, der Aufnahmegesellschaft und der zugewanderten ethnischen Gruppe einteilen. Auf individueller Ebene werden sie in psychologische und soziale Eigenschaften einer Person eingeteilt. Außerdem wird zwischen *Präkontakt-Faktoren* und *Postkontakt-Faktoren* unterschieden, d. h. Einflussfaktoren, die bereits vor der Migration aufgetreten sind oder die erst während der Migration, nach dem kulturellen Kontakt gewirkt haben (Arends-Tóth & Vijver, 2006; Berry, 2006c, d; Berry et al., 2002; Sam, 2006a; Smith Castro, 2003).

2.2.2.1 Moderatorvariablen auf Gruppenebene

In seinem Akkulturationsmodell verwendet Berry (1997, 1998) auf Gruppenebene als *Moderatorvariablen der Ursprungsgesellschaft kulturelle Eigenschaften* und *politische, ökonomische* und *demographische Bedingungen*, mit denen ein Mitglied der Gruppe sich auseinandersetzen musste, bevor es ausgewandert ist. Die kulturellen Eigenschaften der Ursprungsgesellschaft im Verhältnis zur Aufnahmegesellschaft sind

ausschlaggebend für eine weitere Moderatorvariable: die *kulturelle Distanz*. Berry (1997) bezeichnet mit kultureller Distanz das Ausmaß an kulturellen Unterschieden, welches zwischen der zugewanderten ethnischen Minderheit und der Aufnahmegesellschaft besteht. Generell wird in der Literatur die Auffassung vertreten, dass die Anpassung umso negativer verläuft, je größer die kulturelle Distanz ist (Berry, 1997, 2006c; Berry et al., 2002).

Bei größerer kultureller Distanz ist zur kulturellen Anpassung der Erwerb von Eigenschaften der aufnehmenden Kultur in höherem Maße erforderlich, während gleichzeitig eigene kulturelle Eigenschaften an Stelle dessen aufgegeben werden. Dadurch sind kulturelle Konflikte vorprogrammiert. Auf kulturelle Eigenschaften und Unterschiede, die maßgeblich für die kulturelle Distanz zwischen spanischer und deutscher Kultur sind, wird in Abschnitt 2.2.3.1 eingegangen.

Als *Moderatorvariablen der Aufnahmegesellschaft* sind nach Berry (1990a, b, 1997, 1998, 2006d) das Ausmaß an *kulturell-pluralistischer Ausrichtung*, d. h. ihre *multikulturelle Ideologie* und die *Zuwanderer-Politik* zu nennen. Auf das Ausmaß kulturell-pluralistischer Ausrichtung und die Zuwanderer-Politik der deutschen Aufnahmegesellschaft wird in Abschnitt 2.2.3.2 eingegangen. Eine weitere Moderatorvariable der Aufnahmegesellschaft ist die *Integration der Migranten in das Gesundheitsversorgungssystem*, die in Abschnitt 2.2.3.3 anhand der Integrationsdefizite von Migranten im deutschen Gesundheitsversorgungssystem differenziert dargestellt wird. Sie nimmt auf den Gesundheitszustand über die gesundheitspsychologischen Variablen Einfluss, z. B. über das Gesundheitsverhalten von Migranten und den Kohärenzsinn (Abschn. 2.4.1-2.4.4).

Die *Moderatorvariablen der zugewanderten ethnischen Minderheit* ergeben sich nach Berry (1990a, b, 1997, 1998) durch Wechselwirkung von Eigenschaften aus der Ursprungs- und Aufnahmegesellschaft: Neben *sozialen Eigenschaften*, wie z. B. auseinandergerissene Gemeinschaften und neue, wichtige Bekanntschaften, *kulturellen Eigenschaften*, wie z. B. veränderte Sprache, religiöse Ansichten oder Wertesysteme, können sich auch *ökonomische Eigenschaften* verändern. Darüber hinaus verändern sich die objektiv sichtbaren und charakteristischen Merkmale der zugewanderten Population wie deren *geographische Gegebenheiten*, z. B. veränderte Urbanisation und

Bevölkerungsdichte, und *biologische Eigenschaften*, z. B. andere Essgewohnheiten und weitere Krankheitsrisiken innerhalb der Gruppe. Alle Variablen der genannten Merkmalsbereiche können als Moderatorvariablen auf den Akkulturationsprozess einwirken (Berry, 1990a, b, 1998, 2006d).

Aufgrund der unterschiedlichen Voraussetzungen, die einzelne *ethnische Zuwanderergruppen* anhand ihrer Eigenschaften mitbringen, ist es notwendig, sie in der Migrationsforschung getrennt zu betrachten. Sie lassen sich anhand der Merkmale Freiwilligkeit, geographische Bewegung und Beständigkeit des Kontakts mit der Aufnahmegesellschaft in verschiedene Migrantengruppen einteilen (Berry, 2006b, d; Berry & Kim, 1988; Sam, 2006a): Es ergeben sich kulturübergreifend die Klassifikationen in *ethnische Gruppen (ethnic groups)*, *Ureinwohner (native peoples)*, *Einwanderer (immigrants)*, *Gäste mit befristetem Aufenthalt*, z. B. Touristen (*sojourners*) und *Flüchtlinge (refugees)*. Mit Bezug auf Deutschland sind diese Klassifikationen noch um die Kategorien *Arbeitsmigranten* (Zuwanderer aus den klassischen Anwerbeländern, z. B. Türkei, Spanien, Italien), *Spätaussiedler* (aus der ehemaligen Sowjetunion, Polen, Rumänien), *Asylbewerber*, *Kriegsflüchtlinge* (aus dem ehemaligen Jugoslawien), *Vertriebene* und *Rückkehrer* (Remigration) zu ergänzen (Bade, 1996b; BFSFJ, 2000a; Brucks, 2001; Collatz, 2001b; Frick & Wagner, 1996, zit. n. David & Borde, 2001; Hegemann, 2001b; Pfeiffer, 1995; Weiss, 2003; Zick et al., 2001). Diese Arbeit bezieht sich auf die Gruppe in Deutschland lebender spanischer Gastarbeiter (Arbeitsmigranten), deren spezifische Ausgangssituation und aktuelle Lebenssituation in den Abschnitten 2.2.3.4 und 2.2.3.5 noch näher charakterisiert werden wird.

Berry (1988) nimmt an, dass Immigranten, die in den Akkulturationsprozess freiwillig involviert sind, weniger Probleme haben und sich positiver anpassen als Flüchtlinge und Ureinwohner. Auch Migranten, die unbefristet zuwandern, passen sich positiver an als Zuwanderer mit befristetem Aufenthalt, da diese im Hinblick auf ihre Aufenthaltsdauer mit weniger sozialer Unterstützung auskommen müssen. Eine Konsequenz der unterschiedlichen Merkmale ethnischer Gruppen ist, dass bestimmte Gruppen in Folge der Migration in Bezug auf ihren *Gesundheitszustand* stärker benachteiligt sind als andere. Beispielsweise wird ihr spezifisches Präventionsbedürfnis nicht durch die

medizinischen Versorgungsangebote der Aufnahmebevölkerung abgedeckt (Myers & Rodriguez, 2003; Weilandt, 1999).

2.2.2.2 Moderatorvariablen auf individueller Ebene

In diesem Abschnitt sollen die Moderatorvariablen der individuellen Ebene dargestellt und besonders in Bezug auf ihre gesundheitlichen Konsequenzen erläutert werden, da durch die Fragestellung dieser Arbeit hauptsächlich individuumzentrierte Variablen erfasst werden. Bei strukturellen Variablen auf individueller Ebene wird zwischen Prä- und Postkontakt-Faktoren unterschieden. Beide Variablenarten können von Variablen auf der Gruppenebene abhängen (Berry, 1997; Smith Castro, 2003).

Zu den individuellen Präkontakt-Faktoren zählen der *soziale Status* und die *Statusmobilität* eines Migranten. Sie hängen von Beschäftigungsniveau und Ausbildungsstand ab und haben protektive Funktion in Bezug auf die Gesundheit. Der akkulturate Stress ist umso geringer, je höher die Ausbildung und der damit einhergehende soziale Status ist (Berry, 1997, 2006c; Berry et al., 2002; Schmitz, 2001; Weiss, 2003). Ein Individuum mit einem hohen sozialen Status hat gewöhnlich ein hohes Einkommen sowie einen hohen Beschäftigungsstatus und verfügt über unterstützende Netzwerke etc. Außerdem sind mit zunehmendem Bildungsniveau allgemeine Problemanalyse- und Problemlösungsstrategien besser, und das Individuum bereitet sich dementsprechend stärker auf kulturelle Merkmale der Aufnahmegesellschaft vor, z. B. auf die zu erlernende Sprache oder die veränderten Normen (Berry, 1997; Berry et al., 2002; Weiss, 2003). Nach Myers und Rodriguez (2003) sind darüber hinaus durch einen höheren sozialen Status der Zugang zur Gesundheitsversorgung und das Gesundheitsverhalten besser. Schmitz (2001) prognostiziert ein besonders schlechtes psychisches Befinden, wenn Arbeitslosigkeit vorliegt. Allerdings haben Schmitt-Rodermund und Silbereisen (1999) diesen Zusammenhang lediglich für Männer nachgewiesen.

Ein weiterer Präkontakt-Faktor ist das *Alter*. Verschiedene Autoren nehmen an, dass insbesondere ältere Personen, wie z. B. Rentner, einem erhöhten Risiko für akkulturativen Stress ausgesetzt sind (Berry 1990a, b, 1997, 2006c; Berry et al., 2002, Schmitz, 2001; Smith Castro, 2003). Eine Begründung für das erhöhte Stressrisiko ist nach Berry (1997), dass ältere Personen bereits stärker durch die Kultur der

Ursprungsgesellschaft geprägt wurden und sich dadurch schwerer auf die aufnehmende Kultur einstellen können. Deswegen wenden sie vermehrt die Separations- oder Marginalisierungsstrategie an. Als eine weitere Ursache für das erhöhte Krankheitsrisiko bei älteren Zuwanderern führt Schmitz (2001) an, dass bei ihnen die Aktivität abnimmt und Introversion und Selbstbezogenheit (closed mindness) zunehmen. Das letztgenannte führt dazu, dass die geistige Flexibilität soweit eingeschränkt ist, dass sich die betroffenen Personen nicht ohne Probleme auf neue Situationen einstellen und neue Informationen in ihr Überzeugungssystem integrieren können.

In Folge des Präkontakt-Faktors *Geschlecht* sind Frauen einem höheren Risiko für stresserzeugende Akkulturationsprobleme ausgesetzt. Dieses Stressrisiko wird zusätzlich erhöht, wenn in der Ursprungs- und der Aufnahmegesellschaft unterschiedliche Geschlechterrollen üblich sind und die Frauen dadurch während der kulturellen Anpassung kulturgebundene Konflikte durchleben (Berry 1990a, b, 1997, 2006c; Berry et al., 2002; Schmitz 2001). Allerdings können nach Schmitz (2001) neben der Kultur des Herkunftslandes auch Einflüsse des Ausbildungs- und des Beschäftigungsniveaus auf Geschlechtseffekte einwirken. Weibliche Migranten mit höherem sozialem Status haben oft ein besseres psychisches Wohlbefinden und bessere Gesundheit als jene mit geringerem sozialen Status.

Nach Berry (1990a, b) sind weiterhin psychologische Faktoren als Moderatorvariablen auf individueller Ebene und ihr Einfluss auf die mentale Gesundheit zu beschreiben. Zu den psychologischen Präkontakt-Faktoren zählen seiner Ansicht nach *Kenntnisse der neuen Sprache und der aufnehmenden Kultur, Vorerfahrungen aus interkulturellen Begegnungen, die Migrations-Motive und -Erwartungen* und positive oder negative *Akkulturationseinstellungen*. Bei der mentalen Gesundheit spielen ebenso *Persönlichkeitsfaktoren* wie Werte, Selbstwertgefühl, Identitätskonfusion, Rigidität und kognitiver Stil eine Rolle. In einer Untersuchung von Smith Castro (2003) wird bei Einsatz der Integrationsstrategie ein hohes Selbstwertgefühl belegt. Im Vergleich dazu nimmt dieses bei Separation, gefolgt von Assimilation und schließlich bei Marginalisierung weiter ab. Wie diese Autorin nachweist, steigert ein hoch ausgeprägtes Selbstwertgefühl die mentale Gesundheit.

Berry (1997) ergänzt die genannten Persönlichkeitsfaktoren noch um *generalisierte Kontrollüberzeugung* (*locus of control*), *Introversion* oder *Extraversion* und *Selbstwirksamkeit* (vgl. Berry, 2006c; Kosic, 2006, Smith Castro, 2003). Es gibt jedoch nach Berry und Kollegen (2002) wenige Befunde für die Wirkungsweise dieser Persönlichkeitsfaktoren, da ihre Wirkung zusätzlich von der Passung Person zu Situation abhängig ist. In den Abschnitten 2.4.3 und 2.4.4 soll außerdem auf den für diese Untersuchung relevanten, gesundheitspsychologischen Faktor *Kohärenzsinn* und seine Wirkweise eingegangen werden.

Die Migrations-Motive eines Zuwanderers können freiwillig oder unfreiwillig sein. Sie hängen von den politischen, ökonomischen und demographischen Rahmenbedingungen der Ursprungs- und der Aufnahmegesellschaft ab (Berry, 1997, 1998, 2006b, c; Sam & Berry, 2006). Unfreiwillig sind die Migrations-Motive, wenn die Rahmenbedingungen in der Ursprungsgesellschaft ungünstig sind und die Migration aufgrund von sogenannten *Push-Faktoren*, z. B. Krieg, erzwungen wird. Die Migration erfolgt demgegenüber freiwillig und ist an einen Anreiz gebunden, wenn sogenannte *Pull-Faktoren* der Aufnahmegesellschaft vorliegen, d. h. bessere politische, ökonomische oder demographische Rahmenbedingungen.

Kim (1988, zit. n. Berry, 1997) fand heraus, dass Personen bei starker, unfreiwilliger Migration aufgrund von Push-Faktoren auch stärkere psychische Anpassungsprobleme aufwiesen als solche bei freiwilliger Motivation durch Pull-Faktoren. Trotzdem hatten Personen mit Motiven bedingt durch Pull-Faktoren viele Anpassungsprobleme. Berry (1997) erklärt diese dadurch, dass hohe, unrealistische Erwartungen in Bezug auf das neue Leben im Zuwanderungsland nicht erfüllt wurden (vgl. auch Berry 1990a, b; Berry et al., 2002).

Nach Berry (1990a, b) umfassen die psychologischen Postkontakt-Faktoren die Erfahrungen, die während der Akkulturation mit Mitgliedern der Aufnahmegesellschaft gemacht werden. Neben der Anwendung individueller Akkulturationsstrategien gehören kognitive Bewertungen dazu, die während des Akkulturationsprozesses ablaufen. Ein weiterer psychologischer Postkontakt-Faktor ist nach Berry (1990a, b, 1997) das Durchlaufen der jeweiligen *Akkulturationsphase*, aufgrund des während dieser Phase erlebten Ausmaßes an akkulturativen Stressen (s. Abschn. 2.3.2). Die

Akkulturationsphase wird meistens über die Aufenthaltsdauer der befragten Migranten operationalisiert. Außerdem gibt es die Moderatorvariable *soziale Unterstützung* (s. Abschn. 2.3.5).

Balls Organista und Kollegen (2003, S. 147) sind genau wie Berry (1997) der Ansicht, dass die mentale Gesundheit durch die soziodemographischen Variablen Alter, Geschlecht, Ehestand (insbesondere Witwenstatus), Ausbildungsstand und sozioökonomischer Status moderiert wird. Sie liefern hierzu einen Beleg von Cheung (1995, zit. n. Balls Organista et al., 2003). Er untersuchte mit Hilfe des Fragebogens *General Health Questionnaire (GHQ-28)* die mentale Gesundheit an kambodschanischen Flüchtlingen in Neuseeland. Die befragten Probanden wiesen höhere pathologische Summenwerte des Fragebogens *GHQ-28* auf, wenn sie älter, verwitwet, weniger ausgebildet und in geringfügiger Beschäftigung waren. Dies führte zunächst zu einem geringeren Ausmaß an Akkulturation und daraus resultierend zu beeinträchtigter Gesundheit.

Cortés (2003) belegt in einer weiteren Studie mit in den USA lebenden Puerto-Ricanern ebenfalls den Einfluss verschiedener Moderatorvariablen in Bezug auf das Auftreten von Depression. Das Ausmaß an Depressivität wurde mit der *Symptom-Checklist-90-Revised (SCL-90-R)* gemessen. Außerdem wurden mit Hilfe von qualitativen, inhaltsanalytischen Verfahren zwei weitere Fragebögen entwickelt, die zur Erfassung der puerto-ricanischen versus amerikanischen, akkulturativen Orientierung und den Mediatorvariablen Ärger, Heimweh und Desillusionierung, sogenannter Disstress-Symptome, dienten. Die drei Fragebögen wurden an einer Stichprobe von 642 in New York lebenden Puerto-Ricanern eingesetzt.

Es konnte nachgewiesen werden, dass sich die Zuwanderer, die in Puerto Rico geboren waren, stärker an ihrer eigenen, puerto-ricanischen Herkunftskultur orientierten, während sich Puerto-Ricaner, die in den USA geboren waren, stärker an der amerikanischen Kultur orientierten. Darüber hinaus zeigten die in Puerto Rico geborenen Hispano-Amerikaner ein höheres Ausmaß an Ärger, Heimweh und Desillusionierung sowie Depression, d. h. die erste Generation der Zuwanderer war einem höheren Risiko psychischer Beeinträchtigung ausgesetzt als die nachfolgenden Generationen, weil sie sich kulturell noch nicht angepasst hatte. Nach Cortés (2003)

verringert sich dieses Risiko psychischer Beeinträchtigung bei Migranten der ersten Generation, wenn eine stärkere kulturelle Anpassung durch ein höheres Bildungsniveau oder eine längere Aufenthaltsdauer bei ihnen hervorgerufen wird.

An dieser Studie wird deutlich, dass die von Berry formulierten soziodemographischen Variablen noch um die Variable *Generationsstatus* ergänzt werden sollten. Dabei ist zwischen Personen der ersten Generation, die selbst zugewandert sind, und zwischen Personen ab der zweiten Generation, die bereits in der Aufnahmegesellschaft geboren wurden, einschließlich nachfolgender Generationen, zu unterscheiden. In Anlehnung an die Untersuchung von Cortés (2003) wird angenommen, dass Migranten der ersten Generation häufiger die kulturell-nicht angepassten Strategien Separation und die Marginalisierung an Stelle der anderen beiden Akkulturationsstrategien verfolgen, während Migranten ab der zweiten Generation häufiger die kulturell-angepassten Strategien Assimilation und Integration anwenden. Darüber hinaus wird angenommen, dass Migranten der ersten Generation eine stärker beeinträchtigte psychische Gesundheit aufweisen als die ab der folgenden Generation.

In Tabelle 1 werden die in den letzten beiden Abschnitten dargestellten relevanten Mediator- und Moderatorvariablen des Akkulturationsprozesses zusammengefasst und in Bezug auf die unterschiedlichen Ebenen systematisiert.

Tab. 1: Systematisierung der Moderatorvariablen des Akkulturationsprozesses
(in Anlehnung an Berry, 1997)

		Präkontakt-Faktoren	Postkontakt-Faktoren
<u>Gruppenebene</u>	Ursprungsgesellschaft	-kulturelle Eigenschaften -politische, ökonomische, und demographische Bedingungen	-kulturelle Distanz
	Aufnahmegesellschaft		-kulturell-pluralistische Ausrichtung/multikulturelle Ideologie -Zuwandererpolitik -gesellschaftl. Einstellung gegenüber einzelnen ethnischen Gruppen -Vorurteile und Diskriminierung - Integration der Migranten in das Gesundheitssystem
	zugewanderte ethnische Gruppe	-kulturelle und soziale Eigenschaften -geographische, biologische und ökonomische Eigenschaften -Zuwanderergruppentyp (z.B. immigrants vs. refugees) -Gesundheitszustand	
<u>individuelle Ebene</u>		-sozialer Status und Statusmobilität -Alter und Geschlecht -Migrations-Motive und -Erwartungen -Vorwissen über die aufnehmende Kultur und Sprache -interkulturelle Vorerfahrungen -Persönlichkeitsfaktoren (z.B. Kontrollüberzeugung, Kohärenzsinn)	-Akkulturationsphase (Aufenthaltsdauer) -Akkulturationsstrategien -Copingstrategien -Soziale Unterstützung -Generationsstatus (Cortés, 2003)

2.2.3 Moderatorvariablen der spanischen Ursprungs- und der deutschen Aufnahmegesellschaft

In den folgenden Abschnitten werden die Moderatorvariablen der spanischen Ursprungs- und der deutschen Aufnahmegesellschaft auf der Gruppenebene differenziert beschrieben. Im Einzelnen werden die kulturelle Distanz über die Beschreibung kultureller Unterschiede zwischen Spaniern und Deutschen (Abschn. 2.2.3.1), die Politik und die gesellschaftlichen Einstellungen der Deutschen gegenüber Migranten (Abschn. 2.2.3.2), die Integration der Migranten in das deutsche Gesundheitsversorgungssystem (Abschn. 2.2.3.3.), die Lebenssituation spanischer Arbeitsmigranten in den sechziger Jahren (Abschn. 2.2.3.4) und die aktuelle Lebenssituation der alternden Arbeitsmigranten (Abschn. 2.2.3.5) dargestellt.

2.2.3.1 Kulturelle Unterschiede zwischen Spaniern und Deutschen

Der Vergleich kultureller Unterschiede zwischen Spaniern und Deutschen veranschaulicht, mit welchen kulturellen Unterschieden in Deutschland lebende Spanier konfrontiert werden und welche kulturelle Distanz sie während des Akkulturationsprozesses zu überbrücken haben. Bislang gibt es keine umfassenden Untersuchungen zwischen Spaniern und Deutschen hinsichtlich kultureller Unterschiede. Die Aussagen in diesem Abschnitt über Unterschiede zwischen beiden Kulturen sind als Annahmen formuliert, da die dazu herangezogenen Konstrukte aus Ansätzen der *Cross-Cultural Psychology* stammen und sich überwiegend auf Unterschiede zwischen Lateinamerikanern und Nordamerikanern beziehen. Die aufgestellten Annahmen werden am Schluss dieses Abschnitts in einer Tabelle zusammengefasst.

Die Konstrukte zur Beschreibung kultureller Unterschiede werden auch *kulturelle Syndrome* genannt (vgl. Abschn. 2.1.2: Krause, 2001; Triandis, 1990). Sie setzen sich aus Werten, Einstellungen, Überzeugungen und Verhaltensweisen zusammen und basieren auf der Grundannahme, dass soziales Verhalten durch die Kultur geprägt wird. Kulturelle Syndrome sind nach Triandis (1990) kulturelle Komplexität, Individualismus versus Kollektivismus und einengende versus lockere Kulturen:

Die *kulturelle Komplexität* bezieht sich auf die Komplexität der Anforderungen an eine Person. Sie ist in hochindustrialisierten und technologisierten Gesellschaften meist

höher als in weniger komplexen Kulturen, wie z. B. der lateinamerikanischen Kultur. In komplexen Kulturen müssen am Arbeitsplatz mehrere Tätigkeiten gleichzeitig ausgeführt und auf die Tätigkeiten anderer Personen abgestimmt werden. Dies führt z. B. in der komplexen deutschen Kultur zu einem vermehrten *Beachten der Zeit* und zu spezifischeren Rollen, außerdem zu einer stärkeren Feldunabhängigkeit im Vergleich zu der weniger komplexen spanischen Kultur. Veröffentlichte Befunde belegen, dass Menschen in komplexeren Kulturen mehr Aufmerksamkeit auf die Zeit richten (Levine & Bartlett, 1984; zit. n. Triandis, 1990). Bei Verabredungen mit einem Freund z. B. wird nur eine geringe Verspätung von mehreren Minuten akzeptiert, während man in weniger komplexen Kulturen, wie beispielsweise in Südamerika, mehrere Tage auf einen Freund warten kann.

In komplexen Kulturen steht eine ausgeprägte *Rollenspezifität* den diffusen Rollen in weniger komplexen Kulturen gegenüber. Spezifische Rollen sind durch spezifische Erwartungen an ein Mitglied einer sozialen Gruppe gekennzeichnet und auf konkretes Verhalten bezogen, z. B. die Rollenverteilung zwischen Käufer und Verkäufer. In spanisch-sprachigen Kulturen werden diffuse Rollenschemata mit zusätzlichen Erwartungen und Überzeugungen an den anderen einbezogen. Ein Beispiel für eine diffuse Rollenverteilung ist die zwischen Eheleuten, in denen hinsichtlich der Erwartungen in Bezug auf konkrete Verhaltensweisen zusätzlich religiöse Vorstellungen, politische und ästhetische Präferenzen eine Rolle spielen (Triandis, 1990).

Das Merkmal *Feldunabhängigkeit* bezieht sich auf die individuelle Wahrnehmung eines Objekts als unabhängig von dessen Umgebung. In komplexeren Kulturen besteht eine höhere Feldunabhängigkeit, so dass z. B. Autonomie und Selbstvertrauen bei Kindern häufiger gefördert werden (Triandis, 1990). Für die spanisch-sprachige, weniger komplexe Kultur wird eine stärkere Feldabhängigkeit vermutet. Die Familie stellt einen zentraleren Wert dar und Kinder lösen sich in dieser Kultur erst später aus dem Familienverband heraus als in der deutschen Kultur.

Ein weiteres kulturelles Syndrom nach Triandis (1990) ist *Individualismus versus Kollektivismus*. Individualistische Kulturen zeichnen sich durch eine starke Ich-Zentrierung aus und verfolgen Werte wie Autonomie und Leistungsorientierung,

während kollektivistische Kulturen eher sozial ausgerichtet sind und Werte wie Gruppensolidarität, Unterordnung eigener Bedürfnisse unter Gruppenziele und Gruppenharmonie fördern. Eine kollektivistische Orientierung wird häufiger in Lateinamerika und den mediterranen Ländern wie Spanien angestrebt, während die Länder Nordamerikas und Nordeuropas, also auch Deutschland, eher individualistisch geprägt sind (Bierbrauer, 1996; Pfeiffer, 1995; Yeh, Arora & Wu, 2006). Dies wird auch durch eine Untersuchung von Hofstede (2001) mit 50 Ländern und drei Regionen im Hinblick auf ideale Arbeitsziele bestätigt. Beim *Individualismusindex (IDV)*, als Indikator für eine individualistische Ausprägung, liegt Deutschland vor Spanien.

Triandis (1990) belegt weiterhin in einer Untersuchung vier Faktoren für die Unterschiede zwischen individualistischen und kollektivistischen Kulturen: Während sich in individualistischen Kulturen ein gesundes, *gruppenunabhängiges Selbstbewusstsein* und eine stärkere *Trennung von In-Groups* wie der Familie zeigt, ergibt sich in kollektivistischen Kulturen ein höherer *familiärer Zusammenhalt* und eine *stärkere wechselseitige Abhängigkeit*. In individualistischen Kulturen lösen moderne Einstellungen, wie z. B. beruflicher Erfolg, traditionelle Vorstellungen ab, wie z. B. die Pflege der Eltern im Alter.

Ein weiteres Unterscheidungsmerkmal zwischen kollektivistischen und individualistischen Kulturen ist die bei ersteren stärker ausgeprägte *Beziehungsorientierung*: In kollektivistischen Kulturen werden stärker Hierarchien wie die des Vaters als Oberhaupt der Familie oder die Vorrangstellung des Mannes gegenüber der Frau betont und häufiger Harmonie und eine homogene Gruppenzusammensetzung präferiert. Es wirken wenige, stabile *In-Groups* auf das Individuum ein. In individualistischen Kulturen werden in *In-Groups* eher Konfrontationen ausgetragen und das Individuum von verschiedenen *In-Groups* beeinflusst, deren Anforderungen sich teilweise widersprechen (Triandis, 1990; Yeh et al., 2006).

In kollektivistischen Kulturen wird das *Selbst* und damit verknüpftes Selbstvertrauen eher auf die Gruppe bezogen, während in individualistischen Kulturen das Selbst als von Gruppen unabhängig definiert wird und sich das Selbstvertrauen über das Verfolgen eigener Ziele unabhängig von anderen Personen steigert (Triandis, 1990).

Weiterhin gibt es Unterschiede zwischen beiden Ausrichtungen dieses kulturellen Syndroms in Bezug auf das *Verhalten gegenüber anderen Personen*: In kollektivistischen Kulturen verhalten sich Personen gegenüber Mitgliedern der eigenen In-Group als gastfreundlich, kooperativ und hilfsbereit. Gegenüber Mitgliedern der *Out-Group* und Fremden verhalten sich Angehörige kollektivistischer Kulturen häufig unhöflich. In individualistischen Kulturen verhalten sich Personen gegenüber Fremden in der Regel eher höflich. Bei der *Kommunikation* beziehen kollektivistisch sozialisierte Personen meistens den Kontext der Botschaft mit ein, z. B. verbale Assoziationen, Gesten, Körperhaltung und Mimik des Gegenübers. Ihre Kommunikation ist durch Bezüge zu religiösen Anschauungen und ideologischen Ausrichtungen eingefärbt (Triandis, 1990).

Bezogen auf das dritte kulturelle Syndrom von Triandis (1990) die *einengende versus lockere Ausrichtung*, wird die deutsche Kultur den einengenden Kulturen und die spanische Kultur den lockeren Kulturen zugeordnet. Angehörige einengender Kulturen richten sich besonders stark nach bestimmten Normen aus, Abweichungen von den Normen werden weniger toleriert und ziehen Sanktionen nach sich. Angehörige lockerer Kulturen haben demgegenüber mehr Spielraum innerhalb der vorgegebenen Normen. Folglich wird das Beachten der Normen durch die jeweils andere Kultur unterschiedlich und kulturbedingt wahrgenommen. Personen aus einengenden Kulturen können von jenen aus lockeren Kulturen als rigide, unflexibel und manchmal autoritär wahrgenommen werden, während Personen aus lockeren Kulturen von jenen aus einengenden Kulturen als unberechenbar und undiszipliniert wahrgenommen werden können (ebd.). Das lockere Beachten institutioneller, bürokratischer Normen bei der spanischen Kultur schließt die stärkere Beachtung von In-Group-Normen in kollektivistischen Kulturen hinsichtlich familiärer Vorstellungen nicht aus.

Neben diesen drei eher allgemein gehaltenen Beschreibungsskalen kultureller Syndrome stellt Triandis (1990) drei weitere spezifische Skalen vor, die zu kulturellen Unterschieden in Werten und Verhaltensweisen zwischen Personen verschiedener Kulturen führen können: Maskulinität versus Femininität, emotionale Kontrolle versus Emotionsausdruck und Kontakt versus Nicht-Kontakt.

Mit Bezug auf die Skala *Maskulinität versus Femininität* wird für die individualistische, deutsche Kultur eine maskuline Ausprägung angenommen. In maskulinen Kulturen sind Werte anzutreffen wie Erfolg bei der Arbeit, Leistung und Fortschritt, so dass es darauf ankommt stark und effektiv zu sein. Für die kollektivistische, spanische Kultur wird eine feminine Ausprägung angenommen. Werte, die in dieser Kultur zählen, sind Lebensqualität, gute zwischenmenschliche Beziehungen, Erziehung und Sorge für andere (vgl. auch Kolcak, 1995).

Mit Bezug auf die Skala von Triandis (1990) *emotionale Kontrolle versus Emotionsausdruck* wird für individualistische Kulturen im Norden Europas eher die Kontrolle von Emotionen erwartet, während für die kollektivistischen Kulturen der südeuropäischen Länder das offene Ausdrücken von Emotionen erwartet wird. Angehörige der südeuropäischen Länder, z. B. Spanier, die in den Norden Europas migrieren, müssen ihre Emotionen stärker kontrollieren. Da bei ungehemmtem Emotionsausdruck auch feindselige Gefühle ausgedrückt werden, ist dies förderlich für die mentale Gesundheit. Insofern kann nach Triandis (1990) auch der Wechsel von der spanischen Kultur in die deutsche Kultur mit daraus folgendem verringerten Emotionsausdruck zu einem erhöhten Risiko für die mentale Gesundheit von Spaniern führen.

Die dritte spezifische Skala bezieht sich auf *Kontakt- versus Nicht-Kontakt-Kulturen* (Triandis, 1990). Mediterrane Kulturen wie Spanier werden eher zu den Kontaktkulturen gezählt, mit vielen Berührungen, großer körperlicher Nähe und einer lauten Art zu sprechen (Hall, 1959, zit. n. Triandis, 1990). Im Norden Europas, also auch in Deutschland, treten häufiger Nicht-Kontakt-Kulturen auf, mit einem geringeren Kontakt der Menschen untereinander. Die unterschiedliche Kontaktausprägung kann zu kulturellen Missverständnissen führen. Mitglieder der Kontakt-Kulturen nehmen Mitglieder der Nicht-Kontakt-Kulturen oft als distanziert und kühl wahr (Triandis, 1990).

Akkulturation wirkt auf die dargestellten kulturellen Syndrome und Merkmale der kulturspezifischen Skalen. Hierbei werden besonders die sichtbaren Elemente an die der Aufnahmegesellschaft kulturell angepasst, z. B. Speisen und Kleidung. Die nicht

sichtbaren Bestandteile der eigenen Kultur, wie religiöse Überzeugungen oder zentrale Werte, werden in stärkerem Maße aufrechterhalten.

Mit zunehmender kultureller Distanz zwischen den Kulturen wird die mentale Gesundheit stärker beeinträchtigt (vgl. Abschnitt 2.2.2.1: Berry 1997, 2006c; Berry et al., 2002). Einen Befund dafür liefert Schmitz (1992a). Die signifikanten, positiven Korrelationen zwischen Separationsstrategie und psychosomatischen Beschwerden nehmen mit zunehmender kultureller Distanz zwischen deutscher Bevölkerung und verschiedenen zugewanderten, ethnischen Gruppen zu: Bei Einwohnern mit deutscher Kultur und bei osteuropäischen, deutschsprachigen Aussiedlern sind die Korrelationen relativ gering. Sie nehmen im Vergleich dazu bei Südeuropäern und am stärksten bei nordafrikanischen Zuwanderern zu.

Die kulturelle Distanz und die unterschiedlichen kulturellen Syndrome und Eigenschaften werden für die spanische und die deutsche Kultur in Tabelle 2 gegenübergestellt:

Tab. 2: Kulturelle Syndrome und Eigenschaften von Spaniern und Deutschen
(in Anlehnung an Triandis, 1990)

Kulturspezifische Syndrome/ Skalen	Spanier	Deutsche
Kulturelle Komplexität	-weniger komplexe Kultur -geringer Stellenwert der Zeit -diffuse Rollen -Feldabhängigkeit	-komplexe Kultur -hoher Stellenwert der Zeit -spezifische Rollen -Feldunabhängigkeit
Individualismus vs. Kollektivismus	<i>kollektivistische Kultur:</i> -familiärer Zusammenhalt -wechselseitige Abhängigkeit -Relevanz vertikaler Beziehungen (Hierarchien) -Harmonie und Homogenität in In-Groups -Definition des Selbst über die Gruppe -Höfliches, respektvolles Verhalten nur in der In-Group -kontextgebundene Kommunikation mit Mimik, Gestik, religiösen und ideologischen Einfärbungen	<i>individualistische Kultur:</i> -frühe Trennung von In-Groups -gruppenunabhängiges Selbstvertrauen -Relevanz horizontaler Beziehungen -Konfrontation in der In-Group bei Konflikten -Definition des Selbst über eigenständig verfolgte Ziele -Höfliches, respektvolles Verhalten auch gegenüber Mitgliedern der Out-Group -nicht-kontextgebundene Kommunikation mit reserviertem Verhalten
Einengende vs. lockere Kulturen	<i>lockeres</i> Verfolgen institutionalisierter Normen im Vergleich zu strengeren In-Group-Normen	grundsätzlich <i>enger</i> Spielraum beim Verfolgen von Normen
Maskulinität-Feminität	<i>feminine Kultur:</i> Freundlichkeit und Fürsorglichkeit als Wert	<i>maskuline Kultur:</i> Werte wie Erfolg, Arbeit und Leistung
Emotionsausdruck	<i>Ausdruck von Emotionen</i>	<i>emotionale Kontrolle</i>
Körperkontakt	<i>Kontakt-Kultur</i>	<i>Nicht-Kontakt-Kultur</i>

2.2.3.2 Die deutsche Aufnahmegesellschaft

In diesem Abschnitt werden die Moderatorvariablen der Aufnahmegesellschaft und ihr Einfluss auf das Ergebnis psychischer Adaptation bei spanischen Migranten beschrieben. Georgas und Papastyliou (1994, S.158f) formulieren in Anlehnung an die vier Akkulturationseinstellungen bei Einzelpersonen ein mehrdimensionales Schema zur Klassifikation von Akkulturationseinstellungen der Aufnahmegesellschaft, das aus den Faktoren *Immigrationspolitik* und *kulturelle Struktur* resultiert (s. Tab. 3 und vgl. Abschn. 2.2.2.1).

Die Immigrationspolitik lässt sich durch zwei Kategorien charakterisieren: *Integration* und *Separation*. Die Politik der Integration fördert den Aufenthaltsstatus der Migranten, ihre Einbürgerung und die Integration der Migranten in die Aufnahmekultur. Innerhalb der Integrationspolitik wird zwischen einer *multikulturellen Politik* wie in Kanada und zwischen einer *assimilativen Schmelztiegelpolitik* wie in den USA differenziert (vgl. Berry, 2006b; BFSFJ, 2000a; Deaux, 2000; Noels & Berry, 2006).

Die Politik der Separation ist auf befristete Immigration ausgerichtet. Die Migrationspolitik in Deutschland stufen Georgas und Papastyliou (1994) als separativ ein, da Konzepte der zeitweiligen Einbürgerung von Gastarbeitern oder Flüchtlingen zu einer Separation der Migranten von der Mehrheitsgesellschaft führen (vgl. auch Heitmeyer et al., 1997, zit. n. Sauer & Halm, 2005; Koopmans & Statham, 2000, zit. n. Phalet & Kosic, 2006; Özdemir, 2005; Zick et al., 2001). Die Separation der Migranten äußert sich in einer eingeschränkten Partizipation an gesellschaftlichen Ressourcen wie Unterbringung, medizinische Versorgung und Inanspruchnahme politischer Rechte (Berry, 1990a, b). Sie hat eine subjektive Wahrnehmung geringerer sozialer Teilhabechancen (*Status-Deprivation*) bei den Migranten zur Folge und ein Gefühl von Benachteiligung. Die Migranten setzen vermehrt eine Separationsstrategie ein, der akkulturate Stress steigt, so dass das Ergebnis psychischer Adaptation negativ ist. Auch der Einsatz der gesundheitsfördernden Strategien Integration und Assimilation erweist sich bei einer Politik der Separation als Konflikt behaftet und ist mit psychischem Stress verknüpft (Assion, 2005b; Berry 1990a, b; Bourhis, Moise, Perreault & Senéca, 1997, zit. n. Smith Castro, 2003; Sauer & Halm, 2005).


Als zweiter Faktor wird von Georgas und Papastylianou (1994) die kulturelle Struktur des Aufnahmelandes verwendet. Die Autoren ordnen Kanada und den USA eine *multikulturelle* und demgegenüber Deutschland und Griechenland eine *homogene kulturelle Struktur* zu. Kulturelle Struktur und Immigrationspolitik haben Einfluss auf die *Einstellungen der einzelnen Mitglieder der Bevölkerungsmehrheit* gegenüber den zugewanderten Minderheiten. Berry (1990a, b) nimmt an, dass eine multikulturelle Struktur mit einer *pluralistischen Einstellung* der Aufnahmegesellschaft zusammenhängt. Sie wird von ihm auch als *multikulturelle Ideologie* bezeichnet. Pluralistische Gesellschaften sind dadurch gekennzeichnet, dass sie die kulturelle Vielfalt fördern. Sie unterstützen die Migranten während des Akkulturationsprozesses und verfügen über Netzwerke sozialer und kultureller Gruppen für Migranten. Demgegenüber ist anzunehmen, dass homogen ausgeprägte Kulturen wie z. B. die deutsche Kultur mit *monistischen Einstellungen* der Aufnahmegesellschaft zusammenhängen. In einer monistisch orientierten Gesellschaft wird kulturelle Einheitlichkeit von den einzelnen Mitgliedern erwartet (vgl. auch Berry, 2006b, c; Matter, 2002; Sam, 2006a).

Die Einstellung der Aufnahmegesellschaft ist eine Moderatorvariable in Berrys Akkulturationsmodell, da sie Einfluss auf die verfolgte Akkulturationsstrategie des zugewanderten Individuums hat (Berry, 1998; Schmitz, 2001; Ward & Leong, 2006). Während pluralistische Gesellschaften vermehrt die Integrationsstrategie auf individueller Ebene fördern, werden in monistischen Gesellschaften mit einer homogenen kulturellen Struktur eher die Assimilations-, die Separations- und die Marginalisierungsstrategie bevorzugt (Berry 1990a, b; Zick et al., 2001). Neben einer Förderung der Integrationsstrategie bei Migranten gibt es in pluralistischen Gesellschaften auch weniger Vorurteile und Diskriminierung. Dies wirkt sich günstig auf die Gesundheit aus (Berry, 1997, 1998, 2006b, c; Berry et al., 2002; Ehrensaft & Tousignant, 2006; Smith Castro, 2003; Ward & Leong, 2006).

Die Aufnahmegesellschaften unterscheiden sich in ihren ethnischen und rassistischen *Einstellungen gegenüber bestimmten ethnischen Gruppen*, so dass eine Hierarchie der einzelnen Gruppen im Zuwanderungsland entsteht und die Gruppen in jeweils unterschiedlichem Ausmaß Akzeptanz oder Vorurteile und Diskriminierung erfahren. Dies kann zu variablem Wohlbefinden verschiedener ethnischer Gruppen führen (Berry, 1990a, b; Deaux, 2000; Vahedi, 1996; Zick et al., 2001).

In der folgenden Tabelle 3 werden die einzelnen Moderatorvariablen der Aufnahmegesellschaft sowie die Annahmen zusammengefasst, die Georgas und Papastylianou (1994) bezüglich der Zuwandererpolitik, der kulturellen Struktur sowie der gesundheitlichen Konsequenzen von Migranten in Deutschland machen.

Tab. 3: Die Moderatorvariablen der Aufnahmegesellschaft und ihre gesundheitsbezogenen Auswirkungen (in Anlehnung an Georgas & Papastylianou, 1994)

	Immigrationspolitik	kulturelle Struktur	Einstellungen der Aufnahmegesellschaft gegenüber Migranten	Einstellungen gegenüber bestimmten ethnischen Gruppen
Moderatorvariable	Separation vs. Integration (assimilativ o. multikulturell)	homogen vs. multikulturell	monistisch vs. pluralistisch	Diskriminierung vs. Akzeptanz
Annahme für Deutschland	Separation	homogen	monistisch	
				
gesundheitliche Konsequenzen für Migranten in Deutschland			<p>häufiger negativ, da in monistischen Gesellschaften</p> <ul style="list-style-type: none"> • die Separations-, Assimilations- und Marginalisierungsstrategie gefördert werden, • es mehr Vorurteile und Diskriminierung • und einen verminderten Zugang zu den gesellschaftlichen Ressourcen in Folge von Separationspolitik gibt. 	

In der Literatur gibt es Untersuchungen, die einen Zusammenhang von Vorurteilen und Diskriminierung mit verringerter mentaler Gesundheit und einem höheren Ausmaß an körperlichen Beschwerden belegen (Sasao & Chun, 1994; Vahedi, 1996). Zarifoglu und Zeiler (1995) begründen den beeinträchtigenden Einfluss ethnischer Diskriminierung auf die Gesundheit durch eine Zunahme des akkulturativen Stresses aufgrund einer als konflikthaft erlebten Diskrepanz zwischen den ursprünglichen Zielen und den eingeschränkten Realisierungsmöglichkeiten dieser Ziele im Aufnahmeland. Smith Castro (2003) liefert einen Beleg dafür, dass bei ethnischer Diskriminierung ein schlechteres mentales Befinden über ein verringertes Selbstwertgefühl zustande kommt.

In ihrer Untersuchung mit schwarzen und weißen High-School-Studenten in Costa-Rica weist diese Autorin bei Einsatz von Assimilations- und Integrationsstrategie einen hohen interethnischen Kontakt nach. Daraus resultiert bei Assimilation eine geringer subjektiv wahrgenommene ethnische Diskriminierung. Demgegenüber wird bei Einsatz von Separation und Marginalisierung der interethnische Kontakt vermindert und eine hohe ethnische Diskriminierung von den befragten Probanden wahrgenommen.

Im Folgenden sollen die Aussagen von Georgas und Papastylianou (1994) im Hinblick auf juristische, soziologische und historische Erklärungsansätze zur Entwicklung der Zuwanderungspolitik und zu Einstellungen der Bevölkerungsmehrheit in Deutschland betrachtet werden. Es soll abgeleitet werden, welche Akkulturationsstrategien von Migranten durch den Einfluss der deutschen Aufnahmegesellschaft begünstigt werden. Da angenommen wird, dass ein großer Anteil an Probanden dieser Untersuchung aus der Gastarbeitergeneration (etwa von 1960-1980) stammt, wird bei den folgenden Ausführungen insbesondere die deutsche Gastarbeiterpolitik dargelegt. Historische Ansätze müssen mit einbezogen werden, da sich mit zunehmender Aufenthaltsdauer Politik und Einstellungen der Aufnahmegesellschaft und somit die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen gegenüber spanischen Migranten verändert haben:

Die Bundesrepublik Deutschland ist kein klassisches Einwanderungsland wie die USA oder Kanada, so dass eine konsistente Einwanderungspolitik fehlt. Unter bestimmten Bedingungen wird die Einwanderung erleichtert. Aber die fehlende gesellschaftliche Akzeptanz kultureller Pluralität führt zu einer restriktiven gesellschaftlichen Eingliederung (Bade, 1990; BFSFJ, 2000a; Rittstieg, 1994). Dem gemäß ist die Politik in Deutschland separativ und die Gesellschaft monistisch ausgerichtet. Zwar gibt es keinen Hinweis auf eine besondere Fremdenfeindlichkeit der deutschen Bevölkerung, allerdings treten fremdenfeindliche Tendenzen immer wieder bei Konkurrenz um knappe gesellschaftliche Güter wie z. B. Arbeitsplätze auf (Rittstieg, 1994).

Die Gastarbeiterpolitik begann 1955 mit dem ersten *Anwerbevertrag* zwischen Deutschland und Italien, weil der Arbeitskräftebedarf der expandierenden deutschen Wirtschaft nicht mehr gedeckt werden konnte. Weitere Anwerbeverträge mit Anrainerstaaten des Mittelmeers folgten. 1960 wurde eine Vereinbarung mit der spanischen Regierung getroffen, Gastarbeiter für den deutschen Arbeitsmarkt zu werben

(Al-Jaar, 2002; Assion, 2005a; Bade, 1996b; BFSFJ, 2000a, b; Brucks, 2001; John, 2000; Marschalck, 2000; Nusser, 1992; Özcan & Seifert, 2006; Rittstieg, 1994; Sayler, 1987). Die Aufenthaltsdauer der angeworbenen Gastarbeiter war auf ein bis zwei Jahre befristet und ihr Aufenthaltsstatus ungesichert, da es für eine dauerhafte Eingliederung in der Bundesrepublik kein umfassendes und langfristig angelegtes Integrationskonzept gab. Die „Ausländerpolitik“ bestand aus der auf die zugewanderten Arbeitsmigranten angewendete Arbeitsmarktpolitik (Bade, 1996b; BFSFJ, 2000a; Rittstieg, 1994; Zick et al., 2001). Dies weist auf eine separative Immigrationspolitik in Deutschland hin.

Mit dem sogenannten *Verfestigungserlass* von 1978 wurde die Erteilung von unbefristeten Aufenthaltserlaubnissen und Aufenthaltsberechtigungen möglich. Sie wurden später von dem 1991 in Kraft getretenen *Ausländergesetz* übernommen. Das neue Ausländergesetz regelt neben der Zuwanderungsbegrenzung, die Aufenthaltsberechtigung der Ausländer, die Sicherung von Wohnraum und Einkommen und eine zunehmende politische Mitbestimmung der Migranten (Al-Jaar, 2002; BFSFJ, 2000a; Rittstieg, 1994).

Wachsende Aufenthaltsdauer führte zu verstärktem Familiennachzug, und aus Gastarbeitern wurden Einwanderer. Weiterhin wurde nach Aufhebung des *Anwerbestopps* von 1973 die Möglichkeit der Beantragung unbefristeter Aufenthaltsberechtigungen vermehrt in Anspruch genommen (Al-Jaar, 2002; Assion, 2005a; Bade, 1996b; BFSFJ, 2000a; Brucks, 2001; Marschalck, 2000; Matter, 2002; Meier-Braun, 1998; Özcan & Seifert, 2006; Rittstieg, 1994; Ulrich, 2001).

Dabei nahm die deutsche Aufnahmebevölkerung die Gastarbeiter zunehmend als Konkurrenten auf dem Wohnungs- und Arbeitsmarkt wahr. Es kam zu fremdenfeindlichen Einstellungen gegenüber Ausländern, die durch den *Kabinettsbeschluss der Bundesregierung* von 1981 zur Beschränkung des Familiennachzugs verstärkt wurden und durch das *Gesetz der Rückkehrbereitschaft* von 1983 in das Herkunftsland (BFSFJ, 2000a; Rittstieg, 1994; Sayler, 1987). Die separativ orientierte Politik und die gesellschaftliche Diskriminierung in Deutschland nahmen somit Anfang der achtziger Jahre zu.

Ende der achtziger Jahre nahmen Vorurteile und Diskriminierung gegenüber Gastarbeitern mit den aufkeimenden Angst- und Abschottungsreaktionen der deutschen Bevölkerung gegenüber einer steigenden Anzahl von Asylanten wieder ab (Bade, 1996b; BFSFJ, 2000a; Meier-Braun, 1998; Rittstieg, 1994; Süßmuth, 2005; Zick et al., 2001). Das Ansehen der ehemaligen Gastarbeiter besserte sich außerdem mit der *Freizügigkeitspolitik der EG*, da die europäische Entwicklung von der deutschen Bevölkerung positiv eingeschätzt wurde und die ehemaligen Gastarbeiter als EG-Angehörige in Bezug auf sozial- und arbeitsrechtliche Regelungen gleichgestellt wurden (Rittstieg, 1994).

Gastarbeiter werden allerdings im Vergleich zu Aussiedlern bei der sprachlichen, beruflichen und sozialen Eingliederung in den letzten Jahrzehnten benachteiligt. Diese institutionelle Diskriminierung hat einen sozialen Rückzug der Gastarbeiter in nationale, ethnische und religiöse Strukturen aus der Herkunftsgesellschaft und eine steigende Anzahl von Migrantenghettos zur Folge (BFSFJ, 2000a; Rittstieg, 1994; Sayler, 1987). Neben dem anfangs unregelmäßigen Aufenthaltsstatus der Gastarbeiter ruft diese institutionelle Diskriminierung einen vermehrten Einsatz der Separationsstrategie bei den zugewanderten Spaniern hervor.

Auf der anderen Seite bestand nach Inkrafttreten des Verfestigungserlasses von 1978 zur rechtlichen Absicherung eines unbefristeten Aufenthaltsstatus die Notwendigkeit, die im Land verbliebenen Gastarbeiter gesellschaftlich zu integrieren. Erstmals 1980 verabschiedete die SPD geführte Bundesregierung ein *Grundsatzkonzept für die Integration ausländischer Arbeitnehmer* und ihrer Familien (Sayler, 1987). Das Konzept wurde nach dem Regierungswechsel von der Bundesregierung unter Bundeskanzler Kohl weiterverfolgt: 1983 wurde die *Ausländerpolitische Grundposition der Bundesregierung* verabschiedet, wonach

„...die weitere Zuwanderung von Ausländern in die BRD wirksam zu begrenzen, die Rückkehrbereitschaft zu stärken sowie die wirtschaftliche und soziale Integration der seit vielen Jahren in der BRD lebenden Ausländer zu verbessern und ihr Aufenthaltsrecht zu präzisieren ist.“

(ITZ Info-Dienst, 1983, S.7, zit. n. Sayler, 1987, S. 30)

Weitere sich daran anschließende Entwicklungen der Debatte um die Ausländerpolitik der BRD können bei Saylor (1987, S. 28 f) nachgelesen werden.

Von spanischer Seite erfolgten die Integrationsbemühungen in Deutschland bereits ab 1970 durch die Einrichtung von Anlaufstellen für Spanier, der Casas de España, Beratungsstellen der Konsulate für Erziehungs-, Schulfragen und Arbeitsrecht; das Instituto Español de Emigración (IEE) arbeitet seitdem mit Betreuungsstellen der Caritas zusammen. Ab 1972 setzte sich der in Deutschland gegründete spanische Elternverein für die Einschulung der spanischen Kinder in deutsche Regelklassen ein. Daraus resultierten bessere schulische Abschlüsse und ein höherer Anteil an Ausbildungsplätzen für Spanier. Die Integrationsbemühungen wurden darüber hinaus seit Ende der siebziger Jahre durch stärkere Verbandsarbeit mit spanischen Vereinen und Jugendverbänden in Deutschland fortgeführt (Saylor, 1987).

Diese Integrationsarbeit mit spanischen Migranten und die ausländerpolitische Grundposition der Bundesregierung seit 1983 in Richtung einer stärkeren Integration der eingebürgerten Zuwanderer sprechen für die Umorientierung der deutschen Ausländerpolitik von einer separativ orientierten Politik zu einer assimilativ orientierten Integrationspolitik (vgl. BFSFJ, 2000a; Zick et al., 2001). Bereits im *Sechsten Familienbericht* des Bundesministeriums für Familien und Soziales (BFSFJ, 2000a) ist nachzulesen, dass die Bundesregierung, Länder und Kommunen in zahlreichen Programmen Maßnahmen zur fachlichen und organisatorischen Unterstützung von Institutionen zur Integration gefördert haben. Durch Geltung der sozialstaatsrechtlichen Leistungen für Migranten werden diese in gleichem Maße wie die deutsche Bevölkerung an staatlichen Ressourcen beteiligt. Nach Ansicht des Bundesministeriums führen diese Maßnahmen zu einem vermehrten Einsatz der Assimilations- und Integrationsstrategie (ebd.).

Diese Auffassung wird jedoch durch das *Gesetz zur Reform des Staatsangehörigkeitsrechts* von 2000 relativiert (John, 2002). Zwar erfolgt der Erwerb der deutschen Staatsangehörigkeit durch Geburt im Inland, und die zur Einbürgerung erforderliche Mindestaufenthaltszeit in der BRD ist verkürzt, allerdings ist die Einbürgerung an eine ausreichende Kenntnis der deutschen Sprache als ein „bedeutendes Integrationskriterium“ gekoppelt und muss nachgewiesen werden. Die

Koppelung der Einbürgerung an ein „bedeutendes Integrationskriterium“ spricht eher für einen gesellschaftlich erwarteten Einsatz der Assimilations- als der Integrationsstrategie bei Migranten (ebd.).

Ein neuer Artikel im *Vertrag zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft* von 1999 spricht für politische Bestrebungen auf bundes- und europapolitischer Ebene Diskriminierung aufgrund ethnischer Zugehörigkeit rechtlich einzuschränken (John, 2002):

„...kann der Ministerrat auf Vorschlag der Kommission und nach Anhörung des Europäischen Parlaments einstimmig geeignete Vorkehrungen treffen, um Diskriminierung aus Gründen des Geschlechts, der Rasse, der ethnischen Herkunft, der Religion oder der Weltanschauung, einer Behinderung, des Alters oder der sexuellen Ausrichtung zu bekämpfen.“

(Artikel 13 des Amsterdamer Vertrages (EGV),
1999, zit. n. John, 2002, S. 31)

Es lassen sich weitere Beispiele der politischen Einschränkung von Diskriminierung bis zum Jahr 2000 anführen: das *10-Punkte-Programm gegen Rechtsextremismus, Fremdenfeindlichkeit und Antisemitismus* des Berliner Senats mit konkreten Umsetzungsmaßnahmen, das *Bündnis für Demokratie und Toleranz - gegen Extremismus und Gewalt* zur Sensibilisierung der Öffentlichkeit in Bezug auf Diskriminierung und die Initiative der Bundesregierung für *Arbeit und Qualifizierung gegen Rassismus und Fremdenfeindlichkeit* zur Präventionsarbeit mit Jugendlichen (BFSFJ, 2000a; John, 2002).

Meier-Braun (1998) zieht nach der 40-jährigen Geschichte der Gastarbeiter-Politik in Deutschland folgende Bilanz: Zwar sind im Laufe der Jahre viele Verbesserungen der Integrationspolitik erreicht worden, aber gleichzeitig wird die Integrationspolitik der deutschen Bundesregierung dadurch erschwert, dass sie auf „Integration und Rückkehr“, zwei konträre Zielvorstellungen, ausgerichtet ist (vgl. Bade, 1996a; BFSFJ, 2000a). In Übereinstimmung mit Georgas und Papastylianou (1994) kann die Hypothese einer separativen Orientierung der deutschen Aufnahmegesellschaft zunächst als bestätigt gelten. Nach Inkrafttreten des Verfestigungserlasses von 1978 und ersten Ansätzen mit integrationspolitischen Zielen entwickelt sich eine monistische

gesellschaftliche Ausrichtung bei einer zugrundeliegenden homogenen kulturellen Orientierung der Deutschen. Es wird von den Migranten der Einsatz der Assimilationsstrategie gesellschaftlich erwartet.

Daraus lässt sich folgende Hypothese ableiten: Für die erste Generation der zugewanderten spanischen Gastarbeiter wird eine Präferenz für die Separationsstrategie und ab der zweiten Generation eine Präferenz für die Assimilationsstrategie angenommen. Weitere politische Maßnahmen der multikulturellen Öffnung der deutschen Aufnahmegesellschaft sind in Zukunft erforderlich, um den zugewanderten Migranten den Einsatz der gesundheitsfördernden Integrationsstrategie zu ermöglichen (vgl. Beck, 2005; Sauer & Halm, 2005 und s. Kap. 3).

2.2.3.3 Integration der Migranten in das deutsche Gesundheitsversorgungssystem

Im Akkulturationsmodell von Berry (1997) wird als weitere Moderatorvariable der Aufnahmegesellschaft die Integration der Migranten in das deutsche Gesundheitsversorgungssystem verwendet. Die den Migranten bereitgestellte medizinische und psychosoziale Versorgung hat nicht nur über stresspsychologische Prozesse Einfluss auf ihre Gesundheit, sondern auch über gesundheitspsychologische Prozesse beschrieben durch Mediatorvariablen, wie beispielsweise Kohärenzsinn und daraus resultierendes Gesundheitsverhalten (vgl. Abschn. 2.4.1 – 2.4.4). Anhand der dargestellten Integrationsdefizite werden Verbesserungsvorschläge für das deutsche medizinische Versorgungssystem abgeleitet. Konkrete Lösungsbeispiele sollen Anregung für weitere politische Maßnahmen zur Integration bieten.

Bei einem Expertenworkshop der Beauftragten der Bundesregierung für Ausländerfragen im Juli 1999 wurden von den Teilnehmern folgende Probleme bei der Einbindung der Migranten in das deutsche medizinische Versorgungssystem benannt (Albrecht, 1999; Bilgin, 1999; Geiger, 1999; Gün, 1999; Gürtler, 1999; Habermann, 1999; Heilbronn, 1999; Jordan, 1999; Koch, 1999; Monzel, 1999; Weber, 1999; Weilandt, 1999; Zenker, Mohammadzadeh & Hilbert, 1999):

- Ärzten, Pflegepersonal und anderen im Gesundheitswesen tätigen Berufsgruppen fehlen *sprachliche und interkulturelle Kompetenzen*. Dieses Defizit führt oft zu Missverständnissen, Fehldiagnosen, Wiederholung von Therapien, längeren Liegezeiten und finanziellem

Mehraufwand (vgl. auch BFSFJ, 2000a; Borde, 2001; Collatz, 1995, 2001b; Eberding, 1995; Ete, 1995; Geiger, 2001; Glier, Tietz & Rodewig, 2001; Grieger & Geiger, 2000; Habermann, 2001; Hegemann, 2001a; Heilbronn, 1995; Koch, 2005; Lettau, 2000; Marschalck, 2000; Özcan & Seifert, 2006; Salman, 2001; Zimmermann, 1995).

- Es gibt zahlreiche *Zugangsbarrieren* für die Inanspruchnahme der Einrichtungen des Gesundheitswesens durch die z. T. benachteiligende soziale, wirtschaftliche und aufenthaltsrechtliche Situation der Migranten. Abschreckend wirkt oft auch die kulturelle Distanz, wie folgende Beispiele zeigen: Arbeitsmigranten der ersten Generation mit durch ihre somatischen Beschwerden im Bewegungsapparat und Herzkreislaufsystem bedingten depressiven Verstimmungen werden häufig zu spät an einen Psychiater überwiesen. Migranten der zweiten Generation können aufgrund unzureichender Sprachkenntnisse häufig keine ambulante Psychotherapie durchführen. Migranten der dritten Generation mit Drogenkonsum und z. T. psychotischen Erkrankungen gelangen nach akuter psychiatrischer Versorgung im Krankenhaus meist nicht in sozial-psychiatrische Einrichtungen (vgl. Assion, 2005b; Beck, 2005; BFSFJ, 2000a; Collatz, 2001b; Fischer, 2005; Geiger, 2001; Glier et al., 2001; Kentenich, David, Yüksel & Pette, 2001; Koch, 2005; Lazaridis, 1988, zit. n. Salman & Tuna, 2001; Lettau, 2000; Weber, 2000; Weiss, 2003).
- *Informationsdefizite* von Migranten über medizinische Vorsorge- und Versorgungsangebote führen zu einem erhöhten Risiko einer Chronifizierung von Erkrankungen und zu einer geringeren Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen, insbesondere im Bereich der HIV- und Suchtprävention, aber auch bei Hepatitis B - Erkrankungen (vgl. Akbal, 2001; BFSFJ, 2000a; Girgin, 2000; Grieger & Geiger, 2000; Lettau, 2000; Menke, 2000; Salman, 2000; Sayik, 1996, zit. n. Naegele, 2000; Zenker, 2000; Zimmermann, 1995).

- Es gibt *Versorgungsschwächen und -strukturen*, die die Belange von Migranten nicht berücksichtigen, z. B. Zwangsscreenings zur Erfassung von chronifizierten Erkrankungen und HIV bei Asylbewerbern sowie ihre rechtlichen Einschränkungen bei der medizinischen Versorgung und die drohende Gefahr, während der medizinischen Behandlung abgeschoben zu werden (vgl. Fischer, 2005; Junghanss, 1999; Zenker, 2000).
- *Epidemiologische Daten* fehlen bei sozial benachteiligten Migrantengruppen wie z. B. traumatisierten ausländischen Flüchtlingen, aber auch in Bezug auf die allgemeine gesundheitliche Situation von Migranten (vgl. BFSFJ, 2000a).

Geiger (1999) formuliert zusammen mit weiteren Autoren in der Literatur der Migrationsforschung folgende Anforderungen für die interkulturelle und migrationssensible Öffnung der Einrichtungen des Gesundheitswesens:

- kontinuierliche migrationssensible *Gesundheitsberichterstattung* unter Berücksichtigung der salutogenetischen Perspektive,
- regelmäßiger interdisziplinärer und sektoraler sowie internationaler *Fachaustausch* und wissenschaftlich begleitete *Modellprojekte* zur Entwicklung von Handlungskonzepten für die Gesundheitsförderung/-versorgung (vgl. Fischer, 2005; Wohlfahrt, Özbek & Heinz, 2005),
- *Stärkung interkultureller Schlüssel- und Fachkompetenzen* der verschiedenen Berufsgruppen im Gesundheitswesen (vgl. Berg, 2001; BFSFJ, 2000a; Borde, 2001; Eberding, 1995; Fischer, 2005; Haasen et al., 2005; Hegemann, 2001b; Lettau, 2000; Machleidt, Garlipp & Calliess, 2005; Marschalck, 2000; Oestereich, 2001; Pavkovic, 2001; Peters, 2000; Posner-Landsch, 2000; Wohlfahrt et al. 2005; Zenker, 2000),
- ein *Handbuch zum interkulturellen/ migrationssensiblen Qualitätsmanagement* für die einzelnen Versorgungsbereiche (vgl. Grieger & Geiger, 2000),

- verbindliche *Regelungen zur Sprach-/ Kulturvermittlung* im Gesundheitsbereich und *Unterstützung der Einrichtungen* des öffentlichen Gesundheitsdienstes *auf regionaler Ebene* (vgl. Albrecht, 1999; Beck, 2005; BFSFJ, 2000a; Grieger & Geiger, 2000; Hegemann, 1999).

Gürtler (1999) begründet die Notwendigkeit für die Gesundheitsberichterstattung über Migranten auf kommunaler und Landesebene damit, dass die Angebotsstruktur besser auf ihre Bedürfnisse ausgerichtet werden kann. Es können Zugangsbarrieren abgebaut und gezielte Kampagnen zur besseren Inanspruchnahme präventiver Angebote durchgeführt werden (vgl. auch Beck, 2005; Collatz, 2001b; Grieger & Geiger, 2000; Salman, 2000; Zenker, 2000). Konkretere Ausführungen zur Stärkung interkultureller Schlüssel- und Fachkompetenzen anhand der Darstellung von strukturellen Problemen lassen sich bei Collatz (1999) nachlesen. Er weist auf den Handlungsbedarf in der Aus-, Weiter- und Fortbildung hin, regt einen regelmäßigen, interdisziplinären Fachaustausch an und formuliert konkrete Forschungsschwerpunkte im Bereich Prävention, Kuration und Rehabilitation.

Für eine bedarfsorientierte medizinische Behandlung wird in der Literatur zudem auf die Notwendigkeit des Einsatzes von *muttersprachlichen Dolmetschern* bei der klinischen Anamneseerhebung, Diagnostik und Therapie von Migranten hingewiesen, da diese über spezifische Kenntnisse kultureller Eigenarten, Traditionen, Verhaltensweisen und Vorstellungen von Körper und Krankheit verfügen. Hilfreich kann in psychiatrischen Einrichtungen zum Verständnis der fremden Kulturen, gemäß ethnopsychiatrischer Ansätze, zusätzlich der Einbezug von Ethnologen sein (Albrecht, 1999, 2001; Berg, 2001; Collatz, 2001a; Cranach & Fresser-Kuby, 2001; Eberding, 1995; Fischer, 2005; Haasen et al. 2005; Koch & Schulze, 1998; Lettau, 2000; Machleidt et al., 2005; Moro & Sturm, 2001; Oestereich, 2001; Salman, 1999, 2000, 2001; Schmeling-Kludas, 2005; Weber, 2000; Wohlfahrt et al., 2005): Beispielhaft ist das Universitäts-Krankenhaus Eppendorf bei Hamburg, was über ein Koordinierungsbüro verfügt, in dem an 365 Tagen während 24 Stunden Dolmetscher klinikintern und für das Hamburger Gesundheits- und Sozialwesen vermittelt werden können.

Eine weitere Alternative ist der Einsatz von *Gemeindedolmetschern* in sogenannten *Ethnomedizinischen Zentren* oder *Community-Interpreter-Projekte*. Diese bieten neben Dolmetscher- und Übersetzungsdiensten zur Sprach- und Kulturvermittlung, der Sammlung und Vermittlung von Informationen zu Theorie, Praxis und lokaler Durchführung von kulturkompetenten Serviceangeboten auch Aus- und Weiterbildungen zu Fragen interkultureller Kompetenz und Serviceorganisation an (Akbal, 2001; BFSFJ, 2000a; Collatz, 1995, 2001a,b; Hegemann, 1999; Heise, 2005; Machleidt et al., 2005; Salman, 2000, 2001; Wohlfahrt et al., 2005). Einen guten Überblick für Voraussetzungen eines effektiven Einsatzes von Dolmetschern im „multilingualen Dialog“ mit dem Behandelnden und dem Patienten findet man bei Salman (2001).

Habermann (1999) ist der Auffassung, dass im Bereich der stationären, klinischen Pflege und im ambulanten Pflegebereich zunehmend *multikulturelle Pflegeteams* eingesetzt werden sollten. Pflege ist oft mit einem intensiven und kontinuierlichen Umgang mit dem Kranken und seinen Angehörigen verbunden. Es kann aufgrund unterschiedlicher Sozialisation in verschiedenen kulturellen Wertesystemen leicht zu Missverständnissen zwischen Pfleger und Patienten kommen. In dieser Hinsicht sollte eine gezielte Organisations- und Personalentwicklung betrieben werden (vgl. BFSFJ, 2000a; Borde, 2001; Dietzel-Papakyriakou & Olbermann, 1996b; Fischer, 2005; Gün, 1999; Habermann, 2000, 2001; Hielen, 1996; Machleidt et al., 2005).

Eine beispielhafte Realisierung einer muttersprachlichen Behandlung weist die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Marburg-Süd auf. Sie bietet als Behandlungsbausteine Gesprächsgruppen mit migrationspezifischen Themen, Patientenschulung zum Gesundheitsverständnis, Entspannungsgruppen nach Jacobson und EMG-Biofeedback in türkischer Muttersprache an. Eine katamnestiche Untersuchung etwa drei Jahre nach der Behandlungszeit ergab einen vergleichsweise geringeren Medikamentenkonsum, weniger Facharztüberweisungen und Notarzteinsätze bei den behandelten Patienten sowie eine verbesserte Arzt-Patienten-Beziehung (Koch, 1999, 2005; Steffen & Koch, 1995).

Hinsichtlich der Ermittlung und Deckung des Versorgungsbedarfs wird in der Literatur eine bessere *Vernetzung zwischen Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens*, den Migrantenberatungsstellen, den behandelnden Ärzten und dem stationären Bereich gefordert. Im Hinblick auf die alternden Arbeitsmigranten sollte eine Vernetzung zwischen der ambulanten und stationären Altenhilfe, die Schaffung weiterer Reha-Einrichtungen mit muttersprachlichen Angeboten sowie Wohn- und Pflegeeinrichtungen für ältere Migranten gewährleistet sein. Für jugendliche Migranten der dritten Generation besteht weiterer Bedarf von geeigneten Nachsorgeeinrichtungen nach akut-psychiatrischer Behandlung (BFSFJ, 2000a; Collatz, 2001b; Dietzel-Papakyriakou & Olbermann, 1996b; Geiger, 2001; Lettau, 2000; Marschalck, 2000; Peters, 2000; Weber, 1999, 2000).

Ein Beispiel für eine gute Vernetzung des ambulanten Behandlungsangebotes mit der stationären Behandlung bietet das *Internationale Psycho-Soziale Zentrum Frankfurt am Main*. Es kooperiert eng mit niedergelassenen Ärzten, psychiatrischen Kliniken und Inneren Abteilungen der Krankenhäuser und den sozialen Diensten: Angeboten werden beispielsweise in den Krankenhäusern Sprechstunden zur Vermittlung von soziokulturellem Hintergrundwissen und zu qualifizierten Übersetzungen für die Behandelnden, Beratung bei der Diagnoseerstellung und Behandlung, Supervision für die Stationsmitarbeiter, klinikinterne psychosoziale Beratung und eine Übernahme des Patienten bei seiner Entlassung durch den behandelnden Arzt. In der Beratungsstelle selbst wird folgendes angeboten: Interkulturelle, psychosoziale Beratung für die Migranten in ihrer Muttersprache, themenzentrierte Gruppen für chronisch psychisch Kranke, Hilfestellungen durch Sozialarbeiter, betreutes Wohnen für psychisch kranke Migranten und eine Tagesstätte mit tagesstrukturierenden Angeboten sowie einem integrierten Begegnungsangebot mit deutschen Besuchern (Grube, 1995, 1999; Heilbronn, 1995, 1999).

Seibert (2001) hebt die „Notwendigkeit des Einbezugs von Familienangehörigen“ als soziale Unterstützungsfunktion und Netzwerk bei der Behandlung von alternden Migranten gemäß *gemeindepsychiatrischer Ansätze* hervor. Es kann jedoch zu einer Reduktion der sozialen Netzwerke von Arbeitsmigranten altersbedingt durch Tod, gesundheitliche Beeinträchtigung oder durch Rückkehr bzw. Pendeln von Netzwerkmitgliedern kommen (BFSFJ, 2000a; Dietzel-Papakyriakou, 1993;

Dietzel-Papakyriakou & Olbermann, 1996a, b; Korporal & Dangel, 2006; Marschalck, 2000 und vgl. Abschn. 2.3.3.5).

Collatz (2001a, b), der ebenfalls einen Überblick über die medizinischen Versorgungsstrukturen für Migranten in Deutschland gibt, ist insgesamt der Ansicht, dass diese besonders bei psychosomatischen und psychiatrischen Leiden noch nicht ausreichend gesichert ist. Seine Beurteilung der Krankheitsbelastung von Migranten fällt im Vergleich zu deutschen Patienten weitaus gravierender aus (vgl. BFSFJ, 2000b; Borde, 2001; Brucks, 2001; Collatz, 1995; Özcan & Seifert, 2006; Salman, 2000; Tack, 2000). Besonders viele Zugangsbarrieren im Gesundheitsversorgungssystem gibt es für alternde Arbeitsmigranten und ihre sozialen Netzwerkmitglieder, da diese oft über zu geringe Sprachkenntnisse, zu hohe Informationsdefizite und eine geringe Möglichkeit zur Teilnahme an sozialen und kulturellen Angeboten verfügen. Ihre anders orientierten Geschlechterrollen, kulturellen Rollen und ihre ausgeprägte religiöse Ausrichtung werden oft von den Versorgungseinrichtungen nicht berücksichtigt (Dietzel-Papakyriakou & Olbermann, 1996 a, b; Geiger, 2001; Girgin, 2000; Glier et al., 2001; Naegele, 2000). Mit Bezug auf die Position von Collatz (2001a, b) und unter Einbezug der anfangs dargestellten Integrationsdefizite besteht insgesamt im Hinblick auf die Integration von Migranten in das deutsche medizinische Versorgungssystem noch weiterer politischer Handlungsbedarf.

2.2.3.4 Die Situation spanischer Arbeitsmigranten in den sechziger Jahren

In diesem Abschnitt wird auf Eigenschaften spanischer Arbeitsmigranten als ethnische Gruppe in den sechziger Jahren kurz nach ihrer Zuwanderung eingegangen, um die Ausgangssituation der spanischen Probanden dieser Untersuchung näher zu charakterisieren. Zur Darstellung der kulturellen Anpassungsbereiche und -probleme sowie ihrer Akkulturationsstrategien wird im Wesentlichen eine Untersuchung von Delgado (1966) an 305 spanischen Gastarbeitern aus Köln und Umgebung herangezogen.

Nach gezieltem Anwerben von Arbeitskräften in Spanien ab 1960 in Abhängigkeit vom Bedarf auf dem deutschen Arbeitsmarkt durch das *Instituto Espanol de Emigración*, erfolgte die endgültige Annahme der Bewerber durch die *Deutsche Kommission der Bundesanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung* (Delgado, 1966).

Die vermittelten Arbeitnehmer kamen mit einem Arbeitsvertrag und einer Aufenthaltsgenehmigung zunächst für ein Jahr nach Deutschland. Sie verließen ihre Heimat nicht, um den Rest ihres Lebens im Ausland zu verbringen, sondern begrenzte Zeit im Gastland zu arbeiten (vgl. Matter, 2002; Özcan & Seifert, 2006; Pfeiffer, 1995 und Abschn. 2.2.3.2).

Delgado (1966) ermittelte bei den spanischen Arbeitsmigranten verschiedene Motive wie „Unzufriedenheit mit den heimatlichen Verdienstmöglichkeiten“, „Arbeitslosigkeit“, „Wunsch viel Geld zu sparen“ und „Abenteuerlust“. Dies sind mehrheitlich Pull-Motive, die sich günstiger in Bezug auf eine psychische Adaptation auswirken als Push-Motive (vgl. BFSFJ, 2000a; Saylor, 1987).

Nur 50 % der Spanier gaben gemäß Delgado (1966) an, dass die mündliche und schriftliche Vorabinformation durch die Deutsche Auslandskommission und das Instituto Espanol de Emigración ausreichend gewesen seien, was u. a. auch auf mangelnde Sprachkenntnisse der Spanier zurückzuführen ist. 42 % der Spanier bewerteten die vorgefundene Situation als „erwartet“, 41 % wurden bezüglich ihrer Erwartungen enttäuscht und nur 18 % schätzten die Situation „besser als erwartet“ ein. Der Anteil enttäuschter Erwartungen betrifft im Wesentlichen die Aufnahme durch die deutsche Bevölkerung (ebd.). Den gesundheitsfördernden Pull-Motiven stehen daher hohe Anteile gesundheitsverringender enttäuschter Erwartungen bei spanischen Migranten gegenüber (vgl. Abschn. 2.2.2.2: Berry 1990a, b, 1997; Berry et al., 2002).

Die Spanier antworteten in der folgenden Rangfolge, dass sie die Einstellung zu den Mitmenschen, das Familienleben, die Einschätzung der materiellen Güter, die Moral und Religion, das Klima und die Kost im Vergleich zu ihrer Heimat vermissten. Demgegenüber gefiel ihnen an Deutschland im Vergleich zu Spanien der Lebensstandard, die soziale Gerechtigkeit und die individuelle Freiheit sowie die Organisation und Ordnung besser (Delgado, 1966).

Nach Ergebnissen von Delgado (1966) waren die Spanier mit Bezug auf die objektiven Rahmenbedingungen überwiegend in einfachen, von ihnen als überteuert empfundenen Unterkünften, wie möblierte Zimmer, Arbeiterwohnheime und Baracken untergebracht, meist mit mehreren Personen in einem Zimmer. Nur wenige wohnten in einem eigenem Zimmer oder einer eigenen Wohnung. Die soziale Betreuung durch Behörden, Schulen

und Kindergärten war für die meisten Spanier zufriedenstellend. Nicht zufriedenstellend fanden sie die religiöse Betreuung durch die spanischen Priester, die es in Deutschland zu wenig gab. Die befragten Spanier gehörten alle der römischen katholischen Konfession an. Die Besuche der Sonntagsmesse nahmen mit zunehmender Aufenthaltsdauer ab. Die Freizeitmöglichkeiten der Spanier umfassten neben dem Besuch eines *Spanischen Zentrums*, u. a. auch Kinobesuche, Gaststättenbesuche, Tanz- und Sportveranstaltungen. Der Aufenthalt in Deutschland wurde von der Hälfte der spanischen Gastarbeiter als „zu lang“ bewertet (ebd.).

Nach Delgado (1966) nahmen die örtlichen *Spanische Zentren* die Funktion sozialer Unterstützung wahr, da sie Neuankömmlingen Hilfe- und Beratungsleistungen anboten, z. B. Aufklärung über Verhaltenswartungen durch die deutsche Aufnahmebevölkerung (vgl. Abschn. 2.3.5). Darüber hinaus vermittelten sie ein Zugehörigkeits- und Zusammengehörigkeitsgefühl. Es bildete sich eine Art „Subkultur“ heraus, die stärker an den Normen der Heimatkultur als an denen der Gastkultur orientiert war. Die Spanier blieben zunächst eher unter sich, anstelle Kontakt mit der deutschen Aufnahmebevölkerung aufzunehmen. Die Häufigkeit von Besuchen in den spanischen Zentren nahm mit zunehmenden Kontakten zu Deutschen und besseren Deutschkenntnissen ab (ebd.).

Was den kulturellen Anpassungsbereich Arbeit anbetrifft, so ist die Zufriedenheit der spanischen Arbeitsmigranten mit einzelnen Aspekten ihres Betriebes und der Arbeitsweise ausführlicher bei Delgado (1966, S. 137-174) nachzulesen. Relevant bezüglich der gesundheitlichen Auswirkungen der Arbeitstätigkeit scheinen darüber hinaus insbesondere der soziale Status und die Statusmobilität zu sein. Nach Saylor (1987) gehörten die Gastarbeiter überwiegend zu Niedriglohngruppen mit geringer Qualifikation, d. h. sie waren Hilfsarbeiter, ungelernte oder angelernte Arbeiter. Viele der zugewanderten spanischen Arbeitskräfte hatten nur eine geringe Schulbildung, und häufig fand man auch Formen von Analphabetismus. 75 % der zugewanderten Spanier verfügten über keine abgeschlossene Berufsausbildung. Neben dem niedrigen sozialen Status der Gastarbeiter schränkte auch dies ihre Statusmobilität ein. Die Arbeitslosenquote der Spanier war nicht höher als die von Deutschen. Der niedrige soziale Status aufgrund geringwertiger Beschäftigungsverhältnisse und Unterbringung in einfachen Wohnunterkünften lässt sich als weiterer Faktor für

akkulturativen Stress bei den spanischen Arbeitsmigranten vermuten (vgl. Abschn. 2.2.2.2).

Für die kulturellen Anpassungsstrategien von spanischen Gastarbeitern wurden von Delgado (1966) drei verschiedene Anpassungstendenzen formuliert, die sich auf kulturgebundene Verhaltensweisen beziehen:

- eine *interaktionistische Anpassungstendenz* (Integration),
- eine *pluralistische Anpassungstendenz* (Separation)
- und eine *monistische Anpassungstendenz* (Assimilation).

Marginalisierungsstrategien berücksichtigte der Autor (ebd.) in seiner Untersuchung nicht. 1963 verfolgten mit 52 % mehr als die Hälfte der spanischen Gastarbeiter die interaktionistische Anpassungstendenz, 37 % die pluralistische Anpassungstendenz und 11 % eine monistische Anpassungstendenz, d. h. von den spanischen Zuwanderern wurde mehrheitlich die Integrations- oder die Separationsstrategie eingesetzt. Hierbei entfällt ein hoher Anteil der interaktionistischen Tendenz von 60 % auf die spanischen Frauen, im Vergleich zu 48 % bei den spanischen Männern, während spanische Männer mit 13 % eine monistische Tendenz oder mit 39 % eine pluralistische Tendenz verfolgten, im Vergleich zu 8 % oder 32 % bei den spanischen Frauen. Neben diesen Geschlechtseffekten konnten auch Alterseffekte nachgewiesen werden. Die befragten Spanier wiesen mit zunehmendem Alter pluralistischere Tendenzen auf (ebd. und vgl. Abschn. 2.2.2.2: Berry, 1997; Schmitz, 2001).

Als Anpassungsschwierigkeiten bei Spaniern ermittelte Delgado (1966) Sprachprobleme, Unterkunftsprobleme, Diskriminierungserfahrungen, Probleme der Freizeitgestaltung und Betreuung sowie Schwierigkeiten mit Klima und Ernährung. Bei Spaniern mit monistischen Tendenzen traten die geringsten Sprachprobleme auf. Sie hatten allerdings mehr Probleme in Bezug auf Freizeitgestaltung oder Unterkunft. Spanier mit interaktionistischen Anpassungstendenzen berichteten am wenigsten über Diskriminierungserfahrungen. Die geringsten Probleme in allen kulturellen Anpassungsbereichen hatten Spanier mit pluralistischen Tendenzen, da aufgrund ihres Rückzugs von der deutschen Aufnahmegesellschaft diese eine geringe Bedeutung für

sie hatte und die deutsche Ausländerpolitik in den sechziger Jahren auf eine separative Anpassung der Arbeitsmigranten ausgerichtet war (ebd. und vgl. Abschn. 2.2.3.2).

68 % der zugewanderten Spanier verfügten nach Delgado (1966) über unzureichende Deutschkenntnisse. Sie konnten Deutsch weder sprechen noch verstehen. Ihnen waren nur wenige Worte bekannt, und sie bedienten sich der Mimik und Gestik, um sich verständlich zu machen. Allerdings nahmen die Deutschkenntnisse mit der Aufenthaltsdauer und bei Personen mit monistischen oder interaktionistischen Anpassungstendenzen im Vergleich zu denen mit pluralistischen Tendenzen zu (ebd.).

Mehr als die Hälfte der Spanier mit 58 % waren in Bezug auf Kontakt mit Deutschen positiv eingestellt, 21 % negativ eingestellt bzw. unentschieden. Die Kontaktbereitschaft zu Deutschen war besonders bei unzureichenden Sprachkenntnissen gering, stieg allerdings mit zunehmender Aufenthaltsdauer. Delgado (1966) wies einen signifikanten Geschlechterunterschied in den Einstellungen der spanischen Arbeitsmigranten gegenüber Deutschen nach, der sich mit zunehmender Aufenthaltsdauer verstärkte: Spanische Männer waren gegenüber Deutschen mit der Zeit zunehmend negativ eingestellt, während spanische Frauen zunehmend positiv eingestellt waren. Eine hohe Kontaktbereitschaft der Spanier führte zu guten Sprachkenntnissen und einer höheren Anzahl an deutschen Bekannten (ebd.).

Die Erfahrungen, die Spanier mit deutschen Zimmervermietern machten, waren teils positiv, teils negativ. In Bezug auf die deutschen Wohnungsnachbarn, verzeichnete etwa die Hälfte der Spanier keine Erfahrungen und die andere Hälfte mit 20 % schlechte Erfahrungen, mit 8 % gute Erfahrungen sowie mit 22 % teils positive teils negative Erfahrungen (ebd.).

Die Diskriminierungserfahrungen unterteilt Delgado (1966) in *starke* und *schwache Diskriminierung*. Bei starker Diskriminierung handelt es sich um konkrete Handlungen, meist Verweigerung bestimmter Rechte oder Hilfestellung, z. B. beim Besuch eines Restaurants. Mit schwacher Diskriminierung sind verbale Äußerungen, wie Gerüchte, Witze, herabsetzende Schilderungen, verbale Drohungen usw. gemeint. Fast die Hälfte der befragten Spanier (49 %) gab an, schwache Diskriminierung schon einmal erlebt zu haben. Für starke Diskriminierung lag der Anteil bei 15 %. Bezüglich starker Diskriminierung waren die Anteile bei Männern fast doppelt so hoch wie bei Frauen.

Mit dem Alter, mit sich verringernder Größe des Herkunftsortes und bei pluralistischen Anpassungstendenzen nahm die Erfahrung von Diskriminierung für beide Formen zu. Frei von jeder Diskriminierung fühlten sich assimilativ orientierte Spanier. Die Erfahrung starker Diskriminierung nahm auch mit zunehmender Aufenthaltsdauer ab, während sie in Bezug auf die schwache Diskriminierung konstant blieb (Delgado, 1966).

Die spanischen Gastarbeiter befanden sich beim Einsatz erfolgreicher kultureller Anpassungsstrategien in einem Dilemma: Einerseits wurde mehrheitlich von der deutschen Bevölkerung in den sechziger Jahren die Separationsstrategie präferiert und gefördert, und andererseits aber zog die Separationsstrategie im Vergleich zur Assimilationsstrategie ein stärkeres Ausmaß an Diskriminierung nach sich (Delgado, 1966; Smith Castro, 2003). Im Gegensatz zu der im Abschnitt 2.2.1.2 ungeklärten Rangfolge von Assimilation und Separation in ihrer Wirkung auf die Gesundheit liefert dieser Befund einen Hinweis auf die Vorrangstellung der Assimilation, da die mit Einsatz von Separation verknüpfte höhere ethnische Diskriminierung akkulturativen Stress auslöst, der sich gesundheitsverringend auswirkt (vgl. Abschn. 2.2.3.2: Sasao & Chun, 1994; Smith Castro, 2003; Vahedi, 1996; Zarifoglu & Zeiler, 1995). Mit Bezug auf die empirische Befundlage, dass die Integrationsstrategie am meisten und die Marginalisierungsstrategie am wenigsten die Gesundheit fördert (vgl. Abschn. 2.2.1.2: Berry, 1997, 2003, 2006c; Berry et al., 2002; Berry, Phinney, Sam & Vedder, 2006, zit. n. Sam, 2006c; Donà & Ackermann, 2006; Schmitz, 1992a, 1994; Smith Castro, 2003), lässt sich folgende Rangfolge der Akkulturationsstrategien für die Gesundheit der befragten Spanier dieser Untersuchung annehmen: Die Integration ist den anderen Strategien überlegen, gefolgt von der Assimilation, der Separation und schließlich der Marginalisierung.

2.2.3.5 Die aktuelle Situation der alternden Arbeitsmigranten

In diesem Abschnitt wird die aktuelle Lebenssituation von alternden spanischen Arbeitsmigranten als ethnischer Gruppe in Deutschland im Vergleich zu der in Abschnitt 2.2.3.4 dargestellten Zuwanderungssituation von Arbeitsmigranten in den sechziger Jahren gegenübergestellt.

Während die zweite und dritte Generation bereits weitgehend assimiliert ist, zeigt sich eine ziemliche Variationsbreite der sozialen Lage der sich noch im Beschäftigungsverhältnis befindenden Arbeitsmigranten der ersten Generation. Diese erstreckt sich von Gleichstellung mit Deutschen, erfolgreicher Integration und sozialem Aufstieg bis zur Verfestigung an der Randlage der Gesellschaft. Die Integration in der Arbeitswelt wird anhand zunehmender Beschäftigungssicherheit, Qualifizierung, innerbetrieblichen Aufstiegs, Ausbildungs- und Interessenvertretung deutlich. Ein Randstatus der Arbeitsmigranten ist demgegenüber bei Arbeitsplätzen mit geringen Kooperations- und Kommunikationsmöglichkeiten, hohen Belastungen oder gesundheitlichen Beeinträchtigungen, wie Monotonie, Schichtarbeit und einem hohem Freisetzungsrisko gegeben (Blahusch, 1992; Naegele, 2000; Özcan & Seifert, 2006). Als Rentner haben Arbeitsmigranten insgesamt eine schlechtere wirtschaftliche Lage im Vergleich zu Deutschen, da ihre Renten, bedingt durch eine niedrigere Zahl an Beitragsjahren, ein niedrigeres Einkommen und in Folge von höherer, möglicher Arbeitslosigkeit, geringer sind. Daraus resultiert eine schlechtere Wohnsituation und eine negativere materielle Lebenslage im Vergleich zu Deutschen (Girgin, 2000; Naegele, 2000; Otero, 2000; Özcan & Seifert, 2006).

Özcan und Seifert (2006) weisen schlechtere Gesundheitsmerkmale im Vergleich zu Deutschen in einer sozio-ökonomischen Panel-Untersuchung mit repräsentativem Längsschnittdesign zu Messzeitpunkten in den Jahren 1997 und 2002 nach. Befragt wurden 45- bis 64-jährige Arbeitsmigranten verschiedener Nationalitäten. Die Autoren führen den verringerten Gesundheitszustand auf belastende Arbeitsbedingungen in der industriellen Massenfertigung zurück: Die alternden Arbeitsmigranten weisen eine höhere Krankmeldungsrate und eine höhere Arbeitsunfähigkeitsrate auf, trotz ihres anfänglich besseren Gesundheitszustandes durch die Selektion während der Anwerbephase. Aus der erhöhten Arbeitsunfähigkeitsrate ergibt sich eine erhöhte

Frühverrentungsquote. Der subjektiv eingeschätzte Gesundheitszustand, die Gesundheits- und Lebenszufriedenheit der 45- bis 65-jährigen ist ebenfalls deutlich geringer verglichen mit deutschen Probanden (vgl. Girgin, 2000; Naegele, 2000; Vahedi, 1996). Die geringeren Deutschkenntnisse dieser Altersgruppe verglichen mit jüngeren Altersgruppen bewerten die Autoren kritisch in Bezug auf eine angemessene Diagnose und Behandlung bei Arzt- und Krankenhausbesuchen. Demgegenüber haben die befragten Arbeitsmigranten eine sehr enge Bindung an das Herkunftsland sowie sehr gute bis gute mündliche Sprachkenntnisse aus dem Herkunftsland.

Mittlerweile sind etwa 360.000 der zugewanderten Gastarbeiter aus verschiedenen Herkunftsländern im Rentenalter. Es wird geschätzt, dass ihre Zahl bis zum Jahr 2010 auf über eine Million ansteigen wird. Die deutsche Altenpflege und Sozialpolitik weist in Bezug auf die „Gastarbeiter-Rentner“ Integrationsdefizite auf. Viele der „Gastarbeiter-Rentner“ erleben eine kulturelle Diskrepanz zur deutschen Aufnahmegesellschaft, begrenzte Kontakte zur Aufnahmebevölkerung und Normen- oder Rollenkonflikte sowie Identitätsprobleme aufgrund der Einflüsse der anderen Kultur. Weitere Integrationsdefizite werden an den schlechten Deutschkenntnissen und daran deutlich, dass sie erst vor kurzem rechtlich besser abgesichert worden sind (BFSFJ, 2000b; Girgin, 2000; Meier-Braun, 1998; Menke, 2000; Naegele, 2000; Sayik, 1996, zit. n. Naegele, 2000). Das Nichterreichen von Migrationszielen, wie z. B. ein sozialer Aufstieg, hat bei den alternden Arbeitsmigranten Enttäuschung, Schuld- und Versagensgefühle zur Folge. Es kommt zu einer Isolation der alternden Arbeitsmigranten mit ihrer Berufsaufgabe und dem Eintritt in das Rentenalter sowie durch den Tod von Bezugspersonen. Durch ihr Pendelverhalten zwischen Herkunfts- und Aufnahmeland können sich die Familienbande lockern. Bei einer vollständigen Rückkehr in das Herkunftsland kann es Einbußen bei der Rente geben, und nach langem Aufenthalt in Deutschland können im Herkunftsland Entfremdungsgefühle auftreten (BFSFJ, 2000a, b; Blahusch, 1992; Dietzel-Papakyriakou, 1993; Kiehlhorn, 1996; Naegele, 2000; Otero, 2000; Özcan & Seifert, 2006).

Im Hinblick auf die fortbestehenden gesellschaftlichen und politischen Integrationsdefizite der alternden Arbeitsmigranten hinsichtlich des medizinischen Versorgungssystems und ihres durchschnittlich schlechteren Gesundheitszustands, muss noch einmal der Forschungsbedarf in Bezug auf diese Zielgruppe deutlich eingefordert

werden. Vor diesem Hintergrund soll die hier dargestellte Untersuchung einen Ansatz bieten, den Gesundheitszustand in Deutschland lebender alternder Arbeitsmigranten am Beispiel der spanischen Migrantenpopulation zu charakterisieren und gesundheitsfördernde und -schädigende Faktoren zu ermitteln.

2.2.4 Der aktuelle Forschungsstand zur Messung von Akkulturation

Die uneinheitlichen Befunde der in Abschnitt 2.2.1.2 dargestellten Auswirkung von Akkulturationsstrategien auf die Gesundheit können einerseits durch den Einfluss von Moderatorvariablen, andererseits auch aufgrund von Einschränkungen bei der Akkulturationsmessung erklärt werden. In diesem Abschnitt wird auf allgemeine Einschränkungen der Validität und der Reliabilität beim kulturübergreifenden Testen in der Migrationsforschung, auf spezifische Aspekte der Konstruktion von Akkulturationsfragebögen und die damit verbundenen Einschränkungen der Testgütekriterien eingegangen. Abschließend werden Leitlinien für die Akkulturationsmessung dieser Untersuchung abgeleitet.

Validitätseinschränkungen in der Konstruktvalidität können nach Lonner (1990) beim kulturübergreifenden Einsatz psychologischer Tests auftreten, da nicht alle psychologischen Konstrukte und Konzepte in allen Kulturen äquivalent sind. Die Konstruktvalidität ist beim kulturübergreifenden Einsatz von Skalen über die strukturelle Äquivalenz der Skalen in den verschiedenen Kulturen sicher zu stellen. Sie wird mit Hilfe exploratorischer oder konfirmatorischer Faktorenanalysen im Hinblick auf korrespondierende Faktorenstrukturen überprüft (vgl. auch Arends-Tóth & Vijver, 2006; Koch & Schulze, 1998).

Validitätseinschränkungen auf Itemebene können nach Quekelberghe (1991) durch die Übersetzung des Tests entstehen. Auch wenn ein Test wörtlich übersetzt wird, können Bedeutungsdiskrepanzen zwischen den übersetzten Items und den entsprechenden Items der Ursprungsversion entstehen, wenn die betreffenden Wörter in einer Sprache weniger gebräuchlich sind oder andere emotionale Konnotationen aufweisen. Um dem entgegenzuwirken, sollten adäquate Übersetzungsstrategien eingesetzt werden. Ein Beispiel ist die Methode des *backtranslation, bilingual technique, committee approach*, bei dem die Übersetzungsäquivalenz mittels Rückübersetzung und einem Probedurchlauf an bilingualen Probanden überprüft wird (ebd.).

Eine weitere Einschränkung der Validität kann bei einer Auswertung der Testergebnisse mit einer Normstichprobe aus einer anderen Kultur bestehen. Die Vergleichbarkeit der Ergebnisse wird dadurch eingeschränkt (Cortés, 2003; Pedersen, 2006).

Eine verminderte Reliabilität ergibt sich aus folgenden Fehlerquellen (Berry, 1990a, 1995): Es werden nicht äquivalente Informationsquellen bei der Erfassung der gesundheitlichen Auswirkungen von Akkulturation verwendet, beispielsweise epidemiologische Raten von Psychriaufenthalten, Beobachtungs- und Interviewmethoden sowie schriftliche Fragebögen zur Selbsteinschätzung. Bei epidemiologischen Raten kann ein verringerter Zugang der Migranten zum Gesundheitssystem im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung zu Fehlereinflüssen führen; bei Fragebögen über Selbsteinschätzung der gesundheitlichen Beschwerden können Fehler als Folge fehlender Angaben des zeitlichen Auftretens der Beschwerden entstehen; beim Einsatz von schriftlichen Akkulturationskalen mit Selbsteinschätzung können durch ausschließlich positiv formulierte Items bejahende Antworttendenzen erzeugt werden. Weiss (2003) hält aufgrund der Grenzen quantitativer Datenerhebung eine Kombination mit qualitativen Verfahren als Ergänzung für sinnvoll, wie dies bereits in der kulturellen Epidemiologie durchgeführt wird.

Mit Bezug auf Aspekte der Konstruktion schriftlicher Akkulturationskalen geben Zane und Mak (2003) folgende Einstellungen und Verhaltensweisen als Indikatorvariablen an: Sprachgebrauch, Sprachpräferenz/ -fertigkeit, soziale Zugehörigkeit, alltägliche Lebensgewohnheiten, kulturelle Traditionen/ Bräuche, Kommunikationsstil, wahrgenommene Vorurteile/ Diskriminierung, familiäre Sozialisation, kulturell gebundenes Wissen und Glaubensinhalte, kulturelle Werte, kulturelle Identifikation, Stolz und Akzeptanz in Bezug auf die eigene Kultur. Zu den am häufigsten gemessenen psychosozialen Funktionsbereichen gehören Sprachgebrauch, soziale Ausrichtung und Zugehörigkeit, alltägliche Lebensgewohnheiten sowie Identifikation mit einer bestimmten Kultur (vgl. auch Arends-Tóth & Vijver, 2006).

Die Veränderung von Lebensbereichen lassen sich nur auf Akkulturationsprozesse zurückführen und kausal interpretieren, wenn diese mit Längsschnittstudien und mindestens zwei Messzeitpunkten an derselben Stichprobe erfasst werden. Bei

Querschnittstudien sollte die zeitliche Komponente in Form der Aufenthaltsdauer und des Generationsstatus einbezogen werden. Eine weitere Alternative sind quasi-experimentelle Designs mit Mehrgruppenvergleichen (Berry, 2006d).

Zane und Mak (2003, S. 45 ff) vergleichen verschiedene Fragebögen zur Akkulturation und ihre Testgütekriterien: Neben der selektiven Auswahl von Indikatorvariablen, unterscheiden sich die untersuchten Messverfahren in der zugrundeliegenden ein-, zwei- bzw. vierdimensionalen Konzeption von Akkulturation (vgl. Arends-Tóth & Vijver, 2006; Smith Castro, 2003). Insbesondere in den Anfängen der Akkulturationsforschung wurde Akkulturation lediglich als Assimilation und einseitiger Anpassungsprozess an die Aufnahmekultur beschrieben und mit nur einem Summenwert erfasst. Nach einer Debatte in den letzten 30 Jahren wurde zunehmend die Herkunftskultur berücksichtigt, so dass eine mehrdimensionale Akkulturationskonzeption mit mehreren Summenwerten gemessen wird (Berry, 2003; Deaux, 2000; Phinney et al., 2001; Smith Castro, 2003; Trimble, 2003). Dieser Untersuchung liegt eine zweidimensionale Akkulturationskonzeption zugrunde (vgl. Abschn. 2.2.1.1).

Bei der Operationalisierung der zweidimensionalen Akkulturationskonzeption muss geklärt werden, ob die vier Akkulturationsstrategien auf zwei oder vier Subskalen zu erfassen sind. Im ersten Fall würde man zwei verschiedene Summenwerte erhalten, denen man in Abhängigkeit von ihrem Ausprägungsgrad auf den beiden Skalen jeweils eine Akkulturationsstrategie zuordnen würde, und im zweiten Fall vier unterschiedliche Summenwerte, für jede Akkulturationsstrategie einen einzelnen. Bei der Operationalisierung über vier Summenwerte ist vorteilhaft, dass eine Person für mehrere Akkulturationsstile gleichzeitig hohe Werte haben kann und die Stile unabhängig voneinander in Bezug auf ihre jeweilige Ausprägung gemessen werden können (Arends-Tóth & Vijver, 2006; Berry, 2003; Berry et al., 2002; Smith-Castro, 2003).

Berry und Kollegen (1989) liefern einen Überblick über Ergebnisse verschiedener Autoren, die die Akkulturationsstile mit Skalen aus vier Summenwerten für Personen unterschiedlicher ethnischer Gruppen untereinander vorhersagen. Es ergeben sich über die verschiedenen ethnischen Gruppen hinweg mehrheitlich negative Korrelationen

gegenteiliger Strategien, in diesem Fall zwischen der Integrations- und der Marginalisierungsstrategie einerseits, und der Assimilations- und der Separationsstrategie andererseits. Da außerdem in allen Stichproben am häufigsten die Integrationsstrategie präferiert wird und die Integrationsstrategie mehrheitlich positiv mit der Separationsstrategie und negativ mit der Assimilationsstrategie korreliert ist, interpretieren die Autoren dies als eine tendenziell stärkere Aufrechterhaltung der eigenen Kultur durch die befragten Probanden.

Bei der Auswertung der Operationalisierungsform mit nur zwei Subskalen können multivariate Verfahren nicht eingesetzt werden, wenn die Akkulturationsstile über einen Mediansplit mit Hilfe eines Cut-Off-Wertes auf beiden Skalen gebildet werden. Einflüsse auf die Akkulturationsstile können wegen des nominalen Skalenniveaus nur mit Hilfe einer Kreuztabelle überprüft werden (Arends-Tóth & Vijver, 2006; Berry, 2003).

Berry (2003, S. 29) liefert anhand der Operationalisierung der Zwei-Skalen-Version einen Beleg für die oben dargestellte mehrheitliche Tendenz in der Akkulturationsforschung, eine multidimensionale Konzeption von Akkulturation anzunehmen. Dazu nimmt er an, dass eine negative Korrelation der beiden Summenwerte anzeigt, dass ein eindimensionales Akkulturationskonzept vorliegt. Beide Kulturen sind hierbei als Pole eines Kontinuums anzusehen. Eine hohe Ausprägung in der einen geht mit einer niedrigen Ausprägung in der anderen Kultur einher (vgl. auch Arends-Tóth & Vijver, 2006). Demgegenüber deutet eine positive Korrelation beider Summenwerte darauf hin, dass eine hohe Ausprägung in der einen eine hohe Ausprägung in der anderen kulturellen Dimension nicht ausschließt und somit Zweidimensionalität vorliegen kann (Berry, 2003). Da in der Literatur mehrheitlich positive Korrelationen zwischen beiden Subskalen und negative Korrelationen mit nur geringer Varianzaufklärung gefunden wurden, spricht dies für die Zweidimensionalität des Akkulturationskonstruktes.

Eine selektive Erfassung von Lebensbereichen als Indikatoren von Akkulturationsskalen und die eindimensionale Konzeption von Akkulturation werden neben weiteren Punkten von Sue (2003) kritisch beleuchtet: Ihrer Ansicht nach basieren viele Akkulturationsmaße nur auf Näherungsvariablen wie z. B. Sprachgebrauch,

Generation und selbstberichtete Identität, die oft nicht miteinander zusammenhängen und mit denen das Konstrukt Akkulturation nur schwierig zu erfassen ist. Darüber hinaus ist sie wie andere Autoren auch (z. B. Berry, 2003; Cortés, 2003; Trimble, 2003) der Ansicht, dass das Konstrukt Akkulturation mehrdimensional ist und dass die vielen eindimensionalen Maße dem nicht gerecht werden. Bisher sei aber noch nicht geklärt, aus wie vielen Dimensionen sich Akkulturation zusammensetzt. Die unterschiedliche Ausprägung der Mehrdimensionalität der Akkulturationsmaße führt neben Validitäts- und Reliabilitätseinschränkungen zu einer eingeschränkten Vergleichbarkeit der Befunde des Zusammenhangs von Akkulturation und gesundheitlichen Beschwerden, so dass der Zusammenhang der Akkulturationsstile mit Stress und mit mentaler Gesundheit noch nicht geklärt ist. Es kann sein, dass Stress und Akkulturationsstrategien miteinander interagieren, d. h. dass sowohl die gewählte Akkulturationsstrategie Einfluss auf den akkulturativen Stress hat und umgekehrt der Stress auch Einfluss auf den Einsatz der Akkulturationsstrategie (Myers & Rodriguez, 2003; Sue, 2003).

Inkonsistente Befunde als Resultat mangelnder Vergleichbarkeit der Akkulturationsmaße fand auch Rogler (1991, zit. n. Balls Organista et al., 2003). Er wertete in 30 Studien den ermittelten Zusammenhang zwischen Akkulturation und mentaler Gesundheit bei Lateinamerikanern zwischen 1967 und 1989 in einer Metaanalyse aus. 12 der 30 Studien wiesen positive, 13 negative Zusammenhänge zwischen Akkulturation (im Sinne von Assimilation) und mentaler Gesundheit auf. Von den restlichen 5 Studien zeigten sich bei 3 Studien ein nichtlinearer Verlauf und bei den restlichen 2 Studien gemischte Befunde der verschiedenen abhängigen Variablen.

Für die zukünftige Akkulturationsforschung hält Sue (2003) es für notwendig, nicht nur das Ausmaß an kulturgebundenen Fähigkeiten und Wissen zu erfassen, sondern auch die Strategien, mit denen diese Fähigkeiten angewandt werden. Es sollten nicht nur die zu messenden Konstrukte erfasst werden, sondern auch affektive und enge Beziehungen oder Wertesysteme (vgl. Rogler, 1991, zit. n. Balls Organista et al., 2003). Beispielsweise fanden Gong, Takeuchi, Agbayani-Siewert und Tacati (2003) in einer Untersuchung mit 2285 Filipinos in den USA heraus, dass neben der Akkulturation und den soziodemographischen Variablen auch die Religiosität und die ethnische Identität auf das Risiko einwirkten, alkoholabhängig zu werden.

Berry (2003) rät vom kulturübergreifenden Einsatz der Akkulturationsmaße ab, da die Akkulturationsmaße im Hinblick auf kulturelle Eigenschaften und Anforderungen an eine bestimmte ethnische Gruppe entwickelt wurden. Rogler (1991, zit. n. Balls Organista et al., 2003) ist der Auffassung, dass es zur Vermeidung von inkonsistenten Befundlagen über gesundheitliche Auswirkung von Akkulturationsstilen notwendig ist, die Operationalisierung des Akkulturationskonstruktes zu vereinheitlichen.

Abschließend werden aus den in diesem Abschnitt dargestellten Erkenntnissen der unterschiedlichen Autoren die Anforderungen an die Akkulturationsmessung dieser Arbeit abgeleitet (z. B. Arends-Tóth & Vijver, 2006; Berry, 1988, 2003, 2006d; Berry et al., 2002; Cortés, 2003; Pedersen, 2006; Sue, 2003; Trimble, 2003; Zane & Mak, 2003):

- Die Akkulturationsmessung erfolgt über Indikatorvariablen unterschiedlicher Lebensbereiche, die miteinander zusammenhängen sollten.
- Das Akkulturationskonstrukt ist mehrdimensional oder mindestens zweidimensional. Zur Erfassung der vier Akkulturationsstile können zwei oder vier Subskalen eingesetzt werden.
- Die Konstruktvalidität eines kulturübergreifend eingesetzten Fragebogens ist mit Hilfe einer konfirmatorischen oder exploratorischen Faktorenanalyse zu überprüfen und die strukturelle Äquivalenz der beiden Skalen sicher zu stellen.
- Bei einem zweidimensionalen Fragebogen ergibt sich die Klassifikation einer Akkulturationsstrategie aus der Kombination der beiden Summenscores im Vergleich zum Cut-Off-Wert durch einen Mediansplit.
- Einflussfaktoren der vier Akkulturationsstrategien können in diesem Fall aufgrund des Nominal-Skalenniveaus nur mit einer Kreuztabelle berechnet werden.
- Für die Konzeption der Gesundheitsmaße ist eine kulturspezifische Normstichprobe erforderlich.

- Wenn die Einflüsse der Akkulturationsstile auf die Gesundheit kausal interpretiert werden sollen, sind bei fehlendem Längsschnittdesign zumindest zeitliche Komponenten in Form der Aufenthaltsdauer und des Generationsstatus zu erfassen.

Auf stress- und gesundheitspsychologische Faktoren, die ebenfalls bei der Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Akkulturation und gesundheitlichem Befinden berücksichtigt werden sollten, wird in den folgenden Abschnitten 2.3 und 2.4 eingegangen.

2.3 Theorien und Befunde aus stresspsychologischer Sicht

In diesem Abschnitt wird unter stresstheoretischer Perspektive und anhand von empirischen Befunden differenzierter auf die dynamischen Prozessmerkmale des Akkulturationsmodells eingegangen (vgl. Abschn. 2.2.1.3). Nach Nitsch (1981) gibt es keine einheitliche Definition von *Stress*. Stress kann in Abhängigkeit von der gewählten Perspektive vier unterschiedliche Bedeutungen haben: „Belastendes Ereignis“, „Reaktion“, „intervenierende Variable“ oder „transaktionaler Prozess“ (vgl. Schwarzer, 2004). Für diese Arbeit ist die Sichtweise von Stress als „transaktionalem Prozess“ relevant. Sie beschreibt Stress „als Prozess der Auseinandersetzung des Individuums mit seiner Umwelt“ (Perrez, Laireiter & Baumann, 1998) und liegt dem im folgenden Abschnitt vorgestellten transaktionalen Stressmodell von Lazarus und Launier (1981) zugrunde.

2.3.1 Das transaktionale Stressmodell

Nach Lazarus und Launier (1981) bedeutet Stress aus transaktionaler Perspektive:

„... jedes Ereignis, in dem äußere oder innere Anforderungen (oder beide) die Anpassungsfähigkeit eines Individuums, eines sozialen Systems oder eines organischen Systems beanspruchen oder übersteigen ... und als ein sehr umfassendes Konzept, das sich auf ein soziales, ein individuelles (psychologisches) oder ein organisches (physiologisches) System beziehen kann ...“ (S. 226)

Ziel des Individuums ist nach Berry (1988, S. 47), dass Stressoren der Umwelt reduziert werden müssen, bis eine zufriedenstellende Anpassung an die neue Situation erreicht wird. Dazu setzt es Bewältigungsreaktionen, sogenannte Copingstrategien, ein:

„...stress is considered to be a generalised physiological and psychological state of the organism, brought about by the experience of stresses in the environment, and which requires some reduction (for normal functioning to occur), through a process of coping until some satisfactory adaptation to the new situation is achieved.“ (S. 47)

Nach Lazarus und Launier (1981) spielen aus transaktionaler Perspektive bei der Bewältigung der Stressoren nicht so sehr der Einsatz biologischer bzw. physiologischer Prozesse eine Rolle, sondern eher kognitive Bewertungsprozesse. Sie lösen unterschiedliche Copingstrategien aus: Zuerst wird die Situation in Bezug auf Stressoren einer *primären Bewertung* unterzogen. Die Stressoren können sowohl aus äußeren als auch aus inneren Anforderungen an das Individuum resultieren. Äußere Anforderungen kann ein „kritisches Lebensereignis“ bedingt aus der Migrationssituation an sich sein (vgl. Kap. 1: Faltermaier, 2001, S. 103). Eine innere Anforderung kann eine bestimmte akkultorative Orientierung sein, z. B. der Wunsch des Individuums, durch den Einsatz der Integrationsstrategie sowohl die eigene Kultur aufrechtzuerhalten, als auch Kontakt zur Aufnahmegesellschaft aufzunehmen.

In einer *sekundären Bewertung* schätzt das Individuum eigene Ressourcen für die Bewältigung der von außen gestellten Anforderungen ein. Zu den internalen Ressourcen zählen eigene *Copingstrategien*, bestimmte *Persönlichkeitsmerkmale*, wie z. B. Widerstandsfähigkeit, emotionale Stabilität oder Kohärenzsinn. Äußere Ressourcen, die ihm zur Verfügung stehen, sind z. B. *soziale Unterstützung* und *soziale Netzwerke*, aber auch materielle oder körperliche Ressourcen (vgl. Maddi & Harvey, 2006; Schwarzer, 2004; Weiss, 2003). Persönlichkeitsmerkmale und soziale Unterstützung bzw. soziale Netzwerke werden in der Literatur als besonders wichtige Mediatorvariablen in Bezug auf den Gesundheitszustand angesehen (Berry, 1997, 2003; Perrez et al., 1998; Schwarzer, 2004). Auf die dispositionelle, internale Ressource *Kohärenzsinn* wird aus gesundheitspsychologischer Sicht noch in Abschnitt 2.4.3 eingegangen werden. Die Auswirkung von Copingstrategien und sozialer Unterstützung wird in den folgenden Abschnitten 2.3.3 bis 2.3.5 dargestellt.

Lazarus und Launier (1981) unterscheiden zwischen drei verschiedenen *Bewertungsergebnissen*, die durch primäre und sekundäre Bewertung ausgelöst werden können: irrelevante, günstig-positive und stressbezogene Situationen. Letztere lassen sich in die drei Kategorien Schaden bzw. Verlust, Bedrohung und Herausforderung einteilen. Sie sind maßgeblich für die jeweils ausgelösten Copingreaktionen. Im Anschluss an die ausgelösten Copingreaktionen findet eine *Neubewertung (reappraisal)* statt. Dabei wird bewertet, ob sich durch die ausgelösten Reaktionen an den Stressoren der Anforderungssituation etwas verändert hat.

2.3.2 Das Modell des Anstiegs von akkulturativen Stress

Durch Balls Organista und Kollegen (2003) wurde im National Center for Health Statistics die Auswirkung von akkulturativen Stress auf die mentale Gesundheit von Hispano-Gruppen in den USA zwischen 1982 und 1984 in einer der ersten, größeren Prävalenzstudien (*HHANES*) nachgewiesen. Es konnte an 7462 Mexikanern, 2834 Puerto-Ricanern und 1357 Kubanern mit Hilfe des *Diagnostic Interview Schedule (DIS)*, eines strukturierten klinischen Interviews, und einer *Skala des Center for Epidemiological Studies Depression (CES-D Scale)* belegen, dass das Ausmaß einer Depression im Wesentlichen von dem in der Biographie erlebten akkulturativen Stress abhing. Die Puerto-Ricaner und Mexikaner hatten höhere Depressionsraten als die Kubaner. Es zeigte sich mit zunehmender Akkulturation, im Sinne einer Assimilation an die neue Kultur, erhöhter akkulturativer Stress, nachgewiesen durch Prävalenzraten in den einzelnen Untersuchungen (Moscicki, Locke, Rae & Boyd, 1989, Kaplan & Marks, 1990, Vera et al., 1991, Angel & Guarnaccia, 1989, jeweils zit. n. Balls Organista et al., 2003).

Zwei epidemiologische Untersuchungen, der *Mexican American Prevalence and Services Survey (MAPPS)* und die *Epidemiological Catchment Areas Study (ECA)*, lieferten einen Beleg für die Zunahme akkulturativen Stresses mit zunehmender Akkulturation in Verbindung mit weiteren mentalen Störungen wie Zwangsneurose, Drogenmissbrauch/ –abhängigkeit, Alkoholmissbrauch/ –abhängigkeit und Phobien (Burnham et al., 1987, Vega et al. 1998, jeweils zit. n. Balls et al., 2003). Dabei spielte es keine Rolle, ob es sich um Angehörige aus Latino-Zuwander- oder anderen Gruppen handelte (ebd.).

Diese Befunde der zunehmenden Beeinträchtigung mentaler Gesundheit mit steigender kultureller Anpassung stehen im Widerspruch zu den in Abschnitt 2.2.1.2 genannten positiven gesundheitlichen Auswirkungen der Assimilations- und Integrationsstrategie. Eine Erklärung für die Inkonsistenz der Befunde bietet die fehlende Einheitlichkeit bei der Erstellung von Konzepten für Akkulturationsmaße (vgl. Abschn. 2.2.4: Arends-Tóth & Vijver, 2006; Smith Castro, 2003; Sue, 2003; Zane & Mak, 2003): Während die Befunde für beide Akkulturationsstrategien an die zweidimensionale Modellkonzeption nach Berry (1988) angelehnt sind, wurde die Akkulturation in den drei zitierten Untersuchungen mit eindimensionalen Konzepten durchgeführt.

Eine weitere mögliche Erklärung liefert Berry (1990a, 1995) mit seinem *Modell des Anstiegs von akkulturativem Stress* bei zunehmender Aufenthaltsdauer (s. Abb. 4):

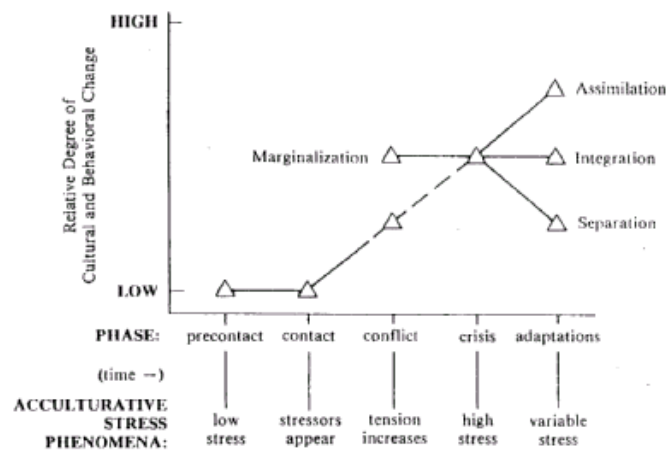


Abb. 4: Das Modell des Anstiegs von akkulturativem Stress (Berry, 1995)

In der anfänglichen Phase kulturellen Kontakts ist der akkultorative Stress nach Berry (1990a, 1995) zunächst gering, steigt aber mit zunehmender Aufenthaltsdauer bis zur Konflikt- bzw. Krisenphase an und fällt danach bis zur langfristigen psychischen Adaptation wieder ab (vgl. Schmitt-Rodermund, 1997; Sluzki, 2001). Diese Zu- oder Abnahme akkulturativen Stresses erklärt Berry (1997) durch quantitative Zu- oder Abnahme der auftretenden Probleme und kulturellen Konflikte während der Migration. Parallel zum ansteigenden oder abfallenden Verlauf akkulturativen Stresses kommt es auch zu einem Ansteigen oder zu einer Abnahme von Verhaltensänderung in Abhängigkeit von der jeweils gewählten Akkulturationsstrategie. Der daraus resultierende graphische Verlauf kann linear oder nicht-linear, z. B. umgekehrt u-förmig sein (vgl. Abb. 4).

Der Annahme der phasenförmigen Zu- oder Abnahme von akkulturativem Stress widerspricht Schmitz (1992a, 2001). Er ist der Auffassung, dass kurz nach der Zuwanderung unabhängig von der gewählten Akkulturationsstrategie der akkultorative Stress am höchsten ist. Schmitz (1992a) macht für die Variabilität des akkulturativen Stresses die individuelle kognitive Repräsentation der Stressoren und sich daran anschließende Copingstrategien verantwortlich. Die Hypothese der Zunahme von

akkulturativem Stress ist bislang umstritten, da sie individuelle Faktoren vernachlässigt und die hohe Variabilität des akkulturativen Stresses nicht berücksichtigt, die durch die sich ändernde Qualität und Intensität der Anforderungen bedingt wird. Ein weiterer Kritikpunkt ist, dass konkrete Zeitangaben der einzelnen Stressphasen fehlen, so dass das Modell nur sehr vage bezüglich der Beschreibung des umgekehrt u-förmigen Verlaufs von akkulturativem Stress bleibt (Berry, 1995, 1997; Berry et al., 2002). Berry und Kollegen (2002) gelangen zu der Ansicht, dass die Anforderungen des Akkulturationsprozesses bei der Beschreibung von akkulturativem Stress in Bezug zu personalen Ressourcen gesetzt werden sollten (vgl. Berry, 2006c).

2.3.3 Coping als personale Ressource

Ein Beispiel für eine personale, internale Ressource ist der individuell gewählte Copingstil. In der Literatur findet man oft dichotome Coping-Konzepte wie das *problemorientierte* und *emotionsorientierte Coping*, das *annäherungsorientierte* und *vermeidungsorientierte Coping*, das *aktive* und *passive Coping*. Beim problemorientierten Coping, dem annäherungsorientierten Coping und dem aktiven Coping wird die Stresssituation durch eigene Handlungen direkt verändert. Demgegenüber werden beim emotionsorientierten Coping die damit verbundenen Gefühle und Gedanken im Sinne einer Emotionsregulierung verändert, beim vermeidungsorientierten Coping erfolgt die Stress- und Angstreduktion über eine innere Lähmung und beim passiven Coping über Änderung der Person selbst, d. h. durch eine Selbst-Modifikation (Chang, Tugade & Asakawa, 2006; Diaz-Guerrero, 1979, zit. n. Berry, 1997; Endler & Parker, 1990; Lazarus & Launier, 1981; Roth & Cohen, 1986; Schwarzer, 2004; Yeh et al., 2006).

Endler und Parker (1990) ermittelten positive Korrelationen des emotionsorientierten Copings mit Depression, State-Trait-Angst-Maßen und Neurotizismus, während sie in Bezug auf das problemorientierte Coping mit diesen Variablen psychischer Belastung überwiegend negative Korrelationen nachwiesen. Auch Billings und Moos (1984) ermittelten bei einer eher emotionsorientierten Coping-Form des Ausagierens von Gefühlen positive Korrelationen mit depressiven Symptomen und negative Korrelationen mit Selbstvertrauen, während beim problemorientierten Coping die Korrelationen zu dem Ergebnis psychischer Anpassung entgegengesetzt waren

(vgl. auch Carver, Scheier & Weintraub, 1989). Chun, Moos und Cronkite (2006) nennen verschiedene empirische Befunde von negativeren Auswirkungen des vermeidungsorientierten Copings auf das emotionale und körperliche Befinden im Vergleich zum annäherungsorientierten Coping (z. B. Chung et al., 2001, Hack & Degner, 2004, Holahan et al., 1995, Penedo et al., 2003, jeweils zit. n. Chun et al., 2006; vgl. auch Ehrensaft & Tousignant, 2006).

Wenn man die in Abschnitt 2.2.3.4 abgeleitete gesundheitsfördernde Rangfolge der Akkulturationsstrategien einbezieht, lassen sich folgende Zusammenhänge der Akkulturationsstrategien mit den beiden zuletzt genannten Copingstilen annehmen: die gesundheitsfördernden Strategien Integration und Assimilation hängen mit dem gesundheitsfördernden annäherungsorientierten Copingstil zusammen und die gesundheitsverringern den Strategien Separation und Marginalisierung mit dem die Gesundheit verringernden vermeidungsorientierten Coping. Der einzige Unterschied zwischen Akkulturationsstrategien und Coping-Formen ist die Verarbeitungsform, da es sich bei den Akkulturationsstilen eher um Einstellungen mit einer Verhaltenskomponente handelt und beim Coping um unterschiedliche Modi der Stressverarbeitung (vgl. Berry, 2003, 2006b; Berry et al., 2002).

Auch der Befund von Cortés (2003) aus Abschnitt 2.2.2.2 begründet diese Zusammenhänge: Die erste Generation von Zuwanderern ist im Sinne der Separations- und Marginalisierungsstrategie kulturell nicht angepasst und die zweite Generation ist im Sinne der Integrations- und Assimilationsstrategie kulturell angepasst. Dieser Befund lässt sich mit einem weiteren Befund kombinieren: Die erste Generation von durch ihre Partner geschlagenen japanischen Frauen in den USA präferierte den vermeidungsorientierten Copingstil, während die zweite bereits in den USA geborene Generation der Japanerinnen einen annäherungsorientierten Copingstil bevorzugte (Yoshihama, 2002, zit. n. Chun et al., 2006). Aus der Integration beider Befunde lässt sich die Annahme ableiten, dass die erste Generation von Zuwanderern neben Separation und Marginalisierung den vermeidungsorientierten Copingstil und die zweite Generation neben Assimilation und Integration den annäherungsorientierten Copingstil präferiert. Es kann angenommen werden, dass über zunehmende kulturelle Anpassung mit Integration und Assimilation bei Migranten ein zunächst vermeidungsorientierter Copingstil in Richtung eines annäherungsorientierten Copingstils modifiziert wird.

Diese Annahme ist allerdings hinsichtlich ihrer Kausalität noch empirisch zu überprüfen.

Schmitz (1992a) weist Zusammenhänge der Copingstile mit Akkulturationsstrategien nach, in dem er mit einem Subgruppenvergleich das primäre, das sekundäre Bewertungsergebnis und die Neubewertung (reappraisal) kontrolliert: Bei den Gruppen, die die situationsbedingten Anforderungen in der primären Bewertung als ungünstig, die eigenen Ressourcen in der sekundären Bewertung als gering und die Bemühungen in der Neubewertung als ineffektiv bewerten, zeigen sich signifikante Korrelationen der eingesetzten, sich negativ auf die Gesundheit auswirkenden Akkulturationsstile mit psychosomatischen Beschwerden. Außerdem weist er mit Hilfe des *Coping Inventory for Stressful Situations (CISS)* nach, dass die Integrationsstrategie signifikant positiv mit dem annäherungsorientierten Coping, die Separationsstrategie signifikant positiv mit dem vermeidungsorientierten und dem emotionsorientierten Coping korreliert sind (vgl. auch Schmitz, 1994). Ergänzend dazu liefert Berry (2003) den Beleg, dass das vermeidungsorientierte Coping mit der Separations- und der Marginalisierungsstrategie positiv korreliert sind.

Das annäherungs- bzw. vermeidungsorientierte Coping ist nach Ansicht von Roth und Cohen (1986) nicht nur als Persönlichkeitsdisposition anzusehen, sondern unterliegt auch situationsbedingten Einflüssen und zieht in Abhängigkeit von der Passung der Coping-Form mit der Situation unterschiedliche Auswirkungen auf die Gesundheit nach sich. Es gibt verschiedene empirische Befunde, dass das vermeidungsorientierte Coping gesundheitlich günstige Konsequenzen in Situationen mit kurzfristigem, unkontrollierbarem Stress bei wenig Umweltinformation und das annäherungsorientierte Coping in Situationen mit kontrollierbarem, langfristigen Stress bei viel Umweltinformation hat (Bell & Byrne, 1978, Byrne, 1964, Carver et al., 1989, Cohen & Roth 1984, Katz et al., 1970, Lazarus, 1983, Manuel & Roth, 1984, Miller & Mangan, 1983, Mullen & Sulls, 1982, Staudenmeyer et al., 1979, jeweils zit. nach Roth & Cohen, 1986; vgl. Lazarus & Folkmann, 1984).

Wenn man der Annahme von Schmitz (1992a, 2001) folgt, dass kurz nach der Zuwanderung in ein neues Land aufgrund von fehlenden Sprach- und kulturellen Kenntnissen und einer fehlenden Existenzgrundlage eher unkontrollierbarer Stress mit

wenig Umweltinformation vorliegt, kann sich der vermeidungsorientierte Copingstil in diesem Kontext zusammen mit der Separation und Marginalisierung günstiger auf die Gesundheit auswirken. Über den Erwerb von Sprach- und kulturellen Kenntnissen und dem Aufbau einer Existenzgrundlage nimmt langfristig die Umweltinformation zu. Der akkultorative Stress wird kontrollierbarer und ein annäherungsorientierter Copingstil wirkt sich günstiger auf die Gesundheit aus (vgl. Chun et al., 2006; Roth & Cohen, 1986). Daher sollen die Hypothesen dieser Arbeit an den Befund von Cortés (2003) in Abschnitt 2.2.2.2 angelehnt werden: Bei der ersten Generation der Spanier ist das psychische Anpassungsergebnis mit zunehmender Aufenthaltsdauer positiver, und die Wahrscheinlichkeit für den Einsatz der gesundheitsfördernden Strategien Integration und Assimilation und somit für den annäherungsorientierten Copingstil steigt an.

2.3.4 Coping in kollektivistischen Kulturen

Chun und Kollegen (2006) vermuten bei der Präferenz für eine der beiden Coping-Formen Einflüsse der in Abschnitt 2.2.3.1 dargestellten individualistischen oder kollektivistischen kulturellen Orientierung. Sie nehmen in Bezug auf das annäherungsorientierte Coping einen Zusammenhang mit der individualistischen kulturellen Orientierung und für das vermeidungsorientierte Coping einen Zusammenhang mit der kollektivistischen Orientierung an (Bjorck et al., 2001, Chang 1996a, b, 2001, Cheung et al., 1983, Cole et al., 2002, Essau & Tommsdorff, 1996, Radford et al., 1993, Trubisky et al., 1991, jeweils zit. n. Chun et al., 2006).

Entsprechend der für individualistische Kulturen als unabhängig und der für kollektivistische Kulturen als abhängig geltenden Definition des Selbst von den Beziehungen zur Umwelt (vgl. Abschn. 2.2.3.1), prognostizieren Chun und Kollegen (2006) für kollektivistische Kulturen in Bezug auf das Stressgeschehen eine angestrebte Norm der Einheit und Passung von Person und Umwelt, so dass sich bei ihnen günstigere, gesundheitliche Auswirkungen bei Einsatz des vermeidungsorientierten Copings im Vergleich zum annäherungsorientierten Coping ergeben. Es werden folgende Merkmale des Stressprozesses und der Mediatorvariablen innerhalb der kollektivistisch orientierten Kulturen, wie der spanischen Kultur, vermutet (vgl. Chun et al., 2006; Yeh et al., 2006):

Diese Kulturen übernehmen eher eine situativ bedingte Kausalattribution anstelle der internalen Kontrollüberzeugung von individualistisch orientierten Kulturen. Sie bewerten die Stresssituation z. B. das Migrationsereignis eher als Schadens-Verlust-Situation anstelle als Herausforderung und haben eine negativere Ergebnisorientierung im Vergleich zu individualistischen Kulturen. Ein Stressor ist bei kollektivistischen Kulturen eher das Herauslösen aus Beziehungen als die Beschränkung der Autonomie wie in individualistischen Kulturen. Sie streben eine optimale Anpassung an die Umwelt im Gegensatz zu individualistischen Kulturen an, bei denen die Beseitigung von Hindernissen im Vordergrund steht. Infolgedessen spielt die Einschätzung personeller Ressourcen in sekundären Bewertungsprozessen bei kollektivistisch orientierten Kulturen eine größere Rolle im Vergleich zu primären Bewertungsprozessen. Da es bei kollektivistischen Kulturen eher darum geht, innere (Gefühls-) Zustände als externe Stressoren zu verändern, ist für die spanische, kollektivistisch orientierte Kultur eine Präferenz für das vermeidungsorientierte Coping anzunehmen (ebd.).

2.3.5 Soziale Unterstützung als Ressource kollektivistischer Kulturen

Zu den sozialen Ressourcen zählen soziale Unterstützung, z. B. die Befriedigung des spezifischen sozialen Bedürfnisses nach Information und Hilfe, außerdem soziale Netzwerke, d. h. „Systeme sozialer Beziehungen eines Menschen“, wie z. B. Freunde, Familie, soziale und kulturelle Institutionen wie Vereine, Religion oder Kirche (Berry, 1990a, 1995, 2006c; BFSFJ, 2000a; Dietzel-Papakyriakou, 1993; Kotic, 2006; Naegele, 2000; Ondracek, Romanenkova & Rückert, 2006; Perrez et al., 1998; Schwarzer, 2004; Weiss, 2003).

Die gesundheitsfördernde Auswirkung sozialer Unterstützung spielt bei kollektivistisch orientierten Kulturen eine große Rolle (Balls Organista et al., 2003; Chun & Akutsu, 2003; Dietzel-Papakyriakou, 1993; Kiehlhorn, 1996; Salman & Tuna, 2001; Seibert, 2001; Yeh et al., 2006): Ein Beispiel dafür ist das Familialismus-Konzept in lateinamerikanischen Kulturen, welches die kulturellen Werte wie Verpflichtung, eine starke Identifikation und Verbundenheit mit der eigenen Familie, Loyalität und Solidarität gegenüber den anderen Familienmitgliedern umfasst.

Hänze und Lantermann (1999) ergänzen die Funktion sozialer Unterstützung am Beispiel in Deutschland lebender kollektivistisch orientierter Aussiedlerfamilien anhand weiterer Faktoren, wie emotionale Bindung, gegenseitige Achtung der einzelnen Familienmitglieder, einander zugestandene Autonomie, intrafamiliäre Problemlösekompetenz und das familiäre Einkommen. Eine weitere Quelle sozialer Unterstützung für Migranten ist außerdem der Kontakt zu einheimischen Deutschen, durch den mehr Verständnis für die neue Kultur erworben, neue Umgangsweisen und Techniken besser erlernt werden können. Yeh und Kollegen (2006) führen demgegenüber den Begriff *intrakulturelles Coping* ergänzend ein, um die Inanspruchnahme sozialer Netzwerke aus Individuen der eigenen ethnischen Gruppe zu beschreiben. Eine Sonderform des intrakulturellen Copings ist das *kollektive Coping*, welches sich auf die gemeinsamen Bewältigungsversuche bei dem Problemlösen einer Gruppe bezieht (Wong, 1993, zit. n. Yeh et al., 2006; Chun et al., 2006; Ondracek et al., 2006). Im nächsten Abschnitt wird die gesundheitsfördernde Wirkung personaler Ressourcen aus gesundheitspsychologischer Sicht erläutert.

2.4 Theorien und Befunde aus gesundheitspsychologischer Sicht

In diesem Abschnitt wird die einseitig pathogenetische, stresstheoretische Perspektive der Erklärung der Krankheit von Migranten um eine *gesundheitspsychologische Perspektive mit protektiven Faktoren, Risikofaktoren* und dem *salutogenetischen Ansatz* von Antonovsky (1997) zur Erklärung der Aufrechterhaltung von Gesundheit ergänzt (vgl. Faltermaier, Kühnlein & Burda-Viering, 1998 und Abschn. 2.1.1). Bei einer Gegenüberstellung des transaktionalen Stressmodells mit dem salutogenetischen Erklärungsansatz fällt auf, dass als abhängige Variablen des transaktionalen Ansatzes lediglich Krankheitsmaße eingesetzt werden und bei dem salutogenetischen Ansatz auch Gesundheitsmaße (Bengel, Strittmatter & Willmann, 2001). Einschätzungen und Erwartungen als vermittelnde Mediatoren der Stressoren auf die Gesundheit werden bei dem transaktionalen Erklärungsansatz als situationsabhängig und bei dem salutogenetischen Ansatz auch als dispositionell bedingt betrachtet. Im stresstheoretischen Ansatz wird konkretes Copingverhalten vorhergesagt, während im salutogenetischen Ansatz eine bestimmte Einstellung im Vordergrund steht, die sich auch indirekt über das Gesundheitsverhalten auswirken kann. Ein Beispiel für ein zentrales salutogenetisches Konstrukt ist der *Kohärenzsinn*, welcher am Schluss dieses Abschnitts in das Akkulturationsmodell integriert wird (Antonovsky, 1997; Bengel et al., 2001). Weitere gesundheitspsychologische Konzepte und Modelle lassen sich bei Dlugosch (1994, S. 101-117) nachlesen.

2.4.1 Protektive und Risikofaktoren

Biologische Risikofaktoren, die die Erkrankungswahrscheinlichkeit erhöhen, entsprechen potentiell pathogenen Stressoren der transaktionalen Perspektive (Hafen, 2007). Myers und Rodriguez (2003) liefern empirische Belege, dass bei Migranten über ein riskantes *Gesundheitsverhalten* biologische Risikofaktoren zunehmen und zu einem Anstieg der Prävalenzraten führen: Verschiedene riskante Gesundheitsverhaltensweisen wie Bewegungsmangel, Übergewicht, Rauchen usw. haben bei einzelnen ethnischen Gruppen unterschiedlich hohe Blutfettwerte und damit unterschiedlich hohe Herzerkrankungs- und Bluthochdruckraten zur Folge

(vgl. Sam, 2006c). Das riskante Gesundheitsverhalten und die Risikofaktoren steigen mit zunehmender Akkulturation an (z. B. Kunitz & Levy, 1986, Mammoth et al., 1975, Reed et al., 1992, jeweils zit. n. Myers & Rodriguez, 2003). Für die Angleichung der Erkrankungsrisiken von Migranten an die nationale Verteilung der Aufnahmegesellschaft ist beispielsweise bei verschiedenen Krebsarten der Einsatz der Assimilations- und Integrationsstrategie maßgeblich, da mit steigender Akkulturation riskantes Gesundheitsverhalten und physikalische Risikofaktoren der Aufnahmegesellschaft übernommen werden (z. B. Faltermaier, 2001, Lilienfeld, 1974, jeweils zit. n. Myers & Rodriguez, 2003; Sam, 2006c). Caetano und Clark (2003) belegen anhand von Trendanalysen 1984 und 1995 in den USA bei lateinamerikanischen Frauen, dass mit zunehmender Akkulturation die Einstellungen gegenüber Alkoholkonsum liberaler werden und diskutieren zunehmenden Alkoholkonsum/-abhängigkeit, Rauchen und Drogengebrauch mit zunehmender kultureller Anpassung bedingt durch übernommenes Risikoverhalten (vgl. Sam, 1994b, zit. n. Sam, 2006c).

Myers und Rodriguez (2003, S.176 f) haben ein *Pfadmodell* aufgestellt, zur Beschreibung der Auswirkung von *gesundheitspsychologischen Mediatorvariablen*, die sich über kulturelle Anpassung der Migranten an die nationale Verteilung der Aufnahmegesellschaft angleichen können (s. Abb. 5). Mit den gesundheitspsychologischen Mediatorvariablen sind die biologischen Risiken der einzelnen ethnischen Gruppen, ihr Gesundheits- und ihr Risikoverhalten sowie die Verfügbarkeit von Gesundheitsdiensten und der Zugang zur Gesundheitsversorgung im Aufnahmeland gemeint (vgl. Abschn. 2.2.3.3). Als weiteren Unterschied zum Akkulturationsmodell von Berry (1997) können nach Myers und Rodriguez (2003) die sogenannten statischen Strukturvariablen auch Mediatorfunktion auf das Ergebnis gesundheitlicher Anpassung und die Prävalenzraten unterschiedlicher Migrantengruppen haben. Daraus ergeben sich neben Akkulturationsniveau und psychologischen Faktoren weitere Mediatorvariablen: demographische Merkmale, sozioökologische und soziale Kontextfaktoren (vgl. Sam, 2006c). Das Modell von Myers und Rodriguez (2003) ist zwar insgesamt differenzierter in Bezug auf die Beschreibung der Wirkungsrichtung der einzelnen Komponenten, allerdings geht dies

im Vergleich zum Modell von Berry (1997) auf Kosten der Darstellung der Funktionen von stresstheoretischen Wirkmechanismen.

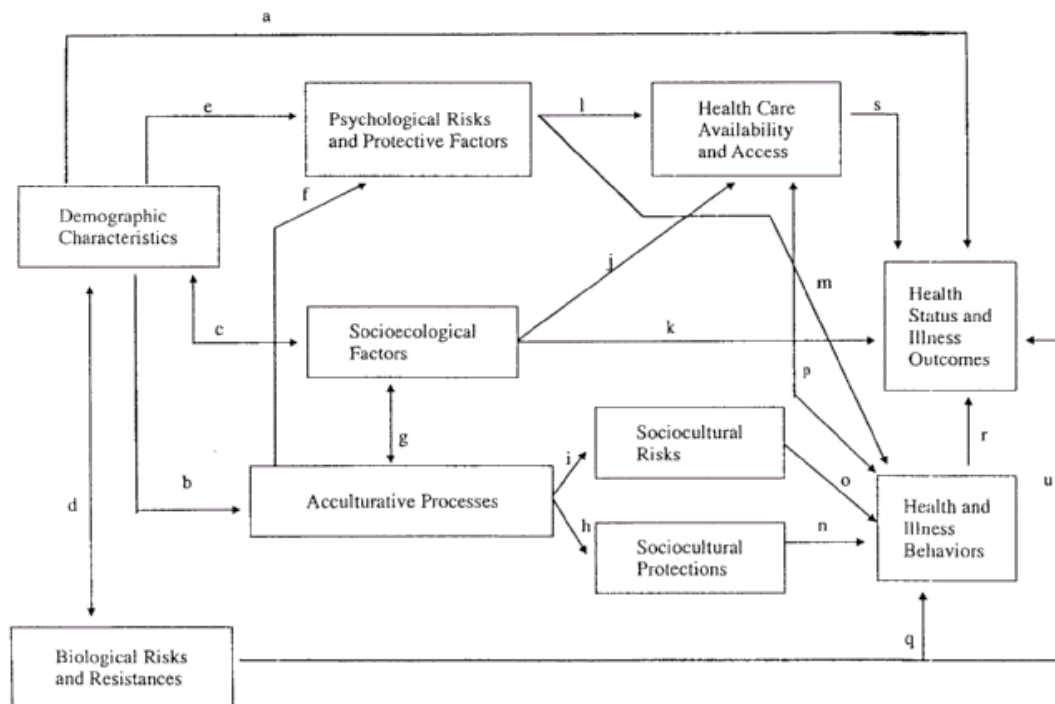


Abb. 5: Das Pfadmodell zum Zusammenwirken gesundheitsrelevanter Variablen (Myers & Rodriguez, 2003)

Nach Caetano und Clark (2003) geht gesundheitsverringendes Risikoverhalten mit geringer kultureller Anpassung einher: Durch soziale Isolation, Entfremdung, sprachliche Barrieren und durch unerfüllte Erwartungen an Mitarbeiter in der Gesundheitsversorgung wird die medizinische Versorgung weniger in Anspruch genommen (Chavez et al., 1985, Chesney et al., 1982, Estrada et al., 1990, Vega & Amaro, 1994, jeweils zit. n. Caetano & Clark, 2003). Beispielsweise steigt bei in Deutschland lebenden jugendlichen Aussiedlern zwar der Drogenkonsum mit zunehmender Aufenthaltsdauer auf ähnliche Werte wie die der einheimischen Deutschen an, andererseits liegt er aber auch in der Enttäuschung über verhinderte soziale Teilhabechancen begründet, z. B. bei schulischem Misserfolg aufgrund geringer kultureller Anpasstheit (Ströbl & Kühnel, 2000, zit. n. Boos-Nünning & Siefen, 2005 und vgl. Marschalck, 2000).

Insgesamt können sowohl kulturell-angepasste Strategien, als auch kulturell-nicht-angepasste Strategien mit gesundheitspsychologischen Risikofaktoren

zusammenhängen. Einfluss auf diese Zusammenhänge haben neben gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, der Einbindung der Migranten in das medizinische Versorgungssystem auch das gesellschaftlich präferierte Gesundheits- und Risikoverhalten im Aufnahmeland.

2.4.2 Beispiele für subjektive Gesundheitstheorien und Gesundheitsverhalten von Migranten

Weitere Faktoren, die bei den Zusammenhängen zwischen kultureller Anpassung und Gesundheits- und Risikoverhalten zu berücksichtigen sind, sind *subjektive Gesundheitstheorien*. Verringertes Gesundheitsverhalten im Sinne verringerter Inanspruchnahme medizinischer Versorgung lässt sich mit der Annahme Faltermaiers (2001) begründen, nach der der Stellenwert der Gesundheit bei Migranten zugunsten anderer existentieller Anforderungen eher gering ist und diese Gesundheit häufig external, d. h. bezogen auf die Umwelt, anstelle auf die eigene Person attribuieren. Beispiele sind *fatalistische Gesundheitstheorien*, die Gesundheit anhand biologischer Anlagen, mit Hilfe von Gott oder dem Schicksal erklären. In arabischen Kulturen werden Krankheiten über den „bösen Blick“, mit Hilfe „schwarzer Magie“, von „Djinen“ (Dämonen) oder des „Zar-Bori-Kult“ (Bessenheitszustand) erklärt (Berg, 2001; Jong, 2001; Ete, 1995; Haasen et al., 2005; Heine & Assion, 2005; Kiehlhorn, 1996; Kotic, 2006; Pfeiffer, 1995; Saller, 1995; Schmelting-Kludas, 2005; Yeh et al., 2006; Zimmermann, 2001).

Die subjektive Zuschreibung von Gesundheitsursachen lässt sich auch mit dem Konzept der *Kontrollüberzeugung (LOC, locus of control)* beschreiben (Rotter, 1966, zit. n. Pourgholam-Ernst, 2002). Die Kontrollüberzeugung umfasst die generalisierte Erwartungshaltung, dass Ereignisse durch eigene Handlungen (*internal*) oder durch äußere Sachverhalte/ Phänomene (*external*) beeinflussbar sind. Bei der externalen Kontrollüberzeugung wird außerdem zwischen *sozial-externaler*, d. h. durch fremde Personen wie Ärzte bedingt, und der *fatalistisch-externalen* Kontrollüberzeugung unterschieden, d. h. durch äußere Ereignisse bedingt.

Da Personen mit einer internalen Kontrollüberzeugung gemäß Pourgholam-Ernst (2002) Belastungen aktiver angehen, und z. B. ärztliche Anordnungen befolgen, und sich Personen mit einer externalen Attribuierung häufiger passiv verhalten, ist anzunehmen,

dass eine internale Kontrollüberzeugung mit dem annäherungsorientierten Coping einhergeht und eine externale Kontrollüberzeugung mit dem vermeidungsorientierten Coping.

Diese Annahme stimmt auch mit der Ansicht von Pourgholam-Ernst (2002) überein, dass die Kontrollüberzeugung kulturbedingt unterschiedlich ausgeprägt ist. In kollektivistischen Kulturen mit einer Präferenz für das vermeidungsorientierte Coping dominiert eine externale Kontrollüberzeugung, während in individualistischen Kulturen mit einer Präferenz für das annäherungsorientierte Coping eine internale Kontrollüberzeugung vorherrscht (ebd. und vgl. Abschn. 2.3.4). Dies wird in der Untersuchung von Glier und Kollegen (2001) belegt: 75 % der türkischen, kollektivistisch orientierten Patienten präferierten eine external-fatalistische Kontrollüberzeugung. Die kulturspezifische Ausprägung der Kontrollüberzeugung scheint mit dem kulturbedingten Einsatz von bestimmten Copingstilen übereinzustimmen. Für die kollektivistisch orientierten, spanischen Probanden dieser Untersuchung ist neben einem vermeidungsorientierten Copingstil auch eine externale Kontrollüberzeugung anzunehmen (vgl. Abschn. 2.3.4). Weitere empirische Befunde zur Absicherung dieser Annahme eines Zusammenhangs der externalen Kontrollüberzeugung mit dem vermeidungsorientierten Copingstil bei kollektivistischen Kulturen sind notwendig.

Die kulturspezifisch ausgeprägte Kontrollüberzeugung und die Bildung subjektiver Gesundheitstheorien von Migranten hat Einfluss auf ihren kulturgeprägten Umgang mit Belastungen. Faltermaier (2001) unterscheidet drei verschiedene Behandlungssysteme der Inanspruchnahme von Migranten: neben dem *professionellen Gesundheitssystem* der Aufnahmegesellschaft (*profesional sector*), auch das *Laiengesundheitssystem* (*popular sector*) und die *traditionelle, volksmedizinische Behandlung* (*folk sector*), z. B. über familiäre Hilfe und die Anwendung von Hausmitteln. Beispiele für die traditionelle, volksmedizinische Behandlung in muslimischen Gesellschaftssystemen sind Knochenheiler, „Hodjas“ (religiöse Heiler), Derwische, Sufis, Sheiks, „Hakim arabi“ (traditioneller arabischer Arzt), Gelbsuchtheiler, Barbieri, traditionelle Hebammen, weise Frauen und „Spritzenfrauen“ (Borde, 2001; Grube, 1995; Heine & Assion, 2005; Kiehlhorn, 1996; Seibert, 2001; Zimmermann, 1995).

Aufgrund der Kommunikationsbarrieren im professionellen Gesundheitssystem und der external attribuierten Überzeugungen von Gesundheit nimmt Faltermaier (2001) bei Migranten ein nur geringes Befolgen ärztlicher Maßnahmen (*Compliance*) an, obwohl er bei ihnen einen starken Fortschrittsglauben an die moderne Medizin vermutet (vgl. Abschn. 2.2.3.3). Seiner Ansicht nach nehmen Migranten überwiegend volksmedizinische Behandlungen in Anspruch (vgl. Assion, 2005b; BFSFJ, 2000a; Borde, 2001; Kentenich et al., 2001; Kiehlhorn, 1996; Marschalck, 2000; Saller, 1995; Sastimdur, 1995; Vahedi, 1996).

Die ärztliche Behandlung wird zusätzlich dadurch erschwert, dass Migranten zur *Somatisierung* psychischer Symptome neigen und psychosoziale Probleme eher mit Medikamenten behandeln lassen. Es gibt eine hohe Schwelle für die Wahrnehmung schwerer Erkrankungen und das Aufsuchen medizinischer Experten. Die Somatisierung psychischer Beschwerden lässt sich in gleicher Weise den Patienten aus dem Mittelmeerraum zuschreiben, wie die überwiegende Inanspruchnahme volksmedizinischer Behandlungssysteme (Assion, 2005b; Berg, 2001; BFSFJ, 2000b; Collatz, 1995, 2001b; Eberding, 1995; Faltermaier, 2001; Grube, 1995; Kiehlhorn, 1996; Rogner, Bökli & Bartram, 2001; Vahedi, 1996; Yeh et al., 2006). Danach ist anzunehmen, dass nach Deutschland zugewanderte Spanier eine erhöhte Somatisierungstendenz aufweisen. Diese lässt sich mit Hilfe der bei kollektivistischen Kulturen stark ausgeprägten Neigung zur Emotionalisierung erklären, die die Spanier mit zunehmender kultureller Anpassung an die deutsche Aufnahmekultur kontrollieren müssen (vgl. Abschn. 2.2.3.1).

2.4.3 Das Salutogenesemodell im Kontext der Migration

Ein Modell, das sich nach Faltermaier (2001) anbietet, um die Zusammenhänge zwischen subjektiven, auf die Gesundheit bezogenen Einstellungen und Gesundheitsverhalten bei Migranten näher zu erklären, ist das *Salutogenesemodell* von Antonovsky (1997, zit. n. Faltermaier et al., 1998), siehe Abbildung 6.

Ziel des Salutogenesemodells ist, im Gegensatz zu den herkömmlichen pathogenetischen Modellen, die Entstehung und Aufrechterhaltung von Gesundheit bei auftretenden Belastungen zu erklären (Antonovsky, 1997; Bengel et al., 2001; Dlugosch, 1994; Faltermaier et al., 1998; Geyer, 2001; Hafen, 2007;

Ondracek et al., 2006; Pourgholam-Ernst, 2002; Schmitz, 2001). Der Gesundheitszustand wird durch ein multidimensionales Gesundheitskontinuum beschrieben, das zwischen den beiden Polen *gesund* und *krank* liegt und über die drei verschiedenen Ebenen, einer *körperlichen*, einer *psychischen* und einer *sozialen* operationalisiert wird (Antonovsky, 1997; Faltermaier et al., 1998; Hafen, 2007; Ondracek et al., 2006; Schmitz, 2001 und s. Abb. 6):

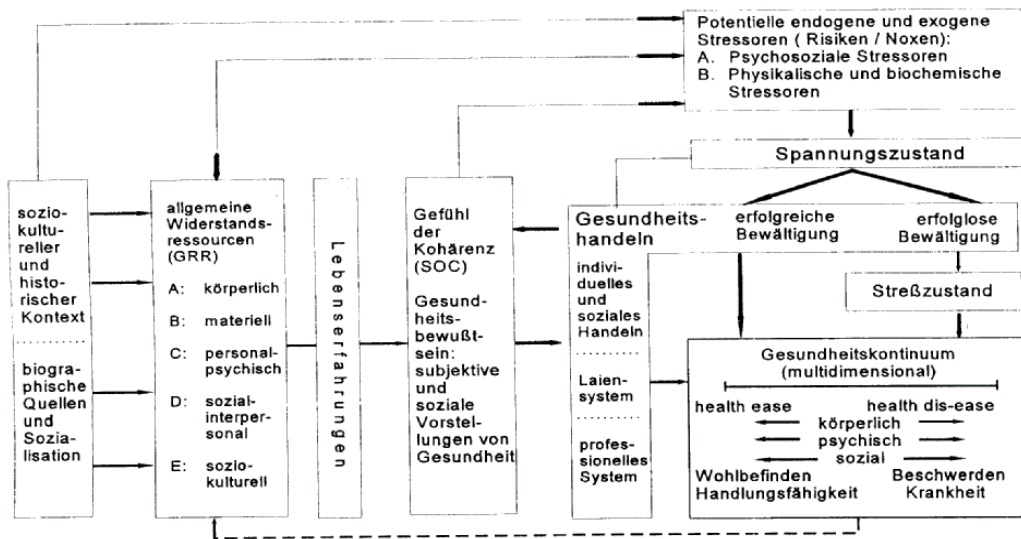


Abb. 6: Das Salutogenesemodell von Antonovsky (nach Faltermaier et al., 1998)

Zentrales Konstrukt im Salutogenesemodell ist der *Kohärenzsinn* (SOC, *sense of coherence*: Antonovsky, 1997; Geyer, 2001; Ondracek et al., 2006; Schmitz, 2001, Schwenkmezger, 1994). Personen mit einem hohen Kohärenzsinn können besser mit Belastungssituationen umgehen und bleiben häufiger gesund (Antonovsky, 1997; Bengel et al., 2001; Dlugosch, 1994; Faltermaier et al., 1998; Schmitz, 2001; Weiss, 2003). Der Kohärenzsinn ist nach Antonovsky (1987) folgendermaßen definiert:

“... a global orientation that expresses the extent to which one has a pervasive, enduring though dynamic feeling of confidence that (1) the stimuli deriving from ones internal and external environments in the course of living are structured, predictable and explicable; (2) the resources are available to one to meet the demands posed by these stimuli; and (3) these demands are challenges, worthy of investment and engagement.” (S.19)

Der Kohärenzsinn wird von Antonovsky als eine relativ stabile und globale Lebensorientierung bzw. Persönlichkeitsdisposition verstanden, die zu einer bestimmten Haltung gegenüber der sozialen Umwelt führt (Geyer, 2001; Schmitz, 2001; Weiss, 2003).

Er setzt sich aus drei Komponenten zusammen:

- *Verstehbarkeit* des Belastungsereignisses (*comprehensibility*),
- *Bewältigbarkeit/ Handhabbarkeit* der Anforderungen aufgrund eigener personaler Ressourcen (*manageability*),
- und *Bedeutsamkeit/ Sinnhaftigkeit* (*meaningfulness*) der zu bewältigenden Anforderungen.

Das Individuum gelangt zu der Annahme, dass sich die Anstrengungen lohnen und die Belastungssituation als positiv oder irrelevant in Bezug auf das eigene Befinden eingeschätzt werden kann (Antonovsky, 1997; Bengel et al., 2001; Faltermaier et al., 1998; Geyer, 2001; Ondracek et al., 2006; Pourgholam-Ernst, 2002; Schmitz, 2001; Weiss, 2003). Antonovsky nimmt nach Pourgholam-Ernst (2002) für die Auswirkungen des Kohärenzsinn (SOC) drei verschiedene Pfade an:

- Direkte Wirkung des Kohärenzsinn auf die Gesundheit als *biologisches Substrat* über physiologische Prozesse.
- Direkter Einfluss des Kohärenzsinn über *stressverarbeitende Prozesse*: Die Stressoren werden bei einem hohen Kohärenzsinn als Herausforderung bewertet und die eigenen Ressourcen als ausreichend eingeschätzt, um die Anforderungssituation zu bewältigen. An dieser Stelle werden Überschneidungen mit der primären und sekundären Bewertung des transaktionalen Stressmodells von Lazarus deutlich (vgl. Geyer, 2001; Stroebe, 2000).
- Indirekter Einfluss des Kohärenzsinn über das *Gesundheitsverhalten* auf den Gesundheitszustand: Antonovsky nimmt an, dass bei einem hohen Kohärenzsinn vermehrt gesundheitsförderndes Verhalten eingesetzt und dadurch der Gesundheitszustand verbessert wird.

Aufgebaut wird der Kohärenzsinn über *generalisierte Widerstandsressourcen* (*GRR, generalized resistance resources*), die körperlicher, materieller, personalpsychischer, sozial-interpersonaler und soziokultureller Natur sind und vom soziokulturellen Kontext und der individuellen Biographie beeinflusst werden. Schmitz (2001) führt als Beispiele für Widerstandsressourcen eine stabile körperliche Konstitution, ein hohes Selbstwertgefühl und soziale Netzwerke an. Sind die Widerstandsressourcen bei einer Person in hohem Maß vorhanden, so führen sie zu positiven Lebens- bzw. Bewältigungserfahrungen (Antonovsky, 1997; Geyer, 2001; Hafen, 2007; Pourgholam-Ernst, 2002; Schmitz, 2001; Schwarzer, 2004). Die generalisierten Widerstandsressourcen entsprechen den in Abschnitt 2.2.2.2 dargestellten Moderatorvariablen des Akkulturationsmodells auf individueller Ebene.

Konsistente Bewältigungserfahrungen werden vom Individuum nach Bengel und Kollegen (2001) verstanden und führen zu einem Anstieg der Subkomponente Verstehbarkeit des Kohärenzsinn. Der Kohärenzsinn steigt ebenfalls an. Wurden in der Vergangenheit viele positive und konsistente Bewältigungserfahrungen gemacht, so ist es wahrscheinlicher, dass die Person eine Stresssituation als irrelevant oder günstig bewertet, weil sie darauf vertraut, dass alles wie in der Vergangenheit gut ausgehen wird. Diese positive Einschätzung der Stresssituation wirkt spannungsreduzierend. Das Individuum wird mit größerer Wahrscheinlichkeit die für die Stressoren angemessenen Ressourcen einsetzen (Antonovsky, 1997). Die Stresssituation kann erfolgreich bewältigt werden, und das Individuum bewegt sich durch den herab regulierten Spannungszustand innerhalb des Gesundheitskontinuums in die Richtung *gesund* (vgl. Faltermaier et al., 1998).

2.4.4 Integration des Kohärenzsinn in das Akkulturationsmodell

Pourgholam-Ernst (2002) vergleicht die Subkomponente Handhabbarkeit des Kohärenzsinn mit der Kontrollüberzeugung (LOC). Die Handhabbarkeit hat mit der Kontrollüberzeugung die Gemeinsamkeit, dass bei beiden das Individuum einschätzt, wieweit die Anforderungen der Belastungssituation durch eigene internale Ressourcen zu bewältigen sind oder von äußeren Umständen abhängen. Da außerdem für die Kontrollüberzeugung angenommen wird, dass diese kulturell geprägt wird, d. h. von einer kollektivistischen oder individualistischen kulturellen Orientierung abhängt,

nimmt die Autorin (ebd.) an, dass über die Handhabbarkeitskomponente ebenfalls der kulturelle Einfluss auf den Kohärenzsinn vermittelt wird. Zugewanderte Angehörige einer kollektivistischen Kultur machen mit zunehmender kultureller Anpassung durch die Integrations- oder Assimilationsstrategie konsistente Bewältigungserfahrungen. Eigene Ressourcen werden günstiger eingeschätzt und die Gesundheit eher dem eigenen Gesundheitshandeln zugeschrieben. Die Subkomponente Handhabbarkeit und der Kohärenzsinn nehmen zu (vgl. Bengel et al., 2001).

Nach Antonovsky (1997) können zudem die Art des Gesundheitsverhaltens und die Auswahl der Ressourcen kulturell geformt sein, die über den Kohärenzsinn aktiviert werden. Bengel und Kollegen (2001) weisen auf Zusammenhänge zwischen dem Kohärenzsinn und dem transaktionalen Stressmodell von Lazarus und Launier (1981) hin (vgl. Abschn. 2.3.1): Die Subkomponente des Kohärenzsinnns Bedeutsamkeit weist Ähnlichkeiten mit der primären Bewertung und die Komponente Handhabbarkeit Ähnlichkeiten mit der sekundären Bewertung auf.

Vor dem Hintergrund dieser Annahmen lassen sich der Kohärenzsinn (SOC) und die generalisierten Widerstandsressourcen (GRR) in das Akkulturationsmodell integrieren. Die Integration dieser beiden Konzepte in den Ablauf der fünf Hauptphänomene zur Beschreibung des Akkulturationsprozesses ist in Abbildung 7 dargestellt (vgl. Abschn. 2.2.1.3). Bei Migranten wird der Kohärenzsinn über die erfolgreiche Bewältigung von migrationsbedingten Anpassungssituationen aufgebaut. Er wirkt sich während des Akkulturationsprozesses über drei verschiedene Pfade aus (vgl. Pourgholam-Ernst, 2002):

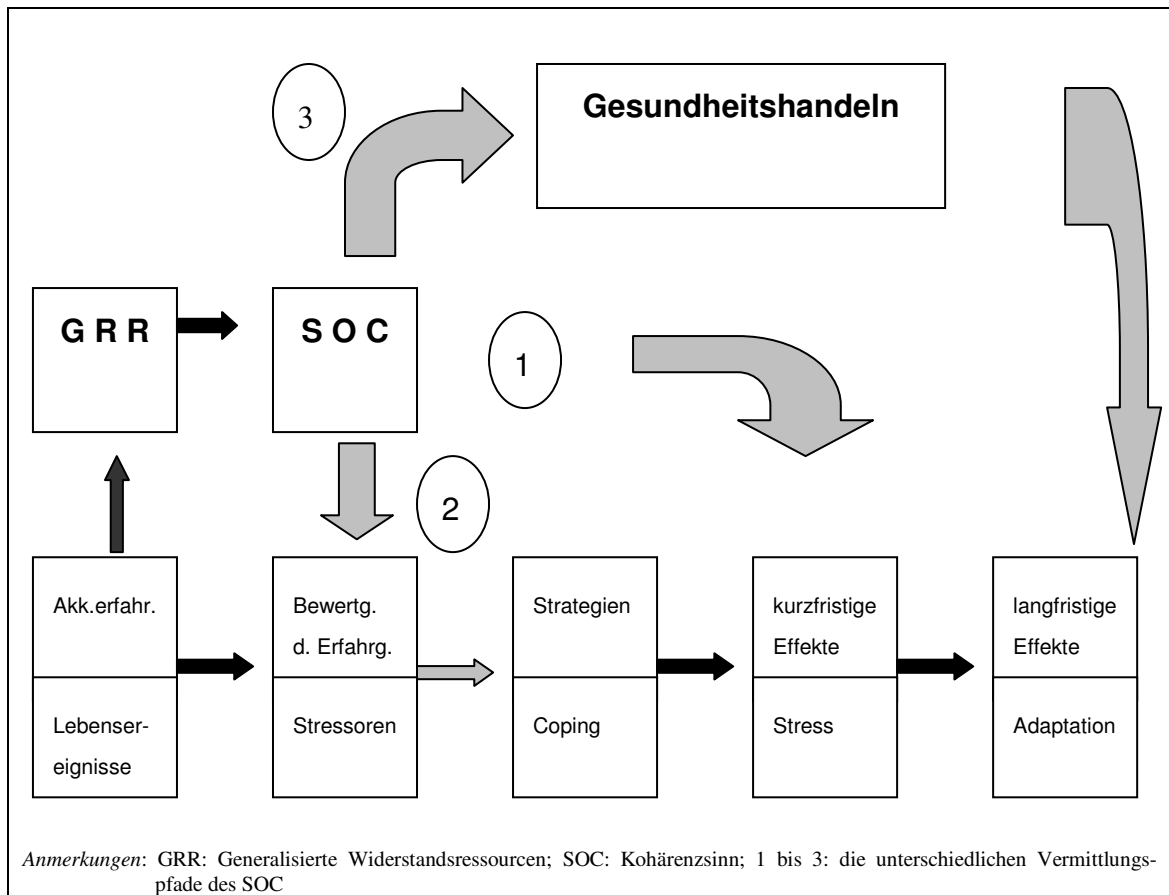


Abb. 7: Integration des Salutogenese-Modells in das Akkulturationsmodell
(Antonovsky, 1997; Berry, 1997).

- 1) Der Kohärenzsinn (SOC) wirkt sich als biologisches Substrat direkt auf die physiologische Stressreaktion und das kurzfristige gesundheitliche Anpassungsergebnis der Migranten aus.
- 2) Der Kohärenzsinn nimmt über primäre und sekundäre Stressverarbeitungsprozesse Einfluss auf das langfristige Ergebnis gesundheitlicher Anpassung: Bei dem primären Bewertungsergebnis der äußeren und inneren Anforderungen hat der Kohärenzsinn über seine Subkomponente Bedeutsamkeit und bei dem sekundären Bewertungsergebnis der eigenen Ressourcen über seine Subkomponente Handhabbarkeit Einfluss. Über die letztgenannte Subkomponente können auch Akkulturationsstile einwirken. Beispielsweise können Integrations-

und Assimilationsstrategie bei Migranten einer kollektivistischen Kultur eine ursprünglich externale in eine interne Kontrollüberzeugung und das ursprünglich vermeidungsorientierte in ein annäherungsorientiertes Coping verändern.

- 3) Der Kohärenzsinn hat indirekten Einfluss auf das langfristige gesundheitliche Adaptationsergebnis, in dem er das Gesundheitshandeln der Migranten beeinflusst, z. B. die Compliance bei der Inanspruchnahme medizinischer Versorgung. Hierbei können ebenfalls die kulturell angepassten Strategien Integration und Assimilation Einfluss nehmen und z. B. zu einer erhöhten Inanspruchnahme medizinischer Behandlungsmaßnahmen führen.

Insgesamt ist an diesem Abschnitt deutlich geworden, dass das Akkulturationsmodell von Berry (1997) zur Vorhersage auf die Gesundheit bezogenen Anpassungsergebnisses bei Migranten nicht mehr ausreicht, sondern eine gesundheitspsychologische Sichtweise für die Erklärung der Aufrechterhaltung der Gesundheit von Migranten integriert werden sollte. Diese Untersuchung ist als erster Schritt einer Überprüfung des um die gesundheitspsychologische Perspektive erweiterten Akkulturationsmodells von Berry (z. B. 1997) gedacht. Im folgenden Abschnitt werden die Fragestellungen der Untersuchung dafür abgeleitet.

3. Fragestellungen

Diese Dissertation wurde als erweiterte Replikationsstudie unter Einbezug der Ergebnisse einer vorangegangenen Diplomarbeit von Schrader (2004) erstellt. Ziel der Arbeit ist es, den Gesundheitszustand von in Deutschland lebenden spanischen Migranten zu messen, zu erklären und die Ergebnisse im Vergleich zu denen von Schrader (2004) zu diskutieren. Aufgrund einer mehrdimensionalen Definition von Gesundheit (s. Abschn. 2.1.2: Schorr, 1995) wird Gesundheit über das emotionale und das körperliche Befinden operationalisiert. Ein weiteres Ziel ist es zu untersuchen, inwiefern das emotionale und körperliche Befinden aus stresstheoretischer Sicht durch den Einsatz kultureller Anpassungsstrategien und aus gesundheitspsychologischer Sicht durch den Kohärenzsinn verbessert werden kann. Die direkten Einflüsse soziodemographischer Variablen auf die Gesundheit sind hierbei zu kontrollieren.

Ein umfassendes Modell, welches einen breiten Überblick über stressvermittelte Einflüsse von soziodemographischen Variablen und kulturellen Anpassungsstrategien auf die Gesundheit liefert, ist das Akkulturationsmodell (s. Abschn. 2.2.1.3: z. B. Berry, 1997, 1998; Berry et al., 2002; Silbereisen et al., 1999 und Abb. 2). Die kulturellen Anpassungsstrategien, auch Akkulturationsstrategien genannt, sind Integration, Assimilation, Separation und Marginalisierung. Der Kohärenzsinn wird in dieser Arbeit als weitere relevante Mediatorvariable und neues Konstrukt im Gegensatz zu der vorangegangenen Arbeit von Schrader (2004) in das Modell integriert. Er setzt sich aus den Subkomponenten Verstehbarkeit (Comprehensibility), Handhabbarkeit (Manageability) und Bedeutsamkeit (Meaningfulness) zusammen (vgl. Abschnitt 2.4.3: Geyer, 2001; Schmitz, 2001 und Abschnitt 2.4.4: Abb. 7). Als soziodemographische Variablen werden der Generationsstatus, die Aufenthaltsdauer, das Geschlecht, das Alter, das Bildungs- und Beschäftigungsniveau in diese Untersuchung mit einbezogen (s. Abschn. 2.2.2.2: Tab. 1).

Es sollen folgende Fragestellungen untersucht werden:

1. Wie ist das emotionale bzw. das körperliche Befinden von Spaniern im Vergleich zu Deutschen ausgeprägt?
2. Wie ist der Kohärenzsinn bei Spaniern im Vergleich zu Deutschen ausgeprägt?
3. Welche Akkulturationsstile setzen Spanier überwiegend ein?
4. Welche Zusammenhänge gibt es zwischen emotionalem bzw. körperlichem Befinden und Kohärenzsinn, Akkulturationsstrategien sowie soziodemographischen Variablen?
5. Welche Zusammenhänge gibt es zwischen Kohärenzsinn und Akkulturationsstilen sowie soziodemographischen Variablen?
6. Welche Zusammenhänge gibt es zwischen Akkulturationsstilen und soziodemographischen Variablen?

Zu Fragestellung 1:

Aufgrund der stärkeren Beeinträchtigung der Gesundheit von Migranten wird bei Spaniern ein schlechteres emotionales und körperliches Befinden im Vergleich zu Deutschen erwartet (vgl. auch Collatz, 1996; Lettau, 2000; Marschalck, 2000; Rabitz-Karabay, 1995; Rogner et al., 2001; Salman, 2000; Sam, 2006c; Trimble, 2003; Vahedi, 1996). Spanische Migranten haben neben dem alltäglichen Stress im Vergleich zu Deutschen zusätzlich den akkulturativen Stress zu bewältigen. Eine weitere Begründung für das schlechtere Befinden von Spaniern liegt in ihrer Prädisposition für einen in Bezug auf die Gesundheit ungünstigen, vermeidungsorientierten Copingstil durch ihre kollektivistische, kulturelle Orientierung (s. Abschn. 2.3.4: Chun et al., 2006; Yeh et al., 2006).

Einen ersten empirischen Beleg für das schlechtere Befinden von Spaniern liefert die Arbeit von Schrader (2004). Spanier zeigen sich verglichen mit Deutschen stärker emotional und körperlich belastet: Sie weisen bezogen auf das körperliche Befinden insgesamt einen höheren psychosomatischen Beschwerdedruck, mehr körperliche Erschöpfung, mehr Gliederschmerzen sowie tendenziell mehr Magenbeschwerden auf und zeigen sich in emotionaler Hinsicht ängstlich-depressiver, gleichzeitig aber auch freudiger gestimmt (elativer) und weniger emotional erschöpft.

Zu Fragestellung 2:

Mit der Annahme eines schlechteren emotionalen und körperlichen Befindens bei Spaniern geht die Annahme eines geringer ausgeprägten Kohärenzsinn bei Spaniern im Vergleich zu Deutschen einher (s. Abschn. 2.4.3: Antonovsky, 1997; Bengel et al., 2001; Dlugosch, 1994; Faltermaier et al., 1998; Schmitz, 2001; Weiss, 2003). Vergleichende Befunde zwischen Spaniern und Deutschen bezogen auf den Kohärenzsinn existieren in der Literatur noch nicht. Wenn Spanier im Vergleich zu Deutschen ein erhöhtes Stressrisiko haben, werden die äußeren Anforderungen in der primären Stressbewertung von ihnen im Vergleich zu Deutschen negativer eingeschätzt. Die Subkomponente Bedeutsamkeit und der Kohärenzsinn verringern sich insgesamt.

Darüber hinaus verfügen Spanier über geringere generalisierte Widerstandsressourcen (GRR) im Vergleich zu Deutschen. Sie haben einen geringeren sozialen Status und einen eingeschränkteren Zugang zu sozialen Netzwerken, insbesondere zum medizinischen Versorgungssystem, im Vergleich zur deutschen einheimischen Bevölkerung (vgl. Abschn. 2.2.3.3). Dementsprechend fällt in sekundären Stressbewertungsprozessen die Einschätzung hinsichtlich der eigenen Ressourcen weniger günstig aus. Außerdem attribuieren spanische Migranten in den sekundären Bewertungsprozessen aufgrund ihrer kollektivistischen Grundhaltung die Ursachen ihrer Gesundheit external, so dass sich die internale Kontrollüberzeugung verringert. Der Kohärenzsinn wird daher auch über die verminderte Subkomponente Handhabbarkeit verringert. Außerdem machen Spanier bei der Bewältigung der belastenden Ereignisse aufgrund verringerter generalisierter Widerstandsressourcen insgesamt weniger positive, konsistente Bewältigungserfahrungen (s. Abschn. 2.3.4: Chun et al., 2006; Yeh et al., 2006; Abschn. 2.4.2: Glier et al., 2001; Pourgholam-Ernst, 2002 und Abschn. 2.4.4: Bengel et al., 2001; Pourgholam-Ernst, 2002).

Zu Fragestellung 3:

Es wird aufgrund der in Abschnitt 2.2.3.2 dargestellten politischen und historischen Entwicklung eine zunächst separativ orientierte und ab 1978 mit dem Verfestigungserlass eine assimilativ orientierte deutsche Ausländerpolitik gegenüber Migranten angenommen. Die Kultur der deutschen Aufnahmegesellschaft ist in Übereinstimmung mit Georgas und Papastilianou (1994) homogen und die

gesellschaftliche Ausrichtung monistisch. Daraus folgt die Annahme einer mehrheitlichen Präferenz von Spaniern für die Separations- und die Assimilationsstrategie, wobei die Separation überwiegend von Spaniern der ersten Generation eingesetzt wird. Zwar steht dem ein Befund von Delgado (1966) entgegen (s. Abschn. 2.2.3.4), wonach die zugewanderten spanischen Gastarbeiter in den sechziger Jahren mehrheitlich die Integrations- und Separationsstrategie eingesetzt haben, es lassen sich jedoch verschiedene Gründe dafür anführen, dass der Einsatz der Integrationsstrategie bei den zugewanderten Spaniern seitdem abgenommen hat:

Seit den siebziger Jahren haben sich u. a. aufgrund einer größeren Menge an Rückkehrern der ersten Generation und der zunehmenden Präferenz der Spanier der zweiten Generation für die Assimilationsstrategie die sozialen Netzwerke zur Aufrechterhaltung der spanischen Kultur verringert. Viele spanische Vereine beklagen Nachwuchssorgen. Gleichzeitig werden aufgrund von bestehenden Integrationsdefiziten z. B. fehlendes muttersprachliches, medizinisches Fachpersonal im deutschen medizinischen Versorgungssystem bislang kulturelle ethnische Eigenheiten der Migranten vernachlässigt. Der Einsatz der Integrationsstrategie bei Inanspruchnahme von Leistungen des deutschen, psychosozialen und medizinischen Versorgungssystems wird erschwert, da er im Wesentlichen die vollständige Anpassung an die deutsche Kultur erfordert. Eine ausreichende multikulturelle Öffnung der deutschen Aufnahmegesellschaft hat noch nicht stattgefunden (s. Abschn. 2.2.3.3 und Abschn. 2.2.3.5).

Schrader (2004) liefert einen konkreten empirischen Beleg für die Begründung der Annahme einer Präferenz von Assimilation und Separation bei Spaniern: Spanier präferieren in ihrer Untersuchung mit 33 % die Assimilation, mit 32 % die Separation, mit 18 % Integration und mit 17 % Marginalisierung.

Zu Fragestellung 4 und 5:

Es wird erwartet, dass sich das emotionale und körperliche Befinden von Spaniern mit höher ausgeprägtem Kohärenzsinn verbessert, so dass das belastende Migrationsereignis als positiv oder irrelevant eingeschätzt wird (vgl. Abschn. 2.4.3: Antonovsky, 1997; Bengel et al., 2001; Dlugosch, 1994; Faltermaier et al., 1998; Schmitz, 2001; Weiss, 2003).

Mit Bezug auf Zusammenhänge des emotionalen und körperlichen Befindens mit Akkulturationsstilen stimmen die Autoren in der Literatur anhand der empirischen Befunde bislang nur überein, dass die positivsten gesundheitlichen Konsequenzen die Integrationsstrategie und die negativsten gesundheitlichen Konsequenzen die Marginalisierungsstrategie hat (s. Abschn. 2.2.1.2: Berry, 1997, 2003, 2006c; Berry et al., 2002; Berry, Phinney et al., 2006, zit. n. Sam, 2006c; Donà & Ackermann, 2006; Schmitz, 1992a, 1994; Smith Castro, 2003). Die empirische Befundlage in der Akkulturationsforschung hinsichtlich des gesundheitsbezogenen Rangplatzes zwischen Assimilation und Separation ist bislang nicht eindeutig (Berry, 1997, 2003; Berry et al., 2002; Schmitz 1992a, 1994).

In Abschnitt 2.2.3.4 wurde unter Einbezug der Politik der deutschen Aufnahmegesellschaft folgende gesundheitsbezogene Rangfolge abgeleitet: Die Integration ist den anderen Strategien überlegen, gefolgt von der Assimilation, der Separation und schließlich der Marginalisierung. Für eine Vorrangstellung der Assimilation vor der Separation im Hinblick auf die Gesundheit spricht, dass durch die Zunahme der politischen Integrationsbemühungen der deutschen Regierung seit 1978 vermehrt assimilative Tendenzen gefördert werden. Außerdem zieht der Einsatz von Assimilation im Vergleich zur Separation weniger ethnische Diskriminierung und damit weniger akkulturativen Stress nach sich (vgl. Abschn. 2.2.3.2: Smith Castro, 2003 und Abschn. 2.2.3.4: Delgado, 1966).

Für eine gesundheitsbezogene Vorrangstellung von Assimilation gegenüber Separation spricht aus stresstheoretischer Sicht außerdem, dass diese mit dem gesundheitsfördernden, annäherungsorientierten Coping und die Separationsstrategie mit dem die Gesundheit verringernenden, vermeidungsorientierten Coping zusammenhängt (vgl. Abschn. 2.3.3: Berry, 2003; Schmitz, 1992a).

Aus gesundheitspsychologischer Sicht wird die Vorrangstellung von Assimilation gegenüber Separation hinsichtlich der Gesundheit damit begründet, dass über Einsatz von Assimilation die internale Kontrollüberzeugung der deutschen Aufnahmegesellschaft übernommen und bessere generalisierte Widerstandsressourcen (GRR) entwickelt werden können. Die Subkomponente des Kohärenzsinn Handhabbarkeit wird in den sekundären Bewertungsprozessen günstiger bewertet, der

Kohärenzsinn steigt an, was ein stärker ausgeprägteres Gesundheitsverhalten und einen Anstieg des emotionalen und körperlichen Befindens zur Folge hat (vgl. Abschn. 2.4.4).

Schrader (2004) konnte gesundheitsfördernde Effekte der Akkulturationsstrategien auf den emotionalen und körperlichen Befindensskalen *ängstlich-depressiv*, *angstfrei-entspannt*, *erschöpft*, *vital-aktiv*, *positive Stimmung*, *negative Stimmung*, *Magenbeschwerden* und *Herzbeschwerden* bei Spaniern bereits nachweisen: Hierbei zeigte sich auf den Skalen des emotionalen Befindens eine gesundheitsfördernde Vorrangstellung der Integrations- und Assimilationsstrategie gegenüber der Marginalisierungsstrategie und auf den Skalen körperbezogener Symptome *Magen- und Herzbeschwerden* eine Vorrangstellung der Assimilations- gegenüber der Separationsstrategie.

Ausgehend von den dargestellten Effekten soziodemographischer Variablen auf die Gesundheit in Abschnitt 2.2.2.2, werden folgende Effekte vermutet (Balls Organista et al., 2003; Berry, 1990a, b, 1997; Berry et al., 2002; Cortés, 2003; Schmitz, 2001): Es wird erwartet, dass das emotionale und körperliche Befinden und der Kohärenzsinn ab der zweiten Generation im Vergleich zur ersten Generation zunimmt. Innerhalb der ersten Generation steigen das Befinden und der Kohärenzsinn mit zunehmender Aufenthaltsdauer. Es wurde bereits von Schrader (2004) belegt, dass Spanier der zweiten Generation weniger negativ gestimmt sind und einen geringeren psychosomatischen Beschwerdedruck im Vergleich zur ersten Generation aufweisen. Außerdem belegte die Autorin (ebd.) bei Spaniern der ersten Generation mit zunehmender Aufenthaltsdauer eine geringere Ausprägung der *negativen* und eine höhere Ausprägung der *positiven Stimmung* auf beiden Skalen des emotionalen Befindens.

Im Hinblick auf Alterseffekte werden ein höheres Befinden und ein höherer Kohärenzsinn für jüngere Spanier angenommen. Alterseffekte wurden bei Spaniern bislang nur in Bezug auf das körperliche Befinden nachgewiesen: der psychosomatische Beschwerdedruck, Gliederschmerzen und Herzbeschwerden nehmen mit steigendem Alter zu (Schrader, 2004).

Gesundheitsfördernd im Hinblick auf Befinden und Kohärenzsinn wirkt sich außerdem ein höheres Bildungs- und Beschäftigungsniveau aus (Berry, 1997; Berry et al., 2002;

Cortés, 2003; Schmitz, 2001). Schrader (2004) konnte gesundheitsbezogene Effekte lediglich in Bezug auf das Ausbildungsniveau nachweisen: Das Vorhandensein eines Ausbildungsabschlusses im Vergleich zu einem fehlenden Abschluss verringert bei Spaniern den psychosomatischen Beschwerdedruck.

Mit Bezug auf das Geschlecht ist bei männlichen im Vergleich zu weiblichen Migranten in der Literatur ein geringeres psychisches Stressrisiko ausgewiesen (Berry 1990a, b, 1997; Berry et al., 2002; Schmitz 2001), so dass für spanische Männer ein günstigeres emotionales und körperliches Befinden sowie ein höherer Kohärenzsinn vermutet wird. In der vorangegangenen Untersuchung von Schrader (2004) wurde das günstigere Befinden bei spanischen Männern im Vergleich zu spanischen Frauen nur in Bezug auf das körperliche Befinden auf der Skala *Gliederschmerzen* als Trend nachgewiesen; mit Bezug auf das emotionale Befinden zeigten sich Spanierinnen tendenziell freudiger gestimmt (elativer) im Vergleich zu Spaniern.

Zu Fragestellung 6:

Es wird angenommen, dass der Einsatz der Strategien Assimilation und Integration bei Spaniern ab der zweiten Generation im Vergleich zur ersten Generation, innerhalb der ersten Generation mit zunehmender Aufenthaltsdauer, bei spanischen Männern, mit geringerem Alter und mit höherem Bildungs- und Beschäftigungsniveau wahrscheinlicher ist als der Einsatz von Separation und Marginalisierung.

Schrader (2004) wies in ihrer Untersuchung für Spanier einen erhöhten Einsatz der kulturell angepassten Assimilationsstrategie bei der zweiten Generation im Vergleich zur ersten Generation nach, welche die Separation präferierte. Effekte der Aufenthaltsdauer und der Berufstätigkeit auf den Einsatz der Akkulturationsstile wurden von ihr nicht bestätigt (ebd.); dafür aber eine Präferenz der kulturell nicht angepassten Strategie Marginalisierung bei Männern im Vergleich zu Frauen. Jüngere Spanier präferierten die kulturell angepasste Assimilationsstrategie im Vergleich zu älteren Spaniern, die die Separation bevorzugten. Außerdem konnte die Autorin (ebd.) zeigen, dass mit steigendem Bildungsniveau (Ausbildung oder akademischer Abschluss) mehrheitlich der Assimilationsstil eingesetzt wurde, im Vergleich zu den Spaniern ohne Abschluss, welche den Separationsstil präferierten.

Der Nachweis der in diesem Abschnitt abgeleiteten Effekte soziodemographischer Variablen, Akkulturationsstile, des Kohärenzsинns auf das emotionale und körperliche Befinden von Spaniern in Deutschland soll in den folgenden Abschnitten des empirischen Teils der Dissertation erbracht werden. Dazu werden zunächst die Operationalisierung und die Durchführung der Untersuchung dargestellt.

4. Methode

4.1 Fragebögen

4.1.1 Das Emotionalitätsinventar (EMO)

In den folgenden Abschnitten werden die in dieser Untersuchung eingesetzten Messverfahren beschrieben. Die Zuordnung der Item-Inhalte zu den Item-Nummern bzw. Subskalen lassen sich in Abschnitt 5.1 in den Tabellen der errechneten psychometrischen Testgütekriterien jeweils für die einzelnen Fragebögen nachlesen. Zur Erfassung des gesundheitlichen Befindens auf emotionaler Ebene wurde das *Emotionalitätsinventar (EMO)* von Bartram und Rogner (2003) eingesetzt. Es operationalisiert das emotionale Befinden in den letzten Wochen vor der Befragung anhand von 30 Eigenschaftswörtern. Die Eigenschaftswörter verteilen sich gleichmäßig auf den sechs Subskalen *Ängstlich-depressiv*, *Angstfrei-entspannt*, *Erschöpft*, *Vital-aktiv*, *Ängstlich-erregt* und *Elativ* (von engl. „elation“: Hochgefühl/ Freude), so dass jede Subskala jeweils fünf Items enthält. Die positiv konnotierten Subskalen werden in der Gesamtskala *Positive Stimmung* zusammengefasst und die negativ konnotierten Subskalen in der Gesamtskala *Negative Stimmung*.

Die Probanden schätzen sich selbst retrospektiv bezüglich der vorgegebenen Adjektive ein. Die Antwortalternativen „überhaupt nicht“, „selten“, „manchmal“, „oft“ sind auf einer vierstufigen Likert-Skala abgebildet. Sie werden mit einem Rohpunktwert 0-3 bewertet und für jede Subskala einzeln aufsummiert. Für die einzelnen Skalen liegt eine deutsche Normstichprobe mit $N^1=502$ Probanden vor. Für die Skalen *Elativ* und *Positive Stimmung* umfasst die Normstichprobe lediglich $N=294$ deutsche Probanden (Bartram & Rogner, 2003). Tabelle 4 gibt die Zuordnung der Items zu ihren zugehörigen Subskalen wieder (Item-Inhalte siehe Abschn. 5.1.1: Tab. 7):

¹ N = Häufigkeit

Tab. 4 : Die Item-Zuordnung zu den Subskalen des Emotionalitätsinventars
(EMO, Bartram & Rogner, 2003)

<i>Negative Stimmung</i>		<i>Positive Stimmung</i>	
<i>Subskala</i>	<i>Item-Nummer</i>	<i>Subskala</i>	<i>Item-Nummer</i>
<i>Ängstlich-depressiv:</i>	Item 1-5	<i>Angstfrei-entspannt:</i>	Item 6-10
<i>Erschöpft:</i>	Item 11-15	<i>Vital-aktiv:</i>	Item 16-20
<i>Ängstlich-erregt:</i>	Item 21-25	<i>Elativ:</i>	Item 26-30

Die Überprüfung psychometrischer Gütekriterien findet man beispielsweise bei Falk und Wahl (1995), die die ersten fünf Subtests des *EMO* einer umfassenden Item-Analyse unterzogen haben: Die Items weisen bis auf wenige Ausnahmen relativ hohe korrigierte Trennschärfen ($r_{it-i} > .60$) bei gleichzeitig hohen Korrelationen zu ihren Fremdskalen ($r_{iX_s} > .30$) auf. Dies weist einerseits auf eine hohe konvergente Validität der Items mit ihren zugehörigen Skalen, andererseits auch auf eine niedrige diskriminante Validität mit den Fremdskalen hin. Die Konstruktvalidität der fünf Subskalen belegen die Autorinnen (ebd.) über eine Fünffaktorenstruktur mit 67 % Varianzaufklärung. Die Kriteriumsvalidität wird von ihnen anhand signifikanter Korrelationen der *EMO*-Skalen mit den Skalen des *Stressbeschwerdebogens* Henry (1982) bestätigt. Die internen Konsistenzen der fünf Skalen des *EMO* sind mit Cronbach's α zwischen .83 und .88 als gut einzustufen. Der *EMO*-Fragebogen ist ebenso wie die drei anderen Fragebögen, die in den folgenden Abschnitten dargestellt werden, in Anhang A in deutscher Sprache und spanischer Übersetzungsversion dargestellt.

4.1.2 Der Giessener Beschwerdebogen (GBB-24)

Zur Erfassung des körperlichen Befindens dient in dieser Untersuchung die Kurzversion des *Giessener Beschwerdeboogens* (*GBB-24*, Brähler & Scheer, 1995). Der *GBB-24* wurde von Brähler und Scheer (1995) entwickelt, um subjektiv wahrgenommene körperliche Beschwerden zu ermitteln, für die keine organische Ursache festgestellt werden kann. Der Fragebogen setzt sich aus insgesamt 24 Items auf vier Subskalen

zusammen. Die Subskalen sind *Erschöpfung (E)*, *Magenbeschwerden (M)*, *Gliederschmerzen (G)* und *Herzbeschwerden (H)*. Sie werden auf der Gesamtskala *Beschwerdedruck (Klagsamkeit)* zusammengefasst.

Zur Ermittlung des Summenwertes auf der Gesamtskala schätzen die Probanden ihre Beschwerden auf den fünffach-gestuften Antwortalternativen „nicht“, „kaum“, „einigermaßen“, „erheblich“ und „stark“ selbst ein. Die Rohpunktwerte jedes Items liegen zwischen 0 und 4 und werden anschließend zum Summenwert aufaddiert. Wenn die Gesamtskala *Beschwerdedruck* eine hohe Ausprägung und die Subskalen eine breite Symptomatik aufweisen, dann lässt sich mit erhöhter Wahrscheinlichkeit auf eine psychosomatische Verursachung der Beschwerden schließen. In Tabelle 5 wird die Zuordnung der einzelnen Items zu den Subskalen dargestellt (Item-Inhalte siehe Abschn. 5.1.2: Tab. 10):

Tab. 5: Die Item-Zuordnung zu den Subskalen des Giessener Beschwerdebogens (GBB-24, Brähler & Scheer, 1995)

<i>Beschwerdedruck</i>	
<i>Subskala</i>	<i>Item-Nummer</i>
<i>Erschöpfung</i>	Item 1, 4, 15, 16, 17, 19
<i>Magenbeschwerden</i>	Item 3, 9, 10, 12, 13, 21
<i>Gliederschmerzen</i>	Item 5, 7, 8, 14, 18, 23
<i>Herzbeschwerden</i>	Item 2, 6, 11, 20, 22, 24

Die ursprüngliche Langversion des *GBB* umfasst 57 Items und wurde induktiv entwickelt. Die Retestreliaibilität der Langversion beträgt für unterschiedliche Stichproben im Skalenmittel $r_{tt} = .43 - .90$. Bei der Überprüfung ihrer Konstruktvalidität wurden von Brähler und Scheer (1995) anhand einer Faktorenanalyse sieben Faktoren sowie ein Generalfaktor ermittelt. Anschließend wurden über eine Item-Analyse die 24 Items der *GBB*-Kurzversion ausgewählt.

Zur Normierung der Skalenwerte dieser Arbeit wird eine aktuellere Untersuchung von Brähler, Schuhmacher und Brähler (2000) herangezogen, in der der *GBB-24* an einer repräsentativen Befragung mit $N=2182$ Personen normiert wurde. Die interne Konsistenz des *GBB-24* ist ausreichend hoch und liegt mit Cronbach's α zwischen .82

und .93. Die Kriteriumsvalidität ist anhand von Zusammenhängen zwischen den vier *GBB*-Skalen und der Skala *Depressive Grundstimmung des Gießentests* (*GT*, Beckmann, Brähler & Richter, 1991) nachgewiesen worden. Negative Korrelationen der *GBB*-Skalen mit Skalen des *Fragebogens zur Lebenszufriedenheit* (*FLZ*, Fahrenberg, Myrtek, Wilk & Kreutel, 1986) belegen die diskriminante Validität.

4.1.3 Die Leipziger Kurzsкала (SOC-L9)

In dieser Untersuchung wird der Kohärenzsinn mit Hilfe der *Leipziger Kurzsкала* (*SOC-L9*, Schumacher, Wilz, Gunzelmann & Brähler, 2000a) gemessen (vgl. auch Hannover, Michael, Meyer, Rumpf, Hapke & John, 2004). Die *SOC-L9* ist eine eindimensionale Skala, die anhand von 9 Items das Kohärenzgefühl auf einer siebenstufigen Antwortskala erfasst.

Ursprünglich wurde die Langversion des *Fragebogens zur Erfassung des Kohärenzsинns* (*SOC, Sense of Coherence Scale*) auf einer Skala von Antonovsky (1983) anhand von Interviews mit 51 Personen entwickelt, die schwere Belastungen und traumatisierende Erfahrungen erfolgreich bewältigt hatten. Die Items sollten nach Antonovsky (1997) jeweils einer der drei Subskalen *Verstehbarkeit*, *Sinnhaftigkeit* und *Handhabbarkeit* zugeordnet werden. Die *SOC*-Skala wurde in verschiedenen Kurzversionen überarbeitet (*SOC-29*, Antonovsky, 1987; *SOC-13*, Schumacher, Gunzelmann, & Brähler, 2000b). Die Autoren Schumacher und Kollegen (2000a) konnten die dreifaktorielle Struktur dieser Skalen aus der Literatur mit Hilfe von Faktorenanalysen in einer repräsentativen Normstichprobe mit $N=2005$ Personen jedoch nicht belegen. Auch die hohen Interkorrelationen der Subskalen sprachen eher für einen Generalfaktor. Daher konstruierten sie aus der *SOC-29* im Rahmen einer Item-Analyse eine ökonomische Variante, die *SOC-L9*, in dem sie die 9 Items mit den höchsten Trennschärfekoeffizienten auswählten (Item-Inhalte siehe Abschn. 5.1.3: Tab. 13).

Bei der Skalenbildung ist zu beachten, dass die Items *SOC.02*, *SOC.03*, *SOC.05* und *SOC.08* umgepolt wurden. Der Wertebereich der Trennschärfekoeffizienten war mit $r_{it-i} = .56$ und $r_{it-i} = .68$ als gut einzuschätzen, wie auch die interne Konsistenz mit Cronbach's $\alpha = .87$. Die anschließend durchgeführte exploratorische Faktorenanalyse zeigte, dass alle 9 Items auf einen Faktor laden und 50 % der Varianz aufklären.

Die diskriminante Validität wiesen sie anhand von negativen Korrelationen mit Skalen des psychischen und physischen Wohlbefindens nach, u. a. auch mit der Kurzversion des *Giessener Beschwerdebogens (GBB-24, Brähler & Scheer, 1995)*.

4.1.4 Die Stephenson Multigroup Acculturation Scale (SMAS)

Auf Probleme, die bei der Akkulturationsmessung auftreten können, wurde bereits in Abschnitt 2.2.4 eingegangen. In diesem Abschnitt wird zunächst die Wahl des Messverfahrens für Akkulturation begründet, anschließend wird es im Hinblick auf seine Testgütekriterien beschrieben. Die *Stephenson Multigroup Acculturation Scale (SMAS, Stephenson, 2000)* wurde zur Messung der vier kulturellen Anpassungsstile in Anlehnung an Berrys Akkulturationsmodell (vgl. Abschnitt 2.2.1.1: Berry, 1997) eingesetzt. Die Vorteile dieses Verfahrens werden u. a. bei Zane und Mak (2003) dargestellt:

Die Items der *SMAS* sind kulturunspezifisch formuliert, so dass der Fragebogen in unterschiedlichen Kulturen und für verschiedene ethnische Gruppen einsetzbar ist. In einer inhaltsanalytischen Untersuchung mit verschiedenen Akkulturationsmaßen fanden die Autoren heraus, dass die *SMAS* den Hauptindikator der Akkulturation, den Sprachgebrauch, mit 47 % Item-Anteil sowie einen weiteren wichtigen Indikator, den Bindungs- und Sozialisationsbereich, mit immerhin 16 % Item-Anteil abdeckt (siehe Abschn. 2.2.4). 25 % der Item-Anteile in der *SMAS* werden außerdem über die alltäglichen Gewohnheiten, z. B. Ernährung und Medien, abgedeckt. Die Items sind auf Verhalten und Einstellungen bezogen (vgl. auch Stephenson, 2000).

Darüber hinaus ist die *SMAS* an die zweidimensionale Konzeption der Stile von Berrys Akkulturationsmodell (Berry, 1997) angelehnt und erfasst die vier Akkulturationsstile anhand der Kombination der Ausprägungen auf den beiden Skalen *Ausmaß des Eintauchens in die Herkunftskultur (ESI=„degree of ethnic society immersion“)* und *Ausmaß des Eintauchens in die Aufnahmegesellschaft (DSI=„degree of dominant society immersion“)*. Die *ESI*-Skala umfasst 15 Items und die *DSI*-Skala 17 Items (Item-Inhalte s. Abschn. 5.1.4: Tab. 16). Die Probanden schätzen sich auf einer vierstufigen Likert-Skala bezüglich der Antwortalternativen „völlig falsch“, „eher falsch“, „eher richtig“ und „völlig richtig“ selbst ein (Zane & Mak, 2003).

Belege für ausreichende psychometrische Gütekriterien liefert Stephenson (2000) in ihrem Artikel über die induktive Testkonstruktion der *SMAS*. Zur Überprüfung der Konstruktvalidität wurden u. a. $N = 436$ Angehörige unterschiedlicher Kulturen zusammen mit der *Symptom-Checklist-90-Revised (SCL-90-R)*, Derogatis, 1994, zit. n. Stephenson, 2000) zur Erfassung der Symptome der letzten Woche befragt. In der Faktorenlösung der *SMAS* klärt der erste Faktor 27 % der Varianz (*ESI-Skala*) und der zweite Faktor 23 % der Varianz (*DSI-Skala*) auf. Pfad- und regressionsanalytische Berechnungen zeigen außerdem, dass die Ausprägungen der *DSI-Skala* mit denen der *SCL-90-R* zusammenhängen. Zusammenhänge der *SCL-90-R* mit der *ESI-Skala* konnten demgegenüber nicht bestätigt werden.

Die interne Konsistenz der Skalen beträgt für die *ESI-Skala* Cronbach's $\alpha = .97$ und für die *DSI-Skala* Cronbach's $\alpha = .90$. Die interne Konsistenz des gesamten Fragebogens umfasst Cronbach's $\alpha = .86$. Stephenson (2000) weist darauf hin, dass die konvergente Validität und diskriminante Validität mit zwei weit verbreiteten und reliablen Akkulturationsfragebögen belegt worden ist: der *Acculturation Rating Revised Scale for Mexican Americans (ARSMA II)*, Cuellar, Arnold & Maldonado, 1995) und der *Bidimensional Acculturation Scale for Hispanics (BAS)*, Marin & Gamba, 1996). Eine Normierungsstichprobe spanischer Zuwanderer in Deutschland liegt für die *SMAS* bislang nicht vor.

4.2 Beschreibung der Stichprobe

In diesem Abschnitt werden die soziodemographischen Eigenschaften der Probanden dieser Untersuchung beschrieben. Die Stichprobe setzt sich insgesamt aus $N = 112$ spanischen Migranten zusammen. Davon sind $n = 66$ spanische Frauen und $n = 46$ spanische Männer. Sie sind zwischen 17 - 81 Jahre alt ($M = 45.98$, $SD = 15.26^2$). Das Alter wurde in Anlehnung an die Altersklassen des *GBB* gruppiert (Brähler & Scheer, 1995), so dass die Häufigkeiten der beiden Geschlechter für jede einzelne Altersstufe in Abbildung 8 dargestellt werden können (vgl. Anhang C: Tab. C - 1).

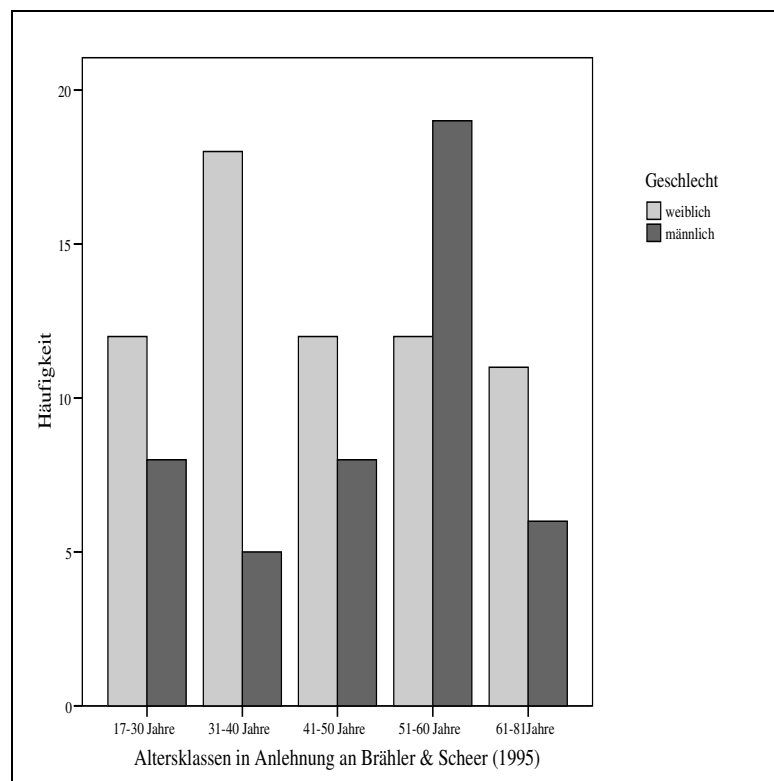


Abb. 8: Häufigkeit (Anzahl) der befragten Spanier in Abhängigkeit von Geschlecht und Alter

Die Anzahl der befragten Spanier, die selbst zugewandert sind, d. h. aus der ersten Generation, umfasst mehr als die Hälfte ($n = 63$) im Vergleich zu Spaniern der zweiten

² M = Mittelwert, SD = Standardabweichung.

Generation mit etwas mehr als einem Drittel ($n = 39$), deren Eltern zugewandert waren und den Spaniern ($n = 4$) aus der dritten und vierten Generation (siehe Tab. 6). Da die Häufigkeiten der dritten und vierten Generation sehr gering sind, wurden sie für die weiterführenden inferenzstatistischen Berechnungen der zweiten Generation zugeordnet.

Tab. 6: Häufigkeiten der befragten Spanier in den Generationen ($N=112$)

	Häufigkeit (Anzahl)	Relative Häufigkeit
1. Generation	63	56 %
2. Generation	39	35 %
3. Generation	2	2 %
ab der 4. Generation	2	2 %
Keine Angabe	6	5 %
Gesamthäufigkeit	112	100 %

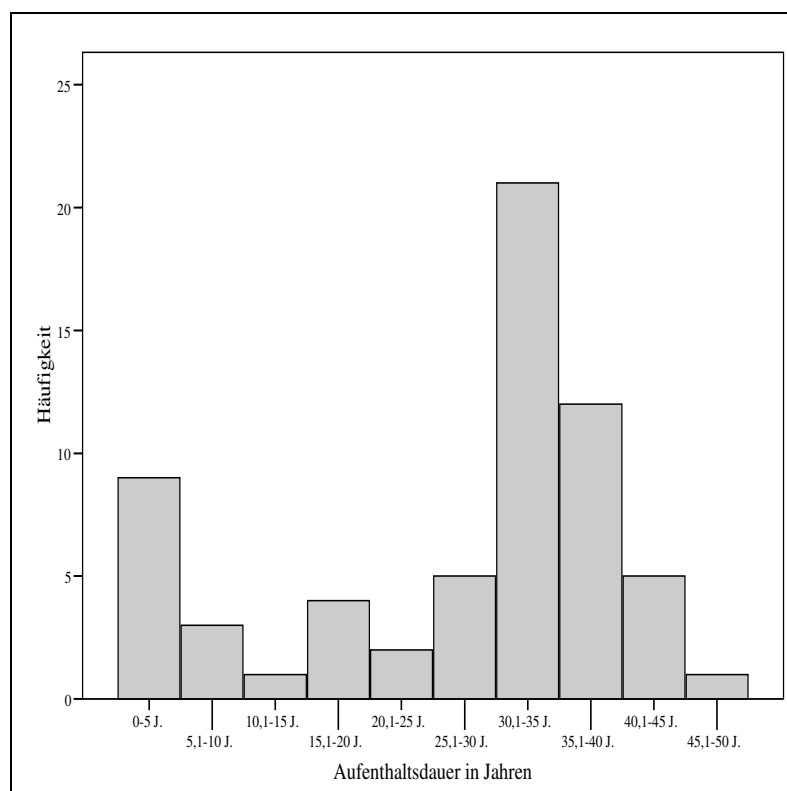


Abb. 9: Häufigkeit (Anzahl) der befragten Spanier der ersten Generation in Abhängigkeit von der Aufenthaltsdauer

Abbildung 9 stellt die Aufenthaltsdauer der befragten Spanier der ersten Generation dar. Sie liegt zwischen 0.5 und 47 Jahren ($M = 27.37$, $SD = 13.47$). Es wird deutlich, dass die befragten Spanier dieser Stichprobe überwiegend seit 30 bis 40 Jahren in Deutschland leben.

Das Bildungsniveau der befragten Probanden ist relativ heterogen. Die Summe von Schul- und Ausbildungsjahren der spanischen Zuwanderer liegt zwischen 0 und 22 Jahren ($M = 11.76$ Jahre, $SD = 4.31$ Jahre). Die Häufigkeiten der deutschen und spanischen Ausbildungsabschlüsse sind im Anhang C in Tabelle C - 2 dargestellt. Abbildung 10 beschreibt das Bildungsniveau der befragten Spanier, in dem die deutschen und spanischen Ausbildungsabschlüsse eines gleichartigen Niveaus jeweils in derselben Farbe gehalten sind:

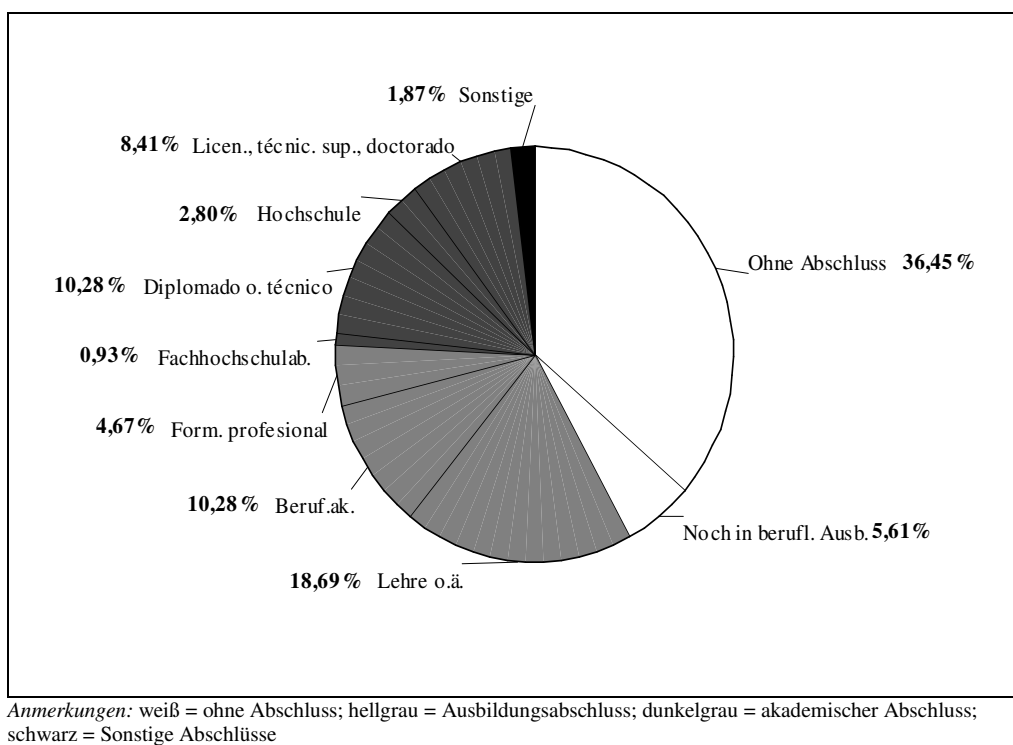


Abb. 10: Bildungsniveau und Ausbildungsabschlüsse der befragten Spanier

In Abbildung 10 fällt auf, dass fast die Hälfte der befragten spanischen Zuwanderer mit 42 % keinen Ausbildungsabschluss hat oder sich noch in beruflicher Ausbildung befindet (weiße Fläche). Etwa ein Drittel verfügt mit 34 % über einen deutschen oder spanischen Ausbildungs- oder vergleichbaren Abschluss (hellgraue Fläche). Nicht einmal ein Viertel der befragten Spanier, d. h. 22 % verfügen über einen deutschen oder

spanischen akademischen Titel (dunkelgraue Fläche). Die restlichen 2 % sind der Kategorie „Sonstige“ zuzuordnen (schwarzer Bereich). Das Bildungsniveau der Probanden ist daher insgesamt relativ gering.

Abbildung 11 beschreibt die relative Häufigkeit der einzelnen Tätigkeitsniveaus. Die beruflichen Tätigkeiten mit gleichartigem Beschäftigungsniveau sind analog zu den Ausbildungsabschlüssen einer gleichen Farbe zugeordnet. Die Häufigkeiten der einzelnen Berufskategorien sind im Anhang C in Tabelle C - 3 nachzulesen. Bei der Beschreibung der Häufigkeiten der einzelnen Berufstätigkeiten wurden die Häufigkeiten der Antwortmöglichkeiten für die Items „Hausfrau/ Hausmann“ und „mithelfende(r) Familienangehörige(r)“ in einer gemeinsamen Kategorie „im Haushalt tätig“ zusammengefasst, da sich beide von den Tätigkeiten nur geringfügig unterscheiden.

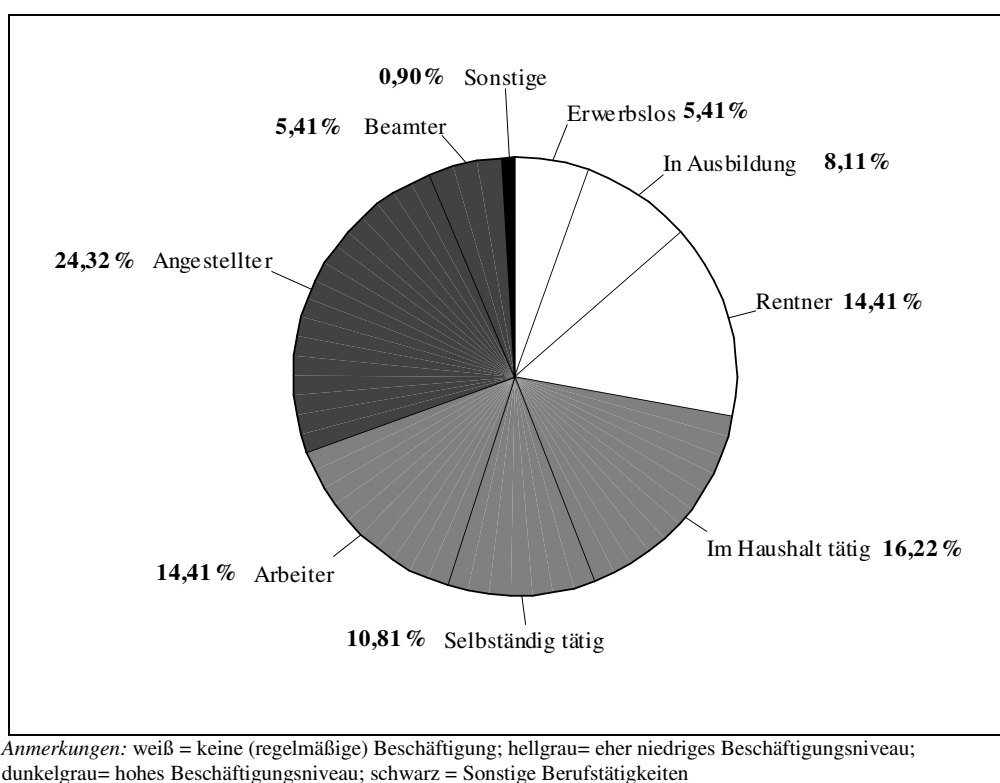


Abb. 11: Beschäftigungsniveau und Berufskategorien der befragten Spanier

In Abbildung 11 wird deutlich, dass 28 % der Spanier keiner regelmäßigen Beschäftigung nachgehen. Dazu zählen erwerbslose Spanier, sich in einer Ausbildung befindende Spanier sowie spanische Rentner (weiße Fläche). Zu einem Anteil von 41 % gehören Personen, die einem eher geringwertigen Beschäftigungsniveau zugeordnet

werden. Dieses umfasst „im Haushalt tätige Spanier“, „Facharbeiter“ sowie „selbständig tätige Spanier“ (hellgrauer Bereich). Die Kategorie der „selbständig tätigen Spanier“, die sich vermutlich aus sehr heterogenen Tätigkeiten zusammensetzt, wurde dieser Gruppe zugeordnet, da für diese ein ähnlich hohes Stressniveau angenommen werden kann, wie für die beiden anderen Gruppen. Die Gruppe der Spanier mit einem hohen Beschäftigungsniveau, bestehend aus Angestellten und Beamten, umfasst 30 % (dunkelgrauer Bereich). Die restlichen 1 % gehen sonstigen Berufstätigkeiten nach (schwarzer Bereich). Insgesamt fällt auf, dass die befragten Spanier dieser Stichprobe eher über ein geringes Beschäftigungsniveau verfügen oder keiner (regelmäßigen) Beschäftigung nachgehen.

Für die soziodemographische Variable „Familienstand“ geben mehr als die Hälfte mit 62 % „verheiratet“ und die restlichen 38 % „alleinstehend“ an, innerhalb derer sind 22 % „ledig“, 11 % „geschieden“ und 5 % „verwitwet“. 1 % sind der Kategorie „Sonstige“ zuzuordnen (siehe Anhang C: Tab. C - 4). Mit ihrem Partner zusammen leben in einem Haushalt insgesamt 70 % der Spanier und ohne Partner 30 %, bei einer Person fehlt die Angabe. Die Mehrzahl der befragten Spanier hat Kinder (71 %), aber nur 19 % haben Enkel. Die Personen, die Kinder bzw. Enkel angeben, haben mehrheitlich 1 bis 2 Kinder bzw. 1 bis 3 Enkel. Die überwiegende Anzahl von ihnen hat zwischen 1 bis 3 Verwandte in Deutschland leben (siehe Anhang C: Abb. C - 1).

Wesentliche Merkmale der Stichprobe sind, dass über die Hälfte der befragten Spanier noch aus der ersten Generation stammen, sie durchschnittlich seit mehr als 30 Jahren in Deutschland leben, über keine abgeschlossene oder eine geringe Berufsausbildung verfügen und ein eher geringes Beschäftigungsniveau oder keine (regelmäßige) Beschäftigung aufweisen. Dies lässt die Annahme zu, dass die Anzahl der befragten spanischen Probanden mehrheitlich aus der in den sechziger und siebziger Jahren zugewanderten Generation der Arbeitsmigranten stammt. Vergleichend zu den in diesem Abschnitt beschriebenen Häufigkeiten der Stichprobenmerkmale dieser Untersuchung stellt Tabelle C - 5 im Anhang C einen Überblick über die Häufigkeiten der Stichprobenmerkmale der Untersuchung von Schrader (2004) dar. Es wird deutlich, dass sich beide Stichproben im Hinblick auf ihre soziodemographischen Merkmale entsprechen.

4.3 Organisation und Durchführung der Untersuchung

Die in den vorangegangenen Abschnitten 4.1.1 bis 4.1.4 vorgestellten Fragebögen sind in der spanischen Übersetzungsversion bereits in der vorangegangenen Untersuchung von Schrader (2004) eingesetzt worden, nach dem die *Stephenson Multigroup Acculturation Scale (SMAS, Stephenson, 2000)* zuvor von einem Übersetzer mit Englisch als Muttersprache aus dem Englischen ins Deutsche übersetzt worden war und die Fragebögen insgesamt anschließend von einer Übersetzerin mit Spanisch als Muttersprache aus dem Deutschen ins Spanische übersetzt wurden (*SMAS, Stephenson, 2000; EMO, Bartram & Rogner, 2003; GBB-24, Brähler & Scheer, 1995; jeweils übers. n. Schrader, 2004*). Die *Leipziger Kurzskala (SOC-L9, Schumacher et al., 2000a)* wurde erst für diese Untersuchung zur Erfassung des Konstrukts Kohärenzsinn von einer Übersetzerin mit Spanisch als Muttersprache auf Spanisch übersetzt. Alle Übersetzer verfügten ebenfalls über sehr gute Deutschkenntnisse. Bei der Übersetzung des Fragebogenteils zur Erfassung soziodemographischer Variablen war in der Untersuchung von Schrader (2004) darauf geachtet worden, dass die Ausbildungsabschlüsse für das deutsche und spanische Ausbildungssystem getrennt erfasst wurden und einander in ihrem Niveau entsprachen. Damit können diese anhand ihres Ausbildungsniveaus in den statistischen Auswertungen einander zugeordnet und zu gemeinsamen Kategorien eines übergeordneten Niveaus zusammengefasst werden.

In dieser Untersuchung wurden nur Spanier und keine Lateinamerikaner einbezogen, um eine kulturell einheitliche Stichprobe zu erhalten. Die Datenerhebung erfolgte zu einem Messzeitpunkt, im Zeitraum von März 2005 bis Januar 2007, so dass es sich um ein Querschnittsdesign handelt. Die Befragung erfolgte anonym und schriftlich über Selbsteinschätzung. Die Probanden wurden über spanische Organisationen wie z. B. spanische Vereine geworben. Dazu wurden diese zunächst telefonisch oder mit einem schriftlichen Informationsschreiben (s. Anhang B) angesprochen und die Fragebögen per Packet verschickt.

Von den 700 verteilten Fragebögen wurden 140 Fragebögen zurückgeschickt, was einer Rücklaufquote von etwa 20 % entspricht. Von den in die Berechnungen einbezogenen

Fragebögen waren 94 % per Post verschickt worden, die restlichen 4 % persönlich und 2 % über Dritte verteilt worden. Die meisten der beantworteten Fragebögen stammen aus Duisburg (16 %), Hamburg (14 %) und Neuss (13 %). Danach kommen die Städte Hannover (9 %), Ulm, Bonn und Düsseldorf (mit jeweils 8 %) sowie Osnabrück (7 %), Goslar (6 %) und Berlin (5 %). An letzter Stelle stehen Vechta (3 %), Braunschweig und Bremerhaven (mit jeweils 1 %). Die Probanden sind mehrheitlich zu 73 % Mitglieder in spanischen Vereinen, 18 % sind Privatpersonen, die über Dritte rekrutiert wurden, 6 % sind Bewohner eines Altenheims und 2 % Lehrkräfte einer spanischen Schule (siehe Anhang C: Abb. C - 2, Tab. C - 6 und Tab. C - 7).

4.4 Auswertung

Von den insgesamt $N = 140$ Fragebögen wurden vor der Auswertung der Daten diejenigen mit mehr als 2 fehlenden Werten (*Missings*) in den Fragebögen, bestehend aus *SMAS*, *SOC-L9*, *EMO* und *GBB-24* eliminiert. Dies entsprach einer Anzahl von $n = 28$, so dass eine Anzahl von $n = 112$ Fällen für die Berechnungen verwendet werden konnten. Die *Missings* der verwendeten Fälle wurden durch den Median der jeweiligen Antwortskala eines Fragebogens ersetzt. Insgesamt wurden 51 *Missings* ersetzt, davon in der *SMAS* bei 18 Probanden, in der *SOC-L9* bei 2 Probanden, im *EMO* bei 15 Probanden und im *GBB-24* bei 8 Probanden jeweils ein *Missing*. Jeweils zwei *Missings* wurden in der *SMAS* bei 4 Probanden, in der *SOC-L9* bei 1 Proband und im *EMO* bei 5 Probanden ersetzt. Bei Probanden, die im Fragebogenteil soziodemographischer Variablen bei den Ausbildungsabschlüssen bzw. den beruflichen Kategorien mehrere Antwortmöglichkeiten angekreuzt hatten, wurde der jeweils anspruchsvollste Ausbildungstitel bzw. Beschäftigungsstatus ausgewählt. Personen, die in diesem Fragebogenteil lediglich in der Kategorie „Sonstige“ eine Angabe gemacht hatten und deren zusätzliche Angaben sich eindeutig einer der Antwortalternativen zuordnen ließen, wurden dieser entsprechend zugeordnet.

Die Daten wurden mit dem Computerprogramm *SPSS, Version 14.0* und *15.0 für Windows* ausgewertet. Bevor die in Kapitel 3 genannten Hypothesen inferenzstatistisch geprüft werden konnten, wurden zunächst die Skalen der eingesetzten Fragebögen item-

analytisch und in Bezug auf ihre Testgütekriterien mit Cronbach's α geprüft (Abschn. 5.1.1-5.1.4). Da bereits in der Untersuchung von Schrader (2004) die zweifaktorielle Struktur der *Stephenson Multigroup Acculturation Scale* (SMAS, Stephenson, 2000) nachgewiesen und somit die Konstruktvalidität gesichert worden war, wurde in dieser Untersuchung darauf verzichtet. Zu der sich anschließenden inferenzstatistischen Überprüfung der Hypothesen wurden folgende Testverfahren gerechnet:

- Für Fragestellung 1 und 2 zur Überprüfung der Unterschiede des emotionalen, körperlichen Befindens und des Kohärenzsinnns zwischen Spaniern und Deutschen wurden die spanischen Ausprägungen über *T-Tests mit einem deutschen Vergleichswert* verglichen (Abschn. 5.2 und Abschn. 5.3).
- Für Fragestellung 3 bezüglich der Häufigkeiten der eingesetzten Akkulturationsstile wurden die einzelnen Stile der Probanden aufgrund der fehlenden Normstichprobe mit Hilfe eines *Mediansplits* ermittelt und anschließend deskriptive Häufigkeiten für jeden einzelnen Stil berechnet (Abschn. 5.4).
- Für Fragestellung 4 und 5 zur Überprüfung der Zusammenhänge des emotionalen, körperlichen Befindens und Kohärenzsinnns mit den Akkulturationsstilen bzw. soziodemographischen Variablen wurden *Korrelationskoeffizienten nach Pearson* auf Signifikanz getestet und *T-Tests für unabhängige Stichproben* oder bei fehlender Varianzhomogenität *Welch-Tests* gerechnet. Bei zwei unabhängigen Variablen wurden zweifaktorielle Varianzanalysen und als Post-Hoc-Tests *LSD-Verfahren* („Least significant difference“-Verfahren) oder bei fehlender Varianzhomogenität *Verfahren nach Games Howell* gerechnet. Die Homogenität der Fehlervarianzen wurde sowohl bei den T-Tests als auch bei den Varianzanalysen mit Hilfe von *Levene-Tests* überprüft (Abschn. 5.5. und Abschn. 5.6.1-5.6.7).
- Für Fragestellung 6 zur Überprüfung der Zusammenhänge der soziodemographischen Variablen mit den nominalskalierten Akkulturationsstilen wurden χ^2 -Tests mit einer *Teststatistik nach Pearson* berechnet (Abschn. 5.7.1 - 5.7.6).

5. Ergebnisse

5.1 Skalenkonstruktion und psychometrische Gütekriterien

In den folgenden Abschnitten werden die ermittelten psychometrischen Gütekriterien der eingesetzten Fragebögen dieser Untersuchung jeweils auf Item- und auf Skalenebene dargestellt: Auf Item-Ebene sind das die Mittelwerte, die Standardabweichungen, die korrigierten Trennschärfekoeffizienten zur Erfassung der konvergenten Validität und die Item-Korrelationskoeffizienten nach Pearson mit dem Summenwert der fremden Skala zur Erfassung der diskriminanten Validität. Auf Skalenebene werden jeweils die Skalen-Mittelwerte, ihre Standardabweichungen und Cronbach's α angegeben. Außerdem wird auf die Skalenkonstruktion der *Stephenson Multigroup Acculturation Scale (SMAS, Stephenson, 2000)* eingegangen.

5.1.1 Psychometrische Überprüfung des Emotionalitätsinventars (EMO)

Die Darstellung der itemanalytischen Kennwerte erfolgt zunächst in Bezug auf das *Emotionalitätsinventar (EMO, Bartram & Rogner, 2003)* in Tabelle 7: Es ist auffällig, dass auf den positiv konnotierten Subskalen *Angstfrei-entspannt*, *Vital-aktiv* und *Elativ*, relativ geringe Item-Schwierigkeiten vorliegen, wie man anhand der hohen Item-Mittelwerte und dem hohen Durchschnitt der Item-Mittelwerte mit $M = 2.18$ und mit zweimal $M = 2.53$ im Vergleich zu den negativ konnotierten Subskalen *Ängstlich-depressiv*, *Erschöpft* und *Ängstlich-erregt* mit $M = 1.06$, $M = 0.94$ bzw. $M = 1.39$ sehen kann. Die erhöhten Item-Mittelwerte haben hohe Skalen-Mittelwerte bei den Skalen *Positiver Stimmung* in Tabelle 9 zur Folge, die mit $M = 10.92$, $M = 12.63$ und $M = 12.67$ etwa doppelt so hoch sind wie die Skalen-Mittelwerte der Skalen *Negativer Stimmung* mit $M = 5.30$, $M = 4.70$ und $M = 6.96$. Durch den extremer ausgeprägten Bereich der Item-Mittelwerte bei den Skalen *Positiver Stimmung* kommt es außerdem zu einer geringeren Antwortvariabilität bei den einzelnen Items mit einer jeweils mittleren Item-Varianz von $SD = 0.76$, $SD = 0.55$ und $SD = 0.49$ im Vergleich zu den mittleren Varianzen der Items auf den Skalen *Negativer Stimmung* mit $SD = 0.91$, $SD = 0.84$ und $SD = 0.87$ (siehe Tab. 7 und Amelang & Zielinski, 1997, S. 122).

Tab. 7: Itemmittelwerte und –standardabweichungen des Emotionalitätsinventars
(EMO, Bartram & Rogner, 2003)

Negative Stimmung								
Ängstlich-depressiv			Erschöpft			Ängstlich-erregt		
Item	M	SD	Item	M	SD	Item	M	SD
hilflos	0.78	0.86	kraftlos	1.19	0.93	aufgeregt	1.54	0.94
traurig	1.22	0.98	träge	0.73	0.90	besorgt	1.64	0.87
ängstlich	1.27	1.00	erschöpft	1.26	0.98	beunruhigt	1.49	1.01
ratlos	0.91	0.92	matt	0.96	0.95	verkrampft	1.23	0.92
mutlos	1.13	0.99	lahm	0.56	0.83	überreizt	1.06	0.91
Durchschnitt*	1.06	0.91	Durchschnitt*	0.94	0.84	Durchschnitt*	1.39	0.87
Minimum*	0.78	0.73	Minimum*	0.56	0.68	Minimum*	1.06	0.75
Maximum*	1.27	1.01	Maximum*	1.26	0.95	Maximum*	1.64	1.03
Range*	0.49	0.28	Range*	0.70	0.27	Range*	0.58	0.27
Positive Stimmung								
Angstfrei-entspannt			Vital-aktiv			Elativ		
Item	M	SD	Item	M	SD	Item	M	SD
ruhig	2.25	0.90	aktiv	2.58	0.78	beschwingt	2.54	0.66
sicher	2.35	0.89	selbstbewusst	2.57	0.73	fröhlich	2.62	0.67
entspannt	2.15	0.82	munter	2.69	0.66	frohgemut	2.32	0.86
ausgeglichen	2.26	0.87	stark	2.41	0.75	gutgelaunt	2.62	0.63
ausgeruht	1.91	0.88	tatkräftig	2.38	0.77	zufrieden	2.58	0.65
Durchschnitt*	2.18	0.76	Durchschnitt*	2.53	0.55	Durchschnitt*	2.53	0.49
Minimum*	1.91	0.67	Minimum*	2.38	0.43	Minimum*	2.32	0.40
Maximum*	2.35	0.80	Maximum*	2.69	0.61	Maximum*	2.62	0.74
Range*	0.44	0.13	Range*	0.31	0.17	Range*	0.30	0.34

Anmerkungen. M: Mittelwert; SD: Standardabweichung eines Items; * bei Durchschnitt, Minimum, Maximum, Range wird unter SD die Varianz angegeben.

In der folgenden Tabelle 8 sind die konvergente und die diskriminante Validität dargestellt, hierbei wird die korrigierte Trennschärfe in Anlehnung an Lienert (1969, S. 38) als konvergente Validität interpretiert. Der Item-Korrelationskoeffizient nach Pearson mit dem Summenwert der fremden Skala wird als diskriminante Validität interpretiert. Im Unterschied zum Korrelationskoeffizienten der diskriminanten Validität wird bei der korrigierten Trennschärfe in die „Korrelation der Item-Beantwortung mit dem Summenwert der Skala, zu der das betreffende Item gehört“, (Amelang & Zielinski, 1997, S. 123) sein Anteil an Itemvarianz nicht in die Gesamtvarianz des Summenwertes eingerechnet.

Tab. 8: Konvergente und diskriminante Validität des Emotionalitätsinventars (EMO, Bartram & Rogner, 2003)

Item	Ängstlich-depressiv	Erschöpft	Ängstlich-erregt	Angstfrei-entspannt	Vital-aktiv	Elativ
Ängstl.-depressiv	\underline{r}_{i-i}	r_{iX_s}	r_{iX_s}	r_{iX_s}	r_{iX_s}	r_{iX_s}
hilflos	.69	.46**	.51**	-.18	-.24**	-.35**
traurig	.77	.55**	.67**	-.33**	-.26**	-.34**
ängstlich	.55	.41**	.51**	-.20*	-.24*	-.27**
ratlos	.73	.59**	.62**	-.30**	-.31**	-.33**
mutlos	.63	.59**	.55**	-.18	-.28**	-.29**
Erschöpft	r_{iX_s}	\underline{r}_{i-i}	r_{iX_s}	r_{iX_s}	r_{iX_s}	r_{iX_s}
kraftlos	.48**	.55	.44**	-.23*	-.23*	-.25**
träge	.62**	.77	.50**	-.20*	-.31**	-.29**
erschöpft	.53**	.66	.54**	-.35**	-.29**	-.26**
matt	.53**	.81	.41**	-.20*	-.30**	-.28**
lahm	.44**	.60	.37**	-.15	-.24*	-.19*
Ängstlich-erregt	r_{iX_s}	r_{iX_s}	\underline{r}_{i-i}	r_{iX_s}	r_{iX_s}	r_{iX_s}
aufgeregt	.62**	.51**	.67	-.37**	-.26**	-.30**
besorgt	.56**	.46**	.69	-.33**	-.24*	-.31**
beunruhigt	.55**	.40**	.72	-.19*	-.22*	-.18
verkrampft	.62**	.53**	.74	-.32**	-.22*	-.21*
überreizt	.53**	.36**	.58	-.20*	-.07	-.13
Angstf.-entspt.	r_{iX_s}	r_{iX_s}	r_{iX_s}	\underline{r}_{i-i}	r_{iX_s}	r_{iX_s}
ruhig	-.24**	-.16	-.34**	.60	.44**	.41**
sicher	-.31**	-.27**	-.34**	.73	.58**	.56**
entspannt	-.21*	-.20*	-.24*	.74	.53**	.57**
ausgeglichen	-.25**	-.27**	-.22*	.71	.62**	.57**
ausgeruht	-.17	-.24*	-.23*	.53	.48**	.49**
Vital-aktiv	r_{iX_s}	r_{iX_s}	r_{iX_s}	r_{iX_s}	\underline{r}_{i-i}	r_{iX_s}
aktiv	-.16	-.25**	-.15	.48**	.71	.67**
selbstbewusst	-.36**	-.23*	-.25**	.63**	.70	.72**
munter	-.23*	-.30**	-.18	.60**	.82	.78**
stark	-.34**	-.34**	-.23*	.57**	.79	.73**
tatkräftig	-.30**	-.32**	-.24*	.53**	.65	.67**
Elativ	r_{iX_s}	r_{iX_s}	r_{iX_s}	r_{iX_s}	r_{iX_s}	\underline{r}_{i-i}
beschwingt	-.28**	-.29**	-.16	.55**	.76**	.81
fröhlich	-.36**	-.34**	-.25**	.60**	.79**	.85
frohgemut	-.43**	-.22*	-.34**	.57**	.69**	.69
gutgelaunt	-.35**	-.32**	-.24*	.58**	.78**	.89
zufrieden	-.31**	-.29**	-.23*	.62**	.81**	.89

Anmerkungen. \underline{r}_{i-i} : korrigierte Trennschärfe zur Erfassung der konvergenten Validität; r_{iX_s} : Korrelation des Items mit den Summenwerten der fremden Skalen zur Erfassung der diskriminante Validität. ** Die Korrelation ist auf dem Niveau von $p \leq .01$ (2-seitig) signifikant. * Die Korrelation ist auf dem Niveau von $p \leq .05$ (2-seitig) signifikant.

Der Wertebereich der korrigierten Trennschärfe in Tabelle 8 ist bei den negativ konnotierten Subskalen *Ängstlich-depressiv* $r_{it-i} = .55$ bis $.77$, *Erschöpft* $r_{it-i} = .55$ bis $.81$ und *Ängstlich-erregt* $r_{it-i} = .58$ bis $.74$ jeweils $r_{it-i} > .30$ und somit als gut einzuschätzen. Die relativ hohen korrigierten Trennschärfen der Subskalen *Negativer Stimmung* gehen mit überwiegend signifikanten, hohen positiven Item-Korrelationen mit den Summenwerten der beiden anderen Skalen *Negativer Stimmung* einher. Es ist neben einer ausreichenden konvergenten Validität die Homogenität der drei Subskalen gewährleistet. Sie entsprechen dem Merkmalsbereich *Negativer Stimmung* und können somit zu einem gemeinsamen Summenwert zusammengerechnet werden. Demgegenüber korrelieren die genannten Subskalen mit den Skalen *Positiver Stimmung* überwiegend hoch signifikant gering bzw. negativ, so dass auch die diskriminante Validität dieser Skalen gewährleistet ist.

Der Wertebereich der korrigierten Trennschärfe liegt bei den positiv konnotierten Subskalen *Angstfrei-entspannt* mit $r_{it-i} = .53$ bis $.74$, *Vital-aktiv* mit $r_{it-i} = .65$ bis $.82$ und *Elativ* mit $r_{it-i} = .69$ bis $.89$ jeweils $r_{it-i} > .30$, so dass die konvergente Validität als gesichert gelten kann. Da zudem die Item-Korrelationen der Subskalen *Positiver Stimmung* mit den Summenwerten der beiden anderen zugehörigen Skalen überwiegend hoch signifikant positiv und mit den Subskalen *Negativer Stimmung* überwiegend hoch signifikant gering bzw. negativ sind, sind die diskriminante Validität und die Homogenität positiv konnotierter Skalen gesichert. Die positiv konnotierten Skalen können zu einem gemeinsamen Summenwert *Positiver Stimmung* zusammen gerechnet werden. Als kritisch einzuschätzen ist lediglich, dass einige Items der Skalen *Vital-aktiv* und *Elativ* höher bzw. genauso hoch mit dem Summenwert der beiden anderen positiv konnotierten Subskalen korrelieren, wie mit dem der eigenen Subskala (s. Tab. 8: Item „selbstbewusst“, „tatkräftig“ und „frohgemut“), so dass in einer erneuten Untersuchung die Items in Bezug auf ihre Zugehörigkeit zu den Subskalen faktorenanalytisch zu überprüfen wären. Sie wurden jedoch zunächst in dieser Untersuchung bei ihren zugehörigen Skalen belassen, zumal die korrigierte Trennschärfe durch das Herausrechnen der Item-Varianz im Unterschied zum Korrelationskoeffizienten nach Pearson konservativer berechnet und Anteile gemeinsamer Kovarianz des Items mit seinem Summenwert nicht miteinbezogen wurden (vgl. Lienert, 1969).

Tabelle 9 zeigt die bereits diskutierten Skalen-Mittelwerte und die Standardabweichungen der einzelnen Subskalen. Die Standardabweichungen der Subskalen weichen trotz der im ersten Abschnitt vermuteten erhöhten Antworttendenzen der Spanier bei den positiv konnotierten Items nur unwesentlich voneinander ab, so dass die geringen Item-Schwierigkeiten wahrscheinlich auf die insgesamt erfasste Variabilität der positiv konnotierten Skalen keinen Einfluss haben.

Tab. 9: Mittelwerte, Standardabweichungen und Cronbach's α der Skalen des Emotionalitätsinventars (EMO, Bartram & Rogner, 2003)

Skala	<i>k</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	Cronbach's α
Ängstlich-depressiv	5	5.30	3.79	.86
Erschöpft	5	4.70	3.67	.86
Ängstlich-erregt	5	6.96	3.73	.86
Negative Stimmung	15	16.96	9.77	.93
Angstfrei-entspannt	5	10.92	3.43	.85
Vital-aktiv	5	12.63	3.08	.89
Elativ	5	12.67	3.09	.93
Positive Stimmung	15	36.21	8.67	.94

Anmerkungen. *k*: Anzahl der Items; *M*: Skalen-Mittelwert; *SD*: Standardabweichung der Skala; Cronbach's α : Maß für die interne Konsistenz.

Die Angaben der Reliabilität in Tabelle 9 wurden in Anlehnung an die Klassische Testtheorie mit Cronbach's α als Maß für die interne Konsistenz berechnet. Für die einzelnen Skalen ist Cronbach's $\alpha > .80$, so dass die Reliabilität als gesichert gelten kann. Besonders hohe interne Konsistenzwerte weisen die Summenskalen *Negative Stimmung* mit Cronbach's $\alpha = .93$ und *Positive Stimmung* mit Cronbach's $\alpha = .94$ auf.

5.1.2 Psychometrische Überprüfung des Giessener Beschwerdeboogens (GEB-24)

In diesem Abschnitt werden die psychometrischen Gütekriterien des *Giessener Beschwerdeboogens* (GEB-24, Brähler & Scheer, 1995) zur Erfassung des körperlichen Befindens dargestellt. Aufgrund der mehrdimensionalen Definition von Gesundheit werden sie mit den psychometrischen Kennwerten auf den Skalen des negativen, emotionalen Befindens verglichen (vgl. Abschn. 2.1.2: Antonovsky, 1979; Geiger, 2001; Schorr, 1995). Tabelle 10 gibt die itemanalytischen Kennwerte des GEB-24 wider. Die Item-Mittelwerte der GEB-Skalen sind verglichen mit den negativ konnotierten Skalen des EMO relativ heterogen (vgl. Abschn. 5.1.1: Tab. 7). Sie liegen

im Wertebereich $M = 0.47$ bis 1.47 bei der Skala *Erschöpfung*, $M = 0.05$ bis 0.75 bei der Skala *Magenbeschwerden*, $M = 0.45$ bis 1.62 bei der Skala *Gliederschmerzen* und $M = 0.17$ bis 0.53 bei der Skala *Herzbeschwerden*. Besonders stark in dem geringeren Extrembereich zu streuen scheinen die Item-Schwierigkeiten auf den Skalen *Magen-* und *Herzbeschwerden*. Die durchschnittlichen Item-Schwierigkeiten dieser beiden Skalen mit $M = 0.45$ bei *Magenbeschwerden* und $M = 0.31$ bei *Herzbeschwerden* sind besonders hoch, verglichen mit denen von *Erschöpfung* mit $M = 0.85$ und *Gliederschmerzen* mit $M = 1.15$ (s. auch die Item-Mittelwerte in Tab. 10 der Items: „Erbrechen“, „Übelkeit“, „Kloßgefühl oder Engigkeit im Hals“, „Stiche, Schmerzen in der Brust“, „Anfallsweise Atemnot“ und „Anfallsweise Herzbeschwerden“). Mit den besonders schwierigen Items bei den Antwortskalen *Magenbeschwerden* und *Herzbeschwerden* geht auch eine geringere durchschnittliche Antwortvariabilität mit $SD = 0.57$ und $SD = 0.45$ einher, wie ein Vergleich mit $SD = 0.92$ bei *Erschöpfung* und $SD = 1.13$ bei *Gliederschmerzen* zeigt. Diese heterogenen Ausprägungen bezüglich der durchschnittlichen Item-Mittelwerte und -Varianzen gibt es auf den Skalen *negativer Stimmung* in Tabelle 7 nicht.

Tab.10: Item-Mittelwerte und -Standardabweichungen des Giessener Beschwerdebogens (GBB-24, Brähler & Scheer, 1995)

Gesamtbeschwerdedruck											
Erschöpfung			Magenbeschwerden			Gliederschmerzen			Herzbeschwerden		
Item	M	SD	Item	M	SD	Item	M	SD	Item	M	SD
Schwächegefühl	0.68	0.85	Druck oder Völlegefühl im Bauch	0.41	0.78	Gelenk- oder Gliederschmerzen	0.93	1.12	Herzklopfen, -jagen o. -stolpern	0.38	0.70
Übermäßiges Schlafbedürfnis	1.11	1.13	Erbrechen	0.05	0.26	Kreuz- oder Rückenschmerzen	1.62	1.11	Schwindelgefühl	0.53	0.78
Rasche Erschöpfbarkeit	0.83	1.11	Übelkeit	0.14	0.40	Nacken- oder Schulterschmerzen	1.54	1.21	Kloßgefühl o. Engigkeit i. Hals	0.25	0.61
Müdigkeit	1.47	1.01	Aufstoßen	0.70	0.83	Kopfschmerzen	1.04	0.98	Stiche, Schmerzen i. d. Brust	0.27	0.66
Gefühl d. Benommenheit	0.47	0.77	Sodbrennen oder saures Aufstoßen	0.75	1.03	Müdigkeit in den Beinen	1.31	1.12	Anfallsweise Atemnot	0.29	0.76
Mattigkeit	0.52	0.81	Magenschmerzen	0.63	0.93	Druckgefühl im Kopf	0.45	0.78	Anfallsw. Herzbeschwerden	0.17	0.46
Durchschnitt*	0.85	0.92	Durchschnitt*	0.45	0.57	Durchschnitt*	1.15	1.13	Durchschnitt*	0.31	0.45
Minimum*	0.47	0.59	Minimum*	0.05	0.07	Minimum*	0.45	0.61	Minimum*	0.17	0.21
Maximum*	1.47	1.29	Maximum*	0.75	1.05	Maximum*	1.62	1.46	Maximum*	0.53	0.61
Range*	1.00	0.69	Range*	0.70	0.99	Range*	1.17	0.85	Range*	0.36	0.40

Anmerkungen. M: Mittelwert; SD: Standardabweichung eines Items; * bei Durchschnitt, Minimum, Maximum, Range wird unter SD die Varianz angegeben.

Tab. 11: Konvergente und diskriminante Validität des Giessener Beschwerdebogens (GBB-24, Brähler & Scheer, 1995)

Item	Erschöpfung	Magenbeschwerden	Gliederschmerzen	Herzbeschwerden
Erschöpfung	r_{it-i}	r_{iX_S}	r_{iX_S}	r_{iX_S}
Schwächegefühl	.60	.49**	.47**	.56**
Übermäßiges Schlafbedürfnis	.51	.38**	.37**	.38**
Rasche Erschöpfbarkeit	.67	.54**	.69**	.66**
Müdigkeit	.67	.48**	.61**	.51**
Gefühl der Benommenheit	.65	.56**	.61**	.59**
Mattigkeit	.64	.48**	.53**	.56**
Magenbeschwerden	r_{iX_S}	r_{it-i}	r_{iX_S}	r_{iX_S}
Druck oder Völlegefühl im Bauch	.49**	.38	.44**	.50**
Erbrechen	.46**	.31	.33**	.49**
Übelkeit	.50**	.47	.38**	.58**
Aufstoßen	.30**	.52	.22*	.25**
Sodbrennen o. saures Aufstoßen	.45**	.63	.48**	.42**
Magenschmerzen	.53**	.63	.52**	.57**
Gliederschmerzen	r_{iX_S}	r_{iX_S}	r_{it-i}	r_{iX_S}
Gelenk- oder Gliederschmerzen	.54**	.52**	.49	.52**
Kreuz- oder Rückenschmerzen	.40**	.32**	.59	.33**
Nacken- oder Schulterschmerzen	.52**	.46**	.68	.47**
Kopfschmerzen	.44**	.27**	.44	.25**
Müdigkeit in den Beinen	.60**	.46**	.55	.43**
Druckgefühl im Kopf	.54**	.39**	.44	.49**
Herzbeschwerden	r_{iX_S}	r_{iX_S}	r_{iX_S}	r_{it-i}
Herzklopfen, -jagen o. -stolpern	.50**	.49**	.40**	.58
Schwindelgefühl	.54**	.31**	.43**	.39
Kloßgefühl o. Engigkeit im Hals	.40**	.36**	.32**	.50
Stiche, Schmerzen in der Brust	.56**	.59**	.49**	.66
Anfallsweise Atemnot	.55**	.59**	.51**	.57
Anfallsweise Herzbeschwerden	.46**	.39**	.33**	.61

Anmerkungen. r_{it-i} : korrigierte Trennschärfe zur Erfassung der konvergenten Validität; r_{iX_S} : Korrelation des Items mit den Summenwerten der fremden Skalen zur Erfassung der diskriminanten Validität. ** Die Korrelation ist auf dem Niveau von $p \leq .01$ (2-seitig) signifikant. * Die Korrelation ist auf dem Niveau von $p \leq .05$ (2-seitig) signifikant.

Der Wertebereich der korrigierten Trennschärfe als Maß für die konvergente Validität in Tabelle 11 liegt bei der GBB-24-Subskala *Erschöpfung* mit $r_{it-i} = .51$ bis $.67$, bei *Magenbeschwerden* mit $r_{it-i} = .31$ bis $.63$, bei *Gliederschmerzen* mit $r_{it-i} = .44$ bis $.68$ und bei *Herzbeschwerden* mit $r_{it-i} = .39$ bis $.66$. Das Kriterium für zufriedenstellende korrigierte Trennschärfen wird mit $r_{it-i} > .30$ erfüllt. Allerdings ist kritisch anzumerken,

dass besonders, auf der Skala *Magenbeschwerden* die Items „Druck- oder Völlegefühl im Bauch“ und „Erbrechen“ und auf der Skala *Herzbeschwerden* das Item „Schwindelgefühl“ eine geringe korrigierte Trennschärfe aufweisen. Da jedoch Cronbach's $\alpha = .73$ bei Weglassen des Items „Druck- oder Völlegefühl im Bauch“ auf $\alpha = .72$ absinkt und bei Weglassen des Items „Erbrechen“ auf $\alpha = .74$ nur unwesentlich ansteigt, wurden diese Items in der Untersuchung beibehalten. Auch bei Weglassen des Items „Schwindelgefühl“ steigt Cronbach's $\alpha = .79$ lediglich auf $\alpha = .80$ an, so dass auch dieses Item beibehalten wurde (vgl. auch Tab. 12: Cronbach's α der Skalen des *GBB-24*).

Die Homogenität der Skalen wird in Tabelle 11 anhand der hohen, positiven Korrelationen der Items einer Skala mit den Summenwerten der anderen Skalen angezeigt, so dass die Skalen einen ähnlichen Merkmalsbereich erfassen und zu dem Summenwert *Gesamtbeschwerdedruck* zusammen gerechnet werden können. Bei einigen Items sind die positiven Korrelationen der Items mit den Summenwerten fremder Skalen höher als die korrigierte Trennschärfe (vgl. Tab. 11: Item „Rasche Erschöpfbarkeit“ auf der Skala *Erschöpfung*, die Items „Druck- oder Völlegefühl im Bauch“, „Erbrechen“ und „Übelkeit“ auf der Skala *Magenbeschwerden*, die Items „Gelenk- oder Gliederschmerzen“, „Müdigkeit in den Beinen“ und „Druckgefühl im Kopf“ auf der Skala *Gliederschmerzen*, die Items „Schwindelgefühl“ und „Anfallsweise Atemnot“ auf der Skala *Herzbeschwerden*). Jedoch fallen diese positiven Zusammenhänge der genannten Items mit hohen Werten nur bei den bereits genannten Items „Druck- oder Völlegefühl im Bauch“, „Erbrechen“ und „Schwindelgefühl“ aufgrund ihrer geringen korrigierten Trennschärfen negativ ins Gewicht.

Die in Tabelle 12 dargestellten geringen Skalen-Mittelwerte der Skalen *Magen-* und *Herzbeschwerden* $M = 2.69$ und $M = 1.88$, gehen mit den bereits beschriebenen geringen Item-Mittelwerten dieser beiden Skalen einher, so dass diese beiden Skalen als besonders schwer bezeichnet werden können (vgl. Tab. 10). Außerdem weisen sie anhand ihrer Standardabweichungen eine geringere Variabilität der Antworten im Vergleich zu den beiden anderen Skalen auf.

Tab. 12: Mittelwerte, Standardabweichungen und Cronbach's α der Skalen des Giessener Beschwerdebogens (GBB-24, Brähler & Scheer, 1995)

Skala	<i>k</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	Cronbach's α
Erschöpfung	6	5.08	4.26	.84
Magenbeschwerden	6	2.69	2.96	.73
Gliederschmerzen	6	6.89	4.41	.78
Herzbeschwerden	6	1.88	2.80	.79
Beschwerdedruck	24	16.54	12.48	.92

Anmerkungen. *k*: Anzahl der Items; *M*: Skalen-Mittelwert; *SD*: Standardabweichung der Skala; Cronbach's α : Maß für die interne Konsistenz.

Entsprechend der bereits dargestellten eingeschränkten konvergenten Validität auf den Skalen *Magen-* und *Herzbeschwerden* durch verminderte korrigierte Trennschärfen bei einigen Items (vgl. Tab. 11), erfüllen diese beiden Skalen in Tabelle 12 mit Cronbach's $\alpha = .73$ und Cronbach's $\alpha = .79$ nur das Kriterium Cronbach's $\alpha \geq .70$ zusammen mit der Skala *Gliederschmerzen* mit Cronbach's $\alpha = .78$. Das Kriterium Cronbach's $\alpha \geq .80$ als Maß für eine zufriedenstellende interne Konsistenz wurde lediglich auf der Skala *Erschöpfung* mit Cronbach's $\alpha = .84$ und auf der Gesamtskala *Beschwerdedruck* mit Cronbach's $\alpha = .92$ erfüllt. Insgesamt können die konvergente Validität und Reliabilität der spanischen Übersetzungsversion des *GBB-24* von Brähler und Scheer (1995) für die weiteren inferenzstatistischen Überprüfungen dieser Untersuchung jedoch als ausreichend bezeichnet werden.

5.1.3 Psychometrische Überprüfung der Leipziger Kurzsкала (SOC-L9)

Tabelle 13 gibt einen Überblick über die Mittelwerte, Standardabweichungen und korrigierten Trennschärfen der Items der *Leipziger Kurzsкала* (SOC-L9, Schumacher et al., 2000a). Auf die Berechnung der diskriminanten Validität wurde aufgrund der Eindimensionalität dieses Fragebogens verzichtet. Die Items erscheinen mit einem durchschnittlichen Item-Mittelwert von $M = 5.34$ relativ leicht, wobei bei der Beurteilung dieses hohen Durchschnittswertes auch das 7-stufige Antwortformat mit einbezogen werden muss.

Tab. 13: Item-Mittelwerte, -Standardabweichungen und korrigierte Trennschärfen der Leipziger Kurzsкала (SOC-L9, Schumacher et al., 2000a)

Kohärenzgefühl			
<i>Item</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>r_{it-i}</i>
<i>SOC.01</i> : Haben Sie das Gefühl, dass Sie in einer ungewohnten Situation sind und nicht wissen, was Sie tun sollen?	5.12	1.70	.54
<i>SOC.02</i> : Wenn Sie über das Leben nachdenken, ist es dann sehr oft so, dass Sie spüren, wie schön es ist zu leben bzw. Sie sich fragen, wieso Sie überhaupt leben.	5.57	1.49	.64
<i>SOC.03</i> : Die Dinge, die Sie täglich tun sind für Sie eine Quelle tiefer Freude und Befriedigung bzw. eine Quelle von Schmerz und Langeweile.	5.44	1.25	.68
<i>SOC.04</i> : Wie oft sind Ihre Gedanken und Gefühle ganz durcheinander?	4.74	1.85	.51
<i>SOC.05</i> : Wenn Sie etwas tun, das Ihnen ein gutes Gefühl gibt, dann ist es bestimmt so, dass Sie sich auch weiterhin gut fühlen werden bzw. dann wird etwas passieren, dass dieses Gefühl verdirbt.	5.72	1.30	.67
<i>SOC.06</i> : Sie erwarten für die Zukunft, dass Ihr eigenes Leben ohne Sinn und Zweck sein wird bzw. voller Sinn und Zweck sein wird.	5.68	1.27	.58
<i>SOC.07</i> : Viele Leute- auch solche mit starkem Charakter- fühlen sich in bestimmten Situationen als traurige Verlierer. Wie oft haben Sie sich in der Vergangenheit so gefühlt?	4.97	1.78	.59
<i>SOC.08</i> : Wenn Sie an Schwierigkeiten denken, denen Sie bei wichtigen Dingen wohl im Leben begegnen werden, haben Sie das Gefühl, dass es Ihnen immer gelingen wird, die Schwierigkeiten zu überwinden bzw. Sie es nicht schaffen werden, die Schwierigkeiten zu überwinden.	5.45	1.26	.53
<i>SOC.09</i> : Wie oft haben Sie das Gefühl, dass die Dinge, die Sie im täglichen Leben tun, wenig Sinn haben?	5.38	1.56	.67
Durchschnitt*	5.34	2.28	
Minimum*	4.74	1.56	
Maximum*	5.72	3.44	
Range*	0.98	1.87	

Anmerkungen. *M*: Mittelwert; *SD*: Standardabweichung; * bei Durchschnitt, Minimum, Maximum, Range wird unter *SD* die Varianz angegeben; *r_{it-i}*: korrigierte Trennschärfe zur Erfassung der konvergenten Validität.

Der eher geringe Schwierigkeitsgrad der Items der *SOC-L9* wird auch in Abbildung C-3 in Anhang C anhand einer leicht rechtssteilen Verteilung der Summenwerte angezeigt, so dass auf einen leichten Deckeneffekt geschlossen werden kann. Er drückt sich insgesamt in einem hohen Skalen-Mittelwert mit $M = 48.06$ aus (s. Tab. 14). Die durchschnittliche Varianz der Items in Tabelle 13 beträgt $SD = 2.28$. Der Wertebereich der korrigierten Trennschärfe beträgt $r_{it-i} = .51$ bis $.68$ und ist $r_{it-i} > .30$, so dass die konvergente Validität als gesichert angesehen werden kann. Tabelle 14 stellt die itemanalytischen Kennwerte auf Skalenebene dar.

Tab. 14: Mittelwert, Standardabweichung und Cronbach's α der Leipziger Kurzsкала (SOC-L9, Schumacher et al., 2000a)

<i>Skala</i>	<i>k</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Cronbach's α</i>
Kohärenzgefühl	9	48.06	9.37	.86

Anmerkungen. *k*: Anzahl der Items; *M*: Skalen-Mittelwert; *SD*: Standardabweichung der Skala; Cronbach's α : Maß für die interne Konsistenz.

Die interne Konsistenz ist mit Cronbach's $\alpha = .86$ und entsprechend dem Kriterium Cronbach's $\alpha \geq .80$ als zufriedenstellend zu bezeichnen, so dass auch in Bezug auf die *SOC-L9* die Validität und Reliabilität als gesichert gelten.

5.1.4 Skalenkonstruktion und psychometrische Überprüfung der Stephenson Multigroup Acculturation Scale (SMAS)

Bei der *Stephenson Multigroup Acculturation Scale (SMAS, Stephenson, 2000)* wurden entsprechend der Voruntersuchung von Schrader (2004) eine zweifaktorielle Struktur mit 44 % insgesamt aufgeklärter Item-Varianz zugrunde gelegt, bei den Subskalen *Spanische Orientierung (SMAS 1)* und *Deutsche Orientierung (SMAS 2)* wurden die Items 10 und 26 aufgrund unzureichender Ladungszahlen bzw. Kommunalitäten heraus selektiert (vgl. Schrader, 2004: Tab. 14 und Tab. 15) und die Items entsprechend der Reihenfolge der faktorenanalytisch berechneten Originalmatrix der *SMAS* bei Stephenson (2000) umbenannt. Die Zuordnung der Item-Nummern zu den einzelnen Item-Inhalten ist in der Ergebnistabelle der Itemanalyse in diesem Abschnitt dargestellt (s. Tab. 16).

In der folgenden Tabelle 15 werden die Item-Nummern bezüglich ihrer Skalenzugehörigkeit aufgelistet:

Tab. 15: Die Item-Zuordnung zu den Subskalen der Stephenson Multigroup Acculturation Scale (SMAS, Stephenson, 2000)

<i>Subskala</i>	<i>Item-Nummer</i>
Spanische Orientierung (SMAS 1)	Item 1-17 (ohne Item 10)
Deutsche Orientierung (SMAS 2)	Item 18-32 (ohne Item 26)

Bei der Berechnung des Zusammenhangs der Subskalen der SMAS mit dem Korrelationskoeffizienten nach Pearson ergibt sich eine geringe negative, äußerst signifikante Korrelation $r = -.32$ mit $p \leq .001$ (s. Anhang C: Tab. C-8).

Anhand der rechtssteilen Häufigkeitsverteilung in Abbildung C-4 im Anhang C der Summenwerte der Skala *Spanische Orientierung* (SMAS 1) ist wie bei Schrader (2004) ein Deckeneffekt ersichtlich, während die Rohwerte der Skala *Deutsche Orientierung* (SMAS 2) in Abbildung C-5 annäherungsweise normal verteilt sind. Der Deckeneffekt wird auch in Tabelle 16 anhand des erhöhten durchschnittlichen Item-Mittelwertes der Skala *Spanische Orientierung* $M = 3.63$ im Vergleich zu $M = 2.88$ der Skala *Deutsche Orientierung* deutlich. Aus dem durchschnittlich höheren Item-Mittelwert der Skala *Spanische Orientierung* ergibt sich ein deutlich höherer Skalen-Mittelwert der Skala *Spanische Orientierung* mit $M = 58.07$ im Vergleich zu dem der Skala *Deutsche Orientierung* mit $M = 40.37$ (s. Tab. 18).

Durch den Deckeneffekt ergeben sich Item-Varianzen der Skala *Spanische Orientierung* mit $SD = 0.43$ bis 1.23 , die z. T. im unteren Bereich anzusiedeln sind, verglichen mit $SD = 0.72$ bis 1.26 der Skala *Deutsche Orientierung* in Tabelle 16.

Tab. 16: Item-Mittelwerte und –Standardabweichungen der Stephenson Multigroup Acculturation Scale (SMAS, Stephenson, 2000)

Spanische Orientierung (SMAS 1)			Deutsche Orientierung (SMAS 2)		
Item	M	SD	Item	M	SD
SMAS.01: Ich kann meine Muttersprache sprechen.	3.89	0.43	SMAS.18: Ich pflege soziale Beziehungen mit Deutschen.	3.44	0.72
SMAS.02: Ich spreche gerne meine Muttersprache.	3.85	0.47	SMAS.19: Ich habe viele deutsche Bekannte.	3.34	0.83
SMAS.03: Ich spreche mit Freunden und Bekannten aus meinem Herkunftsland meine Muttersprache.	3.77	0.59	SMAS.20: Ich spreche zu Hause deutsch.	2.00	1.12
SMAS.04: Ich kann in meiner Muttersprache lesen und schreiben.	3.88	0.44	SMAS.21: Ich kann deutsche Speisen zubereiten.	2.80	1.13
SMAS.05: Ich fühle mich wohl, wenn ich meine Muttersprache spreche.	3.85	0.47	SMAS.22: Ich bin mit den wichtigen Personen in der deutschen Geschichte vertraut.	2.72	1.02
SMAS.06: Ich spreche zu Hause meine Muttersprache.	3.63	0.74	SMAS.23: Ich denke auf Deutsch.	2.10	1.11
SMAS.07: Ich höre gerne die Musik meiner eigenen ethnischen Gruppe.	3.81	0.49	SMAS.24: Ich spreche mit meinem Partner oder meiner Partnerin deutsch.	2.02	1.26
SMAS.08: Ich spreche mit meine(r/m) Partner(in) oder Gatten/in meine Muttersprache.	3.21	1.23	SMAS.25: Ich fühle mich unter Deutschen vollkommen wohl.	3.13	0.90
SMAS.09: Wenn ich bete, benutze ich meine Muttersprache.	3.51	0.99	SMAS.27: Ich bin über die gegenwärtigen Geschehnisse in Deutschland informiert.	3.29	0.82
SMAS.11: Ich bin über die gegenwärtigen Geschehnisse in meinem Heimatland informiert.	3.35	0.79	SMAS.28: Ich esse gern deutsche Speisen.	3.10	0.96
SMAS.12: Ich pflege soziale Beziehungen mit Personen aus meinem Heimatland.	3.70	0.55	SMAS.29: Ich lese regelmäßig eine deutsche Zeitung.	2.94	1.11
SMAS.13: Ich bin mit der Geschichte meines Heimatlandes vertraut.	3.62	0.70	SMAS.30: Ich fühle mich beim Deutschsprechen wohl.	3.00	0.93
SMAS.14: Ich denke in meiner Muttersprache.	3.55	0.78	SMAS.31: Ich fühle mich in Deutschland zu Hause.	3.08	0.96
SMAS.15: Ich habe engen Kontakt mit Familienmitgliedern und Verwandten in meinem Heimatland.	3.57	0.90	SMAS.32: Ich fühle mich von den Deutschen akzeptiert.	3.43	0.69
SMAS.16: Ich lese regelmäßig Zeitschriften meiner eigenen ethnischen Gruppe.	3.21	0.91			
SMAS.17: Ich esse die traditionellen Speisen meines Heimatlandes.	3.69	0.57			
Durchschnitt*	3.63	0.53	Durchschnitt*	2.88	0.96
Minimum*	3.21	0.19	Minimum*	2.00	0.48
Maximum*	3.89	1.52	Maximum*	3.44	1.59
Range*	0.69	1.33	Range*	1.44	1.10

Anmerkungen. M: Mittelwert; SD: Standardabweichung; * bei Durchschnitt, Minimum, Maximum, Range wird unter SD die Varianz angegeben.

Tabelle 17 stellt die konvergente und diskriminante Validität der Subskalen *SMAS 1* und *SMAS 2* dar:

Tab. 17: Konvergente und diskriminante Validität der Stephenson Multigroup Acculturation Scale (*SMAS*, Stephenson, 2000)

Spanische Orientierung (<i>SMAS 1</i>)			Deutsche Orientierung (<i>SMAS 2</i>)		
<i>Item</i>	r_{it-i}	r_{iX_s}	<i>Item</i>	r_{it-i}	r_{iX_s}
<i>SMAS.01</i> : Ich kann meine Muttersprache sprechen.	.41	-.06	<i>SMAS.18</i> : Ich pflege soziale Beziehungen mit Deutschen.	.57	-.07
<i>SMAS.02</i> : Ich spreche gerne meine Muttersprache.	.58	-.19*	<i>SMAS.19</i> : Ich habe viele deutsche Bekannte.	.61	-.16
<i>SMAS.03</i> : Ich spreche mit Freunden und Bekannten aus meinem Herkunftsland meine Muttersprache.	.50	-.22*	<i>SMAS.20</i> : Ich spreche zu Hause deutsch.	.61	-.44**
<i>SMAS.04</i> : Ich kann in meiner Muttersprache lesen und schreiben.	.61	-.23*	<i>SMAS.21</i> : Ich kann deutsche Speisen zubereiten.	.59	.03
<i>SMAS.05</i> : Ich fühle mich wohl, wenn ich meine Muttersprache spreche.	.70	-.25**	<i>SMAS.22</i> : Ich bin mit den wichtigen Personen in der deutschen Geschichte vertraut.	.50	-.11
<i>SMAS.06</i> : Ich spreche zu Hause meine Muttersprache.	.59	-.33**	<i>SMAS.23</i> : Ich denke auf Deutsch.	.38	-.54**
<i>SMAS.07</i> : Ich höre gerne die Musik meiner eigenen ethnischen Gruppe.	.16	.10	<i>SMAS.24</i> : Ich spreche mit meinem Partner oder meiner Partnerin deutsch.	.39	-.47**
<i>SMAS.08</i> : Ich spreche mit meine(r/m) Partner(in) oder Gatten/in meine Muttersprache.	.45	-.38**	<i>SMAS.25</i> : Ich fühle mich unter Deutschen vollkommen wohl.	.60	-.10
<i>SMAS.09</i> : Wenn ich bete, benutze ich meine Muttersprache	.52	-.20*	<i>SMAS.27</i> : Ich bin über die gegenwärtigen Geschehnisse in Deutschland informiert.	.45	-.01
<i>SMAS.11</i> : Ich bin über die gegenwärtigen Geschehnisse in meinem Heimatland informiert.	.43	-.07	<i>SMAS.28</i> : Ich esse gern deutsche Speisen.	.48	-.06
<i>SMAS.12</i> : Ich pflege soziale Beziehungen mit Personen aus meinem Heimatland.	.37	.01	<i>SMAS.29</i> : Ich lese regelmäßig eine deutsche Zeitung.	.59	-.22
<i>SMAS.13</i> : Ich bin mit der Geschichte meines Heimatlandes vertraut.	.49	-.02	<i>SMAS.30</i> : Ich fühle mich beim Deutsch sprechen wohl.	.70	-.32**
<i>SMAS.14</i> : Ich denke in meiner Muttersprache.	.55	-.31**	<i>SMAS.31</i> : Ich fühle mich in Deutschland zu Hause.	.61	-.11
<i>SMAS.15</i> : Ich habe engen Kontakt mit Familienmitgliedern und Verwandten in meinem Heimatland.	.12	-.18	<i>SMAS.32</i> : Ich fühle mich von den Deutschen akzeptiert.	.50	.05
<i>SMAS.16</i> : Ich lese regelmäßig Zeitschriften meiner eigenen ethnischen Gruppe	.52	-.20*			
<i>SMAS.17</i> : Ich esse die traditionellen Speisen meines Heimatlandes.	.12	.08			

Anmerkungen. r_{it-i} : korrigierte Trennschärfe zur Erfassung der konvergenten Validität; r_{iX_s} : Korrelation des Items mit den Summenwerten der fremden Skalen zur Erfassung der diskriminante Validität. ** Die Korrelation ist auf dem Niveau von $p \leq .01$ (2-seitig) signifikant. * Die Korrelation ist auf dem Niveau von $p \leq .05$ (2-seitig) signifikant.

Mit den z. T. im unteren Wertebereich liegenden Item-Varianzen der Skala *Spanische Orientierung* im Vergleich zu der Skala *Deutsche Orientierung* in Tabelle 16, gehen in Tabelle 17 geringere korrigierte Trennschärfen mit $r_{it-i} = .12$ bis $.70$ im Vergleich zu $r_{it-i} = .38$ bis $.70$ einher. Beide lassen sich auf die hohen Item-Mittelwerte zurückführen (vgl. Amelang & Zielinski, 1997, S.122 und Lienert, 1969, S.40): Die Varianz der Antworten ist in Bereichen sehr hoch bzw. sehr niedrig gestufter Antworten eher eingeschränkt.

Bei der Skala *Spanische Orientierung* in Tabelle 17 sind außerdem die geringen korrigierten Trennschärfen der Items *SMAS.07* mit $r_{it-i} = .16$, *SMAS.15* mit $r_{it-i} = .12$ und *SMAS.17* mit $r_{it-i} = .12$ anzumerken, die z. T. ähnlich hoch mit dem Summenwert der fremden Skala korreliert sind. Da Cronbach's α von $.81$ für die Skala insgesamt bei Weglassen der Items *SMAS.07* jeweils auf $\alpha = .82$, bei *SMAS.15* auf $\alpha = .83$ und bei *SMAS.17* auf $\alpha = .82$ nur unwesentlich ansteigt, wurden diese Items beibehalten. Bis auf die bereits genannten Ausnahmen zeigen die korrigierten Trennschärfen ausreichend hohe positive Korrelationen der Items mit ihrem zugehörigen Summenwert im Vergleich zu den mehrheitlich geringfügigen bzw. negativen Korrelationen mit der fremden Skala, so dass die konvergente und die diskriminante Validität als gesichert gelten können.

Tabelle 18 gibt neben den Skalen-Mittelwerten und –Standardabweichungen Cronbach's α als Indikator für die Messgenauigkeit beider Skalen wieder:

Tab. 18: Mittelwerte, Standardabweichungen und Cronbach's α der Subskalen der Stephenson Multigroup Acculturation Scale (SMAS, Stephenson, 2000)

Skala	<i>k</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	Cronbach's α
Spanische Orientierung	16	58.07	5.96	.81
Deutsche Orientierung	14	40.37	8.40	.87

Anmerkungen. *k*: Anzahl der Items; *M*: Skalen-Mittelwert; *SD*: Standardabweichung der Skala; Cronbach's α : Maß für die interne Konsistenz.

Die Reliabilität ist mit Cronbach's $\alpha = .81$ für die Skala *Spanische Orientierung* und mit Cronbach's $\alpha = .87$ für die Skala *Deutsche Orientierung*, beides Werte $\geq .80$, als relativ hoch einzustufen. Insgesamt können die psychometrischen Gütekriterien der verwandten Fragebogenmaße als erfüllt gelten.

5.2 Emotionales und körperliches Befinden von Spaniern

In den folgenden Abschnitten wird die inferenzstatistische Überprüfung der Fragestellungen dargestellt. In Fragestellung 1 wird angenommen, dass spanische Migranten stärker gesundheitlich belastet sind als die einheimische deutsche Bevölkerung. Zur Überprüfung dieser Annahme wurden die Mittelwerte des emotionalen und körperlichen Befindens der Spanier auf den einzelnen Skalen des *Emotionalitätsinventars* (*EMO*, Bartram & Rogner, 2003) sowie des *Giessener Beschwerdebogens* (*GBB-24*, Brähler & Scheer, 1995) über *T-Tests für eine Stichprobe* mit den zugehörigen Mittelwerten der deutschen Normstichprobe verglichen (vgl. Brähler et al., 2000). Das Signifikanzniveau in Tabelle 19 ist $\alpha = .05$. Die fett gedruckten Wahrscheinlichkeitswerte p zeigen an, auf welchen Skalen des *EMO* sich Spanier signifikant von der deutschen Normstichprobe unterscheiden (vgl. Bartram & Rogner, 2003). Diese Kennzeichnung bedeutsamer Ergebnisse bzw. Trends wird auch in den Tabellen der folgenden Abschnitte, bei einem zugrunde liegenden Signifikanzniveau von $\alpha = .05$ beibehalten.

Tab. 19: Ergebnisse der T-Tests: Emotionales Befinden von Spaniern ($N=112$, $df=111$) im Vergleich zu Deutschen

<i>EMO</i> -Skalen	M_{sp}	SD_{sp}	M_{dt}	<i>T-Wert</i>	ϵ	p
ängstlich-depressiv	5.30	3.79	4.07	3.45	.33	.001
angstfrei-entspannt	10.92	3.43	10.78	0.44	.04	.661
erschöpft	4.70	3.67	5.46	-2.20	-.21	.030
vital-aktiv	12.63	3.08	11.80	2.84	.27	.005
ängstlich-erregt	6.96	3.73	6.98	-.034	-.01	.973
elativ	12.67	3.09	11.53	3.89	.37	.000
negative Stimmung	16.96	9.77	16.50	0.50	.05	.619
positive Stimmung	36.21	8.67	34.26	2.39	.23	.018

Anmerkungen. *EMO* (*Emotionalitätsinventar*, Bartram & Rogner, 2003); N : Anzahl der Spanier; df : Freiheitsgrade; M_{sp} : Mittelwert der Spanier; SD_{sp} : Standardabweichungen der Spanier; M_{dt} : Mittelwert der deutschen Normstichprobe (Bartram & Rogner, 2003); *T-Wert*: empirischer Wert des T-Tests; p : Irrtumswahrscheinlichkeit mit $p \leq .001$ äußerst signifikant, $p \leq .01$ sehr signifikant, $p \leq .05$ signifikant, $p \leq .10$ marginale Signifikanz (Trend), ϵ : Effektstärke.

Hinsichtlich des Vergleichs der Mittelwerte von Spaniern und Deutschen ergibt sich in Tabelle 19 insgesamt ein besseres emotionales Befinden bei Spaniern als bei Deutschen: Spanier sind mit $M_{sp}=36.21$ signifikant positiv gestimmter als Deutsche mit $M_{dt}=34.26$ ($t_{(111)}=2.39$, mit $p \leq .05$), mit $M_{sp}=12.63$ sehr signifikant vital-aktiver im Vergleich zu $M_{dt}=11.80$ ($t_{(111)}=2.84$, mit $p \leq .01$) und mit $M_{sp}=12.67$ äußerst signifikant elativer im Vergleich zu $M_{dt}=11.53$ ($t_{(111)}=3.89$, mit $p \leq .001$). Auch sind Spanier mit $M_{sp}=4.70$ signifikant geringer emotional erschöpft als Deutsche ($M_{dt}=5.46$, $t_{(111)}=-2.20$, mit $p \leq .05$). Auf den negativ konnotierten Skalen emotionalen Befindens sind in Tabelle 19 bis auf eine Ausnahme auf der Subskala *ängstlich-depressiv* keine signifikanten Mittelwertsunterschiede zu verzeichnen: Spanier sind mit $M_{sp}=5.30$ äußerst signifikant ängstlich-depressiver im Vergleich zu Deutschen mit $M_{dt}=4.07$ ($t_{(111)}=3.45$, mit $p \leq .001$). Auf den Skalen signifikant gewordener Mittelwertsunterschiede ergeben sich überwiegend geringe Effekte mit folgenden Effektstärken (vgl. Cohen, 1988; Bortz, 1993): auf der Skala *positive Stimmung* $\varepsilon = .23$, auf der Skala *vital-aktiv* $\varepsilon = .27$, auf der Skala *elativ* $\varepsilon = .37$, auf der Skala *erschöpft* $\varepsilon = .21$ und auf der Skala *ängstlich-depressiv* $\varepsilon = .33$. Auf den übrigen nicht signifikant gewordenen Skalen sind nur sehr geringe Effekte mit $\varepsilon = .01$ bis $.05$ zu beobachten (s. Tab. 19).

Als nächstes soll anhand von Tabelle 20 auf die Ergebnisse der T-Tests der *GBB-24*-Skalen eingegangen werden.

Tab. 20: Ergebnisse der T-Tests: Körperliches Befinden von Spaniern ($N=112$, $df=111$) im Vergleich zu Deutschen

<i>GBB-Skalen</i>	M_{sp}	SD_{sp}	M_{dt}	<i>T-Wert</i>	ε	<i>p</i>
Erschöpfung	5.08	4.26	3.91	2.91	.28	.004
Gliederschmerzen	6.89	4.41	5.35	3.70	.35	.000
Magenbeschwerden	2.69	2.96	2.59	0.35	.03	.728
Herzbeschwerden	1.88	2.80	2.18	-1.15	-.11	.251
Beschwerdedruck	16.54	12.48	14.03	2.13	.20	.036

Anmerkungen. *GBB-24* (*Giessener Beschwerdebogen*, Brähler & Scheer, 1995); *N*: Anzahl der Spanier; *df*: Freiheitsgrade; M_{sp} : Mittelwert der Spanier; SD_{sp} : Standardabweichungen der Spanier; M_{dt} : Mittelwert der deutschen Normstichprobe (Bartram & Rogner, 2003); *T-Wert*: empirischer Wert des T-Tests; *p*: Irrtumswahrscheinlichkeit mit $p \leq .001$ äußerst signifikant, $p \leq .01$ sehr signifikant, $p \leq .05$ signifikant, $p \leq .10$ marginale Signifikanz (Trend); ε : Effektstärke.

Im Gegensatz zum besseren emotionalen Befinden zeigen Spanier im Vergleich zu Deutschen in Tabelle 20 ein höheres Ausmaß an körperlichen Beschwerden: In Bezug auf den Gesamtbeschwerdedruck ergibt sich für Spanier mit $M_{sp} = 16.54$ ein signifikant höherer Mittelwert im Vergleich zu Deutschen mit $M_{dt} = 14.03$ ($t_{(111)} = 2.13$, mit $p \leq .05$). Außerdem sind sie mit $M_{sp} = 5.08$ sehr signifikant körperlich erschöpfter als Deutsche ($M_{dt} = 3.91$, $t_{(111)} = 2.91$, mit $p \leq .01$) und weisen mit $M_{sp} = 6.89$ äußerst signifikant mehr Gliederschmerzen auf als diese ($M_{dt} = 5.35$, $t_{(111)} = 3.70$, mit $p \leq .001$). Auf den Skalen bedeutsamer Unterschiede der Mittelwerte sind überwiegend geringe Effekte zu verzeichnen: mit $\varepsilon = .20$ auf der Gesamtskala *Beschwerdedruck*, $\varepsilon = .28$ auf der Subskala *Erschöpfung* und $\varepsilon = .35$ auf der Skala *Gliederschmerzen*. Auf den beiden *GBB*-Subskalen nicht signifikanter Mittelwertsunterschiede, *Magen- und Herzbeschwerden*, betragen sie $\varepsilon = .03$ bzw. $\varepsilon = .11$. Insgesamt können die Annahmen in Fragestellung 1 im Hinblick auf ein schlechteres körperliches Befinden der Spanier im Vergleich zu Deutschen als bestätigt gelten. Mit Bezug auf das emotionale Befinden sind sie geringer belastet als diese.

5.3 Die Ausprägung des Kohärenzsinn bei Spaniern

Einhergehend mit einem verminderten Gesundheitszustand wird in Fragestellung 2 bei Spaniern ein verminderter Kohärenzsinn im Vergleich zu Deutschen vermutet. Dazu wurde der Unterschied zwischen dem Mittelwert der spanischen Stichprobe auf der *Leipziger Kurzsкала* (SOC-L9, Schumacher et al., 2000a) und dem Mittelwert der deutschen Normstichprobe anhand eines *T-Tests für eine Stichprobe* in Bezug auf Signifikanz bei $\alpha = .05$ getestet. Die Ergebnisse sind in Tabelle 21 dargestellt:

Tab. 21: Ergebnisse der T-Tests: Kohärenzsinn von Spaniern ($N=112$, $df=111$) im Vergleich zu Deutschen

SOC-L9 Skala	M_{sp}	SD_{sp}	M_{dt}	T-Wert	ε	p
Kohärenzsinn	48.06	9.37	47.50	0.64	.06	.527

Anmerkungen. SOC-L9 (Leipziger Kurzsкала, Schumacher et al., 2000a); N : Anzahl der Spanier; df : Freiheitsgrade; M_{sp} : Mittelwert der Spanier; SD_{sp} : Standardabweichungen der Spanier; M_{dt} : Mittelwert der deutschen Normstichprobe (Schumacher et al., 2000a); *T-Wert*: empirischer Wert des T-Tests; p : Irrtumswahrscheinlichkeit mit $p \leq .001$ äußerst signifikant, $p \leq .01$ sehr signifikant, $p \leq .05$ signifikant, $p \leq .10$ marginale Signifikanz (Trend); ε : Effektstärke.

Mit Bezug auf den Kohärenzsinn unterscheidet sich der Mittelwert der Spanier $M_{sp} = 48.06$ nicht signifikant von dem Mittelwert der Deutschen $M_{dt} = 47.50$ ($t_{(111)} = 0.64$, mit $p \geq .05$). Es ergibt sich eine dementsprechend sehr geringe Effektstärke mit $\varepsilon = .06$. Interessanterweise widerspricht die höhere Ausprägung des Kohärenzsinn bei Spaniern dieser Stichprobe im Vergleich zu Deutschen den in Fragestellung 2 formulierten Erwartungen. Auf die Interpretation dieses Befundes wird ausführlicher in der Diskussion eingegangen (s. Abschn. 6.3).

5.4 Klassifikation und Häufigkeit der Akkulturationsstile

Bevor die Häufigkeiten der Akkulturationsstile der spanischen Migranten in Deutschland für die Überprüfung der Fragestellung 3 ermittelt werden können, müssen zunächst die Stile der Probanden klassifiziert werden. Wegen der Testkonstruktion der *Stephenson Multigroup Acculturation Scale (SMAS, Stephenson, 2000)* mit Probanden aus Nordamerika liegt keine adäquate Normstichprobe für die Stichprobe dieser Untersuchung vor. Daher wurde zur Klassifikation der Probanden durch einen der vier Akkulturationsstile jeweils in den beiden Dimensionen *Spanische Orientierung* und *Deutsche Orientierung* ein *Mediansplit* durchgeführt (vgl. Arends-Tóth & Vijver, 2006, S.152; Schrader, 2004).

Beim Mediansplit werden die Mediane der Summenwerte beider Skalen der *SMAS* berechnet. Es ergeben sich ähnliche Mediane für die *SMAS 1* mit $Md = 59.50$ und für die *SMAS 2* mit $Md = 40.00$ wie bei Schrader (2004): $Md = 60.00$ für die *SMAS 1* und $Md = 41.00$ für die *SMAS 2*. Anhand der beiden Mediane für die *SMAS 1* und die *SMAS 2* kann mit Hilfe der Kombination der Ausprägung der Summenwerte auf beiden Skalen im Vergleich zu ihrem jeweiligen Median die Zuordnung einer Person zu ihrem Akkulturationsstil getroffen werden. Für die ermittelten Akkulturationsstile in Tabelle 22 wird Nominalskalenniveau verwendet:

Tab. 22: Prinzip der Zuordnung von Probanden zu Akkulturationsstilen mit Hilfe des Mediansplits

	<i>Deutsche Orientierung</i> (<i>SMAS 2</i>)		
		$X_i < Md$	$X_i > Md$
<i>Spanische Orientierung</i> (<i>SMAS 1</i>)	$X_i < Md$	Marginalisierung (1)	Assimilation (2)
	$X_i > Md$	Separation (3)	Integration (4)

Anmerkungen. X_i = individueller Summenwert auf der Skala *SMAS 1* bzw. *SMAS 2* (Stephenson, 2000); Md : Median: für die *SMAS 1* $Md=59.50$, für die *SMAS 2* $Md=40.00$.

Tab. 23: Häufigkeiten der Akkulturationsstile bei den befragten Spaniern (N=112)

	Häufigkeit	Relative Häufigkeit
Integration	20	18 %
Assimilation	35	31 %
Separation	36	32 %
Marginalisierung	21	19 %
Gesamt	112	100 %

In Tabelle 23 werden die Häufigkeiten und relativen Häufigkeiten in Prozent jedes Akkulturationsstiles angegeben. Die Erwartungen aus Fragestellung 3 werden erfüllt: Neben Assimilation mit 31 %, wird mit 32 % am häufigsten die Separation vertreten. Weniger häufig werden von den befragten Spaniern die Integration mit 18 % und die Marginalisierung mit 19 % vertreten.

5.5 Zusammenhang von Befinden und Kohärenzsinn

Zur Überprüfung der Zusammenhänge des emotionalen und des körperlichen Befindens mit dem Kohärenzsinn nach Fragestellung 4 werden in diesem Abschnitt *Korrelationskoeffizienten nach Pearson* auf allen Skalen des *Emotionalitätsinventars* (*EMO*, Bartram & Rogner, 2003) und des *Giessener Beschwerdeboogens* (*GBB-24*, Brähler & Scheer, 1995) mit der *Leipziger Kurzskala* (*SOC-L9*, Schumacher et al., 2000a) zweiseitig in Bezug auf Signifikanz mit $\alpha = .05$ getestet. Den Berechnungen liegt die Annahme einer Normalverteilung in der Grundgesamtheit zugrunde.

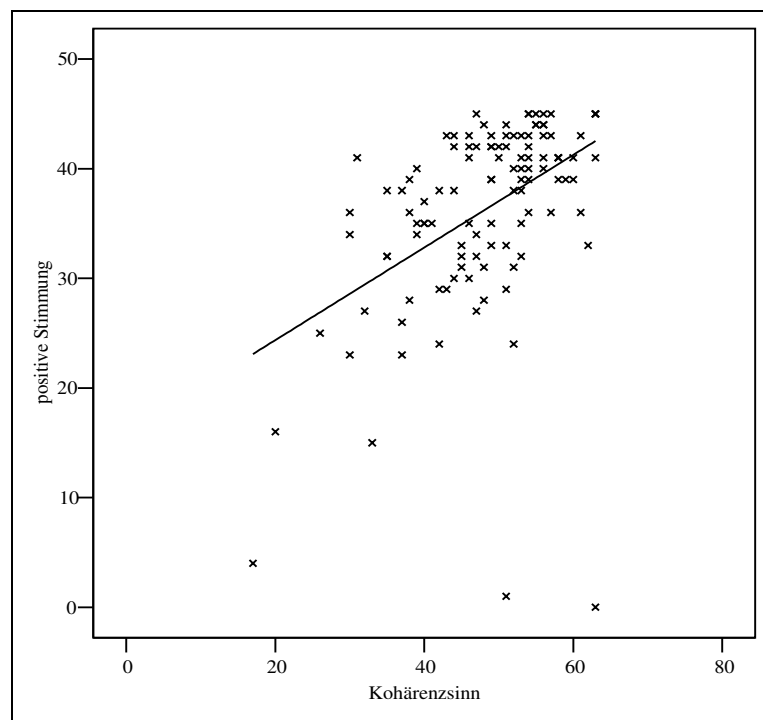
In Tabelle 24 wird deutlich, dass sich äußerst signifikante Zusammenhänge zwischen allen *EMO*-Skalen und dem *SOC-L9* mit $p \leq .001$ ergeben. Die Korrelationskoeffizienten liegen im Bereich $r = -.74$ bis $.46$. Da sie überwiegend $r \leq -.55$ bzw. $r \geq .35$ sind, liegen mittlere bis starke Effekte vor (vgl. Bortz, 1993, S. 201).

Tab. 24: Zusammenhang von emotionalem Befinden und Kohärenzsinn (N=112)

<i>EMO</i> -Skalen	<i>r</i>	<i>p</i>
ängstlich-depressiv	-.74	.000
angstfrei-entspannt	.35	.000
erschöpft	-.55	.000
vital-aktiv	.45	.000
ängstlich-erregt	-.55	.000
elativ	.45	.000
negative Stimmung	-.70	.000
positive Stimmung	.46	.000

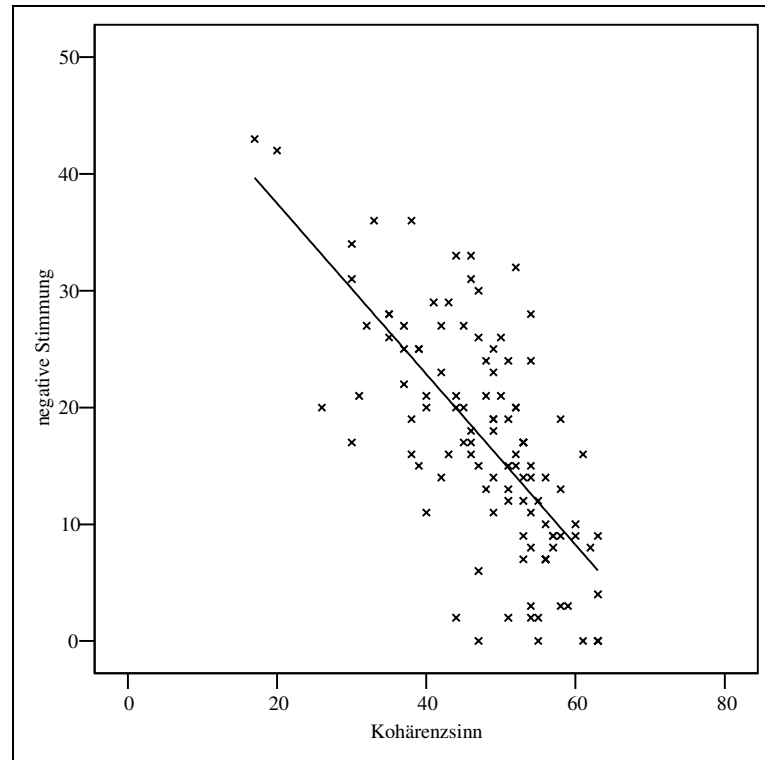
Anmerkungen. *EMO* (*Emotionalitätsinventar*, Bartram & Rogner, 2003); *N*: Anzahl der Spanier; *r*: Korrelationskoeffizient nach Pearson; *p*: Irrtumswahrscheinlichkeit mit $p \leq .001$ äußerst signifikant, $p \leq .01$ sehr signifikant, $p \leq .05$ signifikant, $p \leq .10$ marginale Signifikanz (Trend).

Die Korrelationen in Tabelle 24 sind auf den positiv konnotierten Skalen des emotionalen Befindens positiv und auf den negativ konnotierten Skalen negativ: Spanier mit einem hohen Kohärenzsinn sind positiv gestimmter ($r = .46$), angstfrei-entspannter ($r = .35$), vital-aktiver ($r = .45$), elativer ($r = .45$), vgl. auch Abbildung 12. Außerdem sind sie mit einem hohen Kohärenzsinn weniger ängstlich-depressiv ($r = -.74$), erschöpft ($r = -.55$), ängstlich-erregt ($r = -.55$) und negativ gestimmt ($r = -.70$), vgl. Abbildung 13.



Anmerkung. Die Werte auf den Skalenachsen entsprechen den Summenwerten der EMO-Skala *Positive Stimmung* bzw. der Skala des SOC-L9.

Abb. 12: Streuung der Werte auf der EMO-Skala *Positive Stimmung* (Bartram & Rogner, 2003) in Abhängigkeit vom Kohärenzsinn (SOC-L9, Schumacher et al., 2000a)



Anmerkung. Die Werte auf den Skalenachsen entsprechen den Summenwerten der EMO-Skala *Negative Stimmung* bzw. der Skala des SOC-L9.

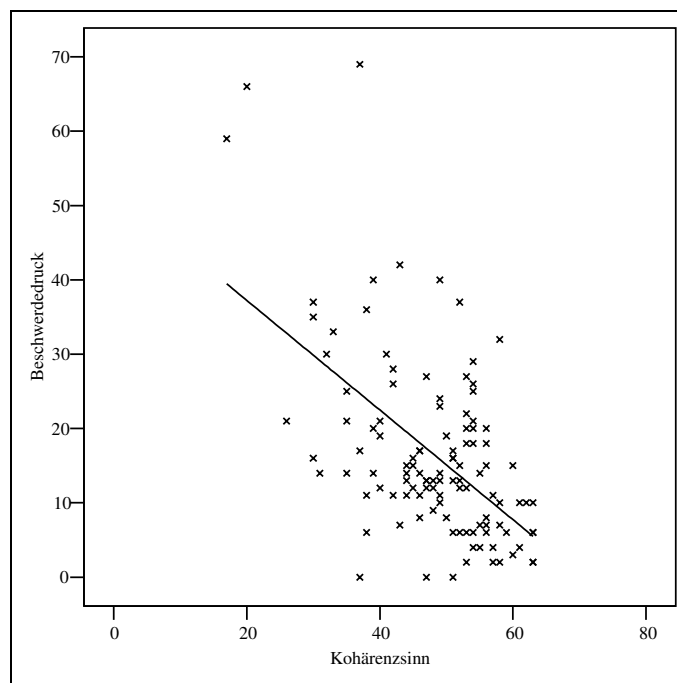
Abb. 13: Streuung der Werte auf der EMO-Skala *Negative Stimmung* (Bartram & Rogner, 2003) in Abhängigkeit vom Kohärenzsinn (SOC-L9, Schumacher et al., 2000a)

In Tabelle 25 ergeben sich äußerst signifikante, negative Zusammenhänge des Kohärenzsinn mit körperlichen Beschwerden auf allen *GBB-24*-Skalen und jeweils $p \leq .001$. Der Wertebereich beträgt $r = -.42$ bis $(-.59)$, so dass mittlere bis starke Effekte vorliegen (vgl. Bortz, 1993, S. 201). Mit einem hohen Kohärenzsinn nehmen bei Spaniern körperliche Erschöpfung mit $r = -.59$, Gliederschmerzen mit $r = -.43$, Magenbeschwerden mit $r = -.42$, Herzbeschwerden mit $r = -.45$ und der Gesamtbeschwerdedruck mit $r = -.55$ ab (vgl. Abb. 14).

Tab. 25: Zusammenhang von körperlichem Befinden und Kohärenzsinn (N=112)

<i>GBB-Skalen</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Erschöpfung	-.59	.000
Gliederschmerzen	-.43	.000
Magenbeschwerden	-.42	.000
Herzbeschwerden	-.45	.000
Beschwerdedruck	-.55	.000

Anmerkungen. *GBB-24* (Giessener Beschwerdebogen, Brähler & Scheer, 1995); *N*: Anzahl der Spanier; *r*: Korrelationskoeffizient nach Pearson; *p*: Irrtumswahrscheinlichkeit mit $p \leq .001$ äußerst signifikant, $p \leq .01$ sehr signifikant, $p \leq .05$ signifikant, $p \leq .10$ marginale Signifikanz (Trend).



Anmerkung. Die Werte auf den Skalenachsen entsprechen den Summenwerten der *GBB*-Skala *Beschwerdedruck* bzw. der Skala des *SOC-L9*.

Abb. 14: Streuung der Werte auf der *GBB*-Skala *Beschwerdedruck* (Brähler & Scheer, 1995) in Abhängigkeit vom Kohärenzsinn (*SOC-L9*, Schumacher et al., 2000a)

Insgesamt entsprechen die Ergebnisse dieses Abschnittes den in Fragestellung 4 formulierten Erwartungen, nach denen die positive Stimmung bei Spaniern mit zunehmendem Kohärenzsinn ansteigt, während negative Stimmung und körperliche Beschwerden abnehmen.

5.6 Einflussfaktoren von Befinden und Kohärenzsinn

Ausgehend von den Annahmen in Fragestellung 4 und 5, werden in den folgenden Abschnitten 5.6.1 bis 5.6.7 die Einflüsse der eingesetzten Akkulturationsstile sowie der soziodemographischen Variablen auf das emotionale, das körperliche Befinden und den Kohärenzsinn überprüft. Hierzu wurden *Korrelationsanalysen*, *T-Tests für zwei unabhängige Stichproben* und *zweifaktorielle Varianzanalysen* durchgeführt. Den Berechnungen liegt die Annahme einer Normalverteilung in der Grundgesamtheit sowie ein Signifikanzniveau von $\alpha = .05$ zugrunde. Die Voraussetzungen der Homogenität der Fehlervarianzen mit $p > .10$ wurde in den T-Tests und Varianzanalysen mit Hilfe von *Levene-Tests* geprüft. Ergebnistabellen hierfür liegen im Anhang C vor.

In den Varianzanalysen wurde zusätzlich das Alter als Kovariate kontrolliert und anschließend die signifikanten Mittelwertsunterschiede mit Hilfe von Post-Hoc-Tests ermittelt: auf den Skalen homogener Fehlervarianzen waren dies *LSD-Verfahren* („Least significant difference“-Verfahren) und auf den Skalen fehlender Homogenität der Fehlervarianzen *Games-Howell-Tests*, da sich letztgenannte in *Monte-Carlo-Studien* von Kirk (1982, 1995, zit. n. Diehl & Staufenbiel, 2002) als Mittel der Wahl erwiesen.

5.6.1 Akkulturationsstil

In den folgenden Tabellen 26, 27 und 28 sind die signifikanten Ergebnisse der zweifaktoriellen Varianzanalysen mit den Faktoren Akkulturationsstil und Geschlecht in Bezug auf das emotionale, das körperliche Befinden und den Kohärenzsinn unter Gewährleistung der Homogenität der Fehlervarianzen dargestellt (vgl. Anhang C: Tab. C-9): Für den Faktor Akkulturationsstil zeigen sich signifikante Effekte auf den *EMO*-Skalen *Ängstlich-depressiv* mit $F_{(3,102)} = 3.104$, *Ängstlich-erregt* mit $F_{(3,102)} = 3.063$ und jeweils $p \leq .05$ sowie als Trend auf der *EMO*-Skala *Negative Stimmung* mit $F_{(3,102)} = 2.541$ und der *SOC-L9*-Skala mit $F_{(3,102)} = 2.610$ und jeweils $p \leq .10$. η^2 als Maß für den aufgeklärten Anteil der Gesamtvarianz des Faktors Akkulturationsstil ist auf den Skalen signifikanter Effekte im Bereich mit $\eta^2 = .07-.08$ als relativ gering einzuschätzen.

Auf die Beschreibung und Überprüfung signifikanter Unterschiede der Mittelwerte in den beiden Tabellen, bedingt durch den Faktor Geschlecht, wird in Abschnitt 5.6.4 näher eingegangen.

Tab. 26: Ergebnisse der Varianzanalysen: Einfluss von Akkulturationsstil und Geschlecht auf das emotionale Befinden (n=111)

Skala des EMO	Faktor	F-Wert	df _{Zähler}	df _{Nenner}	η^2	p
Ängstlich-depressiv	Akkulturationsstil	3.104	3	102	.08	.030
	Geschlecht	3.004	1	102	.03	.086
	Akkult.stil x Geschlecht	0.653	3	102	.02	.583
Angstfrei-entspannt	Akkulturationsstil	1.513	3	102	.04	.216
	Geschlecht	2.494	1	102	.02	.117
	Akkult.stil x Geschlecht	0.083	3	102	.00	.969
Erschöpft*	Akkulturationsstil	0.626	3	102	.02	.600
	Geschlecht	0.615	1	102	.01	.435
	Akkult.stil x Geschlecht	1.237	3	102	.04	.300
Vital-aktiv	Akkulturationsstil	1.047	3	102	.03	.375
	Geschlecht	0.337	1	102	.00	.563
	Akkult.stil x Geschlecht	0.340	3	102	.00	.991
Ängstlich-erregt	Akkulturationsstil	3.063	3	102	.08	.031
	Geschlecht	6.099	1	102	.06	.015
	Akkult.stil x Geschlecht	1.800	3	102	.05	.152
Elativ	Akkulturationsstil	1.854	3	102	.05	.142
	Geschlecht	0.026	1	102	.00	.872
	Akkult.stil x Geschlecht	0.076	3	102	.00	.973
Negative Stimmung	Akkulturationsstil	2.541	3	102	.07	.061
	Geschlecht	3.621	1	102	.03	.060
	Akkult.stil x Geschlecht	1.247	3	102	.04	.297
Positive Stimmung	Akkulturationsstil	1.755	3	102	.05	.160
	Geschlecht	0.791	1	102	.01	.376
	Akkult.stil x Geschlecht	0.34	3	102	.00	.991

Anmerkungen. EMO (Emotionalitätsinventar, Bartram & Rogner, 2003); n: Anzahl der Spanier; F-Wert: empirischer Wert, der an der F-Verteilung getestet wird; df: Freiheitsgrade im Zähler und Nenner; p: Irrtumswahrscheinlichkeit mit $p \leq .001$ äußerst signifikant, $p \leq .01$ sehr signifikant, $p \leq .05$ signifikant, $p \leq .10$ marginale Signifikanz (Trend); η^2 : Partial-Effektstärke; * Levene-Test signifikant, d.h. Varianzhomogenität nicht gegeben.

Tab. 27: Ergebnisse der Varianzanalysen: Einfluss von Akkulturationsstil und Geschlecht auf das körperliche Befinden (n=111)

Skala des GBB-24	Faktor	F-Wert	df _{Zähler}	df _{Nenner}	η^2	p
Erschöpfung	Akkulturationsstil	0.345	3	102	.01	.792
	Geschlecht	3.958	1	102	.04	.049
	Akkult.stil x Geschlecht	0.880	3	102	.03	.454
Gliederschmerzen	Akkulturationsstil	0.099	3	102	.00	.960
	Geschlecht	4.345	1	102	.04	.040
	Akkult.stil x Geschlecht	1.593	3	102	.05	.196
Magenbeschwerden	Akkulturationsstil	0.516	3	102	.02	.672
	Geschlecht	0.923	1	102	.01	.339
	Akkult.stil x Geschlecht	0.219	3	102	.01	.883
Herzbeschwerden*	Akkulturationsstil	0.502	3	102	.02	.682
	Geschlecht	3.517	1	102	.03	.064
	Akkult.stil x Geschlecht	1.565	3	102	.04	.202
Beschwerdedruck*	Akkulturationsstil	0.222	3	102	.01	.881
	Geschlecht	4.251	1	102	.04	.042
	Akkult.stil x Geschlecht	1.110	3	102	.03	.349

Anmerkungen. GBB-24 (Giessener Beschwerdebogen, Brähler & Scheer, 1995); n: Anzahl der Spanier; F-Wert: empirischer Wert, der an der F-Verteilung getestet wird; df: Freiheitsgrade im Zähler und Nenner; p: Irrtumswahrscheinlichkeit mit $p \leq .001$ äußerst signifikant, $p \leq .01$ sehr signifikant, $p \leq .05$ signifikant, $p \leq .10$ marginale Signifikanz (Trend); η^2 : Partial-Effektstärke; * Levene-Test signifikant, d.h. Varianzhomogenität nicht gegeben.

Tab. 28: Ergebnisse der Varianzanalysen: Einfluss von Akkulturationsstil und Geschlecht auf den Kohärenzsinn (n=111)

Skala des SOC-L9	Faktor	F-Wert	df _{Zähler}	df _{Nenner}	η^2	p
Kohärenzsinn	Akkulturationsstil	2.610	3	102	.07	.056
	Geschlecht	0.191	1	102	.00	.663
	Akkult.stil x Geschlecht	0.306	3	102	.01	.821

Anmerkungen. SOC-L9 (Leipziger Kurzsкала, Schumacher et al., 2000a); n: Anzahl der Spanier; F-Wert: empirischer Wert, der an der F-Verteilung getestet wird; df: Freiheitsgrade im Zähler und Nenner; p: Irrtumswahrscheinlichkeit mit $p \leq .001$ äußerst signifikant, $p \leq .01$ sehr signifikant, $p \leq .05$ signifikant, $p \leq .10$ marginale Signifikanz (Trend); η^2 : Partial-Effektstärke.

Anhand der deskriptiven Mittelwerte und Standardabweichungen in Tabelle 29 können die Effekte des Faktors Akkulturationsstil auf den *EMO*-Skalen und der *SOC-L9*-Skala in Bezug auf diese Stichprobe interpretiert werden. Insgesamt wird die in den Fragestellungen 4 und 5 vermutete gesundheitsfördernde Rangfolge mit Hilfe der Reihenfolge der Mittelwerte bestätigt: Die Integrationsstrategie, gefolgt von der

Assimilationsstrategie, danach der Separationsstrategie und schließlich der Marginalisierungsstrategie, zieht ein besseres emotionales Befinden auf den Skalen *Ängstlich-depressiv*, *Ängstlich-erregt* und *Negative Stimmung* sowie einen höheren Kohärenzsinn auf der *Leipziger Kurzsкала* nach sich. Eine Ausnahme ist die gesundheitsbezogene Vorrangstellung des Mittelwertes bei Einsatz von Marginalisierung im Vergleich zu dem Mittelwert bei Einsatz von Separation auf der Skala *Ängstlich-erregt*.

Tab. 29: Mittelwerte und Standardabweichungen des emotionalen, des körperlichen Befindens und des Kohärenzsinn in Abhängigkeit vom eingesetzten Akkulturationsstil (N=112)

	Akkulturationsstil							
	Integration		Assimilation		Separation		Marginalisierung	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
<i>EMO:</i>								
Ängstlich-depressiv	3.70	3.39	4.91	3.75	5.75	3.97	6.71	3.44
Angstfrei-entspannt	11.95	3.27	10.97	3.09	10.94	3.32	9.81	4.15
Erschöpft	4.25	3.80	4.20	3.01	5.17	3.76	5.14	4.42
Vital-aktiv	13.60	1.76	12.66	3.17	12.50	3.18	11.86	3.62
Ängstlich-erregt	5.75	4.15	6.31	3.66	7.89	3.53	7.62	3.49
Elativ	13.85	1.87	12.86	3.21	12.39	3.42	11.71	3.02
Negative Stimmung	13.70	9.39	15.43	9.27	18.81	9.90	19.48	10.05
Positive Stimmung	39.40	6.17	36.49	8.59	35.83	9.24	33.38	9.32
<i>GBB-24:</i>								
Erschöpfung	5.00	3.20	4.49	4.41	5.42	4.76	5.57	4.17
Gliederschmerzen	7.60	3.69	6.14	4.40	7.25	4.77	6.86	4.54
Magenbeschwerden	2.20	1.91	2.77	3.42	2.81	2.96	2.81	3.12
Herzbeschwerden	1.75	1.68	1.31	2.68	2.33	3.00	2.14	3.45
Beschwerdedruck	16.55	8.33	14.71	12.80	17.81	14.07	17.38	12.80
<i>SOC-L9:</i>								
Kohärenzsinn	50.60	6.63	49.40	7.93	48.14	10.19	43.29	11.12

Anmerkungen. *EMO* (Emotionalitätsinventar, Bartram & Rogner, 2003); *GBB-24* (Giessener Beschwerdebogen, Brähler & Scheer, 1995); *SOC-L9* (Leipziger Kurzsкала, Schumacher et al., 2000a); N: Anzahl Spanier; M: Mittelwert; SD: Standardabweichung.

Zur Spezifikation der Mittelwerte, die sich signifikant auf den *EMO*-, *GBB*- und *SOC*-Skalen unterscheiden, sind in den folgenden Tabellen 30, 31 und 32 die signifikanten Mittelwertdifferenzen der Post-Hoc-Tests dargestellt. Auf den Skalen homogener Fehlervarianzen sind dies LSD-Tests („Least significant difference“-Tests)

und bei fehlender Homogenität der Fehlervarianzen Games Howell-Tests, die in den Ergebnistabellen mit einem * gekennzeichnet sind (vgl. Anhang C: Tab. C-10).

Tab. 30: Post-Hoc-Tests nach LSD: Signifikante Mittelwertsdifferenzen der Akkulturationsstile auf den EMO-Skalen (N=112)

EMO-Skala	Signifikanter Mittelwertsunterschied: $M_1 > M_2$	$M_1 - M_2$	p
Ängstlich-depressiv	Separation > Integration	2.05	.050
	Marginalisierung > Integration	3.01	.011
	Marginalisierung > Assimilation	1.80	.082
Angstfrei-entspannt	Integration > Marginalisierung	2.14	.049
Erschöpft	Kein signif. Mittelwertsunterschied	--	$p > .05$
Vital-aktiv	Integration > Marginalisierung	1.74	.077
Ängstlich-erregt	Separation > Integration	2.14	.035
	Separation > Assimilation	1.57	.067
	Marginalisierung > Integration	1.87	.098
Elativ	Integration > Separation	1.46	.095
	Integration > Marginalisierung	2.14	.030
Negative Stimmung	Separation > Integration	5.11	.058
	Marginalisierung > Integration	5.78	.056
Positive Stimmung	Integration > Marginalisierung	6.02	.029

Anmerkungen. EMO (Emotionalitätsinventar, Bartram & Rogner, 2003); N: Anzahl Spanier; $M_1 - M_2$: mittlere Differenz, Schätzung der Mittelwerte; p : Irrtumswahrscheinlichkeit mit $p \leq .001$ äußerst signifikant, $p \leq .01$ sehr signifikant, $p \leq .05$ signifikant, $p \leq .10$ marginale Signifikanz (Trend).

Tab. 31: Post-Hoc-Tests nach LSD: Signifikante Mittelwertsdifferenzen der Akkulturationsstile auf den GBB-24-Skalen (N=112)

GBB-24-Skala	Signifikanter Mittelwertsunterschied: $M_1 > M_2$	$M_1 - M_2$	p
Erschöpfung	Kein signif. Mittelwertsunterschied	--	$p > .05$
Gliederschmerzen	Kein signif. Mittelwertsunterschied	--	$p > .05$
Magenbeschwerden	Kein signif. Mittelwertsunterschied	--	$p > .05$
Herzbeschwerden*	Kein signif. Mittelwertsunterschied	--	$p > .05$
Beschwerdedruck*	Kein signif. Mittelwertsunterschied	--	$p > .05$

Anmerkungen. GBB-24 (Giessener Beschwerdebogen, Brähler & Scheer, 1995); N: Anzahl Spanier; * Post-Hoc-Analyse nach Games Howell aufgrund fehlender Varianzhomogenität; $M_1 - M_2$: mittlere Differenz, Schätzung der Mittelwerte; p : Irrtumswahrscheinlichkeit mit $p \leq .001$ äußerst signifikant, $p \leq .01$ sehr signifikant, $p \leq .05$ signifikant, $p \leq .10$ marginale Signifikanz (Trend).

Tab. 32: Post-Hoc-Tests nach LSD: Signifikante Mittelwertsdifferenzen der Akkulturationsstile auf der SOC-L9-Skala (N=112)

SOC-L9-Skala	Signifikanter Mittelwertsunterschied: $M_1 > M_2$	$M_1 - M_2$	p
Kohärenzsinn	Integration > Marginalisierung	7.31	.013
	Assimilation > Marginalisierung	6.11	.019
	Separation > Marginalisierung	4.85	.060

Anmerkungen. SOC-L9 (Leipziger Kurzsкала, Schumacher et al., 2000a); N: Anzahl Spanier; $M_1 - M_2$: mittlere Differenz, Schätzung der Mittelwerte; p : Irrtumswahrscheinlichkeit mit $p \leq .001$ äußerst signifikant, $p \leq .01$ sehr signifikant, $p \leq .05$ signifikant, $p \leq .10$ marginale Signifikanz (Trend).

Unter Einbezug der in Tabelle 29 beschriebenen Mittelwerte und der gesundheitsfördernden Rangfolge der Akkulturationsstile kann in Tabelle 30 mit Hilfe signifikanter Mittelwertsdifferenzen eine Vorrangstellung der Integrationsstrategie vor der Marginalisierungsstrategie und der Separationsstrategie bestätigt werden: Spanier, die die Integrationsstrategie im Vergleich zur Marginalisierungsstrategie und zur Separationsstrategie einsetzen sind mit $M_{Int}^3 = 3.70$ signifikant weniger ängstlich-depressiv im Vergleich zu $M_{Marg}^4 = 6.71$ und $M_{Sep}^5 = 5.75$, mit $M_{Int} = 5.75$ tendenziell weniger ängstlich-erregt im Vergleich zu $M_{Marg} = 7.62$ und $M_{Sep} = 7.89$ sowie mit $M_{Int} = 13.70$ insgesamt weniger negativ gestimmt im Vergleich zu $M_{Marg} = 19.48$ und $M_{Sep} = 18.81$. Außerdem sind sie bei Einsatz von Integration mit $M_{Int} = 13.85$ signifikant elativer im Vergleich zur Marginalisierung mit $M_{Marg} = 11.71$ und tendenziell zur Separation mit $M_{Sep} = 12.39$. Spanier sind bei Einsatz der Integrations- im Vergleich zur Marginalisierungsstrategie mit $M_{Int} = 11.95$ signifikant angstfrei-entspannter im Vergleich zu $M_{Marg} = 9.81$, tendenziell mit $M_{Int} = 13.60$ vital-aktiver im Vergleich zu $M_{Marg} = 11.86$ und mit $M_{Int} = 39.40$ insgesamt signifikant positiv gestimmter im Vergleich zu $M_{Marg} = 33.38$.

Auch sind sie bei Einsatz der Assimilationsstrategie mit $M_{Ass}^6 = 4.91$ im Vergleich zur Marginalisierungsstrategie $M_{Marg} = 6.71$ tendenziell weniger ängstlich-depressiv sowie

³ M_{Int} = Mittelwert der Integrationsstrategie

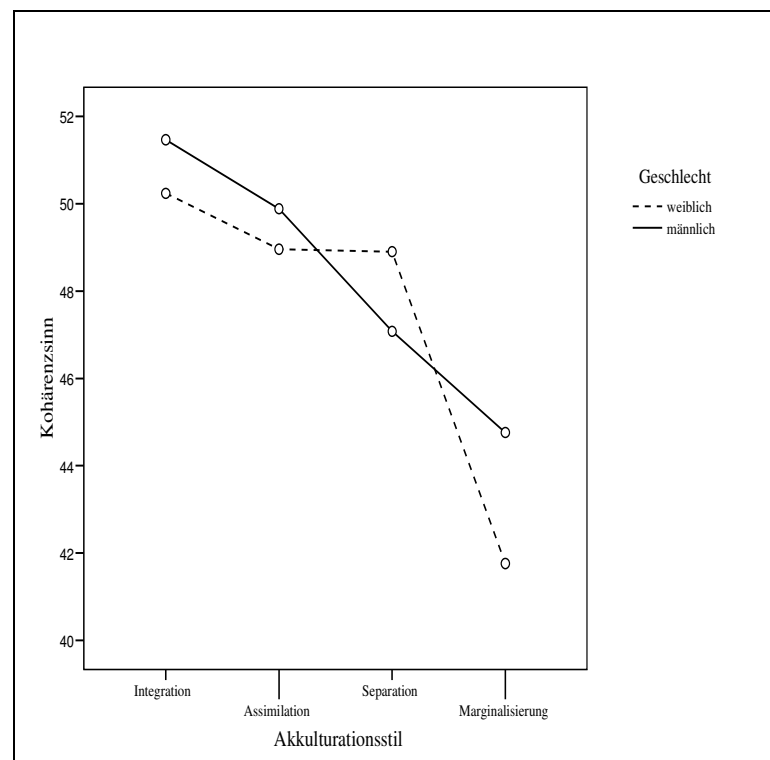
⁴ M_{Marg} = Mittelwert der Marginalisierungsstrategie

⁵ M_{Sep} = Mittelwert der Separationsstrategie

⁶ M_{Ass} = Mittelwert der Assimilationsstrategie

mit $M_{Ass} = 6.31$ tendenziell weniger ängstlich-erregt im Vergleich zur Separationsstrategie mit $M_{Sep} = 7.89$.

In Bezug auf den Kohärenzsinn können die gesundheitsfördernde Vorrangstellung der Integrationsstrategie mit $M_{Int} = 50.60$ und die der Assimilationsstrategie mit $M_{Ass} = 49.40$ im Vergleich zur Marginalisierungsstrategie mit $M_{Marg} = 43.29$ signifikant bestätigt werden (s. Tab. 32). Darüber hinaus weist die Separationsstrategie mit $M_{Sep} = 48.14$ im Vergleich zur Marginalisierungsstrategie mit $M_{Marg} = 43.29$ tendenziell einen höheren Kohärenzsinn auf (s. Abb. 15).



Anmerkung. Die Y-Achse gibt die Gruppenmittelwerte auf der Skala SOC-L9 an.

Abb. 15: Gruppenmittelwerte der SOC-L9-Skala (Schumacher et al., 2000a) in Abhängigkeit von Akkulturationsstil und Geschlecht

Insgesamt konnten in diesem Abschnitt Effekte der Akkulturationsstile in Bezug auf das emotionale Befinden und den Kohärenzsinn nachgewiesen werden. Die in Fragestellung 4 und 5 erwarteten Rangplätze der Stile in Bezug auf die Gesundheit, die sich in den deskriptiven Mittelwerten widerspiegeln, werden in den Post-Hoc-Tests nur z. T.

signifikant belegt. Es ergeben sich günstigere gesundheitliche Effekte der Strategien Integration und Assimilation im Vergleich zu Separation und Marginalisierung. Außerdem ist beim Vergleich der Mittelwerte die Separationsstrategie der Marginalisierungsstrategie in Bezug auf den Kohärenzsinn vorangestellt. Es fällt in den Post-Hoc-Tests im Vergleich zu den Varianzanalysen auf, dass auf den Skalen des emotionalen Befindens mehr signifikante Effekte nachgewiesen werden.

5.6.2 Generationsstatus

Zur Überprüfung der Effekte des Generationsstatus auf das emotionale, das körperliche Befinden und den Kohärenzsinn wurden T-Tests für zwei unabhängige Stichproben und bei fehlender Varianzhomogenität *Welch-Tests* gerechnet (vgl. Anhang C: *Levene-Tests* in Tab. C-11). Die Ergebnisse der *Welch-Tests* sind in den folgenden Tabellen mit einem * gekennzeichnet. Tabelle 33, 34 und 35 stellen die bedeutsamen Unterschiede der Mittelwerte zwischen der ersten Generation der Spanier und denen ab der zweiten Generation (einschließlich dritter und vierter Generation) dar:

Tab. 33: Ergebnisse der T-Tests: Emotionales Befinden in Abhängigkeit vom Generationsstatus ($n_{1.Gen.} = 63$, $n_{2.Gen.} = 43$, $df = 104$)

EMO-Skala	$M_{1.Gen.}$	$SD_{1.Gen.}$	$M_{2.Gen.}$	$SD_{2.Gen.}$	T-Wert	ϵ	p
Ängstlich-depressiv*	5.78	4.04	4.23	3.04	2.24	.44	.027
Angstfrei-entspannt	11.05	3.15	10.93	3.73	0.18	.04	.862
Erschöpft*	4.95	3.90	4.21	3.12	1.09	.21	.280
Vital-aktiv	12.92	2.70	12.28	3.52	1.06	.21	.291
Ängstlich-erregt	7.52	3.84	5.70	3.14	2.58	.52	.011
Elativ	12.67	2.79	12.77	3.42	-0.17	.03	.868
Negative Stimmung*	18.25	10.43	14.14	7.81	2.32	.45	.022
Positive Stimmung	36.63	7.72	35.98	9.77	0.39	.07	.700

Anmerkungen. EMO (Emotionalitätsinventar, Bartram & Rogner, 2003); $n_{1.Gen.}$ bzw. $n_{2.Gen.}$: Anzahl der Spanier der 1. bzw. ab der 2. Generation; df : Freiheitsgrade; $M_{1.Gen.}$ bzw. $M_{2.Gen.}$: Mittelwert der 1. bzw. ab 2. Generation; $SD_{1.Gen.}$ bzw. $SD_{2.Gen.}$: Standardabweichungen der 1. bzw. ab 2. Generation; T-Wert: empirischer Wert des T-Test; ϵ : Effektstärke; p: Irrtumswahrscheinlichkeit mit $p \leq .001$ äußerst signifikant, $p \leq .01$ sehr signifikant, $p \leq .05$ signifikant, $p \leq .10$ marginale Signifikanz (Trend); * *Welch-Test* aufgrund fehlender Varianzhomogenität.

Es wird in Tabelle 33 ersichtlich, dass die erste Generation der Spanier mit $M_{1.Gen.} = 5.78$ signifikant ängstlich-depressiver im Vergleich zur zweiten Generation mit $M_{2.Gen.} = 4.23$, ($t_{(104)} = 2.24$), mit $M_{1.Gen.} = 7.52$ signifikant ängstlich-erregter im Vergleich zu $M_{2.Gen.} = 5.70$ ($t_{(104)} = 2.58$) und mit $M_{1.Gen.} = 18.25$ signifikant negativ gestimmter im Vergleich zu $M_{2.Gen.} = 14.14$ ($t_{(104)} = 2.32$), mit jeweils $p \leq .05$ ist. Die Effektstärken auf den Skalen signifikanter Unterschiede der Mittelwerte betragen $\varepsilon = .44$ für die Skala *Ängstlich-depressiv*, $\varepsilon = .52$ für die Skala *Ängstlich-erregt* und $\varepsilon = .45$ für die Skala *Negative Stimmung*, so dass überwiegend mittlere Effekte vorliegen (vgl. Bortz, 1993; Cohen, 1988). Die anderen Skalen weisen lediglich geringe oder keine Effekte auf mit einem Wertebereich von $\varepsilon = .03$ bis $.21$.

Tab. 34: Ergebnisse der T-Tests: Körperliches Befinden in Abhängigkeit vom Generationsstatus ($n_{1.Gen.} = 63$, $n_{2.Gen.} = 43$, $df = 104$)

GBB-24-Skala	$M_{1.Gen.}$	$SD_{1.Gen.}$	$M_{2.Gen.}$	$SD_{2.Gen.}$	T-Wert	ε	p
Erschöpfung*	5.49	4.45	4.09	2.96	1.94	.38	.055
Gliederschmerzen	7.84	4.31	5.54	4.03	2.78	.55	.007
Magenbeschwerden	3.21	3.01	1.95	2.59	2.23	.45	.028
Herzbeschwerden*	2.35	3.11	1.02	1.47	2.94	.58	.004
Beschwerdedruck	18.89	12.79	12.61	9.02	2.78	.58	.006

Anmerkungen. GBB-24 (Giessener Beschwerdebogen, Brähler & Scheer, 1995); $n_{1.Gen.}$ bzw. $n_{2.Gen.}$: Anzahl der Spanier der 1. bzw. ab der 2. Generation; df : Freiheitsgrade; $M_{1.Gen.}$ bzw. $M_{2.Gen.}$: Mittelwert der 1. bzw. ab 2. Generation; $SD_{1.Gen.}$ bzw. $SD_{2.Gen.}$: Standardabweichungen der 1. bzw. ab 2. Generation; T-Wert: empirischer Wert des T-Test; ε : Effektstärke; p: Irrtumswahrscheinlichkeit mit $p \leq .001$ äußerst signifikant, $p \leq .01$ sehr signifikant, $p \leq .05$ signifikant, $p \leq .10$ marginale Signifikanz (Trend); * Welch-Test aufgrund fehlender Varianzhomogenität.

In Tabelle 34 zeigen sich Unterschiede der Mittelwerte für das körperliche Befinden auf fast allen Skalen des *Giessener Beschwerdeboogens* von Brähler und Scheer (1995) in großer Deutlichkeit: Spanier der ersten Generation mit $M_{1.Gen.} = 18.89$ weisen sehr signifikant mehr Beschwerdedruck auf als die ab der zweiten Generation ($M_{2.Gen.} = 12.61$, $t_{(104)} = 2.78$), mit $M_{1.Gen.} = 7.84$ mehr Gliederschmerzen im Vergleich zu $M_{2.Gen.} = 5.54$ ($t_{(104)} = 2.78$) und mit $M_{1.Gen.} = 2.35$ mehr Herzbeschwerden im Vergleich zu $M_{2.Gen.} = 1.02$ ($t_{(104)} = 2.94$), mit jeweils $p \leq .01$. Auch haben Spanier der ersten Generation mit $M_{1.Gen.} = 3.21$ signifikant mehr Magenbeschwerden als Spanier ab der zweiten Generation mit $M_{2.Gen.} = 1.95$ ($t_{(104)} = 2.23$, $p \leq .05$) und sind mit

$M_{1.Gen.} = 5.49$ tendenziell körperlich erschöpfter als diese ($M_{2.Gen.} = 4.09$, $t_{(104)} = 1.94$, $p \leq .10$). Auf den Skalen bedeutsamer Mittelwertsunterschiede des *GBB-24* liegen mittlere Effekte mit $\varepsilon = .58$ auf der Skala *Beschwerdedruck*, $\varepsilon = .55$ auf der Skala *Gliederschmerzen*, $\varepsilon = .58$ auf der Skala *Herzbeschwerden* und $\varepsilon = .45$ auf der Skala *Magenbeschwerden* vor. Die Effektstärke auf der Skala *Erschöpfung* ist mit $\varepsilon = .38$ eher gering.

Für den Kohärenzsinn sind in Tabelle 35 keine signifikanten Unterschiede der Mittelwerte zwischen Spaniern der ersten und denen ab der zweiten Generation zu verzeichnen. Die zweite Generation der Spanier verfügt mit $M_{2.Gen.} = 49.93$ über einen höheren Kohärenzsinn im Vergleich zur ersten Generation mit $M_{1.Gen.} = 47.38$. Die Effektstärke wird mit $\varepsilon = .29$ als gering eingeschätzt.

Tab. 35: Ergebnisse der T-Tests: Der Kohärenzsinn in Abhängigkeit vom Generationsstatus ($n_{1.Gen.} = 63$, $n_{2.Gen.} = 43$, $df = 102$)

<i>SOC-L9-Skala</i>	$M_{1.Gen.}$	$SD_{1.Gen.}$	$M_{2.Gen.}$	$SD_{2.Gen.}$	<i>T-Wert</i>	ε	<i>p</i>
Kohärenzsinn*	47.38	9.80	49.93	7.54	-1.51	.29	.134

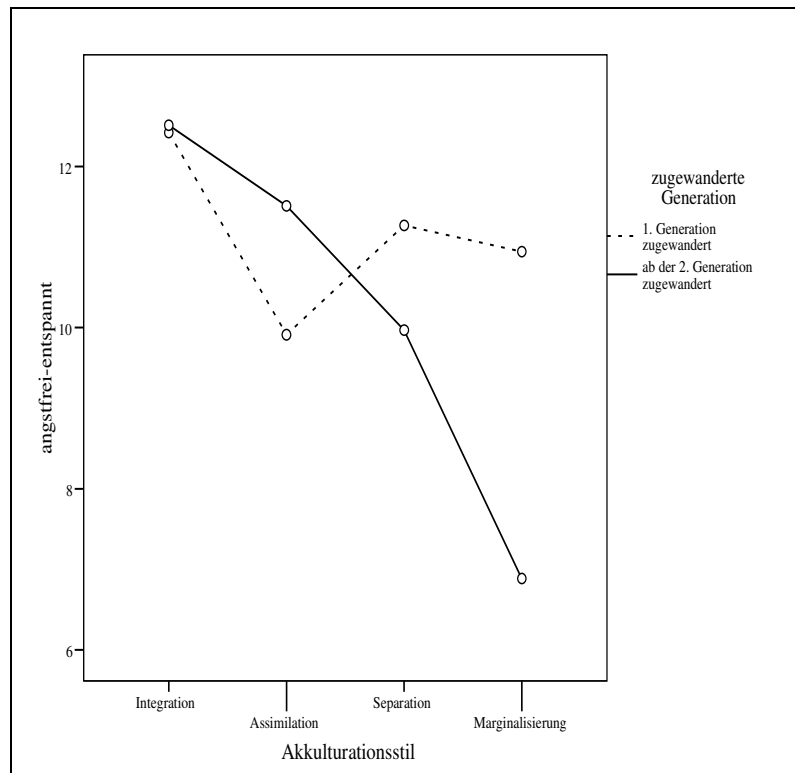
Anmerkungen. *SOC-L9-Skala* (Leipziger Kurzskala, Schumacher et al., 2000a); $n_{1.Gen.}$ bzw. $n_{2.Gen.}$: Anzahl der Spanier der 1. bzw. ab der 2. Generation; *df*: Freiheitsgrade; $M_{1.Gen.}$ bzw. $M_{2.Gen.}$: Mittelwert der 1. bzw. ab 2. Generation; $SD_{1.Gen.}$ bzw. $SD_{2.Gen.}$: Standardabweichungen der 1. bzw. ab 2. Generation; *T-Wert*: empirischer Wert des T-Tests; *p*: Irrtumswahrscheinlichkeit mit $p \leq .001$ äußerst signifikant, $p \leq .01$ sehr signifikant, $p \leq .05$ signifikant, $p \leq .10$ marginale Signifikanz (Trend); ε : Effektstärke; * *Welch-Test* aufgrund fehlender Varianzhomogenität.

Anschließend wurden mit den *EMO*-, *GBB-24*- und *SOC-L9*-Skalen und den Faktoren Generationsstatus und Akkulturationsstil zweifaktorielle Varianzanalysen gerechnet, (vgl. Anhang C: Tab. C-12, Tab. C-13 und Tab. C-14). Zusätzlich wurde in den Varianzanalysen die Kovariate Alter kontrolliert. Die Varianzhomogenität in den *Levene-Tests* war mit $p > .10$ auf fast allen *EMO*-, *GBB-24*- und *SOC-L9*-Skalen gegeben, außer auf der *GBB-24*-Skala bei *Herzbeschwerden* mit $p = .005$ und auf der *SOC-L9*-Skala mit $p = .095$.

In den zweifaktoriellen Varianzanalysen ergeben sich für den Faktor Generationsstatus auf fast allen Skalen der eingesetzten Fragebögen *EMO*, *GBB-24* und *SOC-L9* keine signifikanten Mittelwertsunterschiede, wenn als Kovariate das Alter einbezogen wird:

Es zeichnen sich lediglich zwei tendenzielle Generationseffekte mit $p \leq .10$ auf der GBB-Skala *Beschwerdedruck* mit $F_{(1,97)} = 2.876$ und auf der Skala *Herzbeschwerden* mit $F_{(1,97)} = 3.332$ ab. Auf der Skala *Herzbeschwerden* ist die Homogenität der Fehlervarianzen nicht gewährleistet, so dass dieser F -Wert nicht interpretiert werden kann. Interessanterweise ergeben sich außerdem unter Einbezug des Faktors Generationsstatus signifikante bedeutsame Unterschiede der Mittelwerte für den Faktor Akkulturationsstil auf den positiv konnotierten Skalen des *EMO*: auf der Skala *Angstfrei-entspannt* mit $F_{(3,97)} = 3.377$ und $p \leq .05$ sowie als Trend auf der Skala *Positive Stimmung* mit $F_{(3,97)} = 2.658$ und $p \leq .10$. Auf der *Leipziger Kurzsкала* ergibt sich ein Trend für den Faktor Akkulturationsstil mit $F_{(3,97)} = 2.329$ und $p \leq .10$, der aufgrund fehlender Varianzhomogenität nicht interpretierbar ist.

Es ergibt sich in Tabelle C-12 ein signifikanter Interaktionseffekt zwischen dem Faktor Akkulturationsstil und Generationsstatus auf der *EMO*-Skala *Angstfrei-entspannt* mit $F_{(3,97)} = 2.959$. Der Interaktionseffekt ist in Abbildung 16 dargestellt: Der höchste Anteil für *Angstfrei-entspannt* ist bei der zweiten Generation der Spanier bei Einsatz der Integrations- und Assimilationsstrategie gegeben. Im Vergleich dazu ist bei der zweiten Generation bei Einsatz von Separation und Marginalisierung der Anteil für *Angstfrei-entspannt* gering. Bei der ersten Generation dreht sich das Verhältnis des Vorteils der kulturell angepassten Strategien Integration und Assimilation für die Gesundheit z. T. um: Spanier der ersten Generation sind nur noch bei Einsatz der Integrationsstrategie angstfrei-entspannter im Vergleich zu Marginalisierung und Separation, bei Einsatz von Assimilation sind sie demgegenüber weniger angstfrei-entspannt im Vergleich zu den beiden kulturell nicht angepassten Strategien. η^2 für die Skalen signifikanter Effekte liegt im Bereich $\eta^2 = .03$ bis $.10$ und ist damit eher gering einzuschätzen (s. Anhang C: Tab. C-12, C-13 und C-14).



Anmerkung. Die Y-Achse gibt die Gruppenmittelwerte auf der EMO-Skala Angstfrei-entspannt an.

Abb. 16: Gruppenmittelwerte der EMO-Skala Angstfrei-entspannt (Bartram & Rogner, 2003) in Abhängigkeit von Akkulturationsstil und Generationsstatus

Zusammenfassend sind in diesem Abschnitt Generationseffekte auf das emotionale und das körperliche Befinden nachgewiesen worden, wobei sich Spanier der ersten Generation entsprechend den Erwartungen in Fragestellung 4 im Vergleich zur zweiten Generation stärker belastet zeigen. Unter Einbezug der Kovariaten Alter in zweifaktoriellen Varianzanalysen verlieren sich die Effekte des Generationsstatus weitgehend. Es können weitere Effekte des Faktors Akkulturationsstil sowie ein Interaktionseffekt zwischen Generationsstatus und Akkulturationsstil auf den Skalen emotionalen Befindens nachgewiesen werden. Generationseffekte im Hinblick auf den Kohärenzsinn werden nicht signifikant bestätigt.

5.6.3 Aufenthaltsdauer

Zur Überprüfung des Einflusses der Aufenthaltsdauer auf das Befinden und den Kohärenzsinn wurden Effekte des Generationsstatus kontrolliert, in dem nur Fälle der ersten Generation ausgewählt wurden. Außerdem wurden Personen mit einer kurzen Aufenthaltsdauer bis einschließlich einem Jahr wegen der uneinheitlichen Auffassung der Autoren über das Aufkommen akkulturativen Stresses im Anfangsstadium des Akkulturationsprozesses, kurz nach der Migration, heraus selektiert (vgl. in Abschn. 2.3.2: Berry, 1990a, 1995 mit Schmitz, 1992a, 2001). Insgesamt wurden $n = 56$ Fälle in die Berechnungen einbezogen. Anschließend wurden Korrelationskoeffizienten nach Pearson für die Aufenthaltsdauer mit den Skalen des Befindens und des Kohärenzsinns zweiseitig in Bezug auf Signifikanz getestet (s. Tab. 36):

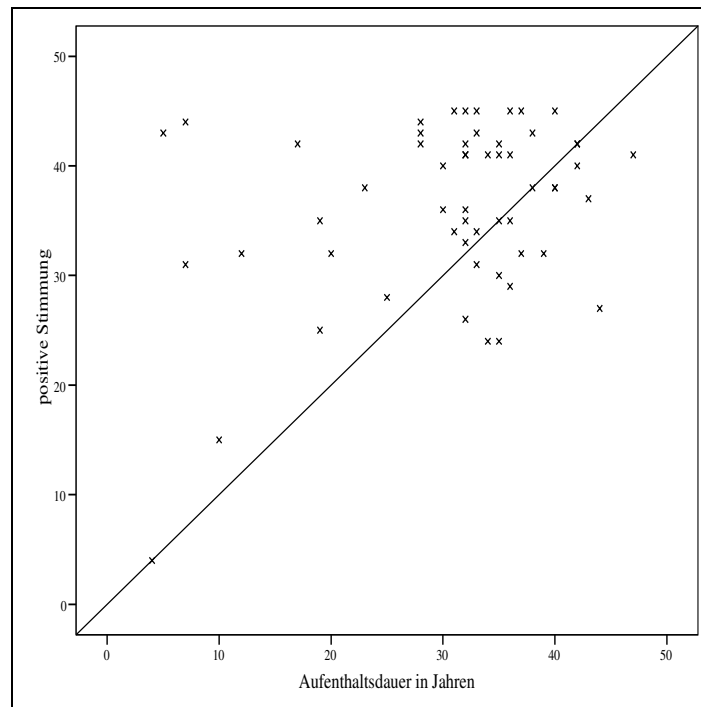
Tab. 36: Ergebnisse der Korrelationsanalysen: Zusammenhänge der Aufenthaltsdauer mit dem emotionalen, dem körperlichen Befinden und dem Kohärenzsinn ($n=56$)

<i>EMO-Skala</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Ängstlich-depressiv	-.23	.085
Angstfrei-entspannt	.25	.068
Erschöpft	-.24	.071
Vital-aktiv	.33	.014
Ängstlich-erregt	-.20	.136
Elativ	.35	.007
Negative Stimmung	-.25	.061
Positive Stimmung	.34	.010
<i>GBB-24-Skala</i>		
Erschöpfung	-.31	.021
Gliederschmerzen	-.08	.551
Magenbeschwerden	-.14	.303
Herzbeschwerden	-.11	.417
Beschwerdedruck	-.19	.157
<i>SOC-L9-Skala</i>		
Kohärenzsinn	.23	.085

Anmerkungen. *EMO* (Emotionalitätsinventar, Bartram & Rogner, 2003); *GBB-24* (Giessener Beschwerdebogen, Brähler & Scheer, 1995); *SOC-L9* (Leipziger Kurzskaala, Schumacher et al., 2000a); n : Anzahl der Spanier; r : Korrelationskoeffizient nach Pearson; p : Irrtumswahrscheinlichkeit; $p \leq .001$ äußerst signifikant, $p \leq .01$ sehr signifikant, $p \leq .05$ signifikant, $p \leq .10$ marginale Signifikanz (Trend).

In Tabelle 36 zeigen sich signifikante Korrelationen der Aufenthaltsdauer überwiegend auf den *EMO*-Skalen und der *Leipziger Kurzskala*. Auf den *GBB*-Skalen ergeben sich keine signifikanten Korrelationen bis auf eine Ausnahme auf der Skala *Erschöpfung*. Die Korrelationskoeffizienten liegen im Wertebereich $r = -.31$ bis $.35$ und entsprechen überwiegend mittleren Effekten (vgl. Bortz, 1993, S.201). Sie sind auf den positiv konnotierten Skalen des emotionalen Befindens positiv und auf den negativ konnotierten Skalen negativ:

Mit zunehmender Aufenthaltsdauer steigt bei Spaniern das emotionale Befinden und der Kohärenzsinn. Spanier sind mit zunehmender Aufenthaltsdauer sehr signifikant häufiger positiv gestimmt ($r = .34$, $p \leq .01$) und relativ ($r = .35$, $p \leq .01$) sowie signifikant häufiger vital-aktiv ($r = .33$, $p \leq .05$), vgl. Abb. 17. Außerdem sind sie tendenzieller angstfrei-entspannt ($r = .25$), tendenziell weniger ängstlich-depressiv ($r = -.23$), emotional erschöpft ($r = -.24$) sowie negativ gestimmt ($r = -.25$) mit jeweils $p \leq .10$. Ihr körperliches Befinden ist mit steigender Aufenthaltsdauer signifikant weniger körperlich erschöpft ($r = -.31$, $p \leq .05$). Sie weisen mit steigender Aufenthaltsdauer tendenziell einen höheren Kohärenzsinn auf ($r = .23$, $p \leq .10$).



Anmerkung. Die Y-Achse gibt die Summenwerte der *EMO*-Skala *Positive Stimmung* an.

Abb. 17: Streuung der Werte auf der *EMO*-Skala *Positive Stimmung* (Bartram & Rogner, 2003) in Abhängigkeit von der Aufenthaltsdauer

Das Ansteigen des emotionalen Befindens mit zunehmender Aufenthaltsdauer wird exemplarisch in Abbildung 17 anhand der Streuung der Summenwerte der *EMO*-Skala *Positive Stimmung* um die Regressionsgeraden deutlich. Die Summenwerte streuen hauptsächlich im Bereich von 30 bis 40 Jahren der Aufenthaltsdauer bei höherer Skalenausprägung. Einige Ausreißer im höheren Wertebereich sind auch bei einer Aufenthaltsdauer bis zu 10 Jahren zu finden. Insgesamt können in diesem Abschnitt die in Fragestellung 4 und 5 erwarteten Effekte der Aufenthaltsdauer durch signifikante Zusammenhänge auf den Skalen des emotionalen Befindens und des Kohärenzsinnens überwiegend bestätigt werden.

5.6.4 Geschlecht

In diesem Abschnitt werden Einflüsse des Geschlechts auf das emotionale, das körperliche Befinden und den Kohärenzsinn mit Ergebnissen von T-Tests für zwei unabhängige Stichproben bei vorliegender Homogenität der Fehlervarianzen dargestellt (vgl. Anhang C: Tab. C-15). Anhand der Mittelwerte in Tabelle 37 zeigen sich Spanierinnen gemäß den Erwartungen überwiegend emotional und körperlich belasteter und weisen einen stärker ausgeprägten Kohärenzsinn auf im Vergleich zu spanischen Männern. Jedoch werden diese Unterschiede mit $p \geq .05$ nicht signifikant. Es zeigen sich sehr geringe Effekte mit einem Wertebereich $\varepsilon = .02$ bis $.29$ (s. Tab. 37).

Unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Varianzanalyse in Abschnitt 5.6.1 (Tab. 26 und Tab. 27) ergeben sich bei Einbezug der Kovariaten Alter jedoch folgende Effekte für das Geschlecht: tendenziell auf den *EMO*-Skalen *Ängstlich-depressiv* mit $F_{(1,102)} = 3.004$ und *Negative Stimmung* mit $F_{(1,102)} = 3.621$ und jeweils $p \leq .10$ sowie als signifikanter Effekt auf der Skala *Ängstlich-erregt* mit $F_{(1,102)} = 6.099$ und $p \leq .05$. Auf den *GBB-24*-Skalen *Erschöpfung* mit $F_{(1,102)} = 3.958$ und *Gliederschmerzen* mit $F_{(1,102)} = 4.345$ ergeben sich Geschlechtseffekte mit $p \leq .05$. Die Geschlechtseffekte der *GBB-24*-Skalen *Beschwerdedruck* und *Herzbeschwerden* lassen sich aufgrund fehlender Homogenität der Fehlervarianzen mit $p \leq .10$ nicht interpretieren. η^2 für den Faktor Geschlecht ist mit $\eta^2 = .03$ bis $.06$ relativ gering.

Tab. 37: Ergebnisse der T-Tests: Einfluss des Geschlechts auf das emotionale, das körperliche Befinden und den Kohärenzsinn ($n_{weibl} = 46$, $df_{weibl} = 110$; $n_{männl} = 66$, $df_{männl} = 110$)

<i>EMO-Skalen</i>	$M_{weibl.}$	$SD_{weibl.}$	$M_{männl.}$	$SD_{männl.}$	<i>T-Wert</i>	ϵ	p
Ängstlich-depressiv	5.62	4.03	4.85	3.41	1.06	.21	.290
Angstfrei-entspannt	10.56	3.75	11.43	2.87	-1.33	.26	.186
Erschöpft	4.77	3.87	4.59	3.39	0.26	.05	.793
Vital-aktiv	12.52	3.48	12.78	2.41	-0.45	.09	.653
Ängstlich-erregt	7.41	3.84	6.33	3.52	1.52	.29	.131
Elativ	12.70	3.48	12.63	2.45	0.11	.02	.911
Negative Stimmung	17.80	10.43	15.76	8.70	1.09	.21	.279
Positive Stimmung	35.77	9.97	36.85	6.42	-0.64	.13	.521
<i>GBB-24-Skalen</i>	$M_{weibl.}$	$SD_{weibl.}$	$M_{männl.}$	$SD_{männl.}$	<i>T-Wert</i>	ϵ	p
Erschöpfung	5.55	4.63	4.41	3.63	1.39	.28	.168
Gliederschmerzen	7.27	4.61	6.35	4.10	1.09	.21	.277
Magenbeschwerden	2.82	2.98	2.50	2.97	0.56	.11	.578
Herzbeschwerden	2.11	2.86	1.54	2.71	1.05	.21	.298
Beschwerdedruck	17.74	12.98	14.80	11.64	1.23	.24	.222
<i>SOC-L9-Skala</i>	$M_{weibl.}$	$SD_{weibl.}$	$M_{männl.}$	$SD_{männl.}$	<i>T-Wert</i>	ϵ	p
Kohärenzsinn	48.20	9.73	47.87	8.94	0.18	.04	.857

Anmerkungen. *EMO* (Emotionalitätsinventar, Bartram & Rogner, 2003); *GBB-24* (Giessener Beschwerdebogen, Brähler & Scheer, 1995); *SOC-L9* (Leipziger Kurzsкала, Schumacher et al, 2000a); $n_{weibl.}$ bzw. $n_{männl.}$: Anzahl Spanier/Innen; $df_{weibl.}$ bzw. $df_{männl.}$: Freiheitsgrade Spanier/Innen; $M_{weibl.}$ bzw. $M_{männl.}$: Mittelwert der Spanier/Innen; $SD_{weibl.}$ bzw. $SD_{männl.}$: Standardabweichungen der Spanier/Innen; *T-Wert*: empirischer Wert des T-Test; ϵ : Effektstärke; p : Irrtumswahrscheinlichkeit mit $p \leq .001$ äußerst signifikant, $p \leq .01$ sehr signifikant, $p \leq .05$ signifikant, $p \leq .10$ marginale Signifikanz (Trend).

Es können daher in diesem Abschnitt Geschlechtsunterschiede in Bezug auf das Befinden nur unter Berücksichtigung der Kovariaten Alter nachgewiesen werden und anhand der deskriptiven Mittelwerte der anfänglich beschriebenen T-Test-Ergebnisse in Tabelle 37 interpretiert werden: Spanierinnen zeigen sich tendenziell ängstlich-depressiver mit $M_{weibl.} = 5.62$, negativ-gestimmter mit $M_{weibl.} = 17.80$ und signifikant ängstlich-erregter mit $M_{weibl.} = 7.41$ im Vergleich zu Spaniern mit $M_{männl.} = 4.85$, $M_{männl.} = 15.76$ und $M_{männl.} = 6.33$. Außerdem weisen sie mehr körperliche Erschöpfung mit $M_{weibl.} = 5.55$ und Gliederschmerzen mit $M_{weibl.} = 7.27$ auf als Spanier mit $M_{männl.} = 4.41$ und $M_{männl.} = 6.35$. Die Ausprägung dieser Mittelwerte entspricht den in Fragestellung 4 formulierten Erwartungen, nach denen sich Spanierinnen stärker emotional und körperlich belastet zeigen als Spanier.

5.6.5 Alter

Zur Überprüfung der Effekte des Alters von Migranten auf das Befinden und den Kohärenzsinn wurden Korrelationskoeffizienten nach Pearson zwischen dem Alter und den *EMO*-, *GBB-24*- und *SOC-L9*-Skalen berechnet und zweiseitig in Bezug auf Signifikanz getestet (s. Tab. 38):

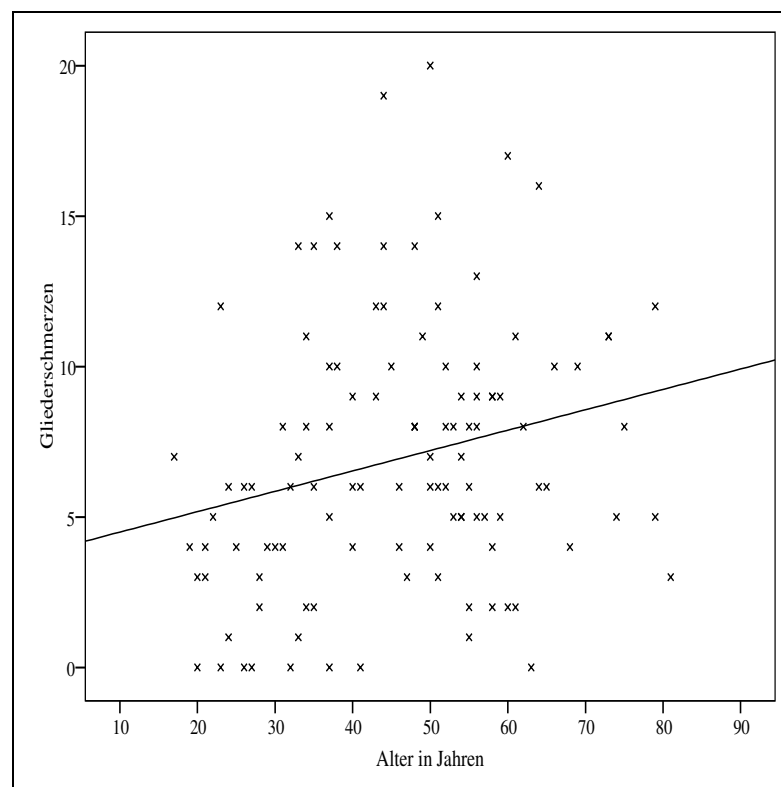
Tab. 38: Ergebnisse der Korrelationsanalysen: Zusammenhang des Alters mit dem emotionalen, dem körperlichen Befinden und dem Kohärenzsinn ($n=111$)

<i>EMO-Skala</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Ängstlich-depressiv	.03	.727
Angstfrei-entspannt	.02	.859
Erschöpft	.03	.797
Vital-aktiv	.08	.424
Ängstlich-erregt	.09	.337
Elativ	-.01	.960
Negative Stimmung	.06	.549
Positive Stimmung	.03	.736
<i>GBB-24-Skala</i>		
Erschöpfung	.02	.813
Gliederschmerzen	.24	.013
Magenbeschwerden	.12	.231
Herzbeschwerden	.10	.316
Beschwerdedruck	.14	.144
<i>SOC-L9-Skala</i>		
Kohärenzsinn	.00	.989

Anmerkungen. *EMO* (Emotionalitätsinventar, Bartram & Rogner, 2003); *GBB-24* (Giessener Beschwerdebogen, Brähler & Scheer, 1995); *SOC-L9* (Leipziger Kurzsкала, Schumacher et al., 2000a); *n*: Anzahl der Spanier; *r*: Korrelationskoeffizient nach Pearson; *p*: Irrtumswahrscheinlichkeit; $p \leq .001$ äußerst signifikant, $p \leq .01$ sehr signifikant, $p \leq .05$ signifikant, $p \leq .10$ marginale Signifikanz (Trend).

Die Korrelationen des Alters mit den *EMO*-Skalen und der *SOC-L9*-Skala in Tabelle 38 streuen in einem Wertebereich von $r = (-.01)$ bis $.09$. Zwischen dem Alter und dem emotionalen Befinden bzw. dem Kohärenzsinn gibt es mit $p \geq .05$ keine signifikanten Zusammenhänge. Auffällig ist die nicht signifikante Korrelation des Kohärenzsinn $r = .00$ mit dem Alter.

Die Korrelationen zwischen dem Alter und dem körperlichen Befinden liegen in Tabelle 38 in einem höheren Wertebereich von $r = .02$ bis $.24$. Sie sind mit $p \geq .05$ ebenfalls nicht signifikant. Die einzige Ausnahme bildet der signifikante Zusammenhang des Alters mit der *GBB-24*-Skala *Gliederschmerzen* mit $r = .24$ und $p \leq .05$. Mit steigendem Alter nehmen bei in Deutschland lebenden Spaniern die Gliederschmerzen zu, siehe Abbildung 18 (vgl. Bortz, 1993, S. 201):



Anmerkung. Die Y-Achse gibt die Summenwerte der *GBB*-Skala *Gliederschmerzen* an.

Abb. 18: Streuung der Werte auf der *GBB-24*-Skala *Gliederschmerzen* (Brähler & Scheer, 1995) in Abhängigkeit vom Alter

In Abbildung 18 fällt auch auf, dass bei Spaniern im Alter von 40-60 Jahren die Summenwerte überzufällig häufig in einem hohen Wertebereich der Skala *Gliederschmerzen* um die Regressionsgerade streuen. Verglichen damit streuen die Summenwerte der Skala *Gliederschmerzen* bis zu einem Alter von 30 bis 40 Jahren und ab einem Alter von 60 Jahren überwiegend in einem geringen Wertebereich. Die in

Fragestellung 4 formulierten Erwartungen werden in diesem Abschnitt nur auf der Ebene des körperlichen Befindens anhand eines Zusammenhangs des Alters mit der *GBB-24*-Skala *Gliederschmerzen* signifikant bestätigt.

5.6.6 Ausbildungsstatus

In diesem Abschnitt wird der Einfluss des Ausbildungsstatus auf das emotionale, das körperliche Befinden und den Kohärenzsinn überprüft: In den zweifaktoriellen Varianzanalysen wurde der Faktor Ausbildungsabschluss über die Zusammenfassung der deutschen mit den äquivalenten spanischen Ausbildungsabschlüssen gebildet und anschließend in die beiden Kategorien „mit Ausbildungsabschluss“ und „ohne Ausbildungsabschluss“ unterteilt. In einem ersten Durchgang der Berechnungen der Varianzanalysen wurde der Faktor Geschlecht und im zweiten Durchgang der Faktor Akkulturationsstil als zweiter Faktor einbezogen.

Unter Gewährleistung der Varianzhomogenität (s. Anhang C: Tabelle C-16) ergeben sich im ersten varianzanalytischen Durchgang in Tabelle 39 verschiedene Interaktionseffekte zwischen dem Ausbildungsabschluss und dem Geschlecht: ein signifikanter Interaktionseffekt auf der Skala *Ängstlich-depressiv* mit $F_{(1,93)} = 4.457$ und $p \leq .05$ sowie mehrere tendenzielle Interaktionseffekte auf den Skalen *Angstfrei-entspannt* mit $F_{(1,93)} = 3.875$, *Ängstlich-erregt* mit $F_{(1,93)} = 3.094$, *Elativ* mit $F_{(1,93)} = 3.739$ und *Positive Stimmung* mit $F_{(1,93)} = 3.512$, bei jeweils $p \leq .10$.

Auf den Skalen des *Giessener Beschwerdebogens (GBB-24)*, Brähler & Scheer, 1995) sind keine signifikanten Effekte des Ausbildungsstatus und des Geschlechts zu verzeichnen (s. Tab. 40). Auf der *Leipziger Kurzsкала (SOC-L9)*, Schumacher et al., 2000a) gibt es in Tabelle 41 einen weiteren tendenziellen Interaktionseffekt mit $F_{(1,93)} = 3.855$, bei $p \leq .10$. η^2 als Maß für den Anteil aufgeklärter Gesamtvarianz durch die signifikanten Interaktionen in Tabelle 39 und Tabelle 41 ist eher gering mit einem Wertebereich von $\eta^2 = .03$ bis $.05$.

Tab. 39: Ergebnisse der Varianzanalysen: Einfluss von Ausbildungsabschluss und Geschlecht auf das emotionale Befinden (n=98)

Skala des EMO	Faktor	F-Wert	df _{Zähler}	df _{Nenner}	η^2	p
Ängstlich-depressiv	Ausbildungsabschluss	2.228	1	93	.02	.139
	Geschlecht	0.032	1	93	.00	.859
	Ausb.ab. x Geschlecht	4.457	1	93	.05	.037
Angstfrei-entspannt	Ausbildungsabschluss	1.836	1	93	.02	.179
	Geschlecht	0.764	1	93	.01	.384
	Ausb.ab. x Geschlecht	3.875	1	93	.04	.052
Erschöpft	Ausbildungsabschluss	1.063	1	93	.01	.305
	Geschlecht	0.007	1	93	.00	.933
	Ausb.ab. x Geschlecht	0.093	1	93	.00	.761
Vital-aktiv	Ausbildungsabschluss	0.232	1	93	.00	.631
	Geschlecht	0.234	1	93	.00	.630
	Ausb.ab. x Geschlecht	1.452	1	93	.02	.231
Ängstlich-erregt	Ausbildungsabschluss	0.453	1	93	.01	.503
	Geschlecht	0.829	1	93	.01	.365
	Ausb.ab. x Geschlecht	3.094	1	93	.03	.082
Elativ	Ausbildungsabschluss	0.150	1	93	.00	.700
	Geschlecht	0.041	1	93	.00	.839
	Ausb.ab. x Geschlecht	3.739	1	93	.04	.056
Negative Stimmung	Ausbildungsabschluss	1.467	1	93	.02	.229
	Geschlecht	0.192	1	93	.00	.662
	Ausb.ab. x Geschlecht	2.451	1	93	.03	.121
Positive Stimmung	Ausbildungsabschluss	0.044	1	93	.00	.834
	Geschlecht	0.191	1	93	.00	.663
	Ausb.ab. x Geschlecht	3.512	1	93	.04	.064

Anmerkungen. EMO (Emotionalitätsinventar, Bartram & Rogner, 2003); n: Anzahl der Spanier; F-Wert: empirischer Wert, der an der F-Verteilung getestet wird; df: Freiheitsgrade im Zähler und Nenner; p: Irrtumswahrscheinlichkeit mit $p \leq .001$ äußerst signifikant, $p \leq .01$ sehr signifikant, $p \leq .05$ signifikant, $p \leq .10$ marginale Signifikanz (Trend); η^2 : Partial-Effektstärke.

Tab. 40: Ergebnisse der Varianzanalysen: Einfluss von Ausbildungsabschluss und Geschlecht auf das körperliche Befinden (n=98)

Skala des GBB-24	Faktor	F-Wert	df _{Zähler}	df _{Nenner}	η^2	p
Erschöpfung	Ausbildungsabschluss	0.586	1	93	.01	.446
	Geschlecht	0.772	1	93	.01	.382
	Ausb.ab. x Geschlecht	1.283	1	93	.01	.260
Gliederschmerzen	Ausbildungsabschluss	0.704	1	93	.01	.404
	Geschlecht	2.192	1	93	.02	.142
	Ausb.ab. x Geschlecht	0.174	1	93	.00	.678
Magenbeschwerden	Ausbildungsabschluss	0.085	1	93	.00	.772
	Geschlecht	0.160	1	93	.00	.690
	Ausb.ab. x Geschlecht	0.349	1	93	.00	.556
Herzbeschwerden	Ausbildungsabschluss	0.230	1	93	.00	.633
	Geschlecht	0.630	1	93	.01	.429
	Ausb.ab. x Geschlecht	0.193	1	93	.00	.661
Beschwerdedruck	Ausbildungsabschluss	0.527	1	93	.01	.470
	Geschlecht	1.171	1	93	.01	.282
	Ausb.ab. x Geschlecht	0.592	1	93	.01	.444

Anmerkungen. GBB-24 (Giessener Beschwerdebogen, Brähler & Scheer, 1995); n: Anzahl der Spanier; F-Wert: empirischer Wert, der an der F-Verteilung getestet wird; df: Freiheitsgrade im Zähler und Nenner; p: Irrtumswahrscheinlichkeit mit $p \leq .001$ äußerst signifikant, $p \leq .01$ sehr signifikant, $p \leq .05$ signifikant, $p \leq .10$ marginale Signifikanz (Trend); η^2 : Partial-Effektstärke.

Tab. 41: Ergebnisse der Varianzanalysen: Einfluss von Ausbildungsabschluss und Geschlecht auf den Kohärenzsinn (n=98)

Skala des SOC-L9	Faktor	F-Wert	df _{Zähler}	df _{Nenner}	η^2	p
Kohärenzsinn	Ausbildungsabschluss	1.652	1	93	.02	.202
	Geschlecht	0.209	1	93	.00	.649
	Ausb.ab. x Geschlecht	3.855	1	93	.04	.053

Anmerkungen. SOC-L9 (Leipziger Kurzsкала, Schumacher et al., 2000a); n: Anzahl der Spanier; F-Wert: empirischer Wert, der an der F-Verteilung getestet wird; df: Freiheitsgrade im Zähler und Nenner; p: Irrtumswahrscheinlichkeit mit $p \leq .001$ äußerst signifikant, $p \leq .01$ sehr signifikant, $p \leq .05$ signifikant, $p \leq .10$ marginale Signifikanz (Trend); η^2 : Partial-Effektstärke

Im zweiten Durchgang der Varianzanalysen mit den Faktoren Ausbildungsabschluss und Akkulturationsstil erwies sich die Varianzhomogenität in den *Levene-Tests* bei den *GBB-24*-Skalen *Magenbeschwerden* ($p = .060$), *Herzbeschwerden* ($p = .069$) und *Beschwerdedruck* ($p = .083$) als nicht gesichert (vgl. Anhang C: Tab. C-17). Tabelle 42, Tabelle 43 und Tabelle 44 stellen die Ergebnisse der Varianzanalysen dar:

Tab. 42: Ergebnisse der Varianzanalysen: Einfluss von Ausbildungsabschluss und Akkulturationsstil auf das emotionale Befinden ($n=98$)

Skala des EMO	Faktor	F-Wert	df _{Zähler}	df _{Nenner}	η^2	p
Ängstlich-depressiv	Ausbildungsabschluss	4.492	1	89	.05	.037
	Akkulturationsstil	3.064	3	89	.09	.032
	Ausb.ab. x Akkult.stil	0.967	3	89	.03	.412
Angstfrei-entspannt	Ausbildungsabschluss	0.434	1	89	.01	.512
	Akkulturationsstil	1.421	3	89	.05	.242
	Ausb.ab. x Akkult.stil	0.573	3	89	.02	.634
Erschöpft	Ausbildungsabschluss	2.614	1	89	.03	.109
	Akkulturationsstil	0.826	3	89	.03	.483
	Ausb.ab. x Akkult.stil	0.677	3	89	.02	.568
Vital-aktiv	Ausbildungsabschluss	0.860	1	89	.01	.356
	Akkulturationsstil	1.342	3	89	.04	.266
	Ausb.ab. x Akkult.stil	0.289	3	89	.01	.833
Ängstlich-erregt	Ausbildungsabschluss	1.622	1	89	.02	.206
	Akkulturationsstil	1.599	3	89	.05	.195
	Ausb.ab. x Akkult.stil	0.969	3	89	.03	.411
Elativ	Ausbildungsabschluss	1.069	1	89	.01	.304
	Akkulturationsstil	2.639	3	89	.08	.054
	Ausb.ab. x Akkult.stil	0.576	3	89	.02	.632
Negative Stimmung	Ausbildungsabschluss	3.640	1	89	.04	.060
	Akkulturationsstil	2.071	3	89	.07	.110
	Ausb.ab. x Akkult.stil	0.904	3	89	.03	.442
Positive Stimmung	Ausbildungsabschluss	0.192	1	89	.00	.662
	Akkulturationsstil	2.051	3	89	.07	.112
	Ausb.ab. x Akkult.stil	0.518	3	89	.02	.671

Anmerkungen. EMO (Emotionalitätsinventar, Bartram & Rogner, 2003); n: Anzahl der Spanier, F-Wert: empirischer Wert, der an der F-Verteilung getestet wird; df: Freiheitsgrade im Zähler und Nenner; p: Irrtumswahrscheinlichkeit mit $p \leq .001$ äußerst signifikant, $p \leq .01$ sehr signifikant, $p \leq .05$ signifikant, $p \leq .10$ marginale Signifikanz (Trend); η^2 : Partial-Effektstärke.

Tab. 43: Ergebnisse der Varianzanalysen: Einfluss von Ausbildungsabschluss und Akkulturationsstil auf das körperliche Befinden (n=98)

Skala des GBB	Faktor	F-Wert	df _{Zähler}	df _{Nenner}	η^2	p
Erschöpfung	Ausbildungsabschluss	1.179	1	89	.01	.280
	Akkulturationsstil	0.342	3	89	.01	.795
	Ausb.ab. x Akkult.stil	1.035	3	89	.03	.381
Gliederschmerzen	Ausbildungsabschluss	1.312	1	89	.02	.255
	Akkulturationsstil	0.308	3	89	.01	.820
	Ausb.ab. x Akkult.stil	3.128	3	89	.10	.030
Magenbeschwerden*	Ausbildungsabschluss	0.092	1	89	.00	.762
	Akkulturationsstil	0.193	3	89	.01	.901
	Ausb.ab. x Akkult.stil	1.283	3	89	.04	.285
Herzbeschwerden*	Ausbildungsabschluss	0.368	1	89	.00	.546
	Akkulturationsstil	0.465	3	89	.02	.708
	Ausb.ab. x Akkult.stil	2.139	3	89	.07	.101
Beschwerdedruck*	Ausbildungsabschluss	0.949	1	89	.01	.333
	Akkulturationsstil	0.188	3	89	.01	.905
	Ausb.ab. x Akkult.stil	2.242	3	89	.07	.089

Anmerkungen. GBB-24 (Giessener Beschwerdebogen, Brähler & Scheer, 1995); n: Anzahl der Spanier; F-Wert: empirischer Wert, der an der F-Verteilung getestet wird; df: Freiheitsgrade im Zähler und Nenner; p: Irrtumswahrscheinlichkeit mit $p \leq .001$ äußerst signifikant, $p \leq .01$ sehr signifikant, $p \leq .05$ signifikant, $p \leq .10$ marginale Signifikanz (Trend); η^2 : Partial-Effektstärke; * Levene-Test signifikant, d.h. Varianzhomogenität nicht gegeben.

Tab. 44: Ergebnisse der Varianzanalysen: Einfluss von Ausbildungsabschluss und Akkulturationsstil auf den Kohärenzsinn (n=98)

Skala des SOC	Faktor	F-Wert	df _{Zähler}	df _{Nenner}	η^2	p
Kohärenzsinn	Ausbildungsabschluss	4.183	1	89	.05	.044
	Akkulturationsstil	4.447	3	89	.13	.006
	Ausb.ab. x Akkult.stil	1.397	3	89	.05	.249

Anmerkungen. SOC-L9 (Leipziger Kurzskala, Schumacher et al., 2000a); n: Anzahl der Spanier; F-Wert: empirischer Wert, der an der F-Verteilung getestet wird; df: Freiheitsgrade im Zähler und Nenner; p: Irrtumswahrscheinlichkeit mit $p \leq .001$ äußerst signifikant, $p \leq .01$ sehr signifikant, $p \leq .05$ signifikant, $p \leq .10$ marginale Signifikanz (Trend); η^2 : Partial-Effektstärke.

Es ergibt sich in Bezug auf das emotionale Befinden in Tabelle 42 auf der Skala *Ängstlich-depressiv* ein signifikanter Effekt für den Faktor Ausbildungsabschluss ($F_{(1,89)} = 4.492$ und $p \leq .05$) und ein signifikanter Effekt für den Faktor Akkulturationsstil ($F_{(1,89)} = 3.064$ und $p \leq .05$). Auf der Skala *Negative Stimmung* ergibt sich ein Trend für den Faktor Ausbildungsabschluss mit $F_{(1,89)} = 3.640$ und auf der Skala

Elativ für den Faktor Akkulturationsstil mit $F_{(1,89)} = 2.639$, mit jeweils $p \leq .10$. Für das körperliche Befinden erhält man in Tabelle 43 einen signifikanten Interaktionseffekt der Faktoren Ausbildungsabschluss und Akkulturationsstil auf der Skala *Gliederschmerzen* mit $F_{(3,89)} = 3.128$ und $p \leq .05$ sowie bei fehlender Homogenität der Fehlervarianzen auf der Skala *Beschwerdedruck* einen tendenziellen Interaktionseffekt mit $F_{(3,89)} = 2.242$ und $p \leq .10$. Für den Kohärenzsinn wird in Tabelle 44 der Faktor Ausbildungsabschluss mit $F_{(1,89)} = 4.183$ und $p \leq .05$ signifikant und der Faktor Akkulturationsstil mit $F_{(3,89)} = 4.447$ und $p \leq .01$ sehr signifikant. Für die genannten Skalen bedeutsamer Effekte ergibt sich insgesamt ein relativ geringer Wertebereich $\eta^2 = .04$ bis $.13$ (s. Tab. 42, Tab. 43 und Tab. 44).

Die signifikanten Effekte des Faktors Ausbildungsabschluss lassen sich anhand der Mittelwerte und Standardabweichungen in Tabelle 45 interpretieren:

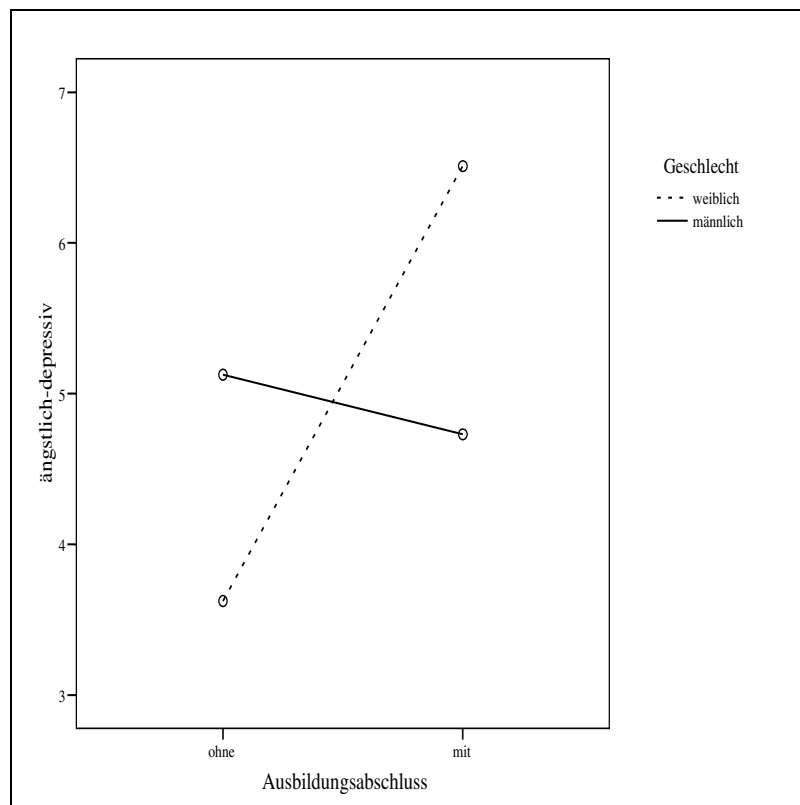
Tabelle 45: Mittelwerte und Standardabweichungen des emotionalen, des körperlichen Befindens und des Kohärenzsinns in Abhängigkeit vom Ausbildungsabschluss ($n=99$)

	Ausbildung			
	ohne Abschluss		mit Abschluss	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
<i>EMO:</i>				
Ängstlich- depressiv	4.49	3.34	5.63	3.97
Angstfrei-entspannt	10.56	3.34	11.37	3.46
Erschöpft	4.36	3.77	5.03	3.78
Vital-aktiv	12.97	3.07	12.38	3.27
Ängstlich-erregt	6.67	3.34	6.98	3.94
Elativ	12.87	3.05	12.55	3.28
Negative Stimmung	15.51	8.98	17.65	10.44
Positive Stimmung	36.41	8.34	36.30	9.38
<i>GBB-24:</i>				
Erschöpfung	4.79	3.11	5.32	4.89
Gliederschmerzen	6.85	4.10	6.72	4.63
Magenbeschwerden	2.74	2.45	2.75	3.30
Herzbeschwerden	1.87	2.26	1.90	3.26
Beschwerdedruck	16.26	9.99	16.68	14.22
<i>SOC-L9:</i>				
Kohärenzsinn	49.87	8.72	47.42	9.46

Anmerkungen. *EMO* (Emotionalitätsinventar, Bartram & Rogner, 2003); *GBB-24* (Giessener Beschwerdebogen, Brähler & Scheer, 1995); *SOC-L9* (Leipziger Kurzsкала, Schumacher et al., 2000a); *n*: Anzahl Spanier; *M*: Mittelwert; *SD*: Standardabweichung.

Spanier mit Ausbildungsabschluss sind in Tabelle 45 ängstlich-depressiver ($M_{mit\ Abschl.}^7 = 5.63$), negativ gestimmter ($M_{mit\ Abschl.} = 17.65$) und verfügen über einen geringeren Kohärenzsinn ($M_{mit\ Abschl.} = 47.42$) im Vergleich zu denen ohne Abschluss ($M_{ohne\ Abschl.}^8 = 4.49$, $M_{ohne\ Abschl.} = 15.51$ bzw. $M_{ohne\ Abschl.} = 49.87$).

Anhand der in Abbildung 19 und 20 dargestellten signifikanten Interaktionseffekte des Ausbildungsabschlusses mit dem Geschlecht aus dem ersten Durchgang der Varianzanalysen muss die Aussage in Bezug auf einen Effekt der Verschlechterung der Gesundheit bei vorhandenem Ausbildungsabschluss präzisiert werden:

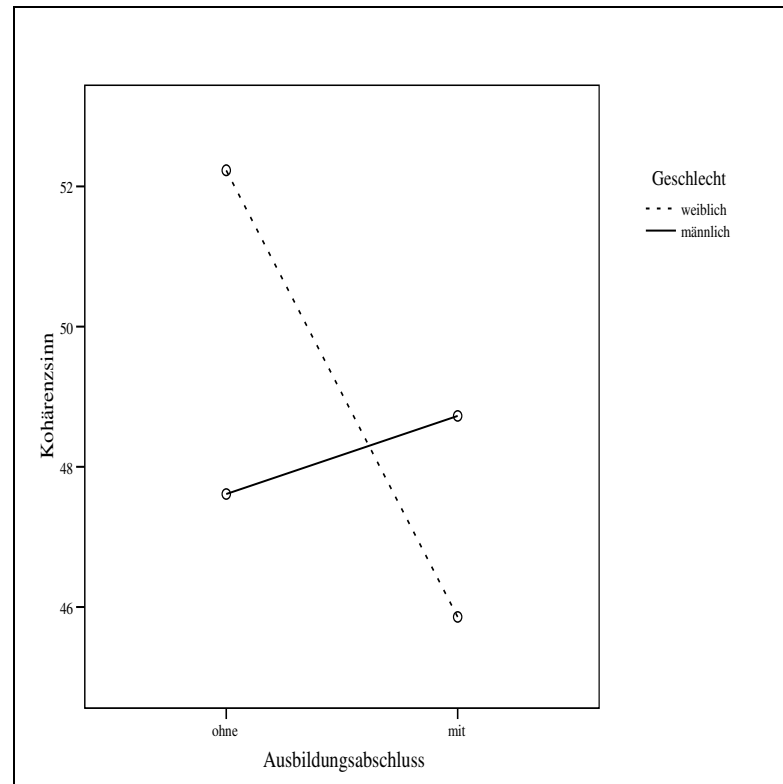


Anmerkung. Die Y-Achse gibt die Gruppenmittelwerte auf der EMO-Skala Ängstlich-depressiv an.

Abb. 19: Gruppenmittelwerte der EMO-Skala Ängstlich-depressiv (Bartram & Rogner, 2003) in Abhängigkeit von Ausbildungsabschluss und Geschlecht

⁷ $M_{mit\ Abschl.}$ = Mittelwert bei Spaniern mit Abschluss

⁸ $M_{ohne\ Abschl.}$ = Mittelwert bei Spaniern ohne Abschluss



Anmerkung. Die Y-Achse gibt die Gruppenmittelwerte auf der Skala SOC-L9 an.

Abb. 20: Gruppenmittelwerte der SOC-L9-Skala (Schumacher et al., 2000a) in Abhängigkeit von Ausbildungsabschluss und Geschlecht

Es wird in Abbildung 19 und in Abbildung 20 exemplarisch anhand des Interaktionseffektes auf der *EMO*-Skala *Ängstlich-depressiv* und der *SOC-L9*-Skala für den Kohärenzsinn deutlich, dass die Annahme eines die Gesundheit verringernden Effektes bei vorhandenem Ausbildungsabschluss nur für spanische Frauen gilt. Bei spanischen Männern wirkt sich demgegenüber das Vorhandensein eines Ausbildungsabschlusses gesundheitsfördernd aus, d. h. sie sind mit Ausbildungsabschluss weniger ängstlich-depressiv und verfügen über einen höheren Kohärenzsinn als ohne Abschluss.

Zusammenfassend konnten in diesem Abschnitt Effekte des Ausbildungsabschlusses in den Varianzanalysen unter Einbezug des Faktors Akkulturationsstil gezeigt werden. Es ist hervorzuheben, dass Spanierinnen bei vorhandenem Ausbildungsabschluss ängstlich-depressiver und negativ gestimmter sind und über einen geringeren Kohärenzsinn als ohne Ausbildungsabschluss verfügen. Bei spanischen Männern führt ein vorhandener Ausbildungsabschluss, wie in Fragestellung 4 und 5 erwartet, zu gesundheitsfördernden Effekten.

5.6.7 Berufstätigkeit

Zur Überprüfung des Einflussfaktors Berufstätigkeit wurde in diesem Abschnitt analog zum vorangegangenen Abschnitt in den zweifaktoriellen Varianzanalysen im ersten Durchgang jeweils als zweiter Faktor das Geschlecht und im zweiten Durchgang der Akkulturationsstil untersucht. Zuvor wurde aufgrund unzureichender Häufigkeiten der einzelnen Berufsgruppen in Kreuztabellen und Boxplots (s. Anhang C: Tab. C-18 und Abb. C-6) eine neue Variable für den Faktor Berufstätigkeit gebildet: Die Berufsgruppen „Erwerbslose“ und „Andere“ wurden aufgrund der geringen Häufigkeiten mit $n = 6$ bzw. $n = 1$ eliminiert; die Gruppen „mithelfende Familienangehörige“ und „Hausfrau/ Hausmann“ wurden aufgrund fehlender männlicher Probanden sowie die Gruppe „(Fach-) Arbeiter“ aufgrund fehlender weiblicher Probanden ausgeschlossen; die Kategorien „Angestellte“ und „Beamte“ wurden aufgrund geringer Fallzahlen der „Beamten“ mit $n = 6$ zusammengefasst. Eine neue Variable für den Faktor Berufstätigkeit umfasste die Faktorstufen „In Ausbildung“, „Rentner“, „Selbständig/ freiberuflich tätig“ und „Beamter/ Angestellter“.

Tabelle 46 ergibt im ersten Durchgang der Varianzanalyse mit den Faktoren Berufstätigkeit und Geschlecht unter Annahme der Varianzhomogenität zwei Trends in Bezug auf das emotionale Befinden bei Spaniern (vgl. Anhang C: Tab. C-19): Die Berufstätigkeit hat tendenziell mit $p \leq .10$ und $F_{(3,60)} = 2.238$ einen Einfluss auf die Mittelwertsunterschiede auf der Skala *Ängstlich-depressiv* und mit $F_{(3,60)} = 2.318$ auf die Mittelwertsunterschiede der Skala *Ängstlich-erregt* des *EMO* (Bartram & Rogner, 2003).

Tab. 46: Ergebnisse der Varianzanalysen: Einfluss von Berufstätigkeit und Geschlecht auf das emotionale Befinden (n=69)

Skala des EMO	Faktor	F-Wert	df _{Zähler}	df _{Nenner}	η^2	p
Ängstlich-depressiv	Berufstätigkeit	2.238	3	60	.10	.093
	Geschlecht	1.390	1	60	.02	.243
	Beruf. x Geschlecht	1.036	3	60	.05	.383
Angstfrei-entspannt	Berufstätigkeit	1.082	3	60	.05	.364
	Geschlecht	0.913	1	60	.02	.343
	Beruf. x Geschlecht	0.256	3	60	.01	.857
Erschöpft	Berufstätigkeit	0.917	3	60	.04	.438
	Geschlecht	0.035	1	60	.00	.853
	Beruf. x Geschlecht	0.554	3	60	.03	.648
Vital-aktiv	Berufstätigkeit	1.021	3	60	.05	.390
	Geschlecht	0.103	1	60	.00	.749
	Beruf. x Geschlecht	1.134	3	60	.05	.343
Ängstlich-erregt	Berufstätigkeit	2.318	3	60	.10	.084
	Geschlecht	2.268	1	60	.04	.137
	Beruf. x Geschlecht	1.264	3	60	.06	.295
Elativ*	Berufstätigkeit	0.382	3	60	.02	.766
	Geschlecht	0.005	1	60	.00	.942
	Beruf. x Geschlecht	0.509	3	60	.03	.678
Negative Stimmung	Berufstätigkeit	2.061	3	60	.09	.115
	Geschlecht	1.222	1	60	.02	.273
	Beruf. x Geschlecht	0.994	3	60	.05	.402
Positive Stimmung	Berufstätigkeit	0.771	3	60	.04	.515
	Geschlecht	0.048	1	60	.00	.828
	Beruf. x Geschlecht	0.534	3	60	.03	.661

Anmerkungen. EMO (Emotionalitätsinventar, Bartram & Rogner, 2003); n: Anzahl der Spanier; F-Wert: empirischer Wert, der an der F-Verteilung getestet wird; df: Freiheitsgrade im Zähler und Nenner; p: Irrtumswahrscheinlichkeit mit $p \leq .001$ äußerst signifikant, $p \leq .01$ sehr signifikant, $p \leq .05$ signifikant, $p \leq .10$ marginale Signifikanz (Trend); η^2 : Partial-Effektstärke; * Levene-Test signifikant, d.h. Varianzhomogenität nicht gegeben.

Mit Bezug auf das körperliche Befinden ergeben sich zwar keine signifikanten Effekte der Berufstätigkeit, allerdings sind unter Annahme der Varianzhomogenität auf allen Skalen des GBB-24 (Brähler & Scheer, 1995) signifikante Geschlechtseffekte bzw. Trends in Tabelle 47 zu verzeichnen: Auf den Skalen *Erschöpfung* mit $F_{(1,60)} = 5.887$, *Gliederschmerzen* mit $F_{(1,60)} = 4.769$, *Herzbeschwerden* mit $F_{(1,60)} = 4.191$ und

Beschwerdedruck mit $F_{(1,60)}=6.789$, mit jeweils $p \leq .05$, sowie auf der Skala *Magenbeschwerden* mit $F_{(1,60)}=3.051$ und $p \leq .10$, so dass die in Abschnitt 5.6.4 beschriebenen Geschlechtseffekte um weitere Effekte ergänzt werden können.

Auf der *Leipziger Kurzsкала (SOC-L9, Schumacher et. al, 2000a)* ergibt sich in Tabelle 48 ein signifikanter Effekt der Berufstätigkeit mit $F_{(3,60)}=2.985$ und $p \leq .05$ sowie ein tendenzieller Interaktionseffekt der Berufstätigkeit mit dem Geschlecht mit $F_{(3,60)}=2.479$ und $p \leq .10$. Insgesamt ist der Anteil aufgeklärter Varianz durch die signifikant gewordenen Faktoren in Tabelle 46, Tabelle 47 und Tabelle 48 mit einem Wertebereich von $\eta^2 = .05$ bis $.13$ als eher gering einzuschätzen.

Tab. 47: Ergebnisse der Varianzanalysen: Einfluss von Berufstätigkeit und Geschlecht auf das körperliche Befinden ($n=69$)

Skala des GBB-24	Faktor	F-Wert	df _{Zähler}	df _{Nenner}	η^2	p
Erschöpfung	Berufstätigkeit	1.393	3	60	.07	.254
	Geschlecht	5.887	1	60	.09	.018
	Beruf. x Geschlecht	1.186	3	60	.06	.323
Gliederschmerzen	Berufstätigkeit	0.822	3	60	.04	.487
	Geschlecht	4.769	1	60	.07	.033
	Beruf. x Geschlecht	0.147	3	60	.01	.931
Magenbeschwerden	Berufstätigkeit	0.692	3	60	.03	.560
	Geschlecht	3.051	1	60	.05	.086
	Beruf. x Geschlecht	0.884	3	60	.04	.454
Herzbeschwerden	Berufstätigkeit	0.777	3	60	.04	.511
	Geschlecht	4.191	1	60	.07	.045
	Beruf. x Geschlecht	0.524	3	60	.03	.667
Beschwerdedruck	Berufstätigkeit	0.920	3	60	.04	.437
	Geschlecht	6.789	1	60	.10	.012
	Beruf. x Geschlecht	0.497	3	60	.02	.686

Anmerkungen. GBB-24 (Giessener Beschwerdebogen, Brähler & Scheer, 1995); n: Anzahl der Spanier; F-Wert: empirischer Wert, der an der F-Verteilung getestet wird; df: Freiheitsgrade im Zähler und Nenner; p: Irrtumswahrscheinlichkeit mit $p \leq .001$ äußerst signifikant, $p \leq .01$ sehr signifikant, $p \leq .05$ signifikant, $p \leq .10$ marginale Signifikanz (Trend); η^2 : Partial-Effektstärke.

Tab. 48: Ergebnisse der Varianzanalysen: Einfluss von Berufstätigkeit und Geschlecht auf den Kohärenzsinn (n=69)

Skala des SOC-L9	Faktor	F-Wert	df _{Zähler}	df _{Nenner}	η^2	p
Kohärenzsinn	Berufstätigkeit	2.985	3	60	.13	.038
	Geschlecht	0.521	1	60	.01	.473
	Beruf. x Geschlecht	2.479	3	60	.11	.070

Anmerkungen. SOC-L9 (Leipziger Kurzskala, Schumacher et al., 2000a); n: Anzahl der Spanier; F-Wert: empirischer Wert, der an der F-Verteilung getestet wird; df: Freiheitsgrade im Zähler und Nenner; p: Irrtumswahrscheinlichkeit mit $p \leq .001$ äußerst signifikant, $p \leq .01$ sehr signifikant, $p \leq .05$ signifikant, $p \leq .10$ marginale Signifikanz (Trend); η^2 : Partial-Effektstärke.

Im zweiten varianzanalytischen Durchgang mit den Faktoren Berufstätigkeit und Akkulturationsstil ergibt sich aufgrund überwiegend fehlender Varianzhomogenität auf den getesteten Skalen lediglich ein tendenzieller Interaktionseffekt zwischen der ausgeübten Berufstätigkeit und dem eingesetzten Akkulturationsstil auf der *GBB*-Skala *Gliederschmerzen* mit $F(9,52) = 1.965$ und $p \leq .10$ (vgl. Anhang C: Tab. C-20, C-21 und C-22). Hierbei ist $\eta^2 = .25$ als zufriedenstellend zu bewerten.

Bei Interpretation der Mittelwerte in Tabelle 49 auf den Skalen signifikanter Effekte des Faktors Berufstätigkeit ergeben sich unter Einbezug der Post-Hoc-Tests in Tabelle 50 folgende signifikante Mittelwertsunterschiede: Insgesamt zeigen sich verbeamtete/ angestellte Spanier mit $M_{Verb./Ang.}^9 = 14.67$ im Vergleich zu selbständig tätigen Spaniern mit $M_{Selbst.}^{10} = 20.67$ tendenziell weniger negativ gestimmt und weisen mit $M_{Verb./Ang.} = 6.30$ weniger Gliederschmerzen im Vergleich zu selbständigen mit $M_{Selbst.} = 8.58$ auf. Einen Vorteil bezogen auf die Gesundheit weisen sie auch im Vergleich zu Rentnern auf. Angestellte/ verbeamtete Spanier zeigen sich mit $M_{Verb./Ang.} = 5.91$ tendenziell weniger ängstlich-erregt im Vergleich zu Rentnern mit $M_{Rent.}^{11} = 8.00$ und haben mit $M_{Verb./Ang.} = 1.45$ weniger Herzbeschwerden im Vergleich zu spanischen Rentnern mit $M_{Rent.} = 2.81$.

Mit Bezug auf den Kohärenzsinn zeigen verbeamtete/ angestellte Spanier mit $M_{Verb./Ang.} = 50.73$ einen signifikant höheren Kohärenzsinn im Vergleich zu den anderen drei Berufsgruppen, als selbständig tätige Spanier mit $M_{Selbst.} = 45.42$, spanische Rentner

⁹ $M_{Verb./Ang.}$ = Mittelwert der verbeamteten bzw. angestellten Spanier

¹⁰ $M_{Selbst.}$ = Mittelwert der selbständig tätigen Spanier

¹¹ $M_{Rent.}$ = Mittelwert der spanischen Rentner

mit $M_{Rent.} = 44.88$ und sich in Ausbildung befindende Spanier mit $M_{Ausb.}^{12} = 44.00$. Die signifikanten Mittelwertsunterschiede der Skala *Ängstlich-depressiv* in den Varianzanalysen können in den Post-Hoc-Tests nicht bestätigt und somit die Rangfolge der Mittelwerte in Tabelle 49 auf dieser Skala nicht signifikant im Hinblick auf die Gesundheit interpretiert werden.

Tab. 49: Mittelwerte und Standardabweichungen des emotionalen, des körperlichen Befindens und des Kohärenzsinns in Abhängigkeit von der Berufstätigkeit (n=70)

	Berufstätigkeit							
	In Ausbildung		Selbstdg./freiberufl.		Beamter/ Angestellter		Rentner	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
<i>EMO:</i>								
Ängstlich-depressiv	6.33	3.12	6.50	3.48	4.48	3.80	6.13	4.10
Angstfrei-entspannt	10.78	3.49	10.17	3.61	11.64	2.66	11.50	3.39
Erschöpft	4.78	2.95	6.33	3.70	4.27	3.74	4.81	3.89
Vital-aktiv	11.89	2.80	12.42	2.27	13.03	2.84	12.63	3.69
Ängstlich-erregt	7.44	3.75	7.83	4.30	5.91	3.99	8.00	3.27
Elativ	13.22	1.56	12.42	2.35	13.15	2.74	12.38	4.03
Negative Stimmung	18.56	7.38	20.67	10.65	14.67	9.98	18.94	9.87
Positive Stimmung	35.89	6.74	35.00	7.90	37.82	7.60	36.50	10.39
<i>GBB:</i>								
Erschöpfung	4.44	4.48	6.33	3.75	4.58	3.72	4.63	2.78
Gliederschmerzen	5.78	5.04	8.58	3.73	6.30	3.70	7.88	4.27
Magenbeschwerden	1.67	2.18	3.08	2.78	2.24	2.97	2.81	2.37
Herzbeschwerden	2.11	2.52	1.83	2.21	1.45	2.73	2.81	2.17
Beschwerdedruck	14.00	10.70	19.83	10.12	14.58	11.46	18.13	9.16
<i>SOC:</i>								
Kohärenzsinn	44.00	9.38	45.42	8.95	50.73	8.49	44.88	8.28

Anmerkungen. n: Anzahl Spanier; M: Mittelwert; SD: Standardabweichung.

¹² $M_{Ausb.}$ = Mittelwert der sich in Ausbildung befindenden Spanier

Tab. 50: Post-Hoc-Tests nach LSD: Signifikante Mittelwertsdifferenzen der Berufstätigkeit auf den EMO-, GBB- und SOC-Skalen (n=70)

Skala	Signifikanter Mittelwertsunterschied: $M_1 > M_2$	$M_1 - M_2$	p
<i>EMO-Skala</i>			
Ängstlich-erregt	Rentner > Beamter/Angestellter	2.09	.073
Negative Stimmung	Selbständg. tätig > Beamter/Angestellter	6.00	.070
<i>GBB-Skala</i>			
Gliederschmerzen	Selbständg. tätig > Beamter/Angestellter	2.28	.095
Herzbeschwerden	Rentner > Beamter/Angestellter	1.36	.076
<i>SOC-Skala</i>			
Kohärenzsinn	Beamter/Angestellter > In Ausbildung	6.73	.037
	Beamter/Angestellter > Selbständg. tätig	5.31	.066
	Beamter/Angestellter > Rentner	5.85	.026

Anmerkungen. n: Anzahl Spanier; M_1-M_2 : mittlere Differenz, Schätzung der Mittelwerte; p: Irrtumswahrscheinlichkeit mit $p \leq .001$ äußerst signifikant, $p \leq .01$ sehr signifikant, $p \leq .05$ signifikant, $p \leq .10$ marginale Signifikanz (Trend).

Zusammenfassend wurden in diesem Abschnitt unter Einbezug des Faktors Geschlecht Vorteile für die Gesundheit der verbeamteten/ angestellten Spanier im Vergleich zu den anderen drei Berufsgruppen nachgewiesen: Verbeamtete/ angestellte Spanier zeigen sich weniger negativ gestimmt und haben weniger Gliederschmerzen als selbständig tätige Spanier. Außerdem zeigen sie sich weniger ängstlich-erregt und haben weniger Herzbeschwerden als verrentete Spanier. Mit Bezug auf den Kohärenzsinn sind sie nicht nur gegenüber verrenteten oder selbständig tätigen Spaniern im Vorteil, sondern auch gegenüber den sich in Ausbildung befindenden Spaniern. Damit werden die in Fragestellung 4 und 5 formulierten Erwartungen von Vorteilen für die Gesundheit von verbeamteten/ angestellten Spaniern mit einem hohen Beschäftigungsniveau im Vergleich zu den anderen drei Berufsgruppen bestätigt (vgl. Abschn. 4.2: Abb. 11).

5.7 Einflussfaktoren der Akkulturationsstile

In den folgenden Abschnitten 5.7.1 bis 5.7.6 werden die in Fragestellung 6 erwarteten Zusammenhänge der Akkulturationsstile mit den soziodemographischen Variablen geprüft. Da die Akkulturationsstile auf Nominalskalenniveau ermittelt wurden, dienen χ^2 -Tests mit Kreuztabellen als Testverfahren. Signifikante χ^2 -Testwerte werden anhand der *korrigierten, standardisierten Residuen* interpretiert: Die korrigierten, standardisierten Residuen werden auf der Grundlage ihrer Standardnormalverteilung als z-Werte interpretiert. Z-Werte, die in einem Wertebereich von > 1.95 und < -1.95 liegen, gelten in der statistischen Praxis als signifikant, so dass die zugehörigen korrigierten, standardisierten Residuen bei der Beschreibung der Ergebnisse in den folgenden Abschnitten ebenfalls als signifikant interpretiert werden. Es kann mit Hilfe der korrigierten, standardisierten Residuen die Aussage getroffen werden, dass sich die beobachteten Häufigkeiten von den erwarteten Häufigkeiten zweier Variablen signifikant unterscheiden.

5.7.1 Generationsstatus

In diesem Abschnitt wird der Zusammenhang der Akkulturationsstile mit der soziodemographischen Variablen Generationsstatus überprüft, wobei die Voraussetzungen zur Durchführung eines χ^2 -Tests mit der kleinsten erwarteten Häufigkeit $7.71 > 5$ gegeben sind. Es ergibt sich anhand der Teststatistik nach Pearson mit $\chi^2 (3, n = 106) = 14.616$ und $p \leq .01$ für den Generationsstatus einen sehr signifikanten Zusammenhang mit den Akkulturationsstilen (s. Tab. 51 und Abb. 21).

Tab. 51: χ^2 -Test-Ergebnisse: Zusammenhang der Akkulturationsstile mit dem Generationsstatus ($n=106$)

			AKKULTURATIONS- STIL				Gesamt
			Integration	Assimilation	Separation	Marginalisierung	
GENERATION	1. Generation	Beobacht. Häufigk.	10	13	25	15	63
		Erwartete Häufigk.	11.3	20.8	18.4	12.5	63.0
		Relative Häufigk.	16%	21%	40%	24%	100%
		Korr., stand. Residuen	-.7	-3.3	2.9	1.3	
	ab der 2. Generation	Beobacht. Häufigk.	9	22	6	6	43
		Erwartete Häufigk.	7.7	14.2	12.6	8.5	43.0
		Relative Häufigk.	21%	51%	14%	14%	100%
		Korr., stand. Residuen	.7	3.3	-2.9	-1.3	
Gesamt	Beobacht. Häufigk.	19	35	31	21	106	
	Erwartete Häufigk.	19.0	35.0	31.0	21.0	106.0	
	Relative Häufigk.	18%	33%	29%	20%	100%	
	Korr., stand. Residuen						

Anmerkungen. χ^2 nach Pearson ($3, n = 106$) = 14.616 mit $p = .002$. Die minimale erwartete Häufigkeit beträgt 7.71. Die Angabe relative Häufigkeit bezieht sich auf den prozentualen Anteil der beobachteten, zeilenweise aufsummierten Gesamthäufigkeit.

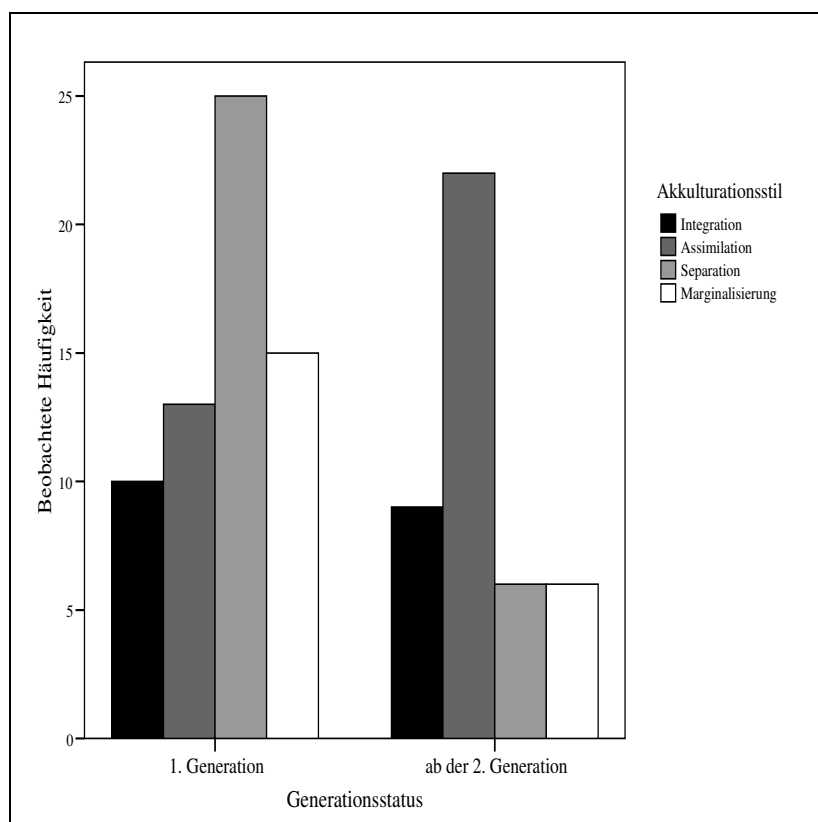


Abb. 21: Häufigkeit der Akkulturationsstile in Abhängigkeit vom Generationsstatus

In Tabelle 51 lassen sich die korrigierten, standardisierten Residuen $z = 2.9 > 1.95$ und $z = 3.3 > 1.95$ als signifikante Abweichungen der beobachteten von den erwarteten Häufigkeiten interpretieren: Spanier der ersten Generation haben mit 40 % eine Präferenz für die Separationsstrategie im Vergleich zu den anderen drei Akkulturationsstrategien, während Spanier ab der zweiten Generation mit 51 % eine Präferenz für die Assimilationsstrategie haben (vgl. Abb. 21). Die in Fragestellung 6 erwarteten Effekte des Generationsstatus werden anhand signifikanter Abweichungen der beobachteten von den erwarteten Häufigkeiten in Bezug auf die Separations- und die Assimilationsstrategie bestätigt.

5.7.2 Aufenthaltsdauer

In diesem Abschnitt wird mit einem χ^2 -Test der Zusammenhang der Akkulturationsstile mit der Aufenthaltsdauer geprüft. Dazu wird die metrisch skalierte Aufenthaltsdauer in eine fünfstufige nominalskalierte Variable mit 10-Jahresabschnitten transformiert. Außerdem werden aufgrund der Gefahr einer Variablenkonfundierung mit dem Generationsstatus nur Fälle der ersten Generation ($n = 63$) ausgewählt. Die Voraussetzungen für die Durchführung des χ^2 -Tests sind mit 16 Zellen (80 %), die eine erwartete Häufigkeit < 5 haben, nicht gegeben (s. Tab. 52).

Zudem ergibt das χ^2 -Testweltergebnis in Tabelle 52 keinen Hinweis auf einen in Fragestellung 6 vermuteten Zusammenhang der Akkulturationsstile mit der Aufenthaltsdauer, allerdings liefert die Interpretation der korrigierten, standardisierten Residuen als z -Werte einige Anhaltspunkte für die Präferenz der kulturell angepassten Akkulturationsstrategien mit steigender Aufenthaltsdauer im Vergleich zu den kulturell nicht angepassten Strategien: Die befragten spanischen Probanden präferieren bei einer Aufenthaltsdauer bis zu 10 Jahren mit 50 % die Marginalisierungsstrategie ($z = 2.4 > 1.95$), bei einer Aufenthaltsdauer zwischen 20 bis 30 Jahren mit 57 % die Assimilationsstrategie ($z = 2.5 > 1.95$) und bei einer Aufenthaltsdauer zwischen 40 bis 50 Jahren mit 50 % die Integrationsstrategie ($z = 2.4 > 1.95$) im Vergleich zu den anderen drei Strategien (s. Tab. 52):

Tab. 52: χ^2 -Test-Ergebnisse: Zusammenhang der Akkulturationsstile mit der Aufenthaltsdauer (n=63)

		AKKULTURATIONSSTIL				Gesamt	
		Integration	Assimilation	Separation	Marginalisierung		
AUFENTHALTSDAUER IN JAHREN	0-10	Beobacht. Häufigk.	0	2	4	6	12
		Erwartete Häufigk.	1.9	2.5	4.8	2.9	12.0
		Relative Häufigkeit	0%	17%	33%	50%	100%
		Korr., stand. Residuen	-1.7	-.4	-.5	2.4	
	10,1-20	Beobacht. Häufigk.	1	2	2	0	5
		Erwartete Häufigk.	.8	1.0	2.0	1.2	5.0
		Relative Häufigkeit	20%	40%	40%	0%	100%
		Korr., stand. Residuen	.3	1.1	0.0	-1.3	
	20,1-30	Beobacht. Häufigk.	1	4	1	1	7
		Erwartete Häufigk.	1.1	1.4	2.8	1.7	7.0
		Relative Häufigkeit	14%	57%	14%	14%	100%
		Korr., stand. Residuen	-.1	2.5	-1.5	-.6	
	30,1-40	Beobacht. Häufigk.	5	4	16	8	33
		Erwartete Häufigk.	5.2	6.8	13.1	7.9	33.0
		Relative Häufigkeit	15%	12%	48%	24%	100%
		Korr., stand. Residuen	-.2	-1.8	1.5	.1	
	40,1-50	Beobacht. Häufigk.	3	1	2	0	6
		Erwartete Häufigk.	1.0	1.2	2.4	1.4	6.0
		Relative Häufigkeit	50%	17%	33%	0%	100%
		Korr., stand. Residuen	2.4	-.3	-.3	-1.4	
Gesamt	Beobacht. Häufigk.	10	13	25	15	63	
	Erwartete Häufigk.	10.0	13.0	25.0	15.0	63.0	
	Relative Häufigkeit	16%	21%	40%	24%	100%	
	Korr., stand. Residuen						

Anmerkungen. χ^2 nach Pearson (12, n = 63) = 21.420 mit p = .045; 16 Zellen (80 %) haben eine erwartete Häufigkeit < 5. Die minimale erwartete Häufigkeit beträgt 0.79. Die Angabe relative Häufigkeit bezieht sich auf den prozentualen Anteil der beobachteten, zeilenweise aufsummierten Gesamthäufigkeit.

Insgesamt wurden keine Hinweise im Hinblick auf die in Fragestellung 6 vermuteten Zusammenhänge der Aufenthaltsdauer mit den Akkulturationsstrategien gefunden.

5.7.3 Geschlecht

Geschlechtseffekte werden in den χ^2 -Tests anstelle mit den Akkulturationsstilen mit einer neuen zweistufigen Variablen, dem *Ausmaß kultureller Anpassung*, auf Zusammenhang getestet: Dazu werden zunächst die beiden Stile Assimilation und Integration zu der Kategorie „kulturell angepasst“ zusammengefasst und die beiden Stile Separation und Marginalisierung zu der Kategorie „kulturell nicht angepasst“.

Die Voraussetzung zur Durchführung eines χ^2 -Tests sind mit einem Mindestwert der erwarteten Häufigkeiten von $22.59 > 5$ sichergestellt (s. Tab. 53):

Tab. 53: χ^2 -Test-Ergebnisse: Zusammenhang der Akkulturationsstile mit dem Geschlecht (N=112)

			KULTURELLE ANPASSUNG		
			nicht angepasst	angepasst	Gesamt
GESCHLECHT	weiblich	Beobacht. Häufigkeiten	29	37	66
		Erwartete Häufigkeiten	33.6	32.4	66.0
		Relative Häufigkeiten	44%	56%	100%
		Korr., stand. Residuen	-1.8	1.8	
	männlich	Beobacht. Häufigkeiten	28	18	46
		Erwartete Häufigkeiten	23.4	22.6	46.0
		Relative Häufigkeiten	61%	39%	100%
		Korr., stand. Residuen	1.8	-1.8	
Gesamt		Beobacht. Häufigkeiten	57	55	112
		Erwartete Häufigkeiten	57.0	55.0	112.0
		Relative Häufigkeiten	51%	49%	100,0%
		Korr., stand. Residuen			

Anmerkungen. χ^2 nach Pearson (1, N=112)= 3.109 mit $p = .078$. Die minimale erwartete Häufigkeit beträgt 22.59. Die Angabe relative Häufigkeit bezieht sich auf den prozentualen Anteil der beobachteten, zeilenweise aufsummierten Gesamthäufigkeit.

Insgesamt ergibt sich in Tabelle 53 ein $\chi^2_{(1, N=112)} = 3.109$ mit $p \leq .10$, so dass der in Fragestellung 6 vermutete Zusammenhang des Geschlechts mit dem Ausmaß kultureller Anpassung tendenziell bestätigt wird. Die korrigierten, standardisierten Residuen sind nicht im Signifikanzbereich und können nicht als z-Werte interpretiert werden. Bei den deskriptiven relativen Häufigkeiten fällt auf, dass entgegen den Erwartungen die spanischen Frauen dieser Stichprobe mit 56 % überwiegend an die deutsche Kultur angepasst sind im Vergleich zu 44 % kulturell nicht-angepassten spanischen Frauen. Bei den spanischen Männern dreht sich dieser Trend um: 61 % sind kulturell nicht-angepasst im Vergleich zu 39 % kulturell angepassten spanischen Männern.

5.7.4 Alter

Zur Überprüfung des Zusammenhangs der Akkulturationsstile mit dem Alter wurde zunächst das metrisch skalierte Alter in Anlehnung an die Altersklassen von Brähler und Scheer (1995) in fünf Altersklassen gruppiert. Durch die Einteilung in fünf Altersklassen waren die Voraussetzungen für die Durchführung eines χ^2 -Tests nicht gegeben. Daher wird mit Hilfe von Abbildung 22 das Alter bestimmt, ab dem sich das Ausmaß *kultureller Anpassung* verändert (vgl. Abschn. 5.7.3: Definition der Variablen *kulturelle Anpassung*).

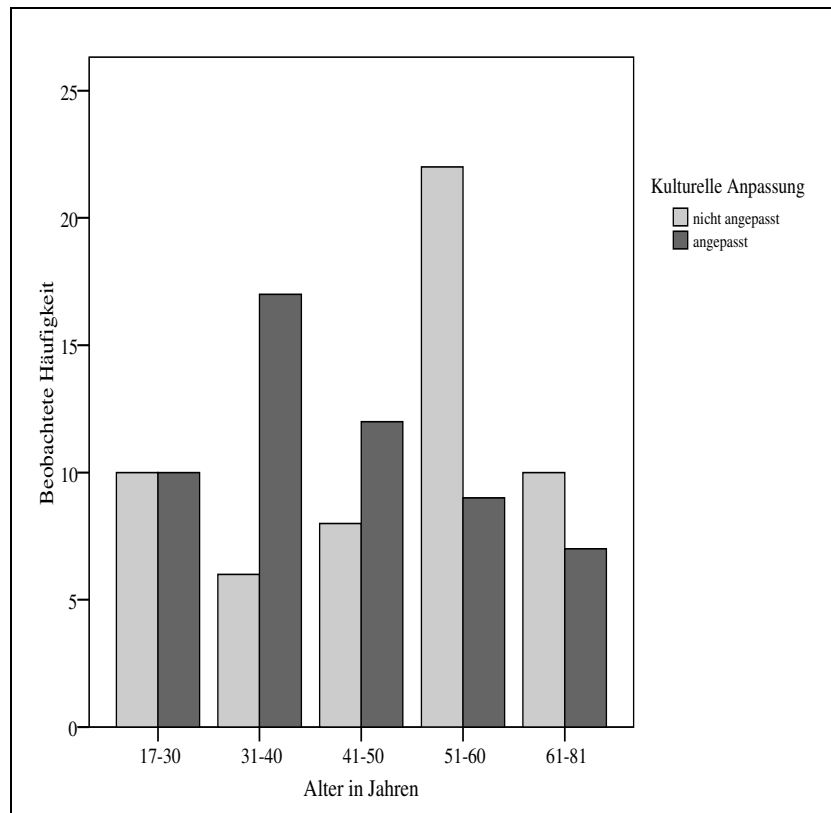


Abb. 22: Häufigkeit der Akkulturationsstile bei den einzelnen Altersgruppen in Anlehnung an Brähler und Scheer (1995)

Es fällt auf, dass Spanier ab einem Alter von 51 Jahren sich zunehmend kulturell nicht-angepasst verhalten, d. h. vermehrt die Separations- und Marginalisierungsstrategie einsetzen, im Vergleich zur Altersgruppe der 50 Jahre alten oder jüngeren Spanier, die sich durch die Assimilations- und Integrationsstrategie kulturell angepasst verhalten.

Zur Durchführung des χ^2 -Tests der Akkulturationsstile mit dem Alter wird daher eine neue Variable mit den beiden Altersgruppen *17 bis 50 Jahre* und *51 bis 81 Jahre* gebildet (s. Tab. 54):

Tab. 54: χ^2 -Test-Ergebnisse: Zusammenhang der Akkulturationsstile mit dem Alter (N=112)

		AKKULTURATIONSSTIL				Gesamt	
		Integration	Assimilation	Separation	Marginalisierung		
ALTER	17-50 J.	Beobacht. Häufigk.	10	29	11	13	63
		Erwartete Häufigk.	11.3	19.7	20.3	11.8	63.0
		Relative Häufigk.	16%	46%	17%	21%	100%
		Korr., stand. Residuen	-.6	3.8	-3.8	.6	
	51-81 J.	Beobacht. Häufigk.	10	6	25	8	49
		Erwartete Häufigk.	8.8	15.3	15.8	9.2	49.0
		Relative Häufigk.	20%	12%	51%	16%	100%
		Korr., stand. Residuen	.6	-3.8	3.8	-.6	
Gesamt		Beobacht. Häufigk.	20	35	36	21	112
		Erwartete Häufigk.	20.0	35.0	36.0	21.0	112.0
		Relative Häufigk.	18%	31%	32%	19%	100%
		Korr., stand. Residuen					

Anmerkungen. χ^2 nach Pearson (3, N = 112) = 20.317 mit $p = .000$. Die minimale erwartete Häufigkeit beträgt 8.75. Die Angabe relative Häufigkeit bezieht sich auf den prozentualen Anteil der beobachteten, zeilenweise aufsummierten Gesamthäufigkeit.

Nach Überprüfung der Voraussetzungen zur Interpretation des χ^2 -Wertes, wonach die minimale erwartete Häufigkeit mit $8.75 > 5$ ist, ergibt sich in Tabelle 54 mit $\chi^2 (3, N = 112) = 20.317$ und $p \leq .00$ ein äußerst signifikanter Zusammenhang zwischen den Akkulturationsstilen und dem Alter. Die Interpretation der korrigierten, standardisierten Residuen als z -Werte mit jeweils $z = 3.8 > 1.95$ ergibt in Übereinstimmung mit den Annahmen in Fragestellung 6, dass Spanier bis 50 Jahre mit 46 % häufiger die Assimilationsstrategie und Spanier ab 51 Jahren mit 51 % häufiger die Separationsstrategie einsetzen.

5.7.5 Ausbildungsstatus

In diesem Abschnitt wird der Zusammenhang der Akkulturationsstile mit dem Ausbildungsstatus dargestellt. Zur Sicherstellung der Voraussetzungen von χ^2 -Tests werden in einer neu gebildeten Variablen deutsche mit äquivalenten spanischen Abschlüssen zusammengefasst und die Abschlüsse in die drei Kategorien „ohne Ausbildungsabschluss“, „Lehre oder vergleichbarer Abschluss bzw. Formación profesional“ sowie „Fachhochschule, Universität bzw. Formación académica“ eingeteilt. Personen, die sich noch in einer laufenden Ausbildung befanden, wurden aufgrund mangelnder Vergleichbarkeit nicht als Kategorie in diese Variable mit einbezogen. Es ergibt sich nach Prüfung der Voraussetzungen der χ^2 -Teststatistik, mit 17 % der Zellen erwartete Häufigkeiten < 5 , ein signifikanter Zusammenhang mit $\chi^2 (6, n = 99) = 13.391$ und $p \leq .05$ zwischen Ausbildungsabschluss und Akkulturationsstil (s. Tab. 55 und Abb. 23):

Tab. 55: χ^2 -Test-Ergebnisse: Zusammenhang der Akkulturationsstile mit dem Ausbildungsabschluss (n=99)

		AKKULTURATIONSSTIL				Gesamt	
		Integration	Assimilation	Separation	Marginalisierung		
AUSBILDUNGS- ABSCHLUSS	ohne Ausbildungsabschluss	Beobacht. Häufigkeit	7	7	17	8	39
		Erwartete Häufigkeit	7.1	13.0	11.8	7.1	39.0
		Relative Häufigkeit	18%	18%	44%	21%	100%
		Korr., stand. Residuen	.0	-2.6	2.3	.5	
	Lehre o. vergleichbarer Abschluss bzw. Formación profesional	Beobacht. Häufigkeit	9	17	6	4	36
		Erwartete Häufigkeit	6.5	12.0	10.9	6.5	36.0
		Relative Häufigkeit	25%	47%	17%	11%	100%
		Korr., stand. Residuen	1.3	2.2	-2.2	-1.4	
	Fachhochschule, Universität bzw. Formación académica	Beobacht. Häufigkeit	2	9	7	6	24
		Erwartete Häufigkeit	4.4	8.0	7.3	4.4	24.0
		Relative Häufigkeit	8%	38%	29%	25%	100%
		Korr., stand. Residuen	-1.4	.5	-.1	1.0	
Gesamt	Beobacht. Häufigkeit	18	33	30	18	99	
	Erwartete Häufigkeit	18.0	33.0	30.0	18.0	99.0	
	Relative Häufigkeit	18%	33%	30%	18%	100%	
	Korr., stand. Residuen						

Anmerkungen. χ^2 nach Pearson (6, n=99)=13.391 mit $p=.037$; 2 Zellen (17%) haben eine erwartete Häufigkeit < 5 . Die minimale erwartete Häufigkeit beträgt 4.36. Die Angabe relative Häufigkeit bezieht sich auf den prozentualen Anteil der beobachteten, zeilenweise aufsummierten Gesamthäufigkeit.

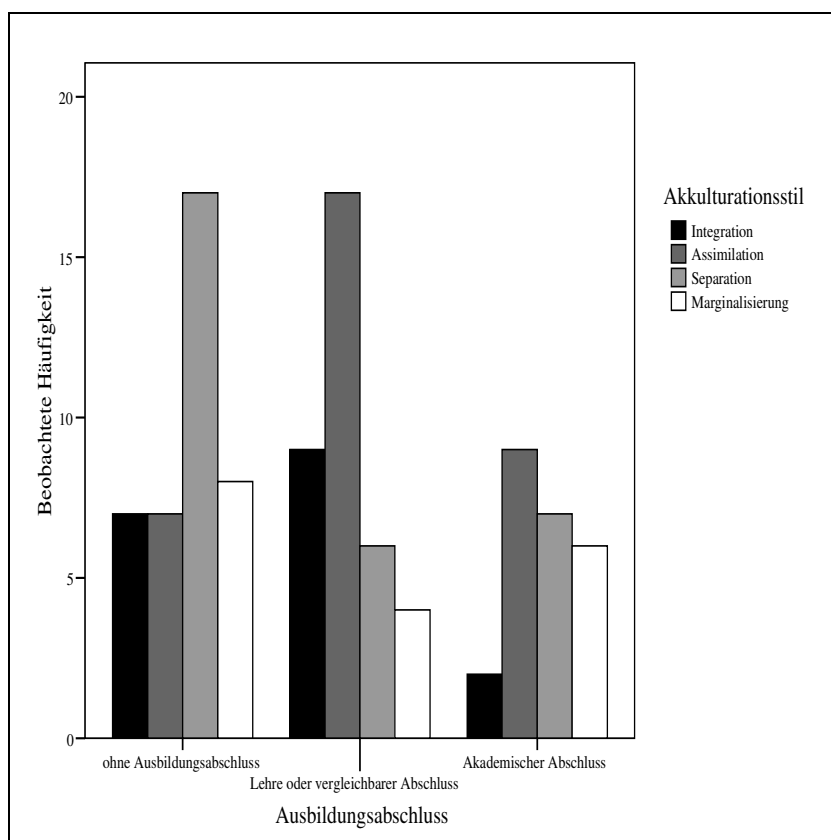


Abb. 23: Häufigkeit der Akkulturationsstile in Abhängigkeit vom Ausbildungsabschluss

Bei der Interpretation der korrigierten, standardisierten Residuen in Tabelle 55 ergibt sich in Übereinstimmung mit Fragestellung 6, dass Spanier ohne Abschluss mit 44 % signifikant die Separationsstrategie im Vergleich zu den anderen drei Strategien vorziehen ($z = 2.3 > 1.95$). Spanier, die eine Lehre oder eine vergleichbare Ausbildung absolviert haben, präferieren mit 47 % signifikant die Assimilationsstrategie im Vergleich zu den anderen drei Strategien ($z = 2.2 > 1.95$).

5.7.6 Berufstätigkeit

In diesem Abschnitt werden mit χ^2 -Test-Verfahren die Akkulturationsstile auf ihren Zusammenhang zu einer ausgeübten Berufstätigkeit überprüft. Zur Erfassung der Berufstätigkeit wird die in Abschnitt 5.6.7 gebildete Variable mit den Kategorien „In Ausbildung“, „Selbständig/ freiberuflich tätig“, „Beamter/ Angestellter“, „Rentner“

in die Berechnungen einbezogen. Trotz der Eliminierung von Kategorien mit zu geringen Häufigkeiten, zeigen sich die Voraussetzungen zur Interpretation des Wertes von $\chi^2 (9, n=70) = 24.678$ mit $p \leq .01$ nicht erfüllt: 75 % der Zellen weisen eine erwartete Häufigkeit < 5 auf (s. Tab. 56):

Tab. 56: χ^2 -Test-Ergebnisse: Zusammenhang der Akkulturationsstile mit der Berufstätigkeit ($n=70$)

			AKKULTURATIONSSTIL				Gesamt
			Integration	Assimilation	Separation	Marginalisierung	
BERUF	In Ausbildung	Beobacht. Häufigkeit	1	1	1	6	9
		Erwartete Häufigkeit	2.1	2.7	2.1	2.2	9.0
		Relative Häufigkeit	11%	11%	11%	67%	100%
		Korr., stand. Residuen	-.9	-1.3	-.9	3.2	
Selbständig/Freiberuflich tätig	Beobacht. Häufigkeit	Beobacht. Häufigkeit	5	2	1	4	12
		Erwartete Häufigkeit	2.7	3.6	2.7	2.9	12.0
		Relative Häufigkeit	42%	17%	8%	33%	100%
		Korr., stand. Residuen	1.7	-1.1	-1.3	.8	
Beamter /Angestellter	Beobacht. Häufigkeit	Beobacht. Häufigkeit	7	16	7	3	33
		Erwartete Häufigkeit	7.5	9.9	7.5	8.0	33.0
		Relative Häufigkeit	21%	49%	21%	9%	100%
		Korr., stand. Residuen	-.3	3.2	-.3	-2.8	
Rentner	Beobacht. Häufigkeit	Beobacht. Häufigkeit	3	2	7	4	16
		Erwartete Häufigkeit	3.7	4.8	3.7	3.9	16.0
		Relative Häufigkeit	19%	13%	44%	25%	100%
		Korr., stand. Residuen	-.4	-1.7	2.3	.1	
Gesamt	Beobacht. Häufigkeit	Beobacht. Häufigkeit	16	21	16	17	70
		Erwartete Häufigkeit	16.0	21.0	16.0	17.0	70.0
		Relative Häufigkeit	23%	30%	23%	24%	100%
		Korr., stand. Residuen					

Anmerkungen. χ^2 nach Pearson ($9, n=70$) = 24.678 mit $p = .003$. 12 Zellen (75%) haben eine erwartete Häufigkeit < 5 . Die minimale erwartete Häufigkeit beträgt 2.06. Die Angabe relative Häufigkeit bezieht sich auf den prozentualen Anteil der beobachteten, zeilenweise aufsummierten Gesamthäufigkeit.

Der in Fragestellung 6 vermutete Zusammenhang der Akkulturationsstile mit der Berufstätigkeit wird anhand des χ^2 -Test-Ergebnisses in Tabelle 56 widerlegt. Allerdings ergibt die Interpretation der standardisierten, korrigierten Residuen als z -Werte eine Präferenz der einzelnen Berufsgruppen für einen bestimmten Akkulturationsstil: Spanier in Ausbildung setzen mit 67 % am häufigsten die Marginalisierungsstrategie ein

($z = 3.2 > 1.95$), verbeamtete und angestellte Spanier mit 49 % die Assimilationsstrategie ($z = 3.2 > 1.95$) und verrentete Spanier mit 44 % die Separationsstrategie ($z = 2.3 > 1.95$), jeweils im Vergleich zu den drei anderen Strategien. Im folgenden Kapitel 6 werden die nachgewiesenen signifikanten Effekte des empirischen Teils dieser Arbeit diskutiert und interpretiert.

6. Diskussion

In den folgenden Abschnitten wird das Akkulturationsmodell von Berry (Berry, 1997, 1998; Berry et al., 2002; Silbereisen et al., 1999) zur Interpretation der signifikanten Ergebnisse des emotionalen und des körperlichen Befindens bei spanischen Migranten im Vergleich zu Deutschen aus stresstheoretischer Perspektive verwendet. Dabei wird der Kohärenzsinn aus gesundheitspsychologischer Perspektive einbezogen. Im Einzelnen werden in Abschnitt 6.2 die Ergebnisse des emotionalen und des körperlichen Befindens bei Spaniern (Fragestellung 1), in Abschnitt 6.3 die Ergebnisse in Bezug auf ihren Kohärenzsinn (Fragestellung 2) und in Abschnitt 6.4 die von ihnen präferierten Akkulturationsstile (Fragestellung 3) diskutiert. Die Ergebnisse werden jeweils im Hinblick auf Zusammenhänge mit den nachgewiesenen Einflussfaktoren soziodemographischer Variablen (Fragestellung 4-6) interpretiert. In Abschnitt 6.5 wird abschließend die Bedeutung der Befunde für das Akkulturationsmodell und die zukünftige Forschung dargestellt.

Zunächst werden in dem nun folgenden Abschnitt 6.1 Reliabilität, Validität und Objektivität der Ergebnisse mit Hilfe von Testgütekriterien diskutiert; ein besonderes Augenmerk verdient das Akkulturationskonstrukt im Hinblick auf seine Konstruktvalidität, da die Frage der Mehrdimensionalität bislang ungeklärt ist (Berry, 2003; Sue, 2003; Zane & Mak, 2003). Schließlich werden in diesem Abschnitt auch Überlegungen bezüglich der externen Validität und der Generalisierbarkeit der Ergebnisse anhand der Stichprobenmerkmale angestellt.

6.1 Messgenauigkeit, Gültigkeit und Geltungsanspruch der Ergebnisse

Durch den kulturübergreifenden Einsatz der verwendeten psychologischen Tests und der Übersetzung in eine andere Sprache kann es zu Reliabilitäts- und Validitätsverlusten kommen (Lonner, 1990; Quekelberghe, 1991). Um dem Verlust an Testgüte im Vorfeld dieser Untersuchung entgegenzuwirken, wurden die eingesetzten Fragebögen durch Personen übersetzt, die Spanisch als Muttersprache beherrschen. Außerdem wurden die

eingesetzten spanischen Fragebögen im Anschluss an die Datenerhebung mit Hilfe von psychometrischen Gütekriterien überprüft: Die Ergebnisse der Itemanalyse zeigen erhöhte Item-Mittelwerte auf den positiv konnotierten Subskalen des *Emotionalitätsinventars* (*EMO*, Bartram & Rogner, 2003) *Angstfrei-entspannt*, *Vital-aktiv* und *Elativ* sowie einen erhöhten Skalen-Mittelwert auf der Gesamtskala *Positive Stimmung* im Vergleich zu den negativ konnotierten Skalen des *EMO's* (s. Abschn. 5.1.1: Tab. 7 und Tab. 9). Dadurch dass die Item-Antworten auf diesen Skalen in einem extrem ausgeprägten Bereich streuen, variieren sie in geringerem Ausmaß und ein geringerer Anteil an Item-Varianz wird im Vergleich zu den negativ konnotierten Skalen erfasst (Amelang & Zielinski, 1997; Lienert, 1969).

Ähnlich erhöhte durchschnittliche Item-Mittelwerte und verringerte Item-Varianzen sind auch auf der *Leipziger Kurzskala* (*SOC-L9*, Schumacher et al., 2000a) sowie auf der Subskala *Spanische Orientierung* (*SMAS I*) der *Stephenson Multigroup Acculturation Scale* (*SMAS*, Stephenson, 2000) zu verzeichnen, auf denen anhand der rechtssteilen Häufigkeitsverteilungen der Summenwerte Deckeneffekte angezeigt werden (s. Abschn. 5.1.3: Tab.13; Abschn. 5.1.4: Tab. 16 und Anhang C: Abb. C-3 und Abb. C-4). Dies deutet auf eine erhöhte Tendenz von Spaniern zu positiven Antworten auf den positiv konnotierten Skalen des emotionalen Befindens, des Kohärenzsinn und der Skala *Spanische Orientierung* hin, die vermutlich durch die ausschließlich positiv formulierten Items in den drei Fragebögen begünstigt wird (vgl. Abschn. 2.2.4: Berry, 1990a, 1995).

Eine alternative Erklärung für die Tendenz zu positiven Antworten auf diesen Skalen ist die mehrheitliche Rekrutierung der spanischen Probanden mit 73 % in spanischen Vereinen, wobei die Verteilung der Fragebögen über die Vereinsleitung als einer Autorität zu sozial angepasstem Antwortverhalten bei den Vereinsmitgliedern geführt haben mag. Auf der *SMAS I*-Skala *Spanische Orientierung* (Stephenson, 2000) kann zudem eine erhöhte Tendenz zu positiven Antworten der Vereinsmitglieder aufgrund einer starken Identifikation mit der eigenen Kultur per se entstanden sein. Die erhöhte Ausprägung der Item-Mittelwerte im *Emotionalitätsinventar* (*EMO*, Bartram & Rogner, 2003) läßt sich auch über einen erhöhten Emotionsausdruck der Spanier als spezifische Eigenschaft der kollektivistischen, spanischen Kultur erklären (vgl. Abschn. 2.2.3.1: Triandis, 1990).

Im Hinblick auf die Skalen der Kurzversion des *Giessener Beschwerdeboogens (GBB-24)* von Brähler und Scheer (1995) ist bei den Betrachtungen der Itemanalyse positiv zu erwähnen, dass die Item-Mittelwerte auf allen Skalen relativ breit streuen und somit der Fragebogen sowohl aus leichten wie auch aus schweren Items zusammengesetzt ist. Anzumerken sind auch die geringen Antwort-Varianzen auf den *GBB-24*-Skalen *Magenbeschwerden* und *Herzbeschwerden*, die durch besonders schwere Items bedingt sind (s. in Abschn. 5.1.2, Tab. 10 die Items: „Erbrechen“, „Übelkeit“, „Kloßgefühl oder Engigkeit im Hals“, „Stiche, Schmerzen in der Brust“, „Anfallsweise Herzbeschwerden“). Es besteht eine geringere Antwortneigung der Spanier auf den Skalen *Magenbeschwerden* und *Herzbeschwerden*.

Eine Erklärung für die verminderte Antwortneigung auf diesen beiden Skalen kann das kulturspezifisch geringe Auftreten der beiden Beschwerdeformen bei Spaniern sein: Die Testkonstruktion des Fragebogens *GBB-24* von Brähler und Scheer (1995) erfolgte ursprünglich an einer Stichprobe mit deutschen Probanden. Diese haben als Angehörige einer westlichen Industrienation eine stärkere Prädisposition zu Herzkreislauf-Erkrankungen. Es ergeben sich kulturspezifisch erhöhte Vergleichswerte der deutschen Normstichprobe, mit denen die geringer ausgeprägten Summenwerte der spanischen Stichprobe verglichen wurden.

Trotz der Erfassung geringerer Antwortvariabilität durch über- und unterdurchschnittliche Item-Mittelwerte auf den Skalen der genannten Fragebögen ist insgesamt die konvergente Validität der Fragebögen mit korrigierten Trennschärfen $r_{it-i} > .30$ und die interne Konsistenz mit Cronbach's $\alpha \geq .80$, als Maß für die Reliabilität, auf den Gesamtskalen des *EMO*, des *GBB-24*, der *SOC-L9* und der *SMAS* als zufriedenstellend zu bezeichnen (s. Abschn. 5.1.1: Tab. 8 und Tab. 9; Abschn. 5.1.2: Tab. 11 und Tab. 12; Abschn. 5.1.3: Tab. 13 und Tab. 14; Abschn. 5.1.4: Tab. 17 und Tab. 18). Auch zeigen sich die korrigierten Trennschärfen der Fragebögen verglichen mit den Korrelationen der Summenwerte der fremden Skalen, als Maß für die diskriminante Validität, überwiegend höher bzw. positiv im Vergleich zu negativen Korrelationen, so dass die Homogenität der einzelnen Skalen ausreichend und die Berechnung der Summenwerte in den einzelnen Fragebögen gerechtfertigt ist. Bei der *SOC-L9* wurde aufgrund der eindimensionalen Struktur die diskriminante Validität nicht berechnet. Es ergeben sich Einschränkungen dieser

insgesamt zufriedenstellenden konvergenten Validität und internen Konsistenz wie folgt:

Ausnahmen mit geringen Trennschärfen, die allerdings noch das Kriterium $r_{it-i} > .30$ erfüllen, findet man auf den besonders „schweren“ *GBB-24*-Skalen *Magen-* und *Herzbeschwerden* (s. Abschn. 5.1.2: in Tab. 11 die Items: „Druck- oder Völlegefühl im Bauch“, „Erbrechen“ und „Schwindelgefühl“). Amelang und Zielinski (1997, S. 128) beschreiben die Zusammenhänge sehr niedriger oder sehr hoher Item-Mittelwerte mit mäßig korrigierten Trennschärfen und mittlerer Item-Mittelwerte mit höheren Trennschärfen als umgekehrt u-förmige Funktion. Die geringe korrigierte Trennschärfe kann jedoch nur bei dem Item „Erbrechen“ auf einen besonders hohen Schwierigkeitsgrad des Items und der damit einhergehenden verminderten, erfassten Antwortvariabilität zurückgeführt werden (vgl. Lienert, 1969, S. 40). Verminderte korrigierte Trennschärfen ziehen auf den Subskalen des *GBB-24 Magenbeschwerden* und *Herzbeschwerden* eine verminderte interne Konsistenz nach sich. Auch auf der Skala *Gliederschmerzen* ist die interne Konsistenz verringert. Sie ist allerdings auf allen drei Skalen für diese Untersuchung mit Cronbach's $\alpha \geq .70$ noch ausreichend (s. Abschn. 5.1.2: Tab. 12).

Neben den bereits genannten geringen korrigierten Trennschärfen zeigen sich bei weiteren Items der Skalen des *GBB-24* geringere korrigierte Trennschärfen im Vergleich zu den Korrelationen der Items mit den Summenwerten fremder Skalen, so dass die Zuordnung der Items zu einer Skala nicht eindeutig ist (s. Abschn. 5.1.2: Tab. 11 die Items: „Rasche Erschöpfbarkeit“, „Druck- oder Völlegefühl im Bauch“, „Erbrechen“, „Übelkeit“, „Gelenk- oder Gliederschmerzen“, „Müdigkeit in den Beinen“, „Druckgefühl im Kopf“, „Schwindelgefühl“, „Anfallsweise Atemnot“).

Auf den eher „leichten“ *EMO*-Skalen *Vital-aktiv* und *Elativ* lassen sich einige Items wegen ähnlich hoher korrigierter Trennschärfen wie die Korrelationen der Items mit den Summenwerten der anderen Skala nicht eindeutig einer Skala zuordnen (s. Abschn. 5.1.1: in Tab. 8 die Items: „selbstbewusst“, „tatkräftig“ und „frohgemut“). Es gibt inhaltliche Überschneidungen der beiden Merkmalsbereiche *Elativ* und *Vital-aktiv*.

Auf der Skala *Spanische Orientierung*, der *SMAS 1*, zeigen sich Einschränkungen der konvergenten Validität durch unzureichende korrigierte Trennschärfen mit $r_{it-i} < .30$ aufgrund verminderter erfasster Antwortvariabilität bei einigen Items, bei z. T. ähnlich hohen Korrelationen zum Summenwert der fremden Skala (s. Abschn. 5.1.4: Tab. 16 und Tab. 17 die Items: *SMAS.07*, *SMAS.15* und *SMAS.17*). Insgesamt können die konvergente Validität und die interne Konsistenz wegen der geringen Anzahl der genannten Items unzureichender korrigierter Trennschärfen für alle vier Fragebögen jedoch weiterhin als gesichert gelten.

Als positiv zu werten ist, dass neben den korrigierten Trennschärfen, als Maß für die konvergente Validität, in der Untersuchung von Schrader (2004) die Konstruktvalidität der *Stephenson Multigroup Acculturation Scale (SMAS)*, Stephenson, 2000) sicher gestellt worden ist und die spanische Version des Fragebogens im Vergleich zur englischen Ursprungsversion im Hinblick auf strukturelle Äquivalenz des erhobenen Akkulturationskonstruktes verglichen wurde (vgl. Abschn. 2.2.4: Arends-Tóth & Vijver, 2006; Koch & Schulze, 1998): Die zweifaktorielle Struktur der englischen Ursprungsversion wurde mit einer Varianzaufklärung von 44 % bestätigt und die beiden Faktoren als *Deutsche Orientierung* und *Spanische Orientierung* interpretiert. Im Hinblick auf die ungeklärte Frage bezüglich der Mehrdimensionalität des Akkulturationskonstruktes in der Literatur liefert dies einen weiteren Hinweis für die Zweidimensionalität des Akkulturationskonstruktes (Berry, 2003; Berry et al., 1989; Berry et al., 2002).

Dieses Argument wird allerdings durch die schwach negative Korrelation zwischen beiden Subskalen *Spanische Orientierung (SMAS 1)* und *Deutsche Orientierung (SMAS 2)* in Tabelle C-8 im Anhang C eingeschränkt, da negative Korrelationen zwischen den Summenwerten zweier Akkulturationsskalen als zwei Endpunkte eines eindimensionalen Kontinuums interpretiert werden können (Arends-Tóth & Vijver, 2006; Berry, 2003). Die Annahme von Akkulturation als einer eindimensionalen Struktur wird auch durch die schwach negative Korrelation aus der Untersuchung von Schrader (2004) unterstützt. Der Annahme der eindimensionalen Struktur des Akkulturationskonstruktes widersprechen allerdings die von Berry (2003) mehrheitlich ermittelten, positiven Korrelationen zwischen beiden Summenwerten, die auf eine zweidimensionale Struktur des Akkulturationskonstruktes hinweisen.

Insgesamt spricht daher mehr für die dieser Untersuchung zugrunde gelegte zweidimensionale Struktur der vier Akkulturationsstile.

Die externe Validität der Untersuchung ist reduziert, da keine Zufallsstichprobe vorliegt, sondern die Befragungsteilnehmer über Institutionen, persönlich oder über Dritte geworben wurden. Dementsprechend ist die Voraussetzung für die Annahme einer Normalverteilung verletzt, und die Ergebnisse lassen sich lediglich auf Populationen von Spaniern mit Eigenschaften der hier vorliegenden Stichprobe verallgemeinern.

Es ergeben sich folgende, kennzeichnende Stichprobenmerkmale für diese Untersuchung (s. Abschn. 4.2 und Anhang C: Tab. C-5): Die befragten spanischen Probanden stammen mehrheitlich aus der ersten Generation und leben durchschnittlich etwa 30 Jahre in Deutschland. Ein hoher Anteil von ihnen verfügt über keine abgeschlossene Berufsausbildung und geht keiner geregelten oder einer eher geringfügigen Beschäftigung nach. Es wird angenommen, dass die befragten Probanden mehrheitlich in den sechziger und siebziger Jahren nach Deutschland zugewandert sind (vgl. Saylor, 1987). Diese Stichprobenmerkmale entsprechen den Merkmalen der Stichprobe von Schrader (2004), siehe Anhang C: Tab. C-5. Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung lassen sich daher auf in Deutschland lebende, spanische Gastarbeiter der ersten Generation verallgemeinern und können mit den Ergebnissen aus der Untersuchung der genannten Autorin verglichen und diskutiert werden.

Die interne Validität ist für eine interkulturelle Felduntersuchung ziemlich hoch: Es wurde eine kulturell homogene Gruppe befragt und kulturbedingte Fehlerquellen, z. B. durch den Einbezug spanischsprachiger Lateinamerikaner, vermindert. Einflüsse soziodemographischer Variablen wurden ziemlich detailliert untersucht und ihre Effekte in den Berechnungen kontrolliert. Zur Erfassung der kulturellen Anpassungsstrategien wurde ein Fragebogen mit kultur-unspezifisch formulierten Items eingesetzt, der sich zudem überwiegend aus Items der Hauptindikatoren für die akkultorative Orientierung, Sprache und Bindung/ Sozialisation zusammensetzt (Zane & Mak, 2003). Das Selektionskriterium der in die Auswertung einbezogenen Fälle ist verhältnismäßig streng, da nur Fragebögen mit weniger als zwei Missings berücksichtigt wurden.

Alle eingesetzten Fragebögen weisen aufgrund einheitlicher, schriftlicher Instruktionen eine hohe Durchführungsobjektivität auf. Die Auswertungsobjektivität wird durch die

numerische Codierung der Antwortskalen gewährleistet. Die Interpretationsobjektivität ist bei *EMO*, *GBB-24* und *SOC-L9* durch einen kulturübergreifenden Vergleich der Spanier mit einer deutschen Normstichprobe eingeschränkt (vgl. Abschn. 2.2.4: Cortés, 2003; Pedersen, 2006). Die Klassifikation der Akkulturationsstile über einen Mediansplit genügt dem Anforderungskriterium von Arends-Tóth und Vijver (2006) bei einer zugrunde liegenden zweidimensionalen Akkulturationskonzeption der *SMAS*. Allerdings kommt es hierbei aufgrund des Nominalskalenniveaus zu einem Informationsverlust, da die Möglichkeit der durchzuführenden statistischen Operationen bei den inferenzstatistischen Auswertungen eingeschränkt ist. Jedoch ist die hier gewählte Vorgehensweise zur Erfassung kulturgebundener Anpassungsstrategien aufgrund der Validitätseinschränkungen beim kulturübergreifenden Gebrauch von Normstichproben als Mittel der Wahl zu betrachten (Cortés, 2003; Pedersen, 2006).

Insgesamt betrachtet verfügen die drei in dieser Arbeit eingesetzten Fragebögen über eine ausreichende Reliabilität, Validität und Objektivität. Die Ergebnisse der Untersuchung können auf in Deutschland lebende und in den sechziger und siebziger Jahren zugewanderte spanische Gastarbeiter verallgemeinert und mit den Ergebnissen der Untersuchung von Schrader (2004) vergleichend diskutiert werden.

6.2 Emotionales und körperliches Befinden der Spanier und Einflussfaktoren

In diesem Abschnitt werden zunächst die Ergebnisse des emotionalen und des körperlichen Befindens von spanischen Migranten diskutiert (Fragestellung 1). Anschließend wird das Befinden von Spaniern über zugrunde liegende signifikante Effekte der Akkulturationsstile, des Kohärenzsinn und soziodemographischer Variablen erklärt (Fragestellung 4). Bei der Diskussion der Ergebnisse werden jeweils die Ergebnisse der Untersuchung von Schrader (2004) sowie weitere empirische Befunde anderer Autoren einbezogen und dann mit Hilfe theoretischer Annahmen interpretiert.

Die in Fragestellung 1 formulierte Annahme der stärkeren gesundheitlichen Beeinträchtigung von Spaniern im Vergleich zu Deutschen lässt sich nur in Bezug auf das körperliche Befinden bestätigen: Spanier weisen einen höheren Beschwerdedruck (Klagsamkeit), mehr Gliederschmerzen auf z. B. und sind körperlich erschöpfter (s. Abschn. 5.2: Tab. 20). Die nicht nachgewiesenen Unterschiede auf den Skalen körperlichen Befindens *Magenbeschwerden* und *Herzbeschwerden* lassen sich vermutlich auf den erhöhten Schwierigkeitsgrad bei der Beantwortung der Items auf beiden Skalen und daraus resultierende verringerte Antworttendenzen der Probanden zurückführen (s. Abschn. 5.1.2: Tab. 10 und Abschn. 6.1).

Eine alternative Erklärung für die erhöhte körperliche Beeinträchtigung der Spanier durch Beschwerdedruck, Gliederschmerzen und körperliche Erschöpfung mag auch sein, dass diese sich hauptsächlich aus der Population spanischer Gastarbeiter zusammensetzen, welche im Vergleich zu Deutschen bedingt durch oft einfachere Produktionstätigkeiten härteren Arbeitsbedingungen mit daraus resultierenden stärkeren körperlichen Abnutzungs- und Erschöpfungserscheinungen ausgesetzt waren (vgl. Blahusch, 1992; Girgin, 2000; Özcan & Seifert, 2006; Vahedi, 1996).

Im Gegensatz zum schlechteren körperlichen Befinden zeigen die befragten Spanier in den Ergebnissen ihres emotionalen Befindens eine günstigere Ausprägung im Vergleich zur deutschen Bezugsgruppe (s. Abschn. 5.2: Tab. 19): Sie sind insgesamt positiver gestimmter, vital-aktiver, elativer und geringer emotional erschöpft. Als einzige

Ausnahme ihres insgesamt günstigeren emotionalen Befindens ist die höhere Ausprägung auf der Skala *Ängstlich-depressiv* zu nennen.

Damit entsprechen die Ergebnisse dieser Untersuchung bis auf die stärkere Neigung der Spanier zu Magenbeschwerden den Befunden der Untersuchung von Schrader (2004). Außerdem ergänzen die Ergebnisse dieser Untersuchung die Untersuchung der genannten Autorin um weitere begünstigende Effekte auf den *EMO*-Skalen *Vital-aktiv* und *Positive Stimmung* von Bartram und Rogner (2003), so dass das emotionale und körperliche Befinden der Probanden dieser Stichprobe als günstiger einzuschätzen ist als das der Stichprobe aus der genannten Untersuchung (ebd.).

Das verbesserte Befinden der Spanier dieser Untersuchung lässt sich anhand gesundheitlich günstigerer soziodemographischer Merkmale dieser Stichprobe im Vergleich zu denen der Stichprobe aus der Untersuchung von Schrader (2004) begründen (s. Anhang C: Tab. C-5): Lediglich 56 % Spanier im Vergleich zu 62 % stammen in dieser Untersuchung aus der ersten Generation, lediglich 36 % im Vergleich zu 43 % weisen keinen Berufsabschluss auf, stattdessen verfügen 22 % im Vergleich zu 16 % über einen akademischen Abschluss. Dementsprechend liegt ihre durchschnittliche Anzahl an Schul- und Ausbildungsjahren bei 12 Jahren im Vergleich zu 11 Jahren in der Untersuchung von Schrader (2004) und 30 % gegenüber 22 % weisen ein hohes Beschäftigungsniveau auf. Auf die Wirkung der einzelnen soziodemographischen Variablen auf die Gesundheit wird noch detaillierter im Verlauf dieses Abschnitts eingegangen werden.

Die Diskrepanz zwischen positiv ausgeprägten emotionalen und negativ ausgeprägten körperlichen Befinden von Spaniern, die sich in dieser Untersuchung noch deutlicher zeigt als in der Untersuchung von Schrader (2004), lässt sich durch die Neigung zur Somatisierung erklären, die oft bei Migranten zu beobachten ist (Assion, 2005b; Berg, 2001; Collatz, 1995, 2001b; Eberding, 1995; Faltermaier, 2001; Grube, 1995; Özelsel, 1990; Rogner et al., 2001):

Ursprünglich drückten die Spanier in den Herkunftsländern ihre Emotionen ungehemmt aus, sie passten sich nach der Zuwanderung allerdings zunehmend an die Verhaltensnormen emotionaler Kontrolle der nordeuropäischen Länder an (Triandis, 1990). Die zurückgehaltenen negativen Gefühle, bedingt durch den

auftretenden akkulturativen Stress, schlagen sich als Affektkorrelat in Form eines körperlichen Symptoms nieder. Dies wird in den Ergebnissen anhand des Vergleichs der Befindensausprägung der emotionalen mit körperlicher Erschöpfung besonders deutlich (s. Abschn. 5.2: Tab. 19 und 20). Während die Mittelwerte von Spaniern hinsichtlich der emotionalen Erschöpfung im Vergleich zur deutschen Bezugsgruppe geringer sind, sind sie auf somatischer Ebene hinsichtlich der körperlichen Erschöpfung höher. Auch die Ausprägung des hohen Summenwertes der Skala *Beschwerdedruck* bei Spaniern im Vergleich zu Deutschen wird in der Literatur bei gleichzeitig breiter Symptomatik als psychosomatische Mitbedingtheit der körperlichen Symptome interpretiert (Brähler & Scheer, 1995).

Diese Erklärung aus psychosomatischer Sicht wird durch einen Befund von Özelsel (1990) bestätigt. Sie fand bei Türken eine Präferenz für die die Gesundheit verringernden Bewältigungsstrategien *Bagatellisierung* und *Verharmlosung*, bei der emotional belastende Inhalte vermieden werden, und bei Deutschen eine Präferenz für die die Gesundheit fördernden Strategien *emotionaler Rückzug* und *gedankliche Weiterverarbeitung*. Es ist zu vermuten, dass Spanier ähnliche Bagatellisierungs- und Verharmlosungstendenzen aufweisen. Sie führen zwar kurzfristig zu einem positiven emotionalen Befinden, langfristig aufgrund der unbewusst abgewehrten negativen Gefühlsinhalte jedoch zu einer körperlichen Beschwerdesymptomatik. Für die Bagatellisierungs- und Verharmlosungstendenz sprechen auch die erhöhten Antworttendenzen der spanischen Probanden auf den positiv konnotierten Skalen des emotionalen Befindens *Angstfrei-entspannt*, *Vital-aktiv*, *Elativ* und *Positive Stimmung* (vgl. Abschn. 6.1).

Eine Erklärung für das schlechtere körperliche Befinden der Spanier im Vergleich zu Deutschen kann aus stresstheoretischer Sicht wegen der kollektivistisch orientierten, spanischen Kultur die Präferenz für das vermeidungsorientierte Coping sein. Empirische Befunde weisen darauf hin, dass das vermeidungsorientierte Coping mit einem verringerten gesundheitlichen Befinden einhergeht (vgl. Abschn. 2.3.3: Chun et al., 2006; Ehrensaft & Tousignant, 2006). Die Deutschen mit individualistisch orientierter Kultur präferieren demgegenüber das die Gesundheit fördernde annäherungsorientierte Coping.

Darüber hinaus lässt sich aus gesundheitspsychologischer Sicht die stärkere somatische Beeinträchtigung von Spaniern im Vergleich zu Deutschen über ein vermindertes gesundheitsförderndes Verhalten bedingt durch den geringeren Stellenwert der Gesundheit angesichts der vielen existentiellen, zu bewältigenden Anforderungen erklären, z. B. bei der Wohnungs- und Stellensuche. Das Gesundheitsverhalten wird außerdem durch eine externale Attribution der Gesundheitsrisiken und einer Beschränkung des Zugangs zum Gesundheitsversorgungssystem beeinträchtigt (vgl. Assion, 2005b; Collatz, 2001b; Ete, 1995; Faltermaier, 2001; Fischer, 2005; Geiger, 2001; Glier et al., 2001; Kentenich et al., 2001; Koch, 2005; Lazaridis, 1988, zit. n. Salman & Tuna, 2001; Saller, 1995; Weiss, 2003). Diese Annahmen des zusätzlichen Einwirkens von kulturspezifischen Copingstrategien, Kontrollüberzeugungen und Gesundheitsverhalten als Erklärung für ein schlechteres körperliches Befinden bei Migranten sollten in zukünftigen Untersuchungen weiter empirisch belegt werden, in dem sie als ergänzende Variablen erfasst werden.

Anhand der Diskussion der Ergebnisse über die Annahmen in Fragestellung 4 ergibt sich eine weitere Erklärung für das bessere emotionale Befinden der Spanier im Vergleich zu ihrem körperlichen Befinden aus Sicht der kulturvergleichenden Psychologie. Durch die Auswertungen der Varianzanalysen konnte nachgewiesen werden, dass sich der Einsatz unterschiedlicher Akkulturationsstile nach der Migration nur auf den Skalen emotionalen Befindens gesundheitsfördernd auswirkt, nicht aber auf den Skalen des körperlichen Befindens (s. Abschn. 5.6.1: Tab. 26 und Tab. 27): Es zeigen sich für den Faktor Akkulturationsstil bei Einbezug des Faktors Geschlecht als zweitem Faktor in den zweifaktoriellen Varianzanalysen bedeutsame Effekte auf den Skalen *Ängstlich-depressiv*, *Ängstlich-erregt* und *Negative Stimmung*. Bei Einbezug des Faktors Generationsstatus als zweiten Faktor können zusätzliche Effekte der Akkulturationsstile auf den Skalen *Angstfrei-entspannt* und *Positive Stimmung* nachgewiesen werden und bei Einbezug des Faktors Ausbildungsabschluss Effekte der Akkulturationsstile auf den Skalen *Elativ* und *Ängstlich-depressiv* (s. Abschn. 5.6.2 und Anhang C: Tab. C-12; Abschn. 5.6.6: Tab. 42).

Auf den genannten Skalen wird anhand von deskriptiven Mittelwerten die Annahme folgender, gesundheitsfördernder Rangfolge bestätigt: die Integrationsstrategie vor der Assimilationsstrategie, danach die Separations- und schließlich die

Marginalisierungsstrategie (s. Abschn. 5.6.1: Tab. 29 und Berry, 1997, 2003; Berry et al., 2002; Schmitz, 1992a, 1994). Eine Ausnahme bildet lediglich die Vorrangstellung der Marginalisierungsstrategie vor der Separationsstrategie für die Gesundheit auf der Skala *Ängstlich-erregt*.

Signifikante Ergebnisse der Post-Hoc-Tests nach *LSD-Verfahren* („Least significant difference“) belegen die gesundheitsbezogenen Rangplätze der Strategien nur zum Teil (s. Abschn. 5.6.1: Tab. 30 und Tab. 32): Die kulturell angepassten Strategien Integration und Assimilation wirken sich günstiger auf den genannten Skalen emotionalen Befindens als Separation und Marginalisierung aus. Die in den Post-Hoc-Tests nachgewiesenen Effekte für den Faktor Akkulturationsstil entsprechen den in den Varianzanalysen nachgewiesenen Effekten des Faktors Akkulturationsstil unter Einbezug von Geschlecht, Generations- und Ausbildungsstatus als zweitem Faktor und ergeben einen zusätzlichen signifikanten Effekt auf der *EMO-Skala Vital-aktiv* (vgl. Abschn. 5.6.1 mit Abschn. 5.6.2 und 5.6.6). Der zusätzliche Effekt auf der Skala *Vital-aktiv* lässt sich daraus begründen, dass die *LSD-Verfahren* aus mehreren einzelnen T-Tests bestehen und somit fehleranfälliger für Interpretationen sind (Brosius, 1998).

Diese Ergebnisse gehen über die von Schrader (2004) hinaus, die lediglich für das emotionale Befinden eine Vorrangstellung von Integration und Assimilation gegenüber der Marginalisierung belegte. Allerdings wies die Untersuchung von Schrader (2004) gesundheitsfördernde Effekte der Assimilation im Vergleich zur Separation zusätzlich auf den Skalen des körperlichen Befindens *Magenbeschwerden* und *Herzbeschwerden* nach. Die Aussage, dass sich Akkulturationsstile im Wesentlichen auf das emotionale Befinden auswirken, sollte noch in weiteren Untersuchungen überprüft werden.

Vor dem Hintergrund der in Abschnitt 2.2.1.2 dargestellten widersprüchlichen empirischen Befunde des Rangplatzes von Assimilation und Separation bei der Gesundheit bestätigt der letztgenannte Befund zusammen mit dem Befund auf der *EMO-Skala Ängstlich-erregt* in Tabelle 30 (Abschn. 5.6.1) allerdings auch die Annahme von Fragestellung 4, dass die Assimilationsstrategie der Separationsstrategie in gesundheitlicher Hinsicht überlegen sei. Die vermutete Rangfolge der Akkulturationsstile zur Förderung der Gesundheit ist somit zunächst beizubehalten (vgl. Abschn. 2.2.1.2: Schmitz, 1992a, 1994 mit Berry, 1997, 2003; Berry et al., 2002).

Eine theoretische Begründung dafür, dass Akkulturationsstile ausschließlich auf das emotionale Befinden einwirken, liefert Bierbrauer (1996) aus sozialpsychologischer Sicht mit der Auffassung, dass Akkulturationsstile synonym mit Akkulturationseinstellungen sind (vgl. Abschn. 2.2.1.1: Berry, 2003, 2006b; Berry et al., 2002). Einstellungen setzen sich als mehrdimensionales System neben Kognitions- und Verhaltensanteilen auch aus Affektanteilen zusammen (Bierbrauer, 1996). Es wird angenommen, dass Akkulturationseinstellungen bei auftretendem akkulturativen Stress anhand ihrer affektiven Komponente über neurobiologische Prozesse direkt mit kurzfristigen emotionalen Anpassungsreaktionen verknüpft sind.

Die Vorrangstellung der beiden kulturell angepassten Strategien Integration und Assimilation vor Separation und Marginalisierung lässt sich aus stresstheoretischer Sicht damit begründen, dass es durch den häufigeren Kontakt mit der Aufnahmegesellschaft zu mehr sozialer Unterstützung und weniger Diskriminierung durch die Aufnahmegesellschaft kommt (vgl. Berry, 1997; Delgado, 1966; Hänze & Lantermann, 1999). Eine weitere Erklärung der Vorrangstellung der kulturell angepassten Strategien bieten die von Schmitz (1992a, 1994) nachgewiesenen Korrelationen mit dem sich günstiger auf die Gesundheit auswirkenden annäherungsorientierten Coping, demgegenüber sind die kulturell nicht angepassten Strategien Separation und Marginalisierung mit dem vermeidungsorientierten Coping korreliert (vgl. Abschn. 2.3.3: Chung et al., 2001, Hack & Degner, 2004, Holahan et al., 1995, Penedo et al., 2003, jeweils zit. n. Chun et al., 2006).

Aus gesundheitspsychologischer Sicht lässt sich bei Einsatz von Integration und Assimilation eine häufigere und effektivere Inanspruchnahme des medizinischen Versorgungssystems wegen geringerer Barrieren durch bessere Sprachkenntnisse, weniger kulturell bedingte Missverständnisse und eine zunehmende Internalisierung der deutschen internalen Kontrollüberzeugung begründen. Daraus resultiert eigenverantwortlicheres Gesundheitshandeln mit einhergehender Compliance bei medizinischen Verordnungen (vgl. Abschn. 2.2.3.3; Abschn. 2.4.1: Chavez et al., 1985, Chesney et al., 1982, Estrada et al., 1990, Vega & Amaro, 1994, jeweils zit. n. Caetano & Clark, 2003; Abschn. 2.4.2: Faltermaier, 2001). Geringe Effektstärken als Ergebnisse der Varianzanalysen deuten auf einen geringen Anteil aufgeklärter Varianz durch den

Faktor Akkulturationsstil und seine Konfundierung mit weiteren Variablen hin (s. Abschn. 5.6.1: Tab. 26), so dass im Folgenden auf die Einflüsse des Kohärenzsinn und der soziodemographischen Variablen eingegangen werden soll.

Der Kohärenzsinn spielt neben den Akkulturationsstilen ebenfalls eine große Rolle als gesundheitsfördernder Faktor für das emotionale und das körperliche Befinden (s. Abschn. 5.5: Tab. 24 und 25): Spanier mit einem hohen Kohärenzsinn sind angstfrei-entspannter, vital-aktiver, elativer und positiv gestimmter. Außerdem sind sie weniger ängstlich-depressiv, emotional erschöpft, ängstlich-erregt und negativ gestimmt. Bezogen auf das körperliche Befinden sind sie bei hohem Kohärenzsinn weniger körperlich erschöpft und haben weniger Gliederschmerzen, Magenbeschwerden, Herzbeschwerden und Beschwerdedruck.

Der Kohärenzsinn wirkt sich im Unterschied zu den Akkulturationsstilen demnach nicht nur auf das emotionale, sondern auch auf das körperliche Befinden aus. Besonders stark wirkt sich der Kohärenzsinn auf den negativ konnotierten Skalen des emotionalen Befindens *Ängstlich-depressiv* und *Negative Stimmung* mit Effekten von $r \leq -.70$ aus, so dass seine gesundheitsfördernde Funktion für das negativ konnotierte emotionale Befinden besonders hoch ist. Aber auch auf den restlichen Skalen des emotionalen und des körperlichen Befindens liegen mittlere bis starke Effekte vor, in den meisten Fällen mit einem Wertebereich von $r \leq -.55$ bzw. $r \geq .35$ (vgl. Bortz, 1993, S. 201).

Es ist anzunehmen, dass der Kohärenzsinn sich auf zwei Arten günstig auf das emotionale Befinden direkt auswirkt (vgl. Abschn. 2.4.4): einerseits als biologisches Substrat über physiologische Prozesse, andererseits über transaktionale Bewertungsprozesse, in denen die Belastungssituation als herausfordernd (erhöhte Subkomponente Bedeutsamkeit) und die eigenen Ressourcen als ausreichend bewertet werden (erhöhte Subkomponente Handhabbarkeit). Spanier sind dann beispielsweise weniger ängstlich-depressiv und negativ gestimmt als Deutsche. Auf das körperliche Befinden wirkt sich der Kohärenzsinn langfristig und indirekt über das Gesundheitsverhalten begünstigend aus, z. B. durch die Inanspruchnahme medizinischer Behandlungsmaßnahmen oder Präventionsprogramme, wobei diese Zusammenhänge und ihre Kausalität weiter empirisch zu überprüfen sind.

Im Folgenden werden die signifikanten Effekte soziodemographischer Variablen auf das emotionale und das körperliche Befinden diskutiert: Mit Bezug auf die Variable Generationsstatus zeigen sich gesundheitsfördernde Effekte innerhalb der zweiten Generation mit relativ hohen Effektstärken auf fast allen Skalen des negativ konnotierten emotionalen und des körperlichen Befindens im Vergleich zur ersten Generation (s. Abschn. 5.6.2: Tab. 33 und Tab. 34): Spanier der zweiten Generation sind weniger ängstlich-depressiv, ängstlich-erregt und negativ gestimmt als die erste Generation. Außerdem weisen sie weniger Beschwerdedruck, Gliederschmerzen und Herzbeschwerden, Magenbeschwerden und körperliche Erschöpfung auf im Vergleich zur ersten Generation.

Damit erweitern die Ergebnisse dieser Untersuchung die Befunde von Schrader (2004), die gesundheitsfördernde Effekte der zweiten Generation lediglich in Bezug auf die negative Stimmung und den Beschwerdedruck nachgewiesen hat. Wie auch in den Ergebnissen der genannten Untersuchung (ebd.) verlieren sich die Generationseffekte weitgehend in den sich anschließenden Varianzanalysen unter Einbezug der Kovariaten Alter (s. Anhang C: Tab. C-12 und Tab. C-13). Lediglich auf der Skala *Beschwerdedruck* ergibt sich ein Trend des Faktors Generationsstatus. Vermutlich kommen die in den T-Tests nachgewiesenen Generationseffekte über Einflüsse des Alters zustande, da der ersten Generation überwiegend ältere und der zweiten Generation überwiegend jüngere Spanier angehören.

Zusammen mit den bereits dargestellten signifikanten Effekten des Faktors Akkulturationsstil auf das emotionale Befinden (s. Abschn. 5.6.1), kann anhand der Generationseffekte die Annahme aufgestellt werden, dass gesundheitsfördernde Effekte des Generationsstatus hauptsächlich indirekt über Akkulturationsstile auf das emotionale Befinden vermittelt werden. Für diese Annahme spricht auch, dass auf den Skalen emotionalen Befindens unter Einbezug des Generationsstatus als zweitem Faktor in den Varianzanalysen für den Faktor Akkulturationsstil weitere Effekte auf den Skalen *Angstfrei-entspannt* und *Positive Stimmung* nachgewiesen werden können (s. Anhang C: Tab. C-12). Auf das körperliche Befinden wirken Generationseffekte direkt, da auf den Skalen körperlichen Befindens keine Effekte der Akkulturationsstile nachgewiesen werden konnten. Ein Nachweis der Kausalität der gefundenen Effekte ist in zukünftigen Untersuchungen noch zu erbringen.

Das Zusammenwirken von Generationsstatus und Akkulturationsstilen wird auch durch den signifikanten Interaktionseffekt auf der Skala *Angstfrei-entspannt* deutlich (s. Abschn. 5.6.2: Abb. 16): Die erwartete Rangfolge der Akkulturationsstile bei der Förderung der Gesundheit wird nur für Spanier der zweiten Generation belegt. Bei Spaniern der ersten Generation wirkt sich Assimilation nachteiliger aus als Separation und Marginalisierung. Sie haben nach der Zuwanderung trotz ihrer Anpassungsbemühungen durch Assimilation bei gleichzeitiger Aufgabe des Kontakts zur eigenen ethnischen Gruppe vermutlich keine gesundheitsfördernde soziale Unterstützung durch die deutsche Aufnahmebevölkerung erfahren.

Dies war eine Folge der separativ orientierten deutschen Aufnahmepolitik bis zum Beginn der achtziger Jahre (vgl. Abschn. 2.2.3.2: Georgas & Papastylianou, 1994). Integrationsstrukturen im deutschen medizinischen und sozialen Versorgungssystem waren für Ausländer zu diesem Zeitpunkt in noch nicht ausreichendem Maße vorhanden, und Spanier waren bis dahin im hohen Maß Diskriminierungen ausgesetzt (BFSFJ, 2000a; Saylor, 1987). Die mit dem Einsatz der Assimilationsstrategie verbundenen Anpassungsbestrebungen der ersten Generation waren vermutlich in hohem Maß mit Ängsten verknüpft. In der Literatur gibt es verschiedene Belege eines beeinträchtigten gesundheitlichen Befindens bei bestehender Diskriminierung (vgl. Abschn. 2.2.3.2: Sasao & Chun, 1994; Smith Castro, 2003; Yahedi, 1996; Zarifoglu & Zeiler, 1995).

In dieser Untersuchung können trotz der geringen Fallzahl der spanischen Probanden der ersten Generation bedeutsame Zusammenhänge der soziodemographischen Variablen Aufenthaltsdauer mit emotionalem Befinden bei mittleren Effekten und ein Zusammenhang mit körperlichem Befinden ermittelt werden (s. Abschn. 5.6.3: Tab. 36): Spanier sind mit zunehmender Aufenthaltsdauer positiv gestimmter, elativer, vital-aktiver und angstfrei-entspannter; außerdem weniger ängstlich-depressiv, negativ gestimmt sowie emotional und körperlich erschöpft. Anhand der Streuung der Summenwerte der Skala *Positive Stimmung* um die Regressionsgeraden in Abbildung 17 (Abschn. 5.6.3) wird deutlich, dass dieser Zusammenhang hauptsächlich durch Personen mit einer Aufenthaltsdauer von 30-40 Jahren bedingt wird. In diesem Bereich befinden sich die meisten Summenwerte und sie streuen in einem relativ hohen Wertebereich um die Regressionsgerade.

Diese Ergebnisse stimmen mit dem Ergebnis der Untersuchung von Schrader (2004) überein, nach der mit steigender Aufenthaltsdauer bei Spaniern eine höhere positive Stimmung und geringere negative Stimmung einhergehen. Ähnliche Befunde von Rogner und Kollegen (2001) zeigen, dass bei in Deutschland lebenden Türkinnen mit zunehmender Aufenthaltsdauer auf dem *Emotionalitätsinventar* depressive Beschwerden abnehmen und Freude zunimmt. Es gibt außerdem eine Übereinstimmung mit Cortés (2003), der mit zunehmender Aufenthaltsdauer bei der ersten Generation in die USA zugewanderter Puerto-Ricaner eine Verringerung der psychischen Beeinträchtigung nachgewiesen hat.

Der Zusammenhang der Aufenthaltsdauer mit der *GBB-24*-Skala *Erschöpfung* von Brähler und Scheer (1995) als einziger Skala zur Erfassung des körperlichen Befindens lässt sich dadurch begründen, dass Erschöpfung vermutlich eher als kurzfristige, physiologische Stressreaktion einzuordnen ist, im Gegensatz zu Skalen zur Erfassung von Gliederschmerzen, Magenbeschwerden, Herzbeschwerden, die an eine langfristig basierte somatische Symptomebene gebunden sind.

Die Aufenthaltsdauer wirkt sich im Unterschied zum Generationsstatus unabhängig von den Akkulturationsstilen direkt gesundheitsfördernd auf die kurzfristigen emotionalen Anpassungsreaktionen aus. Dies stimmt mit den Annahmen des *Paradigmas des kulturellen Lernens* überein (Berry 1990a, 1997, 2003; Berry et al., 2002): Für den Einsatz der gesundheitsfördernden Assimilations- und Integrationsstrategie müssen Verhaltensweisen und Einstellungen der Aufnahmekultur erst erlernt werden, so dass kurzfristige Effekte der Aufenthaltsdauer nicht ausreichen, sondern sich langfristige Effekte des Generationsstatus auswirken (vgl. Abschn. 5.6.2).

Dieser Befund einer Verbesserung des emotionalen Befindens mit steigender Aufenthaltsdauer knüpft an die allgemeine Kritik des *Modells des Anstiegs akkulturativen Stresses* an, welches von einem Anstieg akkulturativen Stresses mit zunehmender Aufenthaltsdauer ausgeht (vgl. Abschn. 2.3.2: Berry, 1997, 2006c; Berry et al., 2002; Schmitz, 1992a, 2001). Das Modell des Anstiegs akkulturativen Stresses sollte in dieser Hinsicht weiter kritisch gesehen werden.

Einflüsse des Geschlechts auf das emotionale und das körperliche Befinden lassen sich nur unter Berücksichtigung der Kovariaten Alter in zweifaktoriellen Varianzanalysen

mit den Faktoren Akkulturationsstil oder Berufstätigkeit belegen, da durch die Kovariate Alter die Alterseffekte kontrolliert werden (s. Abschn. 5.6.1: Tab. 26 und Tab. 27 und Abschn. 5.6.7: Tab. 47). Die Geschlechtseffekte können anhand der deskriptiven Mittelwerte der T-Tests aus Abschnitt 5.6.4 in Tabelle 37 interpretiert werden. Insgesamt sind spanische Frauen stärker emotional und körperlich belastet als spanische Männer: Sie sind ängstlich-depressiver, negativ gestimmter und ängstlich-erregter. Außerdem weisen sie mehr körperliche Erschöpfung, Gliederschmerzen, Magenbeschwerden, Herzbeschwerden und Beschwerdedruck auf.

Damit gehen diese Befunde über die nicht eindeutigen Ergebnisse der Untersuchung von Schrader (2004) hinaus, in der sich spanische Frauen im Vergleich zu spanischen Männern einerseits tendenziell freudiger gestimmt (elativer) zeigen und andererseits mehr Gliederschmerzen aufweisen. Einen weiteren empirischen Befund für ein schlechteres Befinden weiblicher Migranten im Vergleich zu männlichen Migranten liefern auch Siefen und Brähler (1996) bei griechischen Jugendlichen und Aussiedler-Jugendlichen mit Hilfe des *Giessener Beschwerdebogens*. Die Ergebnisse dieser Untersuchung stimmen mit der allgemeinen Auffassung in der Literatur überein, dass Frauen nach der Migration einem höheren Stressrisiko ausgesetzt sind als Männer (vgl. Abschn. 2.2.2.2: Berry 1990a, b, 1997, 2006 c; Berry et al., 2002; Schmitz 2001).

Zusammenhänge des Alters mit dem Befinden konnten nicht nachgewiesen werden, mit Ausnahme von *Gliederschmerzen* auf der *GBB-24*-Skala (Brähler & Scheer, 1995). Gliederschmerzen nehmen bei Spaniern mit steigendem Alter zu (s. Abschn. 5.6.5: Tab. 38 und Abb. 18). Die geringe Abhängigkeit der Skalen des Befindens vom Alter könnten damit zusammenhängen, dass *EMO* und *GBB-24* überwiegend psychosomatisch bedingte Beschwerden erfassen, die altersunabhängig auftreten. In Abbildung 18 deutet die überdurchschnittlich hohe Streuung der Summenwerte um die Regressionsgerade bei Spaniern zwischen 40 und 60 Jahren darauf hin, dass der Zusammenhang hauptsächlich durch diesen Wertebereich zustande kommt. Vermutlich sind dies die Spanier, die in den sechziger und siebziger Jahren im Alter von etwa 20 Jahren nach Deutschland zugewandert sind. Die überwiegend einfachen Produktionstätigkeiten führten bei ihnen zu besonders hohen körperlichen Abnutzungserscheinungen (vgl. auch Blahusch, 1992; Girgin, 2000; Özcan & Seifert, 2006; Vahedi, 1996).

Der Befund der Zunahme von Gliederschmerzen mit steigendem Alter ist auch intuitiv plausibel, da es durch Alterungsprozesse häufig zu körperlichen Einschränkungen kommt. Er deckt sich mit weiteren Befunden der Untersuchung von Schrader (2004) hinsichtlich eines schlechteren körperlichen Befindens: Mit steigendem Alter nehmen bei Spaniern neben Gliederschmerzen auch Herzbeschwerden und körperlicher Beschwerdedruck zu. Der Zusammenhang eines schlechteren Befindens mit steigendem Alter wird von vielen Autoren über ein ansteigendes Risiko für akkulturativen Stress begründet (Berry 1990a, b, 1997, 2006 c; Berry et al., 2002; Schmitz, 2001; Smith Castro, 2003). Insgesamt kann die Annahme, dass sich das Befinden mit zunehmendem Alter verschlechtert, unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Untersuchung von Schrader (2004) für das körperliche Befinden als bestätigt gelten.

Effekte des Faktors Ausbildungsstatus können in den Varianzanalysen nur unter Einbezug des Faktors Akkulturationsstil auf den *EMO*-Skalen *Ängstlich-depressiv* und *Negative Stimmung* nachgewiesen werden (s. Abschn. 5.6.6: Tab. 42). Es ergeben sich außerdem die bereits genannten Effekte des Faktors Akkulturationsstil auf den Skalen *Ängstlich-depressiv*, *Elativ* sowie ein Interaktionseffekt auf der *GBB*-Skala *Gliederschmerzen*. Das Auftreten signifikanter Effekte beim Faktor Ausbildungsstatus und beim Faktor Akkulturationsstil auf der Skala *Ängstlich-depressiv* wird als direkter Effekt des Ausbildungsstatus auf das Befinden interpretiert. Dies sollte allerdings hinsichtlich der Kausalität statistisch noch weiter überprüft werden. Interessanterweise ergibt die Interpretation der deskriptiven Mittelwerte, dass Spanier entgegen den Erwartungen bei vorhandenem Ausbildungsabschluss ängstlich-depressiver und negativ gestimmter sind als ohne Abschluss (s. Abschn. 5.6.6: Tab. 45).

Dies steht im Widerspruch zu der vorangegangenen Untersuchung von Schrader (2004), die mit Varianzanalysen gesundheitsfördernde Effekte eines vorhandenen Abschlusses nachgewiesen hatte. Danach weisen Spanier mit Ausbildungsabschluss einen geringeren körperlichen Beschwerdedruck auf als ohne Abschluss. Einen weiteren Befund in dieser Richtung liefert Cheung (1995, zit. n. Balls Organista et al., 2003). Er zeigt, dass die mentale Gesundheit von kambodschanischen Flüchtlingen in Neuseeland mit steigendem Ausbildungsniveau höher ist.

Die zuletzt genannten Befunde entsprechen der gängigen Auffassung in der Literatur, wonach sich der akkultorative Stress mit höherem Ausbildungsstatus und damit einhergehendem höheren sozialen Status verringert. Dies liegt an verbesserten Problemanalyse- und Problemlösungsstrategien, an einer Präferenz für einen kulturell angepassten Akkulturationsstil und an verbessertem Gesundheitsverhalten im Sinne einer Compliance für medizinische Behandlungsmaßnahmen mit steigendem Bildungsniveau. Mit höherem sozialem Status ist zudem der Zugang zum medizinischen Versorgungssystem besser (Berry, 1997, 2006c; Berry et al., 2002; Myers & Rodriguez, 2003; Schmitz, 2001; Weiss, 2003 und s. Abschn. 6.4).

Weiteren Aufschluss über den Widerspruch zwischen Ergebnissen dieser Untersuchung im Vergleich zu der empirischen Befundlage in der Literatur bieten die Interaktionseffekte des Faktors Ausbildungsstatus und des Geschlechts auf den Skalen *Ängstlich-depressiv*, *Angstfrei-entspannt*, *Ängstlich-erregt*, *Elativ* und *Positive Stimmung* (s. Abschn. 5.6.6: Tab. 39): Dabei wird exemplarisch in Abbildung 19 (Abschn. 5.6.6) anhand des Interaktionseffektes auf der Skala *Ängstlich-depressiv* deutlich, dass sich ein fehlender Ausbildungsabschluss nur bei spanischen Frauen begünstigend auf die Gesundheit auswirkt. Demgegenüber sind spanische Männer mit Ausbildungsabschluss weniger ängstlich-depressiv als ohne. Daher ist die Aussage über einen gesundheitsfördernden Einfluss eines vorhandenen Ausbildungsabschlusses entsprechend der Befundlage in der Literatur in soweit genauer zu differenzieren, dass sich ein hoher Ausbildungsstatus gesundheitsfördernd nur bei männlichen Migranten auswirkt. Dieser Befund widerspricht der Auffassung von Schmitz (2001), der zwar ebenfalls von einer Konfundierung der Geschlechtseffekte auf den Ausbildungs- und Beschäftigungsstatus ausgeht, allerdings einen Einfluss eines höheren sozialen Status und somit eines vorhandenen Ausbildungsabschlusses für weibliche Migranten als gesundheitsfördernd annimmt.

Eine Begründung für verringerte Werte auf der Skala *Ängstlich-depressiv* bei Spanierinnen ohne Ausbildungsabschluss im Vergleich zu denen mit Abschluss könnte ein stark ausgeprägtes geschlechtsspezifisches, traditionelles Rollenverständnis in der kollektivistischen, spanischen Kultur sein. Von den Spanierinnen wird nicht so sehr beruflicher Erfolg erwartet, für den eine abgeschlossene Ausbildung erforderlich ist, da in kollektivistischen Kulturen Leistungsorientierung als Wert nicht so sehr zählt.

Stattdessen zählen Werte wie der familiäre Zusammenhalt, Freundlichkeit und Fürsorglichkeit (vgl. Abschn. 2.2.3.1: Bierbrauer, 1996; Kolcak, 1995; Triandis, 1990). Die Rolle als Hausfrau oder Mutter kann in dieser Hinsicht als selbstwertstabilisierende und gesundheitsfördernde Funktion den fehlenden Ausbildungsabschluss kompensieren. Dass Spanierinnen mit Abschluss ängstlich-depressiver sind, kann dadurch erklärt werden, dass sie durch das mit dem Ausbildungsabschluss einhergehende höhere Bildungsniveau häufiger die verminderten Chancen der sozialen Teilhabe z. B. bei institutioneller Diskriminierung, in der Aufnahmegesellschaft an sich wahrnehmen. Die subjektiv erlebte Diskrepanz zwischen ursprünglichen Zielen und eingeschränkten Realisierungsmöglichkeiten wirkt sich bei ihnen negativ auf die Gesundheit aus (vgl. Zarifoglu & Zeiler, 1995).

Gesundheitsfördernde Effekte der Berufstätigkeit können in den Varianzanalysen nur auf den Skalen des emotionalen Befindens *Ängstlich-depressiv* und *Ängstlich-erregt* bei Einbezug des Faktors Geschlecht bestätigt werden (s. Abschn. 5.6.7: Tab. 46). Hierbei weist die Berufsgruppe verbeamteter/ angestellter Spanier im Vergleich zu anderen Berufsgruppen einen Vorteil für die Gesundheit auf (s. Abschn. 5.6.7: Tab. 50): Verbeamtete/ angestellte Spanier sind im Vergleich zu Rentnern weniger ängstlich-erregt und haben weniger Herzbeschwerden. Sie sind im Vergleich zu selbständig tätigen Spaniern weniger negativ gestimmt und haben weniger Gliederschmerzen. Es zeigen sich in den Post-Hoc-Tests mit *LSD-Verfahren* auf mehr Skalen des Befindens signifikante Mittelwertsunterschiede als in den Varianzanalysen. Dies liegt an der stärkeren Fehleranfälligkeit der *LSD-Verfahren* im Vergleich zu den Varianzanalysen (Brosius, 1998).

Die Gruppe der verbeamteten/ angestellten Spanier verfügt über ein höheres Beschäftigungsniveau im Vergleich zu den Berufsgruppen der selbständig tätigen oder der verrenteten Spanier. Und sie hat ein höheres durchschnittliches Einkommen bei hoher Arbeitsplatzsicherheit. Dies hat eine Reduktion von ängstlichen und depressiven Tendenzen zur Folge. Bei der Berufsgruppe Rentner sind außerdem erhöhte Stressrisiken aufgrund des höheren Durchschnittsalters dieser Gruppe möglich (z. B. Berry, 1997). Da für die vorliegende Stichprobe jedoch lediglich Zusammenhänge zwischen Alter und Gliederschmerzen nachgewiesen wurden (s. Abschn. 5.6.5: Tab. 38), kann eine Konfundierung von Alterseffekten mit Effekten der Berufstätigkeit

auf das emotionale Befinden für diese Stichprobe weitgehend ausgeschlossen werden.

Mit dieser Untersuchung kann die Annahme eines gesundheitsfördernden Effektes bei steigendem Beschäftigungsniveau hinsichtlich des emotionalen Befindens bestätigt werden (vgl. Abschn. 2.2.2.2). Diese Untersuchung steht damit im Widerspruch zu den fehlenden, signifikanten Effekten der Berufstätigkeit in der Untersuchung von Schrader (2004). Mögliche Gründe hierfür können in der zusätzlich einbezogenen Kategorie „(Fach-) arbeiter“ des Fragebogenteils soziodemographischer Variablen in der Untersuchung von Schrader (2004) liegen: Es ist möglich, dass sich einige Probanden, die in der Produktion als Facharbeiter angestellt waren, irrtümlicherweise wegen dieser Anstellung dem Beschäftigungsniveau der höher gestellten Kategorie „Angestellte“ zugeordnet haben. Dadurch wurde das Beschäftigungsniveau dieser Gruppe in der Untersuchung von Schrader (2004) künstlich erhöht und bestehende Mittelwertsunterschiede bei der Befragung wurden aufgehoben.

Insgesamt stimmt der Befund der gesundheitsbezogenen Vorrangstellung der verbeamteten/ angestellten Spanier vor Rentnern und selbständig tätigen Spaniern mit der allgemeinen Auffassung in der Literatur überein, dass sich ein hohes Beschäftigungsniveau gesundheitsfördernd auswirkt (vgl. Abschn. 2.2.2.2: Balls Organista et al., 2003; Schmitt-Rodermund & Silbereisen, 1999; Schmitz, 2001). Die gesundheitsfördernde Wirkung eines optimalen Beschäftigungsstatus, verbunden mit steigendem Einkommen, wird ähnlich wie beim Ausbildungsstatus durch den damit einhergehenden hohen sozialen Status, ein besseres Gesundheitsverhalten und bessere Möglichkeit der Inanspruchnahme des medizinischen Versorgungssystems begründet (vgl. Abschn. 2.2.2.2: Berry, 1997, 2006c; Berry et al., 2002; Myers & Rodriguez, 2003; Schmitz, 2001; Weiss, 2003).

In den folgenden Abschnitten 6.3 und 6.4 werden signifikante Zusammenhänge des Kohärenzsinn und der Akkulturationsstile mit soziodemographischen Variablen im Hinblick auf die indirekte Vermittlung der soziodemographischen Einflüsse durch diese beiden Variablen auf das Befinden diskutiert.

6.3 Kohärenzsinn der Spanier und Einflussfaktoren

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse bezüglich der Annahme von Fragestellung 2 diskutiert, die bei Spaniern einen geringer ausgeprägten Kohärenzsinn im Vergleich zu Deutschen annimmt. Anschließend werden die nach Fragestellung 5 erwarteten Effekte soziodemographischer Variablen und der Akkulturationsstile bezüglich des Kohärenzsinn diskutiert. Die Diskussion basiert nur auf Ergebnissen dieser Untersuchung, da in der Untersuchung von Schrader (2004) der Kohärenzsinn als relevantes Konstrukt nicht mit einbezogen wurde.

Entgegen den Erwartungen weisen Spanier der aktuellen Stichprobe einen geringfügig höher ausgeprägten Kohärenzsinn auf als Deutsche. Dieser Unterschied der Mittelwerte ist jedoch nicht signifikant, so dass die Annahme eines für beide Kulturen unterschiedlich ausgeprägten Kohärenzsinn verworfen werden kann (s. Abschn. 5.3: Tab. 21).

Dieser Befund deutet darauf hin, dass das Konstrukt Kohärenzsinn unabhängig von der Kultur ist. Der fehlende, signifikante Unterschied der Mittelwerte des Kohärenzsinn von Spaniern und Deutschen wirft im Vergleich zu den signifikanten Unterschieden der Mittelwerte des emotionalen und des körperlichen Befindens bei Spaniern und Deutschen vor dem Hintergrund der ermittelten signifikanten Korrelationen des Kohärenzsinn mit dem Befinden verschiedene Fragen auf (vgl. Abschn. 5.2: Tab. 19 und Tab. 20 mit Abschn. 5.5: Tab. 24 und Tab. 25). Wenn es Zusammenhänge des Kohärenzsinn mit dem Befinden gibt, müssten mit signifikanten Unterschieden der Mittelwerte des Befindens und auch signifikante Unterschiede des Kohärenzsinn zwischen Spaniern und Deutschen einhergehen. Eine mögliche Erklärung für diesen inkonsistenten Befund ist, dass sich der Kohärenzsinn in den einzelnen Kulturen in unterschiedlichem Ausmaß auswirkt oder von einer bisher nicht berücksichtigten dritten Variablen beeinflusst wird. Dies sollte in zukünftigen Untersuchungen mit Längsschnitt-Design und Mehrgruppenvergleich als Voraussetzung für eine Interpretation der Ergebnisse im Hinblick auf die kausale Auswirkung des Kohärenzsinn auf das Befinden untersucht werden (vgl. Abschn. 6.5).

Eine weitere Erklärung für die hier nicht belegbaren, aber vermuteten Unterschiede der Mittelwerte des Kohärenzsinn von Spaniern und Deutschen können auch Mängel der Meßmethode sein, da die *Leipziger Kurzsкала* von Schumacher und Kollegen (2000a) mit neun Items relativ kurz ist. Außerdem wurde sie trotz der ursprünglichen theoretischen Annahme einer dreifaktoriellen Substruktur des Kohärenzsinn eindimensional konzipiert (vgl. Abschn. 4.1.3: z. B. Antonovsky, 1997). Möglicherweise wurden relevante Item-Inhalte der Subkomponente Handhabbarkeit des Kohärenzsinn nicht mit erfasst, die die kulturellen Einflüsse auf den Kohärenzsinn vermittelt (vgl. Abschn. 2.4.4). Der Deckeneffekt und die Tendenzen zu positiven Antworten auf der *Leipziger Kurzsкала* können ebenfalls dazu geführt haben, dass relevante Item-Varianz nicht erfasst wurde. Die Items in dieser Skala sind relativ lang und können durch die Übersetzung ins Spanische in ihrer Bedeutung verzerrt worden sein. Dies kann zu Einschränkungen der Validität geführt haben (vgl. Abschn. 2.2.4: Quekelberghe, 1991 und Abschn. 6.1).

In den folgenden Abschnitten werden nachgewiesene Effekte auf den Kohärenzsinn zur Überprüfung der Annahmen in Fragestellung 5 diskutiert:

Effekte der Akkulturationsstile auf den Kohärenzsinn wurden unter Einbezug des Faktors Geschlecht in der Varianzanalyse als Trend nachgewiesen (s. Abschn. 5.6.1: Tab. 28). Dieser Befund weist einerseits auf eine Vermittlung indirekter Effekte der Akkulturationsstile über den Kohärenzsinn in Bezug auf das emotionale Befinden und andererseits auf direkte Effekte des Kohärenzsinn auf das emotionale und das körperliche Befinden hin (s. Abschn. 5.5: Tab. 24 und Tab. 25; Abschn. 5.6.1: Tab. 26 und Abschn. 6.2).

Die Mittelwerte in Tabelle 29 (Abschnitt 5.6.1) zeigen einen Zusammenhang von Kohärenzsinn und Akkulturationsstilen in folgender abfallender Rangfolge: Integration, Assimilation, danach Separation und schließlich Marginalisierung. Sie verhalten sich analog zu der Rangfolge der Akkulturationsstile bezüglich der Gesundheit beim emotionalen Befinden. Allerdings konnte in den sich anschließenden Post-Hoc-Analysen zur Überprüfung auf Signifikanz lediglich nachgewiesen werden, dass die Marginalisierungsstrategie verglichen mit den drei anderen Akkulturationsstile den geringsten Kohärenzsinn nach sich zieht (s. Abschn. 5.6.1: Tab. 32).

Der geringe Kohärenzsinn bei Einsatz der Marginalisierungsstrategie kann dadurch erklärt werden, dass soziale Unterstützung für das Gesundheitsverhalten weder durch das Laiengesundheitssystem und die traditionelle, volksmedizinische Behandlung der eigenen ethnischen Gruppe, noch durch das professionelle Gesundheitssystem des Aufnahmelandes in Anspruch genommen werden. Häufig fällt mit der Abkehr von der eigenen Kultur die soziale Unterstützung durch die eigene Familie weg. Außerdem kann es zu einem eingeschränkten sozialen Status im Aufnahmeland kommen, z. B. wegen eines fehlenden Ausbildungsabschlusses oder verminderten Einkommens, und daraus ergeben sich geringere generalisierte Widerstandsressourcen (GRR) bei der Stressbewältigung. Es resultieren inkonsistente, negative Bewältigungserfahrungen, die zu einer Verringerung des Kohärenzsinn über die verminderten Subkomponenten Bedeutsamkeit und Handhabbarkeit führen (vgl. Abschn. 2.3.5: Balls Organista et al., 2003; Berry, 1990a, 1995; Chun & Akutsu, 2003; Hänze & Lantermann, 1999; Abschn. 2.4.2: Faltermaier, 2001). Auch die Übernahme von internalen Kontrollüberzeugungen und gesundheitsfördernden annäherungsorientierten Coping in der Aufnahmegesellschaft, die mit aktiver, konstruktiver Stressbewältigung einhergehen, werden durch den Einsatz der kulturell nicht angepassten Marginalisierungsstrategie ähnlich wie bei der Separationsstrategie verhindert.

Demgegenüber stehen bei der Separationsstrategie generalisierte Widerstandsressourcen, z. B. soziale Unterstützung durch die eigene ethnische Gruppe, und bei Einsatz der Assimilationsstrategie psychosoziale Unterstützungssysteme des Aufnahmelandes zur Verfügung, wie z. B. das medizinische Versorgungssystem. Wenn psychosoziale Unterstützung in gleichem Maße von der eigenen ethnischen wie von der Gruppe des Aufnahmelandes in Anspruch genommen wird, können bei Einsatz der Integrationsstrategie aufgrund hoher generalisierter Widerstandsressourcen, z. B. eines hohen sozialen Status, häufiger konsistente und positive Bewältigungserfahrungen gemacht werden. Der Kohärenzsinn ist bei der Integration am höchsten ausgeprägt (s. Abschn. 5.6.1: Tab. 29). Weitere empirische Belege bezüglich der Signifikanz der Unterschiede der Mittelwerte sind noch erforderlich, um sichere Aussagen über die Rangfolge der Integrations-, Assimilations- und Separationsstrategie im Hinblick auf den Kohärenzsinn treffen zu können.

Im Vergleich zu den diskutierten Akkulturationsstilen können Generationeneffekte in Bezug auf den Kohärenzsinn nicht signifikant nachgewiesen werden. Die Aussage, dass Spanier der ersten Generation über einen geringeren Kohärenzsinn im Vergleich zu denen der zweiten Generation verfügen, kann nur auf die vorliegende Stichprobe bezogen werden (s. Abschn. 5.6.2: Tab. 35; Anhang C: Tab. C-14). Für die fehlende Signifikanz der Unterschiede zwischen den Generationen können analog zu den nicht nachgewiesenen, signifikanten Unterschieden der Mittelwerte des Kohärenzsinn zwischen Spaniern und Deutschen die bereits genannten Validitätseinschränkungen angeführt werden (s. o.).

Mit zunehmender Aufenthaltsdauer steigt der Kohärenzsinn bei Spaniern der ersten Generation tendenziell an (s. Abschn. 5.6.3: Tab. 36). Dies spricht zusammen mit den nicht nachgewiesenen Effekten des Generationsstatus auf den Kohärenzsinn dafür, dass der Kohärenzsinn während des Akkulturationsprozesses durch kurzfristige Effekte der Aufenthaltsdauer beeinflusst wird. Daraus resultiert die Annahme zusammen mit den Ergebnissen in Abschnitt 6.2, dass Effekte der Aufenthaltsdauer über den Kohärenzsinn auf das emotionale Befinden vermittelt werden. Demgegenüber wird angenommen, dass langfristige Effekte des Generationsstatus über Akkulturationsstile auf das emotionale Befinden vermittelt werden (vgl. Abschn. 6.2 und Abschn. 6.4). Die Kausalität dieser Annahmen ist noch zu belegen.

Eine Erklärung liefert die Sichtweise des Kohärenzsinn als einer kaum veränderbaren Lebensorientierung und stabilen Persönlichkeitsdisposition. Demgegenüber sind Akkulturationsstile als Konglomerat aus Einstellungs- und Verhaltenskomponenten zusammengesetzt. Umfassende Verhaltens- und Einstellungsänderungen werden bei Akkulturationsstilen nach dem *Paradigma des kulturellen Lernens* nur über kulturelles Lernen selbst erworben. Hierbei sind generationsübergreifende Zeiträume von schätzungsweise mindestens zwanzig Jahren zu berücksichtigen, damit der Generationsstatus als Einflussfaktor eine Rolle spielt (Berry, 2006b; Berry et al., 2002; Geyer, 2001; Schmitz, 2001; Weiss, 2003). Die kurzfristigen Einflüsse der Aufenthaltsdauer auf den Kohärenzsinn sind nicht auf eine Änderung des Kohärenzsinn an sich zurückzuführen, sondern auf einen vermehrten Aufbau von generalisierten Widerstandsressourcen z. B. die Erhöhung des sozialen Status mit zunehmendem Einkommen. Diese führen über eine positive Einschätzung der eigenen

Bewältigungsressourcen und über konsistente, positive Bewältigungserfahrungen indirekt zu einem Anstieg des Kohärenzsinn.

Geschlechtseffekte in Bezug auf den Kohärenzsinn wurden nicht signifikant nachgewiesen, so dass die Aussage lediglich für die vorliegende Stichprobe getroffen werden kann, dass spanische Frauen einen durchschnittlich höheren Kohärenzsinn aufweisen als spanische Männer (s. Abschn. 5.6.4: Tab. 37). Dieser Befund widerspricht den signifikanten Geschlechtseffekten des Befindens und der allgemeinen Auffassung in der Literatur, wonach Frauen nach Migration stärker gesundheitlich belastet sind als Männer (vgl. Abschn. 2.2.2.2: Berry 1990a, b, 1997, 2006c; Berry et al., 2002; Schmitz 2001 und Abschn. 6.2). In zukünftigen Untersuchungen sollte diese inkonsistente Befundlage der Geschlechtseffekte im Hinblick auf Kohärenzsinn und Befinden durch signifikante Befunde aufgeklärt werden.

Alterseffekte in Bezug auf den Kohärenzsinn können ebenfalls nicht nachgewiesen werden. Ein Korrelationswert von Null deutet auf die völlige Unabhängigkeit des Kohärenzsinn vom Alter hin und wird aufgrund fehlender Signifikanz der vermuteten Alterseffekte bestätigt (s. Abschn. 5.6.5: Tab. 38). Die Unabhängigkeit vom Alter lässt sich dadurch begründen, dass dieses Konstrukt des Kohärenzsinn eine Persönlichkeitsdisposition ist, die an sich nicht veränderbar ist. Auch kann das Alter nicht als eine generalisierte Widerstandsressource angesehen werden, die sich begünstigend auf den Kohärenzsinn auswirkt.

Dieser Befund widerspricht einem gegenteiligen Befund von Schumacher und Kollegen (2000a), die in einer Untersuchung mit Hilfe von statistischen Tests Alterseffekte auf verschiedenen Skalen u. a. auch auf der *Leipziger Kurzskala* nachgewiesen haben. Die Autoren (ebd.) geben an, dass der Kohärenzsinn mit steigendem Alter abnimmt. Ihrer Ansicht nach sind die Befunde für Alters- und Geschlechtseffekte relativ heterogen. Der Befund dieser Untersuchung hinsichtlich der Geschlechts- und Altersunabhängigkeit des Kohärenzsinn stimmt demgegenüber mit der theoretischen Annahme von Antonovsky (1987) überein, dass der Kohärenzsinn von soziodemographischen Einflüssen weitgehend unabhängig ist. Zur Bestätigung dieser Annahme von Antonovsky (1987) sind noch weitere Untersuchungen erforderlich.

Zusammen mit einem Effekt des Faktors Akkulturationsstil lassen sich Effekte des Ausbildungsstatus in Bezug auf den Kohärenzsinn in Varianzanalysen bestätigen (s. Abschn. 5.6.6: Tab. 44). Die Ergebnisse einer Interpretation der Mittelwerte in Tabelle 45 weichen von den Erwartungen ab. Spanier ohne Ausbildungsabschluss weisen einen durchschnittlich höheren Kohärenzsinn auf als mit Abschluss. In Analogie zum vorangegangenen Abschnitt 6.2 lässt sich dieser widersprüchliche Befund zusammen mit weiteren Ergebnissen der Varianzanalysen unter Einbezug des Faktors Geschlecht über einen tendenziellen Interaktionseffekt des Faktors Ausbildungsabschluss mit dem Geschlecht erklären (s. Abschn. 5.6.6: Tab. 41 und Abb. 20): Nur bei Spanierinnen ohne Abschluss ist der Kohärenzsinn im Vergleich zu Spanierinnen mit Abschluss höher. Umgekehrt ist der Kohärenzsinn bei spanischen Männern mit vorliegendem Abschluss höher im Vergleich zu den spanischen Männern ohne Abschluss.

Dieser Befund lässt sich unter dem Aspekt der traditionellen, geschlechtsspezifischen Rollenverteilung kollektivistischer Kulturen verstehen (vgl. Abschn. 2.2.3.1: Triandis, 1990): Der Mann gilt in kollektivistischen Kulturen als Oberhaupt der Familie und ist der Frau hierarchisch übergeordnet. Er ist der Hauptverdiener des familiären Einkommens, und dafür bildet das Vorhandensein eines Abschlusses eine wesentliche Voraussetzung. Der Ausbildungsabschluss ist bei spanischen Männern als wichtige generalisierte Widerstandsressource (GRR) im Hinblick auf die Berufstätigkeit anzusehen. Demgegenüber hat bei weiblichen Migranten die Rolle als Hausfrau und Mutter bei der Alltagsbewältigung eine größere Relevanz als generalisierte Widerstandsressource, und dafür ist ein Abschluss nicht erforderlich (vgl. Abschn. 6.2).

Ein signifikanter Effekt der Berufstätigkeit unter Einbezug des Faktors Geschlecht zeigt sich auch in Bezug auf den Kohärenzsinn (s. Abschn. 5.6.7: Tab. 48 und Tab. 50): Verbeamtete/angestellte Spanier haben einen höheren Kohärenzsinn im Vergleich zu Rentnern, sich in Ausbildung befindenden oder selbständig tätigen Spaniern. Der Berufsgruppe verbeamtete/angestellte Spanier wird das höchste Beschäftigungsniveau im Vergleich zu den anderen drei Berufsgruppen zugeordnet (vgl. Abschn. 6.2). Daraus resultiert ein höherer sozialer Status, der in der sekundären Bewertung des transaktionalen Stressprozesses eine günstigere Bewertung der eigenen Ressourcen und Bewältigungsmöglichkeiten zur Folge hat. Bessere Zugangsmöglichkeiten zum medizinischen Versorgungssystem und zu sozialen Netzwerken führen zu einer

besseren Einschätzung der Subkomponente Handhabbarkeit. Daher ist der Berufsstatus wegen des zugrundeliegenden Beschäftigungsniveaus als weitere generalisierte Widerstandsressource (GRR) anzusehen.

Im folgenden Abschnitt 6.4 wird der Vermittlerfunktion des Kohärenzsinnns die Funktion der Akkulturationsstile bei der Vermittlung soziodemographischer Einflüsse gegenübergestellt.

6.4 Akkulturationsstile der Spanier und Einflussfaktoren

In diesem Abschnitt werden zur Überprüfung der in Fragestellung 3 und 6 aufgestellten Annahmen die Häufigkeiten der eingesetzten Akkulturationsstile bei Spaniern im Hinblick auf zugrunde liegende Einflüsse soziodemographischer Variablen interpretiert. Dazu werden vergleichend die Ergebnisse der Untersuchung von Schrader (2004) und die Annahmen des Akkulturationsmodells, insbesondere bezogen auf die deutsche Aufnahmegesellschaft und deren Integrationspolitik, herangezogen.

Die Präferenz der Spanier für den Einsatz der Assimilations- und der Separationsstrategie mit 31 % und 32 % kann erwartungsgemäß bestätigt werden (s. Abschn. 5.4: Tab. 23). Integration und Marginalisierung werden lediglich mit 18 % und 19 % von ihnen eingesetzt. Schrader (2004) liefert einen weiteren Beleg für die Annahme des mehrheitlichen Einsatzes der Assimilations- und Separationsstrategie in Deutschland lebender Spanier: In der Untersuchung von Schrader (2004), die im Jahr 2003 durchgeführt wurde, präferieren 33 % die Assimilationsstrategie, 32 % die Separationsstrategie, 18 % die Integrationsstrategie und 17 % die Marginalisierungsstrategie.

Da die Akkulturationsstrategien beider Untersuchungen über einen Mediansplit auf Nominalskalenniveau ermittelt wurden, können die Häufigkeiten der Akkulturationsstrategien nicht signifikant auf die Population aller in Deutschland lebenden Spanier verallgemeinert werden. Allerdings lassen sie sich aufgrund vergleichbarer Stichprobenmerkmale in beiden Untersuchungen auf in Deutschland lebende spanische Gastarbeiter verallgemeinern (vgl. auch Abschn. 6.1).

Auffällig ist, dass in beiden Untersuchungen die zwei Strategien mit hoher Ausprägung auf nur einer kulturellen Dimension an erster Stelle stehen. Eine Erklärung dafür liefert die schwach negative Korrelation zwischen beiden kulturellen Dimensionen und die Annahme einer eindimensionalen Struktur des Akkulturationskonstrukts (s. Anhang C: Tab. C-8 und Abschn. 6.1). Eine negative Korrelation zwischen der spanischen und deutschen Kultur wurde bereits in der Untersuchung von Schrader (2004) ermittelt. Dort wird anhand des Streudiagramms deutlich, dass ihr ein linearer Zusammenhang

zugrundeliegt (Schrader, 2004, S. 104: Abb. 14). Hohe Ausprägungen einer kulturellen Orientierung gehen mit niedrigen Ausprägungen der anderen kulturellen Orientierung einher. Eine positive Korrelation zwischen beiden Orientierungen würde demgegenüber dafür sprechen, dass die Ausprägungen einer kulturellen Orientierung mit ähnlich hohen Ausprägungen der anderen kulturellen Orientierung auftreten würden. Damit würde mehrheitlich die Marginalisierungs- und Integrationsstrategie von den Spaniern eingesetzt.

Die ermittelten Häufigkeiten der Akkulturationsstrategien in beiden Untersuchungen widersprechen einem Befund von Delgado (1966), nach dem kurz nach der ersten Zuwanderungswelle in den sechziger Jahren von Spaniern der ersten Generation mehrheitlich die Integrations- und die Separationsstrategie eingesetzt wurden. Es lassen sich mehrere Gründe anführen, warum zum damaligen Zeitpunkt von der ersten Generation spanischer Zuwanderer die Assimilationsstrategie noch nicht präferiert wurde:

- Bei der Assimilationsstrategie werden lediglich Anteile der neuen Kultur erlernt. Dabei ist der Erwerb der Lerninhalte im Sinne des kulturellen Lernparadigmas maximal, so dass dafür eine längere Aufenthaltsdauer notwendig ist (Abschn. 2.2.1.3: Berry 1990a, 1997, 2003; Berry et al., 2002).
- Der Einsatz der Assimilationsstrategie zog in den sechziger Jahren bedingt durch die auf Separation ausgerichtete deutsche Aufnahmepolitik mehr Diskriminierung durch die deutsche Aufnahmebevölkerung nach sich. Integrationsstrukturen im psychosozialen und medizinischen Versorgungssystem fehlten (BFSFJ, 2000a; Georgas & Papastylianou, 1994; Saylor, 1987).
- Deswegen war der Einsatz von Assimilation bei Spaniern der ersten Generation mit mehr Ängsten verknüpft als der Einsatz von Separation und Marginalisierung (s. Abschn. 5.6.2: Abb. 16 und Abschn. 6.2).

Mit dem 1980 verabschiedeten *Grundsatzkonzept zur Integration ausländischer Arbeitnehmer* wurden zunehmend Integrationsstrukturen geschaffen, verbunden mit einer Erwartungshaltung kultureller Einheitlichkeit der deutschen Aufnahmebevölkerung (Saylor, 1987). Diese monistische Erwartungshaltung zog bei

Migranten u. a. den vermehrten Einsatz von Assimilation und Separation nach sich (Berry 1990a, b; Zick et al., 2001).

Ein Beispiel für die von der Gesellschaft erwartete Assimilation durch die deutsche Aufnahmegesellschaft ist das am 01.01.2000 in Kraft getretene *Gesetz zur Reform des Staatsangehörigkeitsrecht*, das die Einbürgerung an ein „bedeutendes Integrationskriterium“ wie die Beherrschung der deutschen Sprache koppelt (John, 2002). Dadurch kommt es zu einer Verringerung des Anteils der Integrationsstrategie bei Spaniern zu Gunsten eines vermehrten Einsatzes der Assimilationsstrategie. Dies entspricht auch einem Befund von Zick und Kollegen (2001, zit. n. Oudenhoven, 2006), wonach Migranten verschiedener Nationalitäten in Deutschland vermehrt die Assimilationsstrategie verfolgen.

Begründen lässt sich der Wechsel von der überwiegend eingesetzten Integrationsstrategie zur Assimilationsstrategie mit Hilfe des Einflusses der soziodemographischen Variablen Generationsstatus. Es ergibt sich ein signifikanter Generationseffekt (s. Abschn. 5.7.1: Tab. 51): 40 % der Spanier der ersten Generation präferieren die Separationsstrategie und 51 % der zweiten Generation die Assimilationsstrategie jeweils im Vergleich zu den anderen drei Strategien. Dieser Befund deckt sich auch mit dem Ergebnis der Untersuchung von Schrader (2004). Damit lässt sich die von Spaniern überwiegend präferierte Separationsstrategie in beiden Untersuchungen auf die erste Generation und die überwiegend präferierte Assimilationsstrategie auf die zweite Generation zurückführen.

Es kann vermutet werden, dass viele Spanier der ersten Generation, die ursprünglich die Integrationsstrategie präferiert haben, nach Spanien zurück gekehrt sind. Der Anteil derer, die ursprünglich die Integrationsstrategie verfolgt haben, hat sich gegenüber denen mit Assimilations- oder Separationsstrategie verringert. Die in Deutschland verbliebenen spanischen Gastarbeiter der ersten Generation verfolgen überwiegend die Separationsstrategie. Dazu tragen auch die Vernachlässigung kultureller Eigenheiten von Migranten im medizinischen Versorgungssystem und die unzureichende Sozialpolitik für „Gastarbeiter-Rentner“ bei (vgl. Meier-Braun, 1998). Die heranwachsende zweite Generation der Spanier hat sich weitgehend an die deutsche

Aufnahmekultur angepasst und präferiert die Assimilationsstrategie. Dies führt zu fehlendem Nachwuchs und Mitgliederschwund in spanischen Vereinen (vgl. Kap. 3).

Eine weitere Erklärung für eine Verringerung der Integrationsstrategie könnte auch darin bestehen, dass der Einsatz von Integration ein höheres innerpsychisches Konfliktpotential birgt: Es müssen Anteile aus unterschiedlichen Kulturen in die kulturelle Identität integriert werden, d. h. in etwa gleichem Maß Anteile der neuen Kultur erlernt wie Anteile der eigenen Kultur aufrechterhalten werden. Dies ist vor dem Hintergrund einer fehlenden, pluralistischen gesellschaftlichen Orientierung und einer gesellschaftlich erwarteten Assimilation in Deutschland weitaus schwieriger zu erreichen (Berry, 1990a, 1997, 1998, 2003, 2006b, c; Berry et al., 2002; Ehrensaft & Tousignant, 2006; Smith Castro, 2003; Ward & Leong, 2006).

Im Gegensatz zu den nachgewiesenen Effekten des Generationsstatus können keine Hinweise auf einen Zusammenhang der Aufenthaltsdauer mit Akkulturationsstrategien gefunden werden (s. Abschn. 5.7.2: Tab. 52). Allerdings lassen sich durch eine Interpretation der signifikanten korrigierten, standardisierten Residuen innerhalb bestimmter Zeitabschnitte der Aufenthaltsdauer Präferenzen für eine bestimmte Akkulturationsstrategie ermitteln. Spanier dieser Stichprobe bevorzugen bei einer Aufenthaltsdauer bis zu 10 Jahren die Marginalisierungsstrategie, zwischen 20-30 Jahren die Assimilationsstrategie und zwischen 40-50 Jahren die Integrationsstrategie, jeweils im Vergleich zu den anderen drei Strategien. Das Abweichen des nicht signifikanten χ^2 -Testwertergebnis von den signifikanten Residuen wurde möglicherweise durch zu geringe Zellbesetzungen der Kontingenzanalyse bedingt, da lediglich $n=61$ Probanden zur Kontrolle des Generationsstatus verrechnet wurden.

Gemäß den signifikanten, korrigierten, standardisierten Residuen ergibt sich nach der Migration noch keine Präferenz für eine bestimmte kulturelle Orientierung. Diese bildet sich erst mit zunehmender Aufenthaltsdauer aus. Der überwiegende Einsatz der Integrationsstrategie ab einer Aufenthaltsdauer von etwa 40 Jahren untermauert die bereits formulierte Annahme des kulturellen Lernparadigmas (s. o.): Für die Integration ist eine längere Aufenthaltsdauer zum Erlernen eigener und fremder kultureller Anteile erforderlich. Die für eine bestimmte Aufenthaltsdauer nachgewiesenen Präferenzen für einen Akkulturationsstil können nur auf die Spanier dieser Stichprobe bezogen werden.

In der Untersuchung von Schrader (2004) wurden keine Zusammenhänge der Aufenthaltsdauer mit den Akkulturationsstilen ermittelt. Diese Befunde liefern einen weiteren Beleg für die in Abschnitt 6.3 vermutete Auswirkung langfristiger Effekte des Generationsstatus auf die Akkulturationsstile und kurzfristiger Effekte der Aufenthaltsdauer auf den Kohärenzsinn.

Für die soziodemographische Variable Geschlecht ergibt sich ein tendenzieller Zusammenhang mit der aus den Akkulturationsstilen zusammengefassten Variablen kulturelle Anpassung (s. Abschn. 5.7.3: Tab. 53). Die korrigierten Residuen liegen nicht im Signifikanzbereich, so dass der Befund der kulturellen Angepasstheit der spanischen Frauen und der kulturellen Nicht-Angepasstheit der spanischen Männer nur auf diese Stichprobe bezogen werden kann. Allerdings kann der Geschlechtseffekt mit einem weiteren Geschlechtseffekt aus der Untersuchung von Schrader (2004) differenziert werden: Spanier setzen in der genannten Untersuchung signifikant häufiger als erwartet und Spanierinnen signifikant weniger häufig als erwartet die kulturell nicht-angepasste Marginalisierungsstrategie ein. Zwar passt die Annahme der größeren kulturellen Angepasstheit von Spanierinnen dieser Stichprobe zu dem Befund, dass sie über einen höheren Kohärenzsinn als Spanier dieser Stichprobe verfügen, dies widerspricht allerdings der allgemeinen Auffassung in der Literatur, dass bei weiblichen Migranten ein höheres Risiko für akkulturativen Stress besteht (vgl. Abschn. 2.2.2.2: Berry 1990a, b, 1997, 2006c; Berry et al., 2002; Schmitz 2001; Abschn. 6.2 und Abschn. 6.3).

Die erwarteten Zusammenhänge der Akkulturationsstile mit dem Alter werden in dieser Untersuchung bestätigt (s. Abschn. 5.7.4: Tab. 54). Es ergibt sich anhand der Interpretation der korrigierten Residuen, dass jüngere Spanier bis zu einem Alter von 50 Jahren häufiger als erwartet die Assimilationsstrategie und ältere Spanier ab einem Alter von 51 Jahren häufiger als erwartet die Separationsstrategie einsetzen. Damit stimmen diese Ergebnisse mit denen der Untersuchung von Schrader (2004) in Bezug auf Zusammenhänge der Akkulturationsstile mit dem Alter überein. In der genannten Untersuchung (ebd.) ergibt sich eine Präferenz jüngerer Spanier bis zu einem Alter von 40 Jahren für Assimilation sowie eine Präferenz älterer Spanier ab 41 Jahre für Separation.

Schmitz (2001) liefert eine Erklärung für den häufigeren Einsatz der kulturell nicht-angepassten Separationsstrategie bei älteren Spaniern. Seiner Ansicht nach nehmen mit dem Alter die Aktivität ab und Introversion und Selbstbezogenheit zu, so dass die geistige Flexibilität beim Einstellen auf neue Situationen und die Aufnahme neuer Information in das Überzeugungssystem vermindert sind. Entsprechende Fähigkeiten wären allerdings für das kulturelle Lernen nach dem Paradigma des kulturellen Lernens erforderlich um die kulturell angepasste Assimilations- oder Integrationsstrategie anzuwenden. Es ist für ältere Spanier einfacher, die kulturell nicht-angepasste Separations- oder Marginalisierungsstrategie einzusetzen (Berry 1990a, 1997, 2003; Berry et al., 2002).

Interessant ist, dass trotz des gleichen Durchschnittsalters der Probanden dieser und der Untersuchung von Schrader (2004) Spanier dieser Untersuchung die Separationsstrategie ab einem höheren Alter von 51 Jahren präferieren als die befragten Spanier ab 41 Jahren in der Untersuchung von Schrader (2004) im Jahr 2003. Dies kann ein Indiz dafür sein, dass sich die gesellschaftlichen Voraussetzungen im Lauf der letzten Jahre für den Einsatz der Assimilationsstrategie verbessert haben und sich Integrationsdefizite erst ab einem fortgeschrittenen Alter ungünstig auswirken. Diese Annahme sollte jedoch durch empirische Befunde in zukünftigen Untersuchungen bestätigt werden.

Weiterhin ergeben sich signifikante Zusammenhänge des Ausbildungsstatus mit den Akkulturationsstrategien. Die Interpretation der standardisierten, korrigierten Residuen zeigt eine Präferenz der Spanier ohne Abschluss für die Separationsstrategie und mit vorhandenem Abschluss für die Assimilationsstrategie (s. Abschn. 5.7.5: Tab. 55). Damit entspricht dieses Ergebnis dem der Untersuchung von Schrader (2004) und den Annahmen der Fragestellungen dieser Untersuchung, wonach das Ausmaß kultureller Anpassung mit vorhandenem Ausbildungsabschluss zunimmt.

Die Präferenz für die Assimilationsstrategie bei vorhandenem Abschluss lässt sich durch das damit einhergehende höhere Bildungsniveau und eine zunehmende kulturelle Anpassung erklären. Migranten mit höherem Bildungsniveau können sich besser auf neu zu erlernende kulturelle Inhalte, wie z. B. die Sprache und geänderte

kulturspezifische Verhaltensnormen einstellen (vgl. Berry, 1997; Berry et al., 2002; Weiss, 2003).

Im Gegensatz zu den nachgewiesenen Zusammenhängen des Ausbildungsstatus mit den Akkulturationsstilen können die signifikanten Zusammenhänge der Berufstätigkeit mit Akkulturationsstilen wegen fehlender Voraussetzungen der Chi-Quadrat-Verfahren nicht interpretiert werden (s. Abschn. 5.7.6: Tab. 56). Allerdings lassen sich die signifikanten korrigierten, standardisierten Residuen hinsichtlich einer Präferenz der einzelnen Berufsgruppen für einen bestimmten Akkulturationsstil interpretieren: Spanier in Ausbildung präferieren signifikant häufiger den Marginalisierungsstil, verbeamtete/ angestellte Spanier den Assimilationsstil und verrentete Spanier den Separationsstil, jeweils im Vergleich zu den anderen drei Stilen.

Die Präferenz der sich in Ausbildung befindenden Spanier für die Marginalisierungsstrategie lässt sich damit begründen, dass für die Entwicklung einer eindeutigen kulturellen Identität im Sinne des Paradigmas des kulturellen Lernens zum Erwerb neuer kultureller Verhaltensweisen ein bestimmtes Alter und ein bestimmtes Bildungsniveau erforderlich ist (vgl. Abschn. 2.2.1.3: Berry 1990a, 1997, 2003; Berry et al., 2002). Dieses Alters- und Bildungsniveau wird überwiegend von sich in Ausbildung befindenden Spaniern noch nicht erreicht. Bei Spaniern, die sich im Angestellten-/ Beamtenstatus befinden, kann ein Abschluss einer Ausbildung vermutet werden. Dieser erhöht aufgrund des damit einhergehenden Bildungsniveaus die Wahrscheinlichkeit für den Einsatz von Assimilation, z. B. durch bestehende Sprachkenntnisse (s.o. und vgl. Abschn. 5.7.5). Der von spanischen Rentnern in Deutschland überwiegend präferierte Separationsstil lässt sich bei dieser Gruppe durch das erhöhte Durchschnittsalter und die Zugehörigkeit zur ersten Generation erklären (s.o. und s. Abschn. 5.7.1 und Abschn. 5.7.4). Ergebnisse aus der Untersuchung von Schrader (2004) zur Bestätigung dieser Annahmen existieren nicht. Für die Bestätigung eines Zusammenhangs der Akkulturationsstile mit der soziodemographischen Variablen Berufsstatus sollten noch weitere signifikante Belege erbracht werden.

6.5 Implikationen für zukünftige Forschung

In diesem Abschnitt wird die Bedeutung der Befunde für das Akkulturationsmodell diskutiert und es werden Annahmen für die zukünftige Akkulturationsforschung abgeleitet. Es konnten Effekte des Kohärenzsinn in Bezug auf das emotionale und das körperliche Befinden und wie auch der Akkulturationsstile in Bezug auf das emotionale Befinden nachgewiesen werden. Die empirische Befundlage spricht dafür, dass zur Erklärung des gesundheitlichen Befindens von Migranten neben Akkulturationsstilen auch der Kohärenzsinn als zentraler Wirkmechanismus in das Akkulturationsmodell von Berry (z. B. 1997) zu integrieren ist. Auch die Variable Generationsstatus sollte in zukünftigen Untersuchungen wegen der nachgewiesenen Effekte als relevante soziodemographische Variable in das Akkulturationsmodell einbezogen werden (vgl. Abschn. 2.2.2.2: Cortés, 2003). Sie hat insbesondere eine Bedeutung hinsichtlich des zeitlich etwa eine Generation umfassenden Erwerbs der beiden kulturell angepassten Strategien Assimilation und Integration, bei denen gemäß dem kulturellen Lernparadigma in hohem Maße Inhalte der neuen Kultur erlernt werden müssen (vgl. Abschn. 2.2.1.3: Berry, 1990a, 1997, 2003; Berry et al., 2002 und Abschn. 6.4).

Vor der Integration des Kohärenzsinn in das Akkulturationsmodell ist seine Interaktion mit den Akkulturationsstilen und den kulturspezifisch geprägten stress- und gesundheitspsychologischen Variablen zu untersuchen, die zur Interpretation der Befunde in den vorangegangenen Abschnitten herangezogen wurden (vgl. Abschn. 6.2, Abschn. 6.3 und Abschn. 6.4). Gemeint sind insbesondere das annäherungs- und vermeidungsorientierte Coping, die internale und externale Kontrollüberzeugung und das Gesundheitsverhalten bei der Inanspruchnahme des medizinischen Versorgungssystems. Dafür sind geeignete Fragebögen zu finden. Hierbei sollten inhaltliche Überschneidungen der Items der eingesetzten Fragebögen zur Erfassung der Copingstrategien, der Akkulturationsstile und des Gesundheitsverhaltens berücksichtigt werden. Auch inhaltliche Überschneidungen der Items der Subkomponente Handhabbarkeit des Kohärenzsinn mit der internalen Kontrollüberzeugung sind bei der Auswahl der Fragebögen kritisch zu betrachten.

Vor der Integration des Kohärenzsinn in das Akkulturationsmodell sollte außerdem folgende Befundlage auf Konsistenz empirisch überprüft werden, wobei die Annahme einer kausalen Wirkung des Kohärenzsinn auf das Befinden über Verwendung eines Längsschnittdesigns gegeben ist: Es ergeben sich einerseits signifikante Zusammenhänge des Kohärenzsinn mit dem Befinden, andererseits keine signifikanten Unterschiede der Mittelwerte des Kohärenzsinn von Spaniern und Deutschen bei gleichzeitig auftretenden signifikanten Unterschieden der Mittelwerte des Befindens in beiden Kulturen. Als Erklärung dafür bietet sich an, dass sich der Kohärenzsinn in den jeweiligen Kulturen in unterschiedlichem Ausmaß auf das Befinden auswirkt. Eine Möglichkeit, dies empirisch zu untersuchen, ist die ermittelten Korrelationen zwischen Kohärenzsinn und Befinden einer deutschen Stichprobe mit Korrelationen von Stichproben aus anderen Kulturen zu vergleichen.

Eine weitere mögliche Erklärung für fehlende Belege signifikanter Unterschiede der Mittelwerte des Kohärenzsinn könnte sein, dass die kulturelle Einflüsse vermittelnde Subkomponente Handhabbarkeit des Kohärenzsinn in der eindimensionalen *Leipziger Kurzsкала (SOC-L9)* von Schumacher und Kollegen (2000a) nicht erfasst wurde. Damit werden auch Unterschiede zwischen der spanischen und der deutschen Kultur nicht erfasst. Um dies zu vermeiden, sollte in zukünftigen Untersuchungen ein Fragebogen mit drei Subskalen zur Erfassung der drei Subkomponenten des Kohärenzsinn eingesetzt und dessen Konstruktvalidität mit Hilfe einer Faktorenanalyse sicher gestellt werden. Auch sind Validitätseinschränkungen durch zu lange Item-Inhalte zu vermeiden, wie bei der *Leipziger Kurzsкала*, bedingt durch die Übersetzung des Tests. Es sollte auf kurze Item-Inhalte geachtet werden.

Auch bei den weiteren Fragebögen, dem *Emotionalitätsinventar (EMO)*, Bartram & Rogner, 2003), dem *Giessener Beschwerdebogen (GGB-24)*, Brähler & Scheer, 1995) und der *Stephenson Multigroup Acculturation Scale (SMAS)*, Stephenson, 2000), ist wegen der in Abschnitt 6.1 beschriebenen Validitätseinschränkungen die Konstruktvalidität mit Hilfe einer Faktorenanalyse zu prüfen und die Zugehörigkeit der Items zu ihren Skalen über Ladungszahlen und Kommunalitäten erneut sicher zu stellen. Besonders wichtig ist hierbei die erneute Überprüfung der dieser Untersuchung zugrunde gelegten Zweidimensionalität der *Stephenson Multigroup Acculturation Scale* (ebd.) mit Hilfe einer Faktorenanalyse und

mit Korrelationen zwischen den beiden Subskalen *Spanische Orientierung (SMAS 1)* und *Deutsche Orientierung (SMAS 2)*.

Zur Vermeidung von Validitätseinschränkungen müssen bei allen eingesetzten Testverfahren adäquate Strategien bei der Übersetzung der Fragebögen wie der *backtranslation*, *bilingual technique*, *committee approach* eingesetzt werden (vgl. Abschn. 2.2.4: Arends-Tóth & Vijver, 2006; Koch & Schulze, 1998; Lonner, 1990; Quekelberghe, 1991).

Zur Sicherung der konvergenten Validität sollten in den eingesetzten Fragebögen Items mit negativen Antwortmöglichkeiten verwendet werden, um positive Antworttendenzen, Deckeneffekte der Summenwerte der einzelnen Skalen und verminderte korrigierte Trennschärfen zu vermeiden. Auch können positive Antworttendenzen mit Hilfe einer Skala für sozial erwünschtes Antwortverhalten identifiziert werden. Tendenzen zu unbewusst positiven Antworten können bereits während der Datenerhebung vermieden werden, indem spanische Probanden nicht ausschließlich in spanischen Vereinen geworben werden (vgl. Abschn. 6.1).

Bei einer erneuten Verwendung des Fragebogenteils soziodemographischer Variablen aus dieser Untersuchung sollte die Gruppe „Facharbeiter“ wegen einer möglichen Verzerrung des Beschäftigungsniveaus in der Variablen Berufsstatus nicht mehr verwendet werden. Dabei kann es wegen des Angestelltenstatus von Facharbeitern zu Überschneidungen mit der Gruppe „Angestellte/ Beamte“ kommen, weil sich „Facharbeiter“ fälschlicherweise der Gruppe „Angestellte/ Beamte“ zuordnen. Es ist stattdessen zu überlegen, ob nicht eine Kategorie „Angestellte in der Produktion“ eingeführt werden sollte, um die Gruppe der in der Produktion angestellten Facharbeiter mit geringem Beschäftigungsniveau eindeutig zu erfassen.

Vor der Integration des Kohärenzsinn in das Akkulturationsmodell sind desweiteren die Annahmen empirisch zu belegen, dass sich der Kohärenzsinn in Bezug auf das emotionale Befinden über physiologische oder transaktionale Bewertungsprozesse häufiger kurzfristig direkt und in Bezug auf das körperliche Befinden über das Gesundheitsverhalten langfristig indirekt auswirkt (vgl. Abschn. 2.4.4 und Abschn. 6.2). Auch indirekte Effekte der Akkulturationsstile, die über den Kohärenzsinn auf das emotionale Befinden wirken, sollten hinsichtlich ihrer Kausalität durch weitere Befunde

empirisch belegt werden. Dazu sollten mögliche Interaktionseffekte der oben genannten stress- und gesundheitspsychologischen Variablen in die Berechnungen mit einbezogen werden (vgl. Abschn. 5.6.1 und Abschn. 6.3).

Der Widerspruch zwischen Befunden dieser Untersuchung, dass sich Akkulturationsstrategien nur auf das emotionale Befinden auswirken, und denen von Schrader (2004), dass sie auch auf das körperliche Befinden Einfluss nehmen, sollte durch weitere empirische Untersuchungen geklärt werden. Außerdem sind weitere Belege für die Rangfolge der Akkulturationsstile Integration, Assimilation, Separation und Marginalisierung bei der Förderung der Gesundheit und des Kohärenzsinn zu erbringen. Dabei sollte der Vorteil der Integration vor der Assimilation und entsprechend der Separation vor der Marginalisierung signifikant belegt werden. Weitere signifikante Belege zur Bestätigung der Ergebnisse aus der Untersuchung von Schrader (2004) des Vorteils der Assimilation vor der Separation für die Gesundheit sind zu erbringen (vgl. Abschn. 6.2).

Die Mediatorfunktion der Akkulturationsstile und des Kohärenzsinn bei soziodemographischen Einflüssen auf das Befinden sollte hinsichtlich ihrer Kausalität in zukünftigen Untersuchungen insgesamt geprüft werden. Die in dieser und in der Untersuchung von Schrader (2004) belegten Zusammenhänge zwischen den einzelnen Variablen können aufgrund des Querschnittsdesigns der Untersuchung nicht als kausal interpretiert werden.

Ausgehend von den Ergebnissen beider Untersuchungen werden im Folgenden Annahmen direkter und indirekter Effekte der soziodemographischen Variablen auf das Befinden von Migranten aus anderen Kulturen auch für zukünftige Untersuchungen aufgestellt. Sie zeigen die Bedeutung der Akkulturationsstile und des Kohärenzsinn als Mediatorvariablen im Akkulturationsmodell:

- Langfristige Effekte des Generationsstatus wirken sich direkt auf das emotionale und das körperliche Befinden aus oder werden über die Akkulturationsstile indirekt in Bezug auf das emotionale Befinden vermittelt (s. Abschn. 5.6.2 und Abschn. 5.7.1).

- Kurzfristige Effekte der Aufenthaltsdauer wirken sich überwiegend direkt auf das emotionale Befinden aus oder werden über den Kohärenzsinn vermittelt (s. Abschn. 5.6.3 und Abschn. 5.7.2).
- Geschlechtseffekte werden nach dieser Untersuchung nur indirekt über Akkulturationsstile auf das emotionale und das körperliche Befinden vermittelt. Dem widerspricht der Befund aus der Untersuchung von Schrader (2004), wonach sich Geschlechtseffekte direkt auf das Befinden auswirken (s. Abschn. 5.6.4 und Abschn. 5.7.3). Dieser Widerspruch sollte durch weitere empirische Untersuchungen geklärt werden.
- Das Alter variiert überwiegend gemeinsam mit den Summenwerten des körperlichen Befindens, was auf direkte Alterseffekte hinweist. Der signifikante Zusammenhang des Alters mit Akkulturationsstrategien im χ^2 -Test spricht zusätzlich für eine indirekte Vermittlung von Alterseffekten durch Akkulturationsstile (s. Abschn. 5.6.5 und Abschn. 5.7.4). Die Mediatorfunktion der Akkulturationsstile bei Alterseffekten sollte in zukünftigen Untersuchungen weiter geprüft werden.
- Die Auswirkungen von Ausbildungseffekten auf das Befinden sind weniger eindeutig. Es wurden in den Varianzanalysen dieser Untersuchung Effekte des Ausbildungsstatus auf den Skalen des emotionalen Befindens und in der Untersuchung von Schrader (2004) Effekte auf den Skalen des körperlichen Befindens nachgewiesen. Akkulturationsstile und Kohärenzsinn spielen bei der Vermittlung von Effekten der Ausbildung eine etwa gleichrangige Rolle. Interaktionseffekte deuten in den Varianzanalysen zusätzlich eine Variablenkonfundierung des Ausbildungsstatus mit dem Geschlecht in Bezug auf Befinden und Kohärenzsinn an (s. Abschn. 5.6.6. und Abschn. 5.7.5). In zukünftigen Untersuchungen sollte daher das Zusammenwirken der Akkulturationsstile, des Kohärenzsinns und des Geschlechts hinsichtlich der Vermittlung von Effekten der Ausbildung auf das Befinden weiter geprüft werden.

- Effekte des Berufsstatus wirken sich überwiegend direkt auf das emotionale Befinden aus oder werden indirekt über den Kohärenzsinn auf das emotionale Befinden vermittelt (s. Abschn. 5.6.7 und Abschn. 5.7.6).

Es kann insgesamt angenommen werden, dass der Kohärenzsinn bei der Aufenthaltsdauer, dem Ausbildungs- und Berufsstatus eine bedeutsame Rolle als Mediatorvariable spielt. Akkulturationsstile wirken über Generations-, Geschlechts- und Alterseffekte sowie Effekte des Ausbildungsstatus. Der Nachweis der Kausalität direkter Effekte der soziodemographischen Variablen und der Mediation indirekter Effekte über Akkulturationsstile und Kohärenzsinn auf das Befinden kann mit Hilfe von statistischen, kausalanalytischen Modellen wie Pfadanalysen in zukünftigen Querschnittsuntersuchungen erbracht werden.

Eine bessere Alternative zum Nachweis der Kausalität ist die Durchführung von Längsschnittstudien. Dafür bieten sich quasiexperimentelle Längsschnittdesigns mit Mehrgruppenvergleichen zu verschiedenen Messzeitpunkten an (vgl. Berry, 2006d). Die Gruppen sollten anhand der Akkulturationsstile eingeteilt werden. Bei jeder Gruppe eines Akkulturationsstils werden zu jedem Messzeitpunkt der Kohärenzsinn, das emotionale und das körperliche Befinden ermittelt. Hierdurch können die direkten Effekte soziodemographischer Variablen und ihre indirekten Effekte über Akkulturationsstrategien und Kohärenzsinn auf das Befinden eindeutig nachgewiesen werden.

Bei der Durchführung von Längsschnittstudien muss mit langen Zeiträumen von mehreren Jahren bis Jahrzehnten gerechnet werden, da sich die Akkulturationsstile vermutlich erst innerhalb dieser Zeiträume auf das Befinden auszuwirken werden. Bei der Auswirkung von Generationseffekten ist mit einer Zeitspanne von mindestens 20 Jahren zu rechnen, da dann erst die zweite Generation heranwächst. Dieser Effekt konnte im Rahmen dieser Untersuchung nicht überprüft werden, so dass ein geeigneter Nachweis der Kausalität nicht vorliegt. In einer idealen Untersuchung hätten die zugewanderten spanischen Gastarbeiter bereits in den sechziger Jahren in Bezug auf eingesetzte Akkulturationsstile, Kohärenzsinn und emotionales und körperliches Befinden befragt werden müssen. Dies hätte mit denselben Probanden zu einem weiteren Messzeitpunkt nach etwa 30 Jahren bei beginnendem Heranwachsen der

zweiten Generation sowie zum gegenwärtigen Zeitpunkt für diese Untersuchung wiederholt werden müssen, so dass die zweite Generation Akkulturationsstile bereits ausbilden konnte. Dies war jedoch rückwirkend nicht mehr möglich.

In zukünftigen Untersuchungen sollten weiterhin gesellschaftliche Rahmenbedingungen bei der Integration der Migranten als Einflussvariablen auf den Akkulturationsprozess kontrolliert und soziologische und politologische Forschungsansätze mit einbezogen werden. Es könnte interessant sein, quantitative Erhebungsverfahren wie in dieser Untersuchung mit qualitativen Verfahren, z. B. Experteninterviews, zu kombinieren, um Integrationsdefizite durch das medizinische Versorgungssystem, durch Ausländerpolitik sowie durch monistische Erwartungen der Aufnahmegesellschaft hinsichtlich kultureller Anpassung und Diskriminierungen zu erheben. Die Kombination quantitativer mit qualitativen Verfahren führt nach Weiss (2003) zu einer Erhöhung der Reliabilität. Bei dem Einsatz qualitativer Verfahren sollten alle mit dieser Thematik beschäftigten Berufsgruppen und die Migranten selbst als Interviewpartner einbezogen werden. Über halbstrukturierte Interviewleitfäden können akkultorative Stressoren und Integrationsprobleme differenzierter ermittelt werden. Auf qualitative Verfahren wurde in dieser Untersuchung verzichtet, da dies den Rahmen der Dissertation gesprengt hätte.

Auch der Einbezug einer psychoanalytisch orientierten Perspektive könnte bei Einsatz von qualitativen Verfahren interessant werden, um die zugrunde liegenden, ablaufenden unbewussten Prozesse, z. B. bei der Somatisierung psychischer Beschwerden im Sinne eines psychischen Abwehrmechanismus zu untersuchen (vgl. Abschn. 6.2). Es wäre zu überprüfen, inwiefern die eingesetzten Copingstrategien, Akkulturationsstile, subjektiven Gesundheitstheorien und –verhaltensweisen unbewusst eingesetzt werden (vgl. Abschn. 2.1.2: Krause, 2001; Triandis, 1990). Hierbei sollten Zusammenhänge der genannten Variablen, insbesondere der Akkulturationsstile mit protektiven Persönlichkeitseigenschaften, über die Auswahl geeigneter quantitativer Fragebögen kontrolliert werden (vgl. Abschn. 2.3.1: Maddi & Harvey, 2006; Schwarzer, 2004).

Bei der Auswahl der befragten Migranten mit quantitativen Verfahren ist in zukünftigen Untersuchungen eine repräsentative Zufallsstichprobe in Deutschland lebender Spanier anzustreben, um die Ergebnisse auf in Deutschland lebende Spanier verallgemeinern zu können. Auch darauf musste in der vorliegenden Dissertation aus ökonomischen

Gründen verzichtet werden. Interessant könnte in Zukunft die Befragung von repräsentativen Stichproben in Deutschland lebender Probanden aus anderen Kulturen sein, um darauf aufbauend die ablaufenden Akkulturationsprozesse und Wirkmechanismen zwischen verschiedenen Kulturen zu vergleichen.

Ein weiteres Kriterium für externe Validität und Generalisierbarkeit, bezogen auf eine in Deutschland lebende Migrantenpopulation, sollte bei der Auswahl des Fragebogens zur Erfassung der Akkulturationsstile erfüllt werden: Dem Fragebogen muss eine Normstichprobe derselben Kultur zugrunde liegen, damit die ermittelten Daten inferenzstatistisch ausgewertet werden und die Häufigkeiten der Präferenz für einen bestimmten Akkulturationsstil signifikant auf diese Migrantenpopulation verallgemeinert werden können. Demgegenüber können bei der Ermittlung der Akkulturationsstile mit Hilfe eines Mediansplits und zwei Summenwerten keine multivariaten Berechnungsverfahren eingesetzt werden (vgl. Abschn. 2.2.4: Arends-Tóth & Vijer, 2006; Berry, 2003; Cortés, 2003; Pedersen, 2006).

Anhand der genannten Aspekte, die in zukünftigen Untersuchungen einzubeziehen sind, wird erneut der Forschungsbedarf im Hinblick auf die Modifikation des Akkulturationsmodells deutlich, wie auch der Aufwand, der bei der Einhaltung der aufgestellten Anforderungen betrieben werden sollte. Trotzdem ist zu wünschen, dass diese Untersuchung einen Anreiz für zukünftige Untersuchungen in der interdisziplinären Migrationsforschung zur Erfassung der Gesundheit von Migranten gibt.

7. Zusammenfassung

Diese Untersuchung erweitert die Arbeit von Schrader (2004). Ziel von beiden Arbeiten ist, das Zustandekommen des emotionalen und des körperlichen Befindens bei spanischen Migranten durch das Akkulturationsmodell von Berry (z. B. 1997) aus interkultureller und stresstheoretischer Perspektive zu erklären. In dieser Untersuchung wird der Kohärenzsinn aus gesundheitspsychologischer Sicht als zentrale Variable zusätzlich in das Modell integriert. Ein hoher Kohärenzsinn wirkt sich günstig auf das Befinden aus. Als weitere zentrale Variablen fördern Akkulturationsstile die Gesundheit abnehmend in folgender Rangfolge: Integration, Assimilation, Separation und Marginalisierung. Befragt wurde eine Anzahl von $N = 112$ Spaniern mit dem *Emotionalitätsinventar (EMO)*, Bartram & Rogner, 2003), der Kurzversion des *Giessener Beschwerdebogens (GBB-24)*, Brähler & Scheer, 1995), der *Stephenson Multigroup Acculturation Scale (SMAS)*, Stephenson, 2000) und der *Leipziger Kurzsкала (SOC-L9)*, Schumacher et al., 2000a), jeweils in spanischer Übersetzung bei ausreichend hoher Reliabilität und Validität. Die Stichprobe weist mit einem Durchschnittsalter von $M = 46$ Jahren (Range: 17 - 81 Jahre), bestehend aus $n = 63$ Spaniern aus der ersten Generation und $n = 43$ Spaniern aus der zweiten Generation, bei einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von $M = 27$ Jahren und einem eher geringen Bildungs- und Beschäftigungsniveau typische Merkmale von Gastarbeitern auf. In den Ergebnissen zeigen Spanier verglichen mit Deutschen mehr körperlichen Beschwerdedruck, Erschöpfung, Gliederschmerzen und ein höheres Ausmaß an Ängstlichkeit-Depressivität. Außerdem sind sie positiv gestimmter, vital-aktiver, elativer und geringer emotional erschöpft. Günstige Effekte auf das emotionale Befinden zeigen Integration und Assimilation im Vergleich zu Separation und Marginalisierung wie auch ein hoher Kohärenzsinn; der Kohärenzsinn wirkt sich zusätzlich günstig auf das körperliche Befinden aus. Die Rangfolge der Akkulturationsstile bezogen auf die Gesundheit kann beibehalten und der Kohärenzsinn in das Akkulturationsmodell von Berry (1997) integriert werden. Weitere Zusammenhänge des Befindens und der Akkulturationsstile mit dem Generations-, Ausbildungsstatus, Geschlecht und Alter sprechen für eine Vermittlerfunktion der Akkulturationsstile. Eine Vermittlerfunktion zeichnet sich auch über Zusammenhänge des Kohärenzsinns und des Befindens mit den Akkulturationsstilen, der Aufenthaltsdauer, dem Ausbildungs- und dem Berufsstatus für den Kohärenzsinn ab. Ein zwingender Nachweis der kausalen Wirkung dieser beiden Variablen bei der Vermittlung soziodemographischer Einflüsse müsste in zukünftigen Untersuchungen mit Hilfe eines Längsschnittdesigns erbracht werden. Die ermittelten Effekte dieser Untersuchung werden vergleichend mit den Ergebnissen von Schrader (2004) diskutiert.

Literaturverzeichnis

- Abdallah-Steinkopff, B. (2001). Arbeit mit traumatisierten Migrantinnen und Migranten. In T. Hegemann & R. Salman (Hrsg.), *Transkulturelle Psychiatrie. Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen* (S. 325-342). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Akbal, S. (2001). Migrant/innen in Österreich und Europa- ihre mangelnde Integration im Gesundheitswesen und Perspektiven. In M. David, T. Borde & H. Kentenich (Hrsg.), *Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle* (S. 115-121). Frankfurt am Main: Prisma.
- Akhtar, S. (2007). *Immigration und Identität. Psychosoziale Aspekte und kulturübergreifende Therapie*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Albrecht, N.-J. (1999). Institutseigener Dolmetscherdienst. In Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (Hrsg.), *Gesundheit und Migration. Handlungsbedarf und Handlungsempfehlungen. Expertenworkshop, Juli 1999. Dokumentation* (S. 49-52). Bonn.
- Albrecht, N.-J. (2001). Implementierung von Sprach- und Kulturmittlung am Universitätskrankenhaus Eppendorf (UKE) als Beitrag zur Qualitätssicherung in der Kommunikation mit fremdsprachigen Patienten. In M. David, T. Borde & H. Kentenich (Hrsg.), *Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle* (S. 185-189). Frankfurt am Main: Prisma.
- Al-Jaar, K. (2002). *Gesundheit und Migration. Psychologie* (Bd. 41). Münster: Lit-Verlag. Zugl.: Dissertation, Universität Köln.
- Allen, J., Vaage, A. B. & Hauff, E. (2006). Refugees and asylum seekers in societies. In D. L. Sam & J. W. Berry (Eds.), *The Cambridge Handbook of acculturation psychology* (pp. 198-218). Cambridge: University Press.
- Amelang, M. & Zielinski, W. (1997). *Psychologische Diagnostik und Intervention*. Berlin: Springer.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.

- Antonovsky, A. (1983). *The Sense of Coherence: Development of a research instrument* (Newsletter and Research Reports, No. 1, pp. 1-11). Tel Aviv: University, Research Center for Behavioral Medicine.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit* (Dt. erw. Hrsg. von Alexa Franke). Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Arends-Tóth, J. & Vijver, F. J. R. van de (2006). Assessment of psychological acculturation. In D. L. Sam & J. W. Berry (Eds.), *The Cambridge Handbook of Acculturation Psychology* (pp. 142-163). Cambridge: University Press.
- Assion, H.-J. (2005a). Einleitung. In H.-J. Assion (Hrsg.), *Migration und seelische Gesundheit* (S. 1-5). Heidelberg: Springer Medizin.
- Assion, H.-J. (2005b). Migration und psychische Krankheit. In H.-J. Assion (Hrsg.), *Migration und seelische Gesundheit* (S. 133-145). Heidelberg: Springer Medizin.
- Bade, K. J. (1990). Exodus und Integration. Historische Perspektiven und aktuelle Probleme. In P. Bocklet (Hrsg.), *Aussiedler, Gastarbeiter, Asylanten. Zu viele Fremde im Land?* (S. 9-20). Düsseldorf: Patmos.
- Bade, K. J. (1996a). Einleitung: Grenzerfahrungen - die multikulturelle Herausforderung. In K. J. Bade (Hrsg.), *Die multikulturelle Herausforderung. Menschen über Grenzen - Grenzen über Menschen* (S. 10-27). München: Beck.
- Bade, K. J. (1996b). Einwanderung und Gesellschaftspolitik in Deutschland - quo vadis Bundesrepublik? In K. J. Bade (Hrsg.), *Die multikulturelle Herausforderung. Menschen über Grenzen - Grenzen über Menschen* (S. 234-254). München: Beck.
- Balls Organista, P., Organista, K. C. & Kurasaki, K. (2003). The relationship between acculturation and ethnic minority mental health. In K. M. Chun, P. Balls Organista & G. Marín (Eds.), *Acculturation. Advances in Theory, Measurement and Applied Research* (pp. 139-161). Washington, DC: American Psychological Association.

- Bartram, M. & Rogner, J. (2003). *Das Emotionalitätsinventar (EMO)*. Unveröffentlichtes Manuskript, Universität Osnabrück.
- Beck, M. (1999a). Eröffnung der Veranstaltung durch die Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen. In Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (Hrsg.), *Gesundheit und Migration. Handlungsbedarf und Handlungsempfehlungen. Expertenworkshop, Juli 1999. Dokumentation* (S. 12-14). Bonn.
- Beck, M. (1999b). *Migrationsbericht. Zu- und Abwanderung nach und aus Deutschland*. Berlin.
- Beck, M. (2004). *Ausländische Wohnbevölkerung nach ausgewählten Staatsangehörigkeiten von 1997-2002*. Zugriff am 10.03.2004 unter <http://www.integrationsbeauftragte.de/download/datentab2.pdf>
- Beck, M. (2005). *Integrationspolitik als Gesellschaftspolitik in der Einwanderungsgesellschaft. Memorandum der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration*. Berlin: neues handeln.
- Beckmann, D., Brähler, E. & Richter, H.-E. (1991). *Der Gießen-Test* (4. überarb. Aufl.). Bern: Huber.
- Bengel, J. & Belz-Merk, M. (1997). Subjektive Gesundheitsvorstellungen. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch* (S. 23 - 41). Göttingen: Hogrefe.
- Bengel, J., Strittmatter, R. & Willmann, H. (2001). *Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung* (Bd. 6). In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). Köln: BzgA.
- Berg, G. (2001). Subjektive Krankheitskonzepte - eine kommunikative Voraussetzung für die Arzt-Patient-Interaktion? In M. David, T. Borde & H. Kentenich (Hrsg.), *Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle* (S. 81-95). Frankfurt am Main: Prisma.

- Berry, J. W. (1988). Acculturation and psychological adaptation: A conceptual overview. In J. W. Berry & R. C. Annis (Eds.), *Ethnic psychology: research and practice with immigrants, refugees, native peoples, ethnic groups and sojourners. Selected papers from the North American Regional IACCP Conference on Ethnic Psychology, held in Kingston, Canada* (pp. 41-53). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Berry, J. W. (1990a). Psychology of acculturation. In J. J. Berman (Ed.), *Cross-cultural perspectives. Nebraska Symposium on Motivation. Current theory and research in motivation* (Vol. 37, pp. 201-234). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Berry, J. W. (1990 b). Psychology of acculturation: Understanding individuals moving between cultures. In R. W. Brislin (Ed.), *Applied cross-cultural psychology. Cross-cultural research and methodology series* (Vol. 14, pp. 232-254). Newbury Park: Sage.
- Berry, J. W. (1994). Acculturation and psychological adaptation: An overview. In A. -M. Bouvy, F. J. R. van de Vijer, P. Boski & P. Schmitz (Eds.), *Journeys into cross-cultural-psychology. Selected papers from the Eleventh International Conference of the International Association for Cross-Cultural Psychology, held in Liège, Belgium* (pp. 129-142). Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
- Berry, J. W. (1995). Psychology of acculturation. In N. R. Goldberger & J. B. Veroff (Eds.), *The culture and psychology reader* (pp. 457-488). New York: University Press.
- Berry, J. W. (1997). Immigration, acculturation, and adaptation. *Applied Psychology: An International Review*, 46 (1), 5-68.
- Berry, J. W. (1998). Acculturation and health. Theory and research. In S. S. Kazarian & D. R. Evans (Eds.), *Cultural clinical psychology: Theory, research and practice* (pp. 39-57). New York: Oxford University Press.
- Berry, J. W. (2003). Conceptual approaches to acculturation. In K. M. Chun, P. Balls Organista & G. Marín (Eds.), *Acculturation. Advances in theory, measurement and applied research* (pp. 17-37). Washington, DC: American Psychological Association.

- Berry, J. W. (2006a). Acculturative stress. In P. T. P. Wong & L. C. J. Wong (Eds.), *Handbook of multicultural perspectives on stress and coping* (pp. 287-298). New York: Springer Science & Business Media.
- Berry, J. W. (2006b). Contexts of acculturation. In D. L. Sam & J. W. Berry (Eds.), *The Cambridge Handbook of Acculturation Psychology* (pp. 27-43). Cambridge: University Press.
- Berry, J. W. (2006c). Stress perspectives on acculturation. In D. L. Sam & J. W. Berry (Eds.), *The Cambridge Handbook of Acculturation Psychology* (pp. 43-58). Cambridge: University Press.
- Berry, J. W. (2006d). Design of acculturation studies. In D. L. Sam & J. W. Berry (Eds.), *The Cambridge Handbook of Acculturation Psychology* (pp. 129-142). Cambridge: University Press.
- Berry, J. W. & Kim, U. (1988). Acculturation and mental health. In P. R. Dasen, J. W. Berry & N. Sartorius (Eds.), *Health and cross-cultural psychology. Toward applications. Cross-cultural research and methodology Series* (Vol. 10, pp. 207-236). Newbury Park: Sage.
- Berry, J. W., Kim, U., Power, S., Young, M. & Bujaki, M. (1989). Acculturation attitudes in plural societies. *Applied Psychology: An International Review*, 38 (2), 185-206.
- Berry, J. W., Poortinga, Y. H., Segall, M. H. & Dasen, P. R. (2002). *Cross-cultural psychology. Research and applications*. Cambridge: University Press.
- BFSFJ, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen & Jugend (2000a). *Sechster Familienbericht. Familien ausländischer Herkunft in Deutschland. Leistungen, Belastungen, Herausforderungen. Stellungnahme der Bundesregierung*. Drucksache 14/4357.
- BFSFJ, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen & Jugend (2000b). *Ältere Ausländer und Ausländerinnen in Deutschland. 1. Abschlußbericht zur wissenschaftlichen Begleitung der Modellprojekte: Adentro!: Spanisch sprechende Seniorinnen und Senioren mischen sich ein. Deutsche und Ausländer gemeinsam aktiv im Alter*. Stuttgart: Kohlhammer.

- Bierbrauer, G. (1996). *Sozialpsychologie. Grundriss der Psychologie* (Bd. 15). Stuttgart: Kohlhammer.
- Bilgin, Y. (1999). Notwendigkeit von migrantenspezifischen Angeboten am Beispiel der Türken. In Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (Hrsg.), *Gesundheit und Migration. Handlungsbedarf und Handlungsempfehlungen. Expertenworkshop, Juli 1999. Dokumentation* (S. 46-49). Bonn.
- Billings, A. G. & Moos, R. H. (1984). Coping, stress, and social resources among adults with unipolar depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46 (4), 877-891.
- Blahusch, F. (1992). *Zuwanderung und Fremde in Deutschland. Eine Einführung für soziale Berufe*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Boos-Nünning, U. & Siefen, R. G. (2005). Jugendliche mit Migrationshintergrund und Sucht. In H.-J. Assion (Hrsg.), *Migration und seelische Gesundheit* (S. 195-215). Heidelberg: Springer Medizin.
- Borde, T. (2001). Die Versorgung von Immigranten/innen aus der Perspektive von Fachkräften der Gesundheitsversorgung. In M. David, T. Borde & H. Kentenich (Hrsg.), *Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle* (S. 95-115). Frankfurt am Main: Prisma.
- Bortz, J. (1993). *Statistik für Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer.
- Brähler, E. & Scheer, J. (1995). *Der Giessener Beschwerdebogen (GGB)*. Bern: Huber.
- Brähler, E., Schumacher, J. & Brähler, C. (2000). Erste gesamtdeutsche Normierung der Kurzform des Giessener Beschwerdebogens GGB-24. *Zeitschrift für Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, 50, 14-21.
- Brislin, R. W. (1990). Applied cross-cultural psychology: An introduction. In R. W. Brislin (Ed.), *Applied cross-cultural psychology. Cross-cultural research and methodology series* (Vol. 14, pp. 9-34). Newbury Park: Sage.
- Brosius, F. (1998). *SPSS 8. Professionelle Statistik unter Windows*. Bonn. Zugriff am 01.06.2004 unter: <http://www.psychologie.tu-bs.de/studium/manuale/spss>

- Brucks, U. (2001). Migration in der Bundesrepublik Deutschland. In T. Hegemann & R. Salman (Hrsg.), *Transkulturelle Psychiatrie. Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen* (S. 41-52). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Caetano, R. & Clark, C. L. (2003). Acculturation, alcohol consumption, smoking, and drug use among Hispanics. In K. M. Chun, P. Balls Organista & G. Marín (Eds.), *Acculturation. Advances in theory, measurement and applied research* (pp. 223-239). Washington, DC: American Psychological Association.
- Carver, C. S., Scheier, M. F. & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56 (2), 267-283.
- Chang, E. C., Tugade, M. M. & Asakawa, K. (2006). Stress and coping among asian Americans: Lazarus and Folkman's Model and beyond. In P. T. P. Wong & L. C. J. Wong (Eds.), *Handbook of multicultural perspectives on stress and coping* (pp. 439-457). New York: Springer Science & Business Media.
- Chun, K. M. & Akutsu, P. D. (2003). Acculturation among ethnic minority families. In K. M. Chun, P. Balls Organista & G. Marín (Eds.), *Acculturation. Advances in theory, measurement and applied research* (pp.95-119). Washington, DC: American Psychological Association.
- Chun, K. M., Balls Organista, P. & Marín, G. (2003). Preface. In K. M. Chun, P. Balls Organista & G. Marín (Eds.), *Acculturation. Advances in theory, measurement and applied research*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Chun, C.-A., Moos, R. H. & Cronkite, R. C. (2006). Culture: A fundamental context for the stress and coping paradigm. In P. T. P. Wong & L.C.J. Wong (Eds.), *Handbook of multicultural perspectives on stress and coping*. New York: Springer Science & Business Media.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, New York: Erlbaum.

- Collatz, J. (1995). Welt im Umbruch. Auf dem Wege in das Jahrhundert der Migration. Auswirkungen der Migrationsbewegungen auf den Bedarf an psychosozialer und sozialpsychiatrischer Versorgung. In E. Koch, M. Özek & W. M. Pfeiffer (Hrsg.), *Psychologie und Pathologie der Migration. Deutsch-türkische Perspektiven* (S. 31-46). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Collatz, J. (1996). Die Welt im Umbruch. Zu Lebenssituation, Gesundheitszustand und Krankheitsversorgung von Migrantinnen und Migranten in Deutschland. *Pro Familia Magazin, 1*, 2-6.
- Collatz, J. (1999). Strukturelle und inhaltliche Aspekte zum Bedarf an Ausbildung und Forschung als Grundlagen für eine bessere gesundheitliche Versorgung. In Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (Hrsg.), *Gesundheit und Migration. Handlungsbedarf und Handlungsempfehlungen. Expertenworkshop, Juli 1999. Dokumentation* (S. 19-22). Bonn.
- Collatz, J. (2001a). Kernprobleme des Krankseins in der Migration - Versorgungsstruktur und ethnozentrische Fixiertheit im Gesundheitswesen. In M. David, T. Borde & H. Kentenich (Hrsg.), *Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle* (S. 33-59). Frankfurt am Main: Prisma.
- Collatz, J. (2001b). Bedarf und Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgung durch Migrantinnen und Migranten. In T. Hegemann & R. Salman (Hrsg.), *Transkulturelle Psychiatrie. Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen* (S. 52-64). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Cortés, D. E. (2003). Idioms of distress, acculturation and depression: The Puerto Rican experience. In K. M. Chun, P. Balls Organista & G. Marín (Eds.), *Acculturation. Advances in theory, measurement and applied research* (pp. 207-221). Washington, DC: American Psychological Association.
- Cranach, M. von & Fresser-Kuby, R. (2001). Ethnopsychiatrie im stationären Klinikalltag. In T. Hegemann & R. Salman (Hrsg.), *Transkulturelle Psychiatrie. Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen* (S. 291-304). Bonn: Psychiatrie-Verlag.

- Cuellar, I., Arnold, B., & Maldonado, R. (1995). Acculturation Rating Scale for Mexican Americans: II. A revision of the original ARSMA scale. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences, 17*, 275-304.
- David, M. & Borde, T. (2001). Zur schwierigen Begrifflichkeit. In M. David, T. Borde & H. Kentenich (Hrsg.), *Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle* (S. 7-11). Frankfurt am Main: Prisma.
- Deaux, K. (2000). Surveying the landscape of immigration: Social psychological perspectives. *Journal of Community & Applied Social Psychology, 10*, 421-431.
- Delgado, J. M. (1966). *Anpassungsprobleme der spanischen Gastarbeiter in Deutschland. Eine sozialpsychologische Untersuchung*. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Köln.
- Diehl, J. M. & Staufenbiel, T. (2002). *Statistik mit SPSS, Version 10 + 11*. Eschborn: Dietmar Klotz.
- Dietzel-Papakyriakou, M. (1993). *Altern in der Migration: die Arbeitsmigranten vor dem Dilemma: zurückkehren oder bleiben?* Stuttgart: Enke.
- Dietzel-Papakyriakou, M. & Olbermann, E. (1996a). Soziale Netzwerke älterer Migranten: Zur Relevanz familiärer und innerethnischer Unterstützung. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 29* (1), 34-41.
- Dietzel-Papakyriakou, M. & Olbermann, E. (1996b). Zum Versorgungsbedarf und zur Spezifik der Versorgung älterer Migrantinnen und Migranten. *Zeitschrift für Migration und soziale Arbeit, 3/4*, 82-90.
- Dlugosch, G. E. (1994). Modelle der Gesundheitspsychologie. In P. Schwenkmezger & L. R. Schmidt (Hrsg.), *Lehrbuch der Gesundheitspsychologie* (S. 101-117). Stuttgart: Ferdinand Enke.
- Donà, G. & Ackermann, L. (2006). Refugees in camps. In D. L. Sam & J. W. Berry (Eds.), *The Cambridge Handbook of Acculturation Psychology* (pp. 218-233). Cambridge: University Press.

- Eberding, A. (1995). Zum Umgang mit Fremdem in der psychosozialen Beratungspraxis. In E. Koch, M. Özek & W. M. Pfeiffer (Hrsg.), *Psychologie und Pathologie der Migration, Deutsch-türkische Perspektiven* (S. 267-277). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Ehrensaft, E. & Tousignant, M. (2006). Immigration and resilience. In D. L. Sam & J. W. Berry (Eds.), *The Cambridge Handbook of Acculturation Psychology* (pp. 469-484). Cambridge: University Press.
- Endler, N. S. & Parker, J. D. A. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58 (5), 844-854.
- Ete, E. (1995). Ethnomedizinische Aspekte der Interaktion mit türkischen Patienten. In E. Koch, M. Özek & W. M. Pfeiffer (Hrsg.), *Psychologie und Pathologie der Migration, Deutsch-türkische Perspektiven* (S. 209-217). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Fahrenberg, J., Myrtek, M., Wilk, D. & Kreutel, K. (1986). Multimodale Erfassung der Lebenszufriedenheit: Eine Untersuchung an Herz-Kreislauf-Patienten. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 36, 347-354.
- Falk, M. & Wahl, A. (1995). *Körperliche Stresssymptome und emotionale Befindlichkeit. Eine empirische Untersuchung in der Normalbevölkerung*. Unveröffentlichte Diplom-Arbeit, Universität Osnabrück.
- Faltermaier, T. (2001). Migration und Gesundheit: Fragen und Konzepte aus einer salutogenetischen und gesundheitspsychologischen Perspektive. In P. Marschalck & K. H. Wiedel (Hrsg.), *Migration und Krankheit* (S. 93-112). Osnabrück: Rasch.
- Faltermaier, T., Kühnlein, I. & Burda-Viering, M. (1998). *Gesundheit im Alltag. Laienkompetenz in Gesundheitshandeln und Gesundheitsförderung*. Weinheim: Juventa.
- Fischer, B. (2005). Gesundheitspolitische Maßnahmen für die Integration und Versorgung. In H.-J. Assion (Hrsg.), *Migration und seelische Gesundheit* (S. 119-129). Heidelberg: Springer Medizin.

- Geiger, I. (1999). Perspektiven der Gesundheitsförderung und -versorgung. Handlungsfeld: Migration und Gesundheit. In Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (Hrsg.), *Gesundheit und Migration. Handlungsbedarf und Handlungsempfehlungen. Expertenworkshop, Juli 1999. Dokumentation* (S. 16-19). Bonn.
- Geiger, I. (2001). Altern in der Fremde – zukunftsweisende Herausforderungen für Forschung und Versorgung. In M. David, T. Borde & H. Kantenich (Hrsg.), *Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle* (S. 167-185). Frankfurt am Main: Prisma.
- Georgas, J. & Papastylianou, D. (1994). The effect of time on stereotypes: Acculturation of children of returning immigrants to Greece. In A.-M. Bouvy, F. J. R. van de Vijer, P. Boski & P. Schmitz (Eds.), *Journeys into cross-cultural psychology. Selected papers from the eleventh International Conference of the International Association for Cross-Cultural Psychology, held in Liège, Belgium* (pp. 158-165). Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
- Geyer, S. (2001). Sense of Coherence (SOC). In A. Mielck & K. Bloomfield (Hrsg.), *Sozialepidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten* (S. 196-207). Weinheim: Juventa.
- Girgin, I. (2000). Aufbau einer Altentagesstätte für türkische Seniorinnen und Senioren. In Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), *Ältere Ausländer und Ausländerinnen in Deutschland. 2. Dokumentation der Fachtagung „Ausländische und deutsche Seniorinnen und Senioren gemeinsam. Modelle und Perspektiven gesellschaftlicher Partizipation und Integration“* (S. 53-71). Stuttgart: Kohlhammer.
- Glier, B., Tietz, G. & Rodewig, K. (2001). Stationäre psychosomatische Rehabilitation für Migranten aus der Türkei. In M. David, T. Borde & H. Kantenich (Hrsg.), *Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle* (S. 189-207). Frankfurt am Main: Prisma.

- Gong, F., Takeuchi, D. T., Agbayani-Siewert, P. & Tacata L. (2003). Acculturation, psychological distress, and alcohol use: Investigating the effects of ethnic identity and religiosity. In K. M. Chun, P. Balls Organista & G. Marín (Eds.), *Acculturation. Advances in theory, measurement and applied research* (pp. 189-206). Washington, DC: American Psychological Association.
- Grieger, D. & Geiger, I. (2000). Zielsetzung des bundesweiten Arbeitskreises Migration und öffentliche Gesundheit. In J. Gardemann, W. Müller & A. Remmers (Hrsg.), *Migration und Gesundheit: Perspektiven für Gesundheitssysteme und öffentliches Gesundheitswesen. Tagungsdokumentation und Handbuch* (S. 80-86). Düsseldorf: Akademie für öffentliches Gesundheitswesen.
- Grube, M. (1995). Darstellung eines türkisch-deutschsprachigen Verbundmodells zwischen psychiatrischer Klinik und psychosozialer Beratungsstelle. In E. Koch, M. Özek & W. M. Pfeiffer (Hrsg.), *Psychologie und Pathologie der Migration, Deutsch-türkische Perspektiven* (S. 199-206). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Grube, M. (1999). Stationäre Versorgung psychisch erkrankter Migranten. In Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (Hrsg.), *Gesundheit und Migration. Handlungsbedarf und Handlungsempfehlungen. Expertenworkshop, Juli 1999. Dokumentation* (S. 67-69). Bonn.
- Gün, A. K. (1999). Stationäre Versorgung psychisch kranker Migranten und Migrantinnen in Köln. In Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (Hrsg.), *Gesundheit und Migration. Handlungsbedarf und Handlungsempfehlungen. Expertenworkshop, Juli 1999. Dokumentation* (S. 69-73). Bonn.
- Gürtler, C. (1999). Gesundheitsberichtserstattung unter Einbeziehung von Migranten. In Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (Hrsg.), *Gesundheit und Migration. Handlungsbedarf und Handlungsempfehlungen. Expertenworkshop, Juli 1999. Dokumentation* (S. 41-43). Bonn.
- Haasen, C., Kleinemeier, E. & Yagdiran, O. (2005). Kulturelle Aspekte bei der Diagnostik psychischer Störungen. In H.-J. Assion (Hrsg.), *Migration und seelische Gesundheit* (S. 145-157). Heidelberg: Springer Medizin.

- Habermann, M. (1999). Kultursensible Pflege und Pflegeforschung. In Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (Hrsg.), *Gesundheit und Migration. Handlungsbedarf und Handlungsempfehlungen. Expertenworkshop, Juli 1999. Dokumentation* (S. 55-57). Bonn.
- Habermann, M. (2000). Der Beitrag der Pflege zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung der Migranten und Migrantinnen in der Bundesrepublik Deutschland. In J. Gardemann, W. Müller & A. Remmers (Hrsg.), *Migration und Gesundheit: Perspektiven für Gesundheitssysteme und öffentliches Gesundheitswesen. Tagungsdokumentation und Handbuch* (S. 73-80). Düsseldorf: Akademie für öffentliches Gesundheitswesen.
- Habermann, M. (2001). Pflegebedürftig in der Fremde? In M. David, T. Borde & H. Kentenich (Hrsg.), *Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle* (S. 153-167). Frankfurt am Main: Prisma.
- Hafen, M. (2007). *Mythologie der Gesundheit. Zur Integration von Salutogenese und Pathogenese*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Hannöver, W., Michael, A., Meyer, C., Rumpf, H.-J., Hapke, U. & John, U. (2004). Die Sense of Coherence Scale von Antonovsky und das Vorliegen einer psychiatrischen Diagnose. Ergänzungen zu den deutschen Normwerten aus einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. *Zeitschrift für Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, 54, 179-186.
- Hänze, M. & Lantermann, E.-D. (1999). Familiäre, soziale und materielle Ressourcen bei Aussiedlern. In R. K. Silbereisen, E.-D. Lantermann & E. Schmitt-Rodermund (Hrsg.), *Aussiedler in Deutschland. Akkulturation von Persönlichkeit und Verhalten* (S. 143-161). Opladen: Leske & Budrich.
- Hegemann, T. (1999). Die Aufgabe von ethnomedizinischen Zentren. In Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (Hrsg.), *Gesundheit und Migration. Handlungsbedarf und Handlungsempfehlungen. Expertenworkshop, Juli 1999. Dokumentation* (S. 43-46). Bonn.

- Hegemann, T. (2001a). Transkulturelle Kommunikation und Beratung. Die Kompetenz, über kulturelle Grenzen hinweg zu kommunizieren. In T. Hegemann & R. Salman (Hrsg.), *Transkulturelle Psychiatrie. Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen* (S. 116-130). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Hegemann, T. (2001b). Interkulturelles Lernen. Ein multidimensionaler Ansatz zum Erwerb interkultureller Kompetenzen. In T. Hegemann & R. Salman (Hrsg.), *Transkulturelle Psychiatrie. Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen* (S. 191-206). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Heilbronn, K. (1995). Psychosoziale Versorgung von Migranten in Frankfurt am Beispiel der psychosozialen Kontakt- und Beratungsstelle des Internationalen Familienzentrums. In E. Koch, M. Özek & W. M. Pfeiffer (Hrsg.), *Psychologie und Pathologie der Migration, Deutsch-türkische Perspektiven* (S. 206-209). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Heilbronn, K. (1999). Internationales Psychosoziales-Zentrum Frankfurt am Main. 14 Jahre psychosoziale Arbeit mit erwachsenen Migrantinnen und Migranten im Internationalen Familienzentrum. In Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (Hrsg.), *Gesundheit und Migration. Handlungsbedarf und Handlungsempfehlungen. Expertenworkshop, Juli 1999. Dokumentation* (S. 63-67). Bonn.
- Heine, P. & Assion, H.-J. (2005). Traditionelle Medizin in islamischen Kulturen. In H.-J. Assion (Hrsg.), *Migration und seelische Gesundheit* (S. 1-5). Heidelberg: Springer Medizin.
- Heise, T. (2005). Entwicklungsgeschichte der transkulturellen Psychiatrie. In H.-J. Assion (Hrsg.), *Migration und seelische Gesundheit* (S. 47-59). Heidelberg: Springer Medizin.
- Henry, J. P. (1982). The relation of social to biological process in disease. *Social Science and Medicine*, 16, 369-380.
- Hielen, M. (1996). Bildung ethnischer Schwerpunkte in Einrichtungen der stationären Altenhilfe. *Zeitschrift für Migration und soziale Arbeit*, 3/4, 90-93.

- Hofstede, G. (2001). *Lokales Denken, globales Handeln. Interkulturelle Zusammenarbeit und globales Management*. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- John, B. (2000). Portugiesen und Spanier in Berlin. In Ausländerbeauftragte des Senats (Hrsg.), *Miteinander leben in Berlin*. Berlin: Verwaltungsdruckerei Berlin.
- John, B. (2002). Bericht zur Integrations- und Ausländerpolitik in Berlin 2000. In Beauftragte für Migration und Integration des Senats von Berlin (Hrsg.), *Miteinander leben in Berlin*. Berlin: Verwaltungsdruckerei Berlin.
- Jong, J. de (2001). Klassifizieren oder nuancieren. Psychodiagnostik mit Hilfe von DSM oder ICD. In T. Hegemann & R. Salman (Hrsg.), *Transkulturelle Psychiatrie. Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen* (S. 130-152). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Jordan, E. (1999). Aktivitäten des Bundesgesundheitsministeriums für Gesundheit im Feld Migration und Gesundheit. In Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (Hrsg.), *Gesundheit und Migration. Handlungsbedarf und Handlungsempfehlungen. Expertenworkshop, Juli 1999. Dokumentation* (S. 14-16). Bonn.
- Junghanss, T. (1999). Screening von Infektionskrankheiten bei Asylsuchenden und Flüchtlingen: Was ist sinnvoll? In Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (Hrsg.), *Gesundheit und Migration. Handlungsbedarf und Handlungsempfehlungen. Expertenworkshop, Juli 1999. Dokumentation* (S. 25-29). Bonn.
- Kentenich, H., David, M., Yüksel, E. & Pette, G. M. (2001). Türkische Patientinnen in der Gynäkologie. In M. David, T. Borde & H. Kentenich (Hrsg.), *Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle* (S. 121-145). Frankfurt am Main: Prisma.
- Kiehlhorn, R. (1996). Krank in der Fremde. *Psychosozial. Migration und Gesundheit*, 19. Jg., 1 (63), 15-29.

- Koch, E. (1999). Psychiatrie und Migration: Anforderungen an die stationär-psychiatrische Versorgung. In Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (Hrsg.), *Gesundheit und Migration. Handlungsbedarf und Handlungsempfehlungen. Expertenworkshop, Juli 1999. Dokumentation* (S. 73-75). Bonn.
- Koch, E. (2005). Institutionelle Versorgung von psychisch kranken Migranten. In H.-J. Assion (Hrsg.), *Migration und seelische Gesundheit* (S. 167-187). Heidelberg: Springer Medizin.
- Koch, F. & Schulze, S. (1998). Diagnostik in der interkulturellen Therapie und Beratung. In M. del Mar Castro Varela, S. Schulze, S. Vogelmann & A. Weiß (Hrsg.), *Suchbewegungen. Interkulturelle Beratung und Therapie* (S. 149-157). Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Kolcak, G. (1995). Kulturbezogene Unterschiede in der Behandlungstechnik türkischer und deutscher Patienten. In E. Koch, M. Özek & W. M. Pfeiffer (Hrsg.), *Psychologie und Pathologie der Migration, Deutsch-türkische Perspektiven* (S. 311-318). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Korporal, J. & Dangel, B. (2006). Die Gesundheit von Migrantinnen und Migranten als Voraussetzung für die Beschäftigungsfähigkeit im Alter. In Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.), *Lebenssituation und Gesundheit älterer Migranten in Deutschland. Expertisen zum Fünften Altenbericht der Bundesregierung* (Bd. 6, S. 129-283). Berlin: Lit Verlag.
- Kosic, A. (2006). Personality and individual factors in acculturation. In D. L. Sam & J. W. Berry (Eds.), *The Cambridge Handbook of Acculturation Psychology* (pp. 113-129). Cambridge: University Press.
- Krause, I.-B. (2001). Anthropologische Modelle für die multikulturelle psychiatrische Arbeit. In T. Hegemann & R. Salman (Hrsg.), *Transkulturelle Psychiatrie. Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen* (S. 89-101). Bonn: Psychiatrie-Verlag.

- Kronsteiner, R. (2003). *Kultur und Migration in der Psychotherapie. Ethnologische Aspekte psychoanalytischer und systemischer Therapie*. Bamberg: Brandes & Apsel.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal und coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S. & Launier, R. (1981). Stressbezogene Transaktionen zwischen Person und Umwelt. In J. R. Nitzsch (Hrsg.), *Stress. Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen* (S. 213-261). Bern: Huber.
- Lettau, N. (2000). Öffentlicher Gesundheitsdienst. In J. Gardemann, W. Müller & A. Remmers (Hrsg.), *Migration und Gesundheit: Perspektiven für Gesundheitssysteme und öffentliches Gesundheitswesen. Tagungsdokumentation und Handbuch* (S. 67-73). Düsseldorf: Akademie für öffentliches Gesundheitswesen.
- Lienert, G. A. (1969). *Testaufbau und Testanalyse*. Weinheim: Julius Beltz.
- Lonner, W. J. (1990). An overview of cross-cultural testing and assessment. In R. W. Brislin (Ed.), *Applied cross-cultural psychology. Cross-cultural research and methodology series* (Vol. 14, pp. 56-76). Newbury Park: Sage.
- Luber, E. (2006a). Biomedizinisches Krankheitsmodell und Gesundheitsförderung. In N. Rückert, P. Ondracek & L. Romanenkova (Hrsg.), *Leib und Seele: Salutogenese und Pathogenese* (S. 66-77). Berlin: Frank & Timme.
- Luber, E. (2006b). Gesundheitsprobleme (Epidemiologie, Demographie) und Exklusion. In N. Rückert, P. Ondracek & L. Romanenkova (Hrsg.), *Leib und Seele: Salutogenese und Pathogenese* (S. 77-83). Berlin: Frank & Timme.
- Machleidt, W., Garlipp, P. & Calliess, I.T. (2005). Die 12 Sonnenberger Leitlinien. In H.-J. Assion (Hrsg.), *Migration und seelische Gesundheit* (S. 215-231). Heidelberg: Springer Medizin.
- Maddi, S. R. & Harvey, R. H. (2006). Hardiness considered across cultures. In D. L. Sam & J. W. Berry (Eds.), *The Cambridge Handbook of Acculturation Psychology* (pp. 409-437). Cambridge: University Press.

- Marin, G. & Gamba, R. J. (1996). A new measurement of acculturation for Hispanics: The Bidimensional Acculturation Scale for Hispanics (BAS). *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 18, 297-316.
- Marschalck, P. (2000). Öffentliche Gesundheitspflege und die Einwanderung: „Gastarbeiter“, Aussiedler und Flüchtlinge in Deutschland. In J. Gardemann, W. Müller & A. Remmers (Hrsg.), *Migration und Gesundheit: Perspektiven für Gesundheitssysteme und öffentliches Gesundheitswesen. Tagungsdokumentation und Handbuch* (S. 31-45). Düsseldorf: Akademie für öffentliches Gesundheitswesen.
- Matsumoto, D., Hirayama, S. & LeRoux, J. A. (2006). Psychological skills related to intercultural adjustment. In P. T. P. Wong & L. C. J. Wong (Eds.), *Handbook of multicultural perspectives on stress and coping* (pp. 387-409). New York: Springer Science & Business Media.
- Matter, M. (2002). Türkisches Leben in Deutschland zwischen Integration und Parallelgesellschaft. In H. Heller (Hrsg.), *Neue Heimat Deutschland. Aspekte der Zuwanderung, Akkulturation und emotionalen Bindung. Vierzehn Referate einer Tagung der Deutschen Akademie für Landeskunde...., Erlanger Forschungen: Reihe A. Geisteswissenschaften* (Bd. 95, S. 241-265). Erlangen: Universitätsbund Erlangen-Nürnberg e.V.
- Meier-Braun, K.-H. (1998). Aus „Gastarbeitern“ wurden Einwanderer. Geschichte und Perspektiven der Ausländerpolitik in der Bundesrepublik Deutschland. In K. H. Meier-Braun, M. A. Kilgus & W. Niess (Hrsg.), *40 Jahre „Gastarbeiter“. Deutschland auf dem Weg zur multikulturellen Gesellschaft?* (S. 223-230). Tübingen: Stauffenburg.
- Menke, B. (2000). Deutsche und Ausländer gemeinsam. Aktiv im Alter. In Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), *Ältere Ausländer und Ausländerinnen in Deutschland. 2. Dokumentation der Fachtagung „Ausländische und deutsche Seniorinnen und Senioren gemeinsam. Modelle und Perspektiven gesellschaftlicher Partizipation und Integration“* (S. 33-51). Stuttgart: Kohlhammer

- Monzel, J. (1999). Gesundheitliche Versorgung von Illegalen. Gemeinsames Referat vom Büro für medizinische Flüchtlingshilfe und Solatina. In Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (Hrsg.), *Gesundheit und Migration. Handlungsbedarf und Handlungsempfehlungen. Expertenworkshop, Juli 1999. Dokumentation* (S. 33-39). Bonn.
- Moro, M. R. & Sturm, G. (2001). Frauen in der Migration. Zur transkulturellen Psychiatrie mit Migrantinnen. In T. Hegemann & R. Salman (Hrsg.), *Transkulturelle Psychiatrie. Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen* (S. 255-264). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Myers, H. F. & Rodriguez, N. (2003). Acculturation and physical health in racial and ethnic minorities. In K. M. Chun, P. Balls Organista & G. Marín (Eds.), *Acculturation. Advances in theory, measurement and applied research* (pp. 163-185). Washington, DC: American Psychological Association.
- Naegele, G. (2000). Älter werden in der Fremde. In Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), *Ältere Ausländer und Ausländerinnen in Deutschland. 2. Dokumentation der Fachtagung „Ausländische und deutsche Seniorinnen und Senioren gemeinsam. Modelle und Perspektiven gesellschaftlicher Partizipation und Integration“* (S. 17-33). Stuttgart: Kohlhammer.
- Nguyen, H. H. (2006). Acculturation in the United States. In D. L. Sam & J. W. Berry (Eds.), *The Cambridge Handbook of Acculturation Psychology* (pp. 311-331). Cambridge: University Press.
- Nitsch, J. R. (1981). Zur Gegenstandsbestimmung der Stressforschung. In J. R. Nitsch (Hrsg.), *Stress. Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen* (S. 29-51). Bern: Hans Huber.
- Noels, K. A. & Berry, J. W. (2006). Acculturation in Canada. In D. L. Sam & J. W. Berry (Eds.), *The Cambridge Handbook of Acculturation Psychology* (pp. 274-294). Cambridge: University Press.
- Nusser, H. (1992). *Gastarbeiter und Ausländerproblematik in Deutschland und Europa*. München: Nusser.

- Oestereich, C. (2001). Interkulturelle Psychotherapie in der Psychiatrie. Eine professionelle Herausforderung. In T. Hegemann & R. Salman (Hrsg.), *Transkulturelle Psychiatrie. Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen* (S. 152-169). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Ondracek, P., Romanenkova, L. & Rückert, N. (2006). Bewältigung von Belastungen. In N. Rückert, P. Ondracek & L. Romanenkova (Hrsg.), *Leib und Seele: Salutogenese und Pathogenese* (S. 53-66). Berlin: Frank & Timme.
- Otero, J. S. (2000). Adentro!: Spanisch sprechende Seniorinnen und Senioren mischen sich ein. In Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), *Ältere Ausländer und Ausländerinnen in Deutschland. 2. Dokumentation der Fachtagung „Ausländische und deutsche Seniorinnen und Senioren gemeinsam. Modelle und Perspektiven gesellschaftlicher Partizipation und Integration“* (S. 17-33). Stuttgart: Kohlhammer.
- Oudenhoven, J. P. van (2006). Immigrants. In D. L. Sam & J. W. Berry (Eds.), *The Cambridge Handbook of Acculturation Psychology* (pp. 163-181). Cambridge: University Press.
- Özcan, V. & Seifert, W. (2006). Lebenslage älterer Migrantinnen und Migranten in Deutschland. In Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.), *Lebenssituation und Gesundheit älterer Migranten in Deutschland. Expertisen zum Fünften Altenbericht der Bundesregierung* (Bd. 6, S. 7-77). Berlin: Lit Verlag.
- Özdemir, C. (2005). Persönliche und politische Erfahrungen mit Migration. In H.-J. Assion (Hrsg.), *Migration und seelische Gesundheit* (S. 103-107). Heidelberg: Springer Medizin.
- Özelsel, M. M. (1990). *Gesundheit und Migration: eine psychologisch-empirische Untersuchung an Deutschen sowie Türken in Deutschland und in der Türkei*. München: Profil.
- Padilla, A. M. & Borrero, N. E. (2006). The effects of acculturative stress on the Hispanic family. In P. T. P. Wong & L. C. J. Wong (Eds.), *Handbook of multicultural perspectives on stress and coping* (pp. 299-319). New York: Springer Science & Business Media.

- Pavkovic, G. (2001). Interkulturelle Teamarbeit. In T. Hegemann & R. Salman (Hrsg.), *Transkulturelle Psychiatrie. Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen* (S. 206-221). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Pedersen, P. B. (2006). Knowledge gaps about stress and coping in a multicultural context. In P. T. P. Wong & L. C. J. Wong (Eds.), *Handbook of multicultural perspectives on stress and coping* (pp. 579-597). New York: Springer Science & Business Media.
- Perrez, M., Laireiter, A.-R. & Baumann, U. (1998). Stress und Coping als Einflussfaktoren. In U. Baumann & M. Perrez. (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie-Psychotherapie* (S. 277-305). Bern: Hans Huber.
- Peters, M. (2000). Gesundheitliche und psychosoziale Versorgung von Migrantinnen und Migranten in Frankfurt. In J. Gardemann, W. Müller & A. Remmers (Hrsg.), *Migration und Gesundheit: Perspektiven für Gesundheitssysteme und öffentliches Gesundheitswesen. Tagungsdokumentation und Handbuch* (S. 180-187). Düsseldorf: Akademie für öffentliches Gesundheitswesen.
- Pfeiffer, W. M. (1995). Kulturpsychiatrische Aspekte der Migration. In E. Koch, M. Özek & W. M. Pfeiffer (Hrsg.), *Psychologie und Pathologie der Migration, Deutsch-türkische Perspektiven* (S. 17-31). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Phalet, K. & Kopic, A. (2006). Acculturation in European societies. In D. L. Sam & J. W. Berry (Eds.), *The Cambridge Handbook of Acculturation Psychology* (pp. 331-349). Cambridge: University Press.
- Phinney, J. S., Horenczyk, G., Liebkind, K. & Vedder, P. (2001). Ethnic identity, immigration, and well-being: An interactional perspective, *Journal of Social Issues*, 57 (3), 493-510.
- Portinga, Y. H. (1992). Towards a conceptualization of culture for psychology. In S. Iwawaki, Y. Kashima & K. Leung. (Eds.), *Innovations in cross-cultural psychology. Selected papers from the tenth International Conference of the International Association for Cross-Cultural Psychology, held at Nara, Japan* (pp. 3-17). Amsterdam: Swets & Zeitlinger.

- Posner-Landsch, M. (2000). Kommunikation, Kultur und Sprache. In J. Gardemann, W. Müller & A. Remmers (Hrsg.), *Migration und Gesundheit: Perspektiven für Gesundheitssysteme und öffentliches Gesundheitswesen. Tagungsdokumentation und Handbuch* (S. 106-107). Düsseldorf: Akademie für öffentliches Gesundheitswesen.
- Pourgholam-Ernst, A. (2002). *Das Gesundheitserleben von Frauen aus verschiedenen Kulturen. Frauen und Gesundheit: eine empirische Untersuchung zum Gesundheitserleben ausländischer Frauen in Deutschland aus salutogenetischer Sicht*. Münster: Telos. Zugl.: Dissertation, Universität Dortmund, 2001.
- Quekelberghe, R. van (1991). *Klinische Ethnopsychologie. Einführung in die transkulturelle Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*. Heidelberg: Asanger.
- Quekelberghe, R. van (1995). Welt im Umbruch und Migration aus psychologischer Sicht. In E. Koch, M. Özek & W. M. Pfeiffer (Hrsg.), *Psychologie und Pathologie der Migration, Deutsch-türkische Perspektiven* (S. 53-60). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Rabitz-Karabay, A. (1995). Psychologische Begutachtungen bei türkischen Patienten. Erfahrungen mit der Persönlichkeitstestung. In E. Koch, M. Özek & W. M. Pfeiffer (Hrsg.), *Psychologie und Pathologie der Migration, Deutsch-türkische Perspektiven* (S. 284-290). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Redfield, R., Linton, R. & Herskovits, M. J. (1936). Memorandum on the study of acculturation. *American Anthropologist*, 38, 149-152.
- Rittstieg, H. (1994). Wanderungspolitik als Gesellschaftspolitik. In A. J. Cropley, H. Ruddat, D. Dehn & S. Lucassen (Hrsg.), *Probleme der Zuwanderung* (Bd. 1, S. 133-147). Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie.
- Rogner, J., Bökli, E. & Bartram, M. (2001). Emotionales und körperliches Befinden türkischer Einwohner der Stadt Osnabrück. In P. Marschalck & K. H. Wiedel (Hrsg.), *Migration und Krankheit* (S. 207-216). Osnabrück: Rasch.
- Roth, S. & Cohen, L. J. (1986). Approach, avoidance, and coping with stress. *American Psychologist*, 41, 813-819.

- Ruddat, H. (1994). Aspekte des Kontrollverlusts bei Migranten. In A. J. Cropley, H. Ruddat, D. Dehn & S. Lucassen (Hrsg.), *Probleme der Zuwanderung* (Bd. 1, S. 33-52). Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie.
- Saller, V. (1995). Das Fremde in der psychoanalytischen Begegnung. In E. Koch, M. Özek & W. M. Pfeiffer (Hrsg.), *Psychologie und Pathologie der Migration, Deutsch-türkische Perspektiven* (S. 304-311). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Salman, R. (1999). Gemeindedolmetschen im Gesundheitswesen. Handlungsbedarf und Handlungsempfehlungen für den Einsatz von Gemeindedolmetschern im Gesundheitswesen. In Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (Hrsg.), *Gesundheit und Migration. Handlungsbedarf und Handlungsempfehlungen. Expertenworkshop, Juli 1999. Dokumentation* (S. 52-55). Bonn.
- Salman, R. (2000). Der Einsatz von (Gemeinde-) Dolmetschern im Gesundheitswesen als Beitrag zur Integration. In J. Gardemann, W. Müller & A. Remmers (Hrsg.), *Migration und Gesundheit: Perspektiven für Gesundheitssysteme und öffentliches Gesundheitswesen. Tagungsdokumentation und Handbuch* (S. 91-106). Düsseldorf: Akademie für öffentliches Gesundheitswesen.
- Salman, R. (2001). Sprach- und Kulturvermittlung. Konzepte und Methoden der Arbeit mit Dolmetschern in therapeutischen Prozessen. In T. Hegemann & R. Salman (Hrsg.), *Transkulturelle Psychiatrie. Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen* (S. 169-191). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Salman, R. & Tuna, S. (2001). Kultursensible Suchthilfe mit Migranten. In T. Hegemann & R. Salman (Hrsg.), *Transkulturelle Psychiatrie. Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen* (S. 311-325). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Sam, D. L. (2006a). Acculturation: conceptual background and core components. In D. L. Sam & J. W. Berry (Eds.), *The Cambridge Handbook of Acculturation Psychology* (pp. 11-27). Cambridge: University Press.

- Sam, D. L. (2006b). Acculturation of immigrant children and women. In D. L. Sam & J. W. Berry (Eds.), *The Cambridge Handbook of Acculturation Psychology* (pp. 403-419). Cambridge: University Press.
- Sam, D. L. (2006c). Acculturation and health. In D. L. Sam & J. W. Berry (Eds.), *The Cambridge Handbook of Acculturation Psychology* (pp. 452-469). Cambridge: University Press.
- Sam, D. L. & Berry, J. W. (2006). Introduction. In D. L. Sam & J. W. Berry (Eds.), *The Cambridge Handbook of Acculturation Psychology* (pp. 1-11). Cambridge: University Press.
- Sasao, T. & Chun, C.-A. (1994). After the Sa-i-gu (April 29) Los Angeles riots: Correlates of subjective well-being in the Korean-American community. *Journal of Community Psychology*, 22, 136-152.
- Sastimdur, G. (1995). Migranten und Krankheitstheorien. In E. Koch, M. Özek & W. M. Pfeiffer (Hrsg.), *Psychologie und Pathologie der Migration, Deutsch-türkische Perspektiven* (S. 238-239). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Sauer, M. & Halm, D. (2005). Integration versus Segregation bei türkischen Migranten. In H.-J. Assion (Hrsg.), *Migration und seelische Gesundheit* (S. 67-83). Heidelberg: Springer Medizin.
- Sayler, W. M. (1987). *Wider die Xenophobie! Ausländer zwischen Ablehnung und Integration- am Beispiel spanischer Migranten in Deutschland*. Saarbrücken: Breitenbach Publishers.
- Schmeling-Kludas, C. (2005). Psychosomatische Rehabilitation von Migranten. In H.-J. Assion (Hrsg.), *Migration und seelische Gesundheit* (S. 187-195). Heidelberg: Springer Medizin.
- Schmitt-Rodermund, E. (1997). Akkulturation und Entwicklung. Eine Studie unter jungen Aussiedlern. In W. Bungard, E.-D. Lantermann, R. K. Silbereisen & H.-U. Wittchen (Hrsg.), *Fortschritte der psychologischen Forschung* (Bd. 37). Weinheim: Psychologie Verlags Union.

- Schmitt-Rodermund, E. & Silbereisen, R. K. (1999). Gute Miene zum bösen Spiel: Resilienz unter arbeitslosen Aussiedlern. In R. K. Silbereisen, E.-D. Lantermann & E. Schmitt-Rodermund (Hrsg.), *Aussiedler in Deutschland. Akkulturation von Persönlichkeit und Verhalten* (S. 277-301). Opladen: Leske & Budrich.
- Schmitz, P. G. (1992a). Acculturation styles and health. In S. Iwawaki, Y. Kashima & K. Leung (Eds.), *Innovations in cross-cultural psychology. Selected papers from the tenth International Conference of the International Association for Cross-Cultural Psychology, held at Nara, Japan* (pp. 360-371). Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
- Schmitz, P. G. (1992b). Immigrant mental and physical health. *Psychology and Developing Societies (Special Issue: Immigrant Mental Health)*, 4, 117-131.
- Schmitz, P. G. (1994). Acculturation and adaption processes among immigrants in Germany. In A.-M. Bouvy, F. J. R. van de Vijer, P. Boski & P. Schmitz (Hrsg.), *Journeys into cross-cultural psychology: selected papers from the eleventh International Conference of the International Association for Cross-Cultural Psychology, held in Liège, Belgium* (pp. 142-157). Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
- Schmitz, P. G. (2001). Akkulturation und Gesundheit. In P. Marschalck & K. H. Wiedel (Hrsg.), *Migration und Krankheit* (S. 123-144). Osnabrück: Rasch.
- Schorr, A. (1995). Gesundheit und Krankheit: Zwei Begriffe in getrennter Historie. In R. Lutz & N. Mark (Hrsg.), *Wie gesund sind Kranke?* (S. 53-70). Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie.
- Schrader, A.-C. (2004). *Migration und Gesundheit. Akkulturation und emotionales bzw. körperliches Befinden bei Spaniern in Deutschland*. Unveröffentlichte Diplom-Arbeit, Universität Osnabrück.
- Schulte, D. (1998). Psychische Gesundheit, psychische Krankheit, psychische Störung. In U. Baumann & M. Perrez (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie-Psychotherapie* (S. 19-33). Bern: Hans Huber.

- Schumacher, J., Wilz, G., Gunzelmann, T. & Brähler, E. (2000a). Die Sense of Coherence Scale von Antonovsky. Teststatistische Überprüfung in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe und Konstruktion einer Kurzsкала. *Zeitschrift für Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, 50, 472-482.
- Schumacher, J., Wilz, G., Gunzelmann, T. & Brähler, E. (2000b). Deutsche Normierung der Sense of Coherence Scale von Antonovsky. *Diagnostica*, 46 (4), 208-213.
- Schwarzer, R. (2004). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens*. Göttingen: Hogrefe.
- Schwenkmezger, P. (1994). Gesundheitspsychologie: Die persönlichkeitspsychologische Perspektive. In P. Schwenkmezger & L. R. Schmidt (Hrsg.), *Lehrbuch der Gesundheitspsychologie* (S. 46-63). Stuttgart: Ferdinand Enke.
- Schwenkmezger, P. & Schmidt, L. R. (1994). Gesundheitspsychologie: Alter Wein in neuen Schläuchen? In P. Schwenkmezger & L. R. Schmidt (Hrsg.), *Lehrbuch der Gesundheitspsychologie* (S. 1-9). Stuttgart: Ferdinand Enke.
- Seibert, U. (2001). Kulturelle Gemeinschaften. Eine Ressource für gemeindenahe Psychiatrie. In T. Hegemann & R. Salman (Hrsg.), *Transkulturelle Psychiatrie. Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen* (S. 221-232). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Sermet-Kneile, F. (1995). Kognitive Verhaltenstherapie bei einem türkischen Migranten. In E. Koch, M. Özek & W. M. Pfeiffer (Hrsg.), *Psychologie und Pathologie der Migration, Deutsch-türkische Perspektiven* (S. 325-333). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Siefen, G. & Brähler, E. (1996). Körperbeschwerden bei griechischen Migranten- und deutschen Aussiedlerkindern und -jugendlichen. *Psychosozial. Migration und Gesundheit*, 19. Jg., 1 (63), 29-37.
- Silbereisen, R. K., Schmitt-Rodermund, E. & Lantermann, E.-D. (1999). Aussiedler in Deutschland. In R. K. Silbereisen, E.-D. Lantermann & E. Schmitt-Rodermund (Hrsg.), *Aussiedler in Deutschland. Akkulturation von Persönlichkeit und Verhalten* (S. 13-47). Opladen: Leske & Budrich.

- Sluzki, C. E. (2001). Psychologische Phasen der Migration und ihre Auswirkungen. In T. Hegemann & R. Salman (Hrsg.), *Transkulturelle Psychiatrie. Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen* (S. 101-116). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Smith Castro, V. (2003). *Acculturation and psychological adaption*. Westport: Greenwood Press.
- Social Science Research Council (1954). Acculturation: An exploratory formulation. *American Anthropologist*, 56, 973-1002.
- Steffen, K. & Koch, E. (1995). Modell stationärer Versorgung von türkischen Patienten in einem psychiatrischen Krankenhaus. In E. Koch, M. Özek & W. M. Pfeiffer (Hrsg.), *Psychologie und Pathologie der Migration, Deutsch-türkische Perspektiven* (S. 194-199). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Sue, S. (2003). Foreword. In K. M. Chun, P. Balls Organista & G. Marín (Eds.), *Acculturation. Advances in theory, measurement and applied research*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Stephenson, M. (2000). Development and Validation of the Stephenson Multigroup Acculturation Scale (SMAS), *Psychological Assessment*, 12 (1), 77-88.
- Stroebe, W. (2000). *Social Psychology and Health*. Buckingham: Open University Press.
- Süssmuth, R. (2005). Zuwanderung und die sozialpolitische Situation in Deutschland. In H.-J. Assion (Hrsg.), *Migration und seelische Gesundheit* (S. 107-119). Heidelberg: Springer Medizin.
- Tack, E. (2000). Eröffnung. Begrüßung. In Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), *Ältere Ausländer und Ausländerinnen in Deutschland. 2. Dokumentation der Fachtagung „Ausländische und deutsche Seniorinnen und Senioren gemeinsam. Modelle und Perspektiven gesellschaftlicher Partizipation und Integration“* (S. 11-17). Stuttgart: Kohlhammer.

- Triandis, H. C. (1990). Theoretical concepts that are applicable to the analysis of ethnocentrism. In R. W. Brislin (Ed.), *Applied cross-cultural psychology. Cross-cultural research and methodology series* (Vol. 14, pp. 34-56). Newbury Park: Sage.
- Trimble, J. E. (2003). Introduction : Social change and acculturation. In K. M. Chun, P. Balls Organista & G. Marín (Eds.), *Acculturation. Advances in theory, measurement and applied research* (pp. 3-13). Washington, DC: American Psychological Association.
- Ulrich, R. E. (2001). Grau oder bunt? Zuwanderungen und Deutschlands Bevölkerung im Jahre 2030. In M. David, T. Borde & H. Kentenich (Hrsg.), *Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle* (S. 17-33). Frankfurt am Main: Prisma.
- Vahedi, N. (1996). Diskriminierung und gesundheitliches Wohlbefinden bei türkischen Industriearbeitern. *Psychosozial. Migration und Gesundheit*, 19. Jg., 1 (63), 71-93.
- Ward, C. & Leong, C.-H. (2006). Intercultural relations in plural societies. In D. L. Sam & J. W. Berry (Eds.), *The Cambridge Handbook of Acculturation Psychology* (pp. 484-504). Cambridge: University Press.
- Weber, K. (2000). Ambulante nervenärztliche Versorgung von Migrantinnen und Migranten. In J. Gardemann, W. Müller & A. Remmers (Hrsg.), *Migration und Gesundheit: Perspektiven für Gesundheitssysteme und öffentliches Gesundheitswesen. Tagungsdokumentation und Handbuch* (S. 49-57). Düsseldorf: Akademie für öffentliches Gesundheitswesen.
- Weber, K. E. (1995). Perspektive durch Arbeit? In E. Koch, M. Özek & W. M. Pfeiffer (Hrsg.), *Psychologie und Pathologie der Migration, Deutsch-türkische Perspektiven* (S. 217-222). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Weber, K. E. (1999). Ambulante Versorgung psychiatrisch erkrankter Migranten. In Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (Hrsg.), *Gesundheit und Migration. Handlungsbedarf und Handlungsempfehlungen. Expertenworkshop, Juli 1999. Dokumentation* (S. 60-63). Bonn.

- Weilandt, C. (1999). HIV und Migration: Notwendigkeit interkultureller Konzepte für Prävention und Behandlung. In Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (Hrsg.), *Gesundheit und Migration. Handlungsbedarf und Handlungsempfehlungen. Expertenworkshop, Juli 1999. Dokumentation* (S. 22-25). Bonn.
- Weiss, R. (2003). *Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten*. Zürich: Seismo.
- Wohlfahrt, E., Özbek, T. & Heinz, A. (2005). Von kultureller Antizipation zu transkulturellem Verstehen. In H.-J. Assion (Hrsg.), *Migration und seelische Gesundheit* (S. 157-167). Heidelberg: Springer Medizin.
- Wyes, H. W. (2000). Globalisierung, Migranten und Gesundheit. In J. Gardemann, W. Müller & A. Remmers (Hrsg.), *Migration und Gesundheit: Perspektiven für Gesundheitssysteme und öffentliches Gesundheitswesen. Tagungsdokumentation und Handbuch* (S. 45-49). Düsseldorf: Akademie für öffentliches Gesundheitswesen.
- Yeh, C. J., Arora, A. K. & Wu, K. A. (2006). A new theoretical model of collectivistic coping. In P. T. P. Wong & L. C. J. Wong (Eds.), *Handbook of multicultural perspectives on stress and coping* (pp. 55-73). New York: Springer Science & Business Media.
- Zane, N. & Mak, W. (2003). Major approaches to the measurement of acculturation among ethnic minority populations: A content analysis and an alternative empirical strategy. In K. M. Chun, P. Balls Organista & G. Marín (Eds.), *Acculturation. Advances in theory, measurement and applied research* (pp. 39-60). Washington, DC: American Psychological Association.
- Zarifoglu, F. & Zeiler, J. (1995). Ethnische Diskriminierung und psychische Erkrankung. In E. Koch, M. Özek & W. M. Pfeiffer (Hrsg.), *Psychologie und Pathologie der Migration, Deutsch-türkische Perspektiven* (S. 152-160). Freiburg im Breisgau: Lambertus.

- Zenker, H.-J. (2000). Betrachtung der psychiatrischen/ psychotherapeutischen Versorgung in Bremen. In J. Gardemann, W. Müller & A. Remmers (Hrsg.), *Migration und Gesundheit: Perspektiven für Gesundheitssysteme und öffentliches Gesundheitswesen. Tagungsdokumentation und Handbuch* (S. 171-180). Düsseldorf: Akademie für öffentliches Gesundheitswesen.
- Zenker, H.-J., Mohammadzadeh, Z. & Hilbert, T. (1999). Die medizinische Versorgung von Asylsuchenden nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. Medizinische Versorgung traumatisierter ausländischer Flüchtlinge. In Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (Hrsg.), *Gesundheit und Migration. Handlungsbedarf und Handlungsempfehlungen. Expertenworkshop, Juli 1999. Dokumentation* (S. 29-33). Bonn.
- Zick, A. & Six, B. (1999b). Akkulturation von Aussiedlern als sozialpsychologisches Phänomen: Modelle zur Vorhersage des Akkulturationsergebnisses. In R. K. Silbereisen, E.-D. Lantermann & E. Schmitt-Rodermund (Hrsg.), *Aussiedler in Deutschland. Akkulturation von Persönlichkeit und Verhalten* (S. 303-333). Opladen: Leske & Budrich.
- Zick, A., Wagner, U. , Van Dick, R. & Petzel, T. (2001). Acculturation and prejudice in Germany: Majority and minority perspectives, *Journal of Social Issues*, 57 (3), 541-557.
- Zimmermann, E. (1995). Gesundheitliche Lage und psychosoziale Probleme ausländischer Kinder in der Bundesrepublik Deutschland. In E. Koch, M. Özek & W. M. Pfeiffer (Hrsg.), *Psychologie und Pathologie der Migration, Deutsch-türkische Perspektiven* (S. 246-257). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Zimmermann, E. (2001). Was wollen Sie denn noch alles für Ihre ausländischen Patienten? In M. David, T. Borde & H. Kentenich (Hrsg.), *Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle* (S. 145-153). Frankfurt am Main: Prisma.

Anhang A:

Spanische und deutsche Übersetzungsversion der Fragebögen

Emotionalitätsinventar (EMO, Bartram & Rogner, 2003)

Giessener Beschwerdebogen (GGB-24, Brähler & Scheer, 1995)

Stephenson Multigroup Acculturation Scale (SMAS, Stephenson, 2000)

Leipziger Kurzsкала (SOC-L9, Schumacher et al., 2000a)



Fachbereich
Humanwissenschaften
Lehrereinheit Psychologie

Universität Osnabrück · FB 8 · D-49069 Osnabrück

Anne-Catherine Schrader
Pintschstr. 2
10 249 Berlin,
Tel.: 030/ 231 83 893
E-Mail: Anne-Catha@gmx.de

Berlin, Marzo 2005

Estimados participantes:

Muchas gracias por haber consentido en participar en este estudio científico en el marco de mi tesis doctoral en la Facultad de Humanidades de la Universidad de Osnabrück (Carrera de Psicología).

Para poder tomar parte en este estudio es esencial que el participante sea español o latinoamericano o que sus padres o abuelos provengan de una estas dos regiones.

La finalidad de este estudio es comprobar el bienestar de los españoles y latinoamericanos en Alemania así como estudiar cómo tratan con la cultura propia y la alemana.

Estos aspectos serán cuestionados en la primera parte del estudio. Naturalmente los datos de los participantes serán tratados de una manera confidencial y anónima. Sin embargo, es necesario que en la segunda parte del cuestionario se especifiquen algunos datos sobre su situación personal, ya que pueden tener también una influencia en los resultados del estudio. Por ello les ruego encarecidamente respondan a las preguntas en su totalidad ya que de otro modo no podría utilizar ninguno de los datos obtenidos.

Cuando hayan acabado de rellenar el cuestionario, por favor introdúzcanlo en el sobre adjuntado y ciérrrenlo. Tienen la posibilidad de, o bien entregar el cuestionario ya rellenado a la persona o asociación española o latinoamericana a través de la cual lo obtuvo en su día, o bien mandármelo por correo.

Si tuvieran alguna pregunta, pueden contactar conmigo a través de la dirección arriba mencionada. También me sería de gran interés que contactasen conmigo en el caso de que tengan conocidos españoles o latinoamericanos que estén dispuestos a participar en el estudio.

¡Muchas gracias!

Atentamente,

Anne-Catherine Schrader

Stephenson Multigroup Acculturation Scale (SMAS)

(M.Stephenson)

A través de las afirmaciones del primer cuestionario se valorarán los cambios que pueden darse, cuando una persona se encuentra con personas de otras culturas o grupos étnicos. Para las preguntas que se refieren a "PAIS DE ORIGEN" o "TIERRA NATAL", por favor refiéranse al país del que su familia proviene originariamente. Para las preguntas que se refieren a "LENGUA MATERNA" por favor refiéranse a la lengua que se habla en el lugar de donde su familia proviene originariamente.

Marque por favor con una cruz (una "x") la afirmación que mejor corresponda a su situación personal.

	completa- mente falso	más falso que cierto	más cierto que falso	completa- mente cierto
1. Entiendo el alemán pero no sé hablarlo de un modo fluido.				
2. Estoy informado/a sobre la actualidad alemana.				
3. Hablo con amigos y conocidos de mi país de origen en mi lengua materna.				
4. Nunca he aprendido a hablar la lengua de mi país de origen.				
5. Entre alemanes me siento totalmente bien.				
6. Como platos tradicionales de mi tierra natal.				
7. Tengo muchos conocidos alemanes.				
8. Me siento cómodo/a hablando en mi lengua materna.				
9. Estoy informado/a sobre la actualidad en mi tierra natal.				
10. Sé leer y escribir en mi lengua materna.				
11. En Alemania me siento como en casa.				
12. Cuido mis relaciones sociales con personas de mi país de origen.				
13. Me siento aceptado/a por los alemanes.				
14. En casa hablo en mi lengua materna.				
15. Leo regularmente revistas o periódicos de mi país de origen.				
16. Sé hablar mi lengua materna.				
17. Sé cocinar platos alemanes.				
18. Estoy familiarizado/a con la historia de mi tierra natal.				
19. Leo regularmente un periódico alemán.				
20. Me gusta escuchar música de mi país de origen.				

	totalmente falso	más falso que cierto	más cierto que falso	totalmente cierto
21. Me gusta hablar en mi lengua materna.				
22. Me siento cómodo/a hablando en alemán.				
23. En casa hablo en alemán.				
24. Con mi pareja, esposo/a hablo en mi lengua materna.				
25. Cuando rezo lo hago en mi lengua materna.				
26. Cuido los contactos sociales con alemanes.				
27. Pienso en mi lengua materna.				
28. Tengo estrecha relación con los miembros de mi familia y parientes que viven en mi tierra natal.				
29. Estoy familiarizado/a con los personajes importantes de la historia alemana.				
30. Pienso en alemán.				
31. Con mi pareja hablo en alemán.				
32. Me gusta comer platos alemanes.				

Leipziger Kurzsкала (SOC-L9)

(J. Schumacher, G. Wilz, T. Gunzelmann, E. Brähler)

A continuación se encuentran una serie de preguntas y afirmaciones sobre distintos aspectos de la vida : Por favor marque con una cruz la que para usted sea la respuesta más indicada (números del 1 al 7). Por favor responda a todas las preguntas o afirmaciones y marque sólo un número.

1. Tiene la sensación de encontrarse en una situación incómoda y no saber cómo reaccionar?

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
muy a menudo						raras veces o nunca

2. Cuando reflexiona tan a menudo sobre la vida...

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
se da cuenta de lo maravilloso que es vivir.						se pregunta cómo puede vivir.

3. Las cosas que hace a diario son para usted...

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
una fuente profunda de alegría y satisfacción.						una fuente de dolor y aburrimiento.

4. En qué grado son sus pensamientos y sentimientos confusos?

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
muy a menudo						raras veces o nunca

5. Cuando hace algo que le produce una buena sensación...

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
entonces es seguro que seguirá sintiéndose bien.						entonces pasará alguna cosa que hará desaparecer esta sensación.

6. Usted cree que su vida en un futuro...

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
no tendrá ningún sentido ni destino.						estará llena de sentido y con un destino.

7. Mucha gente, incluso la que tiene un fuerte carácter, en algunas situaciones se sienten como perdedores. Cuántas veces hasta ahora ha tenido esta sensación?

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
muy a menudo						raras veces o nunca

8. Cuando piensa en las dificultades de las cosas importantes con las que se va a encontrar durante la vida, tiene la sensación que...

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
siempre conseguiré superarlas con éxito.						nunca voy a conseguir superarlas.

9. En qué grado tiene usted la sensación que las cosas que hace a diario tienen poco sentido?

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
muy a menudo						raras veces o nunca

Cuestionario sobre el estado emocional (EMO)

(Bartram, M. & Rogner, J.)

En las últimas semanas me he sentido así:

		en ningún momento	raras veces	de vez en cuando	frecuente- mente
(1)	desvalido/a	()	()	()	()
(2)	triste	()	()	()	()
(3)	ansioso/a	()	()	()	()
(4)	desorientado/a	()	()	()	()
(5)	desanimado/a	()	()	()	()
(6)	tranquilo/a	()	()	()	()
(7)	seguro/a	()	()	()	()
(8)	relajado/a	()	()	()	()
(9)	equilibrado/a	()	()	()	()
(10)	descansado/a	()	()	()	()
(11)	débil	()	()	()	()
(12)	apático/a	()	()	()	()
(13)	agotado/a	()	()	()	()
(14)	lánguido/a	()	()	()	()
(15)	paralizado/a	()	()	()	()
(16)	activo/a	()	()	()	()
(17)	seguro/a de mi mismo/a	()	()	()	()
(18)	vivo/a	()	()	()	()
(19)	fuerte	()	()	()	()
(20)	enérgico/a	()	()	()	()
(21)	nervioso/a	()	()	()	()
(22)	preocupado/a	()	()	()	()
(23)	intranquilo/a	()	()	()	()
(24)	tenso/a	()	()	()	()
(25)	sobreexcitado/a	()	()	()	()
(26)	animado/a	()	()	()	()
(27)	alegre	()	()	()	()
(28)	satisfecho/a	()	()	()	()
(29)	de buen humor	()	()	()	()
(30)	contento/a	()	()	()	()

Cuestionario sobre el estado de salud (GBB-24)
(Brähler, E. & Scheer, J.W.)

En esta página aparecen una serie de malestares. Piense por favor, cual de estas dolencias padece. Marque con una cruz (una "x") en la correspondiente columna. Las dolencias que no tenga márkuelas naturalmente con una cruz (una "X") en la columna de "no".

Padezco los siguientes malestares:	no	apenas	en cierto grado	considerablemente	gravemente
01. Sensación de debilidad					
02. Palpitaciones apresuradas o arrítmicas del corazón					
03. Sensación de presión o de plenitud en la tripa					
04. Necesidad excesiva de sueño					
05. Dolores en articulaciones o extremidades					
06. Sensación de mareo					
07. Dolores en la columna o en la espalda					
08. Dolores en el cuello o en los hombros					
09. Vómitos					
10. Náuseas					
11. Sensación de ahogo o de nudo en la garganta					
12. Eructos					
13. Ardor de estómago o pirosis					
14. Dolores de cabeza					
15. Agotamiento rápido					
16. Cansancio					
17. Sensación de sopor o aturdimiento					
18. Sensación de pesadez o de cansancio en las piernas					
19. Languidez					
20. Pinchazos o dolores en el pecho					
21. Dolores de estómago					
22. Disnea o sofocación de modo repentino					
23. Sensación de presión en la cabeza					
24. Dolencias cardiacas de modo repentino					

4.d)	¿Tiene Ud. nietos? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí,;: _____ (por favor, indique el número)												
4.e)	¿Tiene Ud. otros parientes cercanos provenientes de su país de origen que vivan también en Alemania? <small>(por ejemplo, padres, abuelos, tíos...)</small> <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí,;: _____ (por favor, indique el número)												
5.a)	<p><u>Educación/Profesión</u></p> <p>Número total de años de Formación o Escolaridad</p> <p>Haga el favor de calcular el número de años que tuvo de formación escolar y profesional (o los que estuvo entrenándose en un oficio), desde la escuela primaria. Escriba el <u>número total</u> de años de escolaridad en el siguiente espacio:</p> <p style="text-align: right;">_____ años</p>												
5.b)	<p>¿Cual de los siguientes grados de educación general tiene Ud? (Indique por favor el más alto que tenga).</p> <p>Marque por favor con una cruz (una "X") solamente uno de los grados escolares dependiendo si este lo obtuvo en Alemania o en su país de origen.</p> <p><input type="checkbox"/> Todavía soy escolar en una escuela de educación general.</p> <p><input type="checkbox"/> Dejé la escuela antes haber obtenido ningún tipo de grado.</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;"><u>Schulabschluss in Deutschland:</u></td> <td style="width: 50%;"><u>Grado escolar en España /América latina:</u></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Haupt- oder Volksschulabschluss</td> <td><input type="checkbox"/> Educación general primaria obligatoria (8 años de formación escolar)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Realschulabschluss (Mittlere Reife)</td> <td><input type="checkbox"/> Educación secundaria obligatoria o libre (10 años de formación escolar)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Fachabitur/ Fachhochschulreife</td> <td><input type="checkbox"/> Formación Profesional (13 años de formación escolar)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Abitur/ Hochschulreife</td> <td><input type="checkbox"/> Bachillerato (12 años de formación escolar)</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> otro: _____ (por favor, indíquelo)</td> </tr> </table>	<u>Schulabschluss in Deutschland:</u>	<u>Grado escolar en España /América latina:</u>	<input type="checkbox"/> Haupt- oder Volksschulabschluss	<input type="checkbox"/> Educación general primaria obligatoria (8 años de formación escolar)	<input type="checkbox"/> Realschulabschluss (Mittlere Reife)	<input type="checkbox"/> Educación secundaria obligatoria o libre (10 años de formación escolar)	<input type="checkbox"/> Fachabitur/ Fachhochschulreife	<input type="checkbox"/> Formación Profesional (13 años de formación escolar)	<input type="checkbox"/> Abitur/ Hochschulreife	<input type="checkbox"/> Bachillerato (12 años de formación escolar)	<input type="checkbox"/> otro: _____ (por favor, indíquelo)	
<u>Schulabschluss in Deutschland:</u>	<u>Grado escolar en España /América latina:</u>												
<input type="checkbox"/> Haupt- oder Volksschulabschluss	<input type="checkbox"/> Educación general primaria obligatoria (8 años de formación escolar)												
<input type="checkbox"/> Realschulabschluss (Mittlere Reife)	<input type="checkbox"/> Educación secundaria obligatoria o libre (10 años de formación escolar)												
<input type="checkbox"/> Fachabitur/ Fachhochschulreife	<input type="checkbox"/> Formación Profesional (13 años de formación escolar)												
<input type="checkbox"/> Abitur/ Hochschulreife	<input type="checkbox"/> Bachillerato (12 años de formación escolar)												
<input type="checkbox"/> otro: _____ (por favor, indíquelo)													

5.c)	<p>Por favor, indique su cualificación profesional más alta:</p> <p>Tenga para ello en cuenta si ha obtenido esa cualificación profesional en Alemania o en su país de origen.</p> <p><input type="checkbox"/> No tengo ninguna cualificación profesional ni me estoy formando para ello.</p> <p><input type="checkbox"/> Todavía me estoy formando (Aprendiz/ Estudiante).</p> <table border="0"> <tr> <td><u>Ausbildungsabschluss in Deutschland</u></td> <td><u>Cualificación profesional en España/ América latina.</u></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Lehre/betriebliche Berufsausbildung</td> <td><input type="checkbox"/> Formación profesional (13 años de formación)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ausbildung an einer Fachschule, Meister- oder Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie</td> <td><input type="checkbox"/> Diplomado o técnico (3 años de formación académica)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Fachhochschulabschluss</td> <td><input type="checkbox"/> Licenciado, técnico superior o doctorado (4 años o más de formación académica)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hochschulabschluss oder Promotion</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> otro: _____ (por favor, indíquelo)</td> <td></td> </tr> </table>	<u>Ausbildungsabschluss in Deutschland</u>	<u>Cualificación profesional en España/ América latina.</u>	<input type="checkbox"/> Lehre/betriebliche Berufsausbildung	<input type="checkbox"/> Formación profesional (13 años de formación)	<input type="checkbox"/> Ausbildung an einer Fachschule, Meister- oder Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie	<input type="checkbox"/> Diplomado o técnico (3 años de formación académica)	<input type="checkbox"/> Fachhochschulabschluss	<input type="checkbox"/> Licenciado, técnico superior o doctorado (4 años o más de formación académica)	<input type="checkbox"/> Hochschulabschluss oder Promotion		<input type="checkbox"/> otro: _____ (por favor, indíquelo)	
<u>Ausbildungsabschluss in Deutschland</u>	<u>Cualificación profesional en España/ América latina.</u>												
<input type="checkbox"/> Lehre/betriebliche Berufsausbildung	<input type="checkbox"/> Formación profesional (13 años de formación)												
<input type="checkbox"/> Ausbildung an einer Fachschule, Meister- oder Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie	<input type="checkbox"/> Diplomado o técnico (3 años de formación académica)												
<input type="checkbox"/> Fachhochschulabschluss	<input type="checkbox"/> Licenciado, técnico superior o doctorado (4 años o más de formación académica)												
<input type="checkbox"/> Hochschulabschluss oder Promotion													
<input type="checkbox"/> otro: _____ (por favor, indíquelo)													
5.d)	<p>Indique por favor, que profesión ejerce Ud. actualmente:</p> <p><input type="checkbox"/> Actualmente no ejerzo ninguna profesión.</p> <p><input type="checkbox"/> Escolar/ Estudiante/ Aprendiz.</p> <p><input type="checkbox"/> Trabajador/a autónomo / profesional liberal</p> <p><input type="checkbox"/> Miembro colaborador en la familia.</p> <p><input type="checkbox"/> Funcionario/a (Inclusive personas cumpliendo el servicio militar)</p> <p><input type="checkbox"/> Empleado (Inclusive personas cumpliendo la prestación civil sustitutoria)</p> <p><input type="checkbox"/> Obrero (especializado o no)</p> <p><input type="checkbox"/> Ama/o de casa (inclusive los que disfrutan de la exención por maternidad o educación)</p> <p><input type="checkbox"/> Pensionista</p> <p><input type="checkbox"/> otro,: _____ (por favor, indíquelo)</p>												

¡Muchas gracias por su participación!

Deutsche Übersetzung des spanischen Fragebogens:

Berlin, März 2005

Liebe Teilnehmerinnen und Teilnehmer!

Vielen Dank, dass Sie sich bereit erklärt haben, an der wissenschaftlichen Untersuchung im Rahmen meiner Dissertation im Fachbereich Humanwissenschaften (Lehrinheit Psychologie) an der Universität Osnabrück teilzunehmen!

Voraussetzung für die Teilnahme an der Untersuchung ist, dass Sie Spanier oder Lateinamerikaner sind bzw. Ihre Eltern oder Großeltern aus einer der beiden Kulturen stammen.

Ziel der Untersuchung ist es, das Wohlbefinden von Spaniern und Lateinamerikanern in Deutschland zu ermitteln und außerdem soll untersucht werden, wie Sie mit beiden Kulturen, der eigenen und der deutschen, umgehen.

Diese Aspekte werden im ersten Teil der Untersuchung abgefragt. Ihre Daten werden selbstverständlich vertraulich und anonym behandelt, allerdings ist es trotzdem für die Untersuchung erforderlich, dass Sie im zweiten Teil der Befragung einige persönliche Angaben über Ihre Lebenssituation machen, da sie Einfluss auf die Ergebnisse haben können. Ich möchte Sie daher bitten, die Fragen möglichst vollständig zu beantworten, da ich die Daten sonst nicht verwenden kann.

Wenn Sie den Fragebogen ausgefüllt haben, stecken Sie ihn bitte in den beigegefügt Briefumschlag und kleben diesen zu. Sie haben die Möglichkeit, den Fragebogen entweder an die Person bzw. den spanischen Verein, von der sie den Fragebogen erhalten haben, zurückzugeben oder aber den Briefumschlag per Post an mich zurück zu schicken.

Sollten Sie Ihrerseits noch Rückfragen haben, so können Sie mich gerne unter der oben angegebenen Adresse kontaktieren. Auch wäre es für mich sehr nützlich, wenn Sie mich kontaktieren würden, falls Sie noch weitere spanische Bekannte haben, die bereit sind, an der Untersuchung teilzunehmen.

Vielen herzlichen Dank!

Mit freundlichen Grüßen,

Anne-Catherine Schrader

Stephenson Multigroup Acculturation Scale (SMAS)

(M.Stephenson)

In den Aussagen des ersten Fragebogens sollen die Veränderungen bewertet werden, die auftreten können, wenn Personen mit Menschen aus anderen Kulturen oder ethnischen Gruppen zusammentreffen. Für die Fragen, die sich auf das „HERKUNFTSLAND“ oder „HEIMATLAND“ beziehen, beziehen Sie diese bitte auf das Land, aus dem Ihre Familie ursprünglich kommt. Für Fragen, die sich auf die „MUTTERSPRACHE“ beziehen, beziehen Sie diese bitte auf die Sprache, die dort gesprochen wird, wo Ihre Familie ursprünglich herkommt.

Machen Sie bitte dort Ihr Kreuz, wo die Aussage am ehesten für Sie zutrifft.

	völlig falsch	eher falsch	eher richtig	völlig richtig
1. Ich verstehe Deutsch, aber ich kann es nicht fließend sprechen.				
2. Ich bin über die gegenwärtigen Geschehnisse in Deutschland informiert.				
3. Ich spreche mit Freunden und Bekannten aus meinem Herkunftsland meine Muttersprache.				
4. Ich habe die Sprache meines Heimatlandes nie sprechen gelernt.				
5. Ich fühle mich unter Deutschen vollkommen wohl.				
6. Ich esse die traditionellen Speisen meines Heimatlandes.				
7. Ich habe viele deutsche Bekannte.				
8. Ich fühle mich wohl, wenn ich meine Muttersprache spreche.				
9. Ich bin über die gegenwärtigen Geschehnisse in meinem Heimatland informiert.				
10. Ich kann in meiner Muttersprache lesen und schreiben.				
11. Ich fühle mich in Deutschland zu Hause.				
12. Ich pflege soziale Beziehungen mit Personen aus meinem Heimatland.				
13. Ich fühle mich von den Deutschen akzeptiert.				
14. Ich spreche zu Hause meine Muttersprache.				
15. Ich lese regelmäßig Zeitschriften von meiner eigenen ethnischen Gruppe.				
16. Ich kann meine Muttersprache sprechen.				
17. Ich kann deutsche Speisen zubereiten.				
18. Ich bin mit der Geschichte meines Heimatlandes vertraut.				
19. Ich lese regelmäßig eine deutsche Zeitung.				
20. Ich höre gerne die Musik meiner eigenen ethnischen Gruppe.				

	völlig falsch	eher falsch	eher richtig	völlig richtig
21. Ich spreche gerne meine Muttersprache.				
22. Ich fühle mich beim Deutschsprechen wohl.				
23. Ich spreche zu Hause deutsch.				
24. Ich spreche mit meinem Partner oder meine(m/r) Gatten/in meine Muttersprache.				
25. Wenn ich bete, benutze ich meine Muttersprache.				
26. Ich pflege soziale Beziehungen mit Deutschen.				
27. Ich denke in meiner Muttersprache.				
28. Ich habe engen Kontakt mit Familienmitgliedern und Verwandten in meinem Heimatland.				
29. Ich bin mit den wichtigen Personen in der deutschen Geschichte vertraut.				
30. Ich denke auf Deutsch.				
31. Ich spreche mit meinem Partner oder meiner Partnerin Deutsch.				
32. Ich esse gern deutsche Speisen.				

Leipziger Kurzsкала (SOC-L9)

(J. Schumacher, G. Wilz, T. Gunzelmann, E. Brähler)

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Fragen und Aussagen zu verschiedenen Aspekten des Lebens. Bitte kreuzen Sie zu jeder Frage, die für Sie persönlich zutreffende Antwort (Zahl zwischen 1 und 7) an. Bitte beantworten Sie jede Frage bzw. Aussage und kreuzen Sie jeweils nur eine Zahl an.

1. Haben Sie das Gefühl, dass Sie in einer ungewohnten Situation sind und nicht wissen, was Sie tun sollen?

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
sehr oft						sehr selten oder nie

2. Wenn Sie über das Leben nachdenken, ist es dann sehr oft so, dass....

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Sie spüren, wie schön es ist, zu leben.						Sie sich fragen, wieso Sie überhaupt leben.

3. Die Dinge, die Sie täglich tun, sind für Sie...

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
eine Quelle tiefer Freude und Befriedigung.						eine Quelle von Schmerz und Langeweile.

4. Wie oft sind Ihre Gedanken und Gefühle ganz durcheinander?

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
sehr oft						sehr selten oder nie

5. Wenn Sie etwas tun, das Ihnen ein gutes Gefühl gibt,

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
dann ist es bestimmt so, dass Sie sich auch weiterhin gut fühlen werden.					dann wird bestimmt etwas passieren, das dieses Gefühl wieder verdirbt.	

6. Sie erwarten für die Zukunft, dass Ihr eigenes Leben...

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
ohne jeden Sinn und Zweck sein wird.					voller Sinn und Zweck sein wird.	

7. Viele Leute – auch solche mit einem starken Charakter – fühlen sich in bestimmten Situationen als traurige Verlierer. Wie oft haben Sie sich in der Vergangenheit so gefühlt?

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
sehr oft					sehr selten oder nie	

8. Wenn Sie an Schwierigkeiten denken, denen Sie bei wichtigen Dingen im Leben wohl begegnen werden, haben Sie das Gefühl, dass...

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
es Ihnen immer gelingen wird, die Schwierigkeiten zu überwinden.					Sie es nicht schaffen werden, die Schwierigkeiten zu überwinden.	

9. Wie oft haben Sie das Gefühl, dass die Dinge, die Sie im täglichen Leben tun, wenig Sinn haben?

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
sehr oft					sehr selten oder nie	

Das Emotionalitätsinventar (EMO)
(Bartram, M. & Rogner, J.)

In den letzten Wochen habe ich mich so gefühlt:

		überhaupt nicht	selten	manchmal	oft
(1)	hilflos	()	()	()	()
(2)	traurig	()	()	()	()
(3)	ängstlich	()	()	()	()
(4)	ratlos	()	()	()	()
(5)	mutlos	()	()	()	()
(6)	ruhig	()	()	()	()
(7)	sicher	()	()	()	()
(8)	entspannt	()	()	()	()
(9)	ausgeglichen	()	()	()	()
(10)	ausgeruht	()	()	()	()
(11)	kraftlos	()	()	()	()
(12)	träge	()	()	()	()
(13)	erschöpft	()	()	()	()
(14)	matt	()	()	()	()
(15)	lahm	()	()	()	()
(16)	aktiv	()	()	()	()
(17)	selbstbewusst	()	()	()	()
(18)	munter	()	()	()	()
(19)	stark	()	()	()	()
(20)	tatkräftig	()	()	()	()
(21)	aufgeregt	()	()	()	()
(22)	besorgt	()	()	()	()
(23)	beunruhigt	()	()	()	()
(24)	verkrampft	()	()	()	()
(25)	überreizt	()	()	()	()
(26)	beschwingt	()	()	()	()
(27)	fröhlich	()	()	()	()
(28)	frohgemut	()	()	()	()
(29)	gutgelaunt	()	()	()	()
(30)	zufrieden	()	()	()	()

Der Gießener Beschwerdebogen (GBB-24)
(Brähler E. & Scheer, J.W.)

Auf dieser Seite ist eine größere Anzahl von Beschwerden aufgeführt. Überlegen Sie bitte, an welchen dieser Beschwerden Sie leiden. Machen Sie ein Kreuz in die entsprechende Spalte. Die Beschwerden, die Sie nicht haben, erhalten natürlich ein Kreuz in der „nicht“-Spalte.

Ich fühle mich durch folgende Beschwerden belästigt:	nicht	kaum	einigermaßen	erheblich	stark
01. Schwächegefühl					
02. Herzklopfen, -jagen oder -stolpern					
03. Druck- oder Völlegefühl im Bauch					
04. Übermäßiges Schlafbedürfnis					
05. Gelenk- oder Gliederschmerzen					
06. Schwindelgefühl					
07. Kreuz- oder Rückenschmerzen					
08. Nacken- oder Schulterschmerzen					
09. Erbrechen					
10. Übelkeit					
11. Kloßgefühl, Engigkeit oder Würgen im Hals					
12. Aufstoßen					
13. Sodbrennen oder saures Aufstoßen					
14. Kopfschmerzen					
15. Rasche Erschöpfbarkeit					
16. Müdigkeit					
17. Gefühl der Benommenheit					
18. Schweregefühl oder Müdigkeit in den Beinen					
19. Mattigkeit					
20. Stiche, Schmerzen oder Ziehen in der Brust					
21. Magenschmerzen					
22. Anfallsweise Atemnot					
23. Druckgefühl im Kopf					
24. Anfallsweise Herzbeschwerden					

FRAGEBOGEN TEIL 2:

Auf den folgenden zwei Seiten finden Sie eine Reihe von Fragen zu Ihrer Person. Diese Angaben sind für mich sehr wichtig, da ich wissen muss, wie sich der Personenkreis zusammensetzt, den ich befragt habe. Ohne diese Angaben sind auch die Antworten aus dem ersten Teil des Fragebogens für mich nicht zu verwenden. Ich bitte Sie daher, auch diese beiden Seiten sorgfältig auszufüllen. Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage die entsprechenden Antworten an bzw. füllen die vorgesehenen Felder aus.

1.)	Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
2.)	Alter: _____ Jahre
3.a)	<u>Herkunft</u> Herkunftsland: Bitte kreuzen Sie an, ob Ihre Familie aus Spanien oder Lateinamerika stammt. <input type="checkbox"/> aus Spanien <input type="checkbox"/> aus Lateinamerika
3.b)	Aufenthaltsdauer in Deutschland: Bitte geben Sie die Anzahl Jahre an, falls Sie selbst zugewandert sind. Falls Sie in Deutschland geboren sein sollten, machen Sie bitte lediglich ein Kreuz, für die Generation, die zugewandert ist. _____ Jahre <input type="checkbox"/> die Eltern sind zugewandert <input type="checkbox"/> die Großeltern sind zugewandert <input type="checkbox"/> die Generationen davor
4.a)	<u>Familie</u> Welchen Familienstand haben Sie? <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> anderes, und zwar: _____ (bitte eintragen)
4.b)	Leben Sie mit Ihrer/m Partner/in zusammen in einem Haushalt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
4.c)	Haben Sie Kinder? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar: _____ (bitte Anzahl angeben)

4.d)	Haben Sie Enkel? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar: _____ (bitte Anzahl angeben)												
4.e)	Haben Sie weitere enge spanische Verwandte, die in Deutschland leben? (z.B. Eltern, Großeltern, Tante, Onkel....) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar: _____ (bitte Anzahl angeben)												
5.a)	<u>Ausbildung/ Beruf</u> Anzahl der Schul-/ Ausbildungsjahre insgesamt Bitte zählen Sie Gesamtanzahl der Jahre, die sie zur Schule gegangen sind und die Sie eine Ausbildung gemacht haben, zusammen: _____ Jahre												
5.b)	<u>Ausbildung/ Beruf</u> Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie? Bitte kreuzen Sie nur einen Schulabschluss an, in Abhängigkeit davon, ob Sie ihn in Deutschland oder Ihrem Heimatland gemacht haben. <input type="checkbox"/> Ich bin noch Schüler(in) an einer allgemeinbildenden Schule <input type="checkbox"/> Ich bin von der Schule gegangen ohne Abschluss <table data-bbox="271 1160 1420 1702"> <thead> <tr> <th data-bbox="271 1160 766 1198"><u>Schulabschluss in Deutschland:</u></th> <th data-bbox="861 1160 1420 1198"><u>Grado escolar en España/ América latina:</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="271 1220 766 1265"><input type="checkbox"/> Haupt- oder Volksschulabschluss</td> <td data-bbox="861 1220 1420 1299"><input type="checkbox"/> Educación general primaria obligatoria (8 años de formación escolar)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="271 1321 766 1366"><input type="checkbox"/> Realschulabschluss (Mittlere Reife)</td> <td data-bbox="861 1321 1420 1400"><input type="checkbox"/> Educación secundaria obligatoria o libre (10 años de formación escolar)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="271 1422 766 1467"><input type="checkbox"/> Fachabitur/ Fachhochschulreife</td> <td data-bbox="861 1422 1420 1500"><input type="checkbox"/> Formación Profesional (13 años de formación escolar)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="271 1556 766 1601"><input type="checkbox"/> Abitur/ Hochschulreife</td> <td data-bbox="861 1556 1420 1635"><input type="checkbox"/> Bachillerato (12 años de formación escolar)</td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="271 1657 1420 1702"><input type="checkbox"/> anderes, und zwar: _____ (bitte eintragen)</td> </tr> </tbody> </table>	<u>Schulabschluss in Deutschland:</u>	<u>Grado escolar en España/ América latina:</u>	<input type="checkbox"/> Haupt- oder Volksschulabschluss	<input type="checkbox"/> Educación general primaria obligatoria (8 años de formación escolar)	<input type="checkbox"/> Realschulabschluss (Mittlere Reife)	<input type="checkbox"/> Educación secundaria obligatoria o libre (10 años de formación escolar)	<input type="checkbox"/> Fachabitur/ Fachhochschulreife	<input type="checkbox"/> Formación Profesional (13 años de formación escolar)	<input type="checkbox"/> Abitur/ Hochschulreife	<input type="checkbox"/> Bachillerato (12 años de formación escolar)	<input type="checkbox"/> anderes, und zwar: _____ (bitte eintragen)	
<u>Schulabschluss in Deutschland:</u>	<u>Grado escolar en España/ América latina:</u>												
<input type="checkbox"/> Haupt- oder Volksschulabschluss	<input type="checkbox"/> Educación general primaria obligatoria (8 años de formación escolar)												
<input type="checkbox"/> Realschulabschluss (Mittlere Reife)	<input type="checkbox"/> Educación secundaria obligatoria o libre (10 años de formación escolar)												
<input type="checkbox"/> Fachabitur/ Fachhochschulreife	<input type="checkbox"/> Formación Profesional (13 años de formación escolar)												
<input type="checkbox"/> Abitur/ Hochschulreife	<input type="checkbox"/> Bachillerato (12 años de formación escolar)												
<input type="checkbox"/> anderes, und zwar: _____ (bitte eintragen)													

5.c)	<p>Bitte geben Sie Ihren höchsten beruflichen Ausbildungsabschluss an:</p> <p>Bitte berücksichtigen Sie bei der Angabe des Ausbildungsabschlusses, ob Sie Ihren Abschluss in Spanien oder in Deutschland gemacht haben.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe keinen beruflichen Abschluss und bin nicht in beruflicher Ausbildung</p> <p><input type="checkbox"/> Ich bin noch in beruflicher Ausbildung (Auszubildende(r)/Student(in))</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"><u>Ausbildungsabschluss in Deutschland</u></td> <td style="width: 50%; border: none;"><u>Ausbildungsabschluss in Spanien</u></td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Lehre/betriebliche Berufsausbildung</td> <td style="border: none;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Ausbildung an einer Fachschule, Meister- oder Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Formación profesional (13 años de formación)</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Fachhochschulabschluss</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Diplomado o técnico (3 años de formación académica)</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Hochschulabschluss oder Promotion</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Licenciado, técnico superior o doctorado (4 años o más de formación académica)</td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> anderes, und zwar: _____ (bitte eintragen)</p>	<u>Ausbildungsabschluss in Deutschland</u>	<u>Ausbildungsabschluss in Spanien</u>	<input type="checkbox"/> Lehre/betriebliche Berufsausbildung		<input type="checkbox"/> Ausbildung an einer Fachschule, Meister- oder Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie	<input type="checkbox"/> Formación profesional (13 años de formación)	<input type="checkbox"/> Fachhochschulabschluss	<input type="checkbox"/> Diplomado o técnico (3 años de formación académica)	<input type="checkbox"/> Hochschulabschluss oder Promotion	<input type="checkbox"/> Licenciado, técnico superior o doctorado (4 años o más de formación académica)
<u>Ausbildungsabschluss in Deutschland</u>	<u>Ausbildungsabschluss in Spanien</u>										
<input type="checkbox"/> Lehre/betriebliche Berufsausbildung											
<input type="checkbox"/> Ausbildung an einer Fachschule, Meister- oder Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie	<input type="checkbox"/> Formación profesional (13 años de formación)										
<input type="checkbox"/> Fachhochschulabschluss	<input type="checkbox"/> Diplomado o técnico (3 años de formación académica)										
<input type="checkbox"/> Hochschulabschluss oder Promotion	<input type="checkbox"/> Licenciado, técnico superior o doctorado (4 años o más de formación académica)										
5.c)	<p>Bitte geben Sie an, welchen Beruf Sie derzeit ausüben:</p> <p><input type="checkbox"/> Ich bin derzeit nicht erwerbstätig</p> <p><input type="checkbox"/> Schüler(in) / Student(in) / Auszubildend(r)</p> <p><input type="checkbox"/> Selbständig / freiberuflich tätig</p> <p><input type="checkbox"/> mithelfender Familienangehörige (r)</p> <p><input type="checkbox"/> Beamte (r) (einschließlich Wehrpflichtige)</p> <p><input type="checkbox"/> Angestellt (r) (einschließlich Zivildienstleistende)</p> <p><input type="checkbox"/> (Fach-) Arbeiter (in)</p> <p><input type="checkbox"/> Hausfrau / Hausmann (auch im Erziehungs- oder Mutterschaftsurlaub)</p> <p><input type="checkbox"/> Rentner (in)</p> <p><input type="checkbox"/> anderes, und zwar: _____ (bitte eintragen)</p>										

Vielen herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Anhang B:

**Informationsschreiben an die spanischen Institutionen
in spanischer und deutscher Übersetzungsversion**



Fachbereich
Humanwissenschaften
Lehrereinheit Psychologie

Universität Osnabrück · FB 8 · D-49069 Osnabrück

Dipl.-Psych. A.-C. Schrader
Pintschstr. 2
10249 Berlin
Tel.: 030/23183893
E-Mail: Anne-Catha@gmx.de

Berlin, Marzo 2005

Muy Sres. míos.

Estoy estudiando mi tesina doctoral en la Universidad de Osnabrück sobre la salud física y el bienestar psicológico de todos los españoles residentes en Alemania. Quisiera investigar, entre otros, qué papel juega aquí el trato con la cultura alemana y la del origen, así como las características individuales. Por ello, les ruego su colaboración.

El trabajo es parte de la investigación sobre la migración. Esta investigación examina las consecuencias sanitarias de los efectos de la migración. Unos resultados obtenidos muestran que por las exigencias aumentadas a la nueva situación de vida de los emigrantes tienen como consecuencia una considerable carga y perjuicios sanitarios posibles. No existen estudios actuales sobre españoles, aunque son casi 130.000 las personas que habitan actualmente en Alemania.

Para remediar este déficit de las investigaciones, quisiera hacer una encuesta con 100 personas españolas. La encuesta, que tendrá lugar desde marzo de este año, consiste en cuatro **cortos** cuestionarios, y es **anónima**. En caso de interés o más preguntas, pueden contactarme bajo el número de teléfono o correo electrónico arriba indicado.

Más informaciones sobre mi trabajo se encuentran en el internet bajo: http://www.iree.org/dokumente/archivo/exposee_zur_diplomarbeit.pdf.

Les saluda atentamente.

Anne-Catherine Schrader

Deutsche Übersetzung des Informationsschreibens:

Berlin, im März 2005

Sehr geehrte Damen und Herren,

in meiner Dissertation an der Universität Osnabrück untersuche ich die körperliche Gesundheit und das emotionale Wohlbefinden von SpanierInnen, die hier in Deutschland leben. Ich möchte u. a. untersuchen, welche Rolle der Umgang mit der deutschen Aufnahmekultur bzw. der spanischen Herkunftskultur und individuelle Eigenschaften spielen und bitte Sie um Ihre Mithilfe.

Die Arbeit ist dem Bereich der Migrationsforschung zuzuordnen. Diese erforscht u. a. die gesundheitlichen Konsequenzen der Auswirkungen von Migration. Es gibt Befunde, dass die erhöhten Anforderungen an die neue Lebenssituation von MigrantInnen erhöhte Belastungen nach sich ziehen und mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen verknüpft sein können. Zurzeit gibt es leider keine Untersuchungen mit SpanierInnen, obwohl rund 130.000 von Ihnen hier leben.

Um dieses Forschungsdefizit zu beheben, möchte ich gerne 100 SpanierInnen befragen. Die Befragung erfolgt anonym anhand von vier kurzen Fragebögen und wird ab März dieses Jahres durchgeführt werden. Ich wäre Ihnen sehr dankbar, wenn Sie meinen Brief zusammen mit dem Fragebogen in Ihrem Verein aushängen würden und ihre Mitglieder dazu aufrufen, sich an der Fragebogenaktion zu beteiligen und ich Ihnen dazu entweder meine Fragebögen mit einem frankierten Rückumschlag per Post oder, sofern es meine Ressourcen zulassen, auch persönlich zukommen lassen dürfte. Bei Interesse und Rückfragen können Sie mich gerne unter o. g. Telefonnummer oder E-Mail-Adresse kontaktieren.

Weitere Informationen zu meiner Arbeit finden Sie im Internet unter: **http://www.iree.org/dokumente/archivo/exposee_zur_diplomarbeit.pdf**.

Mit freundlichen Grüßen,

Anne-Catherine Schrader

Anhang C:
Ergebnistabellen

Tab. C-1: Häufigkeiten der befragten Spanier in Abhängigkeit von Geschlecht und Alter (n=111)

			GESCHLECHT		Gesamt
			weiblich	männlich	
ALTER in Jahren	17-30	Häufigkeit	12	8	20
		Relative Häufigk.	60%	40%	100%
	31-40	Häufigkeit	18	5	23
		Relative Häufigk.	78%	22%	100%
	41-50	Häufigkeit	12	8	20
		Relative Häufigk.	60%	40%	100%
	51-60	Häufigkeit	12	19	31
		Relative Häufigk.	39%	61%	100%
	61-81	Häufigkeit	11	6	17
		Relative Häufigk.	65%	35%	100%
Gesamt		Häufigkeit	65	46	111
		Relative Häufigk.	59%	41%	100%

Anmerkung. n: Teilstichprobe = 111, da ein fehlender Wert bei den Altersangaben.

Tab. C-2: Häufigkeiten der befragten Spanier nach Ausbildungsabschlüssen (N=112)

		Häufigkeit	Relative Häufigkeit
BILDUNGSNIVEAU	Ohne Ausbildungsabschluss	39	35%
	Noch nicht abgeschlossene Ausbildung	6	5%
	Lehre/betriebliche Berufsausbildung	20	18%
	Ausbldg. an Fach-, Meister- o. Technikerschule, Berufs-/ Fachakademie	11	10%
	Fachhochschulabschluss	1	1%
	Hochschulabschluss oder Promotion	3	3%
	Formación profesional	5	5%
	Diplomado o técnico	11	10%
	Licenciado, técnico superior o doctorado	9	8%
	Sonstige	2	2%
	Keine Angabe	5	5%
Gesamt		112	100%

Anmerkungen: Übersetzung der spanischen Ausbildungsabschlüsse

- *Formación profesional*=Lehre/ betriebliche Berufsausbildung bzw. Ausbildung an einer Fach-, Meister oder Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie (13 Jahre Ausbildung, einschließlich Schulbildung)
- *Diplomado o técnico*=Fachhochschulabschluss (3 Jahre akademische Ausbildung)
- *Licenciado, técnico o doctorado*=Hochschulabschluss oder Promotion (>3 Jahre akademische Ausbildung)

Tab. C-3: Häufigkeiten der befragten Spanier nach Berufskategorien (N=112)

		Häufigkeit	Relative Häufigkeit
BERUF	Erwerbslos	6	5%
	In Ausbildung	9	8%
	Rentner	16	14%
	Im Haushalt tätig	18	16%
	Selbständig tätig	12	11%
	Arbeiter	16	14%
	Angestellter	27	24%
	Beamter	6	5%
	Sonstige	1	1%
	Keine Angabe	1	1%
Gesamt		112	100%

Tab. C-4: Häufigkeiten der befragten Spanier nach Familienstand (N=112)

FAMILIENSTAND		Häufigkeit	Relative Häufigkeit
	Ledig	25	22%
	Verheiratet	69	62%
	Geschieden	12	11%
	Verwitwet	5	5%
	Sonstige	1	1%
	Gesamt	112	100%

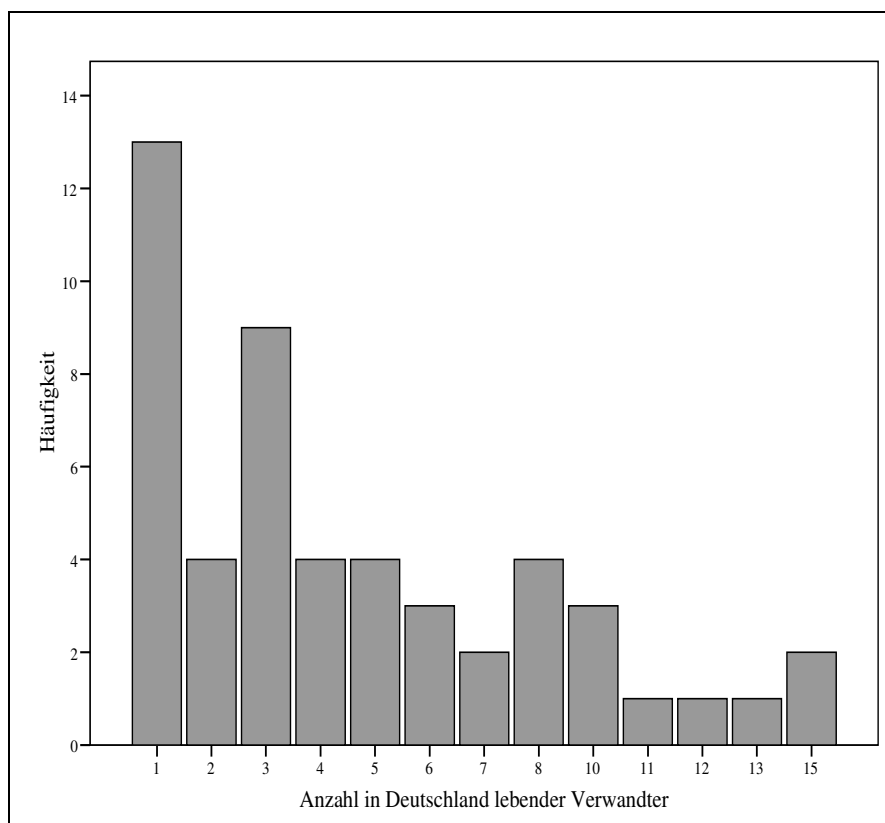


Abb. C-1: Häufigkeiten der befragten Spanier nach Anzahl ihrer in Deutschland lebenden Verwandten

Tab.C-5: Vergleich der Stichprobenmerkmale dieser Untersuchung von Schrader (2009) mit den Stichprobenmerkmalen der Untersuchung von Schrader (2004)

	Schrader (2009)		Schrader (2004)	
Gesamthäufigkeit	N=112		N=119	
Geschlecht	$n_{\text{Frauen}} = 59\%$	$n_{\text{Männer}} = 41\%$	$n_{\text{Frauen}} = 56\%$	$n_{\text{Männer}} = 44\%$
Alter	Range: 17 - 81 J.	$M = 46$ J.	Range: 13 - 80 J.	$M = 46$ J.
Generation	$n_{1.\text{Generation}} = 56\%$	$n_{\geq 2.\text{Generation}} = 39\%$	$n_{1.\text{Generation}} = 62\%$	$n_{\geq 2.\text{Generation}} = 36\%$
Aufenthaltsdauer	Range: 0.5 - 47 J.	$M = 27$ J.	Range: 0.5 - 43 J.	$M = 30$ J.
Ausbildungsjahre	Range: 0 - 22 J.	$M = 12$ J.	Range: 0 - 26 J.	$M = 11$ J.
Ausbildungsabschluss	ohne Abschl. = 36 %	in Ausbildung = 6 %	ohne Abschl. = 43 %	in Ausbildung = 8 %
	Lehre/ Berufsakademie = 34 %		Lehre/ Berufsakademie = 29 %	
	akademischer Abschluss = 22 %		akademischer Abschluss = 16 %	
Beschäftigung	nicht (regelmäßig) = 28 %		nicht (regelmäßig) = 30 %	
	niedriges Niveau = 41 %		niedriges Niveau = 45 %	
	hohes Niveau = 30 %		hohes Niveau = 22 %	
Ehestand	verheiratet = 62 %	alleinstehend = 38 %	verheiratet = 60 %	alleinstehend = 40 %
im Haushalt zs.lebend	mit Partner = 70 %	ohne Partner = 30 %	mit Partner = 67 %	ohne Partner = 32 %
Kinder	ja = 71 %	nein = 29 %	ja = 72 %	nein = 28 %
Enkel	ja = 19 %	nein = 81 %	ja = 26 %	nein = 74 %

Anmerkungen. N: Gesamtanzahl; n: Anzahl der Teilstichprobe; M: Mittelwert.

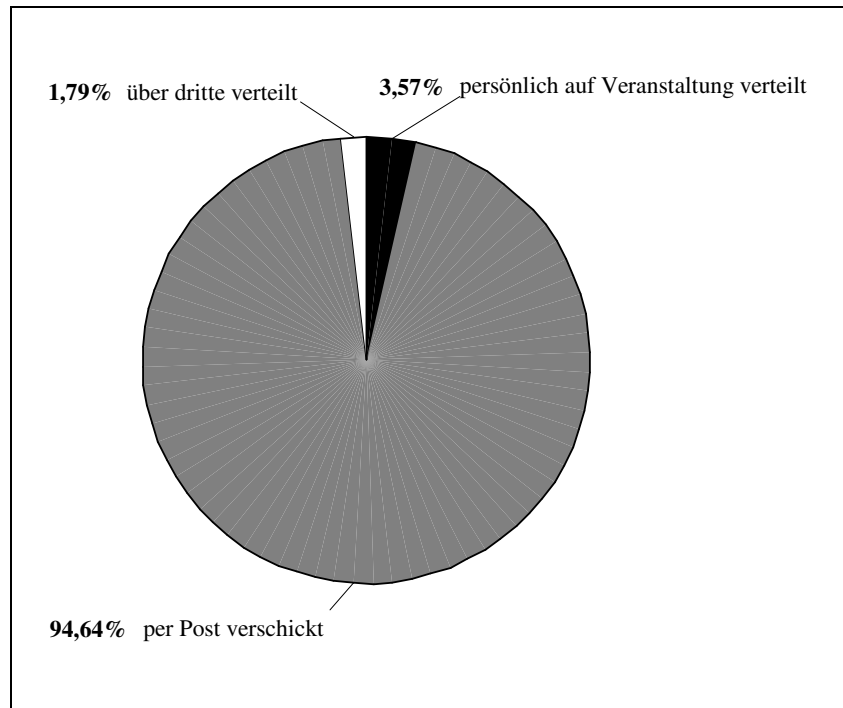


Abb. C-2: Verteilungswege der Datenerhebung

Tab. C-6: Orte der Datenerhebung (N=112)

Ort	Häufigkeit	Relative Häufigkeit
Berlin	6	5 %
Bonn	9	8 %
Braunschweig	1	1 %
Bremerhaven	1	1 %
Duisburg	18	16 %
Düsseldorf	9	8 %
Goslar	7	6 %
Hamburg	16	14 %
Hannover	10	9 %
Neuss	14	13 %
Osnabrück	8	7 %
Ulm	9	8 %
Vechta	3	3 %
Keine Angabe	1	1 %
Gesamthäufigkeit	112	100 %

Tab. C-7: Für die Datenerhebung in Anspruch genommene Institutionen und Personen (N=112)

	Häufigkeit	Relative Häufigkeit
Verein	82	73%
Altenheim	7	6%
Privatperson	20	18%
Schule	2	2%
Keine Angabe	1	1%
Gesamt	112	100%

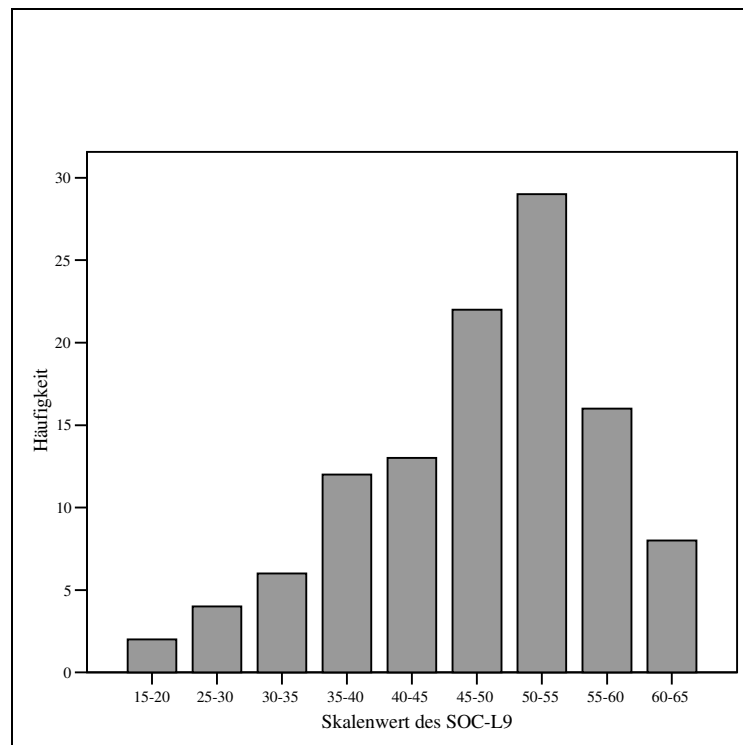


Abb. C-3: Häufigkeitsverteilung der Skalenwerte der Leipziger Kurzskala (SOC-L9, Schumacher et al., 2000a)

Tab.C-8: Korrelationen der SMAS 1 und SMAS 2 der Stephenson Multigroup Acculturation Scale (SMAS, Stephenson, 2000)

Korrelation nach Pearson			
		SMAS 1 (spanische Orientierung)	SMAS 2 (deutsche Orientierung)
SMAS 1 (spanische Orientierung)	Korrelation nach Pearson	1	-.323**
	Signifikanz (2-seitig)		.001
	N	112	112
SMAS 2 (deutsche Orientierung)	Korrelation nach Pearson	-.323**	1
	Signifikanz (2-seitig)	.001	
	N	112	112

** . Die Korrelation ist auf dem Niveau von $p = .010$ (2-seitig) signifikant.

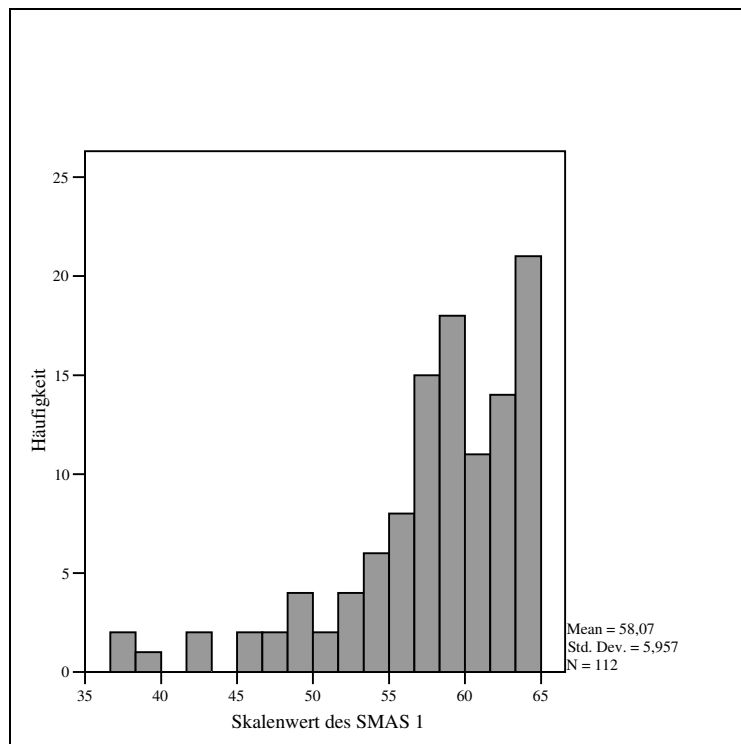


Abb. C-4: Häufigkeitsverteilung der Skalenwerte der SMAS 1 der Stephenson Multigroup Acculturation Scale (SMAS, Stephenson, 2000)

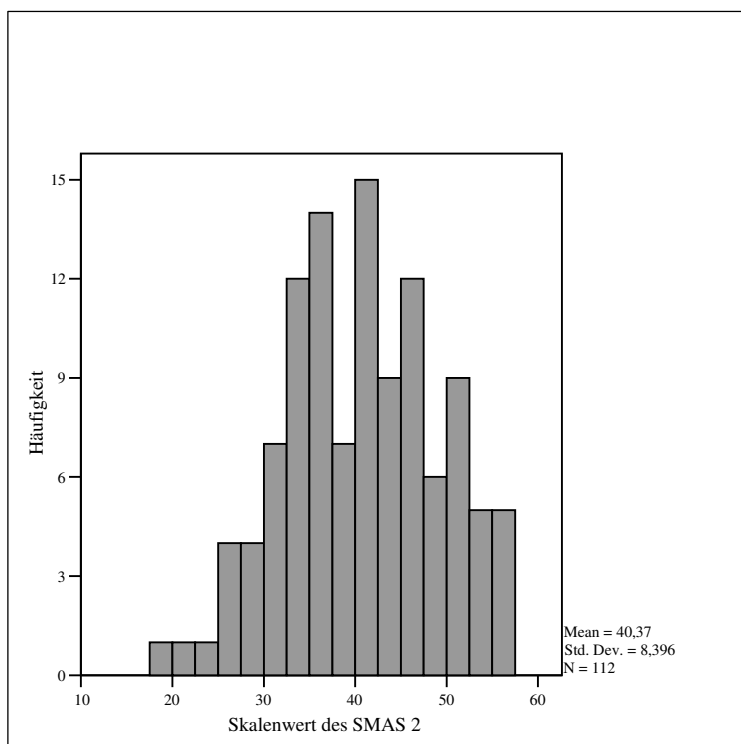


Abb. C-5: Häufigkeitsverteilung der Skalenwerte der SMAS 2 der Stephenson Multigroup Acculturation Scale (SMAS, Stephenson, 2000)

Tab. C-9: Levene-Tests zur Überprüfung der Varianzhomogenität bei den zweifaktoriellen Varianzanalysen mit den Faktoren Akkulturationsstil und Geschlecht ($df_{\text{Zähler}} = 7$, $df_{\text{Nenner}} = 103$)

Skalen des EMO	F-Wert	p
Ängstlich-depressiv	1.160	.333
Angstfrei-entspannt	1.317	.250
Erschöpft	1.777	.100
Vital-aktiv	0.780	.605
Ängstlich-erregt	0.432	.880
Elativ	1.139	.345
Negative Stimmung	0.830	.564
Positive Stimmung	0.973	.455
<i>Skalen des GBB</i>		
Erschöpfung	1.505	.174
Gliederschmerzen	1.391	.217
Magenbeschwerden	1.541	.162
Herzbeschwerden	2.140	.046
Beschwerdedruck	2.471	.022
<i>SOC-Skala</i>		
Kohärenzsinn	1.071	.387

Anmerkungen. F-Wert: empirischer Wert, der an der F-Verteilung getestet wird; df: Freiheitsgrade im Zähler und Nenner; p: Irrtumswahrscheinlichkeit mit $p \geq .10$, d. h. Varianzhomogenität der Fehlervarianzen gegeben.

Tab. C-10: Levene-Tests zur Überprüfung der Varianzhomogenität für die Post-Hoc-Tests mit dem Faktor Akkulturationsstil ($df_{\text{Zähler}} = 7$, $df_{\text{Nenner}} = 104$)

Skalen des EMO	F-Wert	p
Ängstlich-depressiv	1.076	.384
Angstfrei-entspannt	1.182	.320
Erschöpft	1.738	.108
Vital-aktiv	0.728	.648
Ängstlich-erregt	0.478	.849
Elativ	1.135	.347
Negative Stimmung	0.994	.440
Positive Stimmung	0.946	.475
<i>Skalen des GBB</i>		
Erschöpfung	1.327	.245
Gliederschmerzen	1.656	.128
Magenbeschwerden	1.516	.170
Herzbeschwerden	2.077	.052
Beschwerdedruck	2.097	.050
<i>SOC-Skala</i>		
Kohärenzsinn	1.148	.339

Anmerkungen. F-Wert: empirischer Wert, der an der F-Verteilung getestet wird; df: Freiheitsgrade im Zähler und Nenner; p: Irrtumswahrscheinlichkeit mit $p \geq .10$, d. h. Varianzhomogenität der Fehlervarianzen gegeben.

Tab. C-11: Levene-Tests zur Überprüfung der Varianzhomogenität der T-Tests in Abhängigkeit vom Generationsstatus ($df_{\text{Zähler}} = 1$, $df_{\text{Nenner}} = 104$)

Skalen des EMO	F-Wert	p
Ängstlich-depressiv	5.313	.023
Angstfrei-entspannt	0.202	.654
Erschöpft	3.922	.050
Vital-aktiv	2.015	.159
Ängstlich-erregt	1.764	.187
Elativ	0.000	.986
Negative Stimmung	5.682	.019
Positive Stimmung	0.319	.573
<i>Skalen des GBB</i>		
Erschöpfung	3.811	.054
Gliederschmerzen	0.145	.704
Magenbeschwerden	0.550	.460
Herzbeschwerden	11.984	.001
Beschwerdedruck	2.384	.126
<i>SOC-Skala</i>		
Kohärenzsinn	3.436	.067

Anmerkungen. F-Wert: empirischer Wert, der an der F-Verteilung getestet wird; df: Freiheitsgrade im Zähler und Nenner; p: Irrtumswahrscheinlichkeit mit $p \geq .10$, d. h. Varianzhomogenität der Fehlervarianzen gegeben.

Tab. C-12: Varianzanalysen auf den Skalen des Emotionalitätsinventars (EMO, Bartram & Rogner, 2003) mit den Faktoren Generationsstatus und Akkulturationsstil ($n = 106$)

Skala des EMO	p von Levene-Test	Faktor	F-Wert	$df_{Zähler}$	df_{Nenner}	η^2	p
Ängstlich-depressiv	.109	Generationsstatus	1.966	1	97	.16	.164
		Akkulturationsstil	2.066	3	97	.06	.110
		Akkult.stil x Generation	0.813	3	97	.49	.490
Angstfrei-entspannt	.490	Generationsstatus	1.347	1	97	.01	.249
		Akkulturationsstil	3.377	3	97	.10	.021
		Akkult.stil x Generation	2.959	3	97	.08	.036
Erschöpft	.184	Generationsstatus	0.012	1	97	.00	.913
		Akkulturationsstil	0.454	3	97	.01	.715
		Akkult.stil x Generation	1.138	3	97	.03	.338
Vital-aktiv	.234	Generationsstatus	2.397	1	97	.02	.125
		Akkulturationsstil	1.749	3	97	.05	.162
		Akkult.stil x Generation	0.498	3	97	.02	.684
Ängstlich-erregt	.859	Generationsstatus	2.352	1	97	.02	.128
		Akkulturationsstil	1.624	3	97	.05	.189
		Akkult.stil x Generation	1.100	3	97	.03	.353
Elativ	.213	Generationsstatus	0.239	1	97	.00	.626
		Akkulturationsstil	1.878	3	97	.06	.138
		Akkult.stil x Generation	0.867	3	97	.03	.461
Negative Stimmung	.156	Generationsstatus	1.337	1	97	.01	.250
		Akkulturationsstil	1.457	3	97	.04	.231
		Akkult.stil x Generation	0.960	3	97	.03	.415
Positive Stimmung	.387	Generationsstatus	1.388	1	97	.01	.242
		Akkulturationsstil	2.658	3	97	.08	.053
		Akkult.stil x Generation	0.841	3	97	.03	.475

Anmerkungen. n : Anzahl der Spanier; p von Levene-Test: Irrtumswahrscheinlichkeit mit $p \geq .10$, d. h. Varianzhomogenität der Fehlervarianzen gegeben; F -Wert: empirischer Wert, der an der F -Verteilung getestet wird; df : Freiheitsgrade im Zähler und Nenner; η^2 : Partial-Effektstärke; p : Irrtumswahrscheinlichkeit mit $p \leq .001$ äußerst signifikant, $p \leq .01$ sehr signifikant, $p \leq .05$ signifikant, $p \leq .10$ marginale Signifikanz (Trend).

Tab. C-13: Varianzanalysen auf den Skalen des Giessener Beschwerdebogens (GBB-24, Brähler & Scheer, 1995) mit den Faktoren Generationsstatus und Akkulturationsstil ($n = 106$)

Skala des GBB	p von Levene-Test	Faktor	F-Wert	$df_{\text{Zähler}}$	df_{Nenner}	η^2	p
Erschöpfung	.309	Generationsstatus	2.064	1	97	.02	.154
		Akkulturationsstil	0.109	3	97	.00	.955
		Akkult.stil x Generation	0.156	3	97	.01	.926
Gliederschmerzen	.573	Generationsstatus	1.452	1	97	.02	.231
		Akkulturationsstil	0.657	3	97	.02	.581
		Akkult.stil x Generation	1.685	3	97	.05	.175
Magenbeschwerden	.491	Generationsstatus	2.130	1	97	.02	.148
		Akkulturationsstil	0.490	3	97	.02	.690
		Akkult.stil x Generation	0.126	3	97	.00	.944
Herzbeschwerden	.005	Generationsstatus	3.332	1	97	.03	.071
		Akkulturationsstil	0.102	3	97	.00	.959
		Akkult.stil x Generation	0.112	3	97	.00	.953
Beschwerdedruck	.453	Generationsstatus	2.876	1	97	.03	.093
		Akkulturationsstil	0.130	3	97	.00	.942
		Akkult.stil x Generation	0.349	3	97	.01	.790

Anmerkungen. n : Anzahl der Spanier; p von Levene-Test: Irrtumswahrscheinlichkeit mit $p \geq .10$, d. h. Varianzhomogenität der Fehlervarianzen gegeben; F -Wert: empirischer Wert, der an der F -Verteilung getestet wird; df : Freiheitsgrade im Zähler und Nenner; η^2 : Partial-Effektstärke; p : Irrtumswahrscheinlichkeit mit $p \leq .001$ äußerst signifikant, $p \leq .01$ sehr signifikant, $p \leq .05$ signifikant, $p \leq .10$ marginale Signifikanz (Trend).

Tab. C-14: Varianzanalysen auf der Leipziger Kurzsкала (SOC-L9, Schumacher et al., 2000a) mit den Faktoren Generationsstatus und Akkulturationsstil ($n = 106$)

SOC-L9	p von Levene-Test	Faktor	F-Wert	$df_{\text{Zähler}}$	df_{Nenner}	η^2	p
Kohärenzsinn	.095	Generationsstatus	1.287	1	97	.01	.259
		Akkulturationsstil	2.329	3	97	.07	.079
		Akkult.stil x Generation	0.117	3	97	.00	.950

Anmerkungen. n : Anzahl der Spanier; p von Levene-Test: Irrtumswahrscheinlichkeit mit $p \geq .10$, d. h. Varianzhomogenität der Fehlervarianzen gegeben; F -Wert: empirischer Wert, der an der F -Verteilung getestet wird; df : Freiheitsgrade im Zähler und Nenner; η^2 : Partial-Effektstärke; p : Irrtumswahrscheinlichkeit mit $p \leq .001$ äußerst signifikant, $p \leq .01$ sehr signifikant, $p \leq .05$ signifikant, $p \leq .10$ marginale Signifikanz (Trend).

Tab. C-15: Levene-Tests zur Überprüfung der Varianzhomogenität der T-Tests in Abhängigkeit vom Geschlecht ($df_{\text{Zähler}} = 1$, $df_{\text{Nenner}} = 110$)

Skalen des EMO	F-Wert	p
Ängstlich-depressiv	1.193	.277
Angstfrei-entspannt	1.296	.257
Erschöpft	0.890	.347
Vital-aktiv	0.758	.386
Ängstlich-erregt	0.170	.681
Elativ	0.461	.499
Negative Stimmung	1.387	.241
Positive Stimmung	1.815	.181
<i>Skalen des GBB</i>		
Erschöpfung	2.500	.117
Gliederschmerzen	2.066	.153
Magenbeschwerden	0.059	.808
Herzbeschwerden	0.543	.463
Beschwerdedruck	2.720	.102
<i>SOC-Skala</i>		
Kohärenzsinn	0.095	.759

Anmerkungen. F-Wert: empirischer Wert, der an der F-Verteilung getestet wird; df: Freiheitsgrade im Zähler und Nenner; p: Irrtumswahrscheinlichkeit mit $p \geq .10$, d. h. Varianzhomogenität der Fehlervarianzen gegeben.

Tab. C-16: Levene-Tests zur Überprüfung der Varianzhomogenität bei den zweifaktoriellen Varianzanalysen mit den Faktoren Ausbildungsabschluss und Geschlecht ($df_{\text{Zähler}} = 3$, $df_{\text{Nenner}} = 94$)

Skalen des EMO	F-Wert	p
Ängstlich-depressiv	0.570	.636
Angstfrei-entspannt	1.657	.182
Erschöpft	0.609	.611
Vital-aktiv	0.717	.544
Ängstlich-erregt	0.156	.926
Elativ	1.618	.190
Negative Stimmung	0.373	.773
Positive Stimmung	2.124	.102
<i>Skalen des GBB</i>		
Erschöpfung	1.431	.239
Gliederschmerzen	1.345	.265
Magenbeschwerden	0.688	.561
Herzbeschwerden	1.337	.267
Beschwerdedruck	1.230	.303
<i>SOC-Skala</i>		
Kohärenzsinn	0.932	.429

Anmerkungen. F-Wert: empirischer Wert, der an der F-Verteilung getestet wird; df: Freiheitsgrade im Zähler und Nenner; p: Irrtumswahrscheinlichkeit mit $p \geq .10$, d. h. Varianzhomogenität der Fehlervarianzen gegeben.

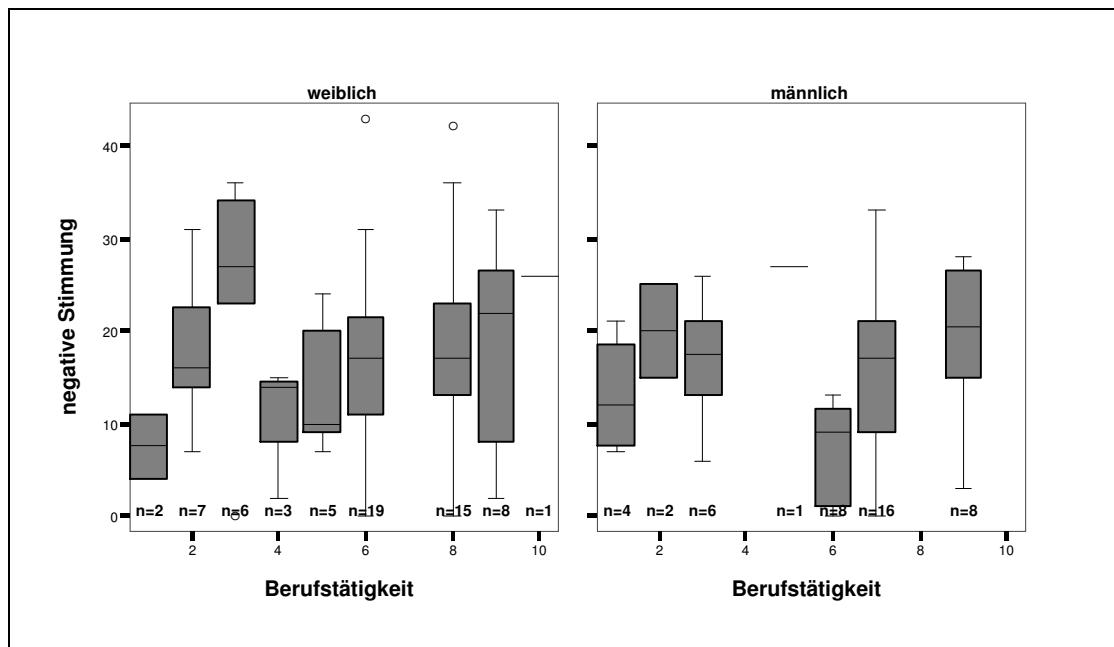
Tab. C-17: Levene-Tests zur Überprüfung der Varianzhomogenität bei den zweifaktoriellen Varianzanalysen mit den Faktoren Ausbildungsabschluss und Akkulturationsstil ($df_{\text{Zähler}} = 7$, $df_{\text{Nenner}} = 90$)

Skalen des EMO	F-Wert	p
Ängstlich-depressiv	0.686	.684
Angstfrei-entspannt	0.796	.593
Erschöpft	1.185	.319
Vital-aktiv	0.989	.444
Ängstlich-erregt	0.958	.467
Elativ	1.683	.123
Negative Stimmung	1.656	.130
Positive Stimmung	1.157	.336
<i>Skalen des GBB</i>		
Erschöpfung	1.274	.272
Gliederschmerzen	0.837	.560
Magenbeschwerden	2.025	.060
Herzbeschwerden	1.965	.069
Beschwerdedruck	1.876	.083
<i>SOC-Skala</i>		
Kohärenzsinn	1.197	.313

Anmerkungen. F-Wert: empirischer Wert, der an der F-Verteilung getestet wird; df: Freiheitsgrade im Zähler und Nenner; p: Irrtumswahrscheinlichkeit mit $p \geq .10$, d. h. Varianzhomogenität der Fehlervarianzen gegeben.

Tab. C-18: Häufigkeiten der befragten Spanier nach Geschlecht und Berufsstatus

Anzahl		Geschlecht		Gesamt
		weiblich	männlich	
Zur Zeit	derzeit nicht erwerbstätig	2	4	6
ausgeübter Beruf	Schüler(in)/Student(in)/Auszubildende(r)	7	2	9
	selbstständig/freiberuflich tätig	6	6	12
	mithelfende(r) Familienangehörige(r)	3	0	3
	Beamte(r) (einschließlich Wehrpflichtige)	5	1	6
	Angestellte(r) (einschließlich Zivildienstleistende)	19	8	27
	(Fach-)Arbeiter(in)	0	16	16
	Hausfrau/Hausmann (auch im Erziehungs-/Mutterschfts.urlaub)	15	0	15
	Rentner(in)	8	8	16
	anderes	1	0	1
Gesamt		66	45	111



Anmerkung. Reihenfolge der Boxen entspricht der Reihenfolge des in Tabelle C-18 genannten Berufsstatus.

Abb. C-6: Häufigkeiten der befragten Spanier nach Geschlecht und Berufsstatus

Tab. C-19: Levene-Tests zur Überprüfung der Varianzhomogenität bei den zweifaktoriellen Varianzanalysen mit den Faktoren Berufstätigkeit und Geschlecht ($df_{\text{Zähler}} = 7$, $df_{\text{Nenner}} = 61$)

Skalen des EMO	F-Wert	p
Ängstlich-depressiv	0.774	.612
Angstfrei-entspannt	1.308	.262
Erschöpft	1.366	.236
Vital-aktiv	0.514	.821
Ängstlich-erregt	0.227	.977
Elativ	1.868	.091
Negative Stimmung	0.507	.825
Positive Stimmung	1.222	.305
<i>Skalen des GBB</i>		
Erschöpfung	0.722	.654
Gliederschmerzen	0.953	.473
Magenbeschwerden	1.276	.277
Herzbeschwerden	1.478	.192
Beschwerdedruck	1.252	.289
<i>SOC-Skala</i>		
Kohärenzsinn	1.414	.216

Anmerkungen. F-Wert: empirischer Wert, der an der F-Verteilung getestet wird; df: Freiheitsgrade im Zähler und Nenner; p: Irrtumswahrscheinlichkeit mit $p \geq .10$, d. h. Varianzhomogenität der Fehlervarianzen gegeben.

Tab. C-20: Varianzanalysen auf den Skalen des Emotionalitätsinventars (EMO, Bartram & Rogner, 2003) mit den Faktoren Berufstätigkeit und Akkulturationsstil (n = 69)

Skala des EMO	p von Levene-Test	Faktor	F-Wert	df _{Zähler}	df _{Nenner}	η^2	p
Ängstlich-depressiv	.035	Berufstätigkeit	1.378	3	52	.07	.260
		Akkulturationsstil	3.163	3	52	.15	.032
		Akkult.stil x Beruf.	1.488	9	52	.21	.177
Angstfrei-entspannt	.000	Berufstätigkeit	0.416	3	52	.02	.742
		Akkulturationsstil	0.990	3	52	.05	.405
		Akkult.stil x Beruf.	1.363	9	52	.19	.229
Erschöpft	.131	Berufstätigkeit	0.550	3	52	.03	.650
		Akkulturationsstil	0.705	3	52	.04	.553
		Akkult.stil x Beruf.	0.226	9	52	.04	.989
Vital-aktiv	.000	Berufstätigkeit	0.718	3	52	.04	.546
		Akkulturationsstil	2.328	3	52	.12	.085
		Akkult.stil x Beruf.	3.034	9	52	.34	.005
Ängstlich-erregt	.137	Berufstätigkeit	1.108	3	52	.06	.354
		Akkulturationsstil	1.398	3	52	.08	.254
		Akkult.stil x Beruf.	1.242	9	52	.18	.291
Elativ	.000	Berufstätigkeit	0.535	3	52	.03	.660
		Akkulturationsstil	1.677	3	52	.09	.183
		Akkult.stil x Beruf.	1.315	9	52	.19	.252
Negative Stimmung	.040	Berufstätigkeit	0.892	3	52	.05	.452
		Akkulturationsstil	1.876	3	52	.10	.145
		Akkult.stil x Beruf.	0.922	9	52	.14	.514
Positive Stimmung	.000	Berufstätigkeit	0.495	3	52	.03	.688
		Akkulturationsstil	1.796	3	52	.09	.159
		Akkult.stil x Beruf.	1.870	9	52	.24	.078

Anmerkungen. n: Anzahl der Spanier; p von Levene-Test: Irrtumswahrscheinlichkeit mit $p \geq .10$, d. h. Varianzhomogenität der Fehlervarianzen gegeben; F-Wert: empirischer Wert, der an der F-Verteilung getestet wird; df: Freiheitsgrade im Zähler und Nenner; η^2 : Partial-Effektstärke; p: Irrtumswahrscheinlichkeit mit $p \leq .001$ äußerst signifikant, $p \leq .01$ sehr signifikant, $p \leq .05$ signifikant, $p \leq .10$ marginale Signifikanz (Trend).

Tab. C-21: Varianzanalysen auf den Skalen des Giessener Beschwerdeboogens (GBB-24, Brähler & Scheer, 1995) mit den Faktoren Berufstätigkeit und Akkulturationsstil (n = 69)

Skala des GBB	p von Levene-Test	Faktor	F-Wert	df _{Zähler}	df _{Nenner}	η^2	p
Erschöpfung	.000	Berufstätigkeit	0.708	3	52	.04	.551
		Akkulturationsstil	2.345	3	52	.12	.083
		Akkult.stil x Beruf.	2.556	9	52	.31	.016
Gliederschmerzen	.529	Berufstätigkeit	0.803	3	52	.04	.498
		Akkulturationsstil	0.702	3	52	.04	.555
		Akkult.stil x Beruf.	1.965	9	52	.25	.063
Magenbeschwerden	.056	Berufstätigkeit	0.300	3	52	.02	.825
		Akkulturationsstil	0.169	3	52	.01	.917
		Akkult.stil x Beruf.	0.967	9	52	.14	.478
Herzbeschwerden	.000	Berufstätigkeit	0.621	3	52	.04	.604
		Akkulturationsstil	0.577	3	52	.03	.633
		Akkult.stil x Beruf.	1.701	9	52	.23	.112
Beschwerdedruck	.000	Berufstätigkeit	0.561	3	52	.03	.643
		Akkulturationsstil	1.149	3	52	.06	.338
		Akkult.stil x Beruf.	2.176	9	52	.27	.039

Anmerkungen. n: Anzahl der Spanier; p von Levene-Test: Irrtumswahrscheinlichkeit mit $p \geq .10$, d. h. Varianzhomogenität der Fehlervarianzen gegeben; F-Wert: empirischer Wert, der an der F-Verteilung getestet wird; df: Freiheitsgrade im Zähler und Nenner; η^2 : Partial-Effektstärke; p: Irrtumswahrscheinlichkeit mit $p \leq .001$ äußerst signifikant, $p \leq .01$ sehr signifikant, $p \leq .05$ signifikant, $p \leq .10$ marginale Signifikanz (Trend).

Tab. C-22: Varianzanalysen auf der Leipziger Kurzskaala (SOC-L9, Schumacher et al., 2000a) mit den Faktoren Berufstätigkeit und Akkulturationsstil (n = 69)

SOC-L9	p von Levene-Test	Faktor	F-Wert	df _{Zähler}	df _{Nenner}	η^2	p
Kohärenzsinn	.030	Berufstätigkeit	0.910	3	52	.05	.443
		Akkulturationsstil	5.227	3	52	.23	.003
		Akkult.stil x Beruf.	1.352	9	52	.19	.234

Anmerkungen. n: Anzahl der Spanier; p von Levene-Test: Irrtumswahrscheinlichkeit mit $p \geq .10$, d. h. Varianzhomogenität der Fehlervarianzen gegeben; F-Wert: empirischer Wert, der an der F-Verteilung getestet wird; df: Freiheitsgrade im Zähler und Nenner; η^2 : Partial-Effektstärke; p: Irrtumswahrscheinlichkeit mit $p \leq .001$ äußerst signifikant, $p \leq .01$ sehr signifikant, $p \leq .05$ signifikant, $p \leq .10$ marginale Signifikanz (Trend).

Danksagung

Mein herzlicher Dank gilt Herrn Professor Bartram, der mir eine Fortführung der wissenschaftlichen Bearbeitung des Themas Migration und der damit verbundenen psychologischen Auswirkungen im Rahmen einer Dissertation im Anschluss an meine Diplomarbeit ermöglicht hat und bereit war eine Fernbetreuung der Dissertation über die Distanz Osnabrück - Berlin, auch nach seiner Emeritierung zu übernehmen. Danken möchte ich ihm auch dafür, dass er mir einerseits sehr geduldig bei der wissenschaftlichen Bearbeitung des Themas viel Gestaltungsspielraum und die notwendige Zeit gelassen hat und andererseits immer als kompetenter Ansprechpartner zur Verfügung stand. Auch Herrn Professor Rogner möchte ich herzlich für die Übernahme der Zweitbetreuung danken.

Danken möchte ich allen Spaniern, die die Fragebögen ausgefüllt haben, und allen Privatpersonen und Institutionen, die mich bei der Verteilung der Fragebögen unterstützt haben. Ohne sie wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen.

Ein besonderer Dank gilt meinen Eltern, die mich im Hinblick auf diese Dissertation und die parallel laufende Psychotherapieausbildung moralisch und finanziell unterstützt haben. Auch meinen Freunden und Kollegen gilt mein Dank für ihre soziale Unterstützung und ihr Verständnis dafür, dass ich während der Dissertation nur wenig Zeit mit ihnen verbringen konnte und für ihre Ablenkungen, Unterbrechungen und ihre Rückmeldung, so dass ich auch die anderen Dinge, die neben der Arbeit im Leben auch noch wichtig sind, nicht aus den Augen verloren habe.

Berlin, den 21.08.2009

Anne-Catherine Schrader