

*Eine Barriere für Krebspatienten mit Migrationshintergrund können mangelnde Sprachkenntnisse sein. Um das auszugleichen, ist ggf. das Hinzuziehen von Dolmetschern geboten.*



© Wolfram Kastl / dpa / picture alliance (Symbolbild mit Fotomodellen)

Herausforderungen in der onkologischen Versorgung

# Krebserkrankte mit Migrationshintergrund in Deutschland

Kerstin Hermes-Moll<sup>1</sup>, Isabelle Hempler<sup>1</sup>, Wolfgang Knauf<sup>2</sup> – <sup>1</sup>Wissenschaftliches Institut der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen – WINHO – GmbH, Köln; <sup>2</sup>Centrum für Hämatologie und Onkologie Bethanien, Frankfurt/Main

Wie steht es um die Versorgung von Tumorpatienten mit Migrationshintergrund in Deutschland? Bisher ist die Datenlage dazu sehr begrenzt. Was derzeit bekannt ist und wo sich in der Praxis mögliche Problemfelder – und Lösungsansätze – ergeben, beleuchten wir in dieser Übersicht.

Entsprechend der zunehmenden ethnischen Vielfalt in der Bevölkerung wandelt sich auch das Kollektiv der Patienten in den Kliniken und Praxen. So befinden sich in onkologischen Einrichtungen inzwischen mehr Personen mit Migrationshintergrund aus den verschiedensten Ländern. Doch aufgrund der ungenügenden Datenlage in Deutschland ist derzeit nur sehr wenig bekannt, wie Krebsinzidenz und -prävalenz nach Herkunftsland oder bei Personen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu denjenigen ohne Migrationshintergrund verteilt sind. Zudem häufen sich vonseiten der Versorgenden Fragen nach dem Umgang mit sprachlichen und kulturellen Unterschieden bei der Versorgung, Kommunikation von Untersuchungsergebnissen oder der Therapieadhärenz – um nur einige Punkte aufzuzählen.

## Was heißt Migrationshintergrund?

Etwa ein Viertel der Bevölkerung Deutschlands hat einen Migrationshintergrund. Das bedeutet, dass die Person selbst oder mindestens ein Elternteil nicht durch Geburt über die deutsche Staatsbürgerschaft verfügt [1]. ►Tab. 1 fasst die häufigsten Geburtsländer bzw. Geburtsländer der Eltern zusammen. Ergänzend lässt sich die Gruppe der (Spät-)Aussiedler anführen, die rund 12 % der Personen mit Migrationshintergrund ausmachen [1].

## Krebs bei Personen mit Migrationshintergrund

Die Zahl der Krebsneuerkrankungen in Deutschland liegt Schätzungen zufolge im Jahr 2020 bei knapp 510.000 Fällen [2]. Über die Anzahl der Krebsfälle bei Personen mit Migrationshintergrund liegt für Deutschland keine genaue Angabe vor. Die Zahlen des Zentrums für Krebsregisterdaten des Robert-Koch-Instituts liefern keine Daten zum Migrationshintergrund, da dieser in den Krebsregisterdaten nicht systematisch erfasst wird. Die Schätzung, wie viele der Krebserkrankten einen Migrationshintergrund haben, wird erschwert durch Unterschiede bei der Altersstruktur und bei Risikofaktoren: Die Wahrscheinlichkeit einer Krebserkrankung nimmt mit steigendem Alter zu. Die Bevölkerung mit Migrationshintergrund hat jedoch eine andere Altersverteilung als die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. Im Durchschnitt sind Personen ohne Migrationshintergrund 47,3 Jahre alt, mit Migrationshintergrund 35,6 Jahre bzw. 44,4 Jahre bei Personen mit eigener Migrationserfahrung, d. h. Personen, die im Ausland geboren wurden [1].

Einige Studien deuten darauf hin, dass Migranten aus nicht westlichen Ländern insgesamt eher niedrigere Raten an Krebsneuerkrankungen und an krebsbedingter Mortalität aufweisen als die Mehrheitsbevölkerung in den Zielländern – auch nach Adjustierung des Alters. Jedoch liegen je nach Krebsentität

unterschiedliche Erkrankungsrisiken vor [3, 4]. Demnach haben Migranten aus nicht westlichen Ländern eine höhere Wahrscheinlichkeit, an Krebsarten zu erkranken, die eher infektionsbedingten Faktoren zugeschrieben werden (z. B. Leber-, Magen-, Gebärmutterhalskrebs) oder eher ernährungs- bzw. lebensstilbedingten Faktoren (z. B. Speiseröhrenkrebs). Umgekehrt zeigen sich bei diesen Migranten niedrigere Krebsinzidenzraten bei Entitäten, die eher mit einem westlichen Lebensstil assoziiert werden (z. B. kolorektales Karzinom) [4]. Weltweit sind jedoch die häufigsten Krebsinzidenzen bei Brust-, Prostata und Lungenkrebs zu finden – trotz Unterschieden in der Verfügbarkeit und Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsmaßnahmen sowie der Validität der Krebsregisterdaten in den einzelnen Ländern. Dennoch lassen sich zumindest Hinweise auf unterschiedliche Krebsrisiken für zugewanderte Personen aus Daten zu den häufigsten Lokalisationen in den jeweiligen Herkunftsländern ableiten. ▶Tab. 2 fasst hierzu die Länderprofile von den häufigsten Herkunftsländern von Personen mit Migrationshintergrund in Deutschland in zusammen.

Darüber hinaus scheint es jedoch so, dass sich die Risikounterschiede bzw. Unterschiede in der Sterblichkeit mit der Dauer des Aufenthalts im Zielland allmählich verringern, was vermutlich auf eine langsame Anpassung des Gesundheits- und Risikoverhaltens, also der kulturellen, beruflichen und lebensstilbezogenen Gepflogenheiten an die des Aufnahmelandes, zurückzuführen ist [3, 6]. Die Notwendigkeit, die unterschiedlichen Einflussfaktoren über den Lebensverlauf hinweg, und somit auch den Zeitpunkt der Migration, in Studien zu berücksichtigen,

zeigt sich zum Beispiel in unterschiedlichen Krebsinzidenzen bei verschiedenen Geburtskohorten türkischer Migranten in Hamburg [7]. Bei einem Vergleich von (Spät-)Aussiedlern mit Deutschen in einer Region in Russland und der jeweiligen Mehrheitsbevölkerung weisen (Spät-)Aussiedler nach durchschnittlich 15 Jahren Aufenthalt in Deutschland bei kolorektalem, Brust- und Prostatakrebs ähnliche Inzidenzraten wie die Mehrheitsbevölkerung auf, nicht jedoch bei Magen- und Lungenkrebs, wo die Inzidenzraten denen der Vergleichsgruppe in Russland ähneln. Die in Russland lebenden Deutschen zeigen hingegen bei allen fünf Entitäten ähnliche Inzidenzraten wie die russische Bevölkerung [8]. Der Grund für dieses Ergebnis könnte auf die Verfügbarkeit von Vorsorgeuntersuchungen sein, die in Deutschland für Brust-, Darm-, Gebärmutterhals-, Haut- und Prostatakrebs jeweils ab einem bestimmten Alter von der gesetzlichen Krankenkasse abgedeckt werden [8].

### Fragen nach Diskriminierung und Ungleichheit

Internationale Studien, insbesondere aus dem US-amerikanischen Raum, beschäftigen sich verstärkt mit Diskriminierung und Ungleichheit in der Behandlung von Krebserkrankten mit unterschiedlicher ethnischer Herkunft. Vergleichbare Studien für Deutschland liegen nicht vor. In einer Matched-Pair-Analyse von Krebserkrankten mit deutscher und ausländischer Staatsangehörigkeit, in der die Überlebens- und Ansprechraten in einem Krankenhaus verglichen wurde, wurden in einer Subgruppenanalyse nur signifikant längere progressionsfreie Überlebensraten bei deutschen Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren

T1 Die häufigsten Geburtsländer bzw. Geburtsländer der Eltern von Personen mit Migrationshintergrund (MH) in Deutschland 2019

Geburtsland bzw. Geburtsland der Eltern	N (in Tausend)	Anteil an Gesamtbevölkerung	Anteil an allen Personen mit MH	Anteil mit eigener Migrationserfahrung an allen Personen mit MH nach Geburtsland bzw. Geburtsland der Eltern
Personen mit Migrationshintergrund	21.246	26,0	100,0	64,4
Europa	13.789	16,8	64,9	66,5
▶ EU-28	7.487	9,1	35,2	70,7
▶ Polen	2.237	2,7	10,5	73,2
▶ Rumänien	1.018	1,2	4,8	79,9
▶ Italien	873	1,1	4,1	59,8
▶ Sonstiges Europa	6.302	7,7	29,7	61,5
▶ Türkei	2.824	3,5	13,3	47,4
▶ Russische Föderation	1.388	1,7	6,5	77,5
▶ Kosovo	471	0,6	2,2	58,8
Asien	4.600	5,6	21,7	75,4
▶ Naher und Mittlerer Osten	3.219	3,9	15,2	77,0
▶ Kasachstan	1.245	1,5	5,9	74,4
▶ Syrien	843	1,0	4,0	85,5
▶ Irak	310	0,4	1,5	79,0
▶ Sonstiges Asien	1.381	1,7	6,5	71,8
▶ Afghanistan	297	0,4	1,4	78,5
▶ China	189	0,2	0,9	61,4
▶ Vietnam	188	0,2	0,9	79,3
Afrika	988	1,2	4,7	62,6
Amerika	568	0,7	2,7	68,3
Australien und Ozeanien	45	0,1	0,2	75,6

Quelle: [1]; eigene Darstellung

**T2** Die fünf häufigsten Lokalisationen bei der Krebsinzidenz von Personen mit Migrationshintergrund in Deutschland, aufgeschlüsselt nach den häufigsten Herkunftsländern (nach [1, 5]; eigene Darstellung).

Land*		Krebsinzidenz – häufigste Lokalisation				
		1	2	3	4	5
Türkei	Frauen	Brust	Schilddrüse	Kolorektum	Gebärmutter	Lunge
	Männer	Lunge	Prostata	Kolorektum	Blase	Magen
Polen	Frauen	Brust	Lunge	Kolorektum	Gebärmutter	Eierstock
	Männer	Lunge	Prostata	Kolorektum	Blase	Magen
Russische Föderation	Frauen	Brust	Kolorektum	Gebärmutter	Gebärmutterhals	Magen
	Männer	Lunge	Prostata	Kolorektum	Magen	Niere
Kasachstan	Frauen	Brust	Gebärmutterhals	Kolorektum	Magen	Gebärmutter
	Männer	Lunge	Magen	Kolorektum	Prostata	Speiseröhre
Rumänien	Frauen	Brust	Kolorektum	Gebärmutterhals	Lunge	Gebärmutter
	Männer	Lunge	Kolorektum	Prostata	Blase	Magen
Italien	Frauen	Brust	Kolorektum	Lunge	Gebärmutter	Schilddrüse
	Männer	Prostata	Kolorektum	Lunge	Blase	Leber
Syrien	Frauen	Brust	Kolorektum	Schilddrüse	Lunge	Non-Hodgkin- Lymphom
	Männer	Lunge	Blase	Prostata	Kolorektum	Non-Hodgkin- Lymphom
Griechenland	Frauen	Brust	Kolorektum	Gebärmutter	Lunge	Schilddrüse
	Männer	Lunge	Prostata	Blase	Kolorektum	Niere
Bosnien und Herzegowina	Frauen	Brust	Kolorektum	Gebärmutterhals	Lunge	Gebärmutter
	Männer	Lunge	Kolorektum	Prostata	Magen	Blase
Deutschland	Frauen	Brust	Lunge	Kolorektum	Melanom der Haut	Gebärmutter
	Männer	Prostata	Lunge	Kolorektum	Blase	Melanom der Haut

\* Für Kosovo liegt derzeit kein Länderprofil vor.

identifiziert [9]. Die Ursache für diese Unterschiede lassen sich aus den Daten nicht ableiten. Solche Ergebnisse werfen jedoch Fragen nach Unterschieden in der Versorgung und in der Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten auf. In einer anderen Studie, in der das Tumorstadium zum Zeitpunkt der Diagnosestellung bei Patienten mit Darmkrebs untersucht wurde, konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen Betroffenen mit und ohne Migrationshintergrund festgestellt werden. Allerdings wurde auch hier nicht zwischen Herkunftsländern differenziert [10]. Bei (Spät-)Aussiedlern scheint die Wahrscheinlichkeit einer Krebsdiagnose in einem fortgeschrittenen Tumorstadium zwar erhöht, die Mortalitätsraten sind dennoch ähnlich hoch wie bei der Mehrheitsbevölkerung [11]. Zurückzuführen sei dies einerseits auf eine geringere Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten und andererseits aber auch auf eine ausreichende Versorgung nach der Diagnosestellung [11].

**Herausforderungen in der Versorgung**

Grundsätzlich gilt, dass sich die Versorgung von Krebserkrankten mit und ohne Migrationshintergrund nicht voneinander unterscheidet. Je nach Herkunftsland der betroffenen Personen bestehen jedoch Unterschiede in der Wahrscheinlichkeit, dass bestimmte klinisch relevante Komorbiditäten vorliegen (►Tab. 3). Beispiele hierfür sind HIV-Infektionen, Tuberkulose, Hepatitis C oder die Sichelzellkrankheit/Beta-Thalassämie. Beispielsweise besteht eine etwas höhere Wahrscheinlichkeit, dass eine bislang unbemerkte Tuberkulose bei Personen mit Lungen-

karzinom vorliegt, die aus Indonesien oder Südafrika kommen, als bei Betroffenen aus Russland oder Nordafrika [12]. Dank der modernen antiretroviralen Therapeutika kommt der Koinzidenz von HIV und z. B. einem hochmalignen Lymphom heutzutage keine zwingend negative prognostische Bedeutung mehr zu. Ähnliches gilt für die chronische Hepatitis C. Eine Herausforderung bleibt die Tuberkulose, deren Therapie nicht nur ein hohes Maß an Mitarbeit der Patienten erfordert, sondern unter Umständen bei der tumorspezifischen Behandlung zu Verzögerungen und Dosisreduktionen führt. Dazu ergeben sich bei der Tuberkulose weitere Herausforderungen, da diese häufig mit Fehlernährung, Alkohol- und Nikotinmissbrauch vergesellschaftet ist.

Darüber hinaus stehen in erster Linie sprachlich-kulturelle Verständigungsprobleme im Vordergrund – sowohl vonseiten der Versorgenden, als auch vonseiten der Patienten und ihren Angehörigen [15]. Neben rein sprachlichen Kommunikationsproblemen können auch kulturgebundene Verständigungsprobleme eine Rolle spielen [16, 17], sodass teils unabhängig von Sprachkenntnissen Unterschiede in der Kommunikationsweise auftreten.

Daneben deuten Studiendaten darauf hin, dass die individuelle Gesundheitskompetenz im Durchschnitt bei Personen mit Migrationshintergrund geringer ist als bei Personen ohne Migrationshintergrund [18]. Regionale Besonderheiten, wie die Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung in Deutschland, können den Betroffenen die Orientierung im

Gesundheitssystem erschweren. Doch auch mit Blick auf die Gesundheitskompetenz gilt es, die Situation individuell zu bewerten. Eine aktive Beteiligung der Betroffenen, die hierzulande zunehmend postuliert wird, ist in einigen anderen Ländern unbekannt. Divergierende Erwartungshaltungen sind die Folge.

Auch Sorgen und Ängste, die insbesondere bei schweren Erkrankungen wie Krebs, auftreten, variieren je nach Lebenslage, Rahmenbedingungen und individuellen Charaktereigenschaften. Die Angst vor Einschränkung der Berufstätigkeit, vor allem bei körperlichen Tätigkeiten, kann als Existenzbedrohung erlebt werden – umso mehr, wenn die Familie und andere Unterstützer im Herkunftsland leben [19].

Insgesamt lassen sich mehrere Bereiche identifizieren, die sich je nach Ausprägung als potenzielle Barrieren beim Zugang zu und bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen erweisen können [15, 20, 21]. Dazu gehören:

- ▶ Sprachkenntnisse,
- ▶ Gesundheitskompetenz, Kenntnisse über das Gesundheitssystem und -leistungen,
- ▶ Rollenverständnis/Beziehung zu Ärzten,
- ▶ Ärzte als Autoritäten,
- ▶ Einstellung zu aktiver Beteiligung von Patienten bei der Entscheidungsfindung,
- ▶ das Wissen der Fachkräfte über verschiedene Kulturen,
- ▶ Grad des subjektiven Wohlbefindens in Deutschland,
- ▶ Erfahrungen mit kulturellen Missverständnissen und Diskriminierung,
- ▶ freiwillige versus unfreiwillige Migration,
- ▶ aufenthaltsrechtliche Faktoren,
- ▶ Angst vor Stigmatisierung/Scham,
- ▶ Suche nach und Verfügbarkeit von Unterstützung/Hilfe innerhalb des sozialen Umfelds (Familie, Freunde, Bekannte),
- ▶ Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen,
- ▶ Rückgriff auf Hausmittel; Aufsuchen ärztlicher Hilfe erst bei sehr starken Beschwerden.

### Handlungsempfehlungen

Welche Handlungsempfehlungen gibt es im ärztlichen Kontext für den Umgang mit Menschen mit Migrationshintergrund? Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat beispielsweise bereits vor einigen Jahren Informationen und Tipps für einen kultursensiblen Umgang mit Patienten mit Migrationshintergrund veröffentlicht [22]. Darin werden acht Aspekte genannt, auf die Praxen besonders achten können: Sprache, Patientenstärkung, Rollenbild im Arzt-Patienten-Verhältnis, Rollenbild von Mann und Frau, Scham, Fastenzeit, Palliativversorgung sowie Demenz und Pflege.

Dass bei Bedarf eine dolmetschende Person beim ärztlichen Gespräch anwesend ist, ist rechtlich gesehen Aufgabe der Patienten. Überwiegend werden hierfür Familienmitglieder hinzugezogen, was Vor- und Nachteile für die Versorgung und Familienstruktur mit sich bringt [23, 24]. Anfallenden Kosten für professionelle dolmetschende Personen müssen von den Betroffenen selbst getragen werden, da es bisher keine Finanzierungsregelung gibt. Die Kosten für einen Dolmetschereinsatz sind von der Dolmetscheraufwendung und somit auch der Art der Erkrankung abhängig. Diese Kosten für einen Dolmetschereinsatz liegen pro Person bei rund 45 Euro [25]. Der höhere Zeitaufwand, der zur Überwindung sprachlicher und/oder kultu-

### T3 Schätzungen der Inzidenz von Hepatitis C (HCV), Tuberkulose und HIV in den Weltgesundheitsorganisation(WHO)-Regionen [13,14]

WHO-Region	Hepatitis C* (pro 100.000)	Tuberkulose** (pro 100.000)	HIV*** (pro 1.000)
Afrika	31	231	1,07
Amerika	6,4	29	0,16
östlicher Mittelmeerraum	62,5	115	0,09
Europa	61,8	28	0,19
Südostasien	14,8	220	0,07
westlicher Pazifikraum	6	96	0,06
Weltweit	23,7	132	0,24

\* Inzidenz von HCV-Infektionen in der Bevölkerung pro 100.000 im Jahr 2015;  
 \*\* Tuberkulose-Inzidenz pro 100.000 Personen im Jahr 2018;  
 \*\*\* Neue HIV-Infektionen pro 1.000 nichtinfizierte Personen im Jahr 2018

reller Barrieren benötigt wird, wirkt sich auf die Abläufe in der Praxis oder Klinik aus. Beispielsweise müssen ggf. Anpassungen im Zeitmanagement vorgenommen werden, damit solche Barrieren nicht zulasten der Qualität der Patientenversorgung gehen. Eine entsprechende Vergütung des zusätzlichen Zeitaufwands gibt es derzeit nicht. Zur ethnischen Vielfalt in der Bevölkerung gehört auch ein wachsender Anteil von Personen mit Migrationshintergrund unter der Ärzte- und Pflegeschicht [26, 27]. Zugewanderte Ärzte sowie Pflegekräfte können die Versorgung durch ihre sprachlichen Kompetenzen unterstützen und somit sprachliche und kulturelle Hindernisse überwinden helfen [28], beispielsweise bei der Aufklärung über die Entstehung einer Krebserkrankung. Einer Umfrage zufolge führen Migrantinnen mit einem gynäkologischen Tumor ihre Erkrankung signifikant häufiger auf Stress in der Familie oder Karma zurück als Nichtmigrantinnen, die häufiger eine erbliche Vorbelastung zur Erklärung der Krankheitsentstehung heranziehen [29].

Von besonderer Bedeutung in der Hämatologie und Onkologie ist der Umgang mit Fasten. Die Auswirkungen des Fastens während der Chemotherapie hängen stark mit der Art des Fastens zusammen (z. B. vollständiger Verzicht auf Essen und Trinken tagsüber während des Ramadans, Heilfasten, Saftfasten etc.). Nach islamischen Regeln sind Personen vom Fasten befreit, die an einer chronischen Erkrankung leiden. Dennoch deuten erste Studienergebnisse darauf hin, dass das Fasten während des Ramadans bei einer Krebserkrankung individuell sehr unterschiedlich von den Patienten gehandhabt wird [30, 31] und Patienten das Thema Fasten während einer Krebsbehandlung von sich aus nur selten aufgreifen [31]. Eine offene Kommunikation zwischen den Betroffenen und dem Behandelnden kann mögliche Probleme bereits im Vorfeld verhindern oder zumindest verringern.

### Fazit

Insgesamt liegen derzeit nur wenige Daten zur Inzidenz, Prävalenz und Mortalität sowie zu Versorgungsprozessen von Krebskranken mit Migrationshintergrund in Deutschland vor. Erschwerend kommt hinzu, dass in einigen Studien – trotz Kenntnis über die Heterogenität der Gruppe – zentrale Angaben zu Herkunftsländern fehlen. Für zukünftige Studien wäre wünschenswert, wenn eine angemessene Berücksichtigung bzw.

Adjustierung für Herkunftsländer, sozioökonomische Faktoren im Herkunfts- und Aufnahmeland, Alter zum Zeitpunkt der Migration, Dauer des Aufenthalts im Zielland, usw. vorgenommen werden würde.

Die bisherigen Kenntnisse legen nahe, dass insbesondere bei Krebsentitäten, die mit dem Lebensstil assoziiert sind, Präventionsmaßnahmen, die speziell auf die unterschiedlichen Herkunftsgruppen zugeschnitten sind, hilfreich sein könnten [32, 33]. Die patientenorientierte Versorgung kommt mit Blick auf krebserkrankte Menschen mit Migrationshintergrund besonders zum Tragen. Dabei spielt insbesondere ein kultursensibler Umgang mit Patienten bei Fragen rund um die Versorgung eine bedeutende Rolle. Aspekte der Psychoonkologie haben bislang nur wenig Eingang in Studien zu Krebserkrankten mit Migrationshintergrund gefunden. Zurzeit fördert die Stiftung Deutsche Krebshilfe unter anderem eine Studie der Universitätsmedizin Mainz und des Wissenschaftlichen Instituts der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen (WINHO) zur psychoonkologischen Versorgung von Krebserkrankten mit Migrationshintergrund und ihren Angehörigen. Erste Ergebnisse hierzu sind zeitnah zu erwarten. Angesichts der Migrationsentwicklung in Deutschland gewinnen Fragestellungen rund um die Versorgung von Personen mit Migrationshintergrund noch stärker an Bedeutung.

#### Literatur

1. Statistisches Bundesamt (Destatis). Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2019. Fachserie 1 Reihe 2.2. 2020
2. Robert Koch-Institut und die Gesellschaft, der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (Hg.). Krebs in Deutschland für 2015/2016. Berlin; 2019
3. Zeeb H et al. Epidemiologische Perspektiven der Migrationsforschung am Beispiel von Krebserkrankungen. *Psychother Psych Med.* 2008;58(3/4):130-5
4. Arnold M et al. Cancer risk diversity in non-western migrants to Europe: An overview of the literature. *Eur J Cancer.* 2010;46(14):2647-59
5. World Health Organization. Cancer Today, Population Fact Sheets. <https://gco.iarc.fr/today/fact-sheets-populations> abgerufen am 21. August 2020
6. Kohls M. Healthy-Migrant-Effect, Erfassungsfehler und andere Schwierigkeiten bei der Analyse der Mortalität von Migranten. Eine Bestandsaufnahme. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge; 2008
7. Spallek J et al. Cancer incidence rate ratios of Turkish immigrants in Hamburg, Germany: A registry based study. *Cancer Epidemiol.* 2009;33(6):413-8
8. Jaehn P et al. A cross-national perspective of migration and cancer: incidence of five major cancer types among resettlers from the former Soviet Union in Germany and ethnic Germans in Russia. *BMC Cancer.* 2019;19(1):869
9. Budde MK et al. A matched-pair analysis on survival and response rates between German and non-German cancer patients treated at a Comprehensive Cancer Center. *BMC Cancer.* 2019;19(1):1024
10. Dahlhaus A et al. Colorectal cancer stage at diagnosis in migrants and non-migrants: a cross-sectional analysis of the KoMigra Study in Germany. *Z Gastroenterol.* 2018;56(12):1499-1506
11. Cho AB et al. Stage of cancer diagnoses among migrants from the former Soviet Union in comparison to the German population – are diagnoses among migrants delayed? *BMC Public Health.* 2018;18(1):148
12. World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2018. Genf; 2018
13. World Health Organization. World health statistics 2020: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Genf; 2020
14. World Health Organization. Global Hepatitis Report 2017. Genf; 2017
15. Leonhardt M et al. Exploring the characteristics and potential disparities of non-migrant and migrant colorectal cancer patients regarding their satisfaction and subjective perception of care – a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res.* 2018;18(1):423
16. Koch E et al. Patienten mit Migrationshintergrund in stationär-psychiatrischen Einrichtungen: Pilotstudie der Arbeitsgruppe „Psychiatrie und Migration“ der Bundesdirektorenkonferenz. *Nervenarzt.* 2008;79(3):328-39
17. Philippi M et al. Welche gesundheitsbezogenen Informationen brauchen Geflüchtete?: Eine Mixed-methods-Studie aus Sicht von Versorgenden und Geflüchteten. *Präv Gesundheitsf.* 2018;13(3):203-10
18. Schaeffer D et al. Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland. Ergebnisbericht. Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften; 2016
19. Erim Y. Arbeiten mit türkischen Brustkrebspatientinnen. Gibt es wirklich wesentliche Unterschiede? Interview mit Yesim Erim. *Forum.* 2009;2:20-1
20. Bermejo I et al. Subjektiv erlebte Barrieren von Personen mit Migrationshintergrund bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen. *Bundesgesundheitsbl.* 2012;55(8):944-53
21. Schouler-Ocak M, Aichberger M. Versorgung von Migranten. *Psychother Psych Med.* 2015;65(12):476-85
22. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Vielfalt in der Praxis. Patienten mit Migrationshintergrund: Infos zur Gesundheitskompetenz und Tipps für die Kommunikation. 2017. [http://www.kbv.de/media/sp/PraxisWissen\\_Vielfalt\\_Webversion.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/PraxisWissen_Vielfalt_Webversion.pdf), abgerufen am 08. Januar 2020
23. Henke O, Thuss-Patience P. Hospiz- und Palliativversorgung von Patienten mit Migrationshintergrund in Deutschland. *Palliativmedizin.* 2012;13(04):191-6
24. Butow PN et al. Interpretation in Consultations With Immigrant Patients With Cancer: How Accurate Is It? *J Clin Oncol.* 2011;29(20):2801-7
25. Schreier S et al. Was kosten uns Dolmetscher? – Eine retrospektive Analyse der Dolmetscherkosten in der Behandlung von Flüchtlingen in einer Psychiatrischen Institutsambulanz in Berlin. *Psychother Psych Med.* 2016;66(9/10):356-60
26. Hohmann I et al. Chancen und Herausforderungen im deutschen Klinikalltag. *Psychother Psych Med.* 2018;68(12):506-15
27. Teney C et al. Ärztinnen und Ärzte in Deutschland: erste Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage zu beruflichen Erfahrungen, Zufriedenheit und Einstellungen. Bremen: Universität Bremen, SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik; 2017
28. Klingler C, Marckmann G. Difficulties experienced by migrant physicians working in German hospitals: a qualitative interview study. *Hum Resour Health.* 2016;14(1):57
29. Dimitrova D. Expression V Studie. Berliner Umfrage bei Patientinnen mit Eierstock-, Eileiter-, Bauchfell-, oder Brustkrebs – Erwartungen und Wünsche von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund zu Therapie-management und Arzt-Patientinnen-Kommunikation. 2018. [https://interkulturelle-kompetenz.charite.de/fileadmin/user\\_upload/microsites/sonstige/interkulturelle-kompetenz/ExpressionV-03.12.18endversion\\_BN.ppt](https://interkulturelle-kompetenz.charite.de/fileadmin/user_upload/microsites/sonstige/interkulturelle-kompetenz/ExpressionV-03.12.18endversion_BN.ppt), abgerufen am 08. September 2020
30. Badar T et al. Safety and Feasibility of Muslim Fasting While Receiving Chemotherapy. *IOSR Journal Of Pharmacy.* 2014;4(1):15-20
31. Tas F et al. The behavior of Turkish cancer patients in fasting during the holy month of Ramadan. *Jpn J Clin Oncol.* 2014;44(8):705-10
32. Becher H et al. Mortalität von Aussiedlern aus der ehemaligen Sowjetunion Ergebnisse einer Kohortenstudie. *Dtsch Arztebl.* 2007;104(23):A-1655/B-1460/C-1400
33. Jaehn P et al. Histologic types of gastric cancer among migrants from the former Soviet Union and the general population in Germany: what kind of prevention do we need? *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2016;28(8):863-70

**Korrespondenzautorin**  
**Dr. Kerstin Hermes-Moll**

Wissenschaftliches Institut der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen (WINHO) GmbH  
Vor den Siebenburgen 2, 50676 Köln  
[hermes-moll@winho.de](mailto:hermes-moll@winho.de)