

Journal of Health Monitoring · 2023 8(1)
DOI 10.25646/11093
Robert Koch-Institut, Berlin

Katja Kajikhina^{*1,2}, Carmen Koschollek^{*1},
Navina Sarma², Marleen Bug¹,
Annelene Wengler¹, Kayvan Bozorgmehr³,
Oliver Razum⁴, Theda Borde⁵, Liane Schenk⁶,
Ruth Zimmermann², Claudia Hövener¹

* geteilte Erstautorenschaft

¹ Robert Koch-Institut, Berlin
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring

² Robert Koch-Institut, Berlin
Abteilung für Infektionsepidemiologie

³ AG Bevölkerungsmedizin und Versorgungsforschung, School of Public Health, Universität Bielefeld; Sektion Health Equity Studies & Migration, Universitätsklinikum Heidelberg

⁴ AG Epidemiologie & International Public Health, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld

⁵ Alice Salomon Hochschule Berlin

⁶ Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft, Charité Berlin

Eingereicht: 22.11.2022
Akzeptiert: 09.01.2023
Veröffentlicht: 21.03.2023

Empfehlungen zu Erhebung und Analyse migrationsbezogener Determinanten in der Public-Health-Forschung

Abstract

Hintergrund: Etwa jede vierte in Deutschland lebende Person hat nach Definition des Statistischen Bundesamts einen sogenannten Migrationshintergrund (MH), d.h. die Person selbst oder mindestens ein Elternteil wurde ohne die deutsche Staatsangehörigkeit geboren. Allerdings wurde der MH in vielen Studien unterschiedlich definiert. Auch werden durch den MH Personen in unterschiedlichen Lebenslagen zusammengefasst und differenzierte gesundheitswissenschaftliche Analysen sind mit dem MH erschwert. Der Beitrag formuliert Empfehlungen zur Erhebung und Auswertung migrationsbezogener sowie sozialer und struktureller Determinanten der Gesundheit.

Erfassung relevanter Gesundheitsdeterminanten: Im Rahmen des Projektes „Improving Health Monitoring in Migrant Populations (IMIRA)“ wurden die bisherigen Ansätze zur Operationalisierung und Messung migrationsbezogener Determinanten auf Grundlage von Literaturrecherchen und Austauschformaten, wie Workshops, Arbeitstreffen, Kongressbeiträgen u. ä. überarbeitet. Anstelle des MH sollten als Mindestindikatoren das Geburtsland der Befragten und deren Eltern, die Aufenthaltsdauer, die Staatsangehörigkeit(en), der Aufenthaltsstatus und Kenntnisse der deutschen Sprache erfasst und als Einzelvariablen analysiert werden. Weitere soziale und strukturelle Determinanten wie der sozioökonomische Status, Wohn- und Arbeitsbedingungen oder selbstberichtete Diskriminierung sollten einbezogen werden.

Diskussion: Um gesundheitliche Ungleichheit zu beschreiben und gezielt Bedarfe von Menschen mit Migrationsgeschichte zu identifizieren, ist eine gemeinsame und differenzierte Betrachtung migrationsbezogener und sozialer Determinanten unerlässlich.

📌 MIGRATIONSHINTERGRUND · MINDESTINDIKATORENSATZ · SOZIALE DETERMINANTEN · DISKRIMINIERUNG

1. Hintergrund

1.1 Migration in Deutschland

Deutschland ist ein Einwanderungsland – die Gesellschaft hierzulande blickt auf eine lange Geschichte unterschiedlicher Migrationsbewegungen zurück. Beispielhaft zu nennen sind die Arbeitsmigration im Zuge der Anwerbeabkommen von 1955 bis 1973 oder der Regelungen zur Arbeitnehmer-

freizügigkeit innerhalb der Europäischen Union (EU) ab den 2000er Jahren. Fluchtmigration spielt ebenfalls eine Rolle, z. B. infolge der militärischen Konflikte auf dem Gebiet des ehemaligen Jugoslawiens von 1991 bis 2001 oder in den letzten Jahren infolge der andauernden Kriege unter anderem in Syrien und der Ukraine [1, 2]. Hinzu kommen der Familiennachzug oder auch der Zuzug zwecks Ausbildung und Studium. Migration ist demnach dynamisch und bei

Tabelle 1
Kategorien und Definitionen zum Thema
Migration in der amtlichen Statistik
und in der KiGGS-Studie
 Quelle: Eigene Darstellung

Kategorie	Definition	Bevölkerungsanteil gemäß Mikrozensus 2020 [3]
Amtliche Statistik		
Menschen mit Migrationshintergrund	„Insgesamt umfasst die Bevölkerung mit Migrationshintergrund alle Personen, die entweder selbst nicht mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren sind oder bei denen mindestens ein Elternteil nicht mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren ist. (...) Hierzu gehören Ausländerinnen und Ausländer, (Spät-) Aussiedlerinnen und Aussiedler, Eingebürgerte, Personen, die die deutsche Staatsangehörigkeit durch Adoption erhalten haben sowie die mit deutscher Staatsangehörigkeit geborenen Kinder dieser vier Gruppen.“ [4]	27% (Gesamtbevölkerung) 24% (erwachsene Bevölkerung) 39% (Bevölkerung unter 18 Jahren)
Ausländerinnen und Ausländer	„Ausländer/innen sind Personen, die nicht Deutsche im Sinne des Artikels 116 Absatz 1 des Grundgesetzes sind. Dazu zählen auch Staatenlose und Personen mit ungeklärter Staatsangehörigkeit. (...) Sie können in Deutschland geboren oder zugewandert sein.“ [4]	12% (Gesamtbevölkerung) 13% (erwachsene Bevölkerung) 12% (Bevölkerung unter 18 Jahren)
Personen mit eigener Migrationserfahrung	„Eine Person hat dann eine eigene Migrationserfahrung, wenn sie im Ausland geboren ist. Sie ist damit ein Zuwanderer.“ [4]	17% (Gesamtbevölkerung) 18% (erwachsene Bevölkerung) 9% (Bevölkerung unter 18 Jahren)
Definition nach Robert Koch-Institut, Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (KiGGS)		
Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund	„Kinder, die entweder selbst aus einem anderen Land nach Deutschland zugewandert sind und von denen mindestens ein Elternteil nicht in Deutschland geboren ist oder deren beide Elternteile zugewandert oder nichtdeutscher Staatsangehörigkeit sind.“ [5] (S. 11) „In den wenigen Fällen, in denen keinerlei Informationen zum Geburtsland des Kindes so wie zum Geburtsland und der Staatsangehörigkeit der Eltern vorlagen, wurde die zu Hause gesprochene Sprache als Indikator für einen Migrationshintergrund herangezogen.“ [6] (S.14)	

den migrierenden Menschen handelt es sich um einen heterogenen Personenkreis mit vielfältigen Biografien und Lebenslagen. Gleichwohl werden für die amtliche Statistik wie auch für gesundheitswissenschaftliche Analysen zusammenfassende Kategorien verwendet und Analysen anhand aggregierter Variablen, wie dem „Migrationshintergrund“, durchgeführt (Tabelle 1).

1.2 Kritik am Konzept „Migrationshintergrund“

Die Kategorie „Migrationshintergrund“ wird aufgrund unterschiedlicher (Tabelle 1) oder teils unklarer Operationalisierungen sowohl in der Forschung als auch durch migrantische Selbstorganisationen oder Nichtregierungsorganisationen kritisiert [7–9]. Häufig wird der Begriff ohne

Infobox 1 Migrationsgeschichte, Migrationshintergrund – Wie und worüber sprechen wir?

Menschen mit Migrationshintergrund oder Migrationsgeschichte, Eingewanderte und ihre (direkten) Nachkommen, Menschen mit internationaler Geschichte – in den letzten Jahren wurden verschiedene Begriffe genutzt, um über Migration und in Deutschland lebende Menschen zu sprechen. Im vorliegenden Artikel verwenden wir den Begriff „Menschen mit Migrationsgeschichte“ und meinen damit Menschen, die selbst oder deren Eltern immigriert sind. Die statistische Kategorie „Migrationshintergrund“ soll mit diesem Begriff nicht ersetzt werden.

Das Konzept „Migrationshintergrund“ steht aus mehreren Gründen zunehmend in der Kritik, zum Beispiel von Seiten migrantischer Selbstorganisationen oder auch von der Fachkommission der Bundesregierung zu den Rahmenbedingungen der Integrationsfähigkeit [15]. Wir empfehlen daher, das Konzept nicht mehr zu verwenden. Zum einen wird der Migrationshintergrund in gesundheitswissenschaftlichen Studien häufig anders operationalisiert als in der amtlichen Statistik. Studien vermengen häufig Geburtsland und aktuelle Staatsangehörigkeit [5, 6, 35], während sich die Definition des Statistischen Bundesamtes auf die eigene bzw. elterliche Staatsangehörigkeit bei Geburt bezieht [4]. In der breiten Öffentlichkeit wird der Begriff häufig ohne eine klare Definition und zur Beschreibung von Menschen genutzt, die zwar Deutsche sind, aber als „nicht von hier“ wahrgenommen werden. Der Begriff hat seit seiner Einführung auch eine Entwicklung hin zu einer stigmatisierenden Fremdzuschreibung [8] erfahren – und wird inzwischen als Selbstbezeichnung meist abgelehnt.

Fortsetzung nächste Seite

eine klare Definition verwendet und teils mit Kategorien wie Geburtsland, Staatsangehörigkeit oder Sprachkenntnissen verwechselt oder diese Indikatoren werden zur Bildung der Variable vermergt. So wurde zum Beispiel in der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) auch die zuhause gesprochene Sprache zur Definition des Migrationshintergrundes herangezogen, wenn Angaben zu Geburtsland und Staatsangehörigkeiten der Eltern fehlten [6] (Tabelle 1). Ein weiterer Grund ist die hohe Zahl erforderlicher Erhebungsfragen. Im Mikrozensus werden zur Ableitung der Kategorie „Migrationshintergrund“ z. B. 19 Items erhoben [10]. Darüber hinaus findet das Konzept nur im deutschen Sprachraum Anwendung. Kritisiert wird aber auch die Logik der Fremdzuschreibung, das bedeutet, dass Migrationshintergrund ein Konzept ist, das vorrangig von der Mehrheitsgesellschaft für die Beschreibung von bestimmten Personengruppen genutzt, aber als Selbstbezeichnung meist abgelehnt wird [11]. Auch wird mit Migrationshintergrund eine Vielzahl unterschiedlicher Biografien und Lebenslagen zu einer Variablen zusammengefasst. Gleichzeitig kann der Zusammenhang relevanter Determinanten mit Gesundheit durch Verwendung dieser Variable nicht differenziert abgebildet werden, wie z. B. Rassismus in Form von Diskriminierungserfahrungen oder von strukturellen Ausschlüssen im Zugang zu gesellschaftlichen Ressourcen wie Wohnen, Arbeit, Bildung, Gesundheit [8]. Auch können Menschen Erfahrungen rassistischer Diskriminierung machen, obwohl sie keinen statistisch definierten Migrationshintergrund haben. Die Kategorie ist somit nicht geeignet um die Diversität und auch Ungleichheit in der heutigen Gesellschaft zu analysieren und zu beschreiben.

Zugleich hat sich der Begriff von einer statistischen zu einer sozialen [12, 13] und zu einer tendenziell ausschließenden und fremd zugeschriebenen Kategorie entwickelt: In der medialen Öffentlichkeit und im Alltagsverständnis wird er häufig zur Beschreibung von nicht-*weißen*, rassifizierten Personengruppen verwendet, die nicht zwangsläufig einen Migrationshintergrund im amtlich definierten Sinne haben. Es werden dann unter dem Begriff Personen verstanden, die als nicht „typisch deutsch“, als vermeintlich fremd und nicht zugehörig angesehen werden. Damit geht eine deutliche Diskrepanz zwischen der gesellschaftlich-medialen Verwendung des Begriffs und der Anwendung in amtlichen Statistiken einher [14].

Im Jahr 2021 wurde von der Fachkommission der Bundesregierung zu den Rahmenbedingungen der Integrationsfähigkeit (Fachkommission Integrationsfähigkeit) eine Abkehr vom Migrationshintergrund als statistischer Kategorie empfohlen [15]. Diese soll durch „Eingewanderte und ihre (direkten) Nachkommen“ ersetzt werden. Damit erfasst die Kategorie nur Personen, die entweder selbst oder deren Eltern beide eine eigene Einwanderungsgeschichte (seit 1950) haben. Die aktuelle Staatsangehörigkeit der Befragten soll zusätzlich weiterhin erhoben werden. Die bessere Vergleichbarkeit, auch im internationalen Bereich mit Konzepten wie „migrants“ oder „foreign-born“ [16, 17], sowie die deutlich vereinfachte Erhebung in quantitativen Befragungen sind einige der Argumente im Hinblick auf die verbesserte methodische Anwendbarkeit der neuen Kategorie [15]. Gleichwohl werden auch mit dieser neuen Kategorie Personen(-gruppen) verschiedener Lebenslagen zusammengefasst; die Diversität innerhalb dieser so kategorisierten Personen(-gruppen) bleibt weiterhin

Infobox 1 (Fortsetzung) Migrationsgeschichte, Migrations- hintergrund – Wie und worüber sprechen wir?

Demgegenüber wird der Begriff „Menschen mit Migrationsgeschichte“ häufig auch als Selbstbezeichnung von Menschen genutzt, die selbst oder deren Familien einen biografischen Bezug zu Migration oder Flucht haben. Auch dieser Begriff beschreibt einen sehr heterogenen Personenkreis. Für differenzierte Auswertungen zu Migration und Gesundheit empfehlen wir daher, statt der Verwendung von zusammenfassenden Kategorien wie „Migrationshintergrund“ oder „Migrationsgeschichte“ die Analyse von, je nach Fragestellung, relevanten migrationsbezogenen Einzelindikatoren in Zusammenschau mit weiteren sozialen Determinanten der Gesundheit. Nur so können differenzierte Aussagen zu Faktoren und Erklärungsmechanismen gesundheitlicher Ungleichheiten getroffen werden.

unberücksichtigt und mögliche gesundheitsrelevante Determinanten werden nicht abgebildet, wenn Analysen lediglich diese neue Kategorie berücksichtigen würden.

1.3 Migration und Gesundheit

Für eine Betrachtung der gesundheitlichen Lage von Menschen, die eine eigene oder familiäre Migrationsgeschichte (Infobox 1) aufweisen, ist es daher unerlässlich, dies im Zusammenhang mit den sozialen Determinanten zu tun, die ihr Leben prägen und ihre Gesundheit beeinflussen. Public Health-Forschung im Themenfeld Migration, Rassismus und Gesundheit sollte folgende Faktoren differenziert und in ihren Wechselwirkungen erfassen und analysieren: Aspekte der Migrations- oder Fluchtgeschichte, Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen und strukturelle und lebensweltbezogene Faktoren wie z. B. die soziale Lage, das soziale Umfeld, die Arbeitsbedingungen oder die Einkommens- und Wohnsituation.

So wurde im Zuge der COVID-19-Pandemie deutlich, dass es vermehrt Ausbruchsgeschehen z. B. in Gemeinschaftsunterkünften oder in bestimmten Industriesektoren gab, wie bspw. der Fleischverarbeitung [18–20]. Betroffen waren häufiger Menschen mit Migrationsgeschichte. Gründe für das Infektionsgeschehen lagen jedoch nicht in der Migrationsgeschichte an sich. Ausschlaggebend waren vielmehr beengte Wohnverhältnisse, die mit einem erhöhten Infektionsrisiko einhergehen oder Arbeitsbedingungen mit erhöhter Exposition gegenüber SARS-CoV-2 durch eingeschränkte Möglichkeiten des Infektionsschutzes und durch Barrieren im Zugang zu mehrsprachigen Informationen sowie zu angemessener Prävention und

medizinischer Regelversorgung [20]. Hinweise aus der internationalen und deutschen Forschung deuten auf häufigere schwere Krankheitsverläufe, häufigere Hospitalisierungen, erhöhten Bedarf an intensivmedizinischer Behandlung und erhöhte Mortalitätsraten unter *ethnic minorities* oder Menschen mit Migrationsgeschichte hin [21–26]. Analysen aus Berlin legen erhöhte Infektionsraten in Stadtteilen mit höherem Anteil an Menschen mit Migrationsgeschichte nahe, die zugleich stärker sozial und ökonomisch benachteiligt sind [27]. Auch zeigen Daten der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD), dass Menschen mit Migrationsgeschichte häufiger von Armut betroffen sind [28]. Neben COVID-19 sind auch weitere, chronische (nicht-übertragbare) Erkrankungen mit Armut, erhöhtem Armutsrisiko, prekären Arbeits- und Wohnbedingungen und einer niedrigeren sozioökonomischen Position assoziiert [29–34]. Diese Aspekte sollten daher notwendigerweise als relevante Erklärungszusammenhänge berücksichtigt werden, denn gesundheitliche Risiken und Ungleichheit können nicht allein mit der (vermeintlichen) Migrationsgeschichte erklärt werden.

1.4 Auswertungen zu Migration und Gesundheit

Statt pauschal ausschließlich den „Migrationshintergrund“ als Differenzierungsmerkmal oder als statistische Kontrollvariable zu berücksichtigen, sollten inhaltlich begründete Fragestellungen die Grundlage von migrationsbezogenen Analysen sein. Damit muss zunächst die Frage im Vordergrund stehen, welche Erklärungsmechanismen, Kontexte, Expositionen und Risiken untersucht werden sollen und

welche Faktoren und Wechselwirkungen für das betrachtete Gesundheitsoutcome relevant sind, statt lediglich auf vermeintliche Eigenschaften wie „Migrationshintergrund“ zu fokussieren [36].

Vor diesem Hintergrund ist die Analyse von gesellschaftlichen Ein- und Ausschlussmechanismen, ihren Wechselwirkungen, von Diskriminierung, Privilegierung und Zugangswegen zu gesellschaftlichen und gesundheitlichen Ressourcen zwingend notwendig, um gesundheitliche Lagen und Chancen besser zu verstehen. Somit ist die Erhebung und Analyse der sozialen Lage, insbesondere von Indikatoren zur sozioökonomischen Position, zur Arbeits- und Wohnsituation, zum Aufenthaltsstatus und zu Zugangsbeschränkungen zur gesundheitlichen Regelversorgung und von anderen sozialen Ressourcen wie Bildung oder Zugang zu gesunden Lebenswelten für differenzierte Analysen und angemessene Erklärungsmodelle unumgänglich. Auch Indikatoren wie der subjektive Sozialstatus oder subjektive soziale Mobilität in Verbindung mit der eigenen Migrationserfahrung sind empfehlenswert [37], um Faktoren gesundheitlicher Ungleichheit zu analysieren. Auswertungen allein nach der Kategorie „Migrationshintergrund“ sind hingegen nicht zielführend, auch weil mit solcherlei vereinfachenden Analysen Festschreibungen von Differenzen und damit auch Ausschlüsse (re-)produziert werden.

Bisher basierte die Operationalisierung des Migrationshintergrundes in gesundheitswissenschaftlichen Studien am Robert Koch-Institut (RKI) und häufig auch in anderen Einrichtungen auf dem empfohlenen Mindestindikatorensetz zur Erfassung des Migrationsstatus nach Schenk et al. [35]. Ziel dieses Beitrags ist es, aktualisierte Empfehlungen zur Erhebung von migrationsbezogenen Indikatoren

sowie zu ausgewählten sozialen und strukturellen Determinanten der Gesundheit zu geben.

2. Indikatoren zur Erfassung von migrationsbezogenen und weiteren relevanten sozialen Gesundheitsdeterminanten

Basierend auf den bestehenden Mindestindikatoren [35] sowie unter Berücksichtigung des aktuellen Diskussionsstandes wurden die im Folgenden beschriebenen Empfehlungen zu Mindest- und Zusatzindikatoren zur Erhebung von migrationsbezogenen Determinanten erarbeitet. Zudem möchten wir die Berücksichtigung weiterer sozialer und struktureller Faktoren in der Analyse der gesundheitlichen Lage vorschlagen. Die Empfehlungen entstanden im Rahmen eines gemeinsamen Reflexionsprozesses, der auf Diskussionen in Form unterschiedlicher Veranstaltungsformate, Literaturrecherchen, Reviews, kognitiven Pretests, bis hin zu Machbarkeits- und Befragungsstudien im Rahmen des IMIRA-Projekts (Improving Health Monitoring in Migrant Populations, Beginn 2016) basierte [38–43]. Die Empfehlungen zu den vorgeschlagenen Indikatoren sind auch konsistent mit Empfehlungen des Regionalbüros Europa der Weltgesundheitsorganisation (WHO EURO): Die WHO EURO schlägt die Erfassung derselben Indikatoren als „core“ oder „recommended indicators“ vor [44]. Die Empfehlungen ermöglichen daher die Anschlussfähigkeit an die internationale Forschung. Sie beinhalten auch die Abkehr vom Konzept des Migrationshintergrundes in gesundheits- und sozialwissenschaftlichen Befragungen, aber auch in der Analyse existierender Datensätze. Vielmehr ist zu empfehlen, relevante Einzelindikatoren aus

Tabelle 2
Indikatoren zur Erfassung von
migrationsbezogenen Determinanten
sowie relevanter struktureller Faktoren
 Quelle: Eigene Darstellung

Indikatoren zur Erfassung von migrationsbezogenen Determinanten
Mindestindikatoren
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Geburtsland ▶ Geburtsländer der Eltern ▶ Staatsangehörigkeit(en) ▶ Jahr der Einreise ▶ Aufenthaltsstatus ▶ Kenntnisse der deutschen Sprache
Soziale und migrationsbezogene Zusatzindikatoren
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Migrationsmotive ▶ Selbstberichtete Diskriminierung ▶ Soziale Unterstützung ▶ Subjektives Zugehörigkeitsgefühl zur Gesellschaft
Indikatoren zur Erfassung struktureller Faktoren
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Bildung, Einkommen, berufliche Stellung (sozioökonomische Position) ▶ Subjektiver Sozialstatus (einschließlich sozialer Mobilität) ▶ Arbeitsbedingungen ▶ Wohnsituation

dem Mindestindikatorensatz je nach Fragestellung zu nutzen und in ihren Wechselwirkungen mit den im Folgenden vorgestellten, für die Gesundheit relevanten Zusatzindikatoren und wichtigen sozialen und strukturellen Faktoren zu betrachten (Tabelle 2). Die von uns vorgeschlagene Operationalisierung der Mindestindikatoren zur Erfassung von migrationsbezogenen Determinanten zeigt [Abbildung 1](#).

2.1 Mindestindikatoren

Wir empfehlen, in gesundheitswissenschaftlichen Studien die folgenden Mindestindikatoren zu erheben und in Auswertungen als Einzelindikatoren zu nutzen. Umgesetzt wird dies ebenfalls in den Studien „Gesundheit in

Deutschland aktuell (GEDA)“ des RKI ab 2020. Lediglich auf die Erfassung der selbst eingeschätzten Kenntnisse der deutschen Sprache wird hier, aufgrund der Erhebungssituation am Telefon und ausschließlich in deutscher Sprache, verzichtet. Auch das WHO-Regionalbüro für Europa empfiehlt die reguläre Erhebung nahezu aller im Folgenden vorgestellten Indikatoren im nationalen Gesundheitsmonitoring [44].

Geburtsland

Zunächst beinhalten unsere Empfehlungen die Erhebung des Geburtslandes. Denkbar ist, das Geburtsland Deutschland vs. zusammenfassend die Geburt in einem anderen Land zu erheben oder das andere Land offen als Freitext zu erfassen. Durch die Variable Geburtsland kann die eigene Migrationserfahrung abgebildet werden. Zudem ist der Indikator international anschlussfähig, da er den Vergleich zwischen Personen, die selbst migriert sind und jenen, die nicht migriert sind („migrants“ vs. „non-migrants“), ermöglicht. Die Erfassung des Geburtslandes ist darüber hinaus auch für methodische Auswertungen dienlich, z. B. um die Stichprobenszusammensetzung und mögliche Verzerrungen im Vergleich zum Mikrozensus beurteilen zu können. Bei der offenen Erfassung der Geburtsländer sollten im Rahmen der Datenanalyse und Aggregation der Daten die zusammenfassenden Kategorisierungen der Länder offiziellen Vorgaben folgen, z. B. den Kategorisierungen der Vereinten Nationen (UN) [45], der Weltgesundheitsorganisation (WHO) [46–51] oder auch denen des Statistischen Bundesamtes [52]. Die Erfassung des Geburtslandes wird darüber hinaus der Empfehlung der Fachkommission Integrationsfähigkeit gerecht (s. o.). Limitierend ist anzumerken,

dass das Geburtsland nicht unbedingt mit dem Herkunftsland – wie z. B. in der HIV-Surveillance erhoben [53] – gleichzusetzen ist [44]. Je nach Biografie kann unter „Herkunftsland“ das Geburtsland oder z. B. auch das Land verstanden werden, in dem die erfassten Personen die meiste Lebenszeit verbracht oder in dem sie zuletzt gelebt haben.

Geburtsländer der Eltern

Wir empfehlen, die Geburtsländer der Eltern der Befragten nach dem selben Vorgehen wie das Geburtsland der Befragten zu erfassen. Mittels der Erfassung der Geburtsländer der Eltern kann die von der Fachkommission Integrationsfähigkeit empfohlene Kategorie „Eingewanderte und ihre (direkten) Nachkommen“ abgebildet werden, obgleich auch diese Limitationen hinsichtlich der Auswertung bei gesundheitswissenschaftlichen Fragestellungen unterliegt. Sie dient insbesondere dem Abgleich mit der amtlichen Statistik zur Beurteilung der Stichprobenqualität.

Jahr der Einreise

Mit dem Jahr der Einreise kann bei nicht in Deutschland geborenen Personen die Aufenthaltsdauer bestimmt werden, die z. B. für die Analyse der Konvergenz von Erkrankungsrisiken über die Zeit von Bedeutung sein kann [54]. Des Weiteren kann eine kürzere Aufenthaltsdauer aufgrund fehlender Informationen oder rechtlicher Einschränkungen auch mit höheren Barrieren im Zugang zum deutschen Gesundheitssystem einhergehen [44]. Bei Geflüchteten ist eine kürzere Aufenthaltsdauer auch mit einem begrenzten Zugang zur gesundheitlichen Versorgung nach §§ 4, 6 Asylbewerberleistungsgesetz verbunden [55, 56]. Auch für einige Gruppen von Arbeitsmigrantinnen und Arbeitsmigranten

(z. B. Beschäftigte in Ernte, Lebensmittelverarbeitung oder Bauwesen im Zuge der EU-Freizügigkeitsabkommen) gelten Einschränkungen im Zugang zum Regelversorgungssystem, z. B. durch fehlende Sozial- und Krankenversicherung oder erschwerten Zugang zu (mehrsprachigen) Gesundheitsinformationen, oft verbunden mit erhöhten Gesundheitsrisiken am Arbeitsplatz [41, 57, 58].

Staatsangehörigkeit

Weiterhin empfehlen wir, die Staatsangehörigkeit einschließlich einer möglichen doppelten (oder mehrfachen) Staatsangehörigkeit zu erheben, da mit der deutschen Staatsangehörigkeit bestimmte gesundheitsrelevante Privilegien z. B. im Zugang zur gesundheitlichen Versorgung, zu Arbeits- und Wohnungsmarkt und zu Leistungen des sozialen Sicherungssystems in Deutschland verbunden sind [44, 59]. Auch für Personen mit einer EU-Staatsangehörigkeit gelten gewisse Zugangs- und Mobilitätsprivilegien, beispielsweise gesichert durch die Regelungen zur Arbeitnehmerfreizügigkeit, im Vergleich zu Menschen, die weder die deutsche noch die Staatsangehörigkeit eines anderen EU-Staates besitzen. Insofern kann die Staatsangehörigkeit, insbesondere in der Zusammenschau mit dem Aufenthaltsstatus, als Determinante für gesundheitliche Ungleichheiten besonders im Zugang zur Versorgung angesehen werden [59–61]. Auch kann die Variable Aufschluss über den Zugang zu gesellschaftlichen und gesundheitlichen Ressourcen und über den Gesundheitszustand der Bevölkerungsgruppen mit und ohne deutsche Staatsangehörigkeit liefern [26]. Darüber hinaus ermöglicht diese Variable einen Abgleich der Stichprobe mit der amtlichen Statistik. Da die Staatsangehörigkeit ein veränderliches Merkmal ist,

Die statistische Kategorie „Migrationshintergrund“ ist für differenzierte gesundheitswissenschaftliche Auswertungen aus methodischen und inhaltlichen Gründen nicht sinnvoll nutzbar.

Abbildung 1
Operationalisierung der Mindestindikatoren zur Erfassung von migrationsbezogenen Determinanten
Quelle: Eigene Darstellung

empfiehlt sich für Längsschnittstudien eine Aktualisierung in regelmäßigen Zeitabständen. Sollte die Staatsangehörigkeit offen erfasst werden, gilt wiederum, dass eine Gruppierung der Angaben nach amtlich anerkannten Kategorien erfolgen sollte (s. o. Geburtsland).

1. In welchem Land sind Sie geboren?

- In Deutschland
- In einem anderen Land, und zwar: _____
Bitte verwenden Sie die heutige Staatsbezeichnung, auch wenn das Gebiet früher einem anderen Staat zugeordnet war. Zum Beispiel: „Tschechische Republik“ statt „Tschechoslowakei“

2. [FILTER: wenn Geburtsland nicht Deutschland] Wann sind Sie (erstmal) nach Deutschland gezogen?

Im Jahr ____

3. In welchem Land ist Ihre Mutter geboren?

- In Deutschland
- In einem anderen Land, und zwar: _____
Bitte verwenden Sie die heutige Staatsbezeichnung, auch wenn das Gebiet früher einem anderen Staat zugeordnet war. Zum Beispiel: „Tschechische Republik“ statt „Tschechoslowakei“.

4. In welchem Land ist Ihr Vater geboren?

- In Deutschland
- In einem anderen Land, und zwar: _____
Bitte verwenden Sie die heutige Staatsbezeichnung, auch wenn das Gebiet früher einem anderen Staat zugeordnet war. Zum Beispiel: „Tschechische Republik“ statt „Tschechoslowakei“.

5. Welche Staatsangehörigkeit(en) haben Sie?

Mehrfachangaben möglich.

- Die deutsche Staatsangehörigkeit
- Andere Staatsangehörigkeit, und zwar: _____

grau – Filteranweisung, hellblau – bei Erfassung offener Angaben im Freitext

Aktueller Aufenthaltsstatus

Für Befragte ohne deutsche Staatsangehörigkeit empfehlen wir, zusätzlich nach ihrem derzeitigen Aufenthaltsstatus zu fragen. Gerade für Befragte mit befristeten oder unsicheren Aufenthaltstiteln sind Unterschiede hinsichtlich psychischer Belastungen, Stresserleben, sowie im Zugang zur

6. [FILTER: wenn keine deutsche Staatsangehörigkeit]

Welchen Aufenthaltsstatus haben Sie derzeit?

- Ich bin EU-Bürger/in (Freizügigkeitsgesetz EU)
- Ich habe einen unbefristeten Aufenthalt

[FILTER: wenn unbefristet]

Welchen unbefristeten Aufenthaltsstatus haben Sie?

- Ein unbefristetes Daueraufenthaltsrecht in Deutschland (Niederlassungserlaubnis)
- Eine Erlaubnis zum Daueraufenthalt in der EU
- Ich habe einen befristeten Aufenthalt

[FILTER: wenn befristet]

Welchen befristeten Aufenthaltsstatus haben Sie?

- Eine befristete Aufenthaltserlaubnis
- Ich bin Asylbewerber/in (Aufenthalts-gestattung)
- Eine Duldung
- Eine Aufenthalts- und Arbeitserlaubnis für hochqualifizierte Fachkräfte (Blaue Karte EU)
- Sonstiges

7. Welche Sprache ist Ihre Muttersprache?

Mehrfachangaben möglich.

- Deutsch
- Andere Sprache, und zwar: _____

8. [FILTER: wenn Muttersprache nicht Deutsch]

Wie schätzen Sie Ihre Deutschkenntnisse ein?

- Sehr gut
- Gut
- Mittelmäßig
- Schlecht
- Sehr schlecht

Als Mindestindikatoren sollten Geburtsland der Befragten und deren Eltern, Staatsangehörigkeit(en), Jahr der Einreise, aktueller Aufenthaltsstatus und selbst eingeschätzte Kenntnisse der deutschen Sprache erhoben werden.

Regelversorgung zu berücksichtigen, die wiederum Einfluss auf weitere Gesundheitsoutcomes haben können [62, 63]. Analog zur Staatsangehörigkeit kann sich auch der aktuelle Aufenthaltsstatus verändern, sodass auch diese Angaben nur zum Befragungszeitpunkt gültig sind.

Selbsteingeschätzte Kenntnisse der deutschen Sprache

Die selbst eingeschätzten Kenntnisse der deutschen Sprache können mittels zweier Items erhoben werden. Zunächst wird erhoben, welche Sprache die Mutter- bzw. Erstsprache der Befragten ist. Dabei sollten die Angaben „Deutsch“ oder „eine andere Sprache“ möglich sein oder die andere Sprache offen über Freitexte erfasst werden, wobei wir empfehlen, Mehrfachangaben zu ermöglichen. Diejenigen, die Deutsch nicht als Mutter- bzw. Erstsprache angeben, sollten anschließend gebeten werden, ihre Deutschkenntnisse auf einer fünfstufigen Skala von „sehr gut“ bis „sehr schlecht“ selbst einzuschätzen. Sprachkenntnisse der deutschen Sprache stellen einen wichtigen Indikator für Analysen hinsichtlich des Zugangs zu Gesundheitsinformationen und zu Gesundheitsleistungen dar, denn beides wird hierzulande in der Regel auf Deutsch angeboten. Offen erfasste Erstsprachen können Hinweise darauf liefern, in welchen Sprachen Gesundheitsinformationen neben Deutsch angeboten werden sollten. Limitierend ist anzumerken, dass dieser Indikator nicht zwischen den Sprachkenntnissen hinsichtlich der geschriebenen und gesprochenen Sprache differenziert, was jedoch für die Beschaffung und das Verständnis von Gesundheitsinformationen, wie auch in der direkten Kommunikation im Rahmen der Versorgung, relevant sein kann. Da sich die Einschätzung der Kenntnisse der deutschen Sprache über die Zeit ändern kann, sollten

auch hier in Längsschnittstudien regelmäßig aktuelle Daten erhoben werden.

2.2 Soziale und migrationsbezogene Zusatzindikatoren

Neben den genannten Mindestindikatoren zur Erfassung migrationsbezogener Determinanten empfehlen wir, auch eine Reihe zusätzlicher Indikatoren zu erfassen und in Auswertungen zur gesundheitlichen Lage von Menschen mit Migrationsgeschichte zu berücksichtigen. Hierbei handelt es sich um Indikatoren, die, bis auf die Migrationsmotive, für die gesamte Bevölkerung relevant sind. Für die Gesundheit von Menschen mit Migrationsgeschichte sind diese Indikatoren dennoch von besonderer Bedeutung, da es sich hierbei um relevante Aspekte in (Post-)Migrationsbiografien handeln kann. Die Auswahl der Indikatoren erfolgte an Hand der Ergebnisse einer systematischen Übersichtsarbeit und weiterer Vorarbeiten im IMIRA-Projekt [39, 42].

Migrationsmotive

Bei Personen mit eigener Migrationserfahrung kann es sinnvoll sein, auch Migrationsmotive zu erheben. So kann eine freiwillige Verlagerung des Lebensmittelpunktes andere Auswirkungen auf die Gesundheit haben, als eine beispielsweise durch Konflikte oder Kriege erzwungene Migration. Geflüchtete unterliegen, je nach Aufenthaltsstatus in der ersten Zeit ihres Aufenthalts oder dauerhaft, gesetzlichen Einschränkungen im Zugang zur gesundheitlichen Regelversorgung und auch die Erfahrung von Flucht oder Vertreibung kann langfristig gesundheitliche Folgen haben. In Erhebungen sollten jedoch immer mehrere Migrationsgründe

Die Mindestindikatoren sollten nicht zu einer Kategorie wie „Migrationshintergrund“ oder anderen Indexvariablen zusammengefasst werden.

angegeben werden können, da es in der Praxis häufiger Misch- als klare Einzelmotive gibt. Migrationsmotive können über die Frage operationalisiert werden: „Was waren die Hauptgründe für Ihren Zuzug nach Deutschland?“ Unter Nennung von Mehrfachangaben wären mögliche Antwortoptionen z. B. „um zu arbeiten“, „um zu studieren oder eine Aus- und Weiterbildung zu machen“ und andere Gründe wie Familienzusammenführung oder unterschiedliche Fluchtgründe (Krieg, politische Verfolgung).

Selbstberichtete Diskriminierung

Einer besonderen Aufmerksamkeit bedarf die Erhebung der subjektiv wahrgenommenen bzw. selbstberichteten Diskriminierung, da Diskriminierung eine Reihe direkter und indirekter Zusammenhänge mit der allgemeinen, physischen und psychischen Gesundheit der Betroffenen aufweist. Hierbei ist es notwendig, sowohl Alltagserfahrungen als auch Erfahrungen im Kontakt mit gesundheitsrelevanten öffentlichen Institutionen und Gesundheitseinrichtungen zu erfragen sowie Mehrfachangaben von möglichen Gründen für die berichteten Erfahrungen zu ermöglichen. Diskriminierungserfahrungen können auch das Vertrauen gegenüber Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung beeinträchtigen. Das Vertrauen in diese Institutionen ist wiederum für die Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen relevant [42, 64, 65]. Empfehlungen zur Operationalisierung sind an anderer Stelle eingehend beschrieben [41, 42].

Soziale Unterstützung

Soziale Unterstützung hat als psychosoziale Ressource einen erheblichen Einfluss auf die Gesundheit. Sie kann eine bessere Stressbewältigung ermöglichen und sich

positiv auf das allgemeine psychische sowie körperliche Wohlbefinden auswirken [66–68]. Erhoben werden kann soziale Unterstützung mittels der Oslo Social Support Scale (OSSS-3) [69].

Subjektives Zugehörigkeitsgefühl

Auch das subjektive Zugehörigkeitsgefühl zur Gesellschaft wirkt sich auf die gesundheitliche Situation sowie die Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen aus (siehe [Gesundheit von Menschen mit ausgewählten Staatsangehörigkeiten in Deutschland: Ergebnisse der Studie GEDA Fokus](#)). Die Operationalisierung ist an anderer Stelle eingehend beschrieben [42].

2.3 Indikatoren zur Erfassung struktureller Faktoren

Die zuvor genannten Mindest- und Zusatzindikatoren zur Betrachtung von migrationsbezogenen Determinanten sollten im Kontext von sozialen und strukturellen Determinanten der Gesundheit betrachtet werden [70].

Bildung, Einkommen, berufliche Stellung – sozioökonomische Position

Zusammenhänge zwischen der sozioökonomischen Position einer Person und (schlechteren) gesundheitlichen Outcomes sind für Summenindices vielfach dokumentiert [71–73]. Auch für Einzelindikatoren, wie z. B. den Bildungsstand, ist dies vielfach belegt [74, 75], u. a. auch in den beiden Beiträgen dieser Ausgabe ([COVID-19-Impfstatus bei Menschen mit ausgewählten Staatsangehörigkeiten; Gesundheit von Menschen mit ausgewählten Staatsangehörigkeiten in Deutschland](#)). Gerade wenn man die gesundheitliche

Die Mindestindikatoren sollten je nach Fragestellung um Zusatzindikatoren wie selbstberichtete Diskriminierung, Migrationsgründe, soziale Unterstützung, Zugehörigkeitsgefühl zur Gesellschaft oder den subjektiven Sozialstatus ergänzt werden.

Situation von Menschen mit Migrationsgeschichte betrachtet, ist es unerlässlich, diese Indikatoren heranzuziehen, da Menschen mit Migrationsgeschichte häufiger von Bildungsbenachteiligung und Armut (srisiko) betroffen sowie häufiger unter prekären und für die Gesundheit ungünstigeren Arbeitsbedingungen tätig sind [28].

Subjektiver Sozialstatus (einschließlich sozialer Mobilität)

Neben der sozioökonomischen Position aufgrund von Bildung, Beruf und Einkommen weist auch der subjektiv wahrgenommene Sozialstatus Zusammenhänge mit gesundheitlichen Outcomes auf [37] und kann mittels der MacArthur Scale of Subjective Social Status erfasst werden [42]. Eine subjektiv wahrgenommene schlechtere Position in der Gesellschaft kann mit psychischen Belastungen verbunden sein und sich negativ auf die Gesundheit auswirken. Für Menschen mit eigener Migrationserfahrung kann zusätzlich der hypothetische subjektive Sozialstatus im Herkunftsland erhoben werden. Dieses Konzept adressiert die Selbsteinschätzung dazu, wie der Sozialstatus wäre, wenn die Befragten nicht migriert wären, und bildet so zu einem gewissen Maße die selbst wahrgenommene soziale Mobilität der Befragten ab. Analysen zeigen, dass eine subjektiv wahrgenommene Abwärtsmobilität im Zuge des Migrationsprozesses mit einer schlechteren psychischen Gesundheit zusammenhängt [76, 77]. Operationalisierungsvorschläge sind an anderer Stelle eingehend beschrieben [42].

Arbeitsbedingungen

Im Bereich der Arbeitsbedingungen ist eine Reihe von Aspekten wie prekäre Beschäftigung, Leih- und Schichtarbeit,

(Ketten-)Befristungen, Arbeit im Niedriglohnsektor oder in sogenannten systemrelevanten Tätigkeiten von Bedeutung [28, 78]. Diese können mit einer erschwerten Planbarkeit des Einkommens, der Aufenthaltsberechtigung und des Lebensweges generell einhergehen, psychischen Stress verursachen und in einem niedrigen sozioökonomischen Status resultieren. Auch Tätigkeiten in sogenannten systemrelevanten Berufen (z. B. Logistik, Bau, Ernte, (öffentlicher) Transport, Einzel-/Lebensmittelhandel, Pflege) können Einfluss auf die Gesundheit haben, wie zuletzt die COVID-19-Pandemie gezeigt hat, z. B. in Ermangelung von Homeoffice-Möglichkeiten (physische Distanzierung) und erhöhten Expositionsrisiken. Körperliche Belastungen am Arbeitsplatz spielen ebenfalls eine Rolle und können zu langfristigen körperlichen Leiden beitragen. All dies gilt es bei der Analyse der gesundheitlichen Situation von Menschen mit Migrationsgeschichte zu beachten, da diese häufiger in den genannten Sektoren und unter den beschriebenen Arbeitsbedingungen tätig sind [28]. Körperliche Arbeitsbelastungen können z. B. mittels einer Itematterie, die im Ad-hoc-Modul der Arbeitskräfteerhebung 2013 europaweit eingesetzt wurde, erhoben werden [79, 80]. Psychische Arbeitsbelastungen lassen sich beispielsweise mittels des Effort-Reward Imbalance Questionnaire [81] oder des Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) erheben [82]. Zur Erfassung prekärer Arbeitsverhältnisse ließe sich die Employment Precariousness Scale (EPRES) von Vives et al. nutzen [83].

Wohnsituation

Die Wohnsituation gilt ebenfalls als eine der zentralen sozialen Determinanten, die sich unter anderem in Qualität,

Analysen sollten neben migrationsbezogenen auch weitere Erklärungsfaktoren, wie die sozioökonomische Position oder Arbeits- und Wohnbedingungen gemeinsam betrachten.

Erschwinglichkeit, Lage und Umgebung der Wohnung auf die Gesundheit auswirken kann. Beengtes Wohnen, insbesondere in Gemeinschaftsunterkünften, erhöht das Übertragungsrisiko von Infektionserkrankungen [21]. Gleichzeitig können inadäquate Wohnverhältnisse zu einem verstärkten Stresserleben bis hin zu psychischen Erkrankungen beitragen, wenn z. B. Rückzugsmöglichkeiten fehlen [84]. Auch Faktoren wie Angst vor Wohnungskündigung oder stark steigende Mieten können zum Stresserleben beitragen. Neben der Wohnungsgröße kann auch deren Beschaffenheit selbst gesundheitliche Auswirkungen haben, z. B. durch das Auftreten von Schimmel. Darüber hinaus gehen auch Aspekte regionaler Deprivation mit Effekten auf die Gesundheit einher [85]. Zur Messung der Wohnqualität existiert eine Reihe von Ansätzen. Beispiele finden sich in den Befragungen des Sozioökonomischen Panels (SOEP) des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW) mit Items zu Wohnumgebung, Größe und Haustyp [86]. Weitere Beispiele für Erhebungsinstrumente in Form von umfassenden Messskalen mit multiplen Dimensionen der Wohnqualität finden sich in der internationalen Forschung [87, 88].

Anwendungsbeispiele

Eine Reihe von Beiträgen nutzen bereits einige der vorgestellten Einzelindikatoren, entweder zusätzlich zur Kategorie „Migrationshintergrund“ oder gänzlich unabhängig davon. Im Folgenden beschreiben wir Beispiele, um die Wichtigkeit differenzierter Auswertungen zu verdeutlichen.

So konnte ein Beitrag unter Verwendung von Daten der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS Welle 2, 2014–2017) zeigen, dass es

keine Unterschiede in der Inanspruchnahme pädiatrischer und allgemeinmedizinischer Leistungen nach Migrationshintergrund gibt, sich jedoch innerhalb der Gruppe der Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund Unterschiede nach der Aufenthaltsdauer der Eltern zeigen. Mit einer kürzeren Aufenthaltsdauer ging hierbei eine seltenere Inanspruchnahme einher [89]. Ebenfalls unter Verwendung von Daten der KiGGS Welle 2 konnte gezeigt werden, dass es keine Unterschiede in der subjektiv eingeschätzten Gesundheit unter Kindern und Jugendlichen nach der Kategorie Migrationshintergrund gibt, mit der Angabe selbstberichteter Diskriminierung jedoch ein häufiger als schlecht eingeschätzter Gesundheitszustand assoziiert war [90]. Eine weitere Auswertung der Daten der KiGGS Welle 2 zeigte innerhalb der Gruppe der Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund eine geringere Diagnoseprävalenz von Neurodermitis für diejenigen in der niedrigen sozioökonomischen Statusgruppe sowie für diejenigen, deren Eltern kürzer als zehn Jahre in Deutschland lebten [91]. Ein Beitrag mit Daten der IMIRA-Machbarkeitsstudie „Befragung“ [92] konnte unter Menschen mit ausgewählten Staatsangehörigkeiten zeigen, dass sowohl eine kürzere Aufenthaltsdauer in Deutschland als auch ein befristeter Aufenthaltsstatus mit einer selteneren Inanspruchnahme allgemeinmedizinischer Leistungen assoziiert waren [93]. Aktuelle Analysen, die sich dem Thema COVID-19 widmen, nutzten ebenfalls vergleichbare analytische Strategien. Im „Impfquotenmonitoring in Deutschland als Einwanderungsgesellschaft (COVIMO Fokuserhebung)“ konnte gezeigt werden, dass sowohl schlechtere Kenntnisse der deutschen Sprache als auch selbstberichtete Diskriminierungserfahrungen im Gesundheits- und Pflegebereich mit geringeren

Impfquoten assoziiert waren [94]. Unter Nutzung von Daten des COVID-19 Snapshot Monitorings (COSMO) konnte gezeigt werden, dass sich die erhöhte Wahrscheinlichkeit für Menschen mit Migrationsgeschichte, von einer Infektion mit dem Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus Type 2 (SARS-CoV-2) zu berichten, verringert, wenn neben soziodemografischen Variablen zusätzlich die Haushaltsgröße, die Haushaltssprache sowie eine Tätigkeit im Gesundheitssektor statistisch kontrolliert werden [95]. Weitere Anwendungsbeispiele zeigen die Beiträge in dieser Ausgabe ([COVID-19-Impfstatus bei Menschen mit ausgewählten Staatsangehörigkeiten](#); [Gesundheit von Menschen mit ausgewählten Staatsangehörigkeiten in Deutschland](#)).

Wichtig ist es, bei der Datenanalyse Mediations- sowie Moderationseffekte zwischen den verschiedenen Variablen in Modellen zu berücksichtigen, mögliche Confounder-assoziierte Effektmodifikationen zu identifizieren und ggf. die Auswahl der Variablen entsprechend anzupassen. So können Ergebnisverzerrungen und Fehlinterpretationen bezüglich beobachteter Differenzen in gesundheitlichen Outcomes vermieden werden (Beispiele s. [96]).

3. Diskussion

Basierend auf einer Überarbeitung des bestehenden Mindestindikatorensatzes zur Erfassung des Migrationsstatus [35] wurden verschiedene Indikatoren zur Analyse migrationsbezogener Determinanten sowie struktureller und lebensweltlich bezogener Faktoren vorgestellt. Diese können in der Analyse der gesundheitlichen Lage von Menschen mit und teilweise auch von Menschen ohne Migrationsgeschichte relevant sein. Dies beinhaltet die

Empfehlung zur Abkehr vom Konzept des Migrationshintergrundes und die Betrachtung der vorgestellten Indikatoren in ihren Wechselwirkungen mit anderen sozialen Determinanten der Gesundheit sowie strukturellen Aspekten und Lebensbedingungen. Dabei ist für die gute wissenschaftliche Praxis eine Reflexion von Vorannahmen, eine differenzierte Entwicklung der Fragestellung und Analyse unter Berücksichtigung relevanter Erklärungsfaktoren verbunden.

Die beschriebenen Indikatoren sollten als mögliche Erklärungsvariablen Berücksichtigung finden und mögliche Mediations- und Moderationseffekte der beobachteten Differenzen in gesundheitlichen Outcomes statt bloßer Auswertungen „nach Migration“ adressiert werden. Weiterhin ist eine Reflexion unabdingbar, welche Differenzen und Ausschlüsse die eigenen Analysen (re-)produzieren und was die daraus folgenden Aussagen für die beforschten Personen(-gruppen) bedeuten können [97]. Auch ist hierbei stets das ethische Prinzip der Nicht-Schädigung zu beachten, das heißt, dass Forschung den Beforschten keinen Schaden zufügen darf. Ebenso sollte die Gefahr der Datenzweckentfremdung, also die Zweckgebundenheit der Forschung, beachtet werden [8]. Das bedeutet, das Risiko sollte reflektiert und durch differenzierte Analysen minimiert werden, dass Daten aus dem Forschungskontext und für andere Zwecke missbraucht werden können, wie z. B. falsche und stigmatisierende Darstellungen von ganzen Bevölkerungsgruppen. Dennoch stellen auch diese Empfehlungen nur einen von vielen notwendigen Schritten hin zu einer diversitätsorientierten Public Health-Forschung dar. Die Vielfältigkeit der Bevölkerung erfordert eine stetige Reflexion über die

Infobox 2 – Begriffe

Migration und Rassismus

Wir sprechen von Forschung zu Migration und Rassismus, da diese beiden Aspekte in der wissenschaftlichen Betrachtung unweigerlich zusammengehören. Rassismus kann sich neben Alltagserfahrungen von Diskriminierung in Form von strukturellen und institutionellen Ausschlüssen (Wohnen, Arbeit, Bildung, Gesundheit u. a.) und Machtverhältnissen ausdrücken. Die entsprechenden sozialen Determinanten der Gesundheit sind dabei für eine Reihe von Bevölkerungsgruppen relevant – die zugleich nicht alle eine eigene oder familiäre Migrationsgeschichte haben, aber dennoch Erfahrungen von Othering, Ethnisierung und Rassismus machen können.

Ethnisierung (auch „Kulturalisierung“ oder „kulturelle Essentialisierung“)

Gesellschaftliche Prozesse der Zuordnung von Identitäten und Zugehörigkeiten zu vermeintlichen ethnischen Gruppen oder Ethnizitäten, der Zuschreibung von Eigenschaften aufgrund dieser Zuordnung sowie der Reduktion von Unterschieden zwischen Kategorien oder Gruppen von Menschen, aber auch von gesellschaftlichen Konflikten auf ethnische oder kulturelle Eigenschaften. Es kann eine Selbstethnisierung und eine Fremdethnisierung geben. Siehe auch [120]

<https://www.kulturglossar.de/html/e-begriffe.html#ethnisierung>

Fortsetzung nächste Seite

verwendeten Kategorien und Konzepte und eine fortwährende Anpassung. Deshalb sollen im Folgenden noch einige aktuelle Diskussionsaspekte aufgegriffen und als methodischer Ausblick vorgestellt werden.

3.1 „Race“, ethnicity, Ethnizität: Anwendung im deutschsprachigen Kontext?

Die beschriebenen Indikatoren zur Erfassung von migrationsbezogenen Determinanten sowie zu strukturellen und lebensweltlich bezogenen Faktoren sind in gesundheits- und sozialwissenschaftlichen Erhebungen verhältnismäßig gut messbar. Darüber hinaus gibt es Aspekte, die schwer operationalisierbar sind und einer grundsätzlichen Reflexion ihrer Nutzung bedürfen. Für die internationale migrationsbezogene Public Health-Forschung ist dabei z. B. relevant, wie etwa ‚race‘, ‚ethnicity‘ oder ethnische Zugehörigkeit sowie Ethnizität operationalisiert werden können und für welche Forschungsfragen und Handlungsstrategien eine Operationalisierung notwendig ist. Die Vielfalt dieser Begriffe, die teils ähnliche und teils völlig unterschiedliche Dimensionen adressieren, deutet bereits auf einige Schwierigkeiten hin, die eine Operationalisierung dieser Kategorien in quantitativen Erhebungen mit sich bringen kann [98, 99]. Auch in Deutschland wurden für epidemiologische Erhebungen in bevölkerungsbezogenen Befragungen eine verzerrte Datenlage und Repräsentationsdefizite für spezifische Bevölkerungsgruppen festgestellt, beispielsweise für ethnisierte oder rassifizierte Menschen oder Genderdifferenzierungen (zu den Begriffen s. **Infobox 2**) [98]. Für die Weiterentwicklung gesundheitswissenschaftlicher Surveys muss daher die Frage gestellt

werden, „wie sozial (...) angemessen differenziert werden kann“ [100, S. 1]. Darüber hinaus muss mitbedacht werden, dass Forschungskategorien und Subgruppenbildung in statistischen Analysen Differenzen erst hervorbringen und damit zur Reproduktion der gesellschaftlichen Hierarchisierung und Ungleichheit beitragen können [101, 102]. Eine solche statistische Ethnisierung gilt es demnach zu vermeiden, das bedeutet, Gruppenbildungen oder Aspekte gesundheitlicher Ungleichheit sollten nicht auf Faktoren wie Herkunft oder vermeintliche ethnische Zugehörigkeit reduziert werden.

Aus der rassismuskritischen wissenschaftlichen Perspektive wird festgestellt, dass der heutige Rassismus zwar ohne den Rassenbegriff auskommen kann, jedoch oftmals mit kulturalistischen und ethnisierenden Erklärungsansätzen und Kategorien arbeitet (**Infobox 2**) [103]. Er geht von Kulturen und deren vermeintlichen Trägerinnen und Trägern als fest definierten unveränderlichen Einheiten aus. Es wird unterstellt, dass diese Differenzen in sich tragen, die zu gesellschaftlichen Konflikten führen können [103–105]. So wird häufig von Ethnizität, Herkunft, Kultur oder Tradition als individuellen oder gruppenbezogenen Eigenschaften gesprochen, ohne die rechtliche und strukturelle Benachteiligung, Zugehörigkeit und Diskriminierung in den Blick zu nehmen [104, 106]. Damit werden relevante Erklärungsmechanismen gesundheitlicher Ungleichheit verschleiert und das „Andersein“ der vermeintlichen Trägerinnen und Träger dieser Eigenschaften hervorgehoben und essenzialisiert, also als wesentlich verfestigt.

Eine subjektive Einschätzung der selbst- und fremdzu- geschriebenen ethnischen Zugehörigkeit(en) ist eines der weiterführenden Konzepte in aktueller migrations- und

Infobox 2 – Begriffe (Fortsetzung)

Rassifizierung (auch: Rassialisierung, Rassisierung)

Rassifizierung bezeichnet einen Prozess der biologischen und rassistischen Wissenskonstruktion. Hierbei werden Menschen und Menschengruppen zu „Rassen“ zugeordnet durch Kategorisierung, Homogenisierung und Hierarchisierung auf der Grundlage (vermeintlicher) Merkmale wie Aussehen, Hautfarbe, Sprache oder Verhaltensweisen. Hierbei gilt grundsätzlich zu bedenken, dass es keine Menschenrassen gibt. Vielmehr handelt es sich um eine gesellschaftliche Realität, in der *weiß* die (unmarkierte) Norm darstellt, während nicht-*weiße* Personen rassistisch markiert (rassifiziert) werden. Siehe auch: [121]

<https://www.idaev.de/recherchetoools/glossar>

Weiß/Weißsein

Mit *weiß* ist nicht die Schattierung der Haut eines Menschen gemeint, sondern eine gesellschaftspolitische Norm und Machtposition. Aufgrund dessen wird *weiß* in wissenschaftlichen Texten häufig klein und kursiv geschrieben. Mit *Weißsein* ist die privilegierte und dominante Position innerhalb der gesellschaftlichen Machtverhältnisse in Bezug auf Rassismus gemeint, die unmarkiert und unbenannt ist. Siehe auch: [121]

<https://www.idaev.de/recherchetoools/glossar>

rassismusbezogener quantitativer Forschung und wird derzeit auch für Surveys in Deutschland eingehend diskutiert [98, 102]. Auch im Rahmen konzeptioneller Vorbereitungen für die Befragungsstudie „Gesundheit in Deutschland aktuell: Fokus (GEDA Fokus)“ unter Menschen mit ausgewählten Staatsangehörigkeiten [107] wurde am RKI im Rahmen von kognitiven Pretests eine Erhebung der subjektiven Einschätzung der selbst- und fremdzugeschriebenen ethnischen Zugehörigkeit(en) getestet [108]. Die Ergebnisse zeigten, dass gerade für quantitative Erhebungen die Liste der möglichen Antwortkategorien, die aufgrund der Fragestellung offene Angaben im Freitext enthalten muss, lang werden kann. Insbesondere die Verarbeitung offener Angaben aus mehrsprachigen Fragebögen stellt eine Herausforderung dar. Die Frage nach den Auswertungsperspektiven ist darüber hinaus noch zu diskutieren. Auch sind Erfahrungen von alltäglicher und struktureller Diskriminierung damit nicht abbildbar.

In Surveys, die spezifische Gruppen von Menschen mit Migrationsgeschichte im Fokus haben, werden Instrumente zur Selbst- und Fremdzuschreibung (subjektive Selbstauskunft/Selbstidentifikation oder selbst wahrgenommene Fremdzuschreibung) bereits eingesetzt [109]. Die Entwicklung eines gut umsetzbaren Vorgehens für bevölkerungsbezogene Studien, unter Einbeziehung von Communities und Betroffenen, steht derzeit für den deutschsprachigen Kontext noch aus [98].

3.2 Intersektionalität: eine notwendige Perspektive

Für die zukünftige Forschung zu Migration und Gesundheit ist eine intersektionale Perspektive erstrebenswert. Der

Begriff Intersektionalität beschreibt die Verschränkung verschiedener, Ungleichheit generierender Strukturkategorien. Ursprünglich wurde das Konzept von Schwarzen Aktivistinnen in den Vereinigten Staaten entwickelt, um die mehrfache Benachteiligung Schwarzer Frauen zu konzeptualisieren, da sie von bis dahin existierenden methodischen Ansätzen zur Analyse von „race“ oder Geschlecht als einzelnen Achsen nicht erfasst werden konnte [110–114]. Seither hat sich Intersektionalität als wissenschaftliches Konzept etabliert und in vielerlei Hinsicht von ihren ursprünglichen Grundlagen losgelöst [115]. Das Konzept der Intersektionalität hilft dabei, Formationen komplexer sozialer Ungleichheit zu adressieren und Kategorien wie Geschlecht, Alter, migrationsbezogene Determinanten (z. B. Geburtsland, Staatsangehörigkeit), Ethnizität (bzw. Erfahrungen von Ethnisierung und rassistischer Diskriminierung), Klasse, sexuelle Identität und Orientierung etc. in ihren Verschränkungen und Wechselwirkungen zu beschreiben [114, 116]. Es kann Mehrfachdiskriminierungen geben und zugleich entstehen aus der Verschränkung der sozialen Kategorien ganz spezifische Lebenserfahrungen und situiertes Wissen, also Wissen, das nie neutral ist, sondern stets durch spezifische und subjektive Verortungen und Perspektiven geprägt ist. Aus einer intersektionalen Perspektive ist es daher notwendig, multiple und miteinander verschränkte Diskriminierungsdimensionen zu berücksichtigen, statt sich auf einzelne Kategorien, wie rassistische Diskriminierung, zu beschränken [117]. Das vorgeschlagene Instrument zur Erfassung subjektiv wahrgenommener Diskriminierung ermöglicht entsprechend die Angabe von mehreren Diskriminierungsgründen aus Sicht der Betroffenen [42].

Auch im Bereich der Gesundheitswissenschaften gewinnt das theoretische Konzept der Intersektionalität an Bedeutung. Methodische Ansätze zur Verwendung des Konzepts in quantitativen Studien werden diskutiert und entwickelt [118]. Fragen der Anwendbarkeit und der „analytischen Sensibilität“ [119, S. 795] in quantitativen Studien sind noch grundsätzlich auszuloten. Die perspektivische Integration des Konzepts sollte mit dem klaren Ziel erfolgen, soziale Benachteiligungen und Aspekte gesundheitlicher Ungleichheit empirisch sichtbar zu machen. Wir plädieren für eine Weiterentwicklung dieser Ansätze in der Public Health-Forschung und eine möglichst differenzierte Analyse der gesundheitsrelevanten strukturellen und sozialen Determinanten.

4. Fazit

Public Health- und epidemiologische Forschung bewegen sich, insbesondere im Feld Migration und Rassismus, in einem Spannungsfeld: Einerseits gibt es das Ziel einer statistischen Repräsentation unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen, um im Idealfall „Gleichstellungsdaten für gleichberechtigte Teilhabe“ [122] zu generieren und gesundheitliche Ungleichheiten und zugrundeliegende Mechanismen sichtbar zu machen. Andererseits geht damit das Risiko von Fremdzuschreibungen, Diskriminierung und Fehlinterpretationen einher. Grundsätzlich gilt jedoch stets das ethische Prinzip der Nicht-Schädigung [8]. Wir haben im Rahmen unserer Vorarbeiten und Diskussionen und in diesem Artikel versucht, uns dieser Thematik anzunähern und die Möglichkeiten und Notwendigkeiten einer reflektierten, verantwortungsvollen und diskriminierungssensiblen Forschung

auszuloten – einer Forschung, die zugleich zeitgemäße Analysen in unterschiedlichen Kontexten und praktischen Gegebenheiten des jeweiligen Forschungsumfelds ermöglicht und eine Grundlage für die zielgerichtete Ableitung von Handlungsempfehlungen für eine diversitätsgerechte Gesundheitsversorgung und -politik bieten kann.

Korrespondenzadresse

Dr. Katja Kajikhina
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring,
Abteilung für Infektionsepidemiologie
Seestr. 10
13353 Berlin
E-Mail: KajikhinaK@rki.de

Zitierweise

Kajikhina K, Koschollek C, Sarma N, Bug M, Wengler A et al. (2023)
Empfehlungen zu Erhebung und Analyse migrationsbezogener
Determinanten in der Public-Health-Forschung.
J Health Monit 8(1): 55–77.
DOI 10.25646/11093

Die englische Version des Artikels ist verfügbar unter:
www.rki.de/jhealthmonit-en

Förderungshinweis

Das Projekt IMIRA II (Einbeziehung von Menschen mit Migrationshintergrund in das RKI-Gesundheitsmonitoring) wurde vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert (Kennzeichen: ZMVI1 – 2518FSB411).

Interessenkonflikt

Die Autorinnen und Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Berlinghoff M (2018) Geschichte der Migration in Deutschland. <https://www.bpb.de/themen/migration-integration/dossier-migration/252241/geschichte-der-migration-in-deutschland/> (Stand: 11.01.2023)
2. Oltmer J, Hanewinkel V (2021) Geschichte der Migration nach und aus Deutschland. <https://www.bpb.de/themen/migration-integration/laenderprofile-deutschland/341068/geschichte-der-migration-nach-und-aus-deutschland/#node-content-title-4> (Stand: 11.01.2023)
3. Statistisches Bundesamt (DESTATIS) (2021) Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2020., Fachserie 1 Reihe 22. Wiesbaden
4. Statistisches Bundesamt (DESTATIS) (2021) Glossar zum Mikrozensus 2020. Statistisches Bundesamt (Hrsg), Wiesbaden
5. Razum O, Meesmann U, Bredehorst M et al. (2008) Schwerpunktbericht: Migration und Gesundheit. Robert Koch-Institut. <https://edoc.rki.de/handle/176904/3194> (Stand: 11.01.2023)
6. Schenk L, Ellert U, Neuhauser H (2007) Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Methodische Aspekte im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsbl 50:590–599
7. Will AK (2016) Migrationshintergrund im Mikrozensus: Wie werden Zuwanderer und ihre Nachkommen in der Statistik erfasst? Mediendienst Integration:1–12
8. Ahyoud N, Aikins JK, Bartsch S et al. (2018) Wer nicht gezählt wird, zählt nicht. Antidiskriminierungs- und Gleichstellungsdaten in der Einwanderungsgesellschaft – eine anwendungsorientierte Einführung. Vielfalt entscheidet – Diversity in Leadership. Citizens For Europe (Hrsg), Berlin
9. Supik L (2014) Making up Ethnicities in der amtlichen Statistik. Working Paper Series “Gender, Diversity and Migration”. No 3. http://www.fb03.uni-frankfurt.de/51634145/Supik_WP.pdf (Stand: 11.01.2023)
10. Will AK (2018) Migrationshintergrund im Mikrozensus. Wie werden Zuwanderer und ihre Nachkommen in der Statistik erfasst? Oktober 2018 (Aktualisierung der Version vom Mai 2016). Mediendienst Integration, Berlin
11. Nesterko Y, Glaesmer H (2019) Warum fragen wir nicht direkt nach? Psychol Rundsch 70(2):101–108
12. Will AK (2016) 10 Jahre Migrationshintergrund in der Repräsentativstatistik: Ein Konzept auf dem Prüfstand. Leviathan 44(1):9–35
13. Horvath K (2019) Migration background – Statistical classification and the problem of implicitly ethnicising categorisation in educational contexts. Ethnicities 19(3):558–574
14. Elrick J, Schwartzman LF (2015) From statistical category to social category: organized politics and official categorizations of ‘persons with a migration background’ in Germany. Ethn Racial Stud 38(9):1539–1556
15. Fachkommission der Bundesregierung zu den Rahmenbedingungen der Integrationsfähigkeit (2021) Gemeinsam die Einwanderungsgesellschaft gestalten. Bericht der Fachkommission der Bundesregierung zu den Rahmenbedingungen der Integrationsfähigkeit, Berlin
16. ECDC (2018) ECDC issues migrant screening and vaccination guidance. <https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/ecdc-issues-migrant-screening-and-vaccination-guidance> (Stand: 11.01.2023)
17. International Organization for Migration (2023) Key Migration Terms. <https://www.iom.int/key-migration-terms> (Stand: 11.01.2023)
18. Hoebel J, Michalski N, Diercke M et al. (2021) Emerging socio-economic disparities in COVID-19-related deaths during the second pandemic wave in Germany. Int J Infect Dis 113:344–346
19. Zimmermann R, Sarma N, Thieme-Thörel D et al. (2021) COVID-19 Outbreaks in Settings With Precarious Housing Conditions in Germany: Challenges and Lessons Learned. Front Public Health 9:708694
20. IOM’s Global Migration Data Analysis Centre (GMDAC) (2022) Relevante Migrationsdaten für die COVID-19-Pandemie. <https://www.migrationdataportal.org/de/themes/relevante-migrationsdaten-fuer-die-covid-19-pandemie> (Stand: 02.11.2022)
21. Hayward SE, Deal A, Cheng C et al. (2021) Clinical outcomes and risk factors for COVID-19 among migrant populations in high-income countries: A systematic review. J Migr Health 3:100041
22. Lewicki A (2021) Sind Menschen mit Migrationshintergrund stärker von Covid-19 betroffen? Mediendienst Integration, Berlin
23. Passos-Castilho AM, Labbé AC, Barkati S et al. (2022) Outcomes of hospitalized COVID-19 patients in Canada: impact of ethnicity, migration status and country of birth. J Travel Med 29(6)
24. Islamoska S, Petersen JH, Benfield T et al. (2022) Socioeconomic and demographic risk factors in COVID-19 hospitalization among immigrants and ethnic minorities. Eur J Public Health 32(2):302–310

25. Immordino P, Genovese D, Morales F et al. (2022) Epidemiological Characteristics of COVID-19 Cases in Non-Italian Nationals in Sicily: Identifying Vulnerable Groups in the Context of the COVID-19 Pandemic in Sicily, Italy. *Int J Environ Res Public Health* 19(9)
26. Plümecke T, Supik L, Will AK (2021) Rassismus der Pandemie: Unterschiedliche Sterberaten im Zusammenhang mit COVID-19. Mediendienst Integration, Berlin
27. Senatsverwaltung für Gesundheit Pflege und Gleichstellung – Referat Gesundheitsberichterstattung Epidemiologie Gesundheitsinformationssysteme (2020) Das SARS-CoV-2-Infektionsgeschehen in Berlin – Zusammenhang mit Soziodemografie und Wohnumfeld. Senatsverwaltung Berlin, Berlin
28. OECD/EU (2018) Settling In 2018: Indicators of Immigrant Integration. OECD Publishing, Paris/European Union, Brussels
29. Lampert T (2018) Soziale Ungleichheit der Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken. *Aus Politik und Zeitgeschichte*
30. Lampert T, Kuntz B, Waldhauer J et al. (2020) Soziale und gesundheitliche Ungleichheit. In: Deinzer R, von dem Knesebeck O (Hrsg) *Online Lehrbuch der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie*. German Medical Science GMS Publishing, Berlin
31. Gößwald A, Schienkiewitz A, Nowossadeck E et al. (2013) Prävalenz von Herzinfarkt und koronarer Herzkrankheit bei Erwachsenen im Alter von 40 bis 79 Jahren in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl* 56:650–655
32. Wachtler B, Hoebel J (2020) Soziale Ungleichheit und COVID-19: Sozialepidemiologische Perspektiven auf die Pandemie. *Gesundheitswesen* 82(08/09):670–675
33. Guadagno L (2020) Migrants and the COVID-19 pandemic: An initial analysis. *Migration Research Series N° 60*. International Organization for Migration (IOM), Geneva
34. Angenendt S, Biehler N, Koch A et al. (2020) Der Globale Migrationspakt und die öffentliche Gesundheit im Kontext der Covid-19-Pandemie: ungenutzte Potentiale zur Stärkung von Gesundheitssystemen. SWP-Aktuell, 75/2020. Stiftung Wissenschaft und Politik -SWP- Deutsches Institut für Internationale Politik und Sicherheit, Berlin
35. Schenk L, Bau AM, Borde T et al. (2006) Mindestindikatorensatz zur Erfassung des Migrationsstatus – Empfehlungen für die epidemiologische Praxis. *Bundesgesundheitsbl* 49(9):853–860
36. Horvath K, Latcheva R (2019) Mixing Methods in the Age of Migration Politics: A Commentary on Validity and Reflexivity in Current Migration Research. *J Mix Methods Res* 13(2):127–131
37. Hoebel J, Müters S, Kuntz B et al. (2015) Messung des subjektiven sozialen Status in der Gesundheitsforschung mit einer deutschen Version der MacArthur Scale. *Bundesgesundheitsbl* 58(7):749–757
38. Bartig S, Rommel A, Wengler A et al. (2019) Gesundheitsberichterstattung zu Menschen mit Migrationshintergrund – Auswahl und Definition von (Kern-)Indikatoren. *J Health Monit* 4(3): 52–71. <https://edoc.rki.de/handle/176904/6104> (Stand: 11.01.2023)
39. Schumann M, Bug M, Kajikhina K et al. (2020) The concept of acculturation in epidemiological research among migrant populations: A systematic review. *SSM Popul Health* 2020 Apr(10):1–10
40. Koschollek C, Kajikhina K, Bartig S et al. (2022) Results and Strategies for a Diversity – Oriented Public Health Monitoring in Germany. *Int J Environ Res Public Health* 19(2)
41. Kajikhina K, Schumann M (2021) Akkulturation und Diskriminierung: Fallstricke und Potenziale zweier Konzepte in der Gesundheitsforschung. In: Spallek J, Zeeb H (Hrsg) *Handbuch Migration und Gesundheit: Grundlagen, Perspektiven und Strategien*. Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Bern:133–146
42. Schumann M, Kajikhina K, Polizzi A et al. (2019) Konzepte für ein migrationssensibles Gesundheitsmonitoring. *J Health Monit* 4(3):51–68. <https://edoc.rki.de/handle/176904/6106> (Stand: 11.01.2023)
43. Santos-Hövenner C, Schumann M, Schmich P et al. (2019) Verbesserung der Informationsgrundlagen zur Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund. Projektbeschreibung und erste Erkenntnisse von IMIRA. *J Health Monit* 4(1):49–61. <https://edoc.rki.de/handle/176904/5911> (Stand: 11.01.2023)
44. World Health Organization – Regional Office for Europe (2020) Collection and integration of data on refugee and migrant health in the WHO European Region: technical guidance. WHO – Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark
45. United Nations – Department of Economic and Social Affairs – Statistics Division Geographic Regions. <https://unstats.un.org/unsd/methodology/m49/> (Stand: 14.09.2022)
46. World Health Organization – Pan American Health Organization Countries and Centers. <https://www.paho.org/en/countries-and-centers> (Stand: 14.09.2022)
47. World Health Organization – Regional Office for Africa Countries. <https://www.afro.who.int/countries> (Stand: 14.09.2022)

48. World Health Organization Countries. <https://www.who.int/countries/> (Stand: 14.09.2022)
49. World Health Organization – Regional Office for South – East Asia. <https://www.who.int/southeastasia> (Stand: 14.09.2022)
50. World Health Organization – Regional Office for the Eastern Mediterranean. <http://www.emro.who.int/countries.html> (Stand: 14.09.2022)
51. World Health Organization – Western Pacific Region. <https://www.who.int/westernpacific#> (Stand: 14.09.2022)
52. Statistisches Bundesamt (DESTATIS) (2022) Ausländische Bevölkerung – Fachserie 1 Reihe 2 2022. Statistisches Bundesamt (Hrsg), Wiesbaden
53. Kuehne A, Fiebig L, Jansen K et al. (2015) Migrationshintergrund in der infektionsepidemiologischen Surveillance in Deutschland. Bundesgesundheitsbl 58:560–568. DOI 10.1007/s00103-015-2157-y
54. Namer Y, Razum O (2022) Health of People Before Migration, the “Healthy Migrant”. In: Galea S, Ettman CK, Zaman MH (Hrsg) Migration and Health University of Chicago Press, Chicago:34–40
55. Razum O, Wenner J, Bozorgmehr K (2016) When Chance Decides About Access to Health Care: The Case of Refugees in Germany. Gesundheitswesen 78(11):711–714
56. Bozorgmehr K, Razum O (2015) Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1994–2013. PLoS One 10(7):e0131483
57. RISKPROJECT Auswirkung schlechter Arbeitsbedingungen auf die Arbeitssicherheit. <https://www.risk-project.de/schlechte-arbeitsbedingungen-auswirkungen-arbeitssicherheit/> (Stand: 11.01.2023)
58. Dean I (2018) Herstellung von Differenz und Diskriminierung in schulischen Zuordnungspraktiken zur Kategorie nichtdeutsche Herkunftssprache. In: Mai H, Merl T, Mohseni M (Hrsg) Pädagogik in Differenz- und Ungleichheitsverhältnissen Interkulturelle Studien. Springer VS, Wiesbaden: 37–53
59. Bozorgmehr K, Biddle L, Gottlieb N (2022) Gesundheitssystem zwischen Krise und Integration: Lehren aus 30 Jahren Flucht-migration. GGW 22(3):15–26
60. Ziegler S, Bozorgmehr K (2021) Die ›Bleibeperspektive‹ als soziale Determinante der Gesundheit Geflüchteter? Zeitschrift für Flucht- und Flüchtlingsforschung 5(2):309–325
61. Offe J, Bozorgmehr K, Dieterich A et al. (2018) Parallel Report to the CESCR on the Right to Health for Non-Nationals: On the 6th Periodic Report of the: Federal Republic of Germany on the implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights; Prepared for the Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 64th session
62. Mylius M (2016) Die medizinische Versorgung von Menschen ohne Papiere in Deutschland. Studien zur Praxis in Gesundheits-ämtern und Krankenhäusern. Transcript Verlag, Bielefeld
63. Suerbaum M (2021) Embodying legal precarity: Living with ongoing short-term protection in Germany. International Migration:1–14
64. Pascoe EA, Smart Richman L (2009) Perceived discrimination and health: a meta-analytic review. Psychol Bull 135(4):531–554
65. Paradies Y, Ben J, Denson N et al. (2015) Racism as a Determinant of Health: A Systematic Review and Meta-Analysis. PLOS ONE 10(9):e0138511
66. Cohen S, Underwood LG, Gottlieb BH (2000) Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists. Oxford University Press, New York, NY, US
67. Müters S, Hoebel J, Lange C (2013) Diagnose Depression: Unterschiede bei Frauen und Männern. GBE kompakt 4(2):10. <https://edoc.rki.de/handle/176904/3112> (Stand: 11.01.2023)
68. Brzoska P, Ellert U, Kimil A et al. (2015) Reviewing the topic of migration and health as a new national health target for Germany. Int J Public Health 60(1):13–20
69. Meltzer H (2003) Development of a common instrument for mental health. In: Nosikov A, Gudex C (Hrsg) EUROHIS Developing common instruments for health surveys. IOS Press, Amsterdam:21–34
70. Abubakar I, Aldridge R, Devakumar D et al. (2018) The UCL-Lancet Commission on Migration and Health: the health of a world on the move. Lancet 15(392(10164)):2606–2654
71. Lampert T, Kroll LE, Müters S et al. (2013) Messung des sozio-ökonomischen Status in der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsbl 56:631–636
72. Lampert T, Kroll LE, von der Lippe E et al. (2013) Sozioökonomischer Status und Gesundheit. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) Bundesgesundheitsbl 56(5):814–821
73. Lampert T, Hoebel J, Kuntz B et al. (2019) Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Haring R (Hrsg) Gesundheitswissenschaften. Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg:155–164

74. Lampert T, Kuntz B (2019) Auswirkungen von Armut auf den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen. *Bundesgesundheitsbl* 62(10):1263–1274
75. Kuntz B (2011) Bildung und Gesundheit. In: Schott T, Hornberg C (Hrsg) *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit: 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden:311–327
76. Polizzi A, Santos-Hövenner C, Mauz E et al. (2019) Subjective status comparisons and depressive symptoms among migrants and refugees to Germany. *Eur J Public Health* 29 Issue Supplement_4. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz187.017> (Stand: 11.01.2023)
77. Rast E, Biddle L, Bozorgmehr K (im Druck) Der subjektive Sozialstatus im Asylkontext: Eine explorative qualitative Studie mit geflüchteten Menschen. *Z'flucht*
78. Khalil S, Lietz A, Mayer SJ (2020) Systemrelevant und prekär beschäftigt: Wie Migrant*innen unser Gemeinwesen aufrecht erhalten *DeZIM Research Notes+* 20(3)
79. Statistisches Bundesamt (DESTATIS) (2022) *Qualität der Arbeit*. Statistisches Bundesamt (Hrsg), Wiesbaden. https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Qualitaet-Arbeit/_inhalt.html%3Bjsessionid=F16606E3E-90D3E9DDC8DC90375437119.live722 (Stand: 17.11.2022)
80. Statistik Austria (2013) *Arbeitsunfälle und arbeitsbezogene Gesundheitsprobleme: Modul der Arbeitskräfteerhebung 2013*. Statistik Austria, Wien
81. Siegrist J, Li J, Montano D (2019) Psychometric properties of the Effort-Reward Imbalance Questionnaire. Universität Düsseldorf, Düsseldorf
82. Nübling M, Hasselhorn HM, Michaelis M et al. (2005) *Methoden zur Erfassung psychischer Belastungen – Erprobung eines Messinstrumentes (COPSOQ)*. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Forschungsbericht, Fb 1058. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Bremerhaven
83. Vives A, Amable M, Ferrer M et al. (2010) The Employment Precariousness Scale (EPRES): psychometric properties of a new tool for epidemiological studies among waged and salaried workers. *Occup Environ Med* 67(8):548–555
84. Schönfeld S, Sauzet O, Razum O (2022) Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit der Unterkunft und der psychischen Gesundheit Geflüchteter in Deutschland? – Eine Querschnittstudie. *Gesundheitswesen* 84(7):617–624
85. Michalski N, Reis M, Tetzlaff F et al. (2022) German Index of Socioeconomic Deprivation (GISD): Revision, Aktualisierung und Anwendungsbeispiele. *J Health Monit* 7(S5): 2–24. <https://edoc.rki.de/handle/176904/10493> (Stand: 11.01.2023)
86. Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) (2021) *SOEP-Core – 2020: Haushaltsfragebogen, Stichproben M7–M8a*. SOEP Survey Papers DIW/SOEP, Berlin
87. Caffaro F, Galati D, Roccato M (2016) Development and validation of the perception of housing quality scale (PHQS) In: Torino Uo (ed), Torino, 23(1)
88. Chu MT, Fenelon A, Rodriguez J et al. (2022) Development of a multidimensional housing and environmental quality index (HEQI): application to the American Housing Survey. *Environ Health* 21(1):56
89. Koschollek C, Bartig S, Rommel A et al. (2019) Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. *J Health Monit* 4(3):7–29. <https://edoc.rki.de/handle/176904/6105> (Stand: 11.01.2023)
90. Kajikhina K, Koschollek C, Hövenner C (2022) The impact of perceived discrimination on subjective health among adolescents. *Eur J Public Health* 32(Supplement_3)
91. Santos-Hövenner C, Kuntz B, Frank L et al. (2019) Zur gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in Deutschland. *Ergebnisse aus KiGGS Welle 2*. *Bundesgesundheitsbl* 62(10):1253–1262
92. Zeisler ML, Bilgic L, Schumann M et al. (2020) Interventions to Increase the Reachability of Migrants in Germany With Health Interview Surveys: Mixed-Mode Feasibility Study. *JMIR Formative Research* 4(4)
93. Loer AKM, Koschollek C, Hövenner C (2022) Investigating associated factors of primary and specialist health care utilization among people with selected nationalities: results of a multilingual survey in two German federal states. *BMC Health Services Research* 2022(1):1050
94. Robert Koch-Institut (2022) *COVID-19-Impfquotenmonitoring in Deutschland als Einwanderungsgesellschaft (COVIMO-Fokuserhebung) 9. Report*. Berlin, Deutschland
95. Koschollek C, Kajikhina K, Michalski N et al. (2022) SARS-CoV-2-Infektionen unter Menschen mit Migrationsgeschichte: Ergebnisse des COVID-19 Snapshot Monitorings. 17. Jahrestagung der Deutsche Gesellschaft für Epidemiologie, 26.–29. September 2022, Berlin

96. Fox M, Thayer Z, Wadhwa PD (2017) Acculturation and health: the moderating role of socio-cultural context. *Am Anthropol* 119(3):405–421
97. Bilgic L, Sarma N, Loer AKM et al. (2022) Diskriminierungssensible Sprache in der Forschung zu Migration und Gesundheit – eine Handreichung. *Bundesgesundheitsbl* 65:1316–1323. <https://doi.org/10.1007/s00103-022-03620-0> (Stand: 06.02.2023)
98. Baumann AL, Egenberger V, Supik L (2018) Erhebung von Antidiskriminierungsdaten in repräsentativen Wiederholungsbefragungen. Bestandsaufnahme und Entwicklungsmöglichkeiten. Antidiskriminierungsstelle des Bundes.
99. Supik L, Spielhaus R (2019) Matters of classification and representation: Quantifying ethnicity, religion and migration introduction. *Ethnicities* 19(3):455–468
100. Rommel A, Pöge K, Krause L et al. (2019) Geschlecht und Gesundheit in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Konzepte und neue Herausforderungen. *Public Health Forum* 27(2):98–102
101. Spivak GC (1988) *In Other Worlds: Essays in Cultural Politics*. Psychology Press
102. Aikins JK, Supik L (2018) Gleichstellungsdaten: Differenzierte Erfassung als Grundlage für menschenrechtsbasierte Antidiskriminierungspolitik. In: Foroutan N, Karakayali J, Spielhaus R (Hrsg) *Postmigrantische Perspektiven: Ordnungssysteme, Repräsentationen, Kritik*, Frankfurt am Main
103. Balibar E, Wallerstein I (1992) *Rasse, Klasse, Nation. Ambivalente Identitäten*. 2. Auflage. Argument-Verlag 1990, Hamburg
104. Hall S (1989b) Rassismus als ideologischer Diskurs. In: *Das Argument* 178. Argument Verlag (Hrsg), Hamburg
105. Brubaker R (2002) Ethnicity without groups. *Eur Sociol Rev* 43(2):163–189
106. Hall S (2000) *The Multicultural Question*. The Political Economy Research Centre Annual Lecture, Firth Hall, Sheffield
107. Koschollek C, Zeisler ML, Houben RA et al. (2023) „German Health Update Fokus (GEDA Fokus)“: Study protocol of a multilingual mixed-mode interview survey among residents with Croatian, Italian, Polish, Syrian or Turkish citizenship in Germany. *JMIR Research Protocols* (in Druck)
108. Bednaschewsky R, Supik L (2018) Vielfältig Deutschsein – Von Deutschen of Color und Deutschen mit Migrationshintergrund In: Gomolla M, Menk M, Kollender E (Hrsg) *Rassismus und Rechtsextremismus in Deutschland – Figurationen und Interventionen in Gesellschaft und staatlichen Institutionen*. Beltz-Juventa:179–194
109. Aikins MA, Bremberger T, Aikins JK et al. (2021) *Afrozensus 2020: Perspektiven, Anti-Schwarze Rassismuserfahrungen und Engagement Schwarzer, afrikanischer und afrodiasporischer Menschen in Deutschland*, Berlin. www.afrozensus.de (Stand:11.01.2023)
110. Crenshaw K (1991) Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. *Stanford Law Review* 43(6):1241–1299
111. Combahee River Collective (1983) *The Combahee river collective statement*. *Home girls: A Black feminist anthology*:264–274
112. Davis AY (1981) *Women, race, & class*. Random House Inc, New York
113. Hooks B (1981) *Ain't I a Woman*. Black Women and Feminism. South End Press, Cambridge
114. Crenshaw K (1989) *Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics*. *University of Chicago Legal Forum* 1989(1)
115. Collins PH, Bilge S (2020) *Intersectionality*. John Wiley & Sons
116. Walgenbach K (2012) *Intersektionalität – eine Einführung*. <http://portal-intersektionalitaet.de/theoriebildung/ueberblickstexte/walgenbach-einfuehrung/> (Stand: 14.09.2022)
117. Mereish EH (2012) The intersectional invisibility of race and disability status: an exploratory study of health and discrimination facing Asian Americans with disabilities. *Ethnicity and Inequalities in Health and Social Care* 5(2):52–60. <https://doi.org/10.1108/17570981211286796> (Stand: 11.01.2023)
118. Bauer GR, Scheim AI (2019) Methods for analytic intercategory intersectionality in quantitative research: Discrimination as a mediator of health inequalities. *Soc Sci Med* 226:236–245
119. Cho S, Crenshaw KW, McCall L (2013) *Toward a Field of Intersectionality Studies: Theory, Applications, and Praxis*. *Signs* 38(4):785–810. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1086/669608> (Stand: 11.01.2023)
120. Schönhuth M (2017) *Das Kulturglossar. Ein Vademecum durch den Kulturdschungel für Interkulturalisten*. <https://www.kulturglossar.de/index.html> (Stand: 21.11.2022)

121. Informations- und Dokumentationszentrum für Antirassismusarbeit e.V. (2022) Glossar.
<https://www.idaev.de/researchtools/glossar> (Stand: 21.11.2022)
122. Supik L (2017) Teilhabe – Gleichstellungsdaten für gleichberechtigte gesellschaftliche Teilhabe. neue deutsche organisationen, Berlin

Impressum

Journal of Health Monitoring

www.rki.de/jhealthmonit

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion

Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
Fachgebiet Gesundheitsberichterstattung
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
Tel.: 030-18 754-3400
E-Mail: healthmonitoring@rki.de

Verantwortlicher Redakteur

Dr. Thomas Ziese
Stellvertretung: Dr. Anke-Christine Saß

Redakteurinnen und Redakteure

Dr. Martina Groth, Johanna Gutsche, Dr. Birte Hintzpeter,
Dr. Franziska Prütz, Dr. Alexander Rommel, Dr. Livia Ryl,
Dr. Anke-Christine Saß, Stefanie Seeling, Simone Stimm

Satz

Katharina Behrendt, Alexander Krönke, Kerstin Möllerke

ISSN 2511-2708

Hinweis

Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die
Meinung des Robert Koch-Instituts wider.



Dieses Werk ist lizenziert unter einer
Creative Commons Namensnennung 4.0
International Lizenz.



Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im
Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit