

Journal of Health Monitoring · 2023 8(1)
DOI 10.25646/11089
Robert Koch-Institut, Berlin

Susanne Bartig, Carmen Koschollek,
Marleen Bug, Miriam Blume, Katja Kajikhina,
Julia Geerlings, Anne Starker, Ulfert Hapke,
Alexander Rommel, Claudia Hövener

Robert Koch-Institut, Berlin
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheits-
monitoring

Eingereicht: 01.11.2022
Akzeptiert: 14.12.2022
Veröffentlicht: 21.03.2023

Gesundheit von Menschen mit ausgewählten Staatsangehörigkeiten in Deutschland: Ergebnisse der Studie GEDA Fokus

Abstract

Hintergrund: Die gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationsgeschichte wird durch eine Vielzahl von Faktoren beeinflusst. Dieser Beitrag gibt anhand verschiedener Indikatoren einen Überblick zur Gesundheit von Menschen mit ausgewählten Staatsangehörigkeiten.

Methode: Die Auswertungen basieren auf der Befragungsstudie „Gesundheit in Deutschland aktuell: Fokus“ (GEDA Fokus), die von November 2021 bis Mai 2022 unter Menschen mit italienischer, kroatischer, polnischer, syrischer und türkischer Staatsangehörigkeit durchgeführt wurde. Dargestellt werden die Prävalenzen der jeweiligen Gesundheitsoutcomes, differenziert nach soziodemografischen sowie migrationsbezogenen Merkmalen. Zur Identifikation relevanter Einflussfaktoren auf die gesundheitliche Lage wurden Poisson-Regressionen durchgeführt.

Ergebnisse: Der selbsteingeschätzte allgemeine Gesundheitszustand, das Vorliegen einer depressiven Symptomatik, die Prävalenz des aktuellen Rauchens und die Inanspruchnahme allgemein- sowie fachärztlicher Leistungen variieren nach den hier betrachteten Merkmalen. Neben den soziodemografischen Determinanten sind insbesondere das Zugehörigkeitsgefühl zur Gesellschaft in Deutschland sowie die subjektiv wahrgenommenen Diskriminierungserfahrungen mit den Gesundheitsoutcomes assoziiert.

Schlussfolgerungen: Der Beitrag zeigt die Heterogenität der gesundheitlichen Lage von Menschen mit Migrationsgeschichte auf und verweist auf den Bedarf weiterer Analysen, um Gründe für gesundheitliche Ungleichheiten sichtbar zu machen.

📌 MIGRATION · GESUNDHEIT · SOZIALE DETERMINANTEN · DISKRIMINIERUNG · GESUNDHEITLICHE UNGLEICHHEIT

1. Einleitung

Die dauerhafte, grenzüberschreitende Verlagerung des Lebensmittelpunktes – internationale Migration – beeinflusst durch verschiedene Faktoren vor, während und nach dem biografischen Ereignis der Migration die Gesundheit von Menschen mit eigener Migrationserfahrung und der im Ankunftsland geborenen Nachkommen [1–3]. So prägen nicht nur umweltbedingte, soziokulturelle und (gesundheits-)

politische Bedingungen im Herkunftsland die Gesundheit, sondern auch die Umstände der Migration und Erfahrungen, die im Zusammenhang mit dem Migrationsprozess selbst stehen. Aus Kriegsgebieten geflüchtete Menschen erfahren beispielsweise eher traumatisierende Erlebnisse vor und während des Migrationsprozesses als EU-Bürgerinnen und EU-Bürger, die aus arbeitsbezogenen Motiven migrieren [4]. Im Ankunftsland der Migration beeinflussen einerseits die aus dem sozioökonomischen Status resultierenden

Infobox Migrationsgeschichte, Migrations- hintergrund – 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 [22]. 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 [21, 23, 24], während sich die Definition des Statistischen Bundesamtes auf die eigene bzw. elterliche Staatsangehörigkeit bei Geburt bezieht [25]. 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 [26] erfahren – und wird inzwischen als Selbstbezeichnung meist abgelehnt.

Fortsetzung nächste Seite

Lebens- und Arbeitsbedingungen die Gesundheit von Menschen mit (und ohne) Migrationsgeschichte (Infobox) [2, 5]. Andererseits können spezifische Gesundheitsrisiken wirken, wie Diskriminierungs- und Ausgrenzungserfahrungen, bestimmte – insbesondere auch rechtliche – Zugangsbarrieren bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen oder psychosoziale Belastungen (Trennung von Familienangehörigen usw.) [2, 6]. Demzufolge sind Gesundheitsressourcen und Krankheitsrisiken nicht allein auf die Migration zurückzuführen, sondern es bedarf der Berücksichtigung der Umstände der Migration und der damit einhergehenden Zugangschancen zu gesellschaftlichen Ressourcen, wie dem Bildungssystem, Arbeitsmarkt und der Gesundheitsversorgung im Ankunftsland.

Unter der Beschreibung „Bevölkerung mit Migrationsgeschichte“ werden Menschen zusammengefasst, die sich sowohl nach soziodemografischen (Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status) als auch nach migrationsbezogenen Merkmalen unterscheiden. So variieren die Gesundheitschancen bzw. Krankheitsrisiken unter anderem nach den Gründen der Migration, der Aufenthaltsdauer sowie dem Aufenthaltsstatus, den Sprachkenntnissen des Ankunftslandes, dem Zugehörigkeitsgefühl zur Gesellschaft des Ankunftslandes oder den subjektiv wahrgenommenen Diskriminierungserfahrungen. Vor diesem Hintergrund ist es unerlässlich, die Heterogenität innerhalb der Bevölkerung mit Migrationsgeschichte bei der Betrachtung der gesundheitlichen Lage zu berücksichtigen, einschließlich der vielfältigen den Gesundheitszustand beeinflussenden Faktoren. Allerdings gibt es nur wenige Datenquellen, in denen Menschen mit Migrationsgeschichte repräsentativ vertreten sind und die differenzierte Aussagen

zur gesundheitlichen Lage nach soziodemografischen sowie migrationsbezogenen Merkmalen ermöglichen [7, 8]. In dem am Robert Koch-Institut (RKI) durchgeführten Projekt „Improving Health Monitoring in Migrant Populations“ (IMIRA I) wurden im Rahmen einer Machbarkeitsstudie Maßnahmen zur verbesserten Einbindung von Menschen mit Migrationsgeschichte in das Gesundheitsmonitoring am RKI entwickelt und evaluiert [9, 10]. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse wurden in der Befragungsstudie „Gesundheit in Deutschland aktuell: Fokus“ (GEDA Fokus) umgesetzt (Datenerhebung: November 2021 – Mai 2022).

Dieser Beitrag zielt darauf ab, die gesundheitliche Lage von Menschen mit italienischer, kroatischer, polnischer, syrischer und türkischer Staatsangehörigkeit anhand ausgewählter Indikatoren und unter Berücksichtigung soziodemografischer sowie migrationsbezogener Merkmale auf Basis der Befragungsstudie GEDA Fokus zu beschreiben. Neben Indikatoren des Gesundheitszustandes (selbsteingeschätzter allgemeiner Gesundheitszustand, Vorliegen einer depressiven Symptomatik) werden das Gesundheitsverhalten (aktuelles Rauchen) sowie die Gesundheitsversorgung (Inanspruchnahme allgemein- und fachärztlicher Leistungen) betrachtet. Die Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes (subjektive Gesundheit) gilt beispielsweise als wichtiger Prädiktor für das Vorliegen chronischer Erkrankungen sowie funktionaler Einschränkungen, der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und für das Sterberisiko [11–15]. Als Indikator für die psychische Gesundheit wurde das Vorliegen einer depressiven Symptomatik ausgewählt. Eine depressive Symptomatik ist nicht nur mit Beeinträchtigungen der

Infobox (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 [27]. Nur so können differenzierte Aussagen zu Faktoren und Erklärungsmechanismen gesundheitlicher Ungleichheiten getroffen werden.

Lebensqualität und einer erhöhten Morbidität sowie Mortalität assoziiert, sondern auch mit der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems [16, 17]. Aktuelles Rauchen bildet einen Aspekt des Gesundheitsverhaltens ab und stellt eine der wesentlichen Ursachen vorzeitiger Sterblichkeit dar. Neben Schädigungen des Skelettsystems, Stoffwechsels und Zahnhalteapparates begünstigt der Konsum von Tabak, Herz-Kreislauf-, Atemwegs- sowie Krebserkrankungen [18–20]. Bei der Inanspruchnahme von allgemein- und fachärztlichen Leistungen (als Indikatoren der Gesundheitsversorgung) können spezifische Barrieren wirken, die eine gleichberechtigte Teilhabe am Gesundheitssystem erschweren und gesundheitliche Ungleichheiten verstärken [2, 6, 21].

Im Vergleich zur bisherigen Forschungsliteratur besteht eine wesentliche Besonderheit des vorliegenden Beitrages darin, dass eine differenzierte Beschreibung der jeweiligen Gesundheitsoutcomes nach einer Vielzahl von soziodemografischen (Alter, Geschlecht, Bildungsstatus) sowie migrationsbezogenen Merkmalen (Aufenthaltsdauer und -status, Zugehörigkeitsgefühl zur Gesellschaft in Deutschland, subjektiv wahrgenommene Diskriminierungserfahrungen, deutsche Sprachkenntnisse) erfolgt, um die Heterogenität innerhalb der Bevölkerungsgruppe zu berücksichtigen. Über eine deskriptive Betrachtung hinaus werden zudem – mittels multivariater Auswertungen – Einflussfaktoren, die mit den jeweiligen Gesundheitsoutcomes assoziiert sind, identifiziert.

2. Methode

2.1 Stichprobendesign und Studiendurchführung

„Gesundheit in Deutschland aktuell: Fokus“ (GEDA Fokus) ist eine mehrsprachige Befragung von Menschen mit

ausgewählten Staatsangehörigkeiten (italienisch, kroatisch, polnisch, syrisch und türkisch), die im Rahmen des Projekts „Improving Health Monitoring in Migrant Populations“ (IMIRA II) am Robert Koch-Institut (RKI) durchgeführt wurde. Ziel der Studie war es, umfassende Informationen zum Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten, den Lebensbedingungen und der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zu erheben und differenzierte Aussagen nach soziodemografischen sowie migrationsbezogenen Merkmalen zu ermöglichen [28]. Die im Rahmen von IMIRA I entwickelten (Kern-)Indikatoren zur Beschreibung der gesundheitlichen Lage von Menschen mit Migrationshintergrund bildeten einen inhaltlichen Themenschwerpunkt der Befragung [29]. Darüber hinaus wurden relevante migrationsensible Konzepte für das Gesundheitsmonitoring berücksichtigt, wie subjektiv wahrgenommene Diskriminierungserfahrungen oder das Zugehörigkeitsgefühl zur Gesellschaft in Deutschland [30]. Zudem wurden Fragen zum COVID-19-Infektions- und Impfstatus erhoben [31].

Basierend auf einer Einwohnermeldeamtsstichprobe wurden die Studienpersonen nach dem Merkmal Staatsangehörigkeit (1., 2. oder 3. Staatsangehörigkeit; entsprechend sind Doppelstaatlerinnen und Doppelstaatler eingeschlossen) aus 99 Städten und Gemeinden in ganz Deutschland zufällig ausgewählt. Die Auswahl der fünf Staatsangehörigkeiten (Grundgesamtheit) erfolgte anhand von Modellrechnungen unter Verwendung der Ausländerstatistiken [32] und Registerbewegungen [33] der Jahre 2015–2017 des Statistischen Bundesamtes. So wurden die Größe der Staatsangehörigkeitsgruppen sowie die Dynamik in Form von Zu- und Fortzügen berücksichtigt [28]. Die Grundgesamtheit umfasste Personen zwischen 18 und 79

Jahren mit italienischer, kroatischer, polnischer, syrischer oder türkischer Staatsangehörigkeit, die ihren Hauptwohnsitz zum Zeitpunkt der Datenerhebung in einer der ausgewählten Städte und Gemeinden hatten [28]. Personen, für die ein bedingter Sperrvermerk nach § 52 Bundesmeldegesetz im Einwohnermelderegister hinterlegt ist und die dementsprechend in Institutionen wohnhaft gemeldet sind (z. B. Gemeinschaftsunterkünfte für Geflüchtete), wurden in die Stichprobenziehung eingeschlossen.

Die Datenerhebung erfolgte sequentiell in einem Mixed-Mode-Design von November 2021 bis Mai 2022. Neben einer mehrsprachigen Online-Befragung konnten die Studienpersonen über einen schriftlichen Papierfragebogen auf Deutsch oder in einer der fünf Studiensprachen (Arabisch, Kroatisch, Italienisch, Polnisch oder Türkisch) teilnehmen. Bei fehlender Rückmeldung bestand in den größeren Städten die Möglichkeit eines persönlichen Interviews mit teilweise mehrsprachigen Interviewenden oder eines telefonischen Interviews in der präferierten Sprache der Studienperson [28].

Insgesamt nahmen 6.038 Personen (2.983 Frauen, 3.055 Männer) an GEDA Fokus teil. Die Responsequote betrug nach den Standards der American Association for Public Opinion Research (AAPOR) 18,4% (Response Rate 1) [34]. Das Studiendesign von GEDA Fokus wird an anderer Stelle ausführlich beschrieben [28].

2.2 Indikatoren und Instrumente

In diesem Beitrag werden Indikatoren zur Beschreibung des Gesundheitszustandes, des Gesundheitsverhaltens und der Inanspruchnahme von Leistungen der Gesund-

heitsversorgung von Menschen mit ausgewählten Staatsangehörigkeiten, stratifiziert nach soziodemografischen sowie migrationsbezogenen Merkmalen dargestellt. Die Auswahl der Gesundheitsoutcomes erfolgte in Anlehnung an das im Rahmen von IMIRA I entwickelte (Kern-)Indikatorensystem zur Beschreibung der gesundheitlichen Lage von Menschen mit Migrationshintergrund [29]. Basierend auf verschiedenen Kriterien wie Public-Health-Relevanz, Aussagekraft oder nationale sowie internationale Anschlussfähigkeit wurden dabei Kernindikatoren für relevante Handlungsfelder identifiziert und mit einem interdisziplinär zusammengesetzten Expertengremium konsentiert. Neben dem selbsteingeschätzten allgemeinen Gesundheitszustand und dem Vorliegen einer depressiven Symptomatik (Handlungsfeld: Förderung und Stärkung des Gesundheitszustandes) folgt in diesem Beitrag eine Darstellung der Prävalenz des aktuellen Rauchens (Handlungsfeld: Förderung und Stärkung eines gesundheitsbewussten Verhaltens) sowie der Inanspruchnahme allgemein- und fachärztlicher Leistungen (Handlungsfeld: Förderung einer gleichberechtigten Teilhabe an Leistungen des Gesundheitssystems). Die hier verwendeten migrationsbezogenen Merkmale folgen den Empfehlungen zur Analyse migrationsrelevanter Determinanten in der Public-Health-Forschung in dieser Ausgabe (siehe [Empfehlungen zur Erhebung und Analyse migrationsbezogener Determinanten in der Public-Health-Forschung](#)).

Förderung und Stärkung des Gesundheitszustandes: Allgemeiner Gesundheitszustand

Die subjektive Gesundheit wird in GEDA Fokus mit folgender Frage erfasst: „Wie würden Sie Ihren Gesundheits-

zustand im Allgemeinen beschreiben?“ Für die Auswertungen wurden die Antwortmöglichkeiten „sehr gut“ sowie „gut“ zusammengefasst und dem Anteil der Teilnehmenden, die ihre Gesundheit als „mittelmäßig“, „schlecht“ oder „sehr schlecht“ einschätzen, gegenübergestellt.

Förderung und Stärkung des Gesundheitszustandes: Depressive Symptomatik (PHQ-9)

Als Indikator für die psychische Gesundheit wurde das Vorliegen einer depressiven Symptomatik herangezogen, gemessen anhand des PHQ-9. Durch dieses Instrument werden Symptome einer Major Depression in Anlehnung an das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV, 4. Auflage) mittels Fragebogen erhoben [35]. Das Vorliegen einer depressiven Symptomatik innerhalb der letzten zwei Wochen wird ab einem Skalensummenwert von mindestens zehn der maximal 27 Punkte angenommen.

Förderung und Stärkung eines gesundheitsbewussten Verhaltens: Aktuelles Rauchen

Um einen Aspekt des Gesundheitsverhaltens abzubilden, wurde der Rauchstatus ausgewählt. Die Frage „Rauchen Sie?“ konnten die Studienteilnehmenden mit „ja, täglich“, „ja, gelegentlich“, „nein, nicht mehr“ oder „ich habe noch nie geraucht“ beantworten. In den Auswertungen wurde – ausgehend von den Antwortmöglichkeiten – zwischen aktuell Rauchenden (täglich oder gelegentlich) und Personen, die nicht (mehr) rauchen, unterschieden.

Förderung einer gleichberechtigten Teilhabe an Leistungen des Gesundheitssystems: Inanspruchnahme allge- mein- und fachärztlicher Leistungen

Die Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen wurde mit der Frage erfasst: „Wann haben Sie zuletzt einen Allgemeinmediziner bzw. eine Allgemeinmedizinerin oder einen Hausarzt bzw. eine Hausärztin konsultiert, um sich selbst beraten, untersuchen oder behandeln zu lassen?“ (im Folgenden „allgemeinärztliche Versorgung“). Die Erhebung der fachärztlichen Inanspruchnahme erfolgte mit derselben Formulierung und denselben Antwortmöglichkeiten („vor weniger als 6 Monaten“, „vor 6 bis weniger als 12 Monaten“, „vor 12 Monaten oder länger“, „nie“). In den Auswertungen wurden Befragte, die in den letzten 12 Monaten eine allgemeinärztliche oder eine fachärztliche Versorgung in Anspruch genommen haben, denjenigen ohne entsprechende Inanspruchnahme gegenübergestellt.

Soziodemografische und migrationsbezogene Merkmale

In die Analysen wurden ausschließlich Personen eingeschlossen, deren über die Einwohnermelderegister übermitteltes Geschlecht mit dem – laut Selbstangabe der Befragten – in der Geburtsurkunde eingetragenen Geschlecht übereinstimmte. Das Alter der Befragten wurde in folgende Gruppen kategorisiert: 18 bis 29 Jahre, 30 bis 44 Jahre, 45 bis 64 Jahre und ab 65 Jahre. Der Bildungsstatus wurde auf Basis der schulischen und beruflichen Abschlüsse der Studienteilnehmenden anhand der Version 2011 der Internationalen Standardklassifikation für das Bildungswesen (International Standard Classification of Education, ISCED 2011 [36]) in niedrige (ISCED 1–2), mittlere (ISCED 3–4) und hohe (ISCED 5–8) Bildungsgruppen eingeteilt.

Als migrationsbezogenes, die Gesundheit beeinflussendes Merkmal, wurde die Aufenthaltsdauer in die Angaben „seit Geburt“, „bis einschließlich 10 Jahre“, „11 bis 30 Jahre“ sowie „31 Jahre und mehr“ kategorisiert. Der derzeitige Aufenthaltsstatus wurde anhand der folgenden Ausprägungen operationalisiert: „deutsche Staatsangehörigkeit“, „EU-Bürgerinnen und EU-Bürger“, „unbefristeter Aufenthalt“ und „befristeter Aufenthalt“.

Das Zugehörigkeitsgefühl zur Gesellschaft in Deutschland [30] wurde mit der Frage erhoben „Wie sehr fühlen Sie sich der Gesellschaft in Deutschland zugehörig?“ Die Antwortmöglichkeiten wurden für die Auswertungen in die folgenden drei Kategorien zusammengefasst: „sehr stark, stark“, „teils/teils“ und „kaum, gar nicht“. Darüber hinaus wurden die subjektiv wahrgenommenen Diskriminierungserfahrungen in die Analysen einbezogen, welche wie folgt erfasst wurden: „Wie oft passiert Ihnen in Ihrem Alltag eines der folgenden Dinge?“ „Sie werden mit weniger Höflichkeit oder Respekt behandelt als andere“, „Sie erhalten einen schlechteren Service als andere Menschen (z. B. in Restaurants, Geschäften)“, „jemand verhält sich so, als würde er oder sie Sie nicht ernst nehmen“, „jemand verhält sich so, als hätte er oder sie Angst vor Ihnen“, „Sie werden bedroht oder belästigt“. Teilnehmende, die in einem dieser Bereiche mit „sehr oft“, „oft“ oder „manchmal“ antworteten, wurden zusammengefasst und jenen gegenübergestellt, die „selten“ oder „nie“ angaben.

Zudem wurde die Häufigkeit der berichteten Diskriminierungserfahrungen („Wie oft wurden Sie in folgenden Situationen auf solche Weise ungerecht oder schlechter behandelt als andere Menschen?“) „im Gesundheits- oder Pflegebereich (z. B. Arzt, Krankenhaus, betreutes Wohnen,

Pflegeeinrichtung)“ erfragt [30], die für die Auswertungen in „sehr oft, oft“, „manchmal“ und „selten, nie“ kategorisiert wurden. Um die Deutschkenntnisse abzubilden, wurden die Antworten zur Muttersprache („Deutsch“, „eine andere Sprache“) und den selbsteingeschätzten Deutschkenntnissen derjenigen, die Deutsch nicht als Muttersprache angaben, herangezogen und in folgende Kategorien zusammengefasst: „Muttersprache, sehr gut“, „gut, mittelmäßig“ und „schlecht, sehr schlecht“.

2.3 Statistische Methoden

Im vorliegenden Beitrag werden die Prävalenzen der jeweiligen Indikatoren zur Beschreibung der gesundheitlichen Lage von Menschen mit ausgewählten Staatsangehörigkeiten nach verschiedenen soziodemografischen und migrationsbezogenen Merkmalen mit 95%-Konfidenzintervallen berichtet. Von einem signifikanten Unterschied zwischen Gruppen wird ausgegangen, wenn der aus dem jeweiligen Chi-Quadrat-Test ermittelte p-Wert kleiner als 0,05 ist. Nachfolgend werden aus den deskriptiven Analysen nur die Ergebnisse berichtet, die gemäß Chi-Quadrat-Test statistisch signifikant sind.

Ergänzend zu den deskriptiven Auswertungen wurden Prevalence Ratios (PR) und p-Werte aus Poisson-Regressionen berechnet, um relevante Assoziationen der Gesundheitsoutcomes zu identifizieren. Die Regressionsanalysen wurden sowohl nach Alter, Geschlecht und Bildungsstatus adjustiert als auch nach den ausgewählten migrationsrelevanten Determinanten (Aufenthaltsdauer und -status, Zugehörigkeitsgefühl zur Gesellschaft in Deutschland, subjektiv wahrgenommene Diskriminierungserfahrungen)

Sowohl das Zugehörigkeitsgefühl zur Gesellschaft in Deutschland als auch selbstberichtete Diskriminierungserfahrungen sind mit der subjektiven und psychischen Gesundheit assoziiert.

statistisch wechselseitig kontrolliert. In den multivariaten Analysen zur Inanspruchnahme allgemein- und fachärztlicher Leistungen wurden der Aufenthaltsstatus, die selbstberichteten Diskriminierungserfahrungen im Gesundheits- oder Pflegebereich, die selbsteingeschätzten Deutschkenntnisse und – zur Berücksichtigung des gesundheitlichen Bedarfs – der allgemeine Gesundheitszustand einbezogen. Zudem wurde in allen Poisson-Regressionen für die Staatsangehörigkeit nach Einwohnermeldeamt (EMA) adjustiert; wir verzichten jedoch auf die Ausweisung nach einzelnen Staatsangehörigkeitsgruppen im Ergebnisteil, da sich zum einen die Stichprobenzusammensetzung vermutlich systematisch zwischen den einzelnen Gruppen unterscheidet und eine Vergleichbarkeit dieser daher erschwert ist. Zum anderen birgt der Vergleich die Gefahr, bei Beschreibung einzelner Effekte je nach Staatsangehörigkeit, pauschalisierend und stereotypisierend zu sein. Vollständige deskriptive und multivariate Ergebnistabellen finden sich im Anhang.

In die Auswertungen wurde ein Gewichtungsfaktor einbezogen, der die Stichprobe hinsichtlich folgender Merkmale an die Bevölkerung mit entsprechenden Staatsangehörigkeiten angleicht: Region, Geschlecht, Alter, Bildung (ISCED 2011) und Aufenthaltsdauer. Diese Randverteilungen wurden dem Mikrozensus 2018 [37] entnommen, nachdem die Daten auf die ausgewählten fünf Staatsangehörigkeitsgruppen (einschließlich doppelter Staatsbürgerschaft) eingegrenzt wurden. Um die Clusterung der Teilnehmenden innerhalb der Studienorte und die Gewichtung angemessen bei der Berechnung von Konfidenzintervallen und p-Werten zu berücksichtigen, wurden in allen Analysen Survey-Prozeduren für komplexe Stichproben verwendet [38].

Alle Analysen wurden mit Stata 17.0 (Stata Corp., College Station, TX, USA, 2015) durchgeführt.

3. Ergebnisse

Stichprobenbeschreibung

Tabelle 1 zeigt die Verteilung der soziodemografischen und migrationsbezogenen Merkmale innerhalb der Stichprobe. Von den insgesamt 6.038 Teilnehmenden sind etwas mehr als die Hälfte (53,8 %) männlich (Frauen: 46,2 %). Der Altersmedian unter den Studienpersonen liegt bei 42 Jahren. Personen der unteren (45,6 %) und mittleren (40,1 %) Bildungsgruppe sind deutlich häufiger innerhalb der Stichprobe vertreten als Personen der oberen Bildungsgruppe (14,3 %). Mit 26,2 % stellen Befragte mit türkischer Staatsangehörigkeit die größte Gruppe dar, gefolgt von Teilnehmenden mit polnischer Staatsangehörigkeit (21,5 %). Studienpersonen mit einer Aufenthaltsdauer von 31 und mehr Jahren (29,1 %) sind deutlich häufiger in der Stichprobe vertreten als Befragte, die seit der Geburt in Deutschland leben (19,8 %). Bei der Mehrheit der Studienteilnehmenden (40,9 %) handelt es sich um EU-Bürgerinnen und EU-Bürger, wohingegen Personen mit befristetem Aufenthaltsstatus den geringsten Anteil bilden (13,6 %).

Fast zwei Drittel (63,8 %) der Befragten geben an, sich der Gesellschaft in Deutschland sehr stark oder stark zugehörig zu fühlen. Von Diskriminierungserfahrungen berichten 41,2 % der Teilnehmenden, wobei die Mehrheit (85,8 %) selten oder nie Diskriminierung im Gesundheits- oder Pflegebereich erlebte. Während lediglich 7,3 % der Studienpersonen ihre Deutschkenntnisse als sehr schlecht oder

Tabelle 1
Stichprobenbeschreibung der
soziodemografischen und
migrationsbezogenen Merkmale (n=6.038)
Quelle: GEDA Fokus

	Fallzahl (n)	Gewichtete Stichprobe (%)
Geschlecht		
Frauen	2.983	46,2
Männer	3.055	53,8
Altersgruppe		
18–29 Jahre	1.504	23,5
30–44 Jahre	2.149	33,6
45–64 Jahre	1.818	33,0
Ab 65 Jahre	567	9,9
Bildungsgruppe		
Untere	1.704	45,6
Mittlere	2.260	40,1
Obere	2.042	14,3
Staatsangehörigkeit nach EMA		
Italienisch	1.205	18,9
Kroatisch	1.223	18,0
Polnisch	1.193	21,5
Syrisch	1.209	15,4
Türkisch	1.208	26,2
Aufenthaltsdauer		
Bis 10 Jahre	2.474	28,0
11 bis 30 Jahre	1.003	23,1
31 Jahre und mehr	1.285	29,1
Seit Geburt	1.189	19,8

EMA = Einwohnermeldeamt

schlecht einschätzen, geben 44,9 % ein muttersprachliches oder sehr gutes Niveau an.

Allgemeiner Gesundheitszustand

Insgesamt 72,3 % der Studienteilnehmenden bewerten ihren allgemeinen Gesundheitszustand als gut oder sehr gut, wobei der Anteil unter den Frauen (69,4 %) niedriger liegt als bei den Männern (74,8 %) (Annex Tabelle 1). Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil derer, die ihre

	Fallzahl (n)	Gewichtete Stichprobe (%)
Aufenthaltsstatus		
Deutsche Staatsangehörigkeit	1.563	27,8
EU-Bürgerinnen/Bürger	2.568	40,9
Unbefristeter Aufenthalt	818	17,7
Befristeter Aufenthalt	1.025	13,6
Zugehörigkeitsgefühl zur Gesellschaft in Deutschland		
Sehr stark/stark	3.655	63,8
Teils/teils	1.824	29,1
Kaum/gar nicht	493	7,1
Diskriminierungserfahrungen		
Nein	3.572	58,8
Ja	2.466	41,2
Diskriminierung im Gesundheits-/Pflegebereich		
Sehr oft/oft	225	4,0
Manchmal	608	10,2
Selten/nie	5.167	85,8
Deutschkenntnisse		
Muttersprache/sehr gut	2.549	44,9
Gut/mittelmäßig	2.860	47,8
Sehr schlecht/schlecht	538	7,3

Gesundheit als sehr gut oder gut einschätzen, ab. Während 85,7 % der 18- bis 29-Jährigen ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut bewerten, liegt der Anteil unter den Befragten ab 65 Jahren über 40 Prozentpunkte niedriger (42,1 %). Neben den geschlechts- und altersspezifischen Unterschieden variiert die subjektive Gesundheit nach dem Bildungsstatus: Personen der unteren Bildungsgruppe (63,9 %) schätzen ihren Gesundheitszustand deutlich seltener als sehr gut oder gut ein als Personen der mittleren (77,5 %) oder oberen Bildungsgruppe (84,7 %). Die nach dem Bildungsstatus (Vergleich zwischen der unteren und

Die Prävalenz des aktuellen Rauchens variiert nach den subjektiv wahrgenommenen Diskriminierungserfahrungen.

Fachärztliche Leistungen werden seltener in Anspruch genommen als allgemeinärztliche Leistungen.

Abbildung 1
Prävalenz einer als sehr gut oder gut eingeschätzten subjektiven Gesundheit nach ausgewählten Merkmalen (Aufenthaltsdauer n=5.945, Zugehörigkeitsgefühl zur Gesellschaft in Deutschland n=5.967, Diskriminierungserfahrungen n=6.032)
Quelle: GEDA Fokus

oberen Bildungsgruppe) variierende Prävalenz einer als sehr gut oder gut bewerteten subjektiven Gesundheit ist unter den weiblichen Befragten (26 Prozentpunkte) stärker ausgeprägt als unter den männlichen Studienteilnehmenden (16 Prozentpunkte).

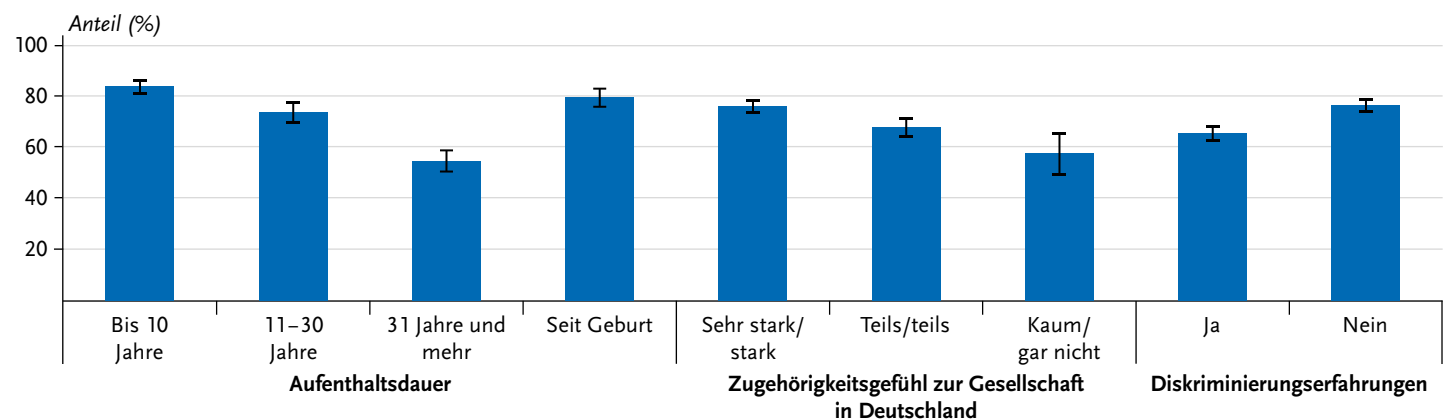
Der allgemeine Gesundheitszustand wird mit zunehmender Aufenthaltsdauer in Deutschland schlechter bewertet (Abbildung 1). Befragte, die seit der Geburt in Deutschland leben und jene, mit einer Aufenthaltsdauer von bis zu zehn Jahren, schätzen ihre Gesundheit ähnlich häufig als sehr gut oder gut ein (80,1 % und 84,1 %). Demgegenüber liegt der Anteil unter den Befragten mit der längsten Aufenthaltsdauer in Deutschland (31 Jahre und mehr) fast 30 Prozentpunkte niedriger (54,9 %). Ferner zeigen sich Unterschiede in der subjektiven Gesundheit nach dem Aufenthaltsstatus (Annex Tabelle 1): Personen mit einem befristeten Aufenthaltsstatus (77,2 %) bewerten ihre Gesundheit häufiger als sehr gut oder gut im Vergleich zu jenen mit unbefristetem Aufenthaltsstatus (64,8 %). Darüber hinaus variiert die subjektive Gesundheit nach dem Zugehörigkeitsgefühl zur Gesellschaft in Deutschland und den

wahrgenommenen Diskriminierungserfahrungen (Abbildung 1). So bewerten Befragte, die sich der Gesellschaft in Deutschland sehr stark oder stark zugehörig fühlen, ihre Gesundheit deutlich besser als jene, die sich kaum oder gar nicht zugehörig fühlen (76,3 % versus 57,9 %). Studienteilnehmende mit selbstberichteten Diskriminierungserfahrungen schätzen ihren allgemeinen Gesundheitszustand seltener als sehr gut oder gut ein im Vergleich zu Personen, die keine oder selten Diskriminierungserfahrungen erlebten (65,8 % versus 76,8 %).

Ergebnisse der multivariaten Analyse:

Determinanten des allgemeinen Gesundheitszustandes

Um relevante Einflussfaktoren des selbsteingeschätzten allgemeinen Gesundheitszustandes zu identifizieren, wurde eine Poisson-Regressionsanalyse durchgeführt. Die Ergebnisse bestätigen größtenteils die bivariaten Analysen: Weibliches Geschlecht, hohes Alter (ab 65 Jahre) und ein niedriger Bildungsstatus sind negativ mit einer als sehr gut oder gut eingeschätzten subjektiven Gesundheit assoziiert (Annex Tabelle 1). Hinsichtlich der migrationsbezogenen Merkmale



Personen, die ihre Deutschkenntnisse als schlecht oder sehr schlecht einschätzen, nehmen allgemeinärztliche Leistungen seltener in Anspruch.

stellt die Aufenthaltsdauer eine relevante Determinante der subjektiven Gesundheit dar. Insbesondere Personen mit einer längeren Aufenthaltsdauer (31 Jahre und mehr) bewerten ihre Gesundheit seltener als sehr gut oder gut gegenüber jenen, die seit bis zu zehn Jahren in Deutschland leben (PR=0,78; 95%-KI: 0,71–0,85; $p < 0,001$). Darüber hinaus schätzen Befragte, die sich der Gesellschaft in Deutschland kaum oder gar nicht zugehörig fühlen (PR=0,73; 95%-KI: 0,63–0,84; $p < 0,001$) und Studienteilnehmende, die von Diskriminierungserfahrungen berichten (PR=0,87; 95%-KI: 0,82–0,92; $p < 0,001$), ihre Gesundheit schlechter ein.

Depressive Symptomatik

Eine depressive Symptomatik in den letzten zwei Wochen gemäß PHQ-9 wird von insgesamt 20,6 % der Studienteilnehmenden berichtet. Frauen geben mit 23,6 % häufiger depressive Symptome an als Männer (18,0 %) (Annex Tabelle 2). Darüber hinaus zeigt sich ein Alterseffekt in der Prävalenz der depressiven Symptomatik: Während 29,8 % der jüngsten Altersgruppe (18 bis 29 Jahre) von depressiven Symptomen berichten, ist der Anteil unter den Befragten ab 65 Jahren mit 13,4 % deutlich geringer.

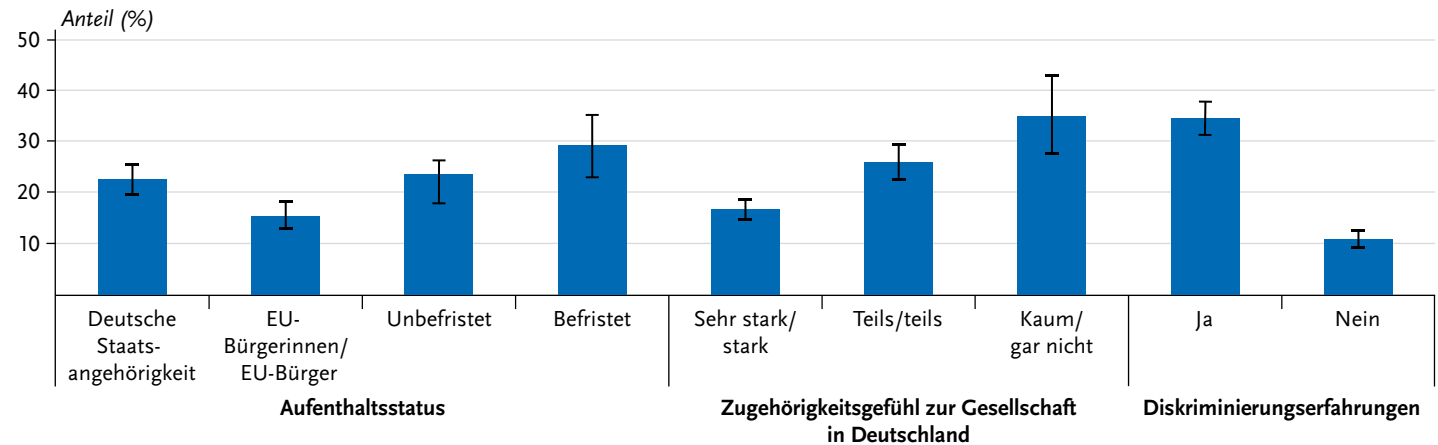
Neben den soziodemografischen Determinanten variiert die Prävalenz der depressiven Symptomatik nach den migrationsbezogenen Merkmalen. So sind Studienteilnehmende mit einer Aufenthaltsdauer von 31 und mehr Jahren (15,8 %) seltener betroffen als jene, die seit ihrer Geburt (24,0 %) oder seit bis zu zehn Jahren (22,8 %) in Deutschland leben. Insbesondere seit der Geburt in Deutschland lebende Frauen weisen eine – im Vergleich zu männlichen Befragten – hohe Prävalenz der depressiven Symptomatik auf (30,1 % versus 18,9 %).

Weitere Unterschiede bezüglich des Vorliegens einer depressiven Symptomatik zeigen sich nach dem Aufenthaltsstatus (Abbildung 2). Während 15,5 % der befragten EU-Bürgerinnen und EU-Bürger von depressiven Symptomen berichten, liegt der Anteil unter Studienteilnehmenden mit befristetem Aufenthaltsstatus fast doppelt so hoch (29,3 %). Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit sowie Studienteilnehmende mit unbefristetem Aufenthaltsstatus sind ähnlich häufig betroffen (22,6 % und 23,7 %). Das Zugehörigkeitsgefühl zur Gesellschaft in Deutschland ist ebenfalls mit der psychischen Gesundheit assoziiert: Studienteilnehmende, die sich der Gesellschaft in Deutschland sehr stark oder stark zugehörig fühlen (16,7 %), berichten seltener von depressiven Symptomen als Studienteilnehmende, die sich teilweise (25,9 %) oder kaum bzw. gar nicht zugehörig fühlen (35,0 %). Die Prävalenz einer depressiven Symptomatik variiert zudem nach den subjektiv wahrgenommenen Diskriminierungserfahrungen. So sind Befragte, die Diskriminierung erfahren haben, häufiger von depressiven Symptomen betroffen als diejenigen, die keine oder selten Diskriminierungserfahrungen berichten (34,6 % versus 10,9 %).

Ergebnisse der multivariaten Analyse: Determinanten einer depressiven Symptomatik

Nach wechselseitiger Adjustierung der soziodemografischen und migrationsbezogenen Merkmale in der Poisson-Regressionsanalyse sind insbesondere das Geschlecht, Alter, Zugehörigkeitsgefühl zur Gesellschaft in Deutschland und die subjektiv wahrgenommenen Diskriminierungserfahrungen mit dem Vorliegen einer depressiven Symptomatik assoziiert (Annex Tabelle 2). So berichten Männer

Abbildung 2
 Prävalenz einer depressiven Symptomatik nach
 ausgewählten Merkmalen (Aufenthaltsstatus
 n=5.854, Zugehörigkeitsgefühl zur
 Gesellschaft in Deutschland n=5.852,
 Diskriminierungserfahrungen n=5.916)
 Quelle: GEDA Fokus



Diskriminierungserfahrungen im Gesundheits- oder Pflegebereich sind mit der Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen assoziiert.

($PR=0,72$; 95%-KI: $0,61-0,85$; $p<0,001$) und insbesondere Studienteilnehmende ab 65 Jahren ($PR=0,63$; 95%-KI: $0,41-0,96$; $p=0,034$) seltener von depressiven Symptomen.

Ferner zeigt sich, dass bei Studienteilnehmenden, die sich der Gesellschaft in Deutschland kaum oder gar nicht zugehörig fühlen, das Risiko einer depressiven Symptomatik um das 1,55-fache (95%-KI: $1,20-1,99$; $p=0,001$) höher liegt als bei der Referenzgruppe (sehr starkes oder starkes Zugehörigkeitsgefühl zur Gesellschaft in Deutschland). Befragte, die Diskriminierung erfahren haben, weisen ein 2,77-fach höheres Risiko für das Vorliegen einer depressiven Symptomatik auf als Studienteilnehmende ohne Diskriminierungserfahrungen (95%-KI: $2,30-3,32$; $p<0,001$). Darüber hinaus berichten EU-Bürgerinnen und EU-Bürger seltener von depressiven Symptomen als Studienteilnehmende mit deutscher Staatsangehörigkeit ($PR=0,78$; 95%-KI: $0,63-0,96$; $p=0,022$). Befragte mit einer Aufenthaltsdauer von 11 bis 30 Jahren sind häufiger von depressiven Symptomen betroffen als Personen mit einer Aufenthaltsdauer von bis zu zehn Jahren ($PR=1,36$; 95%-KI: $1,05-1,77$; $p=0,021$).

Aktuelles Rauchen

Knapp ein Drittel (32,9%) der Studienteilnehmenden gibt an, täglich oder gelegentlich zu rauchen. Frauen rauchen mit 26,1% deutlich seltener als Männer mit 38,7% (Annex Tabelle 3). Der Rauchstatus variiert zudem nach dem Alter und Bildungsstatus der Befragten: Während 18,1% der Personen ab 65 Jahren angeben zu rauchen, liegt der Anteil unter den 18- bis 29-jährigen (36,4%) deutlich höher, insbesondere bei den männlichen Studienteilnehmenden mit 43,8% (Frauen: 27,1%). Darüber hinaus rauchen Personen der oberen Bildungsgruppe (25,0%) seltener als Befragte der unteren (32,4%) und mittleren Bildungsgruppe (36,2%). Der Bildungsunterschied (Vergleich zwischen der unteren und oberen Bildungsgruppe) in der Rauchprävalenz ist bei den Männern (10,4 Prozentpunkte) stärker ausgeprägt als bei den Frauen (4,9 Prozentpunkte).

Zudem bestehen Unterschiede im Rauchstatus nach der Aufenthaltsdauer (Abbildung 3): Während 28,5% der Studienteilnehmenden, die seit 31 und mehr Jahren in Deutschland leben, täglich oder gelegentlich rauchen, liegt

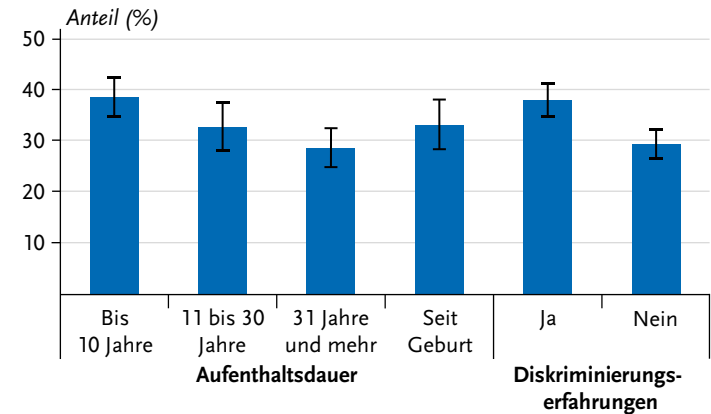
Abbildung 3
Prävalenz des aktuellen Rauchens
nach ausgewählten Merkmalen
(Aufenthaltsdauer n=5.947,
Diskriminierungserfahrungen n=6.034)
 Quelle: GEDA Fokus

der Anteil unter Befragten mit der kürzesten Aufenthaltsdauer (bis zehn Jahre) knapp 10 Prozentpunkte höher (38,6%). Die nach der Aufenthaltsdauer variierende Prävalenz des aktuellen Rauchens zeigt sich insbesondere unter den männlichen Befragten. So geben 47,6% der Männer, die seit bis zu zehn Jahren in Deutschland leben an, zu rauchen. Demgegenüber liegt der Anteil an aktuellen Rauchern, die seit der Geburt (35,7%) oder seit 31 Jahren und mehr in Deutschland leben (33,4%) deutlich niedriger. Eine geschlechtervergleichende Betrachtung zeigt, dass Männer mit einer Aufenthaltsdauer von bis zu zehn Jahren fast doppelt so häufig rauchen wie Frauen mit entsprechender Aufenthaltsdauer (47,6% versus 25,2%).

Außerdem rauchen Studienteilnehmende mit deutscher Staatsangehörigkeit (27,3%) seltener als EU-Bürgerinnen und Bürger (34,3%) sowie Befragte mit befristetem (36,5%) und unbefristetem Aufenthaltsstatus (36,0%). Die Rauchprävalenz variiert ferner nach den subjektiv wahrgenommenen Diskriminierungserfahrungen (**Abbildung 3**): Der Anteil an aktuell Rauchenden liegt unter Studienteilnehmenden, die von Diskriminierungserfahrungen berichten (38,0%) fast 10 Prozentpunkte höher als bei jenen, die selten oder nie Diskriminierung erlebten (29,3%).

Ergebnisse der multivariaten Analyse: Determinanten des aktuellen Rauchens

Die multivariaten Ergebnisse der Poisson-Regressionsanalyse bestätigen, dass Frauen, Studienteilnehmende ab 65 Jahren und Personen der hohen Bildungsgruppe seltener (täglich oder gelegentlich) rauchen (**Annex Tabelle 3**). Darüber hinaus sind selbstberichtete Diskriminierungserfahrungen negativ mit der Prävalenz des aktuellen Rauchens



assoziiert (PR=1,29; 95%-KI: 1,14–1,47; $p < 0,001$). Ferner rauchen EU-Bürgerinnen und Bürger häufiger als Befragte mit deutscher Staatsangehörigkeit (PR=1,54; 95%-KI: 1,24–1,90; $p < 0,001$).

Inanspruchnahme allgemein- und fachärztlicher Leistungen

Insgesamt haben 77,6% der Befragten in den letzten 12 Monaten allgemeinärztliche Leistungen, aber nur knapp die Hälfte (52,8%) fachärztliche Leistungen in Anspruch genommen. Sowohl bei der Inanspruchnahme allgemeinärztlicher als auch fachärztlicher Leistungen zeigen sich Geschlechter- und Altersunterschiede, wobei diese bei den fachärztlichen Leistungen stärker ausgeprägt sind (**Annex Tabelle 4** und **5**). Während 62,2% der Frauen angeben, in den letzten 12 Monaten vor der Befragung eine Fachärztin oder einen Facharzt aufgesucht zu haben, liegt der Anteil unter den Männern fast 20 Prozentpunkte niedriger (44,8%). Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil an Befragten, die allgemein- oder fachärztliche Leistungen in Anspruch genommen haben. Während bei den Frauen eine

über die Altersgruppen hinweg kontinuierliche Zunahme fachärztlicher Leistungen zu beobachten ist, steigt die Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen unter den männlichen Befragten insbesondere in den mittleren Altersgruppen an; von 38,1 % bei den 30- bis 44-Jährigen auf 56,1 % bei den 45- bis 64-Jährigen.

Darüber hinaus variiert die Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Leistungen nach dem selbsteingeschätzten allgemeinen Gesundheitszustand: So geben Befragte mit (sehr) gutem Gesundheitszustand deutlich seltener an, in den 12 Monaten vor der Befragung allgemeinärztliche (72,5 % versus 90,6 %) oder fachärztliche Leistungen (45,2 % versus 72,8 %) in Anspruch genommen zu haben als Studienteilnehmende mit schlechterer Gesundheit. Eine

geschlechtervergleichende Betrachtung zeigt, dass Männer, die ihren Gesundheitszustand als mittelmäßig, schlecht oder sehr schlecht bewerten, seltener eine Fachärztin oder einen Facharzt konsultieren als Frauen (66,8 % versus 78,6 %).

Im Hinblick auf die migrationsbezogenen Merkmale zeigen sich Unterschiede nach dem Aufenthaltsstatus (Abbildung 4). Bei Befragten mit einem befristeten Aufenthaltsstatus liegt sowohl die Inanspruchnahme allgemeinärztlicher (70,0 % versus 80,4 %) als auch fachärztlicher Leistungen (40,8 % versus 54,6 %) um mehr als zehn Prozentpunkte unter der von Studienteilnehmenden mit deutscher Staatsangehörigkeit.

Ergebnisse der multivariaten Analyse: Determinanten der Inanspruchnahme allgemein- und fachärztlicher Leistungen

Männer weisen eine – im Vergleich zu Frauen – geringere Inanspruchnahme allgemeinärztlicher (PR=0,90; 95 %-KI: 0,85–0,94; $p < 0,001$) und vor allem fachärztlicher Leistungen auf (PR=0,73; 95 %-KI: 0,68–0,79; $p < 0,001$). Neben dem Alter ist der selbsteingeschätzte allgemeine Gesundheitszustand mit der Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Leistungen assoziiert (Annex Tabelle 4 und 5): So nehmen Studienteilnehmende, die ihre Gesundheit mittelmäßig bis sehr schlecht bewerten, allgemeinärztliche (PR=1,20; 95 %-KI: 1,15–1,25; $p < 0,001$) sowie fachärztliche Leistungen (PR=1,47; 95 %-KI: 1,34–1,61; $p < 0,001$) häufiger in Anspruch als jene mit (sehr) gutem Gesundheitszustand. Ferner zeigen sich unterschiedliche migrationsbezogene Merkmale als Determinanten der in Anspruch genommenen Gesundheitsleistungen. Studienteilnehmende, die ihre

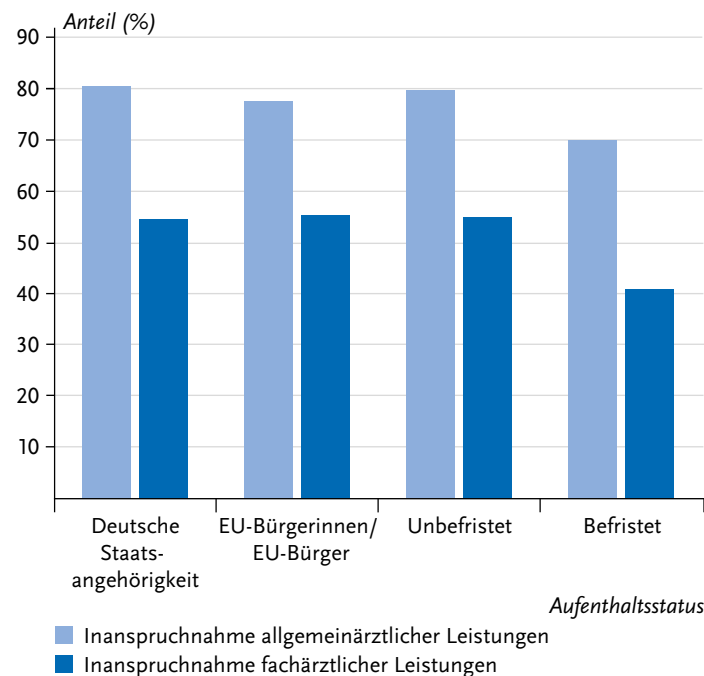


Abbildung 4

Inanspruchnahme allgemeinärztlicher (n=5.959) und fachärztlicher Leistungen (n=5.936) nach dem Aufenthaltsstatus

Quelle: GEDA Fokus

Deutschkenntnisse als sehr schlecht oder schlecht einschätzen (PR=0,89; 95%-KI: 0,80–0,98; p=0,016), nehmen allgemeinärztliche Leistungen seltener in Anspruch als Befragte mit muttersprachlichem oder sehr gutem Niveau (Annex Tabelle 4). Fachärztliche Leistungen variieren signifikant mit den subjektiv wahrgenommenen Diskriminierungserfahrungen im Gesundheits- oder Pflegebereich (Annex Tabelle 5): Personen, die selten oder nie Diskriminierung im Gesundheits- oder Pflegebereich erleben, weisen eine geringere Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen auf als Studienteilnehmende, die sehr oft oder oft von Diskriminierungserfahrungen berichten (PR=0,79; 95%-KI: 0,65–0,94; p=0,011).

4. Diskussion

Ziel dieses Beitrages ist es, anhand ausgewählter Indikatoren einen Überblick zur gesundheitlichen Lage von Menschen mit italienischer, kroatischer, polnischer, syrischer und türkischer Staatsangehörigkeit zu geben. Basierend auf Auswertungen der Befragungsstudie GEDA Fokus zeigen sich deutliche Unterschiede in den jeweiligen Gesundheitsoutcomes nach den betrachteten soziodemografischen sowie migrationsbezogenen Merkmalen. Die gleichzeitige Kontrolle der Effekte auf die ausgewählten Indikatoren zeigt zudem, dass neben den soziodemografischen Merkmalen insbesondere das Zugehörigkeitsgefühl zur Gesellschaft in Deutschland sowie die subjektiv wahrgenommenen Diskriminierungserfahrungen wesentliche Determinanten des selbsteingeschätzten allgemeinen Gesundheitszustandes, der depressiven Symptomatik, der Prävalenz des aktuellen Rauchens und der Inanspruch-

nahme ärztlicher Leistungen darstellen. Dass selbstberichtete Diskriminierungserfahrungen sowohl mit der subjektiven als auch der psychischen Gesundheit assoziiert sind, wird von der bisherigen Forschungsliteratur bestätigt [39–41]. Dies lässt darauf schließen, dass gesundheitliche Ungleichheiten maßgeblich auf gesellschaftliche Ausschlussmechanismen zurückzuführen sind.

Allgemeiner Gesundheitszustand

Fast drei Viertel der Studienteilnehmenden in GEDA Fokus schätzen ihren allgemeinen Gesundheitszustand als gut oder sehr gut ein, womit der Anteil auf einem ähnlich hohen Niveau liegt, wie er für die deutschsprachige erwachsene Bevölkerung (69,9%) anhand der telefonischen Querschnittbefragung GEDA 2019/2020-EHIS ermittelt wurde [42]. Zudem zeigen sich vergleichbare Geschlechts-, Alters- und Bildungsunterschiede hinsichtlich des selbsteingeschätzten allgemeinen Gesundheitszustandes für die Studienteilnehmenden in GEDA Fokus sowie GEDA 2019/2020-EHIS.

Neben den subjektiv wahrgenommenen Diskriminierungserfahrungen und einem als gering empfundenen Zugehörigkeitsgefühl zur Gesellschaft in Deutschland ist eine längere Aufenthaltsdauer (31 und mehr Jahre) negativ mit dem selbsteingeschätzten allgemeinen Gesundheitszustand assoziiert. Mit zunehmender Aufenthaltsdauer, die naturgemäß mit einem höheren Alter einhergeht, steigt das Risiko für Erkrankungen, die aus der sozioökonomischen Benachteiligung, der Ausübung gesundheitsgefährdender beruflicher Tätigkeiten (hohe körperliche Arbeitsbelastung) und der geringeren Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen resultieren können [2, 43].

Depressive Symptomatik

Bislang liegen nur wenige aussagekräftige Studien zur psychischen Gesundheit von in Deutschland lebenden Menschen mit Migrationsgeschichte, insbesondere mit Fluchterfahrung, vor [44, 45]. Insgesamt wird auf eine tendenziell schlechtere psychische Gesundheit von Menschen mit Migrations- und Fluchterfahrung im Vergleich zu jenen ohne Migrationsgeschichte verwiesen [46–52]. Allerdings erhöht nicht der Migrationsprozess selbst das Risiko für bestimmte psychische Erkrankungen, sondern „migrationsassoziierte Stresserfahrungen“ [45]. So können Menschen mit Migrationsgeschichte spezifischen psychosozialen Anforderungen, wie Unsicherheiten bezüglich der Aufenthaltsrechtlichen Situation sowie Diskriminierungs- und Ausgrenzungserfahrungen ausgesetzt sein, die in Kombination mit ungünstigeren sozioökonomischen Lebensbedingungen zu einer mehrfachen Belastung führen und die psychische Gesundheit beeinflussen können [53–55]. Demgegenüber weisen Menschen mit Migrationsgeschichte auch psychosoziale Ressourcen auf (z. B. soziale Unterstützung), die einen wesentlichen Einfluss auf die Stressbewältigung und das psychische Wohlbefinden ausüben können [54, 56].

In Übereinstimmung mit bisherigen Studien [46, 48] belegen die vorliegenden Auswertungen, dass Frauen eher von depressiven Symptomen betroffen sind als Männer. Entgegen der Erwartungen ist ein befristeter Aufenthaltsstatus – nach wechselseitiger Adjustierung der soziodemografischen und migrationsbezogenen Merkmale – nicht mit dem Vorliegen einer depressiven Symptomatik assoziiert. So sind Personen mit Fluchterfahrung einem höheren Risiko für eine schlechtere psychische Gesundheit ausgesetzt, weil

die häufig erzwungene, nicht freiwillige Migration mit traumatisierenden Erlebnissen vor und nach der Flucht einhergehen kann. Neben den kriegsbedingten traumatischen Erlebnissen können „postmigratorische Faktoren“ die psychische Gesundheit beeinflussen [44]. Frühere Auswertungen zeigen beispielsweise, dass die Postmigrationsstressoren Erwerbslosigkeit, Einsamkeit und ein abgelehnter oder noch nicht entschiedener Asylantrag nach Adjustierung für soziodemografische sowie psychosoziale Merkmale mit dem Vorliegen depressiver Symptome assoziiert sind [44]. Vor dem Hintergrund der höheren Prävalenz psychischer Erkrankungen unter Menschen mit Fluchterfahrung können Barrieren im Zugang zur psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung in Deutschland zu gesundheitlichen Ungleichheiten führen. Neben den allgemein – unabhängig vom Vorliegen einer Migrationsgeschichte – langen Wartezeiten für psychotherapeutische Angebote [57–59], können sprachliche Barrieren infolge der oftmals unklaren Kostenübernahme der Sprachmittlung und des restriktiven Zugangs aufgrund des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG, insbesondere §§ 4 und 6) die Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen erschweren [60–62].

Der Sachverhalt, dass EU-Bürgerinnen und EU-Bürger seltener eine depressive Symptomatik aufweisen, deutet darauf hin, dass Migration für sich genommen kein Risikofaktor ist. Die geringere Prävalenz depressiver Symptome bei EU-Bürgerinnen und EU-Bürgern im Vergleich zur deutschen Bevölkerung findet sich auch in vergleichenden Studien der EU-Länder [63].

Aktuelles Rauchen

Insgesamt 32,9 % der Studienteilnehmenden in GEDA Fokus gaben an, täglich oder gelegentlich zu rauchen. Aktuelle Auswertungen der telefonischen Querschnittbefragung GEDA 2019/2020-EHIS verweisen auf einen ähnlich hohen Anteil an Raucherinnen und Rauchern in der deutschsprachigen erwachsenen Bevölkerung (28,9 %) [64]. Hinsichtlich der nach Geschlecht, Alter und Bildung variierenden Rauchprävalenzen zeigen sich ebenfalls vergleichbare Ergebnisse: Frauen rauchen seltener als Männer, Personen ab 65 Jahren seltener als Jüngere und Befragte der oberen Bildungsgruppe rauchen seltener als Personen der unteren sowie mittleren Bildungsgruppe.

Der in der bisherigen Forschungsliteratur nachgewiesene Zusammenhang zwischen der Aufenthaltsdauer und der Prävalenz des aktuellen Rauchens [65, 66] kann anhand der vorliegenden multivariaten Auswertungen nicht bestätigt werden. So zeigen bisherige Studien, dass der Anteil an aktuell Rauchenden mit zunehmender Aufenthaltsdauer sinkt, wobei geschlechtsspezifische Unterschiede bestehen [66–68].

Inanspruchnahme allgemeinärztlicher- und fachärztlicher Leistungen

Menschen mit Migrationsgeschichte können bei der Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems spezifischen Barrieren gegenüberstehen, die eine gleichberechtigte Teilhabe erschweren. So sind die Angebote des Gesundheitssystems häufig nicht auf die Diversität und sprachliche Vielfalt der Bevölkerung in Deutschland ausgerichtet [6, 69]. Vorliegende Studien zeigen, dass Menschen mit Migrationsgeschichte (insbesondere mit eigener

Migrationserfahrung) seltener Leistungen der Prävention in Anspruch nehmen, wie Gesundheits-Check-ups, Zahnvorsorge- und Krebsfrüherkennungsuntersuchungen [70–72]. Allerdings wurde bislang unzureichend untersucht, inwiefern die unterschiedliche Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen auf ungleiche Zugangschancen oder andere Faktoren, wie unterschiedliche gesundheitliche Bedarfe, zurückzuführen sind [69].

Die vorliegenden Auswertungen haben gezeigt, dass fachärztliche Leistungen seltener in Anspruch genommen werden als allgemeinärztliche Leistungen. Neben dem Alterseffekt wurden Geschlechterunterschiede bezüglich der betrachteten Gesundheitsleistungen deutlich. So nehmen Frauen allgemein- und fachärztliche Leistungen häufiger in Anspruch als Männer. Vergleichbare Ergebnisse wurden für die deutschsprachige erwachsene Bevölkerung anhand der telefonischen Querschnittbefragung GEDA 2019/2020-EHIS berichtet [73].

Dass Menschen mit befristetem Aufenthaltsstatus seltener allgemeinärztliche als auch fachärztliche Leistungen in Anspruch nehmen, konnte auf Basis der multivariaten Auswertungen nicht bestätigt werden. Anhand von Daten der im Rahmen von IMIRA I durchgeführten Machbarkeitsstudie wurde unter anderem gezeigt, dass ein befristeter Aufenthaltsstatus und eine Aufenthaltsdauer von unter zwei Jahren mit einer geringeren Inanspruchnahme der allgemeinärztlichen Versorgung einhergehen [74]. Dies ist unter anderem auf strukturelle Barrieren infolge des aufenthaltsrechtlichen Status zurückzuführen, der die Zugangsmöglichkeiten zur Gesundheitsversorgung erschwert [69]. So sind Asylsuchende mit gesetzlichen Einschränkungen (§ 4 AsylbLG) im Anspruch auf die

gesundheitliche Versorgung und einem restriktiveren Umfang der Leistungen konfrontiert [75]. Darüber hinaus führen Unterschiede in Form der Leistungsgewährung (Behandlungsschein versus elektronische Gesundheitskarte) – in Abhängigkeit des Bundeslandes und teilweise der Kommunen – zu ungleichen Zugangschancen zum Gesundheitssystem innerhalb der Gruppe von Asylsuchenden [76–79] und zu gesundheitlichen Ungleichheiten [80, 81]. Sowohl der eingeschränkte Anspruch auf Gesundheitsleistungen als auch die „Krankenscheinbürokratie“ [78] stellen eine Form der institutionellen Diskriminierung dar [75, 82].

Darüber hinaus belegen die multivariaten Auswertungen, dass die selbsteingeschätzten Deutschkenntnisse mit der Inanspruchnahme allgemeinärztlicher Leistungen assoziiert sind. Dies steht im Einklang mit Ergebnissen zur systematischen Benachteiligung von Menschen mit Migrationsgeschichte aufgrund sprachlich homogener Versorgungsstrukturen der Institutionen des Gesundheitswesens [69]. So können mangelnde mehrsprachige Informationen über Gesundheitsangebote sowie sprachliche Verständigungsschwierigkeiten in der Kommunikation zwischen dem Gesundheitspersonal und den Patientinnen und Patienten sowohl die Inanspruchnahme als auch die Qualität der gesundheitlichen Versorgung beeinflussen [69, 83, 84].

Allerdings zeigt sich kein Effekt der selbsteingeschätzten Deutschkenntnisse auf die Inanspruchnahme der fachärztlichen Versorgung, bei der jedoch die subjektiv wahrgenommenen Diskriminierungserfahrungen im Gesundheits- oder Pflegebereich einen relevanten Faktor darstellen. Es gilt jedoch darauf hinzuweisen, dass die Ergebnisse keine Rückschlüsse auf Kausalität geben. So bleibt beispielsweise offen, ob eine höhere Inanspruch-

nahme fachärztlicher Leistungen zu einem verstärkten Maß an subjektiv wahrgenommener Diskriminierung führt oder eine geringere Inanspruchnahme die Folge von erfahrener Diskriminierung ist.

Stärken und Limitationen

Die Befragungsstudie GEDA Fokus ermöglicht differenzierte Auswertungen nach soziodemografischen und migrationsbezogenen Merkmalen für eine Vielzahl von Gesundheitsindikatoren. Neben dem Gesundheitszustand, dem Gesundheitsverhalten oder den Lebensbedingungen wurden ausführliche Informationen zur Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung und Prävention erhoben. Eine wesentliche Stärke stellt zudem die Berücksichtigung relevanter migrationsbezogener Konzepte, darunter subjektiv wahrgenommene Diskriminierungserfahrungen, Zugehörigkeitsgefühl zur Gesellschaft in Deutschland oder Selbsteinschätzung der Deutschkenntnisse dar, die im Rahmen von IMIRA I anhand kognitiver Pretests geprüft und entsprechend weiterentwickelt wurden [30]. Demzufolge können relevante soziodemografische sowie migrationsbezogene Einflussfaktoren auf die gesundheitliche Lage von Menschen mit ausgewählten Staatsangehörigkeiten identifiziert und in ihrer Heterogenität sowie Wechselwirkung mit anderen sozialen Determinanten der Gesundheit untersucht werden.

Dennoch gilt es auf eine wesentliche Limitation hinzuweisen, die bei der Beschreibung von Ergebnissen zu berücksichtigen ist. So erfolgte die Stichprobenziehung über das Merkmal „Staatsangehörigkeit“, wodurch einzelne Subgruppen der Bevölkerung mit Migrationsgeschichte, wie eingebürgerte Personen oder Menschen mit einer

anderen Staatsangehörigkeit (als den fünf ausgewählten) nicht berücksichtigt wurden. Rückschlüsse von der vorliegenden Stichprobe auf die Allgemeinheit von Menschen mit Migrationsgeschichte sind anhand dieses selektiven Samples demnach nicht möglich. Darüber hinaus ist die Responsequote mit 18,4 % geringer als in der vergleichbaren Studie GEDA 2014/2015-EHIS mit 26,9 % [85], die ebenfalls auf einer Einwohnermeldeamtsstichprobe basierte, jedoch auf die Allgemeinbevölkerung abzielte. Das sequentielle Design mit dem Angebot verschiedener Teilnahmemodi in mehreren Sprachen begünstigte jedoch den Einschluss verschiedener Subgruppen, so dass einer möglichen Verzerrung in der Teilnahmebereitschaft gut begegnet werden konnte [86].

Fazit und Ausblick

Der vorliegende Beitrag stellt eine wesentliche Erweiterung zu bisherigen Überblickspublikationen dar, welche die gesundheitliche Lage von Menschen mit und ohne Migrationsgeschichte vergleichend beschreiben. So wurden ausgewählte Gesundheitsindikatoren sowohl nach soziodemografischen als auch verschiedenen migrationsbezogenen Merkmalen dargestellt, um der Heterogenität der Bevölkerungsgruppe annähernd gerecht zu werden. Vor dem Hintergrund der hohen Bedeutung solch differenzierter Analysen sollten die Empfehlungen zur Erhebung und Auswertung migrationsrelevanter sowie sozialer Determinanten in der Public-Health-Forschung künftig stärker berücksichtigt werden [27]. Die in diesem Beitrag aufgezeigten Unterschiede in den einzelnen Gesundheitsoutcomes nach den verschiedenen migrationsbezogenen sowie sozialen Merkmale weisen zudem auf die heterogenen Bedarfe bei der

Konzeption von Maßnahmen zur Verbesserung bzw. Stärkung der gesundheitlichen Lage. Demnach sind diversitätsorientierte Angebote des Gesundheitssystems zu forcieren.

Basierend auf den vorliegenden Ergebnissen stellen die subjektiv wahrgenommenen Diskriminierungserfahrungen eine wesentliche Determinante der Gesundheit dar. Vor dem Hintergrund bisheriger Forschung mangelt es an empirisch fundierten Erkenntnissen zum Ausmaß, den Formen und Auswirkungen individueller sowie institutioneller Diskriminierung sowohl bezüglich des Zugangs zum Gesundheitssystem als auch der Qualität der gesundheitlichen Versorgung. Zudem bedarf es der systematischen Erforschung, inwiefern Diskriminierungs- und Ausgrenzungserfahrungen im Gesundheitssystem verschiedene Gesundheitsoutcomes beeinflussen und somit gesundheitliche Ungleichheiten verstärken [69]. In den letzten Jahren stieg das wissenschaftliche Interesse: Forschungsbedarfe bezüglich rassistischer Diskriminierung sowie Prozessen des Othering wurden identifiziert [87, 88] und Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitswesen, beispielsweise im Rahmen des Afrozensus erhoben [89]. Der Nationale Diskriminierungs- und Rassismusmonitor (NaDiRa), welcher ein zentrales Projekt des Deutschen Zentrums für Integrations- und Migrationsforschung ist, soll auf Basis verschiedener Methoden zudem verlässliche Aussagen zu den Ursachen, zum Ausmaß und zu den Folgen von Rassismus in Deutschland – unter anderem für den Bereich Gesundheit – ermöglichen [90]. Zukünftige Forschung im Bereich Migration und Gesundheit sollte zudem intersektionale Ansätze stärker berücksichtigen [27, 69].

Korrespondenzadresse

Susanne Bartig
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
E-Mail: BartigS@rki.de

Zitierweise

Bartig S, Koschollek C, Bug M, Blume M, Kajikhina K et al. (2023) Gesundheit von Menschen mit ausgewählten Staatsangehörigkeiten in Deutschland: Ergebnisse der Studie GEDA Fokus. *J Health Monit* 8(1): 7–35. DOI 10.25646/11089

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

Datenschutz und Ethik

GEDA Fokus unterliegt der strikten Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG). Die Ethikkommission der Charité – Universitätsmedizin Berlin hat die Studie unter ethischen Gesichtspunkten geprüft und der Studiendurchführung zugestimmt (Antragsnummer EA1/250/21). Des Weiteren wurde ein Datenschutzvotum von der Datenschutzbeauftragten des RKI eingeholt.

Die Teilnahme an der Studie war freiwillig. Die Teilnehmenden wurden über die Ziele und Inhalte der Studie sowie über den Datenschutz informiert und gaben ihre schriftliche Einwilligung.

Förderungshinweis

Die Studie GEDA Fokus wurde mit Mitteln des Bundesministeriums für Gesundheit finanziert (Kennzeichen: ZMVI1 – 2518FSB411).

Interessenkonflikt

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

Literatur

1. Schenk L (2007) Migration und Gesundheit – Entwicklung eines Erklärungs- und Analysemodells für epidemiologische Studien. *Int J Public Health* 52(2):87–96
2. Spallek J, Razum O (2021) Epidemiologische Erklärungsmodelle für den Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit. In: Spallek J, Zeeb H (Hrsg) *Handbuch Migration und Gesundheit*. Hogrefe Verlag, Bern, S. 81–90
3. Spallek J, Zeeb H, Razum O (2011) What do we have to know from migrants' past exposures to understand their health status? a life course approach. *Emerg Themes Epidemiol* 8(1):6. <https://doi.org/10.1186/1742-7622-8-6> (Stand: 06.02.2023)
4. Lindert J, Ehrenstein OS, Priebe S et al. (2009) Depression and anxiety in labor migrants and refugees – a systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med* 69(2):246–257. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.04.032
5. Lampert T, Richter M, Schneider S et al. (2016) Soziale Ungleichheit und Gesundheit. *Bundesgesundheitsbl* 59(2):153–165
6. Schenk L, Pepler L (2020) Erklärungsansätze von Migration und Gesundheit. In: Schenk L, Habermann M (Hrsg) *Migration und Alter*. De Gruyter, Berlin/Boston, S. 21–32
7. Dyck M, Wenner J, Wengler A et al. (2019) Migration und Gesundheit in Deutschland – eine Bestandsaufnahme der Datenquellen. *Bundesgesundheitsbl* 62(8):935–942
8. Sachverständigenrat (SVR) für Integration und Migration (2022) Systemrelevant: Migration als Stütze und Herausforderung für die Gesundheitsversorgung in Deutschland. Jahresgutachten 2022. SVR für Integration und Migration, Berlin
9. 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):798

10. 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 Form Res* 4(4):e14747
11. Ernstsen L, Nilsen SM, Espnes GA et al. (2011) The predictive ability of self-rated health on ischaemic heart disease and all-cause mortality in elderly women and men: the Nord-Trøndelag Health Study (HUNT). *Age and ageing* 40(1):105–111
12. Kennedy BS, Kasl SV, Vaccarino V (2001) Repeated Hospitalizations and Self-rated Health among the Elderly: A Multivariate Failure Time Analysis. *Am J Epidemiol* 153(3):232–241
13. Lorem G, Cook S, Leon DA et al. (2020) Self-reported health as a predictor of mortality: A cohort study of its relation to other health measurements and observation time. *Scientific Reports* 10(1):4886
14. Ul-Haq Z, Mackay DF, Pell JP (2014) Association between self-reported general and mental health and adverse outcomes: a retrospective cohort study of 19,625 Scottish adults. *PLoS one* 9(4):e93857
15. Wu S, Wang R, Zhao Y et al. (2013) The relationship between self-rated health and objective health status: a population-based study. *BMC Public Health* 13(1):320
16. Bretschneider J, Kuhnert R, Hapke U (2017) Depressive Symptomatik bei Erwachsenen in Deutschland. *J Health Monit* 2(3):81–88. <https://edoc.rki.de/handle/176904/2788> (Stand: 10.01.2023)
17. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2021) Erkennen – Bewerten – Handeln. Schwerpunktbericht zur psychischen Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland. Teil 1 – Erwachsenenalter. Robert Koch-Institut, Berlin. <https://edoc.rki.de/handle/176904/9259> (Stand: 10.01.2023)
18. Mons U, Kahnert S (2019) Neuberechnung der tabakattributablen Mortalität – Nationale und regionale Daten für Deutschland. *Gesundheitswesen* 81(1):24–33
19. U.S. Department of Health and Human Services (2014) The Health Consequences of Smoking: 50 Years of Progress. A Report of the Surgeon General. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, Atlanta
20. Wienecke A, Kraywinkel K (2018) Tobacco-associated cancers in Germany-incidence and mortality trends since 1995. *Bundesgesundheitsbl* 61(11):1399–1406
21. Razum O, Meesmann U, Bredehorst M et al. (2008) Schwerpunktbericht: Migration und Gesundheit. Robert Koch-Institut, Berlin. <https://edoc.rki.de/handle/176904/3194> (Stand: 10.01.2023)
22. Fachkommission der Bundesregierung zu den Rahmenbedingungen der Integrationsfähigkeit (2020) Gemeinsam die Einwanderungsgesellschaft gestalten. Bericht der Fachkommission der Bundesregierung zu den Rahmenbedingungen der Integrationsfähigkeit. Berlin, S. 280
23. Schenk L, Bau AM, Borde T et al. (2006) Mindestindikatorensetz zur Erfassung des Migrationsstatus – Empfehlungen für die epidemiologische Praxis. *Bundesgesundheitsbl* 49(9):853–860
24. 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
25. Statistisches Bundesamt (DESTATIS) (2021) Glossar zum Mikrozensus 2020. Statistisches Bundesamt
26. 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
27. Kajikhina K, Koschollek C, Sarma N et al. (2023) Empfehlungen zur Erhebung und Analyse migrationsbezogener Determinanten in der Public-Health-Forschung. *J Health Monit* 8(1):55–77
28. 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)
29. 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):30–50. <https://edoc.rki.de/handle/176904/6104> (Stand: 10.01.2023)
30. 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: 10.01.2023)
31. Bug M, Blume M, Kajikhina K et al. (2023) COVID-19-Impfstatus bei Menschen mit ausgewählten Staatsangehörigkeiten: Ergebnisse der Studie GEDA Fokus. *J Health Monit* 8(1):36–54

32. Statistisches Bundesamt (Destatis) (2018) Ausländer: Deutschland, Stichtag, Geschlecht, Familienstand, Ländergruppierungen/ Staatsangehörigkeit. Destatis, Wiesbaden
33. Statistisches Bundesamt (Destatis) (2018) Ausländer: Deutschland, Jahre, Geschlecht, Registerbewegungen (Bund), Ländergruppierungen/ Staatsangehörigkeit. Destatis, Wiesbaden
34. American Association for Public Opinion Research (AAPOR) (2016) Standard Definitions: Final Dispositions of Case Codes and Outcome Rates for Surveys, 9th edition. AAPOR, Deerfield
35. American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Forth edition (DSM-IV). American Psychiatric Association, Washington, DC
36. Eurostat (2017) Internationale Standardklassifikation für das Bildungswesen (ISCED). [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:International_standard_classification_of_education_\(ISCED\)/de](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:International_standard_classification_of_education_(ISCED)/de) (Stand: 20.06.2022)
37. Forschungsdatenzentren der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2018) Mikrozensus 2018, Scientific Use File (SUF), eigene Berechnungen
38. Stata Corp (2017) Stata Survey Data Reference Manual, Release 15. <https://www.stata.com/manuals/svy.pdf> (Stand: 03.04.2019)
39. Antidiskriminierungsstelle (ADS) des Bundes (2018) Erhebung von subjektiven Diskriminierungserfahrungen. Erste Ergebnisse von Testfragen in der SOEP Innovations-Stichprobe 2016. ADS, Berlin
40. Beigang S, Fetz K, Kalkum D et al. (2017) Diskriminierungserfahrungen in Deutschland. Ergebnisse einer Repräsentativ- und einer Betroffenenbefragung. Hg. v. Antidiskriminierungsstelle des Bundes. Nomos, Baden-Baden
41. Schunck R, Reiss K, Razum O (2015) Pathways between perceived discrimination and health among immigrants: evidence from a large national panel survey in Germany. *Ethnicity & health* 20(5):493–510
42. Heidemann C, Scheidt-Nave C, Beyer AK et al. (2021) Gesundheitliche Lage von Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse zu ausgewählten Indikatoren der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. *J Health Monit* 6(3):3–27. <https://edoc.rki.de/handle/176904/8749> (Stand: 10.01.2023)
43. Razum O (2009) Migration, Mortalität und der Healthy-Migrant-Effekt. In: Richter M, Hurrelmann K (Hrsg) *Gesundheitliche Ungleichheit – Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 267–282
44. Nutsch N, Bozorgmehr K (2020) Der Einfluss postmigratorischer Stressoren auf die Prävalenz depressiver Symptome bei Geflüchteten in Deutschland. Analyse anhand der IAB-BAMF-SOEP-Befragung 2016. *Bundesgesundheitsbl* 63(12):1470–1482
45. Penka S, Savin M (2021) Psychische Gesundheit von Migrantinnen und Migranten in Deutschland. In: Spallek J, Zeeb H (Hrsg) *Handbuch Migration und Gesundheit – Grundlagen, Perspektiven und Strategien*. Hogrefe Verlag, Bern, S. 313–325
46. Aichberger MC, Neuner B, Hapke U et al. (2012) Der Zusammenhang zwischen Migrationsstatus und depressiven Symptomen in der älteren Bevölkerung in Deutschland. *Psychiatr Prax* 39(03):116–121
47. Metzging M, Schacht D, Scherz A (2020) Psychische und körperliche Gesundheit von Geflüchteten im Vergleich zu anderen Bevölkerungsgruppen. *DIW Wochenbericht* 5. Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, Berlin, S. 63–72
48. Rommel A, Saß AC, Born S et al. (2015) Die gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund und die Bedeutung des sozioökonomischen Status. *Bundesgesundheitsbl* 58(6):543–552
49. Sahyazici F, Huxhold O (2012) Depressive Symptome bei älteren türkischen Migrantinnen und Migranten. In: Baykara-Krumme H, Motel-Klingebiel A, Schimany P (Hrsg) *Viele Welten des Alterns – Ältere Migranten im alternden Deutschland*. Springer VS, Wiesbaden, S. 181–200
50. Schouler-Ocak M (2020) Psychische Gesundheit von Menschen mit Migrations- und Fluchthintergrund in Deutschland. In: Genkova P, Riecken A (Hrsg) *Handbuch Migration und Erfolg*. Springer Fachmedien, Wiesbaden, S. 567–587
51. Biddle L, Hintermeier M, Mohsenpour A et al. (2021) Monitoring der Gesundheit und Gesundheitsversorgung geflüchteter Menschen in Sammelunterkünften: Ergebnisse des bevölkerungsbezogenen Surveys RESPOND. *J Health Monit* 6(1):7–29. <https://edoc.rki.de/handle/176904/8019> (Stand: 10.01.2023)
52. von Gostomski CB, Böhm A, Brücker H et al. (2016) IAB-BAMF-SOEP-Befragung von Geflüchteten: Überblick und erste Ergebnisse. *Forschungsbericht* 29. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
53. Aichberger MC, Bromand Z, Rapp MA et al. (2015) Perceived ethnic discrimination, acculturation, and psychological distress in women of Turkish origin in Germany. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 50(11):1691–1700
54. Kirkcaldy B, Wittig U, Furnham A et al. (2006) Migration und Gesundheit. *Bundesgesundheitsbl* 49(9):873–883

55. Schouler-Ocak M, Aichberger MC, Penka S et al. (2015) Psychische Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. Bundesgesundheitsbl 58(6):527–532
56. Singh S, McBride K, Kak V (2015) Role of Social Support in Examining Acculturative Stress and Psychological Distress Among Asian American Immigrants and Three Sub-groups: Results from NLAAS. J Immigr Minor Health 17(6):1597–1606
57. Kivelitz L, Watzke B, Schulz H et al. (2015) Versorgungsbarrieren auf den Behandlungswegen von Patienten mit Angst- und depressiven Erkrankungen – Eine qualitative Interviewstudie. Psychiatr Prax 42(08):424–429
58. Watzke B, Braun M, Haller E et al. (2015) Zugang und Nachsorge bei Psychotherapie. PiD – Psychotherapie im Dialog 16(4):20–25
59. Deutsches Ärzteblatt (2021) Psychotherapie: Fragen für eine gerechte Versorgung. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/120474/Psychotherapie-Fragen-fuer-eine-gerechte-Versorgung> (Stand: 27.10.2022)
60. Bozorgmehr K, Nöst S, Thaiss HM et al. (2016) Die gesundheitliche Versorgungssituation von Asylsuchenden. Bundesgesundheitsbl 59(5):545–555
61. Frank L, Yesil-Jürgens R, Razum O et al. (2017) Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen in Deutschland. J Health Monit 2(1):24–47. <https://edoc.rki.de/handle/176904/2579> (Stand: 10.01.2023)
62. Göppfarth D, Bauhoff S (2017) Gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden – Untersuchungen anhand von Abrechnungsdaten der BARMER. In: Repschläger U, Schulte C, Osterkamp N (Hrsg) BARMER GEK Gesundheitswesen Aktuell 2017 – Beiträge und Analysen. Köln, S. 32–65
63. Hapke U, Cohrdes C, Nübel J (2019) Depressive Symptomatik im europäischen Vergleich – Ergebnisse des European Health Interview Survey (EHIS) 2. J Health Monit 4(4):62–70. <https://edoc.rki.de/handle/176904/6242> (Stand: 10.01.2023)
64. Starker A, Kuhnert R, Hoebel J et al. (2022) Rauchverhalten und Passivrauchbelastung Erwachsener – Ergebnisse aus GEDA 2019/2020-EHIS. J Health Monit 7(3):7–22. <https://edoc.rki.de/handle/176904/110230> (Stand: 10.01.2023)
65. Reiss K, Lehnhardt J, Razum O (2015) Factors associated with smoking in immigrants from non-western to western countries – what role does acculturation play? A systematic review. Tob Induc Dis 13(1):1–23
66. Wengler A, Bartig S, Hövener C et al. (2018) Rauchverhalten und Übergewicht bei Menschen mit Migrationshintergrund – welche Rolle spielen Aufenthaltsdauer und Herkunftsregion? https://www.gesis.org/fileadmin/upload/dienstleistung/daten/amtl_mikrodaten/gml/Mikrozensus-Nutzerkonferenz_9/06_03_Wengler_Bartig_Santos-Hoevener_Rommel.pdf (Stand: 19.09.2022)
67. Reiss K, Spallek J, Razum O (2010) ‚Imported risk‘ or ‚health transition‘? Smoking prevalence among ethnic German immigrants from the Former Soviet Union by duration of stay in Germany – analysis of microcensus data. Int J Equity Health 9:15
68. Reiss K, Schunck R, Razum O (2015) Effect of Length of Stay on Smoking among Turkish and Eastern European Immigrants in Germany – Interpretation in the Light of the Smoking Epidemic Model and the Acculturation Theory. Int J Environ Res Public Health 12(12):15925–15936
69. Bartig S, Kalkum D, Le Ha Mi et al. (2021) Diskriminierungsrisiken und Diskriminierungsschutz im Gesundheitswesen – Wissensstand und Forschungsbedarf für die Antidiskriminierungsforschung. Antidiskriminierungsstelle des Bundes, Berlin
70. Starker A, Hövener C, Rommel A (2021) Utilization of preventive care among migrants and non-migrants in Germany: results from the representative cross-sectional study ‘German health interview and examination survey for adults (DEGS1)’. Arch Public Health 79(1):86
71. Brand T, Kleer D, Samkange-Zeeb F et al. (2015) Prävention bei Menschen mit Migrationshintergrund. Teilnahme, migrationssensible Strategien und Angebotscharakteristika. Bundesgesundheitsbl 58(6):584–592
72. Krause L, Frenzel Baudisch N, Bartig S et al. (2020) Inanspruchnahme einer Zahnvorsorgeuntersuchung durch Erwachsene. Ergebnisse der GEDA-Studie 2009, 2010, 2012. Dtsch Zahnärztl Z 75:353–365
73. Prütz F, Rommel A, Thom J et al. (2021) Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Leistungen in Deutschland – Ergebnisse der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. J Health Monit 6(3):49–71. <https://edoc.rki.de/handle/176904/8751> (Stand: 10.01.2023)
74. Loer AKM, Koschollek C, Hövener 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 22(1):1050

75. Razum O, Akbulut N, Bozorgmehr K (2020) Diversität und Diskriminierung am Beispiel der Gesundheit und gesundheitlichen Versorgung von Migrant*innen und Geflüchteten. In: Razum O, Kolip P (Hrsg) Handbuch Gesundheitswissenschaften. Beltz Juventa, Weinheim Basel, S. 621–646
76. Holleder A (2020) Die Gewährleistung von Krankheitshilfen bei asylsuchenden Menschen: Zweiklassenmedizin in Deutschland? Bundesgesundheitsbl 63(10):1203–1218
77. Razum O, Wenner J, Bozorgmehr K (2016) Wenn Zufall über den Zugang zur Gesundheitsversorgung bestimmt: Geflüchtete in Deutschland. Gesundheitswesen 78(11):711–714
78. Spura A, Kleinke M, Robra BP et al. (2017) Wie erleben Asylsuchende den Zugang zu medizinischer Versorgung? Bundesgesundheitsbl 60(4):462–470
79. Wenner J, Bozorgmehr K, Duwendag S et al. (2020) Differences in realized access to healthcare among newly arrived refugees in Germany: results from a natural quasi-experiment. BMC Public Health 20(1):846
80. Jaschke P, Kosyakova Y (2021) Does Facilitated and Early Access to the Healthcare System Improve Refugees' Health Outcomes? Evidence from a Natural Experiment in Germany. International Migration Review 55(3):812–842
81. Schröder H, Zok K, Faulbaum F (2018) Gesundheit von Geflüchteten in Deutschland – Ergebnisse einer Befragung von Schutzsuchenden aus Syrien, Irak und Afghanistan. WIdO-monitor 15(1):1–20
82. Lammers H (2015) Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen – zur gesetzlich festgelegten Zweiklassenversorgung. Public Health Forum 23(2):93–94
83. Bermejo I, Hölzel LP, Kriston L et al. (2012) Subjektiv erlebte Barrieren von Personen mit Migrationshintergrund bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen. Bundesgesundheitsbl 55(8):944–953
84. Ilkic I (2021) Kommunikation und Ethik in interkulturellen Behandlungssituationen. In: Spallek J, Zeeb H (Hrsg) Handbuch Migration und Gesundheit – Grundlagen, Perspektiven und Strategien. Hogrefe, Bern, S. 67–76
85. Saß AC, Lange C, Finger JD et al. (2017) „Gesundheit in Deutschland aktuell“ – Neue Daten für Deutschland und Europa. Hintergrund und Studienmethodik von GEDA 2014/2015-EHIS. J Health Monit 2(1):83–90. <https://edoc.rki.de/handle/176904/2585> (Stand: 10.01.2023)
86. Koschollek C, Geelings J, Bug M et al. (2022) Strategies to recruit people with selected nationalities for the interview survey GEDA Fokus. Eur J Public Health 32(3)
87. Akbulut N, Razum O (2022) Why Othering should be considered in research on health inequalities: Theoretical perspectives and research needs. SSM Popul Health 20:101286
88. Namer Y, Wandschneider L, Stieglitz S et al. (2022) Racism in public health services: A research agenda. Front. Public Health 10:1039963. doi: 10.3389/fpubh.2022.1039963
89. 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
90. Ha N, Sinanoglu C, Beigang S (2021) Der Nationale Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen und Engagement Schwarzer, afrikanischer und afrodiasporischer Menschen in Deutschland. Berlin

Annex Tabelle 1
Prävalenz einer als sehr gut oder
gut eingeschätzten subjektiven Gesundheit
nach soziodemografischen und
migrationsbezogenen Merkmalen (n=5.803)

Quelle: GEDA Fokus

	%	(95 %-KI)	PR	p-Wert
Geschlecht*				
Frauen	69,4	(65,9 – 72,6)	Ref.	
Männer	74,8	(72,0 – 77,4)	1,07	0,027
Altersgruppen*				
18–29 Jahre	85,7	(81,8 – 88,9)	Ref.	
30–44 Jahre	82,4	(78,9 – 85,4)	0,92	0,009
45–64 Jahre	61,6	(57,2 – 65,8)	0,74	p < 0,001
Ab 65 Jahre	42,1	(35,5 – 48,9)	0,57	p < 0,001
Bildungsgruppe*				
Untere	63,9	(60,0 – 67,6)	Ref.	
Mittlere	77,5	(74,4 – 80,4)	1,15	p < 0,001
Obere	84,7	(80,7 – 87,9)	1,23	p < 0,001
Aufenthaltsdauer*				
Bis 10 Jahre	84,1	(81,1 – 86,8)	Ref.	
11 bis 30 Jahre	74,1	(69,7 – 78,1)	0,89	0,004
31 Jahre und mehr	54,9	(50,3 – 59,4)	0,78	p < 0,001
Seit Geburt	80,1	(75,8 – 83,7)	0,85	p < 0,001
Aufenthaltsstatus*				
Deutsche Staatsangehörigkeit	73,4	(69,4 – 77,1)	Ref.	
EU-Bürgerinnen/Bürger	72,6	(68,8 – 76,1)	1,02	0,594
Unbefristeter Aufenthalt	64,8	(59,7 – 69,6)	0,96	0,502
Befristeter Aufenthalt	77,2	(71,9 – 81,9)	0,91	0,136
Zugehörigkeitsgefühl zur Gesellschaft in Deutschland*				
Sehr stark/stark	76,3	(73,4 – 78,9)	Ref.	
Teils/teils	68,2	(64,0 – 72,1)	0,89	p < 0,001
Kaum/gar nicht	57,9	(49,2 – 66,2)	0,73	p < 0,001
Diskriminierungserfahrungen*				
Nein	76,8	(73,8 – 79,6)	Ref.	
Ja	65,8	(62,5 – 69,0)	0,87	p < 0,001

KI=Konfidenzintervall, Ref.=Referenzgruppe, PR=Prevalence Ratio

*signifikante Unterschiede gemäß Chi-Quadrat-Test

p-Werte aus multivariaten Poisson-Regressionen bei wechselseitiger Kontrolle der ausgewählten soziodemografischen sowie migrationsbezogenen Merkmale und der Staatsangehörigkeit nach Einwohnermeldeamt

Fettdruck=statistisch signifikant im Vergleich zur Referenzgruppe

Annex Tabelle 2
Prävalenz einer depressiven Symptomatik
in den letzten zwei Wochen gemäß PHQ-9
nach soziodemografischen und
migrationsbezogenen Merkmalen (n= 5.694)

Quelle: GEDA Fokus

	%	(95 %-KI)	PR	p-Wert
Geschlecht*				
Frauen	23,6	(21,0–26,5)	Ref.	p < 0,001
Männer	18,0	(15,6–20,7)	0,72	
Altersgruppen*				
18–29 Jahre	29,8	(25,8–34,2)	Ref.	0,009 0,007 0,034
30–44 Jahre	19,6	(16,9–22,7)	0,78	
45–64 Jahre	17,1	(14,1–20,5)	0,72	
Ab 65 Jahre	13,4	(9,1–19,3)	0,63	
Bildungsgruppe				
Untere	21,9	(18,8–25,4)	Ref.	0,114 0,331
Mittlere	19,8	(17,5–22,4)	0,86	
Obere	18,9	(15,5–22,9)	0,89	
Aufenthaltsdauer*				
Bis 10 Jahre	22,8	(19,2–26,9)	Ref.	0,021 0,219 0,073
11 bis 30 Jahre	21,8	(17,7–26,4)	1,36	
31 Jahre und mehr	15,8	(13,1–19,1)	1,22	
Seit Geburt	24,0	(20,3–28,2)	1,33	
Aufenthaltsstatus*				
Deutsche Staatsangehörigkeit	22,6	(19,6–25,8)	Ref.	0,022 0,119 0,096
EU-Bürgerinnen/Bürger	15,5	(13,0–18,4)	0,78	
Unbefristeter Aufenthalt	23,7	(18,8–29,4)	1,30	
Befristeter Aufenthalt	29,3	(23,2–36,3)	1,37	
Zugehörigkeitsgefühl zur Gesellschaft in Deutschland*				
Sehr stark/stark	16,7	(14,6–18,9)	Ref.	0,015 0,001
Teils/teils	25,9	(22,5–29,7)	1,26	
Kaum/gar nicht	35,0	(27,5–43,2)	1,55	
Diskriminierungserfahrungen*				
Nein	10,9	(9,2–12,9)	Ref.	p < 0,001
Ja	34,6	(31,1–38,1)	2,77	

KI=Konfidenzintervall, Ref.=Referenzgruppe, PR=Prevalence Ratio

*signifikante Unterschiede gemäß Chi-Quadrat-Test

p-Werte aus multivariaten Poisson-Regressionen bei wechselseitiger Kontrolle der ausgewählten soziodemografischen und migrationsbezogenen Merkmale und der Staatsangehörigkeit nach Einwohnermeldeamt

Fettdruck= statistisch signifikant im Vergleich zur Referenzgruppe

Annex Tabelle 3
Prävalenz des aktuellen Rauchens
nach soziodemografischen und
migrationsbezogenen Merkmalen (n=5.804)
 Quelle: GEDA Fokus

	%	(95 %-KI)	PR	p-Wert
Geschlecht*				
Frauen	26,1	(23,3 – 29,2)	Ref.	
Männer	38,7	(35,4 – 42,1)	1,46	p < 0,001
Altersgruppen*				
18–29 Jahre	36,4	(31,9 – 41,2)	Ref.	
30–44 Jahre	36,3	(32,2 – 40,5)	1,00	0,981
45–64 Jahre	31,4	(27,7 – 35,4)	0,89	0,215
Ab 65 Jahre	18,1	(13,4 – 24,1)	0,54	p < 0,001
Bildungsgruppe*				
Untere	32,4	(28,5 – 36,6)	Ref.	
Mittlere	36,2	(33,1 – 39,5)	1,03	0,654
Obere	25,0	(21,5 – 28,9)	0,76	0,005
Aufenthaltsdauer*				
Bis 10 Jahre	38,6	(34,6 – 42,7)	Ref.	
11 bis 30 Jahre	32,6	(28,0 – 37,7)	0,90	0,286
31 Jahre und mehr	28,5	(24,7 – 32,7)	0,96	0,693
Seit Geburt	33,0	(28,1 – 38,3)	1,01	0,920
Aufenthaltsstatus*				
Deutsche Staatsangehörigkeit	27,3	(23,7 – 31,2)	Ref.	
EU-Bürgerinnen/Bürger	34,3	(31,0 – 37,6)	1,54	p < 0,001
Unbefristeter Aufenthalt	36,0	(29,9 – 42,5)	1,21	0,138
Befristeter Aufenthalt	36,5	(30,0 – 43,4)	1,04	0,801
Zugehörigkeitsgefühl zur Gesellschaft in Deutschland				
Sehr stark/stark	32,9	(29,7 – 36,4)	Ref.	
Teils/teils	33,3	(29,8 – 36,9)	0,93	0,347
Kaum/gar nicht	30,3	(22,6 – 39,1)	0,79	0,128
Diskriminierungserfahrungen*				
Nein	29,3	(26,3 – 32,5)	Ref.	Ref
Ja	38,0	(34,7 – 41,5)	1,29	p < 0,001

KI=Konfidenzintervall, Ref.=Referenzgruppe, PR=Prevalence Ratio

*signifikante Unterschiede gemäß Chi-Quadrat-Test

p-Werte aus multivariaten Poisson-Regressionen bei wechselseitiger Kontrolle der ausgewählten soziodemografischen sowie migrationsbezogenen Merkmale und der Staatsangehörigkeit nach Einwohnermeldeamt

Fettdruck=statistisch signifikant im Vergleich zur Referenzgruppe

Annex Tabelle 4
Inanspruchnahme allgemeinärztlicher
Leistungen in den letzten 12 Monaten
nach soziodemografischen und
migrationsbezogenen Merkmalen (n=5.809)

Quelle: GEDA Fokus

	%	(95 %-KI)	PR	p-Wert
Geschlecht*				
Frauen	82,8	(79,6–85,6)	Ref.	
Männer	73,0	(70,0–75,9)	0,90	p < 0,001
Altersgruppen*				
18–29 Jahre	73,0	(68,9–76,7)	Ref.	
30–44 Jahre	72,3	(68,5–75,7)	1,00	0,892
45–64 Jahre	83,1	(79,7–86,1)	1,10	0,001
Ab 65 Jahre	87,9	(82,9–91,7)	1,14	p < 0,001
Bildungsgruppe				
Untere	79,1	(75,1–82,5)	Ref.	
Mittlere	76,8	(73,7–79,5)	1,00	0,904
Obere	75,1	(70,9–78,9)	0,99	0,808
Guter/sehr guter allgemeiner Gesundheitszustand*				
Ja	72,5	(69,8–75,1)	Ref.	
Nein	90,6	(87,8–92,9)	1,20	p < 0,001
Aufenthaltsstatus*				
Deutsche Staatsangehörigkeit	80,4	(76,4–83,3)	Ref.	
EU-Bürgerinnen/Bürger	77,5	(73,9–80,7)	0,95	0,136
Unbefristeter Aufenthalt	79,6	(74,8–83,8)	1,00	0,925
Befristeter Aufenthalt	70,0	(64,8–74,8)	0,93	0,204
Deutschkenntnisse				
Muttersprache/sehr gut	79,5	(76,2–82,5)	Ref.	
Gut/mittelmäßig	76,3	(72,5–79,7)	0,95	0,050
Schlecht/sehr schlecht	73,1	(65,4–79,7)	0,89	0,016
Diskriminierung im Gesundheits-/Pflegebereich				
Oft/sehr oft	83,2	(72,9–90,1)	Ref.	
Manchmal	80,7	(74,4–85,8)	0,97	0,605
Selten/nie	76,9	(74,1–79,4)	0,95	0,359

KI=Konfidenzintervall, Ref.=Referenzgruppe, PR=Prevalence Ratio

*signifikante Unterschiede gemäß Chi-Quadrat-Test

p-Werte aus multivariaten Poisson-Regressionen bei wechselseitiger Kontrolle der ausgewählten soziodemografischen und migrationsbezogenen Merkmale und der Staatsangehörigkeit nach Einwohnermeldeamt

Fettdruck= statistisch signifikant im Vergleich zur Referenzgruppe

Annex Tabelle 5
Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen
in den letzten 12 Monaten nach
soziodemografischen und
migrationsbezogenen Merkmalen (n=5.792)

Quelle: GEDA Fokus

	%	(95 %-KI)	PR	p-Wert
Geschlecht*				
Frauen	62,2	(58,7–65,5)	Ref.	
Männer	44,8	(41,7–48,0)	0,73	p < 0,001
Altersgruppen*				
18–29 Jahre	40,4	(36,2–44,8)	Ref.	
30–44 Jahre	48,4	(44,5–52,3)	1,18	0,004
45–64 Jahre	61,2	(57,6–64,7)	1,38	p < 0,001
Ab 65 Jahre	69,8	(63,4–75,4)	1,47	p < 0,001
Bildungsgruppe				
Untere	53,1	(49,0–57,1)	Ref.	
Mittlere	52,4	(48,9–55,9)	1,08	0,130
Obere	53,7	(48,5–58,7)	1,12	0,105
Guter/sehr guter allgemeiner Gesundheitszustand*				
Ja	45,2	(42,2–48,1)	Ref.	
Nein	72,8	(68,8–76,5)	1,47	p < 0,001
Aufenthaltsstatus*				
Deutsche Staatsangehörigkeit	54,6	(49,9–59,1)	Ref.	
EU-Bürgerinnen/Bürger	55,4	(51,7–59,0)	0,92	0,165
Unbefristeter Aufenthalt	54,9	(49,2–60,4)	1,09	0,379
Befristeter Aufenthalt	40,8	(35,9–45,9)	0,98	0,884
Deutschkenntnisse				
Muttersprache/sehr gut	54,0	(50,1–57,9)	Ref.	
Gut/mittelmäßig	51,5	(48,2–54,8)	0,94	0,182
Schlecht/sehr schlecht	52,0	(44,9–59,0)	0,91	0,183
Diskriminierung im Gesundheits-/Pflegebereich*				
Oft/sehr oft	67,8	(56,1–77,6)	Ref.	
Manchmal	60,1	(52,5–67,3)	0,86	0,146
Selten/nie	51,4	(48,7–54,0)	0,79	0,011

KI=Konfidenzintervall, Ref.=Referenzgruppe, PR=Prevalence Ratio

*signifikante Unterschiede gemäß Chi-Quadrat-Test

p-Werte aus multivariaten Poisson-Regressionen bei wechselseitiger Kontrolle der ausgewählten soziodemografischen und migrationsbezogenen Merkmale und der Staatsangehörigkeit nach Einwohnermeldeamt

Fettdruck= statistisch signifikant im Vergleich zur Referenzgruppe

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**