



Improving Health Monitoring in Migrant Populations

ROBERT KOCH INSTITUT



ABSCHLUSSBERICHT: 31.12.2023

Improving Health Monitoring in Migrant Populations (IMIRA II)

*Einbeziehung von Menschen mit Migrationshintergrund in das RKI-
Gesundheitsmonitoring*

Impressum

Abschlussbericht des Projekts „Einbeziehung von Menschen mit Migrationshintergrund in das RKI-Gesundheitsmonitoring (IMIRA II)“, Robert Koch-Institut, 2023

Das IMIRA II-Projekt wurde vom Bundesministerium für Gesundheit vom 1. April 2019 bis 30. Juni 2023 gefördert (Förderkennzeichen: ZMVI1 – 2518FSB411).

Herausgeber:

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Internet: www.rki.de/imira

Autorinnen:

Susanne Bartig, Miriam Blume, Marleen Bug, Claudia Hövener, Katja Kajikhina, Carmen Koschollek

Druck:

RKI-Hausdruckerei

Bezugsquelle:

Der Bericht ist online abrufbar: www.rki.de/IMIRA

Vorgeschlagene Zitierweise:

Robert Koch-Institut. Abschlussbericht des Projekts „Einbeziehung von Menschen mit Migrationshintergrund in das RKI-Gesundheitsmonitoring (IMIRA II)“, Berlin 2023

DOI: 10.25646/11929



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

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|----|
| Zusammenfassung..... | 4 |
| Einleitung..... | 5 |
| Deutschland ist ein Einwanderungsland..... | 5 |
| Einschluss von Menschen mit Migrationsgeschichte ins Gesundheitsmonitoring..... | 5 |
| Struktur und Ziele des Projekts..... | 6 |
| Erhebungs- und Auswertungsmethodik..... | 7 |
| Operationalisierung der Studienziele..... | 7 |
| Datenerhebung..... | 8 |
| Auswertungsmethodik..... | 13 |
| Durchführung, Arbeits- und Zeitplan..... | 13 |
| Ergebnisse..... | 16 |
| Ausblick..... | 21 |
| Gender Mainstreaming Aspekte..... | 22 |
| Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung..... | 22 |
| Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse..... | 24 |
| Verwertung der Projektergebnisse..... | 25 |
| Publikationsverzeichnis..... | 26 |
| Publikationen in Fachzeitschriften und -büchern..... | 26 |
| Kongressbeiträge..... | 28 |
| Sonstige Vorträge..... | 32 |
| Literatur..... | 33 |
| Anhang..... | 34 |
| Studienprotokoll..... | 34 |
| Feld- und Methodenbericht von Kantar Public Deutschland und Cerner Envisa..... | 34 |

Tabellenverzeichnis

| | |
|---|----|
| Tabelle 1: Operationalisierung der Teilziele..... | 8 |
| Tabelle 2: Themenbereiche des GEDA Fokus-Fragebogens..... | 12 |

Zusammenfassung

In Deutschland besteht ein großer Bedarf an verlässlichen Informationen zur gesundheitlichen Situation von hierzulande lebenden Menschen mit Migrationsgeschichte. Im Rahmen der Erwachsenen surveys des Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut (RKI) wurden Erwachsene mit Migrationsgeschichte (beispielsweise definiert über das Geburtsland oder die Staatsangehörigkeit) bislang nur unzureichend eingeschlossen, weswegen 2016 das Projekt „Improving Health Monitoring in Migrant Populations (IMIRA)“ initiiert wurde. Basierend auf den Erkenntnissen aus diesem Projekt wurde vom 1. April 2019 bis zum 30. Juni 2023 das Anschlussprojekt „Einbeziehung von Menschen mit Migrationshintergrund in das RKI-Gesundheitsmonitoring (IMIRA II)“ vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert, welches die Durchführung der Befragungsstudie „Gesundheit in Deutschland aktuell: Fokus“ (GEDA Fokus) unter Menschen mit fünf ausgewählten Staatsangehörigkeiten beinhaltete. Das Ziel der Studie GEDA Fokus bestand darin, die gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationsgeschichte nach ausgewählten migrationsbezogenen Merkmalen anhand einer umfangreichen Stichprobe zu beschreiben und relevante Schutz- als auch Risikofaktoren der Gesundheit zu identifizieren.

GEDA Fokus ermöglicht aufgrund der Stichprobengröße und der Berücksichtigung sozialer sowie migrationsbezogener Merkmale differenzierte Aussagen zu relevanten Aspekten der gesundheitlichen Lage von Menschen mit Migrationsgeschichte. Das sequentielle Studiendesign mit dem Angebot mehrerer Teilnahmemodi in verschiedenen Sprachen ermöglichte den Einschluss verschiedener Subgruppen Studienteilnehmender. Sämtliche methodischen sowie inhaltlichen Ergebnisse wurden und werden sowohl in Form von Publikationen zu spezifischen Schwerpunktthemen veröffentlicht sowie auf nationalen sowie internationalen Kongressen präsentiert.

Einleitung

Deutschland ist ein Einwanderungsland

Deutschland blickt auf eine lange Einwanderungsgeschichte zurück, gekennzeichnet durch Arbeitsmigration, z.B. im Zuge der Anwerbeabkommen ab den 1950'er Jahre sowie im Zuge der EU-Arbeitnehmerfreizügigkeitsregelungen ab den 2000'er Jahren. Auch der Zuzug sogenannter (Spät)Aussiedlerinnen und -siedler nach dem Zerfall der ehemaligen Sowjetunion in den 1990'er Jahren reiht sich ein in diese Einwanderungsgeschichte sowie ebenfalls Fluchtmigration, z.B. in den 1990'er Jahren aus dem ehemaligen Jugoslawien oder auch in den letzten Jahren, insbesondere aus Syrien und der Ukraine [1, 2]. Im Jahr 2022 hatten 24,3% der in Deutschland lebenden Bevölkerung eine Einwanderungsgeschichte, was bedeutet, dass die Person selbst oder beide Elternteile nach 1950 nach Deutschland zugewandert sind [3]. Von diesen knapp 20,2 Millionen Menschen waren 15,3 Millionen selbst eingewandert, wobei dies einem Anteil von 18,4% an der Gesamtbevölkerung Deutschlands entspricht [4].

Zusammenfassende Kategorien in Public Health-Analysen wie „Migrationshintergrund“ oder „Eingewanderte und ihre (direkten) Nachkommen“ werden der Vielfalt der in Deutschland lebenden Bevölkerung jedoch nicht gerecht, wenn wir gesundheitliche Chancen und Risiken differenziert abbilden und analysieren möchten. Die in diesen statistischen Kategorien zusammengefassten Personen unterscheiden sich nach einer Vielzahl von Faktoren, z.B. hinsichtlich ihres eigenen oder elterlichen Herkunftslandes, in Bezug auf Einwanderungsgründe, der Dauer ihres Aufenthalts, ihres Aufenthaltsstatus und damit verbundenem Zugang zu gesellschaftlichen Ressourcen wie Bildung, Arbeitsmarkt oder Gesundheitsversorgung sowie hinsichtlich der Erfahrungen von Diskriminierung und Rassismus. All diese Faktoren, neben weiteren, gilt es, in differenzierten Analysen zur gesundheitlichen Lage zu berücksichtigen. Hierfür ist ein bevölkerungsanteiliger Einschluss von Menschen mit Migrationsgeschichte in all ihrer Heterogenität in das Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts (RKI) unerlässlich.

Einschluss von Menschen mit Migrationsgeschichte ins Gesundheitsmonitoring

In den bisherigen Untersuchungssurveys („Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“ (KiGGS), „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS)) des RKI war - trotz aufwändiger Rekrutierungsanstrengungen - die Einbeziehung von Menschen mit Migrationsgeschichte nicht in ausreichendem Maße möglich [5, 6]. Auch in den regelmäßig unter Erwachsenen durchgeführten Befragungsstudien „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA), die zumeist telefonisch und ausschließlich in deutscher Sprache durchgeführt werden, ist eine Unterrepräsentation von Menschen mit Migrationsgeschichte zu beobachten: Während 2022 19,8% der Bevölkerung ab 15 Jahren gemäß Mikrozensus nicht in Deutschland geboren worden

waren [7], lag der entsprechende Anteil unter den Teilnehmenden in GEDA 2022 bei 11,1% (ungewichtet, ab 18 Jahre, eigene Berechnungen). In Bezug auf die Staatsangehörigkeit zeigt sich ein ähnliches Bild: Während 13,9% der Bevölkerung ab 15 Jahren im Jahr 2022 dem Mikrozensus zufolge keine deutsche Staatsangehörigkeit hatten [7], waren es unter den Teilnehmenden an GEDA 2022 lediglich 3,8% (ungewichtet, ab 18 Jahren, eigene Berechnungen). Ein Selektionsbias auf Grund der Unterschiede in der Teilnahmebereitschaft und Teilnahmemöglichkeiten (z.B. aufgrund eingeschränkter Sprachangebote) sowie die anschließende Datengewichtung können zu Verzerrung in Bezug auf Analyse und Interpretation der Ergebnisse führen. Gleichzeitig waren die bislang erreichten Fallzahlen vergleichsweise gering, sodass differenzierte Analysen anhand unterschiedlicher relevanter Faktoren erschwert bis unmöglich waren.

Struktur und Ziele des Projekts

Vor diesem Hintergrund und basierend auf den Erfahrungen aus dem Vorgängerprojekt „Maßnahmen zur Verbesserung der Informationsgrundlage zur Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund – Improving Health Monitoring in Migrant Populations (IMIRA)“ wurde im Rahmen des hier berichteten Projekts „Einbeziehung von Menschen mit Migrationshintergrund in das RKI-Gesundheitsmonitoring (IMIRA II)“ eine Befragungsstudie unter Menschen mit ausgewählten Staatsangehörigkeiten konzipiert und durchgeführt. Die Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell: Fokus“ (GEDA Fokus) reiht sich ein in die regelmäßig durchgeführten GEDA-Studien, adressiert dabei jedoch Menschen mit italienischer, kroatischer, polnischer, syrischer oder türkischer Staatsangehörigkeit im Alter von 18 bis 79 Jahren, die mittels einer Einwohnermeldeamtsstichprobe nach dem Merkmal der Staatsangehörigkeit (erste, zweite oder dritte, also einschließlich Doppelstaatlerinnen und Doppelstaatler) aus den Melderegistern von 99 Städten und Gemeinden gezogen wurden. Mit einem aufwändigen, sequentiellen Mixed-Mode-Design sowie dem Angebot von sechs Studiensprachen (Arabisch, Deutsch, Italienisch, Kroatisch, Polnisch und Türkisch) wurde versucht, den Bedarfen der Teilnehmenden entgegen zu kommen, um die Teilnahmebereitschaft zu erhöhen. Im Rahmen einer Machbarkeitsstudie in zwei Bundesländern im Projekt IMIRA hatte sich dieses Vorgehen als zielführend erwiesen und wurde daher im Rahmen von GEDA Fokus deutschlandweit umgesetzt [8, 9].

Das primäre Ziel der Studie lag in der repräsentativen Beschreibung und Analyse der gesundheitlichen Lage von Menschen ausgewählter Herkunftsgruppen nach migrationsbezogenen Merkmalen, wie z.B. Aufenthaltsdauer, -status, Migrationsmotiven oder Deutschkenntnissen anhand ausgewählter Kernindikatoren [10] sowie in der Identifikation von Schutz- und Risikofaktoren.

Das Projekt IMIRA II wurde vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gefördert (Förderkennzeichen: ZMVI1 – 2518FSB411).

Erhebungs- und Auswertungsmethodik

Operationalisierung der Studienziele

Das primäre Projektziel ist in mehrere Teilziele untergliedert, deren Operationalisierung in Tabelle 1 dargestellt ist.

Tabelle 1: Operationalisierung der Teilziele

| Ziel(e) und Teilzeile: | Indikatoren zur Messung der Zielerreichung: |
|---|--|
| 1. Anpassung und Weiterentwicklung von Zugangswegen, Inhalten, Erhebungsinstrumenten und Indikatoren des Gesundheitsmonitorings | Konzept zur Anpassung und Weiterentwicklung des Gesundheitsmonitorings; Erarbeitung und Publikation von Empfehlungen zur besseren Erreichbarkeit von Menschen mit Migrationsgeschichte in der Public Health-Forschung |
| 2. Durchführung der Befragungsstudie „GEDA Fokus“ | Realisierung von ca. 6.000 Interviews mit Personen zw. 18-79 Jahren in ganz Deutschland mit italienischer, kroatischer, polnischer, syrischer oder türkischer Staatsangehörigkeit |
| 3. Beschreibung und Analyse des Gesundheitsstatus befragter Personen nach ausgewählten migrationsbezogenen Merkmalen | Publikationen und Kongressbeiträge auf Basis der Daten der Befragungsstudie GEDA Fokus - Quantitative Analysen |
| 4. Methodische Reflexion und Überarbeitung bisher genutzter Konzepte im Bereich Migration und Gesundheit. Kritische Bewertung der Operationalisierung und Nutzung des Konzeptes Migrationshintergrund | Diskussionen, Veranstaltungen unterschiedlicher Formate, Literaturrecherchen, Reviews und kognitive Pretests; Erarbeitung und Publikation von Empfehlungen zur Erhebung und Analyse migrationsbezogener Determinanten in der Public Health-Forschung |
| 5. Vernetzung und Kooperation mit relevanten Akteurinnen und Autoren, Aufbau von Netzwerkstrukturen | Durchführung von Workshops, gemeinsame Publikationen und Kongressbeiträge |

Datenerhebung

Auswahl der Grundgesamtheit

Die identifizierten Zielgruppen für die Befragungsstudie GEDA Fokus waren Personen mit italienischer, kroatischer, polnischer, syrischer oder türkischer Staatsangehörigkeit. Die Auswahl der Grundgesamtheit erfolgte anhand von Modellrechnungen unter Verwendung der Ausländerstatistiken des Statistischen Bundesamtes [11] und Registerbewegungen [12] der Jahre 2015 bis 2017, unter Berücksichtigung der Größe der Staatsangehörigkeitsgruppen und der Dynamik in Form von Zu- und Fortzügen. Da Menschen mit rumänischer Staatsangehörigkeit über Einwohnermeldeamtsstichproben in der Machbarkeitsstudie „Befragung“ des Projektes IMIRA [8, 9] weniger gut erreicht werden konnten, wurde in Rücksprache mit dem IMIRA-Projektbeirat entschieden, statt der rumänischen die kroatische Staatsangehörigkeit einzuschließen, da diese in den angestellten Modellrechnungen in ihrer Relevanz auf die der rumänischen Staatsangehörigkeit folgte.

Studiendesign und Stichprobenziehung

Bei GEDA Fokus handelt es sich um eine bevölkerungsbezogene, mehrsprachige Querschnittsstudie unter Menschen mit ausgewählten Staatsangehörigkeiten im Alter von 18 bis 79 Jahren. Die Stichprobenziehung erfolgte in einem zweistufigen, geschichteten Cluster-Samplingverfahren. Auf der ersten Stufe wurden, u.a. basierend auf dem Anteil an Menschen ohne deutsche Staatsangehörigkeit in den Kreisen und kreisfreien Städten sowie der BIK 10-Klassifikation [13]¹, 120 *primary sampling units* (PSU) in 99 Städten² und Gemeinden aus der Gesamtheit aller Städte und Gemeinden in Deutschland durch Kolleginnen und Kollegen der GESIS – Leibnitz-Institut für Sozialwissenschaften gezogen. Auf der zweiten Stufe wurden dann Personen nach dem Merkmal der Staatsangehörigkeit (italienisch, kroatisch, polnisch, syrisch oder türkisch, 1., 2. oder 3. Staatsangehörigkeit, also einschließlich Doppelstaatlerinnen und Doppelstaatler) aus den Einwohnermelderegistern der 99 Städte und Gemeinden gezogen. Die Bruttofallzahlen der zu ziehenden Personen unterschieden sich hierbei nach BIK-Klassifikation (< 8 vs. ≥ 8) sowie Einwohnendenzahl in den PSU mit einer BIK-Klassifikation < 8 (< 10.000 vs. ≥ 10.000), um dem Umstand Rechnung zu tragen, dass gerade in den kleineren PSU aller Voraussicht nach nicht hinreichend viele Personen mit entsprechenden Staatsangehörigkeiten gemeldet sein dürften. Die Bruttofallzahl unterschied sich auch nach Staatsangehörigkeitsgruppen, um die angenommene unterschiedliche Teilnahmebereitschaft

¹ Die BIK 10-Klassifikation ist ein regionales Klassifikationssystem für Deutschland, das die Stadt-Umland-Beziehungen darstellt. Es fließen u.a. Daten der Bundesagentur für Arbeit sowie der Bevölkerungsfortschreibung ein [13].

² Größere Städte, z.B. Berlin, wurden mehrfach gezogen.

schon bei der Stichprobenziehung auszugleichen. Berechnungen hierzu sowie weitere Details zur Stichprobenziehung finden sich im Studienprotokoll [14].

Erhebungsdesign

Das Erhebungsdesign war sequentiell konzipiert und umfasste vier Studienphasen, wobei sich die vierte Studienphase zwischen den PSU mit einer BIK-Klassifikation < 8 bzw. ≥ 8 unterschied. Die Datenerhebung erfolgte in zwei Tranchen und begann für Tranche 1 am 08. November 2021 und für Tranche 2 am 29. November 2021. Die vier Studienphasen sind im Folgenden beschrieben:

- Phase 1:** Versand einer jeweils zweisprachigen (z.B. Deutsch-Italienisch für BIK < 8 Studienpersonen mit italienischer Staatsangehörigkeit) schriftlichen BIK ≥ 8 Einladung mit der Bitte um Beantwortung eines Online-Fragebogens in den Sprachen Deutsch bzw. bilingual Deutsch-Arabisch, Deutsch-Italienisch, Deutsch-Kroatisch, Deutsch-Polnisch oder Deutsch-Türkisch.
- Phase 2:** Versand eines zweisprachigen Erinnerungsschreibens mit Verweis auf den BIK < 8 Online-Fragebogen zuzüglich eines zweisprachigen schriftlichen BIK ≥ 8 Papierfragebogens (Deutsch zuzüglich entsprechender o.g. Übersetzungssprache je nach Staatsangehörigkeit).
- Phase 3:** Versand eines zweisprachigen Erinnerungsschreibens mit Hinweis auf den BIK < 8 Online- sowie den im Schritt zuvor zugesandten schriftlichen Fragebogen. BIK ≥ 8 Zusätzlich Ankündigung eines Hausbesuches zur Durchführung eines persönlichen oder telefonischen Interviews.
- Phase 4:** Durchführung der Hausbesuche mit dem Ziel eines persönlichen Interviews BIK ≥ 8 durch teils bilinguale Interviewende unter Berücksichtigung von Schutzmaßnahmen. Dies geschah entweder direkt oder nach Terminvereinbarung mit der Studienperson. Auf Wunsch der Studienperson konnte auch ein telefonisches Interview durchgeführt werden, z.B. um der pandemischen Situation gerecht zu werden oder auch, wenn eine Interviewführung auf Deutsch bzw. in der notwendigen Übersetzungssprache durch die/den Interviewende/n nicht gewährleistet werden konnte. Hierzu wurden an der Haustür durch die/den Interviewende/n die Rufnummern der Studienpersonen eingeholt und im Nachgang ein telefonisches Interview geführt.

Im Rahmen der Hausbesuche wurden pro Studienperson mindestens vier Kontaktierungsversuche an unterschiedlichen Wochentagen und zu verschiedenen Tageszeiten durchgeführt, bevor diese als nicht erreicht gewertet wurde. In jedem Schreiben wurde den Studienpersonen eine kostenlose Hotline-Telefonnummer sowie eine E-Mailadresse für Rückfragen oder zur Ablehnung der Studienteilnahme mitgeteilt.

Die Datenerhebung wurde im Auftrag des RKI durch einen externen Dienstleister durchgeführt. Weitere Details zum Erhebungsdesign können dem Studienprotokoll [14] entnommen werden.

Schulung des Feldpersonals und Prozessevaluationstreffen

Direkt vor Feldstart wurden die bilingualen Mitarbeitenden des externen Dienstleisters (je Studiensprache eine zweisprachige Person, z.B. Deutsch-Italienisch), die die Studienhotline betreuen sollten, intensiv zu Studienzielen und -design geschult. Interaktiv wurden mögliche Fragen zur Studie besprochen sowie Strategien für die Einwandbehandlung für den Fall, dass Studienpersonen die Teilnahme verweigern wollten. Auch die standardisierte Aufnahme von Ausfallcodes und Verweigerungsgründen wurde geschult. Anfang Dezember 2021 wurden anschließend die Interviewenden, die die Hausbesuche und persönlichen bzw. telefonischen Interviews durchführen sollten, zu vergleichbaren Inhalten im Rahmen einer zweitägigen Schulung auf ihre studienspezifische Tätigkeit vorbereitet. Neben Studiendesign und -zielen wurde der Fragebogen vertieft vorgestellt und Rückfragen dazu beantwortet. Im Rahmen einer Gruppenübung wurde das Vorgehen im standardisierten Interview erneut ins Gedächtnis gerufen. Am zweiten Schulungstag nahm das Thema Kontaktsituation im Haushalt – einschließlich des Hygienekonzepts zur Verhinderung von Transmissionen von SARS-CoV-2 – viel Raum ein; interaktiv wurden mögliche herausfordernde Situationen anhand von Gruppenübungen diskutiert. Der technische Schulungsteil umfasste u.a. den Ablauf der Kontaktdokumentation sowie erneut die standardisierte Aufnahme von Ausfallcodes und Verweigerungsgründen.

Neben den Schulungen erfolgten im Verlauf der vierten Feldphase in den Monaten Januar, Februar, März und April insgesamt vier Prozessevaluationstreffen mit den Interviewenden. In diesen jeweils etwa 90-minütigen Treffen wurde zunächst der Rekrutierungsfortschritt vorgestellt und anschließend war Raum, um herausfordernde Situationen, die die Interviewenden geschildert hatten, gemeinsam zu besprechen und mögliche Lösungsstrategien in der Gruppe zu erarbeiten. Es wurden jedoch auch jeweils Leitfragen vorbereitet, um von Seiten der RKI-Mitarbeitenden von den Erfahrungen der Interviewenden zu lernen. Die Möglichkeit des Austauschs wurde von allen Seiten sehr wertgeschätzt.

Studienmaterialien und Befragungsinhalte

Die im Rahmen der Machbarkeitsstudie „Befragung“ des Projektes IMIRA genutzten Materialien (z.B. Einladungs- und Erinnerungsschreiben, Informationsblatt) wurden überarbeitet und an das geplante Vorgehen angepasst. Anschließend wurden sämtliche Studienmaterialien (Einladungs- und Erinnerungsschreiben, Studieninformationsblatt, Datenschutz- und Einwilligungserklärung) von einer externen Übersetzungsfirma von Deutsch in Arabisch, Italienisch, Kroatisch, Polnisch und Türkisch übersetzt. Zusätzlich wurden wichtige Informationen zur Studie in Form von *frequently asked questions* (FAQ) zusammengetragen, übersetzt und auf der Website des externen Dienstleisters platziert.

Im Mittelpunkt des Fragebogens standen die im Vorläuferprojekt IMIRA entwickelten Kernindikatoren zur Beschreibung der gesundheitlichen Lage von Menschen mit Migrationsgeschichte [10]. Diese wurden ergänzt um eine Vielzahl von Indikatoren zur Abbildung sozialer Determinanten der Gesundheit sowie um Fragen zur Gesundheitsversorgung und zum Inanspruchnahmeverhalten. Angesichts der COVID-19-Pandemie bot der GEDA Fokus-Fragebogen die Möglichkeit, zusätzlich Faktoren zu erheben, die im Zusammenhang mit SARS-CoV-2-Infektionen und -Morbidity und Impfverhalten stehen. Der Fragebogen wurde daher um Fragen zu relevanten Vorerkrankungen im Zusammenhang mit SARS-CoV-2, um Bezugsquellen von Gesundheitsinformationen, Expositionsrisiken und Fragen zur Inanspruchnahme von Impfangeboten ergänzt. Die erhobenen Inhalte ermöglichen somit differenzierte Analysen einer ganzen Reihe gesundheitlicher Outcomes. Die Themenbereiche des Fragebogens sind in Tabelle 2 dargestellt.

Tabelle 2: Themenbereiche des GEDA Fokus-Fragebogens

| Themenbereiche des GEDA Fokus-Fragebogens |
|--|
| Angaben zur Person |
| Allgemeiner Gesundheitszustand |
| Erkrankungen |
| Testung und ärztliche COVID-19-Diagnose |
| Krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit |
| Gesundheitsversorgung / Inanspruchnahme |
| Pflege |
| Impfungen / Gesundheitsleistungen |
| Soziale Beziehungen und Kontakte |
| Zugehörigkeitsgefühl und Selbstwirksamkeit |
| Wahrgenommene Diskriminierung |
| Gesundheitsverhalten |
| Psychische und psychosoziale Gesundheit |

| |
|---|
| Migrationsstatus / Herkunft |
| Haushalt |
| Wohnsituation |
| Religion/ Glaube |
| Bildung und Ausbildung |
| Lebenssituation und berufliche Stellung |
| Einkommen |
| Subjektiver Sozialstatus |

Ursprünglich war vorgesehen, den Fragebogen im Team-Ansatz übersetzen zu lassen. Aufgrund der pandemischen Lage und damit verbundenen hohen Anzahl an Aufträgen beim Übersetzungsbüro war es jedoch herausfordernd, den moderierten Konsensprozess in einem für die Einarbeitung der Übersetzungen in die Befragungssysteme des externen Dienstleisters notwendigen, passenden Zeitrahmen zu terminieren. Aufgrund dieser zeitlichen Restriktion erfolgte die Übersetzung schließlich in einem zweistufigen Prozess durch i) eine Person mit medizinischem Hintergrund und anschließend ii) durch eine zweite Person, die die vorgenommene Erstübersetzung auf Allgemeinverständlichkeit hin prüfte und ggf. anpasste.

Ethik und Datenschutz

Ein Ethikvotum wurde mit Datum vom 22.12.2021 ohne Bedenken von der Ethikkommission der Charité – Universitätsmedizin Berlin (Referenznummer: EA1/250/21) erteilt.

Die datenschutzrechtliche Prüfung erfolgte durch die Datenschutzbeauftragte des Robert Koch-Instituts. Es gab keine datenschutzrechtlichen Bedenken; das Ergebnis der datenschutzrechtlichen Prüfung wurde am 26.10.2021 mitgeteilt.

Auswertungsmethodik

Die Daten wurden und werden im Rahmen verschiedener Publikationen deskriptiv als auch analytisch ausgewertet. Das statistische Vorgehen orientiert sich dabei an den jeweiligen Fragestellungen. Für alle Auswertungsvorhaben werden jedoch die im Rahmen des Projektes erarbeiteten „Empfehlungen zur Erhebung und Analyse migrationsbezogener Determinanten in der Public Health-Forschung“ berücksichtigt [15].

Ergebnisse

Im Folgenden werden ausgewählte Ergebnisse beschrieben, die in einzelnen Publikationen näher ausgeführt werden.

Methodische Ergebnisse

Von 33.436 eingeladenen Studienpersonen konnten 6.038 für die Studienteilnahme gewonnen werden. Insgesamt wurde nach den Standards der *American Association for Public Opinion Research (AAPOR)* [16] eine Responsequote von 18,4% erreicht (AAPOR Response Rate 1). Diese unterschied sich nach den Staatsangehörigkeitsgruppen und war am höchsten unter Studienpersonen mit syrischer Staatsangehörigkeit (23,9%) und am geringsten unter denjenigen mit türkischer Staatsangehörigkeit (13,8%). Auch hinsichtlich der BIK-Klassifikation der Sample Points unterschied sich die Responsequote: Während sie in denjenigen Sample Points mit einer BIK-Klassifikation < 8 – und demnach ohne Hausbesuche – nur 12,5% betrug, konnte sie in den Sample Points mit einer BIK-Klassifikation ≥ 8 auf 19,3% gesteigert werden.

Hinsichtlich der sequentiell angebotenen Ausfüllmodi des Fragebogens wurde am häufigsten der Online-Fragebogen genutzt (50,2%), gefolgt vom Papierfragebogen (28,0%). Mit etwas mehr als jeder/jedem fünften Teilnehmenden wurde ein Interview geführt (21,9%), die Mehrheit davon persönlich im Haushalt der Teilnehmenden (78,3%). Das angebotene telefonische Interview wurde insgesamt nur von einer Minderheit genutzt (4,8%). Die Verwendung der verschiedenen Modi unterscheidet sich insbesondere hinsichtlich des Alters der Teilnehmenden: Während Teilnehmende unter 50 Jahren zu mehr als der Hälfte den Online-Fragebogen nutzten (55,7%), wurde ab einem Alter von über 50 Jahren der Papierfragebogen bevorzugt (41,5%). Teilnehmende, die gemäß der Internationalen Standardklassifikation für das Bildungswesen ISCED (2011) [17] der niedrigen Bildungsgruppe zugeordnet werden konnten (ISCED 2011), nahmen zu einem großen Anteil (40,5%) an persönlichen Interviews teil.

Am Ende des Fragebogens wurden Teilnehmende gefragt, in welcher Sprache sie den Fragebogen ausgefüllt hatten. Als Antwortoptionen wurden ihnen je nach Sprachversion (z.B. Deutsch-Italienisch) die folgenden angeboten: ‚Ausschließlich auf Deutsch‘, ‚Überwiegend auf Deutsch‘, ‚Ausschließlich auf Italienisch‘, ‚Überwiegend auf Italienisch‘ sowie ‚Ich habe beide Sprachen gleichermaßen genutzt‘. In Bezug auf die angebotenen Ausfüllsprachen ist zu beobachten, dass insbesondere Teilnehmende mit syrischer Staatsangehörigkeit überproportional häufig die Übersetzung (ausschließlich oder überwiegend) nutzen (69,7%) verglichen mit dem Durchschnitt aller anderen Staatsangehörigkeitsgruppen (33,8%). Mit zunehmender Aufenthaltsdauer sowie besseren selbst eingeschätzten Deutschkenntnissen wurde häufiger Deutsch (ausschließlich oder überwiegend) als Ausfüllsprache genutzt.

Vertiefende methodische Ergebnisse, u.a. zur Veränderung der Stichprobenszusammensetzung während der unterschiedlichen Phasen der Teilnehmendenrekrutierung werden derzeit erarbeitet und zur Publikation in einer internationalen Fachzeitschrift vorbereitet.

Erste Ergebnisse zur erreichten Studienpopulation wurden im Studienprotokoll veröffentlicht [14].

Inhaltliche Ergebnisse – Zusammenfassung bereits publizierter Artikel

[Gesundheit von Menschen mit ausgewählten Staatsangehörigkeiten in Deutschland: Ergebnisse der Studie GEDA Fokus](#)

Bartig S, Koschollek C, Bug M, Blume M, Kajikhina K, Geerlings J, Starker A, Hapke U, Rommel A, Hövener C (2023) J Health Monit 8(1): 7–35. DOI: <https://doi.org/10.25646/11089>

Die Gesundheit von Menschen mit Migrationsgeschichte variiert nach einer Vielzahl sozialer sowie migrationsbezogener Faktoren. Vor diesem Hintergrund ist es unerlässlich, diese große Heterogenität in Analysen und der Berichterstattung zu Migration und Gesundheit zu berücksichtigen. Dieser Beitrag zielte darauf ab, die gesundheitliche Lage von Menschen mit ausgewählten Staatsangehörigkeiten anhand verschiedener Indikatoren zu beschreiben und relevante Determinanten der jeweiligen Gesundheitsoutcomes zu identifizieren. Basierend auf dem in IMIRA entwickelten Kernindikatorensystem wurden Indikatoren zur Beschreibung des Gesundheitszustandes (selbsteingeschätzter allgemeiner Gesundheitszustand, Vorliegen einer depressiven Symptomatik), des Gesundheitsverhaltens (Prävalenz des aktuellen Rauchens) und der Gesundheitsversorgung (Inanspruchnahme allgemein- sowie fachärztlicher Leistungen) nach verschiedenen sozialen und migrationsbezogenen Merkmalen betrachtet. Die Ergebnisse weisen auf gesundheitliche Ungleichheiten unter Menschen mit ausgewählten Staatsangehörigkeiten hin. Neben soziodemografischen Merkmalen sind insbesondere ein als gering empfundenenes Zugehörigkeitsgefühl zur Gesellschaft in Deutschland sowie selbstberichtete Diskriminierungserfahrungen im Alltag negativ mit dem Gesundheitszustand und -verhalten assoziiert. Im Hinblick auf die Gesundheitsversorgung zeigt sich ein Zusammenhang zwischen der Inanspruchnahme allgemeinärztlicher Leistungen und den selbsteingeschätzten Deutschkenntnissen; Diskriminierungserfahrungen im Gesundheits- oder Pflegebereich sind mit der Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen assoziiert. Demnach zeigen sich gesundheitliche Unterschiede unter Menschen mit ausgewählten Staatsangehörigkeiten, die zum Teil durch gesellschaftliche Ausschlussmechanismen und eingeschränkte Teilhabechancen bedingt sind. Es bedarf der systematischen Erforschung, inwiefern Diskriminierungs- und Ausgrenzungserfahrungen die Gesundheit beeinflussen und somit gesundheitliche Ungleichheiten verstärken.

[COVID-19-Impfstatus bei Menschen mit ausgewählten Staatsangehörigkeiten: Ergebnisse der Studie GEDA Fokus](#)

Bug M, Blume M, Kajikhina K, Bartig S, Wulkotte E, Neuhauser H, Geerlings J, Hövener C, Koschollek C (2023) J Health Monit 8(1): 36–54. DOI: <https://doi.org/10.25646/11088>

Angesichts der inhaltlichen Anpassung des Fragebogens in Bezug auf die COVID-19-Pandemie ließen sich Auswertungen auch zur Inanspruchnahme von Impfangeboten durchführen. Studien zeigen, dass Menschen mit Migrationsgeschichte seltener gegen COVID-19 geimpft sind als Personen ohne Migrationsgeschichte, bei einem gleichzeitig erhöhten Infektionsrisiko [18]. Ziel dieses Beitrages war es, den Zusammenhang zwischen der Inanspruchnahme der COVID-19-Impfung – operationalisiert als „mindestens einmalig geimpft“ – und soziodemografischen, gesundheits- sowie migrationsbezogenen Faktoren zu untersuchen. Insgesamt 90,0% der in GEDA Fokus Befragten sind mindestens einmal gegen COVID-19 geimpft. Während migrationsbezogene Faktoren (z.B. Aufenthaltsdauer) nicht mit der Inanspruchnahme der COVID-19-Impfung assoziiert waren, steigt mit zunehmendem Alter und Bildungsniveau – wie bei der Bevölkerung insgesamt – die Impfbeteiligung. Folglich betont der Beitrag die Bedeutung von niedrigschwelligen Informations- und Impfangeboten, um sicherzustellen, dass der Zugang zu Impfungen für alle Menschen gleichermaßen gewährleistet ist.

[Menschen mit Migrationsgeschichte in der COVID-19-Pandemie. Zusammenhänge zwischen der Lebenszufriedenheit und indirekten sozioökonomischen Pandemiefolgen](#)

Koschollek C, Bartig S, Müters S, Goßner L, Bug M, Goerigk L, Hövener C, Kajikhina K (2023) Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 66(8): 901-910. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00103-023-03741-0>

Dieser Beitrag hatte zum Ziel, Assoziationen zwischen der Lebenszufriedenheit, die als Indikator für die psychische und allgemeine Gesundheit angesehen werden kann, und indirekten Pandemiefolgen aufzuzeigen. Hintergrund besteht darin, dass nicht nur Risiken für eine SARS-CoV-2-Infektion und schwere bis tödliche Verläufe sozial ungleich verteilt sind, sondern auch Arbeitsplatz- und Einkommensverluste in Folge der Eindämmungsmaßnahmen, wobei insbesondere Menschen mit Migrationsgeschichte erhöhte Risiken haben, von solchen indirekten sozioökonomischen Pandemiefolgen betroffen zu sein. Die Ergebnisse zeigen, dass von 4.114 Teilnehmenden 64,4% eine hohe Lebenszufriedenheit berichten. Die Lebenszufriedenheit war dabei unter denjenigen geringer, die einerseits ohnehin sozioökonomisch benachteiligt waren (z.B. geringere Bildung, geringeres Einkommen) sowie unter denjenigen, die indirekte sozioökonomische Pandemiefolgen (z.B. Arbeitsplatzverlust, Einkommenseinbußen) mit einer höheren Wahrscheinlichkeit erwarteten bzw. diese bereits erlebt hatten. Es kann geschlussfolgert

werden, dass der Abbau struktureller Ursachen sozioökonomischer Benachteiligung wesentlich ist, um gesundheitliche Ungleichheiten zu adressieren und für künftige Krisen besser gewappnet zu sein.

[Gesundheit von Menschen mit ausgewählten Staatsangehörigkeiten in Deutschland: Prävalenzen nichtübertragbarer Erkrankungen und damit assoziierte soziale sowie migrationsbezogene Faktoren](#)

Bartig S*, Bug M*, Koschollek C, Kajikhina K, Blume M, Siegert M, Heidemann C, Walther L, Neuhauser H, Hövener C (2023) Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 66(10): 1071-1082. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00103-023-03767-4>

Zu den weltweit führenden Todesursachen zählen die nichtübertragbaren Erkrankungen [19]. Trotz dieser hohen Public Health-Relevanz mangelt es an aktuellen, repräsentativen Erkenntnissen für in Deutschland lebende Menschen mit Migrationsgeschichte. Der Beitrag hatte demnach zum Ziel, die Gesundheit von Menschen mit ausgewählten Staatsangehörigkeiten anhand vier verschiedener Indikatoren aus dem Bereich nichtübertragbarer Erkrankungen zu beschreiben und mit den jeweiligen Outcomes assoziierte Faktoren zu identifizieren. Neben dem Vorliegen einer chronischen Erkrankung bzw. eines lang andauernden gesundheitlichen Problems (für mind. 6 Monate), lag der Fokus auf den selbstberichteten ärztlichen Diagnosen der koronaren Herzerkrankung, des Diabetes mellitus sowie der Depression. Die Ergebnisse zeigen, dass neben soziodemografischen Merkmalen, insbesondere selbstberichtete Diskriminierungserfahrungen im Alltag und zum Teil auch ein geringeres Zugehörigkeitsgefühl zur Gesellschaft in Deutschland mit erhöhten Prävalenzen der analysierten nichtübertragbaren Erkrankungen assoziiert sind. Der Beitrag schließt damit eine Forschungslücke und weist auf die Notwendigkeit der Berücksichtigung von Lebenslaufaspekten bei der Analyse chronischer Erkrankungen hin. Insgesamt wirken vor, während und insbesondere nach der Migration unterschiedliche lebensgeschichtliche Expositionen und Ausschlussmechanismen, die das Risiko für einzelne chronische Erkrankungen erhöhen können.

[Konzeptionelle Ergebnisse – Zusammenfassung bereits publizierter Artikel](#)

[Empfehlungen zur Erhebung und Analyse migrationsbezogener Determinanten in der Public-Health-Forschung](#)

Kajikhina K*, Koschollek C*, Sarma N, Bug M, Wengler A, Bozorgmehr K, Razum O, Borde T, Schenk L, Zimmermann R, Hövener C (2023) J Health Monit 8(1): 55–77. DOI <https://doi.org/10.25646/11090>

Neben inhaltlichen Auswertungen der erhobenen Befragungsdaten erfolgte – auch im Anschluss an das Projekt IMIRA – eine weitere Reflexion und Überarbeitung bisher genutzter Konzepte im Bereich Migration und Gesundheit. Im Beitrag wird die Operationalisierung und Verwendung des Konzeptes „Migrationshintergrund“ in gesundheitswissenschaftlichen Studien auf den Prüfstand

gestellt; u.a. aufgrund mangelnder Vergleichbarkeit wegen unterschiedlicher Operationalisierungen, aber auch weil das Konzept zunehmend aus Forschung und Selbstorganisation kritisiert wird [20-22]. So forderte beispielsweise die Fachkommission der Bundesregierung zu den Rahmenbedingungen der Integrationsfähigkeit 2021 eine Abkehr vom Konzept [3].

Basierend auf dem Mindestindikatorenansatz zur Erfassung des Migrationsstatus nach Schenk et al. (2006) [23] wurden im Rahmen eines gemeinsamen Reflexionsprozesses in Form von Diskussionen, Veranstaltungen unterschiedlicher Formate, Literaturrecherchen, Reviews sowie kognitiven Pretests Empfehlungen erarbeitet, wie im Rahmen von gesundheitswissenschaftlichen Studien künftig migrationsbezogene Determinanten erhoben und ausgewertet werden können, um dem Risiko von Fremdzuschreibungen, Diskriminierung und Fehlinterpretationen besser begegnen zu können.

Aufgrund der methodischen und ethischen Kritik am Konzept Migrationshintergrund wird im Beitrag empfohlen, künftig folgende Einzelindikatoren zu erheben und diese hypothesengeleitet in Auswertungen zu nutzen: Geburtsländer der Befragten und deren Eltern, Staatsangehörigkeit, Zuzugsjahr und Aufenthaltsstatus sowie deutsche Sprachkenntnisse. Zusätzlich sollten weitere soziale Determinanten der Gesundheit, wie z.B. Bildung, Einkommen, Arbeitsbedingungen oder auch Diskriminierungserfahrungen, in Analysen berücksichtigt werden. Die gesundheitliche Lage der Bevölkerung kann so differenziert beschrieben und Gruppen mit spezifischen Bedarfen besser identifiziert werden.

[Rassismus und Diskriminierung im Kontext gesundheitlicher Ungleichheit – ein narratives Review](#)

Kajikhina K, Koschollek C, Bozorgmehr K, Sarma N, Hövener C (2023) Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 66(10): 1099-1108. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00103-023-03764-7>

Rassismus und Diskriminierung als soziale Determinanten der Gesundheit stehen auch in Deutschland zunehmend im Fokus der Public Health-Forschung. Studien zeigen Zusammenhänge mit physischer und psychischer Gesundheit bis hin zu Veränderungen auf zellulärer Ebene auf. Neben den gesundheitsschädigenden Effekten interpersoneller und direkter Diskriminierung ist die Relevanz des strukturellen und institutionellen Rassismus für die gesundheitliche Ungleichheit bislang nur wenig beleuchtet. Im Rahmen einer narrativen Übersichtsarbeit wurden relevante und aktuelle Forschungsergebnisse zusammengestellt und kritisch diskutiert sowie Handlungsempfehlungen für Forschung und Praxis abgeleitet.

Anhand aktueller Evidenz wurde gezeigt, dass strukturelle und institutionelle Aspekte von Diskriminierung und Rassismus in engem Zusammenhang mit der gesundheitlichen Lage stehen. So steht die systematische Benachteiligung in den Bereichen Bildung, Arbeit, Wohnen sowie Gesundheitsversorgung im Zusammenhang mit der allgemeinen, psychischen und physischen Gesundheit, mit der Inanspruchnahme von Präventions- und Versorgungsleistungen sowie mit dem Gesundheitsverhalten.

Das Review stellt die Notwendigkeit einer Analyse der Verschränkung von Lebens-, Wohn- und Arbeitsbedingungen mit der gesundheitlichen Lage von Menschen mit (und ohne) Migrationsgeschichte – generell und in Verbindung mit Rassismus und Diskriminierung – dar. Damit soll eine Grundlage geschaffen werden, um gezielte Maßnahmen im Hinblick auf Verhältnisprävention abzuleiten, statt auf bloße Verhaltensprävention zu fokussieren. Neben praktischen Interventionen (Trainings, Aufklärungsarbeit, communitybasierten Ansätzen) werden die Weiterentwicklung methodischer Aspekte im Bereich der Erhebung und Analyse von Daten als wichtig Maßnahmen diskutiert, um dieser Problemlage umfassend in Forschung und Praxis zu begegnen.

Weitere in Bearbeitung befindliche bzw. geplante Analysen

Ferner sind inhaltliche Auswertungen mit dem Fokus auf strukturelle Determinanten und Arbeitsbelastungen bei Menschen mit Migrationsgeschichte geplant. Ein weiterer thematischer Schwerpunkt bei geplanten Zusammenhangsanalysen liegt bei Rassismus-/Diskriminierungserfahrungen und der körperlichen Gesundheit sowie zur mentalen Gesundheit und soziodemografischen sowie psychosozialen Determinanten.

Auch werden die im Rahmen von GEDA Fokus erhobenen Daten für weitere Analysen diverser Abschlussarbeiten genutzt. Thematisch beinhaltet das die Inanspruchnahme von Krebsvorsorge und Grippe- bzw. Pneumokokkenimpfangeboten sowie mögliche kommunikative und finanzielle Barrieren im Inanspruchnahmeverhalten bestimmter Subgruppen. Auch die Inanspruchnahme von Notaufnahmen und Rettungsstellen und damit assoziierte Determinanten wird beleuchtet. Weiterhin werden Themenblöcke wie die körperliche Aktivität näher betrachtet. Zudem ist eine weitere Analyse zum subjektiven Sozialstatus von Menschen mit eigener Migrationserfahrung und dessen Veränderungen vor und nach der Migration geplant.

Fazit

Die Befragungsstudie GEDA Fokus ermöglicht differenzierte Auswertungen nach soziodemografischen und migrationsbezogenen Merkmalen für eine Vielzahl von Gesundheitsindikatoren bei Menschen mit ausgewählten Staatsangehörigkeiten. Relevante

Schutz- und Risikofaktoren der Gesundheit können so identifiziert werden. Auch durch das aufwändige, sequentielle Mixed-Mode-Design und der Möglichkeit, die Befragung in den sechs Übersetzungssprachen anzubieten, konnte den Bedarfen der Teilnehmenden entgegengekommen werden. Dieser Umstand trägt dazu bei, die in Deutschland lebende heterogene Bevölkerung von Menschen mit Migrationsgeschichte sichtbar zu machen, mit dem übergeordneten Ziel, die Gesundheit aller in Deutschland lebender Personen zu verbessern.

Gender Mainstreaming Aspekte

Im Rahmen des Projektes wurde sowohl bei der Ansprache der Studienpersonen, bei der Datenerhebung als auch bei der Datenauswertung und Berichterstattung ein gendersensibles Vorgehen gewährleistet, das allen Geschlechtern gerecht werden soll. Dies bedeutet, dass geschlechtsspezifische Besonderheiten in allen Forschungsphasen berücksichtigt wurden. Im Rahmen der Ansprache der Teilnehmenden wurden genderneutrale Formulierungen für die Informationsmaterialien (Anschreiben, Informationstexte, Datenschutz- und Einwilligungserklärung) sowie im Fragebogen genutzt. In Bezug auf die Berichterstattung liegt ein Fokus darin, mitunter geschlechtervergleichende Betrachtungen anzustellen. Dies vor dem Hintergrund, dass ähnliche Erlebnisse und Erfahrungen von Frauen und Männern aufgrund unterschiedlicher Expositionen, Lebensumstände, Ressourcen etc. unterschiedlich wahrgenommen und verarbeitet werden (können) und sich dies unterschiedlich auf die Gesundheit auswirken kann.

Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung

Die COVID-19-Pandemie zu Beginn des Jahres 2020 stellte das Projektteam und die Ausrichtung der im Antrag beschriebenen geplanten Vorhaben vor große Herausforderungen. Neben dem verzögerten Projektstart musste auch die konzeptionelle Ausrichtung der Studie pandemiebedingt angepasst werden. So wurden Arbeits- und Zeitpläne überarbeitet und auch Anpassungen hinsichtlich des Erhebungsdesigns und der Studienmaterialien sowie dem Fragebogen notwendig. Vor diesem Hintergrund und mit Verlängerung der Projektlaufzeit ließen sich dennoch folgende im Antrag definierte Ziele erreichen: Die Befragungsstudie GEDA Fokus hatte zum Ziel, etwa 6.000 Menschen mit ausgewählten Staatsangehörigkeiten zu befragen, um Aussagen über den Gesundheitsstatus und relevante Faktoren treffen zu können, sowie die Datenlage zur Gesundheit von Menschen mit Migrationsgeschichte in Bezug auf ihren Gesundheitszustand, ihr Gesundheitsverhalten und soziale Determinanten der Gesundheit zu verbessern. Dieses Ziel wurde erreicht.

GEDA Fokus ermöglicht differenzierte Auswertungen nach soziodemografischen und migrationsbezogenen Merkmalen für eine Vielzahl von Gesundheitsindikatoren bei einer großen Stichprobe von Menschen mit ausgewählten Staatsangehörigkeiten. So stellt die Berücksichtigung relevanter Konzepte, wie die Selbsteinschätzung der Deutschkenntnisse oder subjektiv wahrgenommene Diskriminierungserfahrungen im Alltag, die im Rahmen des Vorgängerprojektes IMIRA weiterentwickelt wurden, eine bedeutende Stärke dar. Neben dem Gesundheitszustand und -verhalten ließen sich auch ausführliche Informationen zur Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung und Prävention erheben. Darüber hinaus konnte auch in Bezug auf die COVID-19-Pandemie der aktuelle Forschungsstand erweitert werden.

Hinsichtlich der Stichprobenziehung muss darauf hingewiesen werden, dass die Ziehung der Grundgesamtheit über die Einwohnermeldeämter einzig über das Merkmal „Staatsangehörigkeit“ erfolgte. Dadurch ließen sich Teilgruppen unter Menschen mit Migrationsgeschichte nicht ausreichend berücksichtigen. Dazu zählen neben eingebürgerten Personen mit ausschließlich deutscher Staatsangehörigkeit auch Menschen mit anderen als den fünf ausgewählten Staatsangehörigkeiten.

In Bezug auf die Methodik der Befragungsstudie kann ein grundlegend positives Fazit gezogen werden. So ermöglichte das sequentielle Studiendesign mit dem Angebot mehrerer Teilnahmemodi in verschiedenen Sprachen auch den Einschluss von Subgruppen, die über die gängigen Methoden weniger gut erreicht worden wären. Die Möglichkeit, die Befragung wahlweise online, schriftlich, als auch persönlich durchzuführen sowie das Angebot einer kostenlosen mehrsprachige Hotline für Rückfragen war demnach sinnvoll.

Basierend auf den Erfahrungen und Ergebnissen des Vorgängerprojekts IMIRA sowie der im Rahmen von IMIRA II durchgeführten Befragungsstudie GEDA Fokus sind folgende Aspekte bei der Erhebung von Daten und der Beschreibung der gesundheitlichen Lage von Menschen mit Migrationsgeschichte wesentlich:

- Der Heterogenität von in Deutschland lebenden Menschen mit Migrationsgeschichte muss auch in der wissenschaftlichen Praxis Sorge getragen werden. Eine detaillierte Berücksichtigung sozialer Determinanten der Gesundheit sollte daher in zukünftigen Analysen und Auswertungen differenzierter erfolgen, als dies bisher meist geschah.
- Die konzeptionelle Weiterentwicklung und Anpassung von Methoden zur Erfassung migrationsbezogener Determinanten und relevanter Einflussfaktoren auf die Gesundheit ist für zukünftige Analysen und Auswertungen wesentlich. Eine Berücksichtigung von Daten zu beispielsweise Diskriminierung und Rassismus und der Anerkennung dieser als

gesundheitliche Determinanten ist notwendig und sollte demnach fortan in der wissenschaftlichen Praxis berücksichtigt werden.

- Ein sequentielles Studiendesign, das die Möglichkeit bietet schriftlich, online oder persönlich an der Befragung teilzunehmen, kann im Rahmen der Befragungsstudie als erfolgreich angesehen werden. Auch die Übersetzung der Studienmaterialien sowie des Fragebogens konnte dazu beitragen, Personen zu einer Teilnahme zu bewegen, die beispielsweise aufgrund von geringeren Deutschkenntnissen an einer Befragung ohne Übersetzung nicht teilgenommen hätten.
- Sowohl die Vernetzung mit Akteurinnen und Akteuren aus dem In- und Ausland zur gemeinsamen Bearbeitung inhaltlicher und methodischer Themen als auch die Verknüpfung Wissenschaft und Praxis ist essenziell und bedarf einer Fortführung.

Publikationsverzeichnis

Fachzeitschriften und -bücher

2023

- Hövener C, Fiack S (2023) Intersektional und komplex: Aktuelle Forschung und Praxis im Bereich Migration, Flucht und Gesundheit. Welche Aspekte sollten berücksichtigt werden? Bundesgesundheitsbl 66, 1069–1070. DOI 10.1007/s00103-023-03766-5
- Bartig S*, Bug M*, Koschollek C, Kajikhina K, Blume M, Siegert M, Heidemann C, Walther L, Neuhauser H, Hövener C (2023) Gesundheit von Menschen mit ausgewählten Staatsangehörigkeiten in Deutschland: Prävalenzen nicht übertragbarer Erkrankungen und damit assoziierte soziale sowie migrationsbezogene Faktoren. Bundesgesundheitsbl 66(10): 1071-1082.
- Kajikhina K, Koschollek C, Bozorgmehr K, Sarma N, Hövener C (2023) Rassismus und Diskriminierung im Kontext gesundheitlicher Ungleichheit – ein narratives Review. Bundesgesundheitsbl 66, 1099–1108
- Koschollek C, Bartig S, Müters S, Goßner L, Bug M, Goerigk L, Hövener C, Kajikhina K (2023) Menschen mit Migrationsgeschichte in der COVID-19-Pandemie. Zusammenhänge zwischen der Lebenszufriedenheit und indirekten sozioökonomischen Pandemiefolgen. Bundesgesundheitsbl 66: 901-910
- Hövener C, Wieler LH (2023) Migration und Gesundheit: Auf dem Weg zu einem diversity-orientierten Gesundheitsmonitoring am Robert Koch-Institut. J Health Monit 8(1): 3–6. DOI 10.25646/11087
- Hövener C, Wieler LH (2023) Migration and health: moving towards a diversity-oriented public health monitoring at the Robert Koch Institute. J Health Monit 8(1): 3–6. DOI 10.25646/111
- Bartig S, Koschollek C, Bug M, Blume M, Kajikhina K, Geerlings J, Starker A, Hapke U, Rommel A, Hövener C (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
- Bartig S, Koschollek C, Bug M, Blume M, Kajikhina K, Geerlings J, Starker A, Hapke U, Rommel A, Hövener C (2023) Health of people with selected citizenships: results of the study GEDA Fokus. J Health Monit 8(1): 7–33. DOI 10.25646/11143
- Bug M, Blume M, Kajikhina K, Bartig S, Wulkotte E, Neuhauser H, Geerlings J, Hövener C, Koschollek C (2023) COVID-19-Impfstatus bei Menschen mit ausgewählten Staatsangehörigkeiten: Ergebnisse der GEDA Fokus-Studie. J Health Monit 8(1): 36-54. DOI 10.25646/11088
- Bug M, Blume M, Kajikhina K, Bartig S, Wulkotte E, Neuhauser H, Geerlings J, Hövener C, Koschollek C (2023) COVID-19 vaccination status among people with selected citizenships: results of the Study GEDA Fokus. J Health Monit 8(1): 34–51. DOI 10.25646/1
- Kajikhina K*, Koschollek C*, Sarma N, Bug M, Wengler A, Bozorgmehr K, Razum O, Borde T, Schenk L, Zimmermann R, Hövener C (2023) Empfehlungen zur Erhebung und Analyse migrationsbezogener Determinanten in der Public-Health-Forschung. J Health Monit 8(1): 55-77. DOI 10.25646/11090

- Kajikhina K*, Koschollek C*, Sarma N, Bug M, Wengler, Bozorgmehr K, Razum O, Borde T, Schenk L, Zimmermann R, Hövener C (2023) Recommendations for collecting and analysing migration-related determinants in public health research. *J Health Monit* 8(1): 52–72. DOI 10.25646/111
- Koschollek C*, Kajikhina K*, El Bcheraoui C, Wieler LH, Michalski N, Hövener C (2023) SARS-CoV-2 infections in migrant populations in Germany: results from the COVID-19 Snapshot Monitoring Survey. *Public Health* 219 (2023) 35-38.
- Koschollek C, Zeisler ML, Houben RA, Geerlings J, Kajikhina K, Bug M, Blume M, Hoffmann R, Hintze M, Kuhnert R, Gößwald A, Schmich P, Hövener C (2023) German Health Update Fokus (GEDA Fokus) among Residents with Croatian, Italian, Polish, Syrian, or Turkish Citizenship in Germany: Protocol for a Multilingual Mixed-Mode Interview Survey. *JMIR Res Protoc* 2023;12:e43503. DOI: 10.2196/43503.

2022

- Bilgic L, Sarma N, Loer AK.M, Koschollek C, Bozorgmehr K, Razum O, Hövener C, Kajikhina K (2022) Diskriminierungssensible Sprache in der Forschung zu Migration und Gesundheit – eine Handreichung. *Bundesgesundheitsbl* 65, 1316–1323 (2022). <https://doi.org/10.1007/s00103-022-03620-0>
- Loer AM, 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 Serv Res* 22:1.
- Osei TB, Mank I, Sorgho R, Nayna Schwerdtle P, Hövener C, Fischer F, Razum O, Danquah I (2022) Aetiological research on the health of migrants living in Germany: a systematic literature review. *BMJ Open* 12:6.
- Koschollek C, Kajikhina K, Bartig S, Zeisler M-L, Schmich P, Gößwald A, Rommel A, Ziese T, Hövener C (2022): Results and Strategies for a Diversity-Oriented Public Health Monitoring in Germany. *Int J Environ Res Public Health*. 2022. 19(2): p. 798.
- Kajikhina K, Sarma N, Hauer B, Hövener C, Dietrich M, Wieler LH (2022) Fluchtmigration: Für eine gute Gesundheit sorgen. *Dtsch Arztebl* 2022; 119(17): A-764 / B-628

2021

- Hintermeier M, Gencer H, Kajikhina K, Rohleder, S, Hövener C, Tallarek M, Spallek J, Bozorgmehr K (2021) SARS-CoV-2 among migrants and forcibly displaced populations: A rapid systematic review. *J Migr Health*. 2021;4:100056. doi:10.1016/j.jmh.2021.100056
- Kajikhina K, Schumann M (2021): Akkulturation und Diskriminierung in: Handbuch "Migration und Gesundheit. Grundlagen, Perspektiven und Strategien", 1. Auflage 2021, Hogrefe Verlag
- Kajikhina K, (2021): Rassismus in der Gesundheitskommunikation, Zeitschrift "impulse, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. (Hrsg.) impulse 2021(110): 7-8
- Santos-Hövener C & Lampert T (2021): Auf dem Weg zu einem diversitätsensiblen Gesundheitsmonitoring. In: Spallek J, Zeeb H (Hrsg) Handbuch Migration und Gesundheit.

Kongressbeiträge

2023

16th European Public Health Conference 2023 – 09.-12.11.23, Dublin.

- Bartig S et al. (2023): Health of people with selected citizenships in Germany: results from the interview survey GEDA Fokus, Germany, 2021-2022. (Poster)
- Kajikhina K, Koschollek C et al. (2023): Inclusive and non-discriminatory language and health communication: state, needs, perspectives. (Workshop)

18. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie (DGEpi), 26.-28.09.2023, Würzburg.

- Bug M et al. (2023): Gesundheitliche Lage und assoziierte Determinanten von Menschen mit ausgewählten Staatsangehörigkeiten in Deutschland: Ergebnisse der Studie GEDA Fokus.
- Koschollek C et al. (2023): Indirekte sozioökonomische Folgen der Pandemie und ihre Zusammenhänge mit der Lebenszufriedenheit unter Menschen mit ausgewählten Staatsangehörigkeiten: Ergebnisse der Befragungsstudie GEDA Fokus.

58. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP), 30.08-01.09.23, Hannover.

- Bartig S et al. (2023): Gesundheitliche Lage und assoziierte Determinanten von Menschen mit ausgewählten Staatsangehörigkeiten in Deutschland: Ergebnisse der Studie GEDA Fokus.
- Blume M et al. (2023): Welche Determinanten sind mit der psychischen Gesundheit von Menschen mit ausgewählten Staatsangehörigkeiten assoziiert? Ergebnisse der Studie GEDA Fokus.

Kongress „Armut und Gesundheit“, 06.-07.03.2023/21.-22.03.2023, Berlin.

- Bug M et al. (2023): Determinanten des COVID-19-Impfstatus bei Menschen mit ausgewählten Staatsangehörigkeiten – Ergebnisse der Befragungsstudie GEDA Fokus.
- Bug M et al. (2023): Der Einfluss sozialer Unterstützung auf die subjektive Gesundheit bei Menschen mit ausgewählten Staatsangehörigkeiten unter Berücksichtigung soziodemografischer und migrationsbezogener Faktoren.
- Kajikhina K, Koschollek C et al. (2023): Operationalisierung und Erfassung von migrations- und rassismusbezogenen Indikatoren in der Public Health-Forschung in Deutschland. (Workshop)
- Kajikhina K et al. (2023): Verantwortlich kommunizieren: Was können Public-Health-Forschung und -Praxis von anderen Disziplinen lernen? (Workshop)

Frühjahrstagung 2023 „Rassismus, Diskriminierung und Gesundheit“ vom DeZIM, DGMS, DGS, 09.03.2023, Berlin.

- Kajikhina K et al. (2023): Operationalisierung und Messung migrations- und diskriminierungsbezogener Determinanten der Gesundheit in der epidemiologischen Forschung in Deutschland.

2022

15th European Public Health Conference 2022 – 09.-12.11.22, Berlin.

- Bug M et al. (2022): The influence of social support on subjective health among people with selected citizenships. (Poster)
- Kajikhina K et al. (2022): The impact of perceived discrimination on subjective health among adolescents: results from KiGGS 2. (Poster)
- Koschollek C et al. (2022): Factors associated with SARS-CoV-2 infections among migrants in Germany. (Poster)
- Koschollek C et al. (2022): Strategies to recruit people with selected nationalities for the interview survey GEDA Fokus. (Poster)

17. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie (DGEpi), 26.-29.09.2022, Greifswald.

- Bug M et al. (2022): Der Einfluss sozialer Unterstützung auf die subjektive Gesundheit bei Menschen mit ausgewählten Staatsangehörigkeiten unter Berücksichtigung sozioökonomischer und migrationsrelevanter Faktoren. (Poster)
- Koschollek C et al. (2022): Rekrutierungsstrategien für die Befragungsstudie GEDA Fokus unter Menschen mit ausgewählten Staatsangehörigkeiten – was funktioniert für wen?
- Koschollek C et al. (2022): SARS-CoV-2-Infektionen unter Menschen mit Migrationsgeschichte: Ergebnisse des COVID-19 Snapshot Monitorings.
- Koschollek C et al. (2022): Operationalisierung und Messung migrations- und diskriminierungsbezogener Determinanten der Gesundheit in der epidemiologischen Forschung in Deutschland.

57. Jahrestagung der DGSMP gemeinsam mit der DGMS, 07.-09.09.2022, Magdeburg.

- Hövener C et al. (2022): Auf dem Weg zu einem diversitätssensiblen Gesundheitsmonitoring: Wege der Einbeziehung von Menschen mit Migrationsgeschichte.
- Kajikhina K et al. (2022): Operationalisierung und Messung des Migrationsstatus in der epidemiologischen Forschung in Deutschland
- Kajikhina K et al. (2022): SARS-CoV-2-Infektionen unter Menschen mit Migrationsgeschichte: Ergebnisse des COVID-19 Snapshot Monitorings (COSMO) (Poster)

Kongress „Armut und Gesundheit“, 22.-24.03.2022, online.

- Kajikhina K et al. (2022): Soziale Determinanten der Gesundheit: was bedeutet Vulnerabilität in Zeiten der COVID-19 Pandemie und darüber hinaus?

Weitere Workshops/ Tagungen:

- Kajikhina K et al. (2022): Maßnahmen des RKI zur stärkeren Berücksichtigung von marginalisierten Gruppen im Gesundheitsmonitoring. Webinar der Ärzte der Welt e.V.: „Ungesehen, ungeschützt, unversichert - Wie kann ein diskriminierungsfreier Zugang zu Gesundheitsversorgung in Deutschland verwirklicht werden?“, 07.04.2022, online.
- Koschollek C et al. (2022): Erfahrungen aus dem IMIRA-Projekt. Methodenworkshop von Das familiendemografische Panel (FReDA): „(Unter-) Repräsentation von Migrantinnen und Migranten in Surveys und Panels“, 31.03.-01.04.2022, online.

2021

56. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP), 22. bis 24. September 2021, digital.

- Bug M et al. (2021): Der Einfluss sozialer Unterstützung auf die Gesundheit – Ergebnisse einer Studie mit Personen ausgewählter Staatsangehörigkeiten im Rahmen des IMIRA-Projekts.
- Hövener C et al. (2021): Easy Access? Wege der Einbeziehung für Migrant*innenpopulationen in Gesundheitssurveys, Workshop.
- Kajikhina K, Sarma N (2021): Vulnerabilität von Menschen in Gemeinschaftsunterkünften in Bezug auf Covid-19 – Empfehlungen zum Infektions- und Gesundheitsschutz.
- Kajikhina K (2021) Operationalisierung und Erhebung von (Anti-)Diskriminierungsdaten in der Gesundheitsforschung – Ergebnisse eines Scoping Reviews.
- Koschollek C et al. (2021): Der Einfluss erlebter Diskriminierung auf den subjektiven Gesundheitszustand bei Jugendlichen – Ergebnisse aus KiGGS Welle 2.

16. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie (DGEpi), 20. bis 22. September 2021, digital.

- Koschollek C et al. (2021): Inanspruchnahme allgemeinmedizinischer und fachärztlicher Leistungen durch Menschen mit Migrationshintergrund in Berlin und Brandenburg und damit assoziierte Faktoren – Ergebnisse des IMIRA-Projektes.

Kongress der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Psychologie e.V. (DGMP) und der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie e.V. (DGMS) UKE Hamburg, 16. und 17. September 2021, digital.

- Bug M et al. (2021): Der Einfluss sozialer Unterstützung auf die Gesundheit – Ergebnisse einer Studie mit Personen ausgewählter Staatsangehörigkeiten im Rahmen des IMIRA-Projekts.
- Kajikhina K (2021): Verantwortungsvolle Kommunikation von Forschungsergebnissen im Bereich Migration und Gesundheit.

- Simpson K (2021): Perceived effects and coping strategies following racial discrimination experience in the healthcare system in Berlin, Germany.

Kongress „Armut und Gesundheit“, 17.03.2021, Berlin.

- Kajikhina K et al. (2021): Health inequalities: Gesundheitliche Ungleichheit und Vulnerabilität in der COVID-19-Pandemie.
- Kajikhina K et al. (2021): COVID-19 in Gemeinschaftsunterkünften für Geflüchtete: RKI-Empfehlungen zu Prävention und Ausbruchmanagement.

2020

15. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie (DGEpi), 29. September - 01. Oktober 2020, online.

- Bug M et al. (2020): Der Einfluss sozialer Unterstützung auf die Gesundheit. Ergebnisse einer Machbarkeitsstudie im Rahmen des IMIRA-Projektes.
- Kajikhina K et al. (2020): Der Einfluss wahrgenommener Diskriminierung auf den subjektiven Gesundheitszustand bei Jugendlichen – Ergebnisse aus KiGGS Welle 2.
- Koschollek C et al. (2020): Perspektivische Einbindung von Menschen mit Migrationshintergrund im Rahmen des Gesundheitsmonitorings des RKI. Das Projekt IMIRA II.

Sonstige Vorträge

2023

- Blume M et al. (2023): Mental Health Inequalities among People with selected citizenships in Germany. RoKoCon (Robert Koch Conference).

2021

- Kajikhina K et al. (2021): Episode 25 Armut & Gesundheit: Rassismus als soziale Determinante von Gesundheit, der Public Health- Podcast zum Kongress „Armut und Gesundheit“, 12.02.2021, Berlin.
- Koschollek C (2021): IMIRA II/ GEDA Fokus. Projektpräsentation im Rahmen der Abteilungsversammlung der Abteilung 2 des Robert Koch-Instituts, 20.04.2021, Berlin.
- Hövener C (2021): Diversität in Gesundheitsberichterstattung und Forschung. Im Rahmen der Seminarreihe „Epidemiologie und Biostatistik“ des Instituts für Medizinische Biometrie und Epidemiologie, 16.12.2022, online.
- Hövener C (2021): Diversität in Gesundheitsberichterstattung und Forschung. Im Rahmen der Weiterbildung für Ärzt:innen des öffentlichen Gesundheitswesens. Akademie für öffentliches Gesundheitswesen. 24.11.2021, online.

2020

- Kajikhina K (2020): Underlying condition: racism. Rassismus, soziale Ungleichheit und die COVID-19-Pandemie. Veranstaltungsreihe zu Covid-19 und ihren Folgen des

Wissenschaftsschwerpunkts Gesundheitswissenschaften der Universität Bremen und des Zukunftsforums Public Health, 30.06.2020.

- Kajikhina K (2020): Ein Public-Health-Thema? Rassismus und soziale Ungleichheit in der COVID-19-Pandemie und darüber hinaus", Graduiertenkolleg "Professionalisierung der Gesundheits- und Sozialberufe im Kontext gesellschaftlicher Transformationsprozesse" BTU Cottbus-Senftenberg, Dezember 2020.
- Hövener C (2020): Diversität in Gesundheitsberichterstattung und Forschung. Im Rahmen der Weiterbildung für Ärzt:innen des öffentlichen Gesundheitswesens. Akademie für öffentliches Gesundheitswesen. 25.11.2020, online.

Referenzen

1. Butterwegge, C. *Von der »Gastarbeiter«-Anwerbung zum Zuwanderungsgesetz*. Bundeszentrale für politische Bildung. Grundlagendossier Migration. Bonn 2005 2005 14.07.2023]; Available from: www.bpb.de/gesellschaft/migration/dossier-migration-ALT/56377/migrationspolitik-in-der-brd
2. Statistisches Bundesamt. *Über 3 Millionen Schutzsuchende zum Jahresende 2022 in Deutschland*. Pressemitteilung Nr. 125 vom 30. März 2023 23.11.2023]; Available from: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/03/PD23_125_125.html.
3. Fachkommission der Bundesregierung zu den Rahmenbedingungen der Integrationsfähigkeit, *Gemeinsam die Einwanderungsgesellschaft gestalten Bericht der Fachkommission der Bundesregierung zu den Rahmenbedingungen der Integrationsfähigkeit*, Berlin, S. 280. 2020.
4. Statistisches Bundesamt. *24,3 % der Bevölkerung hatten 2022 eine Einwanderungsgeschichte*. Pressemitteilung Nr. 158 vom 20. April 2023. 2023 20.07.2023]; Available from: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/04/PD23_158_125.html.
5. Kamtsiuris, P., et al., *Die erste Welle der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)*. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 2013. **56**(5): p. 620-630.
6. Frank, L., et al., *Maßnahmen zur verbesserten Einbindung und Beteiligung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in KiGGS Welle 2*. 2018, Robert Koch-Institut, Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung.
7. Statistisches Bundesamt. *Bevölkerung in Privathaushalten nach Migrationshintergrund und Altersgruppen*. 2023 16.10.2023]; Available from: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Tabellen/migrationshintergrund-alter.html>.
8. Zeisler M-L, et al., *Integration of migrant populations into health monitoring in Germany. Results from a feasibility study*. Survey Methods: Insights from the field. , 2019(Retrieved from: <https://surveyinsights.org/?p=1078>).
9. Zeisler M-L, et al., *Interventions to Increase the Reachability of Migrants in Germany With Health Interview Surveys: Mixed-Mode Feasibility Study*. JMIR Formative Research, 2020. **4**(4).
10. Bartig, S., A. Wengler, and A. Rommel, *Gesundheitsberichterstattung zu Menschen mit Migrationshintergrund – Auswahl und Definition von Kernindikatoren*. Supplement. 2019: p. 30-50.
11. Statistisches Bundesamt (Destatis), *Ausländer: Deutschland, Stichtag, Geschlecht, Familienstand, Ländergruppierungen/Staatsangehörigkeit*. 2018: Wiesbaden.
12. Statistisches Bundesamt (Destatis), *Ausländer: Deutschland, Jahre, Geschlecht, Registerbewegungen (Bund), Ländergruppierungen/Staatsangehörigkeit*. 2018: Wiesbaden.
13. Behrens K, et al., *Regionale Standards: Ausgabe 2019*. Arbeitsgruppe Regionale Standards (Hrsg.), Editor. 2019, GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften: Köln., 2019.
14. Koschollek, C., et al., *German Health Update Fokus (GEDA Fokus) among Residents with Croatian, Italian, Polish, Syrian, or Turkish Citizenship in Germany: Protocol for a Multilingual Mixed-Mode Interview Survey*. JMIR Res Protoc 12:e43503, 2023.
15. Kajikhina, K., et al., *Empfehlungen zur Erhebung und Analyse migrationsbezogener Determinanten in der Public-Health-Forschung*. Journal of Health Monitoring, 2023.
16. (AAPOR), T.A.A.f.P.O.R., *Standard Definitions, Final Dispositions of Case Codes and Outcome Rates for Surveys, 9th edition*. AAPOR. 2016.
17. UNESCO, *International Standard Classification of Education ISCED 2011*. 2012, UNESCO Institute for Statistics: Montreal, Canada.
18. Plümecke, T., L. Supik, and A. Will, *Rassismus der Pandemie: Unterschiedliche Sterberaten im Zusammenhang mit COVID-19*. 2021, Mediendienst Integration (Hrsg.) Berlin

19. World Health Organization, *Noncommunicable diseases*. In: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> Zugegriffen: 27.11.2023. 2022.
20. Supik L, *Making up Ethnicities in der amtlichen Statistik*. . Working Paper Series "Gender, Diversity and Migration"; No. 3, 2014.
21. Will AK, *Migrationshintergrund im Mikrozensus: Wie werden Zuwanderer und ihre Nachkommen in der Statistik erfasst? Mediendienst Integration:1–12*. 2016.
22. Ahyoud, N., et al., *Wer nicht gezählt wird, zählt nicht. Antidiskriminierungs- und Gleichstellungsdaten in der Einwanderungsgesellschaft - eine anwendungsorientierte Einführung. Vielfalt entscheidet - Diversity in Leadership*. 2018, Berlin: Citizens For Europe (Hrsg.).
23. Schenk, L., A.-M. Bau, and T.e.a. Borde, *Mindestindikatorensatz zur Erfassung des Migrationsstatus - Empfehlungen für die epidemiologische Praxis. Bundesgesundheitsbl* 2006. **49(9):853-860**.