



Diskriminierung und Gesundheit: Ergebnisse des Panels „Gesundheit in Deutschland“ 2024

Autorinnen und Autoren: Carmen Koschollek¹, Marleen Bug¹, Susanne Bartig^{1,2}, Kathleen Pöge¹, Caroline Cohrdes¹, Claudia Hövener³, Katja Kajikhina⁴, Jens Hoebel¹

Institution: ¹ Robert Koch-Institut, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Berlin ² Freie Universität Berlin, Institut für Soziologie, Berlin ³ Alice-Salomon-Hochschule Berlin, Berlin ⁴ Robert Koch-Institut, Abteilung für Infektionsepidemiologie, Berlin

Abstract

Hintergrund: Diskriminierung ist in bestimmten Kontexten gesetzlich verboten; dennoch findet sie statt und kann erhebliche Folgen für die Gesundheit haben. Dieser Beitrag untersucht soziale Unterschiede in der Verbreitung von Diskriminierungserfahrungen sowie deren Assoziationen mit der Gesundheit Erwachsener in Deutschland.

Methode: Datengrundlage ist das bevölkerungsbezogene Panel „Gesundheit in Deutschland“ des Robert Koch-Instituts. Teilnehmende wurden nach Erfahrungen alltäglicher Diskriminierung sowie möglichen Gründen gefragt. Die Häufigkeit des Erlebens von Alltagsdiskriminierung sowie Mehrfachdiskriminierung wurde für verschiedene soziale Gruppen analysiert. Mittels Poisson-Regressionen wurden Assoziationen zwischen Diskriminierungserfahrungen und der selbsteingeschätzten allgemeinen sowie psychischen Gesundheit untersucht.

Ergebnisse: Alltags- sowie Mehrfachdiskriminierung werden verstärkt von jüngeren, trans oder genderdiversen Personen sowie Menschen in sozioökonomisch benachteiligten Lagen und mit Migrationsgeschichte berichtet. Die Häufigkeit des Erlebens von Alltags- sowie Mehrfachdiskriminierung ist graduell mit einer schlechteren allgemeinen und psychischen Gesundheit assoziiert.

Schlussfolgerungen: Diskriminierung ist eine relevante soziale Determinante der Gesundheit. Die Ergebnisse bekräftigen den Ansatz der Weltgesundheitsorganisation, den Abbau und das Überwinden von Diskriminierung als ein zentrales Handlungsfeld zur Förderung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit zu begreifen.

Keywords: Diskriminierung, Gesundheitliche Ungleichheit, Geschlechtsidentität, Bildung, Migration, Selbsteingeschätzte Gesundheit, Psychische Gesundheit, Prävalenz, Soziale Determinanten von Gesundheit, Deutschland

1. Einleitung

Diskriminierung kann erhebliche negative Auswirkungen auf die psychische und körperliche Gesundheit sowie das gesundheitsrelevante Verhalten haben und stellt eine Barriere für gesundheitliche Chancengerechtigkeit dar [1–3]. In vielen Ländern, so auch in Deutschland, existieren Gesetzgebungen, nach denen Diskriminierung unzulässig ist [4]. Hierzulande regelt das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) das Verbot der Benachteiligung in bestimmten Kontexten wie Arbeits- und Dienstleistungsverhältnissen aufgrund von ethnischer Zugehörigkeit oder Herkunft, des Geschlechts oder sexueller Identität, Religion oder Weltanschauung, Alter oder Behinderung (§§ 1, 2 AGG). Dennoch zeigt die empirische Evidenz [5–7], dass es strukturelle, institutionelle und interpersonelle Diskriminierung in Deutschland gibt.

Informationen zu Artikel und Zeitschrift

Eingereicht: 17.09.2025
Akzeptiert: 20.01.2026
Veröffentlicht: 16.03.2026

Artikel peer reviewed

Zitierweise: Koschollek C, Bug M, Bartig S, Pöge K, Cöhrdes C, Hövener C, et al. Diskriminierung und Gesundheit: Ergebnisse des Panels „Gesundheit in Deutschland“ 2024. J Health Monit. 2026;11:03. doi: 10.25646/13695

Carmen Koschollek
KoschollekC@rki.de

Robert Koch-Institut, Berlin
Journal of Health Monitoring
www.rki.de/jhealthmonit

Englische Version des Artikels
www.rki.de/jhealthmonit-en

 Open access

 CC BY 4.0 Lizenzvertrag
[Namensnennung 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

Gesundheitsberichterstattung des Bundes.
Gemeinsam getragen von RKI und Destatis.



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

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hebt in ihrem 2025 veröffentlichten *World report on social determinants of health equity* die entscheidende Bedeutung von struktureller Diskriminierung als zentrale Gesundheitsdeterminante hervor, gegen die es in Politik, Gesetzgebung, Institutionen und sozialen Normen Maßnahmen zu ergreifen gilt [4]. Strukturelle Diskriminierung ist dabei auf der gesellschaftlichen Ebene (Makroebene) verankert und in legislative sowie ökonomische Systeme eingebettet [4, 8]. Institutionelle Diskriminierung bezieht sich auf direkt oder indirekt ablaufende benachteiligende Routinen, Prozesse und Praktiken – einschließlich Gesetzgebungspraktiken – innerhalb von Organisationen und Institutionen, die systematisch Barrieren im Zugang zu gesellschaftlichen Ressourcen und Teilhabechancen (re-)produzieren (Mesoebene) [9]. Strukturelle und institutionelle Diskriminierung bedingen einander und sind nicht immer trennscharf zu unterscheiden [9, 10]. Interpersonell erfolgt Diskriminierung zwischen Individuen oder Gruppen (Mikroebene) und kann sich durch Ausgrenzung, Abwertung bis hin zu Gewalt äußern. Diskriminierung ist dabei „nicht nur eine Frage individueller Beleidigungen oder Gewalttaten, sondern ein komplexes gesamtgesellschaftliches Machtsystem mit einer langen Tradition, das bis heute wirkmächtig ist und in das wir alle verwoben sind“ [11].

Diskriminierung bezeichnet Prozesse, bei denen durch individuelles, kollektives oder institutionelles Handeln bestimmte soziale Gruppen oder einzelne Angehörige dieser Gruppen benachteiligt werden [5]. Aus soziologischer Perspektive basiert Diskriminierung auf der Einteilung und Unterscheidung von Personenkategorien und imaginierter, also vorgestellter, sozialer Gruppen, die nicht zwingend auf realen Gruppen basieren [12]. Sozial konstruierte Gruppen- und Personenkategorien dienen der „Herstellung, Begründung und Rechtfertigung von Abgrenzungen und Hierarchien, insbesondere von Machtasymmetrien, sozioökonomischen Ungleichheiten und ungleichen Chancen der Anerkennung“ [12, p. 21] (strukturelle Dominanz [13]). Den konstruierten Gruppen werden positive oder negative Eigenschaften zugeschrieben und gesellschaftliche Machtpositionen zugeordnet. Werden nun Personen in diese Gruppe eingeordnet, so werden ihnen unweigerlich die Eigenschaften und Merkmale der Gruppe zugewiesen, unabhängig davon, ob sie diese tatsächlich besitzen [5, 10, 12]. Die der Gruppe zugeschriebenen negativen Eigenschaften führen auf der Individualebene zu Ablehnung und Benachteiligung der zugeordneten Person [5, 10]. „Die Problematik von Diskriminierung besteht so betrachtet nicht allein aus den benachteiligenden Folgen, sondern bereits in der Macht, den Einzelnen Gruppenzugehörigkeiten aufzuerlegen, denen sie sich nicht entziehen können“ [12, p. 28]. Die Konstruktion dieser Gruppen verläuft entlang verschiedener Kategorien bzw. Dimensionen und generiert spezifische Formen von

Kernaussagen

- ▶ Mehr als zwei Drittel der erwachsenen Bevölkerung berichten, selten oder manchmal Diskriminierung im Alltag zu erfahren; 12,2% geben an, oft oder sehr oft solche Erfahrungen zu machen.
- ▶ Mehr als die Hälfte berichtet von einem einzelnen Grund für die erlebte Diskriminierung, 24,3% nennen zwei und 22,5% geben drei und mehr Gründe an.
- ▶ Die häufigsten Merkmalskombinationen bei Mehrfachdiskriminierung sind Alter und Geschlecht, gefolgt von Alter und sozioökonomischer Lage sowie sozioökonomische Lage und Herkunft.
- ▶ Für Alltagsdiskriminierung an sich als auch für Mehrfachdiskriminierung zeigen sich deutliche soziale Unterschiede nach Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Lage und migrationsbezogenen Indikatoren.
- ▶ Das Erleben von Alltagsdiskriminierung an sich als auch Mehrfachdiskriminierung sind graduell mit einer schlechteren allgemeinen sowie psychischen Gesundheit assoziiert.

Diskriminierung wie Sexismus [14], Ageismus (Altersdiskriminierung) [15], Klassismus [16] oder Rassismus [17]. Diskriminierung kann sichtbar oder auch von den Betroffenen unbemerkt ablaufen, aber dennoch Schaden verursachen [3, 7]. Sie kann entlang einer oder mehrerer Diskriminierungskategorien, wie z. B. Alter und Geschlecht, erfolgen (mehrdimensional); Diskriminierungskategorien können zudem untrennbar miteinander verwoben sein und spezifische Erfahrungen generieren (mehrfache und intersektionale Diskriminierung) [5, 8, 18].

Die Literatur legt nahe, dass Diskriminierung Auswirkungen auf Wirtschaft, Politik und Gesellschaft [8], und auch auf die Gesundheit hat [2, 3, 19]. Eine schlechtere gesundheitliche Lage ist entlang verschiedener Diskriminierungskategorien für die psychische (z. B. Depressionen, Angststörungen, vermindertes Wohlbefinden) und körperliche Gesundheit (z. B. schlechtere selbsteingeschätzte Gesundheit, erhöhter Blutdruck, Herz-Kreislauf-Erkrankungen) beschrieben. Zudem zeigen sich Assoziationen mit einer verringerten Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen sowie ungünstigerem Gesundheitsverhalten (z. B. Substanzkonsum): für rassistische Diskriminierung [3, 20–22], Diskriminierung basierend auf der geschlechtlichen oder sexuellen Identität [3, 23–27], aufgrund des höheren Lebensalters [28–30], des Gewichts [31–33] sowie für Behinderung und damit verbundene Diskriminierung [34–37]. Dis-

kriminierung aufgrund der sozioökonomischen Lage konnte in Studien zur Erklärung sozialer Gradienten in der Gesundheit beitragen, vermittelt also einen Teil des Zusammenhangs von sozioökonomischer Benachteiligung und schlechteren Gesundheitschancen bzw. höheren Krankheitsrisiken [38, 39]. Als spezifische Form von Stress zeigt Diskriminierung unmittelbare Assoziationen mit der psychischen Gesundheit, z. B. in Form reduzierten Wohlbefindens bis hin zu depressiver Symptomatik [2, 21], aber auch sozialer Rückzug und der damit einhergehende Verlust sozialer Netzwerke tragen zu verminderter psychischer Gesundheit bei [7]. Vermittelt über mögliche Strategien im Umgang mit erlebter Diskriminierung, wie z. B. ungünstiges Gesundheitsverhalten in Form von Substanzkonsum, kann Diskriminierung langfristig auch die körperliche Gesundheit negativ beeinflussen [3, 7, 21]. Gleichzeitig kann Diskriminierung zu erhöhten Leveln bestimmter biologischer Stressmarker, wie z. B. Kortisol, führen und sich damit sowohl auf die körperliche als auch die psychische Gesundheit auswirken. Das Zusammenwirken verschiedener solcher Marker als Reaktion auf chronischen Stress und die dadurch bedingte physiologische Dysregulation des Organismus wird als allostatistische Last bezeichnet [40]. Sie trägt zur langfristigen Abnutzung des Organismus bei, einhergehend mit einer Vielzahl an körperlichen Erkrankungen [7] und erhöhter Mortalität im Lebensverlauf [41].

Hierbei ist auch intersektionale Diskriminierung relevant, bei der mehrere Diskriminierungskategorien zusammenwirken und die mit besonders ausgeprägten negativen Folgen für die Gesundheit einhergehen kann – vor allem, wenn sie häufig erfahren wird [42]. In den letzten Jahren wurde verstärkt versucht, das Konzept der Intersektionalität mit quantitativen Daten zu erfassen, um Zusammenhänge zwischen Mehrfachdiskriminierung und gesundheitlichen Ungleichheiten messbar zu machen [43, 44]. Ein systematisches Review aus dem Jahr 2021, in dem 65 Studien ausgewertet wurden, zeigte, dass intersektionale Diskriminierung mit Unterschieden in psychischer und körperlicher Gesundheit sowie im Gesundheitsverhalten assoziiert ist [42]. Gleichzeitig werden erhebliche theoretische und methodische Herausforderungen benannt, etwa bei der Auswahl relevanter Kategorien und der statistischen Abbildung ihrer Wechselwirkungen statt bloßer Addition [42–44]. Zudem erschweren fehlende Längsschnittdaten sowie die unzureichende Berücksichtigung struktureller und kontextueller Faktoren eine umfassende Analyse der kumulativen Effekte von Diskriminierung [13, 42, 44]. In der vorliegenden Arbeit wird aufgrund dieser weiterhin ungelösten Herausforderungen nicht der Anspruch erhoben, intersektionale Diskriminierung abzubilden. Daher sprechen wir im Folgenden von Mehrfachdiskriminierung, wenn nach Selbstauskunft zwei oder mehr Gründe für die erlebte Diskriminierung vorliegen und diese sich additiv verstärken.

Aus Deutschland gibt es bislang wenig quantitative Analysen zum Zusammenhang von Diskriminierung und Gesundheit, insbesondere große, bevölkerungsbezogene Studien sind selten. Diese beziehen sich beispielsweise auf Diskriminierung im Gesundheitswesen [45, 46], andere nehmen spezifische Bevölkerungsgruppen in den Blick, wie jüngere [47] oder ältere Menschen [48], Menschen mit Migrationsgeschichte [49–53] oder LSBTIQ*-Personen [54, 55]. Das Sozio-oekonomische Panel (SOEP) als große repräsentative Panelstudie hat 2022 vertiefende Daten zu Diskriminierungserfahrungen erhoben, Auswertungen dazu stehen bislang noch aus [56]. Vor diesem Hintergrund zielt der vorliegende Beitrag darauf ab, einen Überblick über die Verbreitung von Diskriminierungserfahrungen im Alltag von Erwachsenen in Deutschland entlang demografischer, sozioökonomischer und migrationsbezogener Merkmale basierend auf bevölkerungsbezogenen Daten des Robert Koch-Instituts (RKI) zu geben. Zudem liegt ein Fokus auf verschiedenen Diskriminierungskategorien und das mögliche Erleben von Mehrfachdiskriminierung. Es werden Assoziationen zwischen der Häufigkeit des Erlebens von Diskriminierung im Alltag unter Berücksichtigung von Mehrfachdiskriminierung sowie verschiedener Diskriminierungskategorien und der gesundheitlichen Lage anhand deutschlandweiter Daten untersucht.

2. Methode

2.1 Studiendesign und Stichprobe

Die Analysen basieren auf Daten des bevölkerungsbezogenen Panels „Gesundheit in Deutschland“, das mit der Rekrutierungsstudie im Jahr 2024 durch das RKI etabliert wurde. Die Stichprobenziehung erfolgte mittels einer zweifach geschichteten Zufallsauswahl: Aus der Gesamtheit aller Gemeinden in Deutschland wurden unter Beachtung der regionalen Struktur zufällig 359 *Primary Sampling Units* (Sample Points) gezogen (erste Auswahlstufe). In der zweiten Auswahlstufe wurden für jeden Sample Point, stratifiziert nach Altersgruppen, Adressen aus den Adressregistern der jeweiligen Einwohnermeldeämter gezogen. Die ausgewählten Personen wurden zur Teilnahme an einer kurzen Befragung eingeladen und um Einwilligung zur Teilnahme an künftigen Befragungen im Rahmen des Panels gebeten [57].

Zum Zeitpunkt der Einladung zur ersten Panelbefragung umfasste das Panel 46.863 registrierte Teilnehmende ab einem Alter von 18 Jahren: 24.881 Frauen, 21.856 Männer, 126 Personen mit anderer Geschlechtsidentität. Im Jahr 2024 wurden diese zu drei Zeitpunkten (Teilwellen) zu Gesundheitsbefragungen eingeladen. In jeder Teilwelle erhielten sie einen von vier themenspezifischen Fragebögen, dem in der ersten Teilwelle vertiefte Fragen zur Soziodemografie angehängt waren. Die Teilnahme war online und schriftlich-postalisch möglich. Die Datenerhebung begann im Mai 2024

RKI-Panel „Gesundheit in Deutschland“ 2024**Datenhalter:** Robert Koch-Institut**Ziele:** Bereitstellung umfassender Daten zu Gesundheitszustand, gesundheitsbezogenem Verhalten und gesundheitlicher Versorgung der Bevölkerung in Deutschland, zukünftige Möglichkeit zum Längsschnittvergleich und zur Analyse von Zeitverläufen**Studiendesign:** Panelstudie mit Mixed-Mode-Ansatz (Teilnahme online und schriftlich-postalisch)**Grundgesamtheit:** Deutschsprachige Bevölkerung ab 18 Jahren in privaten Haushalten mit Hauptwohnsitz in Deutschland**Stichprobe:** Probabilistische/repräsentative Stichprobe der Panelinfrastruktur „Gesundheit in Deutschland“**Teilnehmende der Jahreswelle 2024:** Insgesamt haben 41.376 der im Panel registrierten Personen an mindestens einer der drei Teilwellen in 2024 teilgenommen.

Fragebogen A: 14.759 Frauen, 12.374 Männer,

66 Personen mit anderer Geschlechtsidentität

Fragebogen B: 14.828 Frauen, 12.258 Männer,

61 Personen mit anderer Geschlechtsidentität

Fragebogen C: 14.709 Frauen, 12.329 Männer,

64 Personen mit anderer Geschlechtsidentität

Fragebogen D: 14.872 Frauen, 12.368 Männer,

66 Personen mit anderer Geschlechtsidentität

Datenerhebung:

1. Teilwelle: 28.05.2024 – 05.08.2024

2. Teilwelle: 12.08.2024 – 14.10.2024

3. Teilwelle: 28.10.2024 – 06.01.2025

Mehr Informationen unter www.rki.de/panel

mit der ersten Teilwelle und wurde Anfang Januar 2025 mit der dritten Teilwelle abgeschlossen [58]. Die Responsequote (Anteil der Teilnehmenden im Verhältnis zu den im Panel registrierten Personen) lag in den einzelnen Teilwellen gemäß den Standards der *American Association for Public Opinion Research* (AAPOR) [59] zwischen 75 % und 81 %. Eine ausführliche Darstellung der Methodik findet sich an anderer Stelle [58].

2.2 Indikatoren und Operationalisierung

Selbstberichtete Diskriminierung im Alltag wurde mittels einer adaptierten Version der *Everyday Discrimination Scale* (Short Version) erhoben [60, 61]. Das zweistufige Instrument erfasst auf der ersten Ebene die Häufigkeit interpersoneller Diskriminierungserfahrungen in fünf alltäglichen Situationen

(z. B. „Sie erhalten einen schlechteren Service als andere Menschen (z. B. in Restaurants, Geschäften)“) mit den Antwortoptionen „sehr oft“, „oft“, „manchmal“, „selten“ und „nie“. Für die Analysen wurden die Antworten zusammengefasst zu (1) „oft/sehr oft“, sofern bei mindestens einem Item oft oder sehr oft angegeben wurde, sowie zu (2) „selten/manchmal“ sofern mindestens einmal selten oder manchmal angegeben wurde, ohne dass gleichzeitig oft oder sehr oft genannt wurde. Diese beiden Kategorien wurden jenen Angaben gegenübergestellt, bei denen (3) auf alle fünf Items „nie“ geantwortet wurde. Über alle fünf Items wurden zwei fehlende Werte toleriert, lagen drei oder mehr fehlende Werte vor, wurde die zusammengefasste Variable insgesamt auf fehlend gesetzt. Auf der zweiten Ebene des Instruments können Befragte angeben, wegen welcher Gründe (im Sinne (auch fremd) zugeschriebener sozialer Kategorien) diese Benachteiligung ihrer Ansicht nach erfolgte (z. B. „Geschlecht“, „Herkunft, Akzent, Sprache, Aussehen, Name“, „sexuelle Orientierung“). Die Antwortoptionen wurden für jene mit jemals berichteter Diskriminierung in Bezug auf mögliche Mehrfachdiskriminierung kategorisiert in (1) ein Grund, (2) zwei Gründe sowie (3) drei und mehr Gründe genannt. Zudem wurden alle zehn abgefragten Gründe miteinander kombiniert, um zu eruieren, welche Kombinationen am häufigsten berichtet wurden.

Als Stratifizierungsvariablen wurden demografische (Geschlecht, Alter), sozioökonomische (Bildung, Einkommen, Erwerbsstatus, Arbeitslosigkeitserfahrung) sowie migrationsbezogene Merkmale (Geburtsland, Staatsangehörigkeit, Deutschkenntnisse) betrachtet. Die Erfassung von Geschlecht erfolgte zweistufig [62]. Zunächst wurden Befragte nach ihrem in der Geburtsurkunde eingetragenen Geschlecht gefragt („weiblich“ oder „männlich“), anschließend nach dem Geschlecht, welchem sie sich zugehörig fühlen („weiblich“, „männlich“, „oder einem anderen, und zwar...“). Für die Variable Geschlecht wurden all jene Personen als cisgeschlechtlich kategorisiert, deren Angaben zum Geschlecht auf der Geburtsurkunde mit ihrer geschlechtlichen Identität korrespondierten (z. B. „weiblich“ und „weiblich“ als cis-weiblich); Befragte, bei denen Geburtsgeschlecht und die geschlechtliche Identität nicht übereinstimmten, wurden aufgrund der geringen Fallzahl in der Kategorie trans/genderdivers zusammengefasst [26]. Dies betrifft sowohl weibliche und männliche trans Personen als auch Menschen, die sich weder männlich noch weiblich verorten, sondern eine weitere geschlechtliche Identität im nicht-binären Spektrum angegeben haben. Trans Frauen und Männer wurden in letztgenannter Kategorie trotz ihrer binären Geschlechtsidentität integriert, weil davon auszugehen ist, dass sie im Unterschied zu cisgeschlechtlichen Menschen vermehrt Diskriminierungserfahrungen machen. Das Alter der Befragten wurde kate-

gorisiert in 18–29 Jahre, 30–44 Jahre, 45–64 Jahre sowie 65 Jahre und älter.

Angaben zu den höchsten schulischen und beruflichen Bildungsabschlüssen wurden anhand der CASMIN-Klassifikation (*Comparative Analysis of Social Mobility in Industrial Nations*) zusammengefasst und in die Kategorien niedrige, mittlere und hohe formale Bildung eingestuft [63]. Das Haushaltsnettoeinkommen wurde mittels der Frage „Wie hoch ist das monatliche Netto-Einkommen Ihres Haushalts insgesamt?“ erhoben, worauf Befragte entweder einen konkreten Betrag angeben oder in Einkommenskategorien antworten konnten. Unter Berücksichtigung von Anzahl und Alter der Haushaltsmitglieder wurde das Nettoäquivalenzeinkommen gebildet [64] und in die Kategorien „< 60% des Medians“ (Armutsgefährdungsschwelle), „60–150% des Medians“ und „> 150% des Medians“ eingeteilt. Fehlende Einkommenswerte wurden mittels regressionsanalytischer Verfahren imputiert [65]. Der Erwerbsstatus wurde anhand der Frage „Welche Lebenssituation trifft derzeit überwiegend auf Sie zu?“ erfasst. Die Antwortoptionen „Ich bin erwerbstätig in Vollzeit“ sowie „Ich bin erwerbstätig in Teilzeit“ wurden zusammengefasst zu „erwerbstätig“ und „Ich bin zurzeit arbeitslos“, „Ich bin im Ruhestand oder Vorruhestand“ sowie „Ich bin aus anderen Gründen nicht erwerbstätig (z. B. Student/in, freiwilliges soziales Jahr, Hausfrau/Hausmann)“ zusammengefasst zu „nicht erwerbstätig“. Bezüglich des Erwerbsstatus wurden nur Teilnehmende im erwerbsfähigen Alter (18–64 Jahre) berücksichtigt. Arbeitslosigkeitserfahrung wurde mittels der Frage „Waren Sie in den letzten fünf Jahren einmal arbeitslos?“ erhoben und die Antwortmöglichkeiten „ja“ und „nein“ gegenübergestellt.

Das Geburtsland wurde anhand der Frage „In welchem Land sind Sie geboren?“ erfasst. Befragte, die in Deutschland geboren wurden, sind jenen gegenübergestellt worden, die in einem anderen Land geboren wurden. Die Staatsangehörigkeit („Welche Staatsangehörigkeit(en) haben Sie?“) wurde unterschieden in „deutsche Staatsangehörigkeit“ und „andere Staatsangehörigkeit“. Die Deutschkenntnisse der Befragten wurden zweistufig erhoben. Zunächst wurde nach der Muttersprache („Deutsch“, „andere Sprache“) gefragt. Teilnehmende, die Deutsch nicht als ihre Muttersprache nannten, wurden anschließend nach der subjektiven Einschätzung ihrer Deutschkenntnisse gefragt („Wie schätzen Sie Ihre Deutschkenntnisse ein?“). Die Antworten auf beide Fragen wurden zusammengefasst zu „Muttersprache/sehr gut/gut“ und „mittelmäßig/schlecht/sehr schlecht“.

Als Indikatoren der gesundheitlichen Lage wurden die selbsteingeschätzte allgemeine Gesundheit („Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen?“) sowie die selbsteingeschätzte psychische Gesundheit („Wie würden Sie Ihre psychische Gesundheit im Allgemeinen beschreiben?“) ausgewählt. Für die selbsteingeschätzte allgemeine Gesundheit

wurden die Antwortoptionen „mittelmäßig“, „schlecht“ und „sehr schlecht“ (= 1) zusammengefasst und den Optionen „gut“ und „sehr gut“ (= 0) gegenübergestellt [66]. Die fünfstufige Skala der selbsteingeschätzten psychischen Gesundheit wurde analog zu anderen Public Health-Surveillance-Systemen, wie z. B. dem kanadischen „Positive Mental Health Surveillance Indicator Framework“ [67], zusammengefasst zu „gut“, „weniger gut“ und „schlecht“ (= 1) und den Optionen „sehr gut“ und „ausgezeichnet“ (= 0) gegenübergestellt.

2.3 Statistische Methoden

Für die vorliegenden Analysen wurden zunächst Informationen aus der Rekrutierungsstudie (Datensatzversion (DV) 3), aus dem Fragebogen zur psychischen Gesundheit (DV 5) sowie die Angaben zur Soziodemografie (DV 5) zusammengeführt. Es wurden nur Teilnehmende eingeschlossen, die (a) zum Zeitpunkt der Rekrutierungsstudie 18 Jahre und älter waren und (b) mindestens drei der fünf Fragen auf der ersten Ebene des Instruments zur Erfassung von Diskriminierung im Alltag beantwortet hatten.

Zunächst wurden die Prävalenzen zuzüglich 95 %-Konfidenzintervalle (95 %-KI) von selbstberichteten Diskriminierungserfahrungen im Alltag, sowohl auf Einzelitemebene als auch zusammengefasst nach „selten/manchmal“ und „oft/sehr oft“ dargestellt und nach demografischen, sozioökonomischen sowie migrationsbezogenen Merkmalen stratifiziert. Mittels Chi-Quadrat-Test wurde auf mögliche Gruppenunterschiede geprüft. Die Gründe für die erlebte Diskriminierung wurden ebenfalls als Anteile mit 95 %-KI deskriptiv beschrieben und auf Unterschiede nach Geschlecht überprüft (eine Stratifikation nach trans/genderdivers war aufgrund der geringen Fallzahl nicht möglich). Zudem wurde die kategoriale Anzahl an genannten Gründen für die erlebte Diskriminierung (Mehrfachdiskriminierung) nach demografischen, sozioökonomischen und migrationsbezogenen Merkmalen stratifiziert dargestellt und mittels Chi-Quadrat-Test auf mögliche Gruppenunterschiede geprüft. Von statistisch bedeutsamen Unterschieden wird bei einem p-Wert kleiner als 0,05 ausgegangen.

Um Assoziationen zwischen Diskriminierungserfahrungen und der selbsteingeschätzten allgemeinen sowie psychischen Gesundheit zu untersuchen, wurden die Prävalenzen beider Gesundheitsoutcomes mit 95 %-KI zunächst nach der Häufigkeit von Diskriminierungserfahrungen im Alltag sowie dem Erleben von Mehrfachdiskriminierung stratifiziert. Anschließend wurden die Angaben zur Häufigkeit von Diskriminierungserfahrungen im Alltag sowie die kategorialen Angaben zu Mehrfachdiskriminierung in einer Variable zusammengefasst (z. B. „selten/manchmal, 1 Grund“) und in Poisson-Regressionsmodellen auf Assoziationen mit beiden Gesundheitsoutcomes untersucht. Zunächst erfolgte eine

univariable Analyse. Anschließend wurde in multivariablen Modellen sukzessive für die demografischen Informationen kontrolliert (Modell 1), in Modell 2 zusätzlich für die sozio-ökonomischen Merkmale (mit Ausnahme des Erwerbsstatus aufgrund der Einschränkung auf das erwerbsfähige Alter) und in Modell 3 wurden die migrationsbezogenen Merkmale hinzugefügt, um den Einfluss von Diskriminierung bei Konstanzhaltung aller anderer Faktoren zu analysieren. Es wurden *Prevalence Ratios* (PR) mit 95 %-KI mittels *Forest Plots* dargestellt. Von statistisch signifikanten Assoziationen wurde ausgegangen, wenn das 95 %-KI den Wert 1 nicht einschließt. PR größer 1 bedeuten, dass die Prävalenzen einer schlechteren selbsteingeschätzten allgemeinen bzw. psychischen Gesundheit im Vergleich zur Referenzgruppe derjenigen ohne Diskriminierungserfahrungen im Alltag erhöht sind.

In die Auswertungen wurde ein Gewichtungsfaktor einbezogen, der Abweichungen der Stichprobe von der Bevölkerungsstruktur aufgrund selektiver Teilnahme so weit wie möglich korrigiert. Das mehrstufige Stichprobengewicht berücksichtigt das Stichprobengewicht der initialen Rekrutierungsstudie und ein Ausfallgewicht, um einer selektiven Teilnahme an den wiederholten Teilwellen der Jahreswelle 2024 entgegenzuwirken. Bei der abschließenden Anpassungsgewichtung wurde an die Bevölkerungsfortschreibung zum Stand 31.12.2023 bzw. den Mikrozensus 2021 hinsichtlich Alter, Geschlecht, BIK-Gemeindetyp [68], Bundesland, Bildung (CASMIN [63]) und Haushaltsgröße (Ein- vs. Mehrpersonenhaushalt) angepasst. Um die Clusterung der Teilnehmenden innerhalb der Sample Points und die Gewichtung angemessen bei der Berechnung von Konfidenzintervallen und p-Werten zu berücksichtigen, wurden in allen Analysen Survey-Prozeduren für komplexe Stichproben verwendet. Alle Analysen wurden mit Stata 17.0 (Stata Corp., College Station, TX, USA) durchgeführt.

3. Ergebnisse

Insgesamt konnten 26.645 Teilnehmende (14.412 cis-Frauen (50,7 %; 95 %-KI: 49,9–51,5), 12.086 cis-Männer (48,6 %; 95 %-KI: 47,8–49,4) (im Folgenden: Frauen und Männer), 147

trans/genderdiverse Personen (0,7 %; 95 %-KI: 0,5–0,8)) in die vorliegenden Analysen eingeschlossen werden. Die Beschreibung der Studienpopulation entlang der oben genannten Merkmale findet sich in [Annex Tabelle 1](#).

3.1 Selbstberichtete Diskriminierung im Alltag

Mehr als zwei Drittel (69,2 %; 95 %-KI: 68,4–69,9) der erwachsenen Bevölkerung berichteten, selten oder manchmal Diskriminierung im Alltag zu erfahren, 12,2 % (95 %-KI: 11,6–12,9) machten solche Erfahrungen oft oder sehr oft. Insgesamt 18,6 % (95 %-KI: 18,0–19,3) gaben an, nie Diskriminierung im Alltag zu erleben. Am häufigsten wurde angegeben, dass die Befragten sich nicht ernst genommen fühlten, gefolgt von dem Umstand, mit weniger Höflichkeit oder Respekt behandelt zu werden als andere ([Abbildung 1](#)). Am seltensten wurde genannt, dass die Befragten bedroht oder belästigt wurden, obgleich auch dies ein Fünftel zumindest selten erlebte.

Verglichen mit cis-geschlechtlichen Personen gaben trans und genderdiverse Personen deutlich häufiger an, oft oder sehr oft Erfahrungen von Diskriminierung im Alltag zu machen ([Tabelle 1](#)). Unter cis-geschlechtlichen Personen zeigten sich für die jüngeren Altersgruppen (18–29 Jahre ($p < 0,001$) bzw. 30–44 Jahre ($p = 0,035$)) häufiger Diskriminierungserfahrungen bei Frauen. Zudem zeigte sich ein deutlicher Altersgradient zuungunsten der jüngeren Altersgruppen in Bezug darauf, oft oder sehr oft Diskriminierung im Alltag zu erleben. In der niedrigen Bildungsgruppe lag die Prävalenz entsprechender Diskriminierungserfahrungen deutlich höher als in der hohen Bildungsgruppe. Besonders groß fielen die Unterschiede zwischen den Einkommensgruppen aus: So lag der Anteil derer, die oft oder sehr oft Diskriminierung im Alltag erfahren, in der Armutsrisikogruppe etwa doppelt so hoch wie in der hohen Einkommensgruppe. Außerdem berichteten nicht erwerbstätige Personen sowie diejenigen, die innerhalb der letzten fünf Jahre Arbeitslosigkeitserfahrungen machten, deutlich häufiger oft oder sehr oft Diskriminierung im Alltag. Hinsichtlich der migrationsbezogenen Merkmale zeigten sich Nachteile in Bezug auf das

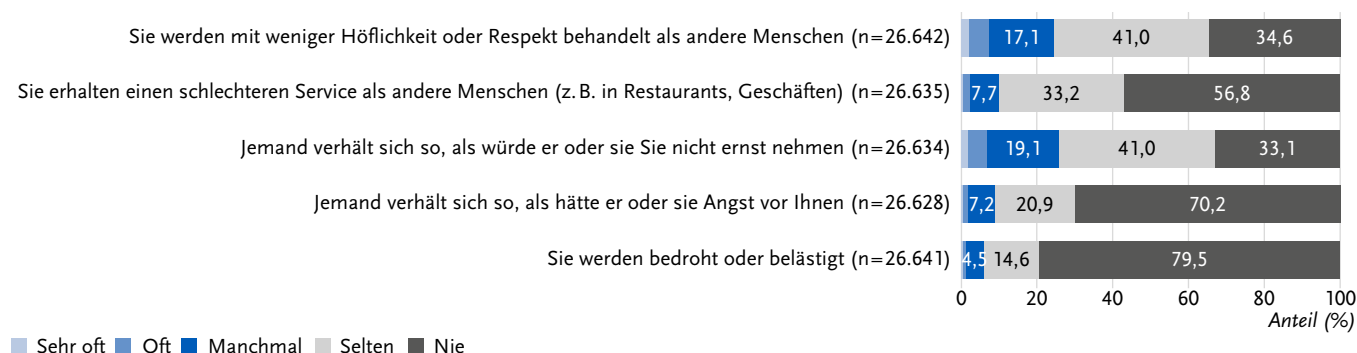


Abbildung 1: Häufigkeit des Erlebens von Diskriminierung in alltäglichen Situationen. Quelle: Panel „Gesundheit in Deutschland“ 2024

Tabelle 1: Prävalenz von Diskriminierungserfahrungen im Alltag nach demografischen, sozioökonomischen und migrationsbezogenen Merkmalen (n = 14.412 Frauen, n = 12.086 Männer, n = 147 trans/genderdiverse Personen). Quelle: Panel „Gesundheit in Deutschland“ 2024

	Diskriminierungserfahrungen im Alltag				p-Wert
	Selten/manchmal (n = 18.596)		Oft/sehr oft (n = 2.624)		
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	
Demografische Merkmale					
Geschlechtsidentität					
Cis-weiblich	68,5	(67,5 – 69,6)	12,6	(11,8 – 13,4)	<0,001
Cis-männlich	69,8	(68,7 – 71,0)	11,7	(10,8 – 12,7)	
Trans/genderdivers	65,4	(54,2 – 75,1)	27,1	(18,6 – 37,8)	
Alter					
18 – 29 Jahre	66,5	(64,2 – 68,8)	22,8	(20,9 – 24,8)	<0,001
30 – 44 Jahre	70,1	(68,5 – 71,7)	16,9	(15,4 – 18,4)	
45 – 64 Jahre	72,5	(71,1 – 73,8)	9,9	(9,0 – 10,9)	
65 Jahre und älter	65,7	(64,3 – 67,0)	5,0	(4,4 – 5,8)	
Sozioökonomische Merkmale					
Bildung					
Niedrig	65,8	(64,1 – 67,4)	14,5	(13,1 – 16,0)	<0,001
Mittel	70,2	(69,2 – 71,1)	12,5	(11,8 – 13,3)	
Hoch	72,5	(71,3 – 73,7)	7,8	(7,1 – 8,6)	
Einkommen					
< 60% des Medians	66,5	(64,3 – 68,5)	18,3	(16,4 – 20,3)	<0,001
60 – 150% des Medians	69,2	(68,2 – 70,1)	11,5	(10,8 – 12,3)	
> 150% des Medians	71,5	(69,9 – 73,0)	8,9	(7,9 – 10,1)	
Erwerbsstatus*					
Erwerbstätig	71,7	(70,7 – 72,7)	13,9	(13,1 – 14,8)	<0,001
Nicht erwerbstätig	65,6	(63,3 – 67,9)	18,8	(16,9 – 20,8)	
Arbeitslosigkeitserfahrung in den letzten fünf Jahren					
Ja	65,5	(63,0 – 67,8)	22,4	(20,2 – 24,7)	<0,001
Nein	70,1	(69,3 – 70,9)	10,8	(10,2 – 11,4)	
Migrationsbezogene Merkmale					
Geburtsland					
Deutschland	69,7	(68,9 – 70,5)	11,5	(10,9 – 12,1)	0,003
Anderes Land	66,3	(63,0 – 69,4)	15,5	(13,1 – 18,2)	
Staatsangehörigkeit					
Deutsch	69,5	(68,7 – 70,3)	11,7	(11,1 – 12,3)	0,040
Andere Staatsangehörigkeit	67,5	(63,0 – 71,8)	15,5	(12,4 – 19,2)	
Deutschkenntnisse					
Muttersprache/sehr gut/ gut	69,4	(68,6 – 70,2)	11,8	(11,2 – 12,4)	0,007
Mittelmäßig/schlecht/ sehr schlecht	62,2	(53,7 – 70,0)	20,1	(14,3 – 27,5)	

*erwerbsfähiges Alter, 18–64 Jahre
KI = Konfidenzintervall

Erleben von Diskriminierung im Alltag für diejenigen, die nicht in Deutschland geboren sind bzw. keine deutsche Staatsangehörigkeit haben. Zudem nahmen die Anteile derjenigen, die oft oder sehr oft von Diskriminierung im Alltag berichteten, mit abnehmenden Deutschkenntnissen zu.

3.2 Gründe für die erfahrene Diskriminierung

Als mögliche Gründe, aufgrund derer Erfahrungen von Diskriminierung im Alltag gemacht wurden, nannte mehr als ein Viertel derjenigen mit Diskriminierungserfahrungen das Alter (28,5 %); 24,5 % berichteten dabei selten oder manchmal solche Erfahrungen zu machen, 4,0 % gaben an, oft oder sehr oft Diskriminierung aufgrund des Alters zu erleben (Abbildung 2). Ebenfalls ein Viertel gab an, Diskriminierungserfahrungen aufgrund des Bildungsstandes, des Einkommens oder Berufs zu machen, wobei dies häufiger auf Männer als auf Frauen zutraf (29,0 %; 95 %-KI: 27,7–30,4 vs. 20,1 %; 95 %-KI: 19,1–21,2). Das Geschlecht sowie Herkunft, Akzent, Sprache, Aussehen oder der Name wurden insgesamt von mehr als einem Fünftel derjenigen mit Diskriminierungserfahrungen als Gründe genannt, aufgrund derer eine Benachteiligung aus ihrer Sicht erfolgte. Geschlecht wurde dabei häufiger von Frauen angegeben (34,4 %; 95 %-KI: 32,9–35,9 vs. 10,6 %; 95 %-KI: 9,8–11,6); Herkunft, Akzent, Sprache, Aussehen oder der Name hingegen häufiger von Männern (25,4 %; 95 %-KI: 24,0–26,7 vs. 18,0 %; 95 %-KI: 16,8–19,1). Das Gewicht als Grund für die erfahrene Diskriminierung

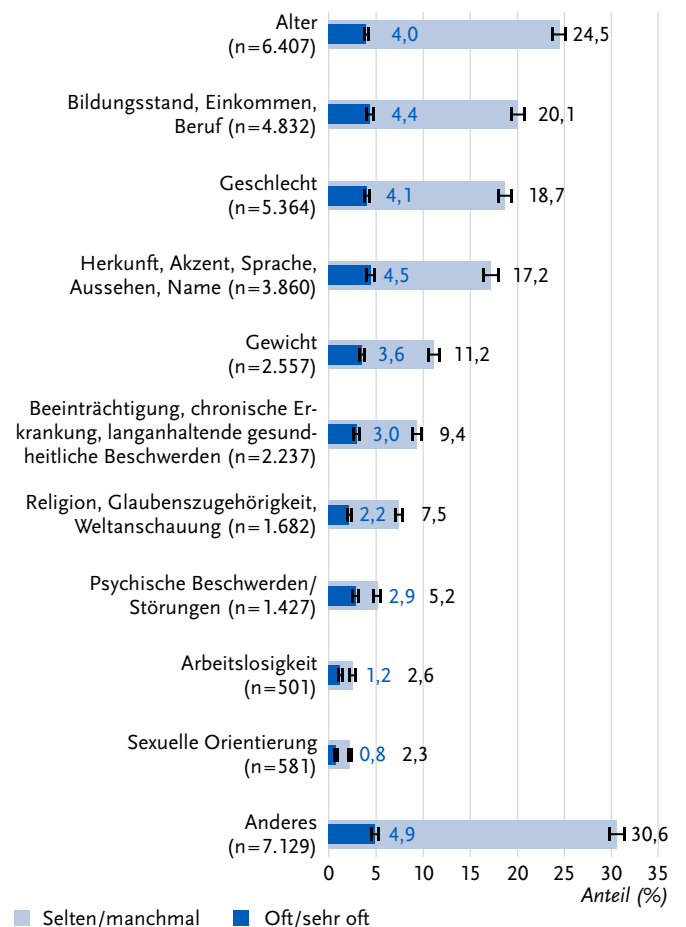


Abbildung 2: Prävalenz von angegebenen Gründen für die erfahrene Diskriminierung, differenziert nach selten/manchmal (hellblau) und oft/sehr oft (dunkelblau) erlebter Diskriminierung (n = 11.034 Frauen, n = 8.871 Männer, n = 128 trans/genderdiverse Personen). Quelle: Panel „Gesundheit in Deutschland“ 2024

nannte knapp ein Siebtel und Frauen gaben dies häufiger an als Männer (15,6 %; 95 %-KI: 14,6–16,6 vs. 13,7 %; 95 %-KI: 12,6–14,8 [$p=0,009$]). Diskriminierungserfahrungen aufgrund einer Beeinträchtigung, chronischen Erkrankung oder langanhaltender gesundheitlicher Beschwerden gab insgesamt ein Achtel aller Befragten, die jemals Diskriminierung erfahren haben, an. Etwa ein Zehntel nannte die Religion, Glaubenszugehörigkeit oder Weltanschauung als Grund für die erlebte Benachteiligung, wobei Frauen dies seltener angaben als Männer (8,7 %; 95 %-KI: 7,8–9,6 vs. 10,8 %; 95 %-KI: 9,9–11,8).

Demgegenüber wurden psychische Beschwerden oder Störungen, Arbeitslosigkeit oder die sexuelle Orientierung seltener als wahrgenommene Gründe für die erlebte Diskriminierung angegeben. Am häufigsten wurden hingegen andere, nicht näher spezifizierte Gründe für die erlebte Diskriminierung genannt: Mehr als ein Drittel berichtete dies, Männer häufiger als Frauen (38,1 %; 95 %-KI: 36,7–39,4 vs. 33,1 %; 95 %-KI: 32,0–34,4).

3.3 Erlebte Mehrfachdiskriminierung

Über alle dargestellten Diskriminierungskategorien hinweg wurde häufig nicht nur ein Grund für die erlebte Benachteiligung genannt. Beispielsweise gaben 78,1 % (95 %-KI: 76,7–79,4) derjenigen, die Diskriminierung aufgrund des Alters berichteten, einen oder mehrere weitere Gründe an. Ähnliches zeigt sich für die Kategorien Bildungsstand, Einkommen, Beruf (75,4 %; 95 %-KI: 73,7–77,1), Geschlecht (79,9 %; 95 %-KI: 78,5–81,3) sowie Herkunft, Akzent, Sprache, Aussehen, Name (79,1 %; 95 %-KI: 77,1–81,1). Bei Betrachtung der Gesamtanteile derjenigen, die mehrere Gründe angaben (46,8 %; 95 %-KI: 45,8–47,8) im Vergleich zu jenen, die nur einen Grund für die erlebte Diskriminierung nannten (53,2 %; 95 %-KI: 52,2–54,2), zeigten sich deutliche Unterschiede. Trans sowie genderdiverse Personen gaben deutlich häufiger mehrere Gründe als cis-geschlechtliche Personen an ([Abbildung 3](#)). Im Vergleich cis-geschlechtlicher

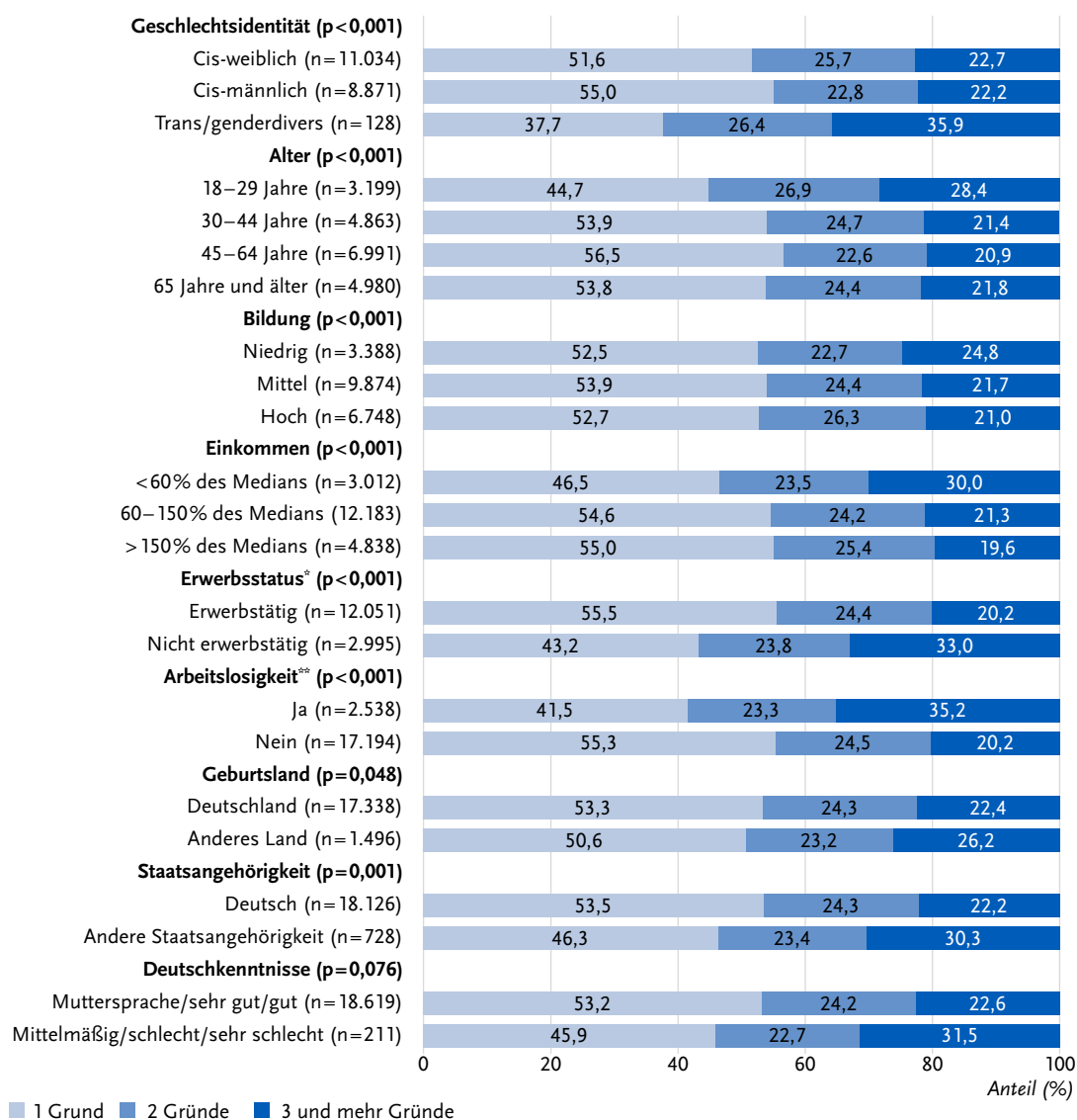


Abbildung 3: Prävalenzen von Mehrfachdiskriminierung stratifiziert nach demografischen, sozioökonomischen und migrationsbezogenen Merkmalen, in Prozent. Quelle: Panel „Gesundheit in Deutschland“ 2024

*erwerbsfähiges Alter, 18–64 Jahre

**in den letzten fünf Jahren

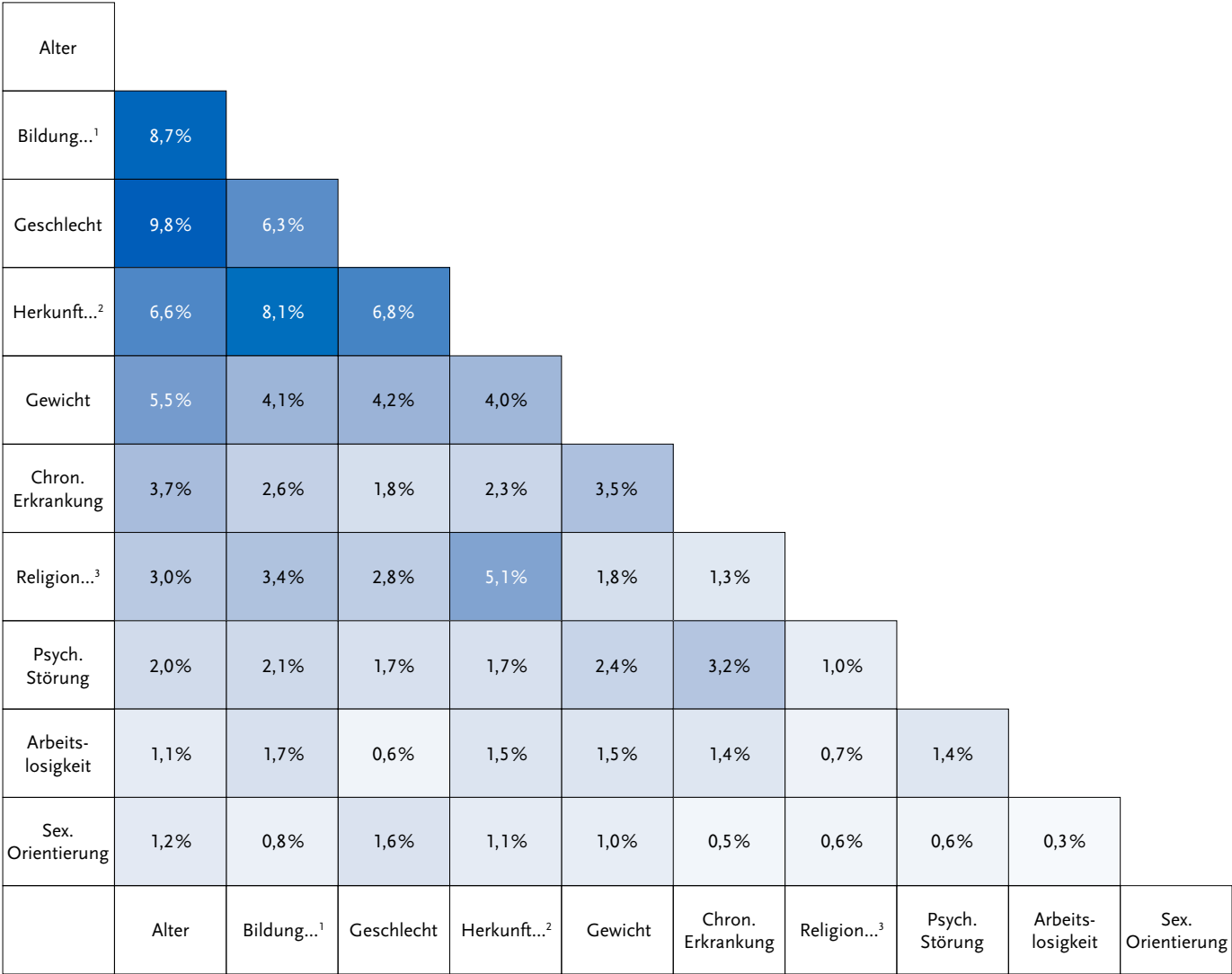


Abbildung 4: Häufigkeit der Nennung verschiedener Merkmalskombinationen, aufgrund derer Diskriminierung erfolgte (n = 11.034 Frauen, n=8.871 Männer, n= 128 trans/genderdiverse Personen). Quelle: Panel „Gesundheit in Deutschland“ 2024
Anmerkung: Die Schattierung der Kästchen entspricht der Häufigkeit der Nennungen; je dunkler die Schattierung, desto häufiger erfolgte die Nennung der entsprechenden Merkmalskombination. Zur besseren Lesbarkeit sind in der Abbildung und im Text verkürzte Kategorienbezeichnungen gewählt worden. Die ausführlichen Bezeichnungen finden sich in [Abbildung 2](#).
¹Bildungsstand, Einkommen, Beruf
²Herkunft, Akzent, Sprache, Aussehen, Name
³Religion, Glaubenszugehörigkeit, Weltanschauung.

Personen berichteten Frauen in der jüngeren Altersgruppe (18–29 Jahre) häufiger von Mehrfachdiskriminierung ($p<0,001$), im Alter ab 65 Jahren hingegen Männer ($p=0,033$). Darüber hinaus zeigte sich insgesamt ein Altersgradient zuungunsten jüngerer Personen (18 bis 29 Jahre). Hinsichtlich der sozioökonomischen Merkmale unterschieden sich die Prävalenzen, wobei insbesondere nicht erwerbstätige Personen sowie jene mit Arbeitslosigkeitserfahrungen in den vergangenen fünf Jahren von mehreren Gründen berichteten. Zudem zeigten sich diese Unterschiede nach den migrationsbezogenen Merkmalen zuungunsten derjenigen, die nicht in Deutschland geboren sind bzw. keine deutsche Staatsangehörigkeit haben. Auch mit abnehmenden Deutschkenntnissen nahmen die Anteile derjenigen, die über Mehrfachdiskriminierung berichteten, leicht zu.

Bei Kombination der genannten Gründe für die erfahrene Diskriminierung wird deutlich, dass knapp ein Zehntel Alter und Geschlecht zugleich nannte, gefolgt von Bildung und Alter bzw. Bildung und Herkunft ([Abbildung 4](#)). Zudem wurde von etwa einem Fünfzehntel Herkunft und Geschlecht bzw. Herkunft und Alter sowie Bildung und Geschlecht angegeben. Die Kombinationen Alter und Gewicht sowie Herkunft und Religion wurden von etwa einem Zwanzigstel genannt. Die übrigen Merkmalskombinationen waren seltener.

3.4 Diskriminierung und Gesundheit

Bei Stratifizierung des Vorliegens einer mittelmäßigen bis sehr schlechten selbsteingeschätzten allgemeinen Gesundheit nach der Häufigkeit von Diskriminierungserfahrungen zeigte sich ein deutlicher Gradient. So berichteten 30,1%

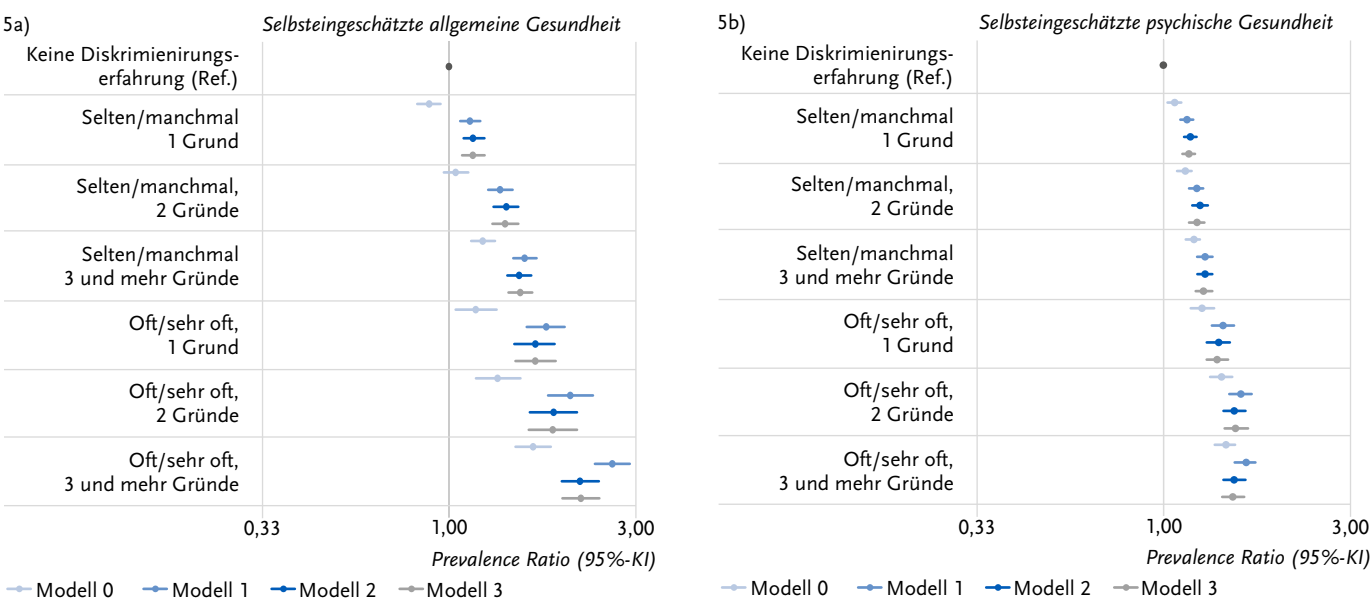


Abbildung 5: Prevalence Ratios für eine als mittelmäßig bis sehr schlecht selbsteingeschätzte allgemeine Gesundheit (5a) und eine als gut, weniger gut bzw. schlecht selbsteingeschätzte psychische Gesundheit (5b) nach der Häufigkeit von Diskriminierungserfahrungen im Alltag und Anzahl an Diskriminierungsgründen. Quelle: Panel „Gesundheit in Deutschland“ 2024
KI= Konfidenzintervall

5a: Modell 0: n=26.622 – Nullmodell
Modell 1: n=26.622 – M0 + Geschlechtsidentität und Alter (metrisch)
Modell 2: n=25.890 – M1 + Bildung, Einkommen, Arbeitslosigkeitserfahrung in den letzten 5 Jahren
Modell 3: n=24.282 – M2 + Geburtsland, Staatsangehörigkeit, Deutschkenntnisse

5b: Modell 0: n=26.607 – Nullmodell
Modell 1: n=26.607 – M0 + Geschlechtsidentität und Alter (metrisch)
Modell 2: n=25.882 – M1 + Bildung, Einkommen, Arbeitslosigkeitserfahrung in den letzten 5 Jahren
Modell 3: n=24.275 – M2 + Geburtsland, Staatsangehörigkeit, Deutschkenntnisse

(95 %-KI: 28,3–31,8) derjenigen, die nie Diskriminierung im Alltag erlebten, eine mittelmäßige bis sehr schlechte allgemeine Gesundheit, gegenüber 34,6 % (95 %-KI: 33,5–35,7) derjenigen, die selten oder manchmal Diskriminierung im Alltag berichteten bzw. 46,8 % (95 %-KI: 44,1–49,7) derjenigen, die dies oft oder sehr oft erlebten. Ein ähnlicher Gradient zeigte sich auch in Bezug auf die selbsteingeschätzte psychische Gesundheit: Während 55,5 % (95 %-KI: 53,6–57,3) derjenigen ohne Diskriminierungserfahrungen im Alltag eine gute, weniger gute bzw. schlechte psychische Gesundheit angaben, waren die Anteile unter denjenigen, die selten oder manchmal (66,0 %; 95 %-KI: 65,1–66,9) bzw. oft oder sehr oft Diskriminierung im Alltag erlebten höher (77,9 %; 95 %-KI: 75,6–80,1). Auch Mehrfachdiskriminierung war mit der Gesundheit assoziiert: Während unter jenen, die einen einzelnen Grund für die erlebte Diskriminierung angaben, die Prävalenz einer eher schlechten allgemeinen Gesundheit bei 31,2 % (95 %-KI: 29,9–32,5) lag, sind die Prävalenzen bei mehreren angegebenen Gründen höher (2 Gründe: 36,8 %; 95 %-KI: 34,8–38,9; 3 und mehr Gründe: 44,9 %; 95 %-KI: 42,7–47,1). Hinsichtlich der als gut, weniger gut bzw. schlecht selbsteingeschätzten psychischen Gesundheit zeigte sich dieses Bild ebenfalls: Unter jenen, die einen Grund für die erlebte Diskriminierung angaben, lag die Prävalenz einer als gut, weniger gut bzw. schlecht selbsteingeschätzten psychischen Gesundheit bei 64,4 % (95 %-KI: 63,0–65,7), wäh-

rend sie bei Mehrfachdiskriminierung höher lag (2 Gründe: 68,7 %; 95 %-KI: 66,9–70,4; 3 und mehr Gründe: 72,6 %; 95 %-KI: 70,8–74,3).

Diese Gradienten bleiben bei Zusammenfassung der Häufigkeit von Diskriminierungserfahrungen im Alltag sowie der jeweils genannten Anzahl an Gründen und Betrachtung der Assoziationen mit der selbsteingeschätzten allgemeinen bzw. psychischen Gesundheit in Poisson-Regressionsmodellen größtenteils bestehen (Abbildung 5). Für die selbsteingeschätzte allgemeine Gesundheit (Abbildung 5a) erhöhen sich die *Prevalence Ratios* mit zunehmender Häufigkeit von Diskriminierungserfahrungen und mehr genannten Gründen über alle Modelle hinweg (mit Ausnahme des Nullmodells (hellblau)). Dies gilt auch, wenn für demografische (M1, mittelblau), sozioökonomische (M2, dunkelblau) und migrationsbezogene Merkmale (M3, grau) statistisch kontrolliert wird. Im Vergleich zur Referenzgruppe ohne Diskriminierungserfahrungen sind die *Prevalence Ratios* erhöht. Das gleiche Muster zeigt sich für die selbsteingeschätzte psychische Gesundheit (Abbildung 5b). In Modell 3 sind diese Ergebnisse auch bei geschlechtergetrennter Analyse sichtbar, sowohl für die selbsteingeschätzte allgemeine Gesundheit (Annex Tabelle 2) als auch für die selbsteingeschätzte psychische Gesundheit (Annex Tabelle 3).

4. Diskussion

Diskriminierungserfahrungen sind in Deutschland weit verbreitet: Mehr als zwei Drittel der erwachsenen Bevölkerung berichten zumindest selten oder manchmal von Diskriminierung im Alltag, während etwa ein Achtel oft oder sehr oft solche Erfahrungen macht. Mehrfachdiskriminierung ist ebenfalls verbreitet, wobei knapp die Hälfte derjenigen mit Diskriminierungserfahrungen zwei oder mehr Gründe für diese Erfahrungen wahrnimmt. Insbesondere trans und genderdiverse Personen, jüngere Altersgruppen sowie Menschen mit niedriger Bildung, geringem Einkommen oder ohne Erwerbsarbeit berichten überdurchschnittlich häufig sowohl von Diskriminierungserfahrungen an sich als auch von Mehrfachdiskriminierung. Die migrationsbezogenen Faktoren Geburtsland, Staatsangehörigkeit und Deutschkenntnisse erwiesen sich ebenfalls als relevant für die Häufigkeit von Diskriminierung im Alltag sowie für Mehrfachdiskriminierung. Diese Studie gehört zu den ersten, die bundesweit untersucht, wie Diskriminierungserfahrungen entlang verschiedener Diskriminierungskategorien mit Gesundheit assoziiert sind. Die Ergebnisse zeigen einen eindeutigen und statistisch belastbaren Zusammenhang zwischen Diskriminierungserfahrungen und der gesundheitlichen Lage: Je häufiger Diskriminierung erlebt wird und je mehr Gründe dafür genannt werden, desto schlechter wird der eigene Gesundheitszustand wahrgenommen. Insbesondere die aufgezeigten Assoziationen zwischen Mehrfachdiskriminierung und der Gesundheit heben die Bedeutung einer verstärkten Berücksichtigung einer intersektionalen Perspektive in weitergehenden Analysen hervor.

Am häufigsten wurde das Alter als Grund für die erlebte Diskriminierung genannt, was sich mit einer Repräsentativbefragung der Antidiskriminierungsstelle des Bundes (ADS) ebenso deckt wie mit Ergebnissen des *European Social Survey* (ESS) [5, 69]. Dass Diskriminierung insbesondere von jüngeren Altersgruppen wahrgenommen wird, zeigen Ergebnisse der ADS [5] ebenso wie des ESS [69]. Zugleich verdeutlichen die Ergebnisse der ADS, dass mehr als jede sechste befragte Person ab 60 Jahren Diskriminierung aufgrund des höheren Lebensalters wahrnimmt. Differenzierte Auswertungen des Deutschen Alterssurveys 2023 untermauern diesen Befund und zeigen, dass 7,7 % der Teilnehmenden Diskriminierung aufgrund des höheren Lebensalters berichten [48]. Vor dem Hintergrund, dass Diskriminierung aufgrund des höheren Lebensalters bislang insgesamt besser erforscht ist [70], eröffnet sich für Diskriminierung im jüngeren Lebensalter ein wichtiges Forschungsfeld, auch bezüglich Diskriminierung im digitalen Raum in Form von *Cybermobbing* und *Hate Speech*. Weiterhin berichten insbesondere junge Frauen in der vorliegenden Untersuchung sowohl häufiger von Alltags- als auch von Mehrfachdiskriminierung im Vergleich zu jun-

gen Männern. Dieser Befund zeigt sich auch in einer Studie des Deutschen Jugendinstituts (DJI) [47]. Dies ist besonders relevant, da in den letzten Jahren insbesondere unter jungen Frauen depressive und Angstsymptome stark zugenommen haben [71] und Diskriminierungserfahrungen mit einem erhöhten Risiko für psychische Belastungen einhergehen [3, 21]. Im Zuge der demografischen Alterung sollte Diskriminierung im höheren Lebensalter dennoch nicht aus dem Blick verloren werden, zumal sich die gesundheitliche Lage mit zunehmendem Alter verschlechtert und gerade ältere Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen vermehrt Altersdiskriminierung erleben [48]. Zudem gilt es, die Verschränkungen von Altersdiskriminierung mit anderen Diskriminierungskategorien näher zu untersuchen, denn sowohl in der vorliegenden als auch in der Untersuchung der ADS berichtet die große Mehrheit (78,7 %) derjenigen mit Altersdiskriminierungserfahrungen von zusätzlicher Diskriminierung aufgrund weiterer Merkmale [5]. Besonders relevant scheinen den vorliegenden Analysen zufolge Merkmalskombinationen wie Alter und Geschlecht sowie Alter und sozioökonomische Lage.

Am zweithäufigsten wurde die sozioökonomische Lage (Bildungsstand, Einkommen, Beruf) als Grund für die erlebte Diskriminierung genannt, was sich ebenfalls mit Ergebnissen der ADS deckt [5]. Die sozioökonomische Lage wurde zudem in der SOEP-Innovationsstichprobe als relevante Diskriminierungskategorie nachgewiesen [72] und auch weitere Studien zeigen, dass Menschen mit Armuts-erfahrungen häufiger Diskriminierung erleben [73]. Die ADS hat bereits 2017 empfohlen, Diskriminierung aufgrund der sozioökonomischen Lage wegen der starken Verbreitung im AGG zusätzlich aufzunehmen [5]. Sowohl Personen in benachteiligter sozioökonomischer Lage als auch diejenigen mit Arbeitslosigkeitserfahrungen berichten häufiger von Diskriminierungserfahrungen im Alltag als auch von mehreren Gründen für diese Erfahrungen. Für Diskriminierung aufgrund der sozioökonomischen Lage zeigen sowohl die vorliegenden als auch die Ergebnisse der ADS (74,2 %), dass diese häufig mit der Angabe weiterer Diskriminierungskategorien einhergeht. Ein relevantes zusätzliches Merkmal in dieser Studie bildet die Kategorie Herkunft, Akzent, Sprache, Aussehen und Name, was womöglich auf die sozioökonomische Benachteiligung von Menschen mit Migrationsgeschichte zurückgeführt werden kann [74, 75]. Zudem berichten in der vorliegenden Studie cis-Männer häufiger von Diskriminierung aufgrund der sozioökonomischen Lage als cis-Frauen, was auf gesellschaftlich verankerte Normvorstellungen hindeuten kann [76]. Dies sollte in vertieften Analysen weitergehend betrachtet werden, genauso wie die Frage, inwieweit Diskriminierungserfahrungen einen Beitrag zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten leisten, also den Zusammenhang zwischen sozioökonomischer und gesund-

heitlicher Lage [77] teilweise erklären können. Prekäre Soziallagen wie Armut und Arbeitslosigkeit sind mit einem gesellschaftlichen Stigma behaftet, das von Betroffenen durch Alltagserfahrungen wie beispielsweise soziale Ausgrenzung wahrgenommen wird und so Auswirkungen auf Gesundheit und Wohlbefinden haben kann [78, 79]. Studienergebnisse zeigen, dass allein die Erwartung von Stigmatisierung aufgrund von Armut oder Arbeitslosigkeit mit geringerem Wohlbefinden und einer verminderten Gesundheitszufriedenheit einhergeht [80, 81]. In Deutschland erleben Menschen mit Armutserfahrung Diskriminierung in vielen Lebens- und Gesellschaftsbereichen: vor allem auf dem Wohnungsmarkt, in Freizeit und Kultur sowie im Bildungssystem, aber auch bei Mobilität, in politischen und gesellschaftlichen Diskursen, auf dem Arbeitsmarkt, bei Ämtern und Behörden und im Gesundheitssystem [6, 73].

Als dritthäufigster Grund für Diskriminierungserfahrungen im Alltag wurde das Geschlecht genannt. Dies deckt sich erneut mit Ergebnissen der ADS [5] und des ESS [69]. Während in der vorliegenden Studie die große Mehrheit derjenigen, die Diskriminierung aufgrund des Geschlechts angaben, zusätzlich noch weitere Gründe nannte, war der entsprechende Anteil in der Studie der ADS geringer (56,3 %) [5]. Trans und genderdiverse Personen berichten am häufigsten von Diskriminierungserfahrungen im Alltag als auch von Mehrfachdiskriminierung. Zudem weisen sie gleichzeitig eine schlechtere selbsteingeschätzte allgemeine und psychische Gesundheit auf. Die gesellschaftlich verankerte Zweigeschlechter- und cis-Norm führt im Leben von inter, trans und Menschen im nicht-binären Spektrum zu vielfachen strukturellen, institutionellen und interpersonellen Diskriminierungen, Benachteiligungen bis hin zu Gewalterfahrungen [26, 55, 82]. Gesellschaftliche Vorstellungen von Heteronormativität führen zu ähnlichen Erfahrungen von Menschen, die sich nicht als heterosexuell identifizieren [82]. Diese Erfahrungen können chronischen Stress verursachen und die körperliche und psychische Gesundheit sowie das Gesundheitsverhalten negativ beeinflussen [26, 83–85]. Einen weiteren Geschlechteraspekt betrifft die häufigere Nennung von Geschlecht als Grund für die erfahrene Diskriminierung durch cis-Frauen im Vergleich zu cis-Männern. Dies kann auf eine höhere Wahrnehmung von Diskriminierung hindeuten [86], verweist aber auch auf vielfältige Geschlechterhierarchien, die in die verschiedenen Ebenen der Gesellschaft eingeschrieben sind und zu verstärkten Diskriminierungen, Benachteiligungen bis hin zu Gewalt gegen Frauen führen [87, 88]. Zudem gaben cis-Frauen häufiger das Gewicht als Grund für die erfahrene Diskriminierung an als cis-Männer, was sich auch bei jungen Erwachsenen in einer Studie des DJI zeigt [47]. Dies verweist auf gesellschaftliche Schönheitsnormen, die ein schlankes Ideal besonders für Frauen betonen und die eng mit Gewichtsdiskriminierung und

geschlechtsspezifischen Ungleichheiten verknüpft sind [89, 90]. Gewicht ist in der vorliegenden Untersuchung die am fünfthäufigsten genannte Diskriminierungskategorie.

Die am vierthäufigsten genannte Kategorie für die erfahrene Diskriminierung ist Herkunft, Akzent, Sprache, Aussehen und Name, Aspekte die auf Erfahrungen rassistischer Diskriminierung hindeuten können. Rassistische Diskriminierung ist auch in den Ergebnissen des ESS die am dritthäufigsten benannte Diskriminierungsform [69], in den Ergebnissen der ADS wurde rassistische Diskriminierung nach Diskriminierung aufgrund von Religion und Weltanschauung genannt [5]. Letztgenannte Kategorie wurde in der vorliegenden Untersuchung etwas seltener angegeben, die Nennung erfolgt aber häufig gemeinsam mit der Kategorie Herkunft. Die migrationsbezogenen Faktoren Geburtsland, Staatsangehörigkeit und Deutschkenntnisse spielten sowohl hinsichtlich der Häufigkeit des Erlebens von Alltagsdiskriminierung als auch in Bezug auf die Anzahl der angegebenen Gründe eine Rolle. Für den erstgenannten Befund zeigten sich vergleichbare Ergebnisse auch in der SOEP Innovationsstichprobe [72]. Ergebnisse des Nationalen Diskriminierungs- und Rassismomonitors (NaDiRa) des Deutschen Zentrums für Integration- und Migrationsforschung (DeZIM) verweisen darauf, dass insbesondere Menschen, denen rassistische Merkmale zugeschrieben werden, überproportional häufig Diskriminierung erleben [52]. Zudem zeigen die dort vorgelegten Ergebnisse, dass vor allem Personen, die sich selbst als muslimisch identifizieren, Diskriminierung aufgrund der Religion nennen [52]. Darüber hinaus nehmen Personen, denen rassistische Merkmale zugeschrieben werden, Diskriminierung deutlich häufiger in institutionellen Lebensbereichen wie Ämtern und Behörden, bei der Polizei oder der Justiz wahr; gleiches gilt aber auch für die Lebensbereiche Öffentlichkeit und Freizeit [52]. Dass Diskriminierung bei Menschen mit Migrationsgeschichte deutliche Assoziationen mit ihrer Gesundheit zeigt, konnte für verschiedene Gesundheitsoutcomes anhand der bundesweiten RKI-Studie GEDA Fokus unter Menschen mit ausgewählten Staatsangehörigkeiten nachgewiesen werden [49, 50, 91].

Zusammengenommen berichtet etwa ein Fünftel der Erwachsenen von Diskriminierung aufgrund von Beeinträchtigungen oder chronischen Erkrankungen sowie wegen psychischer Beschwerden oder Störungen. Beide Kategorien wurden auch vergleichsweise häufig in Kombination miteinander genannt. In den Ergebnissen der ADS spielte die Kategorie Behinderung/Beeinträchtigung ebenfalls eine relevante Rolle [5], obgleich hier unklar ist, ob Menschen unter diesen Begriffen auch psychische Beschwerden verstanden. Da in den vorliegenden Analysen nicht nach gesundheitsbezogenen Indikatoren stratifiziert wurde, bleibt offen, ob auch in dieser Stichprobe Menschen mit weniger guter

Gesundheit häufiger Diskriminierungserfahrungen angegeben haben. Da die Ergebnisse von Spuling et al. dies nahelegen [48], wäre diese Untersuchung ein wichtiger nächster Schritt. Gerade vor dem Hintergrund, dass knapp die Hälfte der Bevölkerung dem Panel „Gesundheit in Deutschland“ 2024 zufolge das Vorliegen einer chronischen Krankheit berichtet sowie bei einem Fünftel eine depressive Symptomatik angenommen werden kann [92], könnten Erfahrungen von Diskriminierung diese Gesundheitsprobleme weiter verschärfen.

Besonders hervorzuheben bleibt insgesamt der Befund, dass am häufigsten die Kategorie „Anderes“ als Grund für die erlebte Diskriminierung genannt wurde. In der Studie der ADS wurde eine solche Kategorie ebenfalls angeboten, jedoch mit einem Freitextfeld versehen. Häufig wurden hier Gründe benannt, die in der vorliegenden Studie vermutlich unter einer der präsentierten Kategorien verortet worden wären. Zusätzlich wurde in der Studie der ADS häufig die familiäre Situation als Grund für Diskriminierungserfahrungen genannt, z. B. durch alleinerziehende Personen oder solche mit vielen Kindern [5]. Künftig wird geprüft, inwieweit im RKI-Panel – auch aus ethischen Gründen – eine offene Antwortoption angeboten werden kann, um eine selbstbestimmte Beschreibung von Diskriminierungserfahrungen zu ermöglichen.

4.1 Limitationen und Stärken

Bei den vorliegenden Analysen sind einige Limitationen zu berücksichtigen. Zum einen handelt es sich mit den Daten aus 2024 um Querschnittsanalysen, die keine Schlüsse auf die Kausalrichtung der beobachteten Zusammenhänge zulassen. Das Panel ist im Aufbau und in den kommenden Jahren werden mit den Daten Längsschnittanalysen möglich sein. Mithilfe eines komplexen Gewichtungsverfahrens wurden Abweichungen der Panelstichprobe von der Bevölkerungsstruktur Deutschlands gemäß amtlicher Statistik in Bezug auf eine Reihe soziodemografischer Merkmale korrigiert, um Verzerrungen infolge systematischer Nicht-Teilnahmen (*selection bias*) zu minimieren. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist jedoch zu berücksichtigen, dass im Panel bislang keine übersetzten Fragebögen angeboten werden konnten, was insbesondere für die Teilnahmeentscheidung von erst kurz in Deutschland lebenden Menschen förderlich wäre [93]. Diesbezügliche Verzerrungen der Stichprobe sind daher wahrscheinlich, z. B. in Form einer Unterrepräsentation von Personen mit weniger guten Deutschkenntnissen. Auch die Anteile derjenigen, die nicht in Deutschland geboren sind bzw. keine deutsche Staatsangehörigkeit haben, sind im Panel geringer als dem Mikrozensus zufolge zu erwarten wäre [94]. Insofern wurde die Verbreitung von Diskriminierungserfahrungen unter Menschen mit Migrationsgeschichte

in den Analysen wahrscheinlich unterschätzt. Zudem handelt es sich um Befragungsdaten, also Selbstauskünfte, die Verzerrungen unterliegen können (*recall-bias*, *report-bias* u. Ä.). Ebenfalls handelt es sich um Selbstberichte von Diskriminierungserfahrungen, die jedoch nicht immer als diskriminierend erkannt oder wahrgenommen werden müssen. Die im RKI-Panel eingesetzte adaptierte Version der *Everyday Discrimination Scale* [60, 61] fragt jedoch nach sehr konkreten Alltagssituationen. Sie ist insofern weniger voraussetzungs-voll, da die Befragten Diskriminierung nicht zwingend selbst erkennen müssen. Sie wurde ursprünglich zur Erfassung rassistischer Diskriminierung entwickelt und wurde in einer Vielzahl an Studien zu Zusammenhängen zwischen Diskriminierung und verschiedenen Gesundheitsoutcomes eingesetzt und auf ihre Validität und Reliabilität in verschiedenen Bevölkerungsgruppen geprüft [61, 95]. Einige Autorinnen und Autoren merken jedoch an, dass sie aufgrund ihrer psychometrischen Eigenschaften nur mit Vorsicht über diverse Kategorien wie Geschlecht, Alter oder Bildung hinweg eingesetzt werden sollte [95, 96] und ermutigen Forschende, die Skala weiterzuentwickeln.

4.2 Fazit und Ausblick

Der vorliegende Beitrag konnte anhand bundesweiter Daten und über verschiedene Diskriminierungskategorien hinweg Assoziationen zwischen der Häufigkeit des Erlebens selbstberichteter Alltagsdiskriminierung einschließlich Mehrfachdiskriminierung und der selbsteingeschätzten allgemeinen sowie psychischen Gesundheit zeigen. Besonders oft von Diskriminierung im Alltag sowie von Mehrfachdiskriminierung berichteten dabei Bevölkerungsgruppen, die häufiger gesundheitlich benachteiligt sind, wie trans und genderdiverse Personen, Menschen in schlechterer sozioökonomischer Lage und Menschen mit Migrationsgeschichte. Die WHO benennt dementsprechend den Abbau und das Überwinden von Diskriminierung als ein zentrales Handlungsfeld für die Förderung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit und die Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten [4]. Gesundheitliche Ungleichheit resultiert insgesamt aus einem komplexen Zusammenspiel von politischen, sozialen und ökonomischen Rahmenbedingungen, strukturellen Faktoren wie den Lebens-, Wohn- und Arbeitsbedingungen, psychosozialen und verhaltensbezogenen Faktoren – die gleichzeitig für Diskriminierung relevante Strukturkategorien (mit-)generieren und (re-)produzieren. Daher bedarf auch ihre langfristige Verminderung der Entwicklung einer umfassenden Handlungsstrategie [4, 97]. Im Sinne des *Health-in-all-Policies*-Ansatzes erfordert diese Aufgabe übergreifende und aufeinander abgestimmte Anstrengungen in vielen Gesellschafts-, Lebens- und Politikbereichen wie Bildung, Arbeit und Soziales, Wohnen und Umwelt, Gesundheitsversorgung

bis hin zu Justiz und Strafverfolgung. Gesamtgesellschaftliche Antidiskriminierungsmaßnahmen können in diesem Sinne auch als Verhältnisprävention und Gesundheitsförderung verstanden werden. In Bezug auf Diskriminierung gilt es, Beratungs- und Unterstützungsstrukturen für Betroffene, auch auf kommunaler Ebene, zu stärken. Dazu zählt der Ausbau von Meldestellen und Antidiskriminierungsregistern, um Diskriminierung sichtbar zu machen. Zudem sind rechtliche Reformen erforderlich, um Diskriminierungsschutz auch in Lebensbereichen und für Diskriminierungskategorien besser durchzusetzen, die bislang nicht (hinreichend) geschützt sind [5,98]. Darüber hinaus wird betont, dass Fragen, welche die strafrechtliche Relevanz von Diskriminierung betreffen, weiter diskutiert werden sollten [99]. Als Ausblick für die Forschung zeigt sich das Erfordernis von Längsschnittstudien, um die langfristigen gesundheitlichen Folgen von Diskriminierung zu untersuchen. Zudem sollten nicht nur Befragungs-, sondern auch Untersuchungsdaten mit biologischen Markern zur Messung der physiologischen Auswirkungen von Diskriminierung erhoben werden, um die gesundheitlichen Folgen von Diskriminierung besser zu verstehen. Die vorliegenden Ergebnisse stellen erste Basisauswertungen einer großen bundesweiten Bevölkerungsstichprobe zu Assoziationen von Diskriminierung und Gesundheit für Deutschland dar. Die Ergebnisse legen nahe, diese Auswertungen weiter zu vertiefen und um eine intersektionale Perspektive zu erweitern, z. B. mit differenzierten statistischen Methoden, wie sie für diese Forschungsperspektive vorgeschlagen werden [42,44,100,101]. Auf inhaltlicher Ebene gilt es, Analysen auch zu spezifischeren Outcomes der gesundheitlichen Lage sowie zu Zusammenhängen mit dem Gesundheitsverhalten und der Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgung vorzunehmen. Dabei sollte nicht nur Alltagsdiskriminierung, sondern auch Diskriminierung im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung in den Blick genommen werden [6,45,46]. Insgesamt bekräftigen die präsentierten Ergebnisse, dass Indikatoren zur Erhebung von Diskriminierung beständiger Teil eines bevölkerungsbezogenen Gesundheitsmonitoringsystems sein sollten, um die Bedeutung von Diskriminierung für Public Health und gesundheitliche Chancengerechtigkeit zu erfassen, zeitliche Entwicklungen nachzuzeichnen und empirisch-fundierte Erkenntnisse dazu in den Diskurs um die Verbesserung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit einzubringen.

Datenschutz und Ethik

Das Panel „Gesundheit in Deutschland“ 2024 wurde unter strikter Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorgaben der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) sowie des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) durchgeführt. Die Ethik-Kommission der Ärztekammer Berlin hat die Studie unter ethischen Gesichtspunkten gemäß der aktuellen Fassung der Deklaration von Helsinki geprüft und der Durchführung des Studienvorhabens und der Jahreswelle 2024 zugestimmt (Antragsnummer Eth-63/23, Amendment 1). Die Teilnahme an der Studie war freiwillig. Die Teil-

nehmenden wurden über die Ziele und Inhalte der Jahreswelle 2024 sowie über den Datenschutz informiert und erteilten ihre Einwilligung entweder elektronisch (im Rahmen der Online-Befragung) oder schriftlich (informed consent).

Datenverfügbarkeit

Für die den Ergebnissen zugrunde liegenden Daten bestehen Zugangsbeschränkungen. Die Daten sind bei begründetem Forschungsinteresse im Rahmen einer erweiterten Datennutzung über das Forschungsdatenzentrum (FDZ) des Robert Koch-Instituts zugänglich. Anfragen können per E-Mail an fdz@rki.de gestellt werden. Weitere Informationen finden sich auf der folgenden Webseite: www.rki.de/fdz.

Förderungshinweis

Das Panel „Gesundheit in Deutschland“ 2024 wurde mit Mitteln des Robert Koch-Instituts und des Bundesministeriums für Gesundheit finanziert.

Beiträge der Autorinnen und Autoren

Maßgebliche Beiträge zu Konzeption oder Design der Arbeit: CK, MB, SB, KP, CC, CH, KK, JH; zur Analyse der verwendeten Daten: CK, SB, JH; zur Interpretation der verwendeten Daten: CK, MB, SB, KP, CC, CH, KK, JH. Ausarbeitung des Manuskripts: CK, MB; kritische Überarbeitung bedeutender Inhalte: SB, KP, CC, CH, KK, JH. Finale Version des Manuskripts gelesen und der Veröffentlichung zugestimmt: CK, MB, SB, KP, CC, CH, KK, JH.

Deklaration generativer Künstlicher Intelligenz (KI) und KI-gestützter Technologien

Nicht zutreffend.

Interessenkonflikt

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

Danksagung

Unser Dank gilt allen Teilnehmenden des Panels „Gesundheit in Deutschland“. Ebenfalls bedanken möchten wir uns bei allen Kolleginnen und Kollegen am RKI, die an der Datenerhebung für das Panel beteiligt sind, sowohl methodisch, als auch inhaltlich.

Literatur

- 1 Krieger N. Discrimination and health inequities. *International journal of health services: planning, administration, evaluation*. 2014;44(4): 643–710. doi: 10.2190/HS.44.4.b.
- 2 Ziegler P, Beelmann A. Diskriminierung und Gesundheit. In: Beelmann A, Jonas KJ, editors. *Diskriminierung und Toleranz. Psychologische Grundlagen und Anwendungsperspektiven*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2009. p. 357–78.
- 3 Emmer C, Dorn J, Mata J. The immediate effect of discrimination on mental health: A meta-analytic review of the causal evidence. *Psychological Bulletin*. 2024;150(3):215–52. doi: 10.1037/bul0000419.
- 4 World Health Organization. *World report on social determinants of health equity*. Genf: World Health Organization; 2025.
- 5 Beigang S, Fetz K, Kalkum D, Otto M. *Diskriminierungserfahrungen in Deutschland. Ergebnisse einer Repräsentativ- und einer Betroffenenbefragung*. Berlin: Antidiskriminierungsstelle des Bundes; 2017.
- 6 Bartig S, Kalkum D, Le HM, Lewicki A. *Diskriminierungsrisiken und Diskriminierungsschutz im Gesundheitswesen – Wissensstand und Forschungsbedarf für die Antidiskriminierungsforschung. Studie im Auftrag der Antidiskriminierungsstelle des Bundes*. Berlin: Antidiskriminierungsstelle des Bundes; 2021.
- 7 Kajikhina K, Koschollek C, Bozorgmehr K, Sarma N, Hövener C. *Rassismus und Diskriminierung im Kontext gesundheitlicher Ungleichheit – ein narratives Review*. *Bundesgesundheitsbl*. 2023;66:1099–108. doi: 10.1007/s00103-023-03764-7.
- 8 Antidiskriminierungsstelle des Bundes. *Diskriminierung in Deutschland: Erkenntnisse und Empfehlungen. Fünfter Gemeinsamer Bericht der Antidiskriminierungsstelle des Bundes und der in ihrem Zuständigkeitsbereich betroffenen Beauftragten der Bundesregierung und des Deutschen Bundestages*. Berlin: Antidiskriminierungsstelle des Bundes; 2024.

- 9 Gomolla M. Direkte und indirekte, institutionelle und strukturelle Diskriminierung. In: Scherr A, Reinhardt AC, El-Mafaalani A, editors. *Handbuch Diskriminierung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien; 2023. p. 171–94.
- 10 Dieckmann J. Was ist Diskriminierung? – Über illegitime Ungleichbehandlung, Demokratie und Sand im Getriebe. *Wissen schafft Demokratie*. 2017;1:150–68.
- 11 Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Was ist Diskriminierung? 2025 [cited: 16.09.2025]. Available from: <https://diskriminierungsschutz.uni-halle.de/howto/diskriminierung/>.
- 12 Scherr A. Soziologische Diskriminierungsforschung. In: Scherr A, Reinhardt AC, El-Mafaalani A, editors. *Handbuch Diskriminierung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien; 2023. p. 17–42.
- 13 Walgenbach K. Für einen Kurswechsel in der Intersektionalitätsdebatte. 2012 [cited 06.01.2026]. Available from: www.portal-intersektionalitaet.de.
- 14 EAF Berlin | Europäische Akademie für Frauen in Politik und Wirtschaft Berlin e.V. Sexismus: Was ist Sexismus und wo findet er statt? Wie bemerken wir ihn und was können wir gegen ihn tun? Berlin: EAF Berlin | Europäische Akademie für Frauen in Politik und Wirtschaft Berlin e.V.; o.J. [cited 06.01.2026]. Available from: <https://www.eaf-berlin.de/was-uns-bewegt/themen/sexismus>.
- 15 Mahler C. Ageism und Altersdiskriminierung. Bericht der Unabhängigen Expertin für den Genuss aller Menschenrechte durch ältere Menschen. Berlin: Deutsches Institut für Menschenrechte; 2023.
- 16 Amadeu Antonio Stiftung. Klassismus: Diskriminierung aufgrund sozialer Herkunft – Was ist das? Berlin: Amadeu Antonio Stiftung; 2019.
- 17 Aikins MA. Definition eines Rassismusbegriffs. In: Migala S, Hagen C, Berner F, Braasch A, editors. *Expertisen zum Neunten Altersbericht der Bundesregierung*. Berlin, 2025.
- 18 Antidiskriminierungsstelle des Bundes. *Handbuch „Rechtlicher Diskriminierungsschutz“*. Berlin: Antidiskriminierungsstelle des Bundes; 2017.
- 19 Krieger N. Discrimination and health. In: Berkman LF, Kawachi I, editors. *Social epidemiology*. Oxford: Oxford University Press; 2000. p. 36–75.
- 20 Williams DR, Lawrence JA, Davis BA, Vu C. Understanding how discrimination can affect health. *Health Services Research*. 2019;54(S2): 1374–88. doi: 10.1111/1475-6773.13222.
- 21 Pascoe EA, Smart Richman L. Perceived discrimination and health: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*. 2009;135(4):531–54. doi: 10.1037/a0016059.
- 22 Paradies Y, Ben J, Denson N, Elias A, Priest N, Pieterse A, et al. Racism as a Determinant of Health: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One*. 2015;10(9):e0138511. doi: 10.1371/journal.pone.0138511.
- 23 Drabish K, Theeke LA. Health Impact of Stigma, Discrimination, Prejudice, and Bias Experienced by Transgender People: A Systematic Review of Quantitative Studies. *Issues in Mental Health Nursing*. 2022; 43(2):111–8. doi: 10.1080/01612840.2021.1961330.
- 24 Tabler J, Schmitz RM, Nagata JM, Geist C. Self-perceived gender expression, discrimination, and mental health disparities in adulthood. *SSM – Mental Health*. 2021;1:100020. doi: 10.1016/j.ssmmh.2021.100020.
- 25 Puckett JA, Maroney MR, Wadsworth LP, Mustanski B, Newcomb ME. Coping with discrimination: The insidious effects of gender minority stigma on depression and anxiety in transgender individuals. *Journal of Clinical Psychology*. 2020;76(1):176–94. doi: 10.1002/jclp.22865.
- 26 Pöge K, Dennert G, Koppe U, Gildenring A, Matthigack EB, Rommel A. Die gesundheitliche Lage von lesbischen, schwulen, bisexuellen sowie trans- und intergeschlechtlichen Menschen. *J Health Monit*. 2020;5(S1):2–29. doi: 10.25646/6448.
- 27 Duba A, Messiaen M, Boulangeat C, Korchia T, Lançon C, Bourbon A, et al. Sexual-orientation based discrimination is associated with anxiety and depression in young physicians. A national study. *Journal of Affective Disorders*. 2020;274:964–8. doi: 10.1016/j.jad.2020.05.155.
- 28 Allen J, Solway E, Kirch M, Singer D, Kullgren JT, Moïse V, et al. Experiences of Everyday Ageism and the Health of Older US Adults. *JAMA Network Open*. 2022;5(6):e2217240–e. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2022.17240.
- 29 Mikton C, de la Fuente-Núñez V, Officer A, Krug E. Ageism: a social determinant of health that has come of age. *Lancet*. 2021;397(10282): 1333–4. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00524-9.
- 30 Rothermund K, Klusmann V, Zacher H. Age Discrimination in the Context of Motivation and Healthy Aging. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2021;76(Supplement_2):S167–S80. doi: 10.1093/geronb/gbab081.
- 31 Tomiyama AJ, Carr D, Granberg EM, Major B, Robinson E, Sutin AR, et al. How and why weight stigma drives the obesity ‘epidemic’ and harms health. *BMC Medicine*. 2018;16(1):123. doi: 10.1186/s12916-018-1116-5.
- 32 Brown A, Flint SW, Batterham RL. Pervasiveness, impact and implications of weight stigma. *eClinicalMedicine*. 2022;47:101408 doi: 10.1016/j.eclinm.2022.101408.
- 33 Wu Y, Berry DC. Impact of weight stigma on physiological and psychological health outcomes for overweight and obese adults: A systematic review. *J Adv Nurs*. 2018;74(5):1030–42. doi: 10.1111/jan.13511.
- 34 Krnjacki L, Priest N, Aitken Z, Emerson E, Llewellyn G, King T, et al. Disability-based discrimination and health: findings from an Australian-based population study. *Aust N Z J Public Health*. 2018;42(2): 172–4. doi: 10.1111/1753-6405.12735.
- 35 Moscoso-Porras MG, Alvarado GF. Association between perceived discrimination and healthcare-seeking behavior in people with a disability. *Disabil Health J*. 2018;11(1):93–8. doi: 10.1016/j.dhjo.2017.04.002.
- 36 Hackett RA, Steptoe A, Lang RP, Jackson SE. Disability discrimination and well-being in the United Kingdom: a prospective cohort study. *BMJ Open*. 2020;10(3):e035714. doi: 10.1136/bmjopen-2019-035714.
- 37 Du Mont J, Forte T. Perceived discrimination and self-rated health in Canada: an exploratory study. *BMC Public Health*. 2016;16:742. doi: 10.1186/s12889-016-3344-y.
- 38 Fuller-Rowell TE, Curtis DS, Chae DH, Ryff CD. Longitudinal health consequences of socioeconomic disadvantage: Examining perceived discrimination as a mediator. *Health Psychology*. 2018;37(5):491–500. doi: 10.1037/hea0000616.
- 39 Link BG, García SJ, Firat R, La Scalla S, Phelan JC. Socioeconomic Status-Based Disrespect, Discrimination, Exclusion, and Shaming: A Potential Source of Health Inequalities? *J Health Soc Behav*. 2024; 65(4):558–76. doi: 10.1177/00221465241232658.
- 40 Miller HN, LaFave S, Marineau L, Stephens J, Thorpe RJ. The impact of discrimination on allostatic load in adults: An integrative review of literature. *J Psychosom Res*. 2021;146:110434. doi: 10.1016/j.jpsychores.2021.110434.
- 41 Seeman TE, McEwen BS, Rowe JW, Singer BH. Allostasis as a marker of cumulative biological risk: MacArthur studies of successful aging. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2001;98(8): 4770–5. doi: 10.1073/pnas.081072698.
- 42 Harari L, Lee C. Intersectionality in quantitative health disparities research: A systematic review of challenges and limitations in empirical studies. *Soc Sci Med*. 2021;277:113876. doi: 10.1016/j.socscimed.2021.113876.
- 43 Bowleg L. When Black + Lesbian + Woman ≠ Black Lesbian Woman: The Methodological Challenges of Qualitative and Quantitative Intersectionality Research. *Sex Roles*. 2008;59:312–25. doi: 10.1007/s11199-008-9400-z.
- 44 Bauer GR. Incorporating intersectionality theory into population health research methodology: Challenges and the potential to advance health equity. *Soc Sci Med*. 2014;110:10–7. doi: 10.1016/j.socscimed.2014.03.022.
- 45 von dem Knesebeck O, Klein J. Perceived discrimination in health care in Germany – results of a population survey. *Int J Equity Health*. 2024;23(1):39. doi: 10.1186/s12939-024-02132-4.

- 46 Klein J, Makowski AC, Dingoyan D, von dem Knesebeck O. Interpersonal discrimination experiences in outpatient care are associated with non-adherence – results of a population survey in Germany. *BMC Public Health*. 2025;25(1):2695. doi: 10.1186/s12889-025-23951-2.
- 47 Lien SC. Diskriminierungserfahrungen junger Menschen. In: Deutsches Jugendinstitut, editor. AID:A 2023 Blitzlichter. Zentrale Befunde des DJI-Surveys zum Aufwachsen in Deutschland. Bielefeld: wbv Publikationen; 2024. p. 24–8.
- 48 Spuling SM, Weinhardt M, Mavi L. Wahrgenommene Altersdiskriminierung in der zweiten Lebenshälfte. *dza aktuell*. 2025;02/2025. doi: 10.60922/2tdb-b513.
- 49 Bartig S, Koschollek C, Bug M, Blume M, Kajikhina K, Geerlings J, et al. Gesundheit von Menschen mit ausgewählten Staatsangehörigkeiten in Deutschland – Ergebnisse der Studie GEDA Fokus. *J Health Monit*. 2023(1):7–35. doi: 10.25646/11089.
- 50 Blume M, Bartig S, Wollgast L, Koschollek C, Kajikhina K, Bug M, et al. Determinants of Mental Health Inequalities Among People With Selected Citizenships in Germany. *Int J Public Health*. 2024;Volume 69 - 2024:1607267. doi: 10.3389/ijph.2024.1607267.
- 51 Biddle L, Stacherl B, Heidinger E. Perceived discrimination among migrants in Germany: Does social capital moderate harmful effects on mental health? *Soc Sci Med*. 2025;370:117854. doi: 10.1016/j.socscimed.2025.117854.
- 52 Fuchs L, Gahein-Sama M, Jun Kim T, Mengi A, Podkowik K, Salikutluk Z, et al. Verborgene Muster, sichtbare Folgen. Rassismus und Diskriminierung in Deutschland. Berlin: Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung, Nationaler Diskriminierungs- & Rassismusmonitor; 2025.
- 53 Aikins MA, Bremberger T, Aikins JK, Gyamerah D, Yildirim-Caliman D. Afrozensus 2020: Perspektiven, Anti-Schwarze Rassismuserfahrungen und Engagement Schwarzer, afrikanischer und afrodiasporischer Menschen in Deutschland. Berlin: Each One Teach One (EOTO) e.V., Citizens For Europe (CFE); 2021. Available from: www.afrozensus.de.
- 54 de Vries L, Fischer M, Kasprowski D, Kroh M, Kühne S, Richter D, et al. LGBTQI*-Menschen am Arbeitsmarkt: Hoch gebildet und oftmals diskriminiert. *DIW Wochenbericht*. 2020;36/2020:619–27. doi: 10.18723/diw_wb:2020-36-1.
- 55 Pöge K, Spurgat C, Hamm J, Koppe U. Forschungsbericht zum Projekt „Sexuelle Gesundheit und HIV/STI in trans und nicht-binären Communitys“. Berlin: Robert Koch-Institut und Deutsche Aidshilfe; 2023.
- 56 Bartsch S, Meksem M. Subjektive Diskriminierungserfahrungen in der SOEP-Hauptbefragung 2022. Berlin: Antidiskriminierungsstelle des Bundes; 2025 [cited 19.01.2026]. Available from: https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/forschungsprojekte/DE/SOEP_Hauptbefragung_sub_DiskrErF.html.
- 57 Lemcke J, Loss J, Allen J, Öztürk I, Hintze M, Damerow S, et al. Gesundheit in Deutschland: Etablierung eines bevölkerungsbezogenen Gesundheitspanels. *J Health Monit*. 2024(S2):1–22. doi: 10.25646/11913.2.
- 58 Lemcke J, Damerow S, Kuttig T, Öztürk I, Albrecht S, Heller T, et al. Panel „Gesundheit in Deutschland“ des Robert Koch-Instituts – Hintergrund und Methode der Jahresherhebung 2024. *J Health Monit*. 2025;10(4):e 13546. doi: 10.25646/13546.
- 59 American Association for Public Opinion Research (AAPOR). Standard Definitions: Final Dispositions of Case Codes and Outcome Rates for Surveys. 2023 [cited: 10.06.2025]. Available from: <https://aapor.org/wp-content/uploads/2024/03/Standards-Definitions-10th-edition.pdf>.
- 60 Sternthal MJ, Slopen N, Williams DR. Racial Disparities in Health: How much does stress really matter? *Du Bois Review*. 2011;8(1): 95–113. doi: 10.1017/S1742058X11000087.
- 61 Schumann M, Kajikhina K, Polizzi A, Sarma N, Hoebel J, Bug M, et al. Konzepte für ein migrationssensibles Gesundheitsmonitoring. *J Health Monit*. 2019;4(3):51–67. doi: 10.25646/6071.
- 62 Pöge K, Rommel A, Starker A, Prütz F, Tolsdorf K, Öztürk I, et al. Erhebung geschlechtlicher Diversität in der Studie GEDA 2019/2020-EHIS – Ziele, Vorgehen und Erfahrungen. *J Health Monit*. 2022(2): 52–61. doi: 10.25646/9957.
- 63 Brauns H, Scherer S, Steinmann S. The CASMIN educational classification in international comparative research. In: Hoffmeyer-Zlotnik JHP, Wolf C, editors. *Advances in cross-national comparison. A European Working Book for Demographic and Socio-Economic Variables*. Boston: Springer; 2003. p. 221–44.
- 64 Eurostat. Statistics Explained. Glossary: Equivalized income. Luxembourg: Eurostat; 2021 [cited: 16.06.2025]. Available from: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:Equivalised_income.
- 65 Lampert T, Kroll LE, Müters S, Stolzenberg H. Messung des sozio-ökonomischen Status in der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA). *Bundesgesundheitsbl*. 2013;56(1):131–43. doi: 10.1007/s00103-012-1583-3.
- 66 Robert Koch-Institut. Selbsteingeschätzte allgemeine Gesundheit (ab 18 Jahre). Berlin: Robert Koch-Institut, Gesundheitsberichterstattung des Bundes; 2025 [cited 13.11.2025]. Available from: <https://gbe.rki.de>.
- 67 Public Health Agency of Canada. Centre for Chronic Disease Prevention. Positive Mental Health Surveillance Indicator Framework: Quick Statistics, adults (18 years of age and older). Ottawa: Public Health Agency of Canada; 2016 [cited 27.08.2025]. Available from: <https://health-infobase.canada.ca/positive-mental-health/>.
- 68 Behrens K, Böltken F, Dittmar H, Götsche F, Gutfleisch R, Habla H, et al. Regionale Standards: Ausgabe 2019. Köln: GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften, Arbeitsgruppe Regionale Standards; 2019.
- 69 Ayalon L. Perceived Age, Gender, and Racial/Ethnic Discrimination in Europe: Results from the European Social Survey. *Educ Gerontol*. 2014;40(7):499–517. doi: 10.1080/03601277.2013.845490.
- 70 Bratt C, Abrams D, Swift HJ, Vauclair CM, Marques S. Perceived age discrimination across age in Europe: From an ageing society to a society for all ages. *Dev Psychol*. 2018;54(1):167–80. doi: 10.1037/dev0000398.
- 71 Walther L, Vogelgesang F, Schaffrath Rosario A, Kersjes C, Thom J, Peitz D, et al. Depressive und Angstsymptomatik bei Erwachsenen in Deutschland: Zrgebnisse aus dem Panel „Gesundheit in Deutschland“ 2024. *J Health Monit*. 2025;10(4):e13554. doi: 10.25646/13554.
- 72 Richter D, Kasprowski D, Fischer M. Pretest eines Fragenmoduls zu subjektiven Diskriminierungserfahrungen in der SOEP-Innovationsstichprobe 2020. *SOEP Survey Papers 2021;1077(Series B)*. doi: 10419/248491.
- 73 Morgenstern I, Wenzel L, Börner B, Jeß D, Kromke L, Reiter A, et al. Beteiligung von Menschen mit Armutserfahrung am Erstellungsprozess des Siebten Armuts- und Reichtumsberichtes. *Forschungsbericht im Rahmen des Siebten Armuts- und Reichtumsberichts*. Bonn; 2024.
- 74 OECD/European Commission. Indicators of Immigrant Integration 2023: Settling In. Paris: OECD Publishing; 2023.
- 75 Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration. Integration in Deutschland: Erster Bericht zum indikatorengestützten Integrationsmonitoring. Berlin: Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration; 2021.
- 76 Sczesny S, Nater C, Rudman L, Lohmore A, Malayeri S, Sakalli N, et al. How Women and Men Should (Not) Be: Gender Rules and Their Alignment With Status Beliefs Across Nations. *Psychol Women Q*. 2025;49(2):143–263. doi: 10.1177/03616843251328263.
- 77 Lampert T, Hoebel J, Kuntz B, Waldhauer J. Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Haring R, editor. *Gesundheitswissenschaften*. Berlin, Heidelberg: Springer; 2022. p. 159–68.
- 78 Inglis G, Sosu E, McHardy F, Witteveen I, Jenkins P, Knifton L. Testing the associations between poverty stigma and mental health: The role of received stigma and perceived structural stigma. *Int J Soc Psychiatry*. 2025;71(3):554–63. doi: 10.1177/00207640241296055.

- 79 Mickelson KD, Williams SL. Perceived Stigma of Poverty and Depression: Examination of Interpersonal and Intrapersonal Mediators. *J Soc Clin Psychol.* 2008;27(9):903–30. doi: 10.1521/jscp.2008.27.9.903.
- 80 Krug G, Drasch K, Jungbauer-Gans M. The social stigma of unemployment: consequences of stigma consciousness on job search attitudes, behaviour and success. *J Labour Mark Res.* 2019;53:11. doi: 10.1186/s12651-019-0261-4.
- 81 Inglis G, Jenkins P, McHardy F, Sosu E, Wilson C. Poverty stigma, mental health, and well-being: A rapid review and synthesis of quantitative and qualitative research. *J Community Appl Soc Psychol.* 2022; 33(4):783–806. doi: 10.1002/casp.2677.
- 82 FRA European Union Agency for Fundamental Rights. A long way to go for LGBTI equality. Luxembourg: European Union Agency for Fundamental Rights; 2020 [cited 08.01.2026]. Available from: https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2020-lgbti-equality-1_en.pdf.
- 83 Mezza F, Mezzalana S, Pizzo R, Maldonato NM, Boichicchio V, Sacandura C. Minority stress and mental health in European transgender and gender diverse people: A systematic review of quantitative studies. *Clin Psychol Rev.* 2024;107:102358. doi: 10.1016/j.cpr.2023.102358.
- 84 Meyer IH. Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychological Bulletin.* 2003;129(5):674–97. doi: 10.1037/0033-2909.129.5.674.
- 85 Hatzenbuehler ML. How does sexual minority stigma “get under the skin”? A psychological mediation framework. *Psychological Bulletin.* 2009;135(5):707–30. doi: 10.1037/a0016441.
- 86 Bohmann S, Targa M. Frauen sind für Diskriminierung sensibler geworden. DIW Wochenbericht. 2022;7:89–96.
- 87 Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Neue Wege – Gleiche Chancen. Gleichstellung von Frauen und Männern im Lebensverlauf. Erster Gleichstellungsbericht. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; 2011.
- 88 Deutsches Institut für Menschenrechte. Berichterstattung geschlechtsspezifische Gewalt. Monitor Gewalt gegen Frauen. Zahlen und Fakten zu geschlechtsspezifischer Gewalt. Berlin: Deutsches Institut für Menschenrechte; 2024.
- 89 Jun Kim T, Kindinger E, Mackert N, Rose L, Schorb F, Tolasch E, et al. Fat Studies – Eine Einleitung. In: Herrmann A, Jun Kim T, Kindinger E, Mackert N, Rose L, Schorb F, et al., editors. *Fat Studies. Ein Glossar.* Bielefeld: transcript Verlag; 2022.
- 90 Villa PI. Gender. In: Herrmann A, Jun Kim T, Kindinger E, Mackert N, Rose L, Schorb F, et al., editors. *Fat Studies. Ein Glossar.* Bielefeld: transcript Verlag; 2022.
- 91 Bug M, Kajikhina K, Bartig S, Koschollek C. Self-reported everyday discrimination and prevalence of cardiovascular diseases among people with selected citizenships: results of the GEDA Fokus study. *Eur J Public Health.* 2025;35(Supplement 6):ckaf180.26. doi: 10.1093/eurpub/ckaf180.126.
- 92 Mauz E, Vogelgesang F, Damerow S, Schienkiewitz A, Michalski N, Gaertner B, et al. Gesundheitsmonitoring am Robert Koch-Institut – Auswirkungen eines veränderten Studiendesigns auf Stichprobensammensetzung und Prävalenzschätzer durch den Start des Panels „Gesundheit in Deutschland“. *J Health Monit.* 2025;10(4):e 13558. doi: 10.25646/13558.
- 93 Koschollek C, Gaertner B, Geerlings J, Kuhnert R, Mauz E, Hövener C. Recruiting people with selected citizenships for the health interview survey GEDA Fokus throughout Germany: evaluation of recruitment efforts and recommendations for future research. *BMC Med Res Methodol.* 2024;24:200. doi: 10.1186/s12874-024-02328-w.
- 94 Statistisches Bundesamt (Destatis). Bevölkerung nach Einwanderungsgeschichte. Ergebnisse des Mikrozensus 2023. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt (Destatis); 2024.
- 95 Bastos JL, Harnois CE. Does the Everyday Discrimination Scale generate meaningful cross-group estimates? A psychometric evaluation. *Soc Sci Med.* 2020;265:113321. doi: 10.1016/j.socscimed.2020.113321.
- 96 Harnois CE, Bastos JL, Campbell ME, Keith VM. Measuring perceived mistreatment across diverse social groups: An evaluation of the Everyday Discrimination Scale. *Soc Sci Med.* 2019;232:298–306. doi: 10.1016/j.socscimed.2019.05.011.
- 97 Hoebe J, Michalski N, Baumert J, Nowossadeck E, Tetzlaff F. Die Lebenserwartungslücke: Sozioökonomische Unterschiede in der Lebenserwartung zwischen Deutschlands Regionen. *J Health Monit.* 2025;10(1):e13003.
- 98 Antidiskriminierungsstelle des Bundes. Zur rechtlichen Notwendigkeit von Landesgesetzen für Antidiskriminierung. Berlin: Antidiskriminierungsstelle des Bundes; 2025.
- 99 Steinl L, Vehrkamp A. Mit Strafrecht gegen Diskriminierung? Grundlagen eines „Antidiskriminierungsstrafrechts“. *JuristenZeitung (JZ).* 2025;80(13):605–12. doi: 10.1628/jz-2025-0193
- 100 Bauer GR, Scheim AI. Methods for analytic intercategory intersectionality in quantitative research: Discrimination as a mediator of health inequalities. *Soc Sci Med.* 2019;226:236–45. doi: 10.1016/j.socscimed.2018.12.015.
- 101 Mahendran M, Lizotte D, Bauer GR. Describing Intersectional Health Outcomes. An Evaluation of Data Analysis Methods. *Epidemiology.* 2022;33(3):395–405. doi: 10.1097/EDE.0000000000001466.

Annex Tabelle 1: Studienpopulation stratifiziert nach Geschlecht. Quelle: Panel „Gesundheit in Deutschland“ 2024

	Gesamt (n = 26.645)			Cis-weiblich (n = 14.412)			Cis-männlich (n = 12.086)		
	n	%	(95 %-KI)	n	%	(95 %-KI)	n	%	(95 %-KI)
Demografische Merkmale									
Alter									
18–29 Jahre	3.623	15,4	(14,8–16,0)	2.084	14,2	(13,4–15,0)	1.478	16,3	(15,4–17,2)
30–44 Jahre	5.685	23,7	(23,0–24,4)	3.181	22,7	(21,9–23,7)	2.472	24,7	(23,6–25,7)
45–64 Jahre	8.969	33,7	(33,0–34,4)	4.972	33,4	(32,4–34,4)	3.975	34,4	(33,4–35,4)
65 Jahre und älter	8.368	27,2	(26,5–27,9)	4.175	29,7	(28,8–30,7)	4.161	24,7	(23,7–25,6)
Sozioökonomische Merkmale									
Bildung									
Niedrig	5.044	33,1	(31,8–34,4)	2.446	32,8	(31,4–34,2)	2.565	33,2	(31,5–35,0)
Mittel	12.743	46,4	(45,3–47,5)	7.584	48,7	(47,5–50,0)	5.079	44,1	(42,6–45,5)
Hoch	8.814	20,5	(19,4–21,7)	4.351	18,5	(17,4–19,6)	4.429	22,7	(21,3–24,2)
Fehlend	44			31			13		
Einkommen									
<60% des Medians	3.882	18,1	(17,4–18,9)	2.249	19,4	(18,4–20,5)	1.585	16,5	(15,5–17,6)
60–150% des Medians	16.347	61,6	(60,8–62,5)	8.992	62,6	(61,4–63,7)	7.276	60,8	(59,6–62,0)
>150% des Medians	6.416	20,2	(19,4–21,1)	3.171	18,0	(17,0–19,1)	3.225	22,7	(21,5–23,9)
Erwerbsstatus*									
Erwerbstätig	14.656	79,7	(78,8–80,5)	8.002	76,5	(75,3–77,7)	6.592	83,0	(81,8–84,2)
Nicht erwerbstätig	3.608	20,4	(19,5–21,2)	2.229	23,5	(22,3–24,7)	1.326	17,0	(15,8–18,2)
Fehlend	13			6			7		
Arbeitslosigkeitserfahrung in den letzten fünf Jahren									
Ja	2.977	14,1	(13,4–14,9)	1.663	14,0	(13,1–15,0)	1.277	13,9	(12,9–15,0)
Nein	22.959	85,9	(85,1–86,6)	12.286	86,0	(85,0–87,0)	10.571	86,1	(85,0–87,1)
Fehlend	709			463			238		
Migrationsbezogene Merkmale									
Geburtsland									
Deutschland	23.134	89,2	(88,4–90,1)	12.492	88,8	(87,7–89,8)	10.519	89,7	(88,7–90,7)
Anderes Land	1.952	10,8	(9,9–11,7)	1.116	11,2	(10,2–12,3)	826	10,3	(9,3–11,4)
Fehlend	1.559			804			741		
Staatsangehörigkeit									
Deutsch	24.183	94,1	(93,4–94,7)	13.089	94,0	(93,1–94,7)	10.967	94,4	(93,5–95,1)
Andere Staatsangehörigkeit	923	5,9	(5,3–6,6)	526	6,0	(5,3–6,9)	390	5,6	(4,9–6,5)
Fehlend	1.539			797			729		
Deutschkenntnisse									
Muttersprache/sehr gut/gut	24.801	98,2	(97,8–98,4)	13.427	97,9	(97,4–98,3)	11.241	98,4	(98,0–98,8)
Mittelmäßig/schlecht/sehr schlecht	280	1,8	(1,6–2,2)	160	2,1	(1,7–2,6)	120	1,6	(1,2–2,0)
Fehlend	1.564			825			725		
Selbstberichtete Diskriminierungserfahrungen im Alltag									
Nie	5.425	18,6	(18,0–19,3)	2.782	18,9	(18,0–19,8)	2.633	18,5	(17,6–19,5)
Selten/manchmal	18.596	69,2	(68,4–69,9)	10.106	68,5	(67,5–69,6)	8.392	69,8	(68,7–71,0)
Oft/sehr oft	2.624	12,2	(11,6–12,9)	1.524	12,6	(11,8–13,4)	1.061	11,7	(10,8–12,7)
Selbsteingeschätzte allgemeine Gesundheit									
Sehr gut/gut	17.974	64,8	(63,8–65,7)	9.669	62,9	(61,8–64,0)	8.236	67,0	(65,7–68,3)
Mittelmäßig/schlecht/sehr schlecht	8.648	35,2	(34,3–36,2)	4.730	37,1	(36,0–38,2)	3.840	33,0	(31,7–34,3)
Fehlend	23			13			10		
Selbsteingeschätzte psychische Gesundheit									
Ausgezeichnet/sehr gut	9.720	34,5	(33,7–35,4)	4.596	29,2	(28,2–30,3)	5.107	40,4	(39,3–41,6)
Gut/weniger gut/schlecht	16.887	65,5	(64,6–66,3)	9.798	70,8	(69,7–71,8)	6.959	59,6	(58,4–60,8)
Fehlend	38			18			20		

n=Anzahl der Befragten; %=gewichteter Anteil; KI=Konfidenzintervall; *nur Teilnehmende im erwerbsfähigen Alter (18–64 Jahre)
 Eine Stratifizierung nach trans/genderdivers ist aufgrund geringer Fallzahlen nicht zuverlässig möglich

Annex Tabelle 2: Prevalence ratios für eine als mittelmäßig bis sehr schlecht selbsteingeschätzte allgemeine Gesundheit nach der Häufigkeit von Diskriminierungserfahrungen im Alltag und Anzahl an Diskriminierungsgründen (Modell 3), Gesamt und getrennt nach Geschlecht. Panel „Gesundheit in Deutschland“ 2024

	Gesamt (n = 24.282)			Cis-weiblich (n = 13.076)			Cis-männlich (n = 11.081)		
	PR	(95 %-KI)	p-Wert	PR	(95 %-KI)	p-Wert	PR	(95 %-KI)	p-Wert
Diskriminierungserfahrungen									
Nie (Ref.)	1,00			1,00			1,00		
Selten/manchmal, 1 Grund	1,15	(1,08 – 1,23)	<0,001	1,12	(1,03 – 1,23)	0,010	1,19	(1,08 – 1,30)	<0,001
Selten/manchmal, 2 Gründe	1,39	(1,29 – 1,50)	<0,001	1,34	(1,22 – 1,48)	<0,001	1,43	(1,28 – 1,60)	<0,001
Selten/manchmal, 3 und mehr Gründe	1,52	(1,42 – 1,63)	<0,001	1,56	(1,41 – 1,72)	<0,001	1,47	(1,33 – 1,63)	<0,001
Oft/sehr oft, 1 Grund	1,66	(1,48 – 1,87)	<0,001	1,77	(1,52 – 2,05)	<0,001	1,53	(1,25 – 1,87)	<0,001
Oft/sehr oft, 2 Gründe	1,84	(1,60 – 2,12)	<0,001	1,87	(1,59 – 2,21)	<0,001	1,79	(1,42 – 2,27)	<0,001
Oft/sehr oft, 3 und mehr Gründe	2,17	(1,95 – 2,42)	<0,001	2,34	(2,06 – 2,66)	<0,001	1,96	(1,62 – 2,36)	<0,001
Demografische Merkmale									
Geschlechtsidentität									
Cis-weiblich	1,03	(0,99 – 1,08)	0,136						
Cis-männlich (Ref.)	1,00								
Trans/genderdivers	1,62	(1,26 – 2,07)	<0,001						
Alter									
(Metrisch)	1,02	(1,02 – 1,02)	<0,001	1,02	(1,02 – 1,02)	<0,001	1,03	(1,02 – 1,03)	<0,001
Sozioökonomische Merkmale									
Bildung									
Niedrig	1,17	(1,11 – 1,24)	<0,001	1,20	(1,12 – 1,29)	<0,001	1,17	(1,07 – 1,27)	0,001
Mittel (Ref.)	1,00			1,00			1,00		
Hoch	0,70	(0,65 – 0,74)	<0,001	0,70	(0,64 – 0,76)	<0,001	0,68	(0,62 – 0,75)	<0,001
Einkommen									
< 60% des Medians	1,22	(1,15 – 1,28)	<0,001	1,17	(1,08 – 1,26)	<0,001	1,28	(1,18 – 1,39)	<0,001
60 – 150% des Medians (Ref.)	1,00			1,00			1,00		
> 150% des Medians	0,78	(0,73 – 0,84)	<0,001	0,82	(0,75 – 0,91)	<0,001	0,75	(0,67 – 0,83)	<0,001
Arbeitslosigkeitserfahrung in den letzten fünf Jahren									
Ja	1,53	(1,43 – 1,63)	<0,001	1,50	(1,37 – 1,65)	<0,001	1,55	(1,40 – 1,71)	<0,001
Nein (Ref.)	1,00			1,00			1,00		
Migrationsbezogene Merkmale									
Geburtsland									
Deutschland (Ref.)	1,00			1,00			1,00		
Anderes Land	1,05	(0,94 – 1,16)	0,402	1,06	(0,92 – 1,21)	0,417	1,04	(0,89 – 1,21)	0,646
Staatsangehörigkeit									
Deutsch (Ref.)	1,00			1,00			1,00		
Andere Staatsangehörigkeit	0,74	(0,61 – 0,89)	0,002	0,73	(0,58 – 0,93)	0,009	0,76	(0,58 – 0,99)	0,043
Deutschkenntnisse									
Muttersprache/sehr gut/gut (Ref.)	1,00			1,00			1,00		
Mittelmäßig/schlecht/sehr schlecht	1,25	(0,99 – 1,57)	0,063	1,44	(1,08 – 1,93)	0,012	0,99	(0,69 – 1,40)	0,941

PR=adjustiertes Prävalenzverhältnis (Prevalence Ratio), KI=Konfidenzintervall, Ref.=Referenzkategorie

Annex Tabelle 3: Prevalence ratios für eine als gut, weniger gut bzw. schlecht selbsteingeschätzte psychische Gesundheit nach der Häufigkeit von Diskriminierungserfahrungen im Alltag und Anzahl an Diskriminierungsgründen (Modell 3), Gesamt und getrennt nach Geschlecht. Panel „Gesundheit in Deutschland“ 2024

	Gesamt (n = 24.275)			Cis-weiblich (n = 13.079)			Cis-männlich (n = 11.071)		
	PR	(95 %-KI)	p-Wert	PR	(95 %-KI)	p-Wert	PR	(95 %-KI)	p-Wert
Diskriminierungserfahrungen									
Nie (Ref.)	1,00			1,00			1,00		
Selten/manchmal, 1 Grund	1,14	(1,10 – 1,18)	<0,001	1,13	(1,08 – 1,18)	<0,001	1,15	(1,08 – 1,22)	<0,001
Selten/manchmal, 2 Gründe	1,19	(1,14 – 1,24)	<0,001	1,18	(1,12 – 1,24)	<0,001	1,19	(1,11 – 1,27)	<0,001
Selten/manchmal, 3 und mehr Gründe	1,23	(1,18 – 1,29)	<0,001	1,25	(1,18 – 1,31)	<0,001	1,20	(1,13 – 1,28)	<0,001
Oft/sehr oft, 1 Grund	1,32	(1,24 – 1,40)	<0,001	1,34	(1,25 – 1,44)	<0,001	1,29	(1,15 – 1,45)	<0,001
Oft/sehr oft, 2 Gründe	1,45	(1,37 – 1,55)	<0,001	1,46	(1,38 – 1,55)	<0,001	1,42	(1,25 – 1,62)	<0,001
Oft/sehr oft, 3 und mehr Gründe	1,43	(1,35 – 1,52)	<0,001	1,37	(1,28 – 1,47)	<0,001	1,52	(1,38 – 1,68)	<0,001
Demografische Merkmale									
Geschlechtsidentität									
Cis-weiblich	1,16	(1,13 – 1,18)	<0,001						
Cis-männlich (Ref.)	1,00								
Trans/genderdivers	1,37	(1,21 – 1,54)	<0,001						
Alter									
(Metrisch)	1,00	(1,00 – 1,01)	<0,001	1,00	(1,00 – 1,00)	<0,001	1,01	(1,01 – 1,01)	<0,001
Sozioökonomische Merkmale									
Bildung									
Niedrig	1,04	(1,01 – 1,08)	0,016	1,04	(1,00 – 1,08)	0,070	1,06	(1,01 – 1,12)	0,032
Mittel (Ref.)	1,00			1,00			1,00		
Hoch	0,91	(0,88 – 0,94)	<0,001	0,92	(0,88 – 0,95)	<0,001	0,90	(0,86 – 0,95)	<0,001
Einkommen									
< 60% des Medians	1,08	(1,05 – 1,12)	<0,001	1,05	(1,01 – 1,09)	0,011	1,13	(1,07 – 1,20)	<0,001
60 – 150% des Medians (Ref.)	1,00			1,00			1,00		
> 150% des Medians	0,84	(0,81 – 0,87)	<0,001	0,87	(0,83 – 0,91)	<0,001	0,82	(0,77 – 0,87)	<0,001
Arbeitslosigkeitserfahrung in den letzten fünf Jahren									
Ja	1,14	(1,10 – 1,18)	<0,001	1,10	(1,05 – 1,14)	<0,001	1,18	(1,11 – 1,25)	<0,001
Nein (Ref.)	1,00			1,00			1,00		
Migrationsbezogene Merkmale									
Geburtsland									
Deutschland (Ref.)	1,00			1,00			1,00		
Anderes Land	0,98	(0,93 – 1,03)	0,423	1,01	(0,95 – 1,07)	0,792	0,94	(0,85 – 1,04)	0,209
Staatsangehörigkeit									
Deutsch (Ref.)	1,00			1,00			1,00		
Andere Staatsangehörigkeit	0,91	(0,83 – 1,01)	0,065	0,90	(0,80 – 1,01)	0,062	0,94	(0,80 – 1,09)	0,394
Deutschkenntnisse									
Muttersprache/sehr gut/gut (Ref.)	1,00			1,00			1,00		
Mittelmäßig/schlecht/sehr schlecht	1,08	(0,93 – 1,24)	0,295	1,15	(0,99 – 1,34)	0,063	0,97	(0,75 – 1,24)	0,790

PR = adjustiertes Prävalenzverhältnis (Prevalence Ratio), KI = Konfidenzintervall, Ref. = Referenzkategorie