

Die gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund und die Bedeutung des sozioökonomischen Status

Erste Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)

Hintergrund

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes hat etwa ein Fünftel (20,5 %) der Bevölkerung in Deutschland (rd. 16,5 Mio. Menschen) einen Migrationshintergrund [1]. Von diesen sind zwei Drittel (65,9 %) selbst nach Deutschland zugewandert (erste Generation), ein Drittel (34,1 %) sind als Nachkommen von Zuwanderern in Deutschland geboren (zweite/dritte Generation). Die Mehrzahl der Menschen mit Migrationshintergrund (MMH) (57,0 %) besitzt die deutsche Staatsangehörigkeit [1].

Zwischen Migration und Gesundheit bestehen vielfältige Zusammenhänge. Lange Zeit war die Diskussion von der Annahme bestimmt, die Zusammensetzung der Gruppe der Zuwanderer sei nicht repräsentativ für ihre Herkunftsländer, sondern Ergebnis einer positiven Selbst- und Fremdselektion. Da sich eher jüngere und gesunde Menschen zur Auswanderung entschieden, sei die Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund in der Regel besser und ihre Sterblichkeit geringer als die der aufnehmenden Gesellschaften (sog. *healthy migrant effect*) [2–5].

Mit zunehmender Aufenthaltsdauer der Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland wurden aber auch

gesundheitliche Nachteile sichtbar [6]: Die Unterschiede in der Mortalität zugunsten der Menschen mit Migrationshintergrund haben sich nach und nach verringert [3, 7, 8]. In einigen Bereichen zeigt sich zudem, dass die gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund schlechter ist als die der einheimischen Bevölkerung. So gibt es Hinweise darauf, dass Menschen mit Migrationshintergrund ihren Gesundheitszustand subjektiv schlechter bewerten und auch die psychische Gesundheit in der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund besser ist [4, 9–11]. Zudem nehmen Menschen mit Migrationshintergrund manche Gesundheitsleistungen seltener in Anspruch [12–15].

Dennoch bleibt das Bild uneinheitlich: Menschen mit Migrationshintergrund weisen auch Ressourcen auf wie einen geringeren Substanzkonsum, der sie vor chronischen Erkrankungen schützen kann. Dies gilt in Abhängigkeit vom Herkunftsland, vom Geschlecht, von der Aufenthaltsdauer und der sozialen Lage für den Konsum von Alkohol und Tabak [4, 16–20]. Zum anderen zeichnen sich Menschen mit und ohne Migrationshintergrund durch unterschiedliche Alters- und Sozialstrukturen aus [4]. Ein schlechterer Gesundheitszustand von Menschen mit Migrationshintergrund ist daher teil-

weise auf ihren niedrigeren sozioökonomischen Status zurückzuführen [10, 21]. Ebenso muss das im Mittel jüngere Lebensalter von Personen mit Migrationshintergrund bei Vergleichen berücksichtigt werden.

Darüber hinaus stellen Menschen mit Migrationshintergrund eine in sich heterogene Bevölkerungsgruppe dar. Neben dem Herkunftsland können je nach Outcome auch weitere Einflussfaktoren wie Zuwanderergeneration, Aufenthaltsdauer und -status, Akkulturation, kulturelle und religiöse Orientierungen oder die Frage, ob nur ein Elternteil (einseitig) oder beide (beidseitig) einen Migrationshintergrund aufweisen, von Bedeutung sein [4, 14, 22]. Beispielsweise sind im Generationenwechsel zwischen Einwanderern und deren Nachkommen Lebensbedingungen und Verhaltensweisen einem kontinuierlichen Wandel unterworfen. Die Frage, ob Menschen mit Migrationshintergrund der ersten oder einer der Folgegenerationen angehören, stellt damit auch in Bezug auf die gesundheitliche Lage eines der wichtigsten Differenzierungsmerkmale dar [5].

Epidemiologische Daten, die die soziale und gesundheitliche Lage sowie den Migrationshintergrund abbilden und bevölkerungsweit gesundheitsbezogene Informationen zur Verfügung stellen, sind

in Deutschland bislang rar. Routinedaten und amtliche Statistiken werden als Abgrenzungsmerkmal in der Regel die Staatsangehörigkeit. Diese ist zur Bestimmung des Migrationshintergrundes jedoch nicht geeignet, da die Gruppe der Migrantinnen und Migranten mit deutscher Staatsangehörigkeit dabei ausgeschlossen wird [22]. Zudem enthalten diese Daten keine validen Informationen zur sozialen Lage der erfassten Personen.

Eine Alternative hierzu sind Gesundheitssurveys, die auf Basis einer bevölkerungsweiten Stichprobe Informationen über ein breites Spektrum an Merkmalen für die Bevölkerung mit und ohne Migrationshintergrund zur Verfügung stellen. Ein gutes Beispiel ist die Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) [23]. Die erste Welle der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) ist der erste bevölkerungsweite, gesundheitsbezogene Survey mit einem Untersuchungsprogramm in Deutschland, in dem Erwachsene ohne ausreichende deutsche Sprachkenntnisse nicht von der Befragung ausgeschlossen wurden.

Dennoch zeigt sich, dass es schwierig ist, Menschen mit Migrationshintergrund entsprechend ihrem Anteil an der Bevölkerung einzubeziehen, laut Mikrozensus 2009 sind dies 20,5% der Erwachsenen. In DEGS1 hatten 14,0% der Befragten einen Migrationshintergrund (gewichtet 19,8%). Außerdem ist die Stichprobe der Befragten mit Migrationshintergrund in DEGS1 im Vergleich zur Gesamtheit der Menschen mit Migrationshintergrund teilweise verzerrt, u. a. hinsichtlich der Migrationsgeneration (selbst zugewandert vs. in Deutschland geboren). Dies kann durch das angewandte Gewichtungsverfahren nur teilweise ausgeglichen werden [23].

Ziel des vorliegenden Beitrags ist es, erste Ergebnisse zur gesundheitlichen Lage von Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung auf Basis von DEGS1 vorzustellen. Dabei soll die Eignung der Stichprobe von Menschen mit Migrationshintergrund in DEGS1 vor dem Hintergrund der bestehenden Studienlage für die weitere Forschung abgeschätzt werden. Inhaltlich wird ein besonderes Augenmerk

auf die Fragen gelegt, i) ob der sozioökonomische Status die gefundenen Unterschiede teilweise erklärt und ii) welchen Zusammenhang weitere Differenzierungen des Migrationshintergrundes (hier die Zuwanderergeneration) mit der gesundheitlichen Lage von Menschen mit Migrationshintergrund aufweisen.

Methoden

DEGS1 ist Bestandteil des Gesundheitsmonitorings des Robert Koch-Instituts (RKI). Die Studie wurde von 2008 bis 2011 durchgeführt und umfasst Befragungen, Untersuchungen und Tests [24, 25]. Zielpopulation war die in Deutschland lebende Bevölkerung im Alter von 18 bis 79 Jahren. Eine Nonresponder-Analyse und der Vergleich einzelner erhobener Indikatoren mit Daten der amtlichen Statistik weisen auf eine hohe Repräsentativität der Gesamtstichprobe für die Wohnbevölkerung Deutschlands hin [26].

DEGS1 hat ein Mischdesign, das gleichzeitig quer- und längsschnittliche Analysen ermöglicht. Hierbei wurde eine Einwohnermeldeamtsstichprobe durch ehemalige Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 (BGS98) ergänzt. Konzept und Design von DEGS1 sind an anderer Stelle ausführlich beschrieben [26, 27]. Um die Teilnahmeraten von Personen mit Migrationshintergrund zu steigern, kamen Maßnahmen wie ein Oversampling von Personen mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit und übersetzte Fragebögen zum Einsatz [23, 26].

Als Menschen mit Migrationshintergrund werden in DEGS1 Personen, von denen mindestens ein Elternteil nicht in Deutschland geboren ist, definiert [23]. Personen, die vor 1950 eingewandert sind, sowie deren Kinder (sog. Vertriebene) gelten nicht als Personen mit Migrationshintergrund. Die in DEGS1 verwendete Definition entspricht damit weitgehend der Definition des Mikrozensus [1]. Da es sich in der vorliegenden Untersuchung um eine erste Basisauswertung von DEGS1 zu diesem Thema handelt, wird mit der Zuwanderergeneration zunächst ein weiteres, inhaltlich bedeutsames Differenzierungsmerkmal des Migrationshintergrundes verwendet. Menschen mit Mig-

rationshintergrund, die selbst zugewandert sind, gelten als Migrantinnen und Migranten der ersten Zuwanderergeneration. In Deutschland Geborene werden der zweiten Generation zugerechnet.

Der sozioökonomische Status (SES) wird in DEGS1 mithilfe eines Indexes erfasst, der Informationen zur schulischen und beruflichen Bildung, zur beruflichen Stellung sowie zum Netto-Äquivalenzeinkommen zu einem Summenscore aggregiert [28, 29]. Dabei werden die drei Ausgangsvariablen in metrische Skalen überführt, die mit dem gleichen Gewicht in die Berechnung eingehen. Ausgehend von dem Index wird für die Analysen eine verteilungsbasierte Abgrenzung von drei Statusgruppen vorgenommen. Die niedrige und hohe Statusgruppe umfassen jeweils 20% der Bevölkerung, die mittlere Statusgruppe 60%.

Als Gesundheitsoutcomes werden je drei Indikatoren zum Gesundheitszustand, zum gesundheitsbezogenen Risikoverhalten sowie zur Leistungsanspruchnahme betrachtet. Alle Outcomes wurden dichotomisiert. Während Fragen zum allgemeinen Gesundheitszustand, zu chronischen Erkrankungen sowie zu depressiven Symptomen den Gesundheitszustand betreffen, wird das Risikoverhalten über die Bereiche Rauchen, körperliche Aktivität sowie Alkoholkonsum abgebildet. Zur Leistungsanspruchnahme werden zwei Fragen zu Krebsfrüherkennungsuntersuchungen und eine Frage zur Teilnahme an Maßnahmen der Verhaltensprävention herangezogen.

Die subjektive Gesundheit wurde in DEGS1 mit einer von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) vorgeschlagenen einfachen Frage zur Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands erhoben: „Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen?“ [30]. Für die Auswertungen werden die fünf Antwortkategorien in „sehr gut“ oder „gut“ sowie „mittelmäßig“, „schlecht“ oder „sehr schlecht“ dichotomisiert. Das Vorliegen einer chronischen Erkrankung wurde nach einem auf EU-Ebene standardisierten Verfahren mit der Frage: „Haben Sie eine oder mehrere lang andauernde, chronische Erkrankungen?“ erfasst [31]. Depressive Symptome wurden über das Depressionsmodul des *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9) un-

A. Rommel · A.C. Saß · S. Born · U. Ellert

Die gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund und die Bedeutung des sozioökonomischen Status. Erste Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)

Zusammenfassung

Menschen mit Migrationshintergrund (MMH) weisen spezifische gesundheitliche Risiken und Ressourcen im Vergleich zu Menschen ohne Migrationshintergrund (MoMH) auf. Analysiert wird hier der Zusammenhang zwischen dem Migrationshintergrund und der gesundheitlichen Lage. Zudem wird untersucht, ob der sozioökonomische Status (SES) zur Erklärung der Unterschiede zwischen MMH und MoMH beiträgt. Datenbasis bildet die „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS1) des Robert Koch-Instituts (2008–2012, $n = 8151$). Die Auswertepopulation enthält 1107 MMH (gewichtet: 19,8%). Der Fragestellung wird anhand von neun ausgewählten Gesundheitsoutcomes nachgegangen. Alle Auswertungen erfolgen nach Geschlecht und unterscheiden

nach MMH der 1. und 2. Generation. Logistische Regressionsmodelle werden nach Alter und SES adjustiert. Die Ergebnisse zeigen klare geschlechtsspezifische Muster. Bei Frauen sind Unterschiede vor allem bei MMH der 1. Generation signifikant. Verglichen mit MoMH weisen sie einen schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand auf, sind körperlich inaktiver, trinken weniger Alkohol, sind schlechter über Programme der Krebsfrüherkennung informiert und nehmen präventive Leistungen seltener in Anspruch. Tägliche Raucherinnen sind nur bei Frauen der zweiten Generation häufiger vertreten als bei MoMH. Bei Männern finden sich alle signifikanten Unterschiede in der ersten sowie der zweiten Generation. Männer mit Migrationshintergrund weisen häufiger depressive Symptome auf, kon-

sumieren seltener Alkohol und sind über Programme der Krebsfrüherkennung schlechter informiert. Der Effekt des Migrationshintergrundes auf die gesundheitliche Lage bleibt auch nach Kontrolle des SES weitgehend erhalten. Die DEGS1-Ergebnisse sind vor dem Hintergrund der bestehenden Evidenz plausibel und liefern weiterführende Erkenntnisse. Die Nutzung dieser Daten für die Migrationsforschung erfordert eine differenzierte Betrachtung der Population der MMH und eine sorgfältige Einordnung der Befunde.

Schlüsselwörter

Menschen mit Migrationshintergrund · Gesundheitsverhalten · Soziale Determinanten · Risikofaktoren · Gesundheitsurveys

Health status of people with a migrant background and impact of socio-economic factors. First results of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1)

Abstract

People with a migrant background (PMB) have specific health-related risk factors and resources compared to the non-migrant population (NMP). The analysis focuses on the relationship between migrant background and health and health-related behavior. Moreover, the study analyses whether socio-economic status (SES) contributes to the explanation of differences between PMB and the NMP. The research is based on the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1) (2008–2012, $n = 8151$). The population for cross-sectional analyses contains 1107 PMB (weighted 19.8%). The research question is addressed on the basis of nine exemplary health outcomes. All analyses are gender specific and make a distinction

between first and second generation PMB. Logistic regression is calculated adjusting for age and SES. The results reveal clear gender-specific patterns: For women, differences are statistically significant mainly for first generation PMB. Compared to the NMP their self-assessed health status is lower, they are less physically active, consume less alcohol, feel less informed about cancer screening programs and make less use of preventive health services. However, daily smoking is more prevalent in second generation women. For men, differences are statistically significant for first and second generation PMB. Men with a migrant background show more symptoms of depression, consume less alcohol and feel less informed about cancer

screening programs. After adjusting for SES the impact of migrant background on health status and health-related behavior largely remains stable. The study shows that the DEGS1 data offers valuable results and new insights into the health status of people with a migrant background. The use of this data for further research requires a differentiated approach to the concept of migrant background and a careful interpretation of results.

Keywords

Emigration and immigration · Health behavior · Socioeconomic factors · Risk factors · Health surveys

ter Abfrage der Häufigkeit von neun Symptomen gemessen. Ein Skalensummenwert > 10 definiert das Vorliegen einer depressiven Symptomatik [32].

Zum Rauchverhalten kam die Frage: „Rauchen Sie zurzeit – wenn auch nur gelegentlich?“ zum Einsatz (Antwortkategorien: „Ja, täglich“, „Ja, gelegentlich“, „Nein, nicht mehr“, „Habe noch nie geraucht“). Anhand der Antworten auf diese Frage wird im Folgenden zwischen aktuellen

Raucherinnen und Rauchern, die täglich oder gelegentlich rauchen, und Personen, die nicht (mehr) rauchen, unterschieden. Die körperliche Aktivität wurde in DEGS1 über die Frage erhoben: „Bitte denken Sie bei den Fragen zur körperlichen Aktivität an die letzten 3 Monate. Wie oft treiben Sie Sport?“. Diejenigen, die angaben, in den letzten 3 Monaten keinen Sport ausgeübt zu haben, werden im Folgenden als sportlich inaktiv klassifiziert [33].

Ein riskanter Alkoholkonsum wurde mit den drei Fragen des *Alcohol Use Disorder Identification Test – Consumption* (AUDIT-C) erfasst [34]. Der Risikokonsum liegt bei einem Wert von > 3 bei Frauen und > 4 bei Männern vor. Die Vergleichsgruppe bilden Personen ohne Risikokonsum (moderater Konsum oder abstinent).

In Bezug auf ihre Teilnahme an verhaltenspräventiven Aktivitäten wurden die Teilnehmenden gefragt, ob sie in den

vergangenen 12 Monaten an Maßnahmen (d. h. Kursen, Übungen oder Beratungen) zu den Bereichen Ernährung, Bewegung, Entspannung, Sport oder Fitness teilgenommen haben. Bezüglich der Finanzierung oder Trägerschaft dieser Maßnahmen enthielt die Frage keine Einschränkung. Zur Krebsfrüherkennung wurde einerseits erfragt, ob die Empfehlungen der Krankenkassen zur Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen bekannt sind. Zum anderen wurden Frauen aller Altersgruppen sowie Männer ab 35 Jahren gefragt, ob sie diese regelmäßig in Anspruch nehmen.

Alle Analysen werden mit einem Gewichtungsfaktor durchgeführt, der Abweichungen der Stichprobe von der Bevölkerungsstruktur (Stand 31.12.2010) hinsichtlich Alter, Geschlecht, Region und Staatsangehörigkeit sowie Gemeindetyp und Bildung korrigiert [26]. Bei der Gewichtung der ehemaligen Teilnehmenden des BGS98 wird auch die Wiederteilmahewahrscheinlichkeit berücksichtigt. Um die Gewichtung sowie auch die geschichtete Struktur der Stichprobe zu berücksichtigen, werden alle Analysen mit den Verfahren für komplexe Stichproben von SPSS-20 durchgeführt [35].

Die Auswertungen erfolgen geschlechtsspezifisch und differenzieren nach Personen mit Migrationshintergrund der ersten und der zweiten Generation. Das Alter geht als stetige Variable in die multivariaten Analysen ein. Um die eingangs formulierten Fragestellungen zu beantworten, werden zunächst deskriptiv Anteilswerte mit den dazugehörigen Konfidenzintervallen dargestellt. Unterschiede werden im Text nur dann berichtet, wenn sich die Konfidenzintervalle zwischen Personen mit und ohne Migrationshintergrund nicht überschneiden. Im Anschluss werden für jedes Outcome zwei logistische Regressionsmodelle berechnet, in die der Migrationshintergrund als dreistufige Determinante mit den Ausprägungen kein Migrationshintergrund (Referenzgruppe) sowie Menschen mit Migrationshintergrund der ersten Generation und der zweiten Generation eingehen. Während Modell 1 den Effekt des Migrationshintergrundes unter statistischer Kontrolle des Alters bestimmt, ad-

justiert Modell 2 auch für den sozioökonomischen Status.

Aufgrund des Problems der unbeobachteten Heterogenität werden die absoluten Ausprägungen der Odds Ratios der Modelle 1 und 2 nicht direkt miteinander ins Verhältnis gesetzt [36]. Sind jedoch ausgeprägte signifikante Effekte aus Modell 1 in Modell 2 nicht mehr gegeben, wird dies als Hinweis darauf interpretiert, dass der betreffende Unterschied zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund stark durch Differenzen im sozioökonomischen Status zu erklären ist. Da insbesondere für die Kombination generationen- und geschlechtsspezifischer Analysen kaum etablierte Hypothesen vorliegen, haben alle Ergebnisse zudem einen hypothesengenerierenden Charakter. Auf eine Anpassung wegen multiplen Testens wurde daher verzichtet [37, 38]. Signifikante Ergebnisse sind als vorläufig zu interpretieren.

Ergebnisse

Insgesamt nahmen 8151 Personen an DEGS1 teil, darunter 4192 Erstingeladene (Response 42%) und 3959 ehemalige Teilnehmerinnen und Teilnehmer des BGS98 (Response 62%). Die zugrunde liegende Nettostichprobe erlaubt im Altersbereich von 18 bis 79 Jahren repräsentative Querschnittsanalysen für 7987 Teilnehmende. Von diesen sind 4198 Frauen und 3789 Männer. Insgesamt haben 1107 Befragte einen Migrationshintergrund. Dies entspricht einem gewichteten Anteil von 19,8%. Von diesen sind 655 der ersten und 452 der zweiten Generation zuzurechnen (■ Tab. 1).

Die angewandte Gewichtung hat mittelbar auch Auswirkungen auf den Anteil an Personen mit Migrationshintergrund. Vor allem Menschen mit Migrationshintergrund der ersten Generation sind nach Gewichtung anteilig stärker vertreten. Ihr Anteil steigt mit der Gewichtung um 4,6 Prozentpunkte, jener der Personen aus der zweiten Generation nur um 0,8 Prozentpunkte (■ Tab. 1).

Die deskriptiven Auswertungen ergeben in Bezug auf den Gesundheitszustand ein uneinheitliches Bild. Befragt nach ihrer subjektiven Gesundheit unterscheiden sich die Anteile derjenigen mit allenfalls

mittelmäßigem Gesundheitszustand nur wenig zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund. In Bezug auf das Vorliegen chronischer Erkrankungen zeigen sich bei Männern (22,0%) und Frauen (23,5%) der ersten Generation geringere Anteilswerte im Vergleich zu Menschen ohne Migrationshintergrund (w 32,2%; m 30,8%). Eine depressive Symptomatik liegt dagegen häufiger bei Männern mit Migrationshintergrund (sowohl bei Personen der ersten [10,6%] als auch der zweiten Generation [10,3%]) vor als unter Männern ohne Migrationshintergrund (5,0%). Bei Frauen gilt dies im Vergleich zu Frauen ohne Migrationshintergrund (9,1%) nur für Personen der ersten Generation (15,1%) (■ Abb. 1).

Verhaltensbezogene Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund finden sich bei Frauen in DEGS1 häufiger. Männer mit Migrationshintergrund unterscheiden sich vor allem in der zweiten Generation hinsichtlich ihres häufigeren Tabakkonsums von Männern ohne Migrationshintergrund (47,1 vs. 30,1%). Auch unter Frauen mit Migrationshintergrund der zweiten Generation (37,8%) sind Raucherinnen häufiger vertreten als unter Frauen ohne Migrationshintergrund (26,0%). Zudem neigen insbesondere Frauen der ersten Generation im Vergleich zu Frauen ohne Migrationshintergrund häufiger zu körperlicher Inaktivität (48,2 vs. 31,4%), und sie haben seltener einen riskanten Alkoholkonsum (18,6 vs. 26,9%) (■ Abb. 1).

Bei der Inanspruchnahme zeigt sich, dass besonders Frauen der ersten Generation (25,7%) und Männer beider Generationen (45,1% resp. 42,0%) häufiger nicht über Programme zur Krebsfrüherkennung informiert sind als Frauen (7,9%) und Männer (18,6%) ohne Migrationshintergrund. Eine allenfalls unregelmäßige Teilnahme an Maßnahmen der Krebsfrüherkennung findet sich dagegen nur bei Frauen der ersten Generation (44,4%) häufiger als bei Frauen ohne Migrationshintergrund (30,9%). Gleiches gilt für die Nichtteilnahme von Frauen mit Migrationshintergrund der ersten Generation (87,6%) an Maßnahmen zur Verhaltensprävention im Vergleich zu Frauen ohne Migrationshintergrund (75,3%) (■ Abb. 1).

Tab. 1 Querschnittstichprobe der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)

	<i>n</i> (ungewichtet)	Anteil (ungewichtet)	Anteil (gewichtet)
Geschlecht			
Männlich	3789	47,4	49,7
Weiblich	4198	52,6	50,3
Alter			
18–29 J.	1072	13,4	18,7
30–44 J.	1730	21,7	25,2
45–64 J.	3136	39,3	36,5
65 +	2049	25,7	19,5
Sozioökonomischer Status			
Niedrig	1238	15,7	19,7
Mittel	4743	60,1	60,3
Hoch	1916	24,3	20,0
Missing	90		
Migrationshintergrund			
Kein MH	6595	85,6	80,2
MMH 1. Generation	655	8,5	13,1
MMH 2. Generation	452	5,9	6,7
Missing	285		
Allgemeiner Gesundheitszustand			
Sehr gut/gut	5815	73,6	74,7
Mittelmäßig/(sehr) schlecht	2082	26,4	25,3
Missing	90		
Chronische Erkrankungen			
Ja	2575	34,1	30,5
Nein	4968	65,9	69,5
Missing	444		
Depressive Symptomatik (PHQ 3)			
Ja	552	7,3	8,1
Nein	6971	92,7	91,9
Missing	464		
Rauchen (täglich/gelegentlich)			
Ja	2115	26,8	29,6
Nein	5783	73,2	70,4
Missing	89		
Sport (letzte drei Monate)			
Ja	5216	67,4	66,3
Nein	2524	32,6	33,7
Missing	247		
Riskanter Alkoholkonsum (AUDIT-C)			
Ja	2517	33,0	33,6
Nein	5105	67,0	66,4
Missing	365		
Verhaltensprävention (letzte 12 Monate)			
Ja	1452	18,8	17,1
Nein	6286	81,2	82,9
Missing	249		
Krebsfrüherkennung: Empfehlungen bekannt			
Ja	6838	86,2	82,2
Nein	1094	13,8	17,8
Missing	55		
Teilnahme Krebsfrüherkennung (ohne Männer < 35 Jahre)			
Ja, regelmäßig	4155	58,0	54,9
Nein	3003	42,0	45,1
Missing	829		

Kein MH Menschen ohne Migrationshintergrund, MMH Menschen mit Migrationshintergrund

Nach Adjustierung für die differierende Altersstruktur ist die subjektive Gesundheit von Frauen der ersten Generation signifikant schlechter als jene von Frauen ohne Migrationshintergrund. Bei Kontrolle des sozioökonomischen Status bleibt dieser Effekt im Grundsatz erhalten. Bei Männern sowie bei Frauen der zweiten Generation findet sich ein solcher Zusammenhang nicht. Bezüglich der Häufigkeit chronischer Erkrankungen verbleiben nach Kontrolle für Alter und sozioökonomischen Status keine signifikanten Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund. Bei den depressiven Symptomen gilt dies nur für Frauen, wohingegen Männer beider Generationen auch nach Adjustierung eine fast doppelt so hohe Chance für das Vorliegen depressiver Symptome im Vergleich zu Männern ohne Migrationshintergrund aufweisen (■ Tab. 2 und 3).

Ein Zusammenhang zwischen täglichem Tabakkonsum und Migrationshintergrund findet sich nur bei Personen der zweiten Generation. Während das Risiko bei Frauen jedoch auch nach Adjustierung deutlich erhöht bleibt, ist der Effekt bei Männern nach Kontrolle des sozioökonomischen Status nicht mehr signifikant. Ein Zusammenhang zwischen körperlicher Inaktivität und Migrationshintergrund besteht nur bei Frauen der ersten Generation. Bei diesen ist auch nach Kontrolle von Alter und sozioökonomischem Status die Chance, sportlich inaktiv zu sein, mehr als verdoppelt. Frauen der ersten Generation und generell Männer mit Migrationshintergrund weisen zudem – unabhängig von Alter und sozioökonomischem Status – ein deutlich geringeres Risiko für einen riskanten Alkoholkonsum auf als Menschen ohne Migrationshintergrund (■ Tab. 2 und 3).

Bezüglich der Unkenntnis von Empfehlungen zur Krebsfrüherkennung unterscheiden sich Männer mit Migrationshintergrund beider Generationen und Frauen mit Migrationshintergrund der ersten Generation signifikant von Menschen ohne Migrationshintergrund. Bei Kontrolle des sozioökonomischen Status bleiben diese Effekte weitgehend erhalten. Bei Männern ist die Chance, die Empfehlungen nicht zu kennen, in der ersten Generation mehr als dreifach, in der zweiten noch zweifach er-

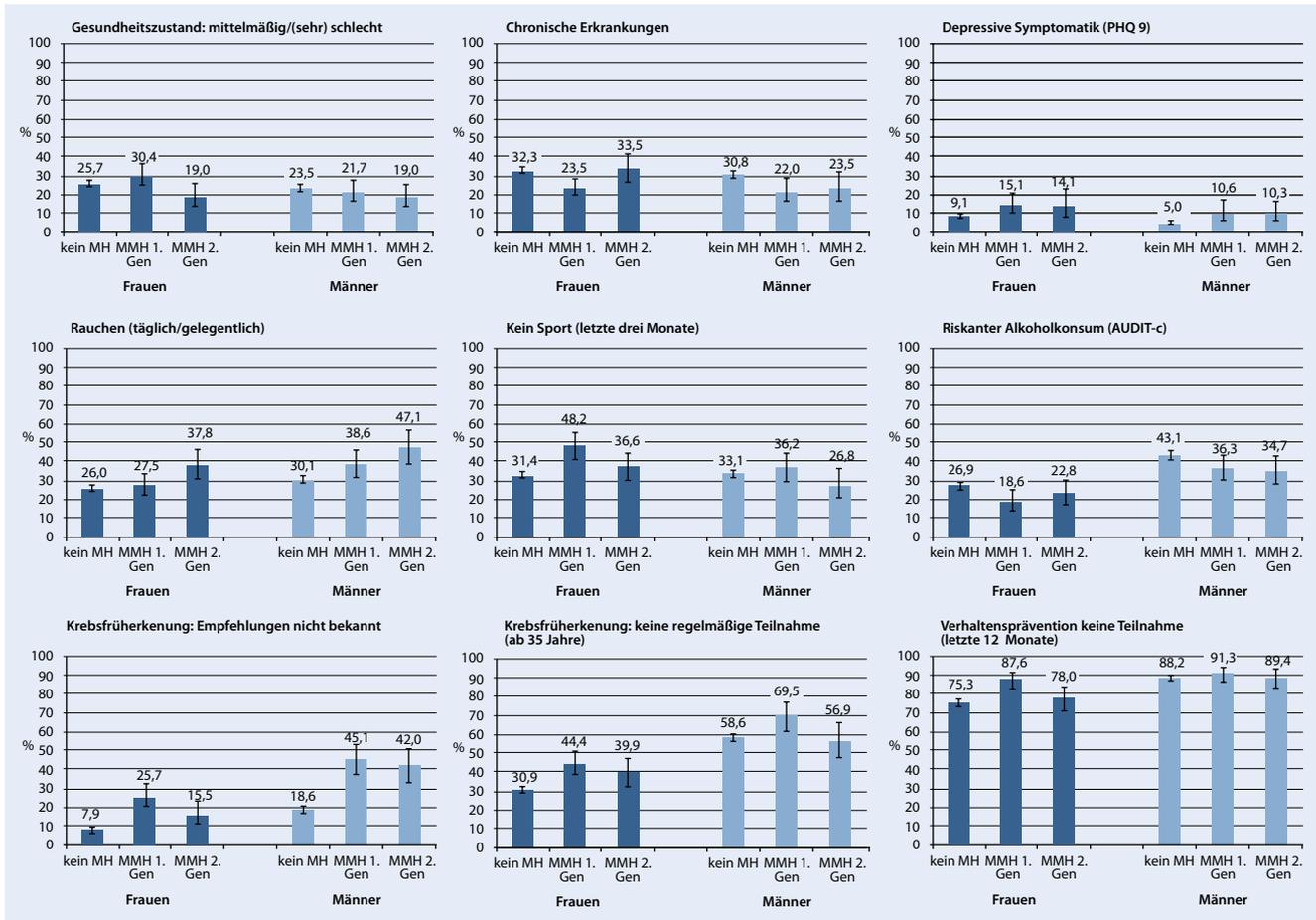


Abb. 1 ▲ Indikatoren der gesundheitlichen Lage (Anteile (gewichtet) 95%-Konfidenzintervalle) (*kein MH* Menschen ohne Migrationshintergrund, *MMH 1.Gen* Menschen mit Migrationshintergrund 1. Generation, *MMH 2. Gen* Menschen mit Migrationshintergrund 2. Generation)

höht. Demgegenüber zeigt sich für eine unregelmäßige Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen nur bei Frauen der ersten Generation – nach Kontrolle von Alter und sozioökonomischem Status – ein erhöhtes Risiko. Männer mit Migrationshintergrund nehmen Krebsfrüherkennungsmaßnahmen nicht unregelmäßiger in Anspruch als Männer ohne Migrationshintergrund. Ähnlich gilt für die Inanspruchnahme verhaltenspräventiver Maßnahmen, dass nur bei Frauen der ersten Generation ein Zusammenhang mit dem Migrationshintergrund besteht (■ Tab. 2 und 3).

Diskussion

Auch wenn die Befunde aus DEGS1 die heterogene Studienlage zur gesundheitlichen Lage von Menschen mit Migrationshintergrund bestätigen, zeigen sich einige

auffällige Muster. So finden sich bei Frauen mit Migrationshintergrund Unterschiede im Vergleich zur Bevölkerung ohne Migrationshintergrund fast ausnahmslos unter Migrantinnen der ersten Generation. Sie weisen einen schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand auf, sind körperlich inaktiver, kennen die Empfehlungen zu Krebsfrüherkennungsuntersuchungen weniger gut und nehmen diese wie auch Maßnahmen der Verhaltensprävention unregelmäßiger in Anspruch. Gleichzeitig tendieren sie seltener als Frauen ohne Migrationshintergrund zu einem riskanten Alkoholkonsum. Eine Ausnahme bildet der tägliche Tabakkonsum: Dieser ist nur bei Frauen der zweiten Generation häufiger zu finden als bei Frauen ohne Migrationshintergrund. Zwischen Männern mit und ohne Migrationshintergrund zeigen sich nur bei wenigen Gesundheitsoutcomes signifikante

Unterschiede. Anders als bei Frauen finden sich in diesen Fällen Unterschiede sowohl für Männer der ersten als auch der zweiten Generation. Dies gilt für das Vorliegen depressiver Symptome ebenso wie für einen weniger riskanten Alkoholkonsum und den geringeren Kenntnisstand bezüglich der Empfehlungen zur Krebsfrüherkennung.

Bei Kontrolle des sozioökonomischen Status bleiben signifikante Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund überwiegend erhalten. Dies deutet darauf hin, dass der Migrationshintergrund als eigenständige Determinante der Bevölkerungsgesundheit anzusehen ist und nicht als Surrogat der sozialen Lage. Wenig spricht auf Basis der vorliegenden Untersuchung also für die Annahme, der Zusammenhang zwischen Migrationshintergrund und gesundheitlicher Lage ließe sich vornehmlich auf die

Tab. 2 Zusammenhang von Migrationshintergrund und Gesundheitsoutcomes bei Frauen. Ergebnisse binär logistischer Regressionen: Odds Ratios (OR) mit 95 %-Konfidenzintervallen (95 %-KI); Referenzgruppe: Menschen ohne Migrationshintergrund

	n	MMH	Modell 1		Modell 2	
			OR	95 %-KI	OR	95 %-KI
Gesundheitszustand: mittelmäßig/(sehr) schlecht	4033	1. Gen.	1,76	1,31–2,36	1,52	1,13–2,04
		2. Gen.	1,27	0,87–1,86	1,19	0,81–1,75
Chronische Erkrankungen	3862	1. Gen.	0,84	0,65–1,10	0,83	0,63–1,10
		2. Gen.	1,36	0,98–1,87	1,34	0,97–1,84
Depressive Symptomatik (PHQ 9)	3897	1. Gen.	1,72	1,11–2,67	1,52	0,95–2,45
		2. Gen.	1,60	0,87–2,92	1,49	0,80–2,77
Rauchen (täglich/gelegentlich)	4038	1. Gen.	0,89	0,66–1,22	0,85	0,62–1,17
		2. Gen.	1,52	1,06–2,19	1,48	1,02–2,15
Kein Sport (letzte 3 Monate)	4027	1. Gen.	2,24	1,68–2,98	2,07	1,54–2,79
		2. Gen.	1,35	0,99–1,83	1,28	0,94–1,74
Riskanter Alkoholkonsum (AUDIT-C)	3956	1. Gen.	0,56	0,39–0,82	0,60	0,41–0,87
		2. Gen.	0,74	0,51–1,07	0,76	0,53–1,10
Krebsfrüherkennung: Empfehlungen nicht bekannt	4025	1. Gen.	3,42	2,36–4,96	2,93	2,01–4,28
		2. Gen.	1,72	0,98–3,00	1,55	0,87–2,75
Krebsfrüherkennung: keine regelmäßige Teilnahme (ohne Männer 35 Jahre)	4009	1. Gen.	1,66	1,26–2,18	1,45	1,10–1,92
		2. Gen.	1,39	1,01–1,92	1,29	0,91–1,83
Verhaltensprävention: keine Teilnahme (letzte 12 Monate)	4013	1. Gen.	2,18	1,47–3,23	2,08	1,40–3,08
		2. Gen.	1,11	0,77–1,61	1,08	0,74–1,56

Modell 1: adjustiert für Alter; Modell 2: adjustiert für Alter und sozioökonomischen Status
MMH Menschen mit Migrationshintergrund, 1. Gen. 1. Generation, 2. Gen. 2. Generation

Tab. 3 Zusammenhang von Migrationshintergrund und Gesundheitsoutcomes bei Männern. Ergebnisse binär logistischer Regressionen: Odds Ratios (OR) mit 95 %-Konfidenzintervallen (95 %-KI); Referenzgruppe: Menschen ohne Migrationshintergrund

	n	MMH	Modell 1		Modell 2	
			OR	95 %-KI	OR	KI95 %
Gesundheitszustand: mittelmäßig/(sehr) schlecht	3629	1. Gen.	1,10	0,79–1,54	0,88	0,63–1,24
		2. Gen.	1,08	0,71–1,65	1,01	0,66–1,55
Chronische Erkrankungen	3456	1. Gen.	0,77	0,53–1,12	0,72	0,50–1,05
		2. Gen.	1,04	0,63–1,72	1,02	0,62–1,68
Depressive Symptomatik (PHQ 9)	3541	1. Gen.	2,21	1,24–3,93	1,92	1,04–3,54
		2. Gen.	2,09	1,20–3,65	1,94	1,12–3,35
Rauchen (täglich/gelegentlich)	3640	1. Gen.	1,29	0,93–1,78	1,13	0,82–1,57
		2. Gen.	1,56	1,04–2,35	1,48	0,98–2,23
Kein Sport (letzte 3 Monate)	3623	1. Gen.	1,28	0,92–1,78	1,03	0,74–1,42
		2. Gen.	0,90	0,56–1,45	0,81	0,51–1,31
Riskanter Alkoholkonsum (AUDIT-C)	3585	1. Gen.	0,70	0,52–0,95	0,72	0,53–0,98
		2. Gen.	0,60	0,42–0,86	0,61	0,43–0,86
Krebsfrüherkennung: Empfehlungen nicht bekannt	3624	1. Gen.	3,55	2,50–5,05	3,25	2,25–4,68
		2. Gen.	2,00	1,31–3,06	1,91	1,24–2,95
Krebsfrüherkennung: keine regelmäßige Teilnahme (ohne Männer 35 Jahre)	2882	1. Gen.	1,42	0,93–2,16	1,28	0,84–1,95
		2. Gen.	0,93	0,60–1,43	0,93	0,60–1,43
Verhaltensprävention: keine Teilnahme (letzte 12 Monate)	3616	1. Gen.	1,31	0,81–2,11	1,17	0,72–1,89
		2. Gen.	0,98	0,55–1,73	0,94	0,53–1,66

Modell 1: adjustiert für Alter; Modell 2: adjustiert für Alter und sozioökonomischen Status
MMH Menschen mit Migrationshintergrund, 1. Gen. 1. Generation, 2. Gen. 2. Generation

sozioökonomischen Unterschiede beider Gruppen zurückführen. Dennoch bleibt der sozioökonomische Status eine wich-

tige Kontrollvariable, deren Einfluss nach Möglichkeit in allen epidemiologischen Studien zur Gesundheit von Menschen

mit Migrationshintergrund berücksichtigt werden sollte.

Die Ergebnisse aus DEGS1 sind mit früheren Studien weitgehend konsistent. Bislang sind allenfalls geringe Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund für die subjektive Gesundheit oder die Häufigkeit chronischer Erkrankungen belegt [7, 8, 21, 39–42]. Da ältere Analysen nicht nach der Zuwanderergeneration differenzieren, bedarf der Befund einer schlechteren subjektiven Gesundheit von Frauen der ersten Generation einer weiteren Überprüfung. Gleiches gilt für die Tendenz einer geringeren Prävalenz chronischer Erkrankungen. Diese findet Bestätigung in Studien zu spezifischen Krankheitsbildern wie Krebs oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen [43–45]. Bezogen auf körperliche Erkrankungen könnte dies ein Hinweis sein, dass sich der *healthy migrant effect* bei Personen der ersten Generation weiterhin findet.

Belastbare epidemiologische Studien zu depressiven Symptomen oder Erkrankungen haben bislang kaum geschlechtsspezifische Betrachtungen vorgenommen. Im Grundsatz bestätigen sie aber den Eindruck höherer Prävalenzen unter Menschen mit Migrationshintergrund [9–11]. In den DEGS1-Daten ist dieser Effekt nur bei Männern ausgeprägt. Während bei ihnen der Migrationshintergrund einen starken Zusammenhang mit dem Vorliegen depressiver Symptome aufweist, werden diese bei Frauen offenbar stärker durch migrationsunspezifische Faktoren bestimmt.

Für Menschen mit Migrationshintergrund der ersten Generation konnte in früheren Studien gezeigt werden, dass deren Rauchgewohnheiten mit längerer Aufenthaltsdauer mit jenen der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund konvergieren: Bei Männern mit Migrationshintergrund entspricht dies einer Abnahme, bei Frauen einer Zunahme der Rauchquoten [19, 20]. Da die Aufenthaltsdauer in den Analysen der DEGS1-Daten nicht berücksichtigt wurde, könnten sich die Effekte unterschiedlicher Aufenthaltsdauern in der vorliegenden Studie wechselseitig aufheben und so die unauffälligen Ergebnisse im Rauchverhalten für Personen der ersten Generation in DEGS1 erklären. Auch wurden in früheren Studien bei Frauen mit niedri-

gem Sozialstatus die höchsten Rauchquoten in der zweiten Generation gefunden [18]. Auch dies spricht für eine sukzessive Konvergenz. Unabhängig vom Sozialstatus konnte der Befund erhöhter Rauchquoten unter Migrantinnen der zweiten Generation in DEGS1 bestätigt werden.

Zum Alkoholkonsum liegen überwiegend geschlechtsunspezifische Analysen ohne Berücksichtigung der Zuwanderergeneration vor. Menschen mit Migrationshintergrund weisen dabei durchgehend einen geringeren Alkoholkonsum auf als Personen ohne Migrationshintergrund [16, 17, 40, 46]. Die DEGS1-Daten bestätigen dies für den riskanten Alkoholkonsum. Allerdings zeichnet sich in der zweiten Generation eine Konvergenzentwicklung in Richtung etwas höherer Anteile an Frauen mit Migrationshintergrund mit riskantem Trinkverhalten ab.

Die wenigen Studien zur körperlichen Aktivität bestätigen, dass Menschen mit Migrationshintergrund seltener körperlich-sportlich aktiv sind als Menschen ohne Migrationshintergrund [40, 47]. Für Jugendliche wurde allerdings gezeigt, dass dieser Befund nur bei den Mädchen Gültigkeit hat [47]. Diese Geschlechtsspezifität bestätigt sich in den DEGS1-Daten. Zudem deutet sich bei Frauen wiederum eine Angleichung in Richtung einer häufigeren körperlichen Aktivität in der zweiten Generation an.

Der Kenntnisstand der Befragten mit Migrationshintergrund über Empfehlungen zu Krebsfrüherkennungsuntersuchungen ist in der ersten Generation relativ schwach ausgeprägt. Dies korrespondiert mit Befunden, nach denen bei Menschen mit Migrationshintergrund häufig von einem geringeren Kenntnisstand bezüglich von Leistungen des Gesundheitswesens auszugehen ist [48, 49]. Im Gegensatz zu den Männern gleichen Frauen der zweiten Generation diesen Rückstand in der vorliegenden Studie tendenziell aus. Auch bestehen bei Frauen der zweiten Generation keine signifikanten Unterschiede in der Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen mehr.

Bei Männern bestehen hingegen sowohl in der ersten als auch in der zweiten Generation ausgeprägte Informationsunterschiede im Vergleich zu Männern ohne Migrationshintergrund. Diese

finden aber keinen Ausdruck in einer geringeren Inanspruchnahme. Bei Männern ohne Migrationshintergrund mündet also das größere Wissen über die Empfehlungen im Vergleich zu Männern mit Migrationshintergrund nicht in eine regelmäßigeren Nutzung der Krebsfrüherkennung. Ähnlich gilt auch bei der Inanspruchnahme von Maßnahmen der Verhaltensprävention, dass Männer mit und ohne Migrationshintergrund diese gleichermaßen selten in Anspruch nehmen. Bei Frauen der zweiten Generation gleicht sich die Nichtinanspruchnahme von Maßnahmen der Verhaltensprävention wiederum der der Frauen ohne Migrationshintergrund an.

Diese Befunde zum Inanspruchnahmeverhalten sind konsistent mit früheren Studien: Insbesondere präventive und rehabilitative Gesundheitsleistungen, darunter Krebsfrüherkennungsmaßnahmen, werden von Menschen mit Migrationshintergrund in geringerem Maße in Anspruch genommen [4, 12–15, 50]. Dies wird auf Inanspruchnahmebarrieren wie eine schlechtere Orientierung von Menschen mit Migrationshintergrund in den Versorgungsstrukturen und eine unzureichende interkulturelle Öffnung derselben zurückgeführt [51–53]. Mit einer besseren Akkulturation sowie im Wechsel von der ersten zur zweiten Zuwanderergeneration werden diese Zugangsbarrieren aber teilweise überwunden. So konnte gezeigt werden, dass die Inanspruchnahme einzelner Gesundheitsleistungen stark mit diesen Merkmalen variiert [14, 15, 50].

Die gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund ist somit nicht grundsätzlich besser oder schlechter als jene von Personen ohne Migrationshintergrund. Vielmehr ist der Blick auf spezifische Muster zu richten: In den Analysen der DEGS1-Daten spricht vieles dafür, dass vorhandene Unterschiede bei Frauen im Vergleich zwischen erster und zweiter Generation tendenziell konvergieren. Dies gilt bei den untersuchten Gesundheitsoutcomes vor allem für Verhaltensparameter. In der zweiten Generation treten bei ihnen neue Risiken, aber auch Ressourcen hervor. Bei Männern zeigt sich hingegen eine Tendenz zur Verstetigung. Bei ihnen bleiben gesundheitliche Unterschiede im Wechsel

von der ersten zur zweiten Generation bestehen oder verändern sich vergleichsweise langsam. Versteht man Migration als einen akkulturativen Prozess oder als Übergang, im Zuge dessen sich „importierte“ Risiken und Ressourcen sukzessive verändern [54, 55], so scheint diese Entwicklung bei Frauen schneller vonstatten zu gehen als bei Männern.

Die vorgestellten Ergebnisse auf Basis von DEGS1 sind vor dem Hintergrund der bestehenden Evidenz also grundsätzlich plausibel und liefern neue Erkenntnisse zur gesundheitlichen Lage von Menschen mit Migrationshintergrund. Dennoch sind bei der Interpretation einige Limitierungen zu beachten. Die Rekrutierung von Untersuchungspersonen mit Migrationshintergrund ist in DEGS1 nur teilweise gelungen. Zwar ist einerseits mit 1107 Teilnehmenden mit Migrationshintergrund eine für quantitative Querschnittauswertungen kritische Masse erreicht. Andererseits zeigt der Vergleich mit dem Mikrozensus, dass in Bezug auf wichtige Merkmale keine Repräsentativität der Bevölkerung mit Migrationshintergrund erreicht werden konnte [23].

So liegt der Bevölkerungsanteil der Menschen mit Migrationshintergrund in DEGS1 nach Gewichtung zwar nahe dem Prozentanteil im Mikrozensus. Bei wichtigen Merkmalen wie dem Alter, der Zuwanderergeneration und der Aufenthaltsdauer bleiben die DEGS1-Daten aber verzerrt [23]. So haben sich zum Beispiel Personen, die selbst zugewandert sind, weniger an DEGS1 beteiligt, als es gemäß ihrem Anteil in der Bevölkerung zu erwarten gewesen wäre. Da diese Merkmale auch mit der Akkulturation der betroffenen Personen assoziiert sind, impliziert dies, dass besser integrierte Menschen mit Migrationshintergrund in DEGS1 tendenziell überrepräsentiert und schlechter integrierte Personen unterrepräsentiert sind. Da die vorgelegten Befunde und Interpretationen zudem einen insgesamt eher hypothesengenerierenden Charakter haben, sollten sie anhand weiterer Datenquellen und Outcomes überprüft werden.

Eine weitere Limitierung der vorliegenden Untersuchung stellt die Tatsache dar, dass nur die Zuwanderergeneration als Differenzierung des Migrationshintergrundes berücksichtigt wurde. Grund-

sätzlich stellen Indikatoren wie Aufenthaltsdauer und -status, Akkulturation oder kulturelle und religiöse Orientierungen wichtige Differenzierungsmerkmale dar, für die Zusammenhänge mit der gesundheitlichen Lage bereits aufgezeigt worden sind [14, 15, 19, 20, 40]. Soweit möglich sollten diese Faktoren in zukünftigen Studien stärkere Beachtung finden.

Fazit

Für die weitere Verwendung der DEGS1-Daten in der Migrationsforschung ziehen die dargestellten Limitierungen Konsequenzen nach sich. So können Anteilswerte (z. B. Prävalenzen) für die Gesamtgruppe der Menschen mit Migrationshintergrund mit den vorhandenen Daten nicht über einfache deskriptive Verfahren ermittelt werden, da diese Werte den genannten Verzerrungen unterliegen. Eine Annäherung könnte allenfalls über modellbasierte Schätzungen erfolgen, bei denen der Einfluss verzerrender Faktoren angemessen kontrolliert würde. Für alle Analysen gilt, dass abhängig vom Outcome sorgfältig abzuwägen ist, welche Differenzierungsmerkmale des Migrationshintergrundes (Zuwanderergeneration, Aufenthaltsdauer etc.) in den Analysen berücksichtigt werden sollten [22].

Generell ist deutlich geworden, dass Analysen zur Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund geschlechtsspezifisch erfolgen sollten. Fast alle mit DEGS1 aufgezeigten Effekte gelten ausschließlich für eines der beiden Geschlechter und führen in der Summe zu sehr unterschiedlichen Interpretationen. Zudem verlangt eine epidemiologische Betrachtungsweise zwingend die Berücksichtigung der unterschiedlichen Altersstruktur von Menschen mit und ohne Migrationshintergrund. Schlussendlich bedürfen die mit DEGS1 generierten Ergebnisse zur gesundheitlichen Lage von Menschen mit Migrationshintergrund einer sorgfältigen Einordnung. Da Auswertungen zu einer sehr breiten Palette an Merkmalen vorstellbar sind, sollten die Befunde vor dem Hintergrund der gegebenen Einschränkungen vorsichtig interpretiert und auf Basis der bestehenden Evidenz auf Plausibilität geprüft werden.

Finanzierung der Studie. Die Studie wurde finanziert mit Mitteln des Robert Koch-Instituts und des Bundesministeriums für Gesundheit.

Korrespondenzadresse

A. Rommel M.A.
Abteilung für Epidemiologie
und Gesundheitsmonitoring
Robert Koch-Institut
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
RommelA@rki.de

Finanzierung der Studie. Die Studie wurde finanziert mit Mitteln des Robert Koch-Instituts und des Bundesministeriums für Gesundheit.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. A. Rommel, A.C. Saß, S. Born und U. Ellert geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Statistisches Bundesamt (2014) Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2013. Destatis, Wiesbaden
2. Razum O (2009) Migration, Mortalität und der Healthy-migrant-Effekt. In: Richter M, Hurrellmann K (Hrsg) Gesundheitliche Ungleichheit Grundlagen, Probleme, Perspektiven. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S 267–282
3. Kohls M (2008) Leben Migranten wirklich länger? Eine empirische Analyse der Mortalität von Migranten in Deutschland. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Nürnberg
4. Robert Koch-Institut (2008) Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
5. Schenk L (2007) Migration und Gesundheit – Entwicklung eines Erklärungs- und Analysemodells für epidemiologische Studien. Int J Public Health 52(2):87–96
6. Spallek J, Razum O (2008) Erklärungsmodelle für die gesundheitliche Situation von Migrantinnen und Migranten. In: Bauer U, Bittlingmayer U, Richter M (Hrsg) Health Inequalities. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S 271–288
7. Lechner I, Mielck A (1998) Die Verkleinerung des Healthy-Migrant-Effects: Entwicklung der Morbidität von ausländischen und deutschen Befragten im sozioökonomischen Panel 1984–1992. Gesundheitswesen 60(12):715–720
8. Ronellenfitch U, Razum O (2004) Deteriorating health satisfaction among immigrants from Eastern Europe to Germany. Int J Equity Health 3(1):4. doi:10.1186/1475-9276-3-4
9. Aichberger MC, Neuner B, Hapke U et al (2012) Der Zusammenhang zwischen Migrationsstatus und depressiven Symptomen in der älteren Bevölkerung in Deutschland: Ergebnisse einer bevölkerungsbasierten Querschnittstudie. Psychiatr Prax 39(3):116–121

10. Sahyazici F, Huxhold O (2012) Depressive Symptome bei älteren türkischen Migrantinnen und Migranten. In: Baykara-Krumme H, Schimany P, Motel-Klingebiel A (Hrsg) *Viele Welten des Alterns*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S 181–200
11. Aichberger MC, Schouler-Ocak M, Mundt A et al (2010) Depression in middle-aged and older first generation migrants in Europe: results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *Eur Psychiatry* 25(8):468–475
12. Rommel A (2005) Migration und Rehabilitation von psychischer Erkrankungen. Perspektiven und Grenzen einer Gesundheitsberichterstattung mit Routinedaten. *Gesundheitswesen* 67(4):280–288
13. Brzoska P, Voigtlander S, Spallek J et al (2010) Utilization and effectiveness of medical rehabilitation in foreign nationals residing in Germany. *Eur J Epidemiol* 25(9):651–660
14. Robert Koch-Institut (2008) *Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003–2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland*. Robert Koch-Institut, Berlin
15. Poethko-Müller C, Ellert U, Kunert R et al (2009) Vaccination coverage against measles in German-born and foreign-born children and identification of unvaccinated subgroups in Germany. *Vaccine* 27(19):2563–2569
16. Lampert T, Thamm M (2007) *Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum von Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits-surveys (KiGGS)*. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 50(5/6):600–608
17. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2014) *Der Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2012*. BZgA, Köln
18. Reeske A, Spallek J, Razum O (2009) Changes in smoking prevalence among first- and second-generation Turkish migrants in Germany. *Int J Equity Health* 8:26. doi:10.1186/1475-9276-8-26
19. Reiss K, Sauzet O, Breckenkamp J et al (2014) How immigrants adapt their smoking behaviour: comparative analysis among Turkish immigrants in Germany and the Netherlands. *BMC Public Health* 14(1):844. doi:10.1186/1471-2458-14-844
20. Reiss K, Spallek J, Razum O (2010) Imported risk or health transition? Smoking prevalence among ethnic German immigrants from the Former Soviet Union by duration of stay in Germany. *Int J Equity Health* 9(1):15. doi:10.1186/1475-9276-9-15
21. Baykara-Krumme H, Hoff A (2006) Die Lebenssituation älterer Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland. In: Tesch-Römer C, Engstler H, EWurm S (Hrsg) *Altwerden in Deutschland Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S 447–515
22. Schenk L, Bau A, Borde T et al (2006) Mindestindikatorensatz zur Erfassung des Migrationsstatus. Empfehlungen für die epidemiologische Praxis. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 49(9):853–860
23. Sass AC, Grüne B, Brettschneider A et al (2015) Beteiligung von Menschen mit Migrationshintergrund an Gesundheitsurveys des Robert Koch-Instituts und weiteren Gesundheitsstudien in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 58
24. Gößwald A, Lange M, Dölle R et al (2013) Die erste Welle der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1): Gewinnung von Studienteilnehmenden, Durchführung der Feldarbeit und Qualitätsmanagement. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 56(5–6):611–619
25. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2009) *DEGS: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland*. Projektbeschreibung. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
26. Kamtsiuris P, Lange M, Hoffmann R et al (2013) Die erste Welle der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1): Stichprobendesign, Response, Gewichtung und Repräsentativität. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 56(5–6):620–630
27. Scheidt-Nave C, Kamtsiuris P, Gößwald A et al (2012) German health interview and examination survey for adults (DEGS) – design, objectives and implementation of the first data collection wave. *BMC Public Health* 12(1):730. doi:10.1186/1471-2458-12-730
28. Lampert T, Kroll L, Muters S et al (2013) Messung des sozioökonomischen Status in der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 56(5–6):631–636
29. Lampert T, Kroll LE, Muters S et al (2013) Messung des sozioökonomischen Status in der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA). *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 56(1):131–143
30. De Bruin A, Picavet H, Nossikov A (1996) Health interview survey. Towards harmonization of methods and instruments. WHO Regional Publications. European Series. WHO, Kopenhagen
31. Buratta V, Frova L, Gargiulo L et al (2003) Development of a common instrument for chronic physical conditions. In: Nosikov A, Gudex C (Hrsg) *EUROHIS: developing common instruments for health surveys*. IOS Press, Amsterdam
32. Löwe B, Spitzer R, Zipfel S et al (2002) *Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)*. Komplettversion und Kurzform. Pfizer, Karlsruhe
33. Krug S, Jordan S, Mensink GB et al (2013) Körperliche Aktivität: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 56(5–6):765–771
34. Bush K, Kivlahan DR, McDonnell MB et al (1998) The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. *Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP)*. *Alcohol Use Disorders Identification Test*. *Arch Intern Med* 158(16):1789–1795
35. IBM Cooperation (2011) *IBM SPSS Complex Samples 20*. IBM, New York
36. Auspurg K, Hinz T (2011) Gruppenvergleiche bei Regressionen mit binären abhängigen Variablen – Probleme und Fehleinschätzungen am Beispiel von Bildungschancen im Kohortenverlauf. *Z Soziol* 40(11):62–73
37. Bender R, Lange S (2001) Adjusting for multiple testing – when and how? *J Clin Epidemiol* 54(4):343–349
38. Victor A, Elsassner A, Hommel G et al (2010) Judging a plethora of p-values: how to contend with the problem of multiple testing – part 10 of a series on evaluation of scientific publications. *Dtsch Arztebl Int* 107(4):50–56
39. Elkeles T, Seifert W (1996) Immigrants and health: unemployment and health-risks of labour migrants in the Federal Republic of Germany, 1984–1992. *Soc Sci Med* 43(7):1035–1047
40. Aparicio M, Döring A, Mielck A et al (2005) Unterschiede zwischen Aussiedlern und der übrigen deutschen Bevölkerung bezüglich Gesundheit, Gesundheitsversorgung und Gesundheitsverhalten: eine vergleichende Analyse anhand des KORA-Surveys 2000. *Soz Präventivmed* 50(2):107–118
41. Weilandt C, Huismann A, Joksimovic L et al (2000) *Gesundheit von Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen. Sonderbericht im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung Nordrhein-Westfalen*. Ministerium für Frauen, Jugend Familie und Gesundheit, Düsseldorf
42. Zeeb H, Baune BT, Vollmer W et al (2004) *Gesundheitliche Lage und Gesundheitsversorgung von Erwachsenen Migranten – Ein Survey bei der Schuleingangsuntersuchung*. *Gesundheitswesen* 66(2):76–84
43. Arnold M, Razum O, Coebergh JW (2010) Cancer risk diversity in non-western migrants to Europe: an overview of the literature. *Eur J Cancer* 46(14):2647–2659
44. Ronellenfitch U, Kyobutungi C, Ott JJ et al (2009) Stomach cancer mortality in two large cohorts of migrants from the Former Soviet Union to Israel and Germany: are there implications for prevention? *Eur J Gastroenterol Hepatol* 21(4):409–416
45. Spallek J, Arnold M, Razum O et al (2012) Cancer mortality patterns among Turkish immigrants in four European countries and in Turkey. *Eur J Epidemiol* 27(12):915–921
46. Boos-Nünning U, Siefen RG, Kirkcaldy B et al (2002) *Migration und Sucht. Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit*. Nomos, Baden-Baden
47. Lampert T, Mensink GB, Romahn N et al (2007) *Körperlich-sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS)*. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 50(5–6):634–642
48. Brandes J, Gerken U, Walter U (2009) Einflussfaktoren auf das gesundheitsbezogene Inanspruchnahmeverhalten türkischsprachiger Migranten. *Z Med Psychol* 18(3–4):124–134
49. Walter U, Salman R, Krauth C et al (2007) Migranten gezielt erreichen: Zugangswege zur Optimierung der Inanspruchnahme präventiver Maßnahmen. *Psychiatr Prax* 34(7):349–353
50. Rommel A, Köppen J (2015) *Migration und Suchthilfe – Inanspruchnahme von Leistungen durch Menschen mit Migrationshintergrund*. *Psychiatr Prax* 42. doi:10.1055/s-0034-1387291
51. Lindert J, Priebe S, Penka S et al (2008) *Versorgung psychisch kranker Patienten mit Migrationshintergrund*. *Psychother Psychosom Med Psychol* 58(3–4):123–129
52. Walter U, Krauth C, Kurtz V et al (2007) *Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Migranten unter besonderer Berücksichtigung von Sucht*. *Nervenarzt* 78(9):1058–1061
53. Bisson S, Gerken U, Salman R et al (2010) *Angebote zur Suchtprävention für Migranten*. *Public Health Forum* 18(2):14–16
54. Razum O, Spallek J (2012) *Erklärungsmodelle zum Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit im Alter*. In: Baykara-Krumme H, Schimany P, Motel-Klingebiel A (Hrsg) *Viele Welten des Alterns*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S 161–180
55. Sluzki C (1979) *Migration and family conflict*. *Fam Process* 18(4):379–390