

Bundesgesundheitsbl 2016 · 59:627–635  
 DOI 10.1007/s00103-016-2338-3  
 Online publiziert: 18. April 2016  
 © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016



CrossMark

Judith Wenner<sup>1</sup> · Oliver Razum<sup>1</sup> · Liane Schenk<sup>2</sup> · Ute Ellert<sup>3</sup> · Kayvan Bozorgmehr<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Abteilung Epidemiologie und International Public Health, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld, Bielefeld, Deutschland

<sup>2</sup> Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft an der Charité, Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland

<sup>3</sup> Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Robert Koch-Institut, Berlin, Deutschland

<sup>4</sup> Abteilung für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

## Gesundheit von Kindern und Jugendlichen aus Familien mit ungesichertem Aufenthaltsstatus im Vergleich zu Kindern mit und ohne Migrationshintergrund: Auswertung der KiGGS-Daten 2003–06

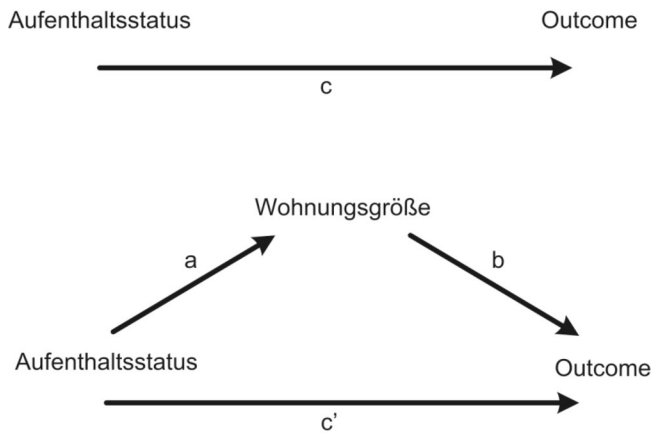
Ein Drittel aller Asylsuchenden, die in den letzten Jahren nach Deutschland kamen, waren unter 18 Jahre alt [1]. Ähnlich wie ihre erwachsenen Familienmitglieder sind sie vor und während der Flucht erheblichen Belastungen ausgesetzt [2, 3]. Daher steht zu vermuten, dass vor allem ihr psychischer, aber auch ihr physischer Gesundheitszustand schlechter ist als der nichtgeflüchteter Kinder mit Migrationshintergrund sowie von Kindern ohne Migrationshintergrund [4–7]. Andererseits wird auch für Flüchtlinge ein Healthy-immigrant-Effekt (HIE) diskutiert [8]. Annahme ist hier, dass aufgrund von Selektionseffekten vor und während der Flucht tendenziell gesündere Kinder in Deutschland ankommen und daher eine (bezogen auf den Gesundheitszustand) nicht repräsentative Auswahl der minderjährigen Bevölkerung ihrer Herkunftsländer darstellen. Im Vergleich zu anderen Kindern im Zielland könnten sie dann trotz der Belastungen vor und während der Flucht gesünder sein. Die neuere gesundheits-

und sozialwissenschaftliche Forschung zeigt allerdings, dass Asylsuchende zusätzlichen Belastungen durch ihre soziale Position in den Zielländern ausgesetzt sind [9–12]. Selbst wenn also gesundheitliche Vorteile durch Auswahleffekte bestünden, könnten diese durch eine benachteiligte Situation im Zielland verloren gehen. Bei der Beurteilung der gesundheitlichen Situation von Kindern in Deutschland sind also drei Dimensionen zu berücksichtigen: der (Aufenthalts-)rechtliche Status, der soziale Status und der Migrationsstatus.

Über die tatsächliche Bedeutung dieser drei Dimensionen als Determinanten der Gesundheit von minderjährigen Asylsuchenden ist bisher nur wenig bekannt. Ziel dieser Analyse ist es daher, ihre gesundheitliche Situation – vergleichend zu anderen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund in Deutschland – zu beleuchten.

Der rechtliche Status führt bei Asylsuchenden im laufenden Asylverfahren, bei abgelehnten Asylbewerbern mit

Duldung und bei Kriegsflüchtlingen zu einem begrenzten Zugang zu gesundheitlicher Versorgung. Freie und kostenlose Versorgung erhalten sie für akute Krankheiten, Schmerzzustände und Schutzimpfungen [13]. Die Behandlung chronischer Krankheiten sowie psychotherapeutische und psychiatrische Versorgung werden im Regelfall nicht finanziert [14]. In den meisten Bundesländern (Ausnahmen sind Hamburg, Bremen und ab 1.1.2016 Nordrhein-Westfalen) wird der Zugang zu regulären Versorgungsangeboten zudem durch die Auflage erschwert, dass zuvor ein Krankenschein im zuständigen Sozialamt beantragt werden muss [15, 16]. Als Folge dieser Vorschriften ist von einer Verschleppung von Krankheiten durch zu späte Behandlung und eine erhöhte Inanspruchnahme von Notfallambulanzen auszugehen [15, 17]; es entstehen erhöhte Kosten im Vergleich zum vollen Zugang zur Versorgung [18]. Das Leben in permanenter Unsicherheit und in Gemeinschaftsunterkünften stellt zudem



**Abb. 1** ◀ Schema der Mediationsanalyse. Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Frazier et al. [39]

ein Risiko für die physische und psychische Gesundheit von Asylsuchenden dar [7, 19, 20]. Daher wird von einem Zusammenhang zwischen dem aufenthaltsrechtlichen Status der Kinder und ihrem allgemeinen Gesundheitsstatus, ihrer psychischen Gesundheit und ihrer Nutzung von präventiven und kurativen medizinischen Leistungen ausgegangen (Hypothese I). Der Migrationsstatus ist eine Dimension gesundheitlicher Ungleichheit in Deutschland. Migranten<sup>1</sup> sind im Vergleich zu Nichtmigranten teilweise gesünder, als es aufgrund ihres (vergleichsweise niedrigen) sozialen Status zu erwarten wäre. Die oben erwähnten Auswahleffekte, aber auch unterschiedliche Expositionen im Herkunftsland werden als mögliche Erklärungen angeführt [21, 22]. Weitere Erklärungsmöglichkeiten könnten eine stärkere soziale Unterstützung oder andere persönliche, familiäre und soziale Ressourcen sein [23]. Für dennoch bestehende gesundheitliche Ungleichheiten werden Akkulturationsstress, Diskriminierungserfahrungen und sprachliche oder auch kulturelle Zugangsbarrieren zum System der gesundheitlichen Versorgung identifiziert [24–26].

Der soziale Status von Asylsuchenden ist eng mit ihrem jeweiligen aufenthaltsrechtlichen Status verknüpft. Vor allem in den ersten Monaten nach der Migra-

tion bestehen für sie ein Arbeitsverbot oder ein nachrangiger Zugang zum Arbeitsmarkt und die Verpflichtung, in Gemeinschaftsunterkünften zu leben [27]. Als Folge dieser Regelungen sind Asylbewerber häufiger auf Sozialleistungen angewiesen und werden auch bei hohem formalem Bildungsabschluss auf untere Plätze der sozialen Statusleiter verwiesen. Der restriktive Zugang zum Arbeitsmarkt und die Sanktionen bei der Anerkennung ausländischer Bildungsabschlüsse erschweren eine Beschäftigung oder mindern Einkommen [9, 27]. Die Bildung der Eltern und die materiellen Ressourcen der Familie stellen jedoch wichtige makrosoziale Determinanten der Gesundheit von Kindern dar [28, 29]. Aufgrund dieser Zusammenhänge wird der in Hypothese I formulierte Zusammenhang zwischen dem aufenthaltsrechtlichen Status und den Outcomes möglicherweise durch den Einfluss des sozialen Status und des Migrationsstatus verzerrt (Hypothese II). Hypothese II zufolge korrelieren aufenthaltsrechtlicher, sozialer und Migrationsstatus miteinander, haben aber jeweils einen unabhängigen Einfluss auf die Outcomes.

Gleichzeitig legen die bisherigen Erkenntnisse zur sozialen und rechtlichen Situation von Asylsuchenden in Deutschland nahe, dass der Zusammenhang zwischen dem aufenthaltsrechtlichen Status und den Outcomes zumindest teilweise durch den sozialen Status bedingt wird (Hypothese III/Mediationshypothese). Der Einfluss des aufenthaltsrechtlichen Status auf die Outcomes wäre demnach indirekt und ließe sich auf den Zusam-

menhang zwischen aufenthaltsrechtlichen und sozialen Status zurückführen.

## Methodik

Um die gesundheitlichen Folgen des aufenthaltsrechtlichen, sozialen und Migrationsstatus von minderjährigen Asylsuchenden zu untersuchen, wurden die Daten des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS) analysiert. KiGGS wird seit 2003 vom Robert Koch-Institut durchgeführt. An der Basiserhebung (2003–2006) war eine Querschnittsstichprobe von 17.640 Kindern und Jugendlichen im Altersbereich von 0–17 Jahren aus allen Teilen Deutschlands beteiligt. Ausführliche Informationen zu ihrem Gesundheitsstatus, ihrem Gesundheitsverhalten sowie ihrem sozioökonomischen Status wurden während ihres Besuchs in einem der 167 Untersuchungszentren erhoben. Ein Teil von KiGGS waren u. a. auch körperliche Untersuchungen [30]. Durch ein Oversampling und die besondere Ansprache von Familien mit Migrationshintergrund (u. a. Informationsmaterial und Fragebögen in diversen Sprachen) sowie die ausführliche Erhebung migrationsbezogener Informationen können spezifische und vergleichende Analysen zur Gesundheit von Kindern mit Migrationshintergrund durchgeführt werden [31, 32].

Es wurde die Zuwanderungsgruppe<sup>2</sup> der Eltern als Indikator für den aufenthaltsrechtlichen Status des Kindes genutzt. Für Kinder, deren Eltern als Asylbewerber oder Kriegsflüchtlinge nach Deutschland gekommen sind, gehen wir von einem unsicheren Aufenthaltsstatus aus. Alle anderen Zuwanderungsgruppen sowie Nichtmigranten verfügen über einen sicheren Status. Unterscheidet sich der Status von Mutter und Vater, wurde lediglich der Status

<sup>1</sup> Im vorliegenden Beitrag wird aus Gründen der sprachlichen Vereinfachung nur die männliche (Berufs-/Personen-)Bezeichnung verwendet. Es sind jedoch stets Personen männlichen und weiblichen Geschlechts gleichermaßen gemeint.

<sup>2</sup> Frage: „Sofern Sie aus einem anderen Land nach Deutschland zugewandert sind, zu welcher der folgenden Zuwanderungsgruppen gehören Sie?“ Mögliche Antwortkategorien waren: AsylbewerberIn, AsylberechtigteR, Kriegsflüchtling, Kontingentflüchtling, BürgerIn eines EU-Mitgliedsstaates, Ehegatte oder Kind einer bereits in Deutschland lebenden Person, GastarbeiterIn/VertragsarbeiterIn, (Spät-)AussiedlerIn, StudentIn, sonstige Gruppe.

J. Wenner · O. Razum · L. Schenk · U. Ellert · K. Bozorgmehr

## Gesundheit von Kindern und Jugendlichen aus Familien mit ungesichertem Aufenthaltsstatus im Vergleich zu Kindern mit und ohne Migrationshintergrund: Auswertung der KiGGS-Daten 2003–06

### Zusammenfassung

**Hintergrund.** Der Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen aus Familien mit ungesichertem Aufenthaltsstatus könnte aufgrund der Belastungen vor und während der Flucht schlechter sein als der von anderen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund in Deutschland. Ihr unsicherer aufenthaltsrechtlicher und häufig niedriger sozialer Status setzte sie zudem Zugangsbarrieren zur Gesundheitsversorgung aus. Durch Auswahleffekte könnten sie jedoch auch gesünder als andere Kinder im Zielland sein. In diesem Beitrag wird die gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen mit unsicherem und sicherem Aufenthaltsstatus verglichen.

**Methoden.** Datengrundlage sind die Daten des Kinder- und Jugendgesundheitsveys

(KiGGS). In multivariablen logistischen Regressionsmodellen analysieren wir die Zusammenhänge zwischen dem Aufenthaltsstatus der Kinder und ihrem subjektiven Gesundheitszustand, dem Vorliegen von psychischen Auffälligkeiten sowie Parametern medizinischer Versorgung. Dabei adjustieren wir für sozialen Status und Migrationshintergrund.

**Ergebnisse und Diskussion.** Von 17.245 Kindern haben 197 (1,1 %) einen unsicheren Aufenthaltsstatus. Nach Adjustierung für Alter und Geschlecht geht ein unsicherer Aufenthaltsstatus mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für eine schlechtere subjektive Gesundheit (OR = 3,12 (2,07–4,94)), psychische Auffälligkeiten (OR = 1,83 (1,16–2,87)), einen unvollständigen Impfstatus (OR = 2,0

(1,33–3,0)) und die Inanspruchnahme von Notfallversorgung (OR = 2,28 (1,2–4,36)) einher. Nach Adjustierung für den sozialen und den Migrationsstatus erweist sich lediglich die Assoziation mit einer erhöhten Nutzung von Notfallversorgung als signifikant (OR = 2,53 (1,18–5,43)). Dieser Zusammenhang weist auf mögliche Barrieren beim Zugang zu ambulanter Regelversorgung hin, die näher analysiert werden müssen.

### Schlüsselwörter

Minderjährige mit unsicherem Aufenthaltsstatus · Asylbewerber · Kindergesundheit · Gesundheitliche Ungleichheit · Zugangsbarrieren

## The health of children and adolescents from families with insecure residence status compared to children with permanent residence permits: analysis of KiGGS data 2003–2006

### Abstract

**Background.** The health of children and adolescents from families with insecure residence status could be poorer compared to other children with permanent residence permits in Germany due to exposure before and during flight. Their insecure residence status and their comparably low social status in the destination country may contribute towards access barriers to health care. However, selection effects might also lead to better health compared to other children in the destination country. This study compares the health status of children and adolescents with insecure residence status to that of other children with and without migration background in Germany.

**Methods.** We use data from the Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS). In multivariable logistic regression models we analyze the associations between children's residence status and their subjective and mental health, as well as their utilization of emergency services and vaccination status while adjusting for the children's social status and migration background.

**Results and conclusion.** Among 17,245 children, 197 (1.1 %) had an insecure residence status. Adjusting only for age and sex, an insecure residence status is associated with poorer subjective health (OR=3.12 (2.07–4.94)), mental problems (OR=1.83 (1.16–2.87)),

an incomplete vaccination status (OR=2.0 (1.33–3.0)) and the use of emergency health services (OR=2.28 (1.2–4.36)). After adjusting also for social and migration status, only the association with the use of emergency care remains significant (OR=2.53 (1.18–5.43)). This association possibly indicates barriers to the use of regular primary care services, which requires further research.

### Keywords

Minors with insecure residence status · Asylum seeker · Child health · Health inequalities · Access barriers

des Elternteils, bei dem das Kind hauptsächlich wohnt, berücksichtigt. Wohnt es bei beiden Eltern, wurde von einem sicheren Status ausgegangen, wenn ein Elternteil eine deutsche oder andere EU-Staatsbürgerschaft besaß.

Als Indikatoren des sozialen Status werden der höchste Bildungsabschluss der Eltern sowie die Wohnungsgröße genutzt. Die Bildungsabschlüsse der Eltern werden nach den Vorgaben der CAS-

MIN-Klassifikation (Comparative Analysis of Social Mobility in Industrial Nations) drei Kategorien zugeordnet (einfache, mittlere und höhere Bildung) [33]. Die Wohnungsgröße pro Haushaltsmitglied (pro Person, in drei Kategorien) wird als Indikator der zur Verfügung stehenden materiellen Ressourcen und Lebensumstände verwendet. Da die Wohnungsgröße pro Haushaltsmitglied (bei sicherem Aufenthaltsstatus) eine Funkti-

on des Einkommens darstellt [34], wird dieser Indikator als Maß des sozialen Status anstatt des Einkommens verwendet, da hier für Kinder mit unsicherem Aufenthaltsstatus mehr fehlende Werte zu verzeichnen waren.

Der Migrationshintergrund wird, wie in Schenk et al. [31] beschrieben, operationalisiert: Kinder, die selbst nach Deutschland migriert sind oder deren beiden Elternteile nicht in Deutschland

**Tab. 1** Demographische und migrationsbezogene Merkmale nach Aufenthaltsstatus

Aufenthaltsstatus	Unsicher		Sicher	
	n	%	n	%
Beobachtungen	197		17.048	
Geschlecht				
Männlich	104	52,8	8674	50,9
Weiblich	93	47,2	8374	49,1
Gesamt	197	100,0	17.048	100,0
Alter				
<11	132	67,0	10.460	61,4
≥11	65	33,0	6588	38,6
Gesamt	197	100,0	17.048	100,0
Migrationshintergrund				
Nein	2	1,0	14.968	87,8
Ja	195	99,0	2069	12,2
Gesamt	197	100,0	17.037 <sup>a</sup>	100,0
Migrantengeneration				
1. Generation (selbst migriert)	72	36,5	582	3,4
2. Generation	125	63,5	16.466 <sup>b</sup>	96,6
Gesamt	197	100,0	17.048	100,0

<sup>a</sup>Abweichungen von der Gesamtzahl der Beobachtungen aufgrund fehlender Werte  
<sup>b</sup>Nichtmigranten ebenfalls eingeschlossen

**Tab. 2** Sozioökonomische Merkmale der Eltern nach Aufenthaltsstatus

Aufenthaltsstatus	Unsicher		Sicher		Odds Ratio (CI)
	n	%	n	%	
Beobachtungen	197		17.048		
Formale Bildung <sup>a</sup>					
Einfach	63	34,6	2753	16,2	4,33 (2,68–7,21)
Mittel	94	51,6	9462	55,8	1,88 (1,19–3,06)
Höher	25	13,7	4735	27,9	1
Gesamt	182	100,0	16.950	100,0	
$p < 0,000^b$					
Wohnungsgröße (in m <sup>2</sup> /Person)					
1. Quantil (<24)	148	82,7	5422	32,7	36,94 (14,11–137,42)
2. Quantil (24–32)	27	15,1	5746	34,7	6,39 (2,21–25,02)
3. Quantil (32–250)	4	2,2	5413	32,6	1
Gesamt	179	100,0	16.581	100,0	
$p < 0,00^b$					

<sup>a</sup>Kodierung basiert auf CASMIN-Klassifikation der Bildungsabschlüsse; einfache Bildung: kein Abschluss/Hauptschulabschluss; mittlere Bildung: Mittlere Reife/Abitur; höhere Bildung: Hochschulabschluss  
<sup>b</sup>Pearson's  $\chi^2$  Test

geboren sind bzw. nicht deutsche Staatsangehörige sind, haben einen Migrationshintergrund. Die Vergleichsgruppe sind alle Kinder mit einseitigem Migrationshintergrund (ein Elternteil ist in Deutschland geboren oder hat die deutsche Staatsbürgerschaft) sowie Kinder

ohne Migrationshintergrund. Zusätzlich werden das Alter (metrisch, in vollendeten Lebensjahren) und das Geschlecht betrachtet.

Um die gesundheitliche Lage der minderjährigen Asylsuchenden zu erfassen, werden vier Outcomes verglichen: ers-

tens der allgemeine Gesundheitszustand in der subjektiven Beschreibung der Eltern; zweitens das Vorliegen von Hinweisen auf Verhaltensauffälligkeiten gemessen am Eltern-Score des „Strengths and Difficulties Questionnaire“ (SDQ) [35]; drittens die Inanspruchnahme präventiver Gesundheitsversorgung gemessen am Impfstatus laut Impfausweis; und viertens die Inanspruchnahme regulärer ambulanter Versorgung im Vergleich zur Notfallversorgung.

Subjektive Gesundheit: Eltern schätzen die Gesundheit ihrer Kinder auf einer Skala von eins bis fünf ein<sup>3</sup>. Die Ergebnisse wurden dichotomisiert und die Werte drei (mittelmäßig), vier (schlecht) und fünf (sehr schlecht) als schlechte subjektive Gesundheit und die Werte eins (sehr gut) und zwei (gut) als gute subjektive Gesundheit definiert.

Der SDQ-Score besteht aus fünf Subskalen zu emotionalen Problemen, Verhaltensproblemen, Hyperaktivität, Verhaltensproblemen mit Gleichaltrigen und prosozialem Verhalten. Es wurde ein dichotomisierter Score berechnet mit normalen und grenzwertigen Werten vs. auffälligen Werten. SDQ-Scores werden erst ab einem Alter von drei Jahren ermittelt.

Der Impfstatus wurde auf der Grundlage der vorgelegten Impfausweise bestimmt und in „unvollständig“ oder „vollständig“, entsprechend den für das Alter des Kindes geltenden Empfehlungen der STIKO, dichotomisiert. Berücksichtigt wurden hierbei nur Kinder, die das zweite Lebensjahr vollendet hatten.

Eltern (für Kinder bis einschließlich 13 Jahre) und Jugendliche (zwischen 14 und 17 Jahren) wurden gefragt, wo sie zuletzt medizinische Leistungen in Anspruch genommen hatten. Daraufhin wurde eine dichotome Variable kodiert, einerseits für Kinder, die zu Hause, in Notaufnahmen oder im Krankenhaus behandelt wurden; andererseits für Kinder, die in Arztpraxen, Ambulanzen oder sonstigen Stellen behandelt wurden. Auf diese Weise konnte eine auf weniger schwerwiegende gesundheitliche Be-

<sup>3</sup> Frage: „Wie würden Sie den Gesundheitszustand Ihres Kindes im Allgemeinen beschreiben?“

Tab. 3 Bivariate Zusammenhänge zwischen den Outcomes und dem Aufenthaltsstatus					
Aufenthaltsstatus	Unsicher		Sicher		Odds Ratios <sup>a</sup> (CI)
	n	%	n	%	
Subjektive Gesundheit					
(Sehr) gut	135	82,3	15.410	93,9	
Mittel/(sehr) schlecht	29	17,7	1003	6,1	3,12 (2,07–4,94)
Gesamt <sup>b</sup>	164	100,0	16.413	100,0	
$p = 0,000^c$					
SDQ-Score					
Normal	92	75,4	11.707	85,3	
Grenzwertig/auffällig	30	24,6	2014	14,7	1,83 (1,16–2,87)
Gesamt <sup>b</sup>	122	100,0	13.721	100,0	
$p = 0,002^c$					
Impfstatus					
Vollständig	35	24,0	5152	35,0	
Unvollständig	111	76,0	9559	65,0	2,0 (1,33–3,0)
Gesamt <sup>b</sup>	146	100,0	14.711	100,0	
$p = 0,005^c$					
Inanspruchnahme von Notfallversorgung					
Nein	143	92,3	15.567	96,2	
Ja	12	7,7	608	3,8	2,28 (1,2–4,36)
Gesamt <sup>b</sup>	155	100,0	16.175	100,0	
$p = 0,010^b$					
SDQ Strengths and Difficulties Questionnaire					
<sup>a</sup> Sicherer Status ist Referenzkategorie; adjustiert für Alter und Geschlecht					
<sup>b</sup> Abweichungen von der Gesamtzahl der Beobachtungen aufgrund fehlender Werte					
<sup>c</sup> Pearson's $\chi^2$ Test					

schwerden ausgerichtete Versorgung (v. a. reguläre ambulante Versorgung) von allen Formen stationärer Versorgung sowie Notfallversorgung abgegrenzt werden.

Zunächst wurden die demographischen und sozio-ökonomischen Merkmale der Kinder (und ihrer Familien) mit sicherem und unsicherem Aufenthaltsstatus verglichen. In bivariaten Analysen (Pearson's  $\chi^2$ -Tests) und logistischen Regressionsmodellen, die für Alter und Geschlecht adjustiert wurden, wurde der Zusammenhang zwischen dem Aufenthaltsstatus und den Outcomes (Hypothese I) überprüft. In multivariablen logistischen Regressionsmodellen wurden daraufhin Odds Ratios (OR), 95 %-Konfidenzintervalle und P-Werte für den sozialen Status und Migrationsstatus (Hypothese II) berechnet. Alle multivariablen Analysen wurden mit einem Gewichtungsfaktor durchgeführt, der Abweichungen der Stichprobe von der Bevölkerungsstruktur

(zum 31.12.2010) bezüglich wichtiger Parameter korrigierte [36, 37].

Um Hypothese III zu testen, wurde eine Mediationsanalyse mit der Wohnungsgröße als Mediator durchgeführt. Hierbei wurde auf das Vorgehen von Baron und Kenny [38] mit den Anmerkungen von Frazier et al. [39] und Iacobucci [40] zurückgegriffen (siehe **Abb. 1**). Alle Schritte der Mediationsanalyse wurden mit der ursprünglichen metrischen Variablen für Wohnungsgröße durchgeführt und adjustiert für Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund und Bildung. Für alle Analysen wurde STATA Version 12 verwendet [41].

## Ergebnisse

Von den 17.640 Kindern, die an der KiGGS Basisbefragung teilgenommen haben, ist von 17.245 (97,8 %) Kindern der Aufenthaltsstatus bekannt; 197 haben einen unsicheren und 17.048 einen sicheren Status. Die Geschlechts- und

Altersverteilung variiert leicht zwischen den Gruppen, wobei Kinder mit unsicherem Status etwas häufiger männlich und unter 11 Jahren alt sind. Beinahe alle Kinder mit unsicherem Status haben einen beidseitigen Migrationshintergrund; 72 (36,5 %) von ihnen sind in Deutschland geboren (siehe **Tab. 1**). Die Eltern von Kindern mit unsicherem Status haben mit höherer Wahrscheinlichkeit einen einfachen Bildungsabschluss und die Kinder leben mit höherer Wahrscheinlichkeit in einer Wohnung mit geringerer Größe pro Person (siehe **Tab. 2**).

Bivariate Analysen adjustiert für Alter und Geschlecht zeigen, dass ein signifikanter Zusammenhang zwischen allen vier Outcomes und dem Aufenthaltsstatus besteht. Für Kinder mit unsicherem Status besteht eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für eine schlechtere allgemeine Gesundheit, eine schlechtere psychische Gesundheit, einen unvollständigen Impfstatus und die erhöhte Inanspruchnahme von medizinischer Notfallversorgung (siehe **Tab. 3**).

Adjustiert man zusätzlich noch für Migrationshintergrund, Migrationsgeneration, Bildung und Wohnungsgröße, so ist der Zusammenhang zwischen Aufenthaltsstatus und subjektiver Gesundheit, SDQ-Score und Impfstatus nicht mehr signifikant. Die Assoziation zwischen dem Aufenthaltsstatus und der Inanspruchnahme von Notfallversorgung bleibt jedoch bestehen. Kinder mit unsicherem Aufenthaltsstatus weisen eine 2,5-mal so hohe Wahrscheinlichkeit auf, Notfallversorgung in Anspruch zu nehmen, im Vergleich zu Kindern mit sicherem Aufenthaltsstatus (OR = 2,53 (1,18–5,42)). Mit Ausnahme des Impfstatus, besteht zwischen dem sozialen Status, d. h. Bildung und Wohnungsgröße und den Outcomes ein signifikanter Zusammenhang (siehe **Tab. 4**).

Besonders eindrücklich ist der Zusammenhang für das Vorliegen von Hinweisen auf psychische Auffälligkeiten. Haben die Eltern eine geringe oder mittlere formale Bildung, so ist die Chance, dass bei den Kindern Hinweise auf psychische Auffälligkeiten gesehen werden, fast 2,5-mal so hoch (OR = 2,36 (2,0–2,8)) wie bei Kindern, deren Eltern eine höhere formale Bildung



**Tab. 4** Ergebnisse der multivariablen logistischen Regression (Odds Ratios und 95%-Konfidenzintervalle)

	Schlechte subjektive Gesundheit	Auffälliges SDQ-Score	Unvollständiger Impfstatus	Inanspruchnahme von Notfallversorgung
<b>Aufenthaltsstatus</b>				
Sicher	1	1	1	1
Unsicher	1,25 (0,75–2,09)	1,18 (0,71–1,97)	1,42 (0,9–2,27)	2,53** (1,18–5,43)
<b>Geschlecht</b>				
Männlich	1	1	1	1
Weiblich	0,89 (0,77–1,04)	0,61*** (0,54–0,68)	0,96 (0,88–1,04)	0,80** (0,66–0,97)
<b>Alter</b>				
Vollendete Lebensjahre	1,06*** (1,05–1,08)	0,98*** (0,97–0,99)	1,17*** (1,16–1,18)	1,06*** (1,04–1,08)
<b>Migrationshintergrund</b>				
Nein	1	1	1	1
ja	1,67*** (1,333–2,090)	1,22** (1,018–1,463)	1,12 (0,975–1,296)	0,91 (0,645–1,280)
<b>Migrationsgeneration</b>				
1. Generation (selbst migriert)	1,49** (1,09–2,05)	1,2 (0,89–1,6)	1,85*** (1,38–2,48)	1,06 (0,64–1,78)
2. Generation	1	1	1	1
<b>Formale Bildung</b>				
Einfach	1,3** (1,04–1,61)	2,36*** (2,0–2,8)	1,03 (0,9–1,17)	0,93 (0,71–1,23)
Mittel	1,03 (0,86–1,23)	1,585*** (1,38–1,83)	0,781*** (0,71–0,86)	0,778** (0,63–0,96)
Höher	1	1	1	1
<b>Wohnungsgröße</b>				
1. Quantil	1,59*** (1,3–1,95)	1,47*** (1,26–1,71)	0,99 (0,88–1,1)	1,12 (0,86–1,44)
2. Quantil	1,05 (0,86–1,28)	1,25*** (1,08–1,45)	0,95 (0,85–1,05)	1,35** (1,07–1,7)
3. Quantil	1	1	1	1
Beobachtungen <sup>a</sup>	16.639	13.891	14.914	16.383

SDQ Strengths and Difficulties Questionnaire

\*\*\* $p < 0,01$ ; \*\* $p < 0,05$ ; \* $p < 0,1$

<sup>a</sup>Abweichungen in der Anzahl der Beobachtungen sind auf fehlende Werte und Altersgrenzen in der Erhebung zurückzuführen

besitzen. Weniger Wohnraum, d. h. vermutlich weniger materielle Ressourcen, führen zudem mit einer 1,5-mal so hohen (1. Quantil: OR = 1,47 (1,26–1,71)) bzw. 1,25-mal (2. Quantil: OR = 1,25 (1,08–1,45)) so hohen Wahrscheinlichkeit zu psychischen Auffälligkeiten.

Die Mediationsanalysen mit Wohnungsgröße als Mediator zwischen dem Aufenthaltsstatus und den Outcomes ist für keines der vier Outcomes in allen vier Schritten signifikant (siehe **Tab. 5** und **Abb. 1**).

Es besteht jedoch ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Auf-

enthaltsstatus und der Wohnungsgröße (Schritt a). Zudem besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Wohnungsgröße und der subjektiven Gesundheit und Hinweisen auf psychische Auffälligkeiten (Schritt b). Der Gesamteffekt (Schritt c: Zusammenhang zwischen Aufenthaltsstatus und dem Outcome ohne Berücksichtigung des Mediators) sowie der kontrollierte Gesamteffekt (Schritt c': Zusammenhang zwischen Aufenthaltsstatus und dem Outcome adjustiert für Wohnungsgröße) ist jedoch nur für die Inanspruchnahme der Notfallversorgung signifikant. Trotz der teilweise bestehenden Zusammenhänge kann mit den vorliegenden Daten kein Mediationseffekt nachgewiesen werden.

## Diskussion

Zentrales Ergebnis unserer Analyse ist, dass die schlechtere subjektive Gesundheit und das Vorliegen von Hinweisen auf Verhaltensauffälligkeiten, gemessen mit dem SDQ bei Kindern und Jugendlichen aus Familien von Asylsuchenden, vor allem mit ihrem niedrigen sozialen Status und ihrem Migrationshintergrund in Zusammenhang stehen. Der unsichere Aufenthaltsstatus scheint demnach die Wahrscheinlichkeit für das Vorhandensein von allgemeinen Gesundheitsproblemen oder psychischen Auffälligkeiten in der untersuchten Gruppe nicht zusätzlich zu erhöhen. Dieses Ergebnis steht vor allem für die psychische Gesundheit zunächst im Widerspruch zu Ergebnissen aus Deutschland [4, 11] und anderen europäischen Ländern [42, 43], die einen unsicheren Aufenthaltsstatus als Risikofaktor für psychische Krankheiten ausgemacht hatten. Dieser Widerspruch könnte auf die sehr unterschiedliche Erfassung der psychischen Gesundheit zurückzuführen sein. Teilweise wurden in den Studien auch nicht der soziale Status oder der Migrationshintergrund kontrolliert, sodass die Ergebnisse nicht direkt vergleichbar sind. Auch sind der Aufenthaltsstatus und der Zugang zu sozialen Positionen eng miteinander verknüpft, wie eingangs beschrieben. Somit ist die untersuchte Gruppe der Kinder und Jugendlichen mit unsicherem Aufenthalts-

**Tab. 5** Ergebnisse der Mediationsanalyse zwischen dem Aufenthaltsstatus und den Outcomes mit Wohnungsgröße als Mediator

	c	a	b	c'
Subjektive Gesundheit	1,34 (0,8–2,24)		0,99 (0,98–0,99)	1,27 (0,76–2,13)
	$p = 0,266$		$p = 0,001^{***}$	$p = 0,362$
SDQ-Score	1,19 (0,71–1,98)		0,99 (0,98–0,99)	1,14 (0,68–1,92)
	$p = 0,513$	-3,92 (-517–-2,69)	$p < 0,000^{***}$	$p = 0,630$
Impfstatus	1,42 (0,89–2,26)	$p < 0,000$	1,0 (0,99–1,0)	1,41 (0,88–2,25)
	$p = 0,141$		$p = 0,148$	$p = 0,148$
Inanspruchnahme von Notfallversorgung	2,58** (1,2–5,52)		0,99 (0,98–1,0)	2,51 (1,17–5,41)
	$p = 0,015$		$p = 0,127$	$p = 0,019^{**}$

Schritt a: Zusammenhang zwischen Aufenthaltsstatus und Wohnungsgröße unabhängig vom Outcome; Schritt b: Zusammenhang zwischen Wohnungsgröße und dem jeweiligen Outcome; Schritt c: Gesamteffekt nicht kontrolliert für den Einfluss des Mediators; Schritt c': Gesamteffekt kontrolliert für den Einfluss des Mediators  
 Alle Werte adjustiert für Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund und Bildung  
 Für c, c' und b sind Odds Ratios mit 95 %-Konfidenzintervall und für a ist der  $\beta$ -Koeffizient mit 95 %-Konfidenzintervall angegeben  
 \*\*\* $p < 0,01$ ; \*\* $p < 0,05$ ; \* $p < 0,1$

status in jedem Fall als eine vulnerable Gruppe zu betrachten.

Die erhöhte Wahrscheinlichkeit für einen unvollständigen Impfstatus ist weniger auf den sozialen Status als vielmehr auf den Migrationsstatus zurückzuführen. Bisherige Analysen hatten ebenfalls ergeben, dass vor allem zugewanderte Kinder häufig nicht vollständig geimpft sind [44, 45]. Der vergleichsweise hohe Anteil von nicht in Deutschland geborenen Kindern in der Gruppe mit unsicherem Aufenthaltsstatus erklärt den stark signifikanten Zusammenhang zwischen dem aufenthaltsrechtlichen Status und dem Impfstatus in der bivariaten Analyse. Hier scheinen migrationsbedingte Barrieren – und nicht etwa rechtliche Barrieren – die entscheidende Rolle zu spielen. Dies steht in Einklang mit Ergebnissen internationaler Forschung, die Diskriminierung, Sprachprobleme, fehlende Informationen und die Verfügbarkeit der Angebote (vor und nach der Migration) als wichtigste Barrieren, auch für Asylsuchende, identifiziert hatten [2, 46]. Es kann jedoch auch der Hinweis auf ein kulturell bedingtes unterschiedliches Nutzungsverhalten sein. Mit den vorliegenden Daten ist eine eindeutige Unterscheidung von formellen oder informel-

len Barrieren im Herkunfts- bzw. Zuzugsland nicht möglich. Dahingehende Befragungen sowie Analysen zur Inanspruchnahme anderer präventiver Versorgungsangebote (Kariesprophylaxe, U-Untersuchungen) könnten hilfreich für ein tieferes Verständnis dieses Ergebnisses sein.

Der Zusammenhang zwischen aufenthaltsrechtlichem Status und der Inanspruchnahme von medizinischer Notfallversorgung bleibt auch nach Adjustierung für sozialen Status und Migrationsstatus bestehen. Das legt nahe, dass hier Barrieren im Zugang bestehen, die für andere Migranten und andere Kinder mit vergleichbarem sozialen Status nicht bestehen. Vielmehr müssen sie mit dem aufenthaltsrechtlichen Status der Kinder assoziiert sein. Zwei Erklärungen dieser Assoziation sind möglich. Einerseits könnten bürokratische Hürden (Krankenscheine müssen beim Sozialamt beantragt werden) Asylsuchende dazu veranlassen, schneller auf Notfallversorgung zurückzugreifen, wo diese Hürden nicht bestehen. Borde et al. [17] hatten in ihrer Analyse der Nutzung von Notfallambulanzen in Berlin diesen Mechanismus ebenfalls angeführt. Dies würde auch erklären, warum Kinder mit unsicherem Status nicht generell einen schlechteren

subjektiven Gesundheitszustand haben (wie oben erläutert) und dennoch häufiger Notfallversorgung in Anspruch nehmen. Andererseits ist es möglich, dass die Beschränkung staatlicher Finanzierung auf Akutversorgung, oder die Bewertung des Behandlungsbedarfs durch medizinische Laien, zur Verschleppung von Krankheiten führt, bis schlussendlich eine Notfallversorgung oder Krankenhausbehandlung notwendig ist. Auch für diese Erklärung finden sich Hinweise [15, 18, 47, 48].

Die Datenauswertung lässt vermuten, dass Hypothese I nur für die Notfallversorgung zu bestätigen ist, während Hypothese II für den allgemeinen Gesundheitszustand, die psychische Gesundheit und den Impfstatus gültig zu sein scheint. Die Mediationshypothese (III) ließ sich – möglicherweise auf Grund des explorativen Charakters der Studie – nicht bestätigen. Die bivariate Analyse zeigt jedoch, dass der aufenthaltsrechtliche und der soziale Status nicht unabhängig voneinander sind (siehe [Tab. 2](#)). In Analysen der Gesundheit von Asylsuchenden und auch zur Gesundheit von Migranten allgemein, sind daher stets beide Merkmale zu berücksichtigen, da es sonst zur Überschätzung des jeweils anderen Effekts kommen kann.

Die durchgeführten Analysen unterliegen einigen methodisch bedingten Einschränkungen. Die Zuordnung der Kinder zur Gruppe mit unsicherem Aufenthaltsstatus ist nicht eindeutig möglich. Die Zuwanderungsgruppe der Eltern ist lediglich ein Proxy für den Aufenthaltsstatus. Ob Eltern, die als Asylbewerber nach Deutschland eingewandert sind, auch zum Zeitpunkt des Interviews einen unsicheren Aufenthaltsstatus hatten, ist nicht zu überprüfen. So könnte die tatsächliche Anzahl der Kinder mit unsicherem Status in dem Datensatz geringer sein.

Das Ausmaß der Missklassifikation ist jedoch nicht bestimmbar, da Anzahl und Anteil der Kinder, die mit unsicherem Aufenthaltsstatus in Deutschland leben, nicht bekannt ist<sup>4</sup>. Auch ein Selektionsbias kann nicht ausgeschlossen werden:

<sup>4</sup> Eine Anfrage beim Ausländerzentralregister/BAMF blieb unbeantwortet.

Asylsuchende nehmen aufgrund ihrer zum Teil unangenehmen Erfahrungen mit den deutschen Behörden im Asylverfahren häufig nicht an Befragungen teil [4, 11]. Auch konnten nur jene Personen beteiligt werden, die über das Einwohnermelderegister gezogen wurden, dann an dieser Adresse anzutreffen und zur Teilnahme bereit waren und über ausreichende Sprachkenntnisse in einer angebotenen Sprache verfügten. Für einen Teil der teilnehmenden Kinder (2,24 %) konnte der Aufenthaltsstatus nicht bestimmt werden, da die Eltern ihre Zuwanderungsgruppe nicht angegeben hatten. Für weitere Kinder, sowohl mit unsicherem (14,2 %) als auch mit sicherem (2,8 %) Aufenthaltsstatus, lagen nur unvollständige Informationen zum sozialen Status bzw. Migrationsstatus vor. Es ist daher davon auszugehen, dass die in KiGGS eingeschlossenen Kinder und Jugendlichen mit ungesichertem Aufenthaltsstatus nicht repräsentativ für diese Gruppe sind. Zudem ist fraglich, inwieweit die vorliegenden Ergebnisse auf die heute nach Deutschland einreisenden Asylsuchenden übertragbar sind, da sich die Fluchtursachen und die damit verknüpften gesundheitlichen Risiken teilweise erheblich unterscheiden.

Ferner wurden mit den analysierten Outcomes nur ausgewählte Indikatoren für den Gesundheitszustand betrachtet, die bspw. spezifische gesundheitliche Folgen von Fluchtereignissen nicht ausreichend abbilden. Daher ist auch hier Vorsicht geboten, die Ergebnisse zu generalisieren. Überdies liegen keine Informationen zum Fluchtgrund vor, so dass substantielle differenzierende Analysen nicht möglich waren.

Die niedrige Fallzahl der Kinder mit unsicherem Aufenthaltsstatus hat zudem wichtige stratifizierte Analysen, unter anderem nach Alter und Geschlecht, nach dem Vorliegen einer eigenen Fluchterfahrung und nach dem Herkunftsland, unmöglich gemacht. Angesichts der großen Altersspanne (0–17 Jahre) und der Bedeutung des Geschlechts für Gesundheits- und Ungleichheitsforschung sind hier weiterführende Untersuchungen und neue Datenerhebungen wünschenswert.

## Fazit

Unterschiede in der subjektiven Gesundheit und im Vorliegen psychischer Auffälligkeiten zwischen Kindern und Jugendlichen aus Familien von Asylsuchenden gegenüber anderen in Deutschland lebenden Kindern, stehen in Zusammenhang mit ihrem sozialen Status und dem Migrationshintergrund. Der Zusammenhang zwischen einem unsicheren Aufenthaltsstatus und einem unvollständigen Impfstatus erklärt sich vor allem durch den hohen Anteil außerhalb Deutschlands geborener Kinder innerhalb der Gruppe mit unsicherem aufenthaltsrechtlichem Status. Hier zeigen sich besondere Versorgungsbedarfe in dieser Gruppe. Der auch nach Adjustierung für sozialen Status und Migrationsstatus fortbestehende Zusammenhang zwischen dem Aufenthaltsstatus und der Inanspruchnahme medizinischer Notfallversorgung, ist ein Hinweis auf mögliche Barrieren beim Zugang zu regulärer ambulanter Versorgung, der näher analysiert werden muss.

## Korrespondenzadresse

### J. Wenner

Abteilung Epidemiologie und International Public Health, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld  
Postfach 10 01 31, 33501 Bielefeld, Deutschland  
judith.wenner@uni-bielefeld.de

## Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenkonflikt.** J. Wenner, O. Razum, L. Schenk, U. Ellert und K. Bozorgmehr geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Die Studie beruht auf einer Sekundäranalyse von Daten, die im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes erhoben wurden. Keiner der beteiligten Autoren hat für diese Auswertung neue Primärdaten erhoben bzw. neue Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt.

## Literatur

1. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge/BAMF (2015) Das Bundesamt in Zahlen 2014. [www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Broschueren/bundesamt-in-zahlen-2014.html](http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Broschueren/bundesamt-in-zahlen-2014.html). Zugegriffen: 29. Juni 2015
2. Miller KE, Rasco LM (2004) The mental health of refugees: ecological approaches to healing and adaptation. Taylor & Francis, London

3. Lustig SL, Kia-Keating M, Knight WG et al (2003) Review of child and adolescent refugee mental health. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 43:24–36
4. Adam H (2006) Seelische Gesundheit von Flüchtlingskindern. Eine empirische Untersuchung an Hamburger Schulen. Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg (Unveröffentlichte Habilitationsschrift)
5. Bronstein I, Montgomery P (2011) Psychological distress in refugee children: a systematic review. *Clin Child Fam Psychol Rev* 14:44–56
6. Geltman PL, Radin M, Zhang Z et al (2001) Growth status and related medical conditions among refugee children in Massachusetts, 1995–1998. *Am J Public Health* 91:1800–1805
7. Porter M, Haslam N (2005) Predisplacement and postdisplacement of refugees and internally displaced persons. *J Am Med Assoc* 294:610–612
8. Swerdlow AJ (1991) Mortality and cancer incidence in vietnamese refugees in England and Wales: a follow-up study. *Int J Epidemiol* 20:13–19
9. Butterwegge C (2010) Armut von Kindern mit Migrationshintergrund. Ausmaß, Erscheinungsformen und Ursachen. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
10. Espenhorst N (2013) Kinder zweiter Klasse. Bericht über die Lebenssituation junger Flüchtlinge in Deutschland an die Vereinten Nationen zum Übereinkommen über die Rechte des Kindes. Bundesfachverband Unbegleitete Minderjährige Flüchtlinge e.V., Berlin
11. Gavranidou M, Niemiec B, Magg B et al (2008) Traumatische Erfahrungen, aktuelle Lebensbedingungen im Exil und psychische Belastung junger Flüchtlinge. *Kindh Entwickl* 17:224–231
12. Romer G (2012) Psychotherapie für Flüchtlingskinder. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 40:79–82
13. Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) §§ 4 und 6. In der Fassung der Bekanntmachung vom 5. August 1997 (BGBl I 2022), zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 23. Dezember 2014 (BGBl. I 2439)
14. Eichenhofer E (2013) Gesundheitsleistungen für Flüchtlinge. *Z Ausl Ausländerpol* 33:169–175
15. Burmester F (2015) Medizinische Versorgung der Leistungsberechtigten nach §§ 4 und 6 AsylbLG über eine Krankenkasse. *Public Heal Forum* 23:106–108
16. Jung F (2011) Das Bremer Modell – Gesundheitsversorgung Asylsuchender. Gesundheitsamt der Freien Hansestadt Bremen. [http://www.gesundheitsamt.bremen.de/sixcms/media.php/13/3\\_GBE\\_Gesundheitsversorgung\\_Asylsuchender.pdf](http://www.gesundheitsamt.bremen.de/sixcms/media.php/13/3_GBE_Gesundheitsversorgung_Asylsuchender.pdf). Zugegriffen: 3. Juli 2015
17. Borde T, Braun T, David M (2003) Unterschiede in der Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen durch deutsche Patienten/innen und Migranten/innen. Problembeschreibung, Ursachenanalyse, Lösungsansätze. <http://www.ash-berlin.eu/hsl/freedocs/275/berlinernotfallambulanzstudie.pdf>. Zugegriffen: 6. Juli 2015
18. Bozorgmehr K, Razum O (2015) Effect of restricting access to health care on health expenditures among asylum-seekers and refugees: a quasi-experimental study in Germany, 1994–2013. *PLoS ONE* 10:e0131483
19. Brekke J-P (2010) Life on hold. The impact of time on young asylum seekers waiting for a decision. *Diskurs Kindh Jugendforsch* 5:159–167
20. Landesflüchtlingsräte (2011) Zur Unterbringung von Flüchtlingen in Deutschland. [http://www.proasyl.de/fileadmin/proasyl/fm\\_redakteure/](http://www.proasyl.de/fileadmin/proasyl/fm_redakteure/)



- [Broschueren\\_pdf/AusgeLAGERt.pdf](#). Zugegriffen: 28. Juni 2015
21. Razum O (2009) Migration, Mortalität und der Healthy-migrant-Effekt. In: Richter M, Hurrelmann K (Hrsg) *Gesundheitliche Ungleichheit*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S267–282
  22. Razum O, Twardella D (2002) Time travel with Oliver Twist – towards an explanation for a paradoxically low mortality among recent immigrants. *Trop Med Int Heal* 7:4–10
  23. Razum O (2007) Erklärungsmodelle für den Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit. *Int J Public Health* 52:75–77
  24. Correa-Velez I, Gifford SM, Barnett AG (2010) Longing to belong: social inclusion and wellbeing among youth with refugee backgrounds in the first three years in Melbourne. *Australia Soc Sci Med* 71:1399–1408
  25. Krieger N (2012) Methods for the scientific study of discrimination and health: an ecosocial approach. *Am J Public Health* 102:936–945
  26. Schunck R, Reiss K, Razum O (2014) Pathways between perceived discrimination and health among immigrants: evidence from a large national panel survey in Germany. *Ethn Health* 20:693–722
  27. Classen G (2008) *Soziale Leistungen für Migrantinnen und Flüchtlinge*. Pro Asyl (Hrsg). Loeper Literatur, Karlsruhe
  28. Jungbauer-Gans M, Kriwy P (2004) *Ungleichheit und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen*. In: Jungbauer-Gans M, Kriwy P (Hrsg) *Soziale Benachteiligung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S9–23
  29. Lampert T, Richter M (2009) *Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen*. In: Richter M, Hurrelmann K (Hrsg) *Gesundheitliche Ungleichheit*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S209–230
  30. Kurth BM (2007) *Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Ein Überblick über Planung, Durchführung und Ergebnisse unter Berücksichtigung von Aspekten eines Qualitätsmanagements*. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitschutz 50:533–546
  31. Schenk L, Neuhauser H, Ellert U (2008) *Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003 – 2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland*. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. [http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/KiGGS\\_migration.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/KiGGS_migration.pdf?__blob=publicationFile) Zugegriffen: 18. Juni 2015
  32. Koch-Institut R *Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003–2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland*. Tabellenband. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. [http://edoc.rki.de/documents/rki\\_fv/re0uo6qZcW7el/PDF/28AGUAv81lsupjwo.pdf](http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/re0uo6qZcW7el/PDF/28AGUAv81lsupjwo.pdf). Zugegriffen: 29. Juni 2015
  33. Brauns H, Scherer S, Steinmann S (2003) The CASMIN educational classification in international comparative research. In: Hoffmeyer-Zlotnik JH-P, Wolf C (Hrsg) *Advances in cross-national comparisons. A European working book for demographic and socio-economic variables*. Kluwer Academic, New York, S221–244
  34. Galobardes B (2006) Indicators of socioeconomic position (part 1). *J Epidemiol Community Heal* 60:7–12
  35. Goodman R (1997) The strengths and difficulties questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psych* 38:581–586
  36. Kamtsiuris P, Lange M, Rosario AS (2007) *Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Stichprobendesign, Response und Nonresponse-Analyse*. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitschutz 50:547–556
  37. Lange M, Butschalowsky HG, Jentsch F et al (2014) Die erste KiGGS-Folgebefragung (KiGGS Welle 1). *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitschutz* 57:747–761
  38. Baron RM, Kenny DA (1986) The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *J Pers Soc Psychol* 51:1173–1182
  39. Frazier PA, Tix AP, Barron KE (2004) Testing moderator and mediator effects in counseling psychology research. *J Couns Psychol* 51:157–157
  40. Iacobucci D (2012) Mediation analysis and categorical variables: the final frontier. *J Consum Psychol* 22:582–594
  41. StataCorp (2011) *Stata Statistical Software*. Release 12. StataCorp LP, Texas
  42. Nielsen SS, Norredam M, Christiansen KL et al (2008) Mental health among children seeking asylum in Denmark—the effect of length of stay and number of relocations: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 8:293–301
  43. Sundquist J, Bayard-Burfield L, Johansson LM et al (2000) Impact of ethnicity, violence and acculturation on displaced migrants: psychological distress and psychosomatic complaints among refugees in Sweden. *J Nerv Ment Dis* 188:357–365
  44. Diedrich S, Schreiber E (2007) The German health interview and examination survey for children and adolescents (KiGGS): state of immunity against poliomyelitis in German children. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitschutz* 50:771–774
  45. Poethko-Müller C, Ellert U et al (2009) Vaccination coverage against measles in German-born and foreign-born children and identification of unvaccinated subgroups in Germany. *Vaccine* 27:2563–2569
  46. Davidson N, Skull S, Burgner D et al (2004) An issue of access: delivering equitable health care for newly arrived refugee children in Australia. *J Paediatr Child Health* 40:569–575
  47. Bundesärztekammer (2014) *Beschlussprotokoll des 17. Deutschen Ärztetages*. 27. bis 30. Mai 2014 in Düsseldorf. [http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/117DAETBeschlussprotokoll20140613.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/117DAETBeschlussprotokoll20140613.pdf). Zugegriffen: 6. Juli 2015
  48. Schneider C, Joos S, Bozorgmehr K (2015) Disparities in health and access to health care between asylum seekers and residents in Germany: a population-based cross-sectional feasibility study. *BMJ Open* (im Erscheinen)