

Journal of Health Monitoring · 2019 4(3)

DOI 10.25646/6071

Robert Koch-Institut, Berlin

Maria Schumann*, Katja Kajikhina*,
Antonino Polizzi, Navina Sarma, Jens Hoebel,
Marleen Bug, Susanne Bartig,
Thomas Lampert, Claudia Santos-Hövenner

* geteilte Erstautorenschaft

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

Eingereicht: 07.03.2019

Akzeptiert: 16.05.2019

Veröffentlicht: 18.09.2019

Konzepte für ein migrationssensibles Gesundheitsmonitoring

Abstract

Fast ein Viertel der Bevölkerung in Deutschland hat nach Definition des Mikrozensus einen Migrationshintergrund, das heißt, dass sie selbst oder mindestens ein Elternteil ohne deutsche Staatsangehörigkeit geboren wurden. Repräsentative Aussagen zur gesundheitlichen Lage aller in Deutschland lebenden Menschen sind mit Blick auf die aktuelle Datenlage und Unterrepräsentation spezifischer Bevölkerungsgruppen bislang nur schwer möglich. Vor diesem Hintergrund wurde am Robert Koch-Institut das Projekt Improving Health Monitoring in Migrant Populations (IMIRA) initiiert. Ziel ist es, ein migrationssensibles Gesundheitsmonitoring aufzubauen und die Einbindung von Menschen mit Migrationshintergrund in die Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts zu verbessern. Dabei spielt auch die Überprüfung und Weiterentwicklung relevanter migrationssensibler Konzepte und adäquater Erhebungsinstrumente eine entscheidende Rolle. In diesem Zusammenhang wurden Konzepte der Akkulturation, der Diskriminierung, der Religion sowie des subjektiven Sozialstatus ausgewählt. Im vorliegenden Beitrag werden diese theoretisch eingebettet. Es folgen ein Überblick zur bisherigen Anwendung in der Epidemiologie sowie ein Vorschlag zur Messung und Operationalisierung der Konzepte. Zudem werden Handlungsempfehlungen gegeben, inwiefern die Konzepte im Rahmen des Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut Anwendung finden können.

📌 MIGRATION · GESUNDHEITSMONITORING · AKKULTURATION · DISKRIMINIERUNG · SUBJEKTIVER SOZIALSTATUS

1. Einleitung

Die Bundesrepublik Deutschland ist seit ihrer Gründung ein Einwanderungsland [1]. Nach Angaben des Mikrozensus hatten im Jahr 2017 rund 19,3 Millionen der in Deutschland lebenden Menschen einen Migrationshintergrund. Das bedeutet, dass sie selbst oder mindestens eines ihrer Elternteile nicht mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren wurden [2]. Allgemeine Aussagen zum gesundheitlichen Zustand von Menschen mit Migrationshintergrund sollten aufgrund der Heterogenität dieser Bevölkerungsgruppe vermieden werden. Zahlreiche Studien

adressieren jedoch differenziertere Lebenslagen und zeigen, dass Krankheitsrisiken und Gesundheitsressourcen in Abhängigkeit verschiedener Merkmale wie beispielsweise Herkunftsregion, Motive der Migration sowie Erfahrungen vor, während und nach der Migration variieren können.

In Studien zum Gesundheitszustand, zum Gesundheitsverhalten, zur Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen und von Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung in der Gesamtbevölkerung sind Menschen, die mit der Kategorie „Migrationshintergrund“ erfasst werden, bislang meist unterrepräsentiert. Gesicherte Daten fehlen, obwohl diese Bevölkerungsgruppe etwa ein Viertel

der Gesamtbevölkerung ausmacht [3, 4]. Studien zum Themenbereich Migration und Gesundheit berücksichtigen in den Analysen oft ausschließlich das Vorhandensein eines Migrationshintergrunds (ja, nein), was der Heterogenität der in Deutschland lebenden Menschen nicht gerecht wird [5].

Vor diesem Hintergrund wurde am Robert Koch-Institut (RKI) das Projekt Improving Health Monitoring in Migrant Populations (IMIRA) initiiert. Ziel ist es, ein migrationssensibles Gesundheitsmonitoring aufzubauen, Menschen mit Migrationshintergrund besser zu erreichen und langfristig in die Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts einzubinden [5–7]. Ein Teilprojekt von IMIRA zur Anpassung und Weiterentwicklung von Konzepten (Teilprojekt 2) beschäftigt sich mit der inhaltlichen Weiterentwicklung des migrationssensiblen Gesundheitsmonitorings. Ziel ist es, Konzepte zu identifizieren, die über den Mindestindikatorensatz zur Operationalisierung des Migrationshintergrundes nach Schenk et al. [8] hinausreichen. Dieser umfasst neben der eigenen Staatsangehörigkeit und dem Geburtsland zudem die Merkmale das Geburtsland der Eltern, das Einreisejahr nach Deutschland, Deutsch als Muttersprache (ja, nein), die Selbsteinschätzung der Deutschkenntnisse (sehr gut, gut, mittelmäßig, schlecht, sehr schlecht) und den Aufenthaltsstatus (befristet, unbefristet, deutsche Staatsangehörigkeit) [8]. Basierend auf den Ergebnissen einer Literaturrecherche zu Migration und Gesundheit konnten weitere relevante Konzepte identifiziert werden. Dazu zählen die Konzepte der Akkulturation, der Diskriminierung, der Religion sowie des subjektiven Sozialstatus. So sollen wichtige Aspekte der verschiedenen Lebenslagen der in Deutschland lebenden Bevölkerung besser

abgebildet und gesundheitliche Ungleichheiten besser erklärt werden können.

Die identifizierten Konzepte, deren Operationalisierung und Messung sowie die Empfehlungen zur Etablierung eines migrationssensiblen Gesundheitsmonitorings am RKI folgen einem idealen Ansatz, der nach Möglichkeit zukünftig Anwendung finden soll. So bestünde die Chance, die ausgewählten Items zur Migrationsgeschichte (z. B. Geburtsland, Staatsangehörigkeit, Aufenthaltsdauer) und Diskriminierung sowie zum Zugehörigkeitsgefühl, der Religionszugehörigkeit und dem subjektiven Sozialstatus im Rahmen der nächsten Gesundheitssurveys des RKI einzusetzen. Bereits jetzt sind die relevanten Dimensionen der identifizierten Konzepte zum Großteil in das Kernindikatoren-Set zur Analyse der Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund der Gesundheitsberichterstattung geflossen (siehe Beitrag [Gesundheitsberichterstattung zu Menschen mit Migrationshintergrund – Auswahl und Definition von \(Kern-\)Indikatoren](#) in dieser Ausgabe). Hierzu zählen neben dem Migrationshintergrund das Geburtsland, die Kenntnisse der deutschen Sprache, die soziale Unterstützung sowie Diskriminierungserfahrungen. Die Aufenthaltsdauer, der Aufenthaltsstatus, die Gründe der Migration, das Zugehörigkeitsgefühl und die Religionszugehörigkeit sind Teil des erweiterten Indikatoren-Sets.

Ziel des vorliegenden Beitrags ist es, die ausgewählten Konzepte detailliert vorzustellen. Dabei erfolgen stets eine kurze theoretische Einbettung, ein Überblick zur bisherigen Anwendung in der Epidemiologie sowie ein Vorschlag zur Messung und Operationalisierung. Die Instrumente zur Erhebung wurden unter Berücksichtigung bekannter Forschungsergebnisse sowie zivilgesellschaftlich

erarbeiteter ethischer Grundsätze ausgewählt. Zudem wurden sie in sechs Sprachen (Arabisch, Deutsch, Italienisch, Kroatisch, Polnisch, Türkisch) entsprechend der geplanten Grundgesamtheit der bevorstehenden Gesundheits- und Ernährungsstudie in Deutschland (gern-Studie), einer gemeinsamen Studie des Robert Koch-Instituts und des Max Rubner-Instituts, kognitiv getestet und entsprechend optimiert. Die kognitive Testung beinhaltete Befragungen von muttersprachlichen Teilnehmenden der sechs genannten Zielsprachen unterschiedlichen Alters, Geschlechts und Bildungsgrads. Nach dem Ausfüllen des schriftlichen Fragebogens, der alle zu testenden Items enthielt, wurden die Befragten mithilfe eines standardisierten Interviewleitfadens nach ihrem Empfinden, Verstehen der Fragen und dem Vorgehen bei der Beantwortung befragt. Es folgte eine qualitative Inhaltsanalyse der erstellten Teiltranskripte mittels der Constant-Comparative-Methode [9]. Basierend auf den gewonnenen Ergebnissen wurden entsprechende Anpassungen im Fragebogen vorgenommen. Der Beitrag schließt mit Handlungsempfehlungen, welche Aspekte bei der Verwendung der Konzepte in der epidemiologischen Forschung Berücksichtigung finden sollten.

2. Akkulturation

Das Konzept der Akkulturation stammt ursprünglich aus der britischen und nordamerikanischen Anthropologie, die damit den Prozess kultureller Veränderungen infolge des Kontaktes zwischen Menschen unterschiedlicher Kulturen im Verlauf der Kolonisation zum Ende des 19. Jahrhunderts zu beschreiben versuchte [10, 11]. Bis heute wird das Konzept in verschiedenen weiteren Disziplinen angewandt,

darunter die Medizin, Psychologie, Public Health sowie Epidemiologie [12, 13]. Zahlreiche Studien zum Zusammenhang zwischen Akkulturation und Gesundheit sind entstanden [14–20]. Die bisherigen Ergebnisse zeigen große Inkonsistenzen hinsichtlich der Wirkungsrichtung und Stärke des Effekts [21]. Allgemeine Schlussfolgerungen zum Zusammenhang zwischen Akkulturation und Gesundheit sind daher nicht möglich [22].

Prinzipiell lassen sich drei theoretische Zugänge voneinander unterscheiden. Eindimensionale Ansätze beschreiben Akkulturation als ein lineares Kontinuum, das von nicht akkulturiert bis akkulturiert reicht. Akkulturation wird hier als ein Prozess des Übergangs von der Herkunftskultur zur neuen Kultur gesehen [23]. Zweidimensionale Ansätze verstehen die Akkulturation dagegen als einen Prozess, der sich auf zwei unterschiedlichen Dimensionen bewegt. Dabei können Menschen mit Migrationshintergrund sowohl Elemente der neuen Kultur annehmen als auch solche der Herkunftskultur ablegen [24, 25]. Multidimensionale Ansätze gehen noch einen Schritt weiter und berücksichtigen weitere Dimensionen, die unabhängig voneinander erhoben werden [26]. Allen Ansätzen gemein ist, dass stets versucht wird, einen Akkulturationscore zu bilden, der Aussagen zum Akkulturationsgrad einer Person treffen soll.

Im Rahmen des IMIRA-Teilprojekts 2 wurde ein systematisches Literaturreview durchgeführt, um (1) einen Überblick zu geben, wie das Konzept der Akkulturation bisher in der epidemiologischen Forschung zur Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund verwendet wurde, (2) die verschiedenen Möglichkeiten zur Operationalisierung und Messung des Konzepts der Akkulturation

Relevante migrationsbezogene Merkmale wie Sprache, Zugehörigkeitsgefühl und Migrationsgeschichte sollten erhoben werden, ohne zusammenfassende Aussagen über einen „Akkulturationsgrad“ zu treffen.

zu identifizieren und (3) Empfehlungen für die Erhebung des Konzepts der Akkulturation im Rahmen von Gesundheitssurveys in Deutschland abzuleiten (Originalarbeiten mit quantitativem Ansatz in deutscher und englischer Sprache; Suchstrategie unter Verwendung von kombinierten Terms wie acculturation, migration, method, health; Fachdatenbanken MEDLINE, SCOPUS und Science Direct; weitere Informationen und Kriterien unter [27]).

2.1 Operationalisierung und Messung von Akkulturation

Die Mehrheit der identifizierten Studien stammt aus den USA, einige wurden auch in Europa durchgeführt. Diese beziehen sich vor allem auf den Zusammenhang zwischen der Akkulturation verschiedener Gruppen von Menschen mit Migrationshintergrund beziehungsweise ethnischer Zugehörigkeit und unterschiedlichen Gesundheitsoutcomes. Allgemeine Aussagen zum Einfluss der Akkulturation auf die Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund sind aufgrund ausgeprägter Inkonsistenzen in Bezug auf die Definition, Operationalisierung und Messung des Konzepts in den eingeschlossenen Studien nicht möglich [16, 26, 28]. So wird eine Vielzahl an Proxy-Variablen und Akkulturationskalen eingesetzt. Diese erheben die Migrationsgeschichte, Sprache, (ethnische) Zugehörigkeit und die soziale Umwelt. In der Regel wird dann über diese Dimensionen hinweg ein Akkulturationscore gebildet mit dem Ziel, Aussagen über den Grad der Akkulturation einer Person treffen zu können. In diesem Zusammenhang stellt sich jedoch die Frage, wie sich die Dimensionen zueinander verhalten, und ob Veränderungen in einer Dimension (z. B. Verbesserung der Sprachkenntnisse) auch

Veränderungen in einer anderen Dimension (z. B. Verbesserung des sozialen Netzwerks) mit sich bringen [29, 30].

Mit Blick auf die vielen Unklarheiten hinsichtlich der theoretischen Einbettung des Konzepts Akkulturation, die Inkonsistenzen in der Operationalisierung und Messung sowie eine kritische Auseinandersetzung bezüglich der Generalisierung und Zuordnung von Menschen aufgrund einzelner (fremd zugeschriebener und häufig ethnischer) Merkmale zu einer „Kultur“ haben wir für die Studien des Gesundheitsmonitorings des Robert Koch-Instituts entschieden, den Begriff der Akkulturation als solchen sowie die Bildung eines Akkulturationscores nicht einzuführen. Basierend auf den Ergebnissen des Reviews konnten in den verwendeten Skalen zur Messung von Akkulturation mit Blick auf die eingesetzten Proxys und Items jedoch vier Dimensionen identifiziert werden, die in einem migrationssensiblen Gesundheitsmonitoring am RKI unabhängig voneinander erhoben werden können. So bietet es sich an, die Migrationsgeschichte, die Sprachkenntnisse (Deutsch und Muttersprache, falls nicht Deutsch), das subjektive Zugehörigkeitsgefühl und die soziale Unterstützung als relevante Erklärungsfaktoren von gesundheitlichen Unterschieden bei Menschen mit Migrationshintergrund zu berücksichtigen.

2.2 Operationalisierung und Messung relevanter Dimensionen

Migrationsgeschichte

In Bezug auf die Migrationsgeschichte wurden die Variablen des Mindestindikatorenansatzes von Schenk et al. [8] überarbeitet und ergänzt. Über das Geburtsland und die

Staatsangehörigkeit hinaus würde weiterhin das Geburtsland der Eltern sowie das Jahr des Zuzugs nach Deutschland erfasst werden. Zudem empfiehlt sich die Abfrage der Staatsangehörigkeit der Eltern. Aus den genannten Merkmalen ließen sich weiterhin die Aufenthaltsdauer im Zuwanderungsland, die Anzahl der Jahre seit der Migration und das Alter bei der Einwanderung ableiten. Mit Blick auf den Aufenthaltsstatus würden wir die Kategorien des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge (BAMF) als Grundlage nutzen, diese jedoch teilweise adaptieren [31]. Die kognitive Testung zeigte, dass auch in den übersetzten Fragebögen die Antworten in deutscher Sprache angeboten werden sollten. Häufig lernen die Befragten die Begriffe des deutschen Aufenthaltsrechts (z. B. Erlaubnis zum Daueraufenthalt in der Europäischen Union, Aufenthaltsgestattung oder Duldung) erst in Deutschland kennen und scheinen diese vorrangig in deutscher Sprache zu verwenden. Ein muttersprachliches Äquivalent ist häufig nicht bekannt oder existiert nicht. Neu wäre zudem die Erfassung der Gründe der Migration (Motivation). Die von uns vorgeschlagene Auswahl der Gründe ist ebenfalls an die Kategorien des BAMF angelehnt (zum Zweck der Erwerbstätigkeit, der Ausbildung, aus völkerrechtlichen, humanitären oder politischen Fluchtgründen, aus familiären Gründen, Spätaussiedlerinnen/Spätaussiedler u. a.) [32]. Diese wurden im Anschluss an die kognitive Testung um weitere häufig genannte Gründe ergänzt, so etwa um die Antwortkategorie „um eine bessere Zukunft zu haben“.

Sprache

Die Vorschläge zur Erhebung der Sprache wurden ebenfalls weiterentwickelt. Im Mindestindikatorensatz [8] wurde ausschließlich Deutsch als Muttersprache (ja, nein) sowie eine Selbsteinschätzung der Deutschkenntnisse (sehr gut, gut, mittelmäßig, schlecht, sehr schlecht) erfasst. Wir empfehlen ein vierstufiges Vorgehen. In einem ersten Schritt würde die Muttersprache mit dem Item „Welche Sprache ist Ihre Muttersprache?“ mit einer Liste von zehn Antwortmöglichkeiten und einer offenen Nennung erfasst werden. Die Auswahl der Sprachen erfolgte in Orientierung an die meistgesprochenen Sprachen in der geplanten Grundgesamtheit, einschließlich des Deutschen. Dazu zählen Arabisch, Italienisch, Kroatisch, Polnisch und Türkisch. Im zweiten Schritt würde die Selbsteinschätzung der Sprachkenntnisse wie auch im Mindestindikatorensatz folgen. Hier sollen zunächst die Deutschkenntnisse in Anlehnung an Brand et al. [15] mit dem Item „Wie gut schätzen Sie Ihre Deutschkenntnisse ein?“ mit einer fünfstufigen Antwortskala (sehr gut, gut, mittelmäßig, schlecht, sehr schlecht) erhoben werden. In einem dritten Schritt würde die Abfrage der muttersprachlichen Kenntnisse (außer Deutsch) mit dem Item „Wie gut sprechen Sie Ihre Muttersprache (außer Deutsch)?“ und den entsprechenden fünf Antwortmöglichkeiten folgen. Zudem würde die für das Interview beziehungsweise zur Beantwortung des Fragebogens genutzte Sprache als Proxy-Variable ermittelt werden.

Zugehörigkeitsgefühl

Aus unserer Sicht sollte die Erhebung des subjektiven Zugehörigkeitsgefühls zur deutschen Gesellschaft in Anlehnung

an die Erhebungen der Migrationsstichprobe des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) sowie des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung Berlin (DIW) sowie der Repräsentativuntersuchung Ausgewählte Migrantengruppen in Deutschland (RAM 2015) des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge (BAMF) erfolgen. Auf das Item „Wie sehr fühlen Sie sich der Gesellschaft in Deutschland zugehörig?“ würde eine fünfstufige Likert-Skala (sehr stark, stark, teils/teils, kaum, gar nicht) folgen. Das Zugehörigkeitsgefühl zum Herkunftsland würde ebenfalls mit entsprechender Antwortskala nach Vorlage der IAB-SOEP-Migrationsstichproben und der RAM des BAMF erfragt werden: „Und wie sehr fühlen Sie sich der Gesellschaft in Ihrem Herkunftsland zugehörig (also dem Land, in dem Sie oder Ihre Eltern geboren sind)?“ Hierbei sollte bedacht werden, dass die Erhebung des subjektiven Zugehörigkeitsgefühls im Zusammenhang mit Gesundheit nicht lediglich für Menschen mit Migrationshintergrund relevant ist. So hat das subjektive Zugehörigkeitsgefühl auch Einfluss auf die Gesundheit von allen Bevölkerungsgruppen, weshalb dessen Erhebung nicht auf die Migrationsstichprobe beschränkt werden sollte.

Soziale Unterstützung

Als vierte zusammenfassende Dimension hat sich im Rahmen des Literaturreviews zum Konzept der Akkulturation die soziale Umwelt herauskristallisiert. Darunter wurden Proxys sowie Items innerhalb der Akkulturationskalen gefasst, die beispielsweise die Herkunft von Freunden oder der Menschen aus der Nachbarschaft oder den Kontakt zur Familie im Herkunftsland erheben, aber auch solche zu Kenntnissen über das politische und soziale Geschehen,

Ernährungsgewohnheiten und andere Items, die eine Zugehörigkeit zu einer „Kultur“ operationalisieren sollen. Die Fragen rund um die auf diese Weise operationalisierte soziale Umwelt werden dabei ausschließlich Menschen mit Migrationshintergrund gestellt. Als Grundlage dient die Vorstellung fester verallgemeinerbarer Merkmale und sozialer Interaktionen, die eine vermeintliche Zugehörigkeit zu einer auf unklaren Annahmen und Zuschreibungen basierenden Kategorie „Kultur“ definieren, respektive aufheben.

Vor diesem Hintergrund empfehlen wir, die soziale Umwelt im Rahmen eines Ansatzes für ein migrationssensibles Gesundheitsmonitoring am Robert Koch-Institut über die soziale Unterstützung abzubilden und keines der oben erwähnten Items aus dem Konzept der „Akkulturation“ zu verwenden. Diese würde – wie in den bisherigen Gesundheitssurveys des RKI – auch weiterhin über die Oslo-3-Social-Support-Scale erfasst werden. Dabei handelt es sich um ein in Europa vielfach eingesetztes Instrument zur Messung wahrgenommener sozialer Unterstützung [33, 34]. Hierbei werden den Teilnehmenden drei Fragen mit einem vierstufigen Antwortformat zur Anzahl nahestehender und verlässlicher Menschen, zur Anteilnahme anderer Personen an ihrem Leben und zur Verfügbarkeit von Hilfeleistungen in der eigenen Nachbarschaft gestellt.

3. Diskriminierung

Interpersonelle und strukturelle Diskriminierung spielt eine entscheidende Rolle für die körperliche und mentale Gesundheit. Dabei können Personen von rassistischer Diskriminierung (beispielsweise aufgrund von Herkunft,

Die Erhebung von (Anti-)Diskriminierungsdaten ermöglicht zusätzliche Differenzierungen der Analyse der gesundheitlichen Lage in einer heterogenen Bevölkerung.

Aussehen, Akzent, Namen) betroffen sein, ohne selbst einen der derzeitigen Definition des Mikrozensus entsprechenden Migrationshintergrund aufzuweisen. Die Erhebung von Diskriminierungsdaten im Rahmen des Gesundheitsmonitorings am RKI kann eine Analyse der Zusammenhänge zwischen wahrgenommener Diskriminierung und der gesundheitlichen Lage der Betroffenen ermöglichen. Am RKI wurde bislang die subjektiv wahrgenommene Diskriminierung in der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) einmalig erhoben. Hier zeigte sich jedoch, dass die eingesetzten Instrumente im Hinblick auf die erhobenen Dimensionen und die verwendete Terminologie unter Berücksichtigung der methodischen und ethischen Empfehlungen zur Erhebung von Diskriminierung optimiert werden sollten [35, 36].

Eine Literaturrecherche zum aktuellen Forschungsstand bezüglich des Zusammenhangs zwischen Diskriminierung und Gesundheit wurde durchgeführt (Reviews und Originalstudien, Suchstrategie unter Verwendung von kombinierten MeSH-Terms wie discrimination, racism, health, mental health, healthcare, gender, socioeconomic status, Fachdatenbank MEDLINE). Zusätzlich wurden unterschiedliche Erhebungsinstrumente verglichen und diskutiert, die bereits in repräsentativen Wiederholungsbefragungen in Deutschland zum Einsatz kamen, einschließlich der KiGGS-Studie des RKI sowie der Befragungen des Sozio-ökonomischen Panels, des Berliner Instituts für empirische Integrations- und Migrationsforschung (BIM) sowie der Antidiskriminierungsstelle des Bundes. Des Weiteren erfolgte eine Zusammenfassung der Empfehlungen zu methodischen und ethischen Grundsätzen der Erhebung von Ethnizitäts- und Antidiskriminierungsdaten, die im

deutschen Sprachraum von zivilgesellschaftlichen Einrichtungen, der Antidiskriminierungsstelle des Bundes und von Forschungseinrichtungen erarbeitet wurden [35–37].

3.1 Operationalisierung und Messung von subjektiv wahrgenommener Diskriminierung

Die Mehrzahl der Publikationen stammt aus Nordamerika und ein geringerer Anteil aus europäischen Ländern. Diese zeigen einen deutlichen Zusammenhang zwischen Diskriminierung und Gesundheit auf, hierbei werden Outcomes wie mentale Gesundheit, allgemeine/physische Gesundheit, Gesundheitsverhalten und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen sowie Präventionsangeboten berücksichtigt. Eine Vielzahl verwendeter Skalen, Einzelitems und Instrumente operationalisiert Diskriminierung als subjektiv wahrgenommene Benachteiligung oder Schlechterstellung im Alltag, in relevanten Lebensbereichen (Ämtern, Geschäften) oder in strukturellen Bereichen wie dem Wohnungsmarkt oder im Berufsleben. Erhoben werden mögliche Gründe der Diskriminierung sowie die Häufigkeit der gemachten Erfahrungen. Eine Vielzahl der Veröffentlichungen untersucht explizit den Zusammenhang zwischen rassistischer Diskriminierung und Gesundheit [38, 39].

Wichtige methodische und ethische Aspekte bei der Erhebung von Anti-Diskriminierungsdaten sind die freiwillige Eigenauskunft, Vermeidung von Fremdzuschreibungen sowie Partizipation entsprechender Personengruppen im Entwicklungsprozess der Inhalte und Instrumente, der Datenerhebung und -analyse. Weiterhin ist eine intersektionale Perspektive und somit die

Erfassung aller Diskriminierungsdimensionen ohne eine Beschränkung auf Faktoren wie Migrationshintergrund oder Herkunft wichtig [35].

Der von uns auf dieser Grundlage erarbeitete Vorschlag sieht eine dreistufige Befragung vor. Zunächst würde mittels der 5-Item-Alltagsdiskriminierungsskala (Everyday Discrimination Scale) die subjektiv wahrgenommene Häufigkeit von interpersonellen Diskriminierungserfahrungen im Alltag der Befragten erhoben werden [40, 41]. Hierzu sollen auf die Frage „Wie häufig ist Ihnen in Ihrem Alltag eines der folgenden Dinge passiert?“ die folgenden Antwortkategorien angeboten werden: „Sie erhalten schlechteren Service“, „Sie werden mit weniger Respekt behandelt“, „Jemand verhält sich so, als würde sie/er Sie nicht ernst nehmen“, „Jemand verhält sich so, als habe sie/er Angst vor Ihnen“, „Sie werden bedroht/belästigt“. Diese 5-Item-Variante der Skala wurde vielfach im angelsächsischen Sprachraum verwendet und für eine Vielzahl von Bevölkerungsgruppen validiert. Zudem wurde die Skala bereits für einige konkrete Settings angepasst und angewendet, beispielsweise auch zur Untersuchung von Diskriminierung im medizinischen Kontext [42]. Die Häufigkeit der Diskriminierungserfahrungen wird mittels einer 5-Punkte-Likert-Skala erhoben (sehr oft, oft, manchmal, selten, nie).

Anschließend würden mögliche Gründe für die berichteten Erfahrungen erfragt werden, auch im Hinblick auf mögliche Fremdzuschreibungen und mit der Möglichkeit, mehrere Gründe anzugeben: „Was war Ihrer Meinung nach der Hauptgrund für diese Erfahrungen? (Mehrfachangaben möglich. Denken Sie bitte auch daran, wie Sie vielleicht von anderen wahrgenommen werden)“. Wir formulieren die Antwortkategorien ebenfalls basierend auf der

etablierten Itematterie der Everyday Discrimination Scale [40, 41] sowie in Anlehnung an die sechs Kategorien des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes: „Geschlecht“, „Herkunft, Akzent, Sprache, Aussehen, Name“, „Religion“, „chronische Erkrankung, Beeinträchtigung“, „sexuelle Orientierung“, „Alter“ und erweitern sie um „Gewicht“, den sozioökonomischen Status („Bildungsstand, Einkommen“) und „Arbeitslosigkeit“.

Zusätzlich würden wir das Instrument um Fragen zur Häufigkeit von Diskriminierungserfahrungen im Gesundheits- und Pflegesektor sowie bei Kontakten mit Behörden erweitern: „Wie oft wurden Sie in folgenden Situationen auf solche Weise ungerecht oder schlechter behandelt als andere Menschen? Im Gesundheits- oder Pflegebereich (z. B. Arzt, Krankenhaus, betreutes Wohnen, Pflegeeinrichtung), bei Kontakt mit Ämtern oder Behörden (z. B. Einwohnermeldeamt, Ausländerbehörde, Jobcenter, Polizei)“. Die Häufigkeit der Erfahrungen wird erneut mit der beschriebenen Likert-Skala erhoben. Diese Fragen sollen die für das Gesundheitsmonitoring besonders relevanten Bereiche erfassen. So wäre zum einen eine Identifizierung von subjektiv wahrgenommenen diskriminierungsbedingten Zugangsbarrieren in der gesundheitlichen Versorgung und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen möglich. Zum anderen hat Diskriminierung auch im Kontakt mit Ämtern, Institutionen und öffentlichen Einrichtungen eine Public-Health-Relevanz, etwa mit Blick auf die Beantragung von Gesundheitsleistungen. Die Auswahl der zwei strukturellen Bereiche erfolgte nach Auswertung kognitiver Pretests mit entsprechenden Personengruppen.

Religion kann einen Einfluss auf die gesundheitliche Lage haben und als ein Erklärungsfaktor gesundheitlicher Ungleichheiten dienen.

4. Religion

Der Begriff der Religion wird als Glaube an eine höhere Macht definiert, der aus der Zugehörigkeit zu einer Religion, etwa dem Christentum, Islam, Judentum, Buddhismus oder Hinduismus resultiert [43]. Der Einfluss religiöser Glaubensüberzeugungen auf die körperliche und psychische Gesundheit sowie die Mortalität wurde in den vergangenen Jahren in einer Reihe empirischer Arbeiten untersucht [44–46].

Im Rahmen eines Vorschlags für das Gesundheitsmonitoring am RKI würde zunächst die Religionszugehörigkeit erhoben werden. In Anlehnung an die Studie Deutschland postmigrantisch der Forschungsgruppe Junge Islambezogene Themen in Deutschland (JUNITED) am Berliner Institut für empirische Integrations- und Migrationsforschung (BIM) der Humboldt-Universität zu Berlin sollte gefragt werden: „Welcher Religion gehören Sie an?“ Als Antwortkategorien würden die fünf großen Weltreligionen (Christentum, Islam, Judentum, Hinduismus, Buddhismus) und die Optionen „einer weiteren Religion“, „keiner Religion“ sowie „Ich möchte diese Frage nicht beantworten“ angeboten werden. Ursprünglich sah unser Entwurf vor, die Teilnahme am Gemeindeleben als weitere soziale Ressource zu erheben. Die kognitiven Tests zeigten jedoch, dass der Begriff des Gemeindelebens in den Übersetzungen sehr unterschiedliche Assoziationen hervorruft. Demzufolge wurde diese Frage nicht in die Empfehlungen aufgenommen. Relevant für die gesundheitliche Situation ist jedoch insbesondere die Frage, inwiefern der Glaube mit dem alltäglichen Wohlbefinden und der Lebenszufriedenheit assoziiert ist, weshalb wir

die Frage „Wie wichtig ist Ihnen im alltäglichen Leben der Glaube für Ihr Wohlbefinden und Ihre Zufriedenheit?“ mit einer vierstufigen Antwortskala (sehr wichtig, etwas wichtig, eher nicht wichtig, gar nicht wichtig) aufnehmen würden. In dieser Form wurde die Frage bereits in der vom Sozio-oekonomischen Panel durchgeführten Untersuchung zur Religion als Ressource sozialen Zusammenhalts eingesetzt [47].

5. Subjektiver sozialer Status

Eine Vielzahl empirischer Forschungsarbeiten zeigt weitgehend übereinstimmend, dass für Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status (SES) ein erhöhtes Risiko besteht, krank zu werden und früher zu sterben [48–51]. Konzeptuell wird der SES als mehrdimensionales Konstrukt verstanden, das klassischerweise mit den drei „objektiven“ Indikatoren Bildung, Beruf und Einkommen erfasst wird [52, 53]. Der SES-Messung liegen damit Faktoren zugrunde, die die Position von Personen im „Oben und Unten“ der Gesellschaft maßgeblich beeinflussen [54]. Durch die Verwendung objektiver SES-Indikatoren wird Menschen eine Statusposition zugeschrieben. Diese Zuschreibung muss jedoch nicht immer damit übereinstimmen, wie die Betroffenen ihren Status selbst einschätzen. Um diese subjektive Perspektive zu berücksichtigen, werden objektive SES-Indikatoren in der Gesundheitsforschung immer häufiger durch subjektive Statusindikatoren ergänzt [55–57]. So erfasst der subjektive soziale Status (SSS), wie Menschen ihre Position auf der sozialen Stufenleiter selbst wahrnehmen und welcher Statusgruppe sie sich zugehörig fühlen.

Durch die Erfassung des subjektiven Sozialstatus kann der Einfluss der wahrgenommenen sozialen Lage und der sozialen Mobilität auf die Gesundheit von Menschen mit Migrationserfahrung untersucht werden.

In den letzten Jahren häufen sich die Hinweise aus der Forschung, dass ein niedriger SSS, auch unabhängig vom objektiven SES, mit einem schlechteren körperlichen und psychischen Gesundheitszustand assoziiert ist [55, 56, 58–60]. Auch unter Menschen mit Migrationshintergrund wurde dieser Zusammenhang zwischen SSS und Gesundheit beobachtet [61]. Dieser Befund zeigt sich nicht nur in Querschnittstudien. Auch Längsschnittbeobachtungen und experimentelle Studien legen nahe, dass der SSS eigenständige Effekte auf die Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken hat [62–65]. Es wird angenommen, dass sich in einem niedrigen SSS die Wahrnehmung von sozialer Benachteiligung und relativer Deprivation ausdrückt, die Gefühle von Ungerechtigkeit, Ärger, Unterlegenheit oder Scham hervorruft [66–68]. Dauerhafte oder wiederkehrende Gefühle dieser Art könnten einen chronischen Stresszustand zur Folge haben und somit für das erhöhte Krankheitsrisiko von Menschen mit niedrigem SSS mitverantwortlich sein [68]. Zum Teil dürften sich im SSS aber auch Aspekte der sozioökonomischen Situation widerspiegeln, die mit den drei klassischen SES-Indikatoren nicht erfasst werden, wie zum Beispiel Vermögen, Überschuldung oder soziale Absicherung.

Bei Menschen mit eigener Migrationserfahrung ist es häufig schwierig, ihren SES vor der Migration, das heißt in ihrem Herkunftsland, zu bestimmen oder sozioökonomische Merkmale aus ihrem Herkunftsland auf den Kontext des Zuwanderungslandes zu übertragen, wie zum Beispiel Bildungsabschlüsse oder das Berufsprestige. Hier könnte der SSS eine geeignete und forschungspragmatische Lösung darstellen. Zu beachten ist aber, dass der SSS nicht vollkommen als Ersatz für objektive SES-Indikatoren

dienen kann, zumal die Einflüsse objektiver und subjektiv wahrgenommener Lebensbedingungen auf Gesundheit dann nicht mehr voneinander abzugrenzen wären.

5.1 Messung des SSS im Zuwanderungsland (Deutschland)

In der Gesundheitsforschung und Epidemiologie hat sich die MacArthur Scale of Subjective Social Status international als Standardinstrument zur Messung des SSS etabliert [55, 56]. Das Instrument besteht aus dem Bild einer Leiter mit zehn Sprossen, die als visuelle Analogskala den Aufbau der Gesellschaft repräsentiert. Die Befragten werden gebeten zu markieren, wo sie sich selbst auf dieser sozialen Stufenleiter platzieren würden. Der Text der MacArthur Scale nimmt dabei explizit Bezug auf die klassischen sozioökonomischen Faktoren Bildung, Beruf und Einkommen. Die relative Selbsteinstufung erfolgt in der Regel in Bezug auf die Gesellschaft des Landes, in dem die Befragten leben. Die MacArthur Scale kann also bei Menschen mit und ohne Migrationserfahrung gleichermaßen eingesetzt werden. [Abbildung 1](#) zeigt eine deutsche Version der MacArthur Scale, die in den Studien des RKI die Basis zur Erfassung des SSS in Deutschland bildet und in der Allgemeinbevölkerung bereits auf ihre Konstruktvalidität überprüft wurde [57].

5.2 Messung des hypothetischen SSS im Herkunftsland

In einer US-amerikanischen Studie [69] wurde ein an die MacArthur Scale angelehntes Fragebogeninstrument eingesetzt. Es erfasst die subjektive Einschätzung von

Abbildung 1
Deutsche Version der MacArthur Scale zur Erfassung des subjektiven sozialen Status von Erwachsenen
 Quelle: Hoebel et al. 2015 [57]

Stellen Sie sich bitte eine Leiter mit 10 Sprossen vor, die zeigen soll, wo die Menschen in Deutschland stehen.

Ganz oben stehen die Menschen mit dem meisten Geld, der höchsten Bildung und den besten Jobs. Ganz unten stehen diejenigen mit dem wenigsten Geld, der niedrigsten Bildung und den schlechtesten Jobs oder ohne Job.

Je höher man auf der Leiter steht, desto näher ist man den Personen ganz oben, je niedriger, desto näher den Personen ganz unten.

Wo würden Sie sich auf der Leiter plazieren?

Bitte kreuzen Sie an, auf welcher Sprosse Sie Ihrer Meinung nach in Ihrer aktuellen Lebensphase im Verhältnis zu anderen Menschen in Deutschland stehen.





Abbildung 2
Adaptierte Version der MacArthur Scale zur Erfassung der subjektiven Einschätzung des hypothetischen sozialen Status im Herkunftsland bei Menschen mit Migrationshintergrund
 Quelle: Eigene Darstellung

Nun denken Sie bitte an das Land, aus dem Sie zugezogen sind, also Ihr Herkunftsland. Stellen Sie sich eine Leiter vor, die zeigen soll, wo die Menschen in Ihrem Herkunftsland heute stehen.

Ganz oben stehen die Menschen mit dem meisten Geld, der höchsten Bildung und den besten Jobs. Ganz unten stehen diejenigen mit dem wenigsten Geld, der niedrigsten Bildung und den schlechtesten Jobs oder ohne Job.

Je höher man auf der Leiter steht, desto näher ist man den Personen ganz oben, je niedriger, desto näher den Personen ganz unten.

Wo würden Sie sich auf der Leiter plazieren, wenn Sie noch heute in Ihrem Herkunftsland leben würden?



Menschen mit eigener Migrationserfahrung darüber, wie ihre gesellschaftliche Position in ihrem Herkunftsland heute wäre, wenn sie noch dort leben würden [70]. **Abbildung 2** zeigt die von uns adaptierte deutschsprachige Version des Instruments, wie sie bereits in einer Machbarkeitsstudie des RKI eingesetzt wurde. Während der SSS im Zuwanderungsland in Gesundheitsstudien eigenständig erfasst und als (un-)abhängige Variable verwendet werden kann, erfolgt eine Erfassung des hypothetischen SSS im Herkunftsland bei Migrantinnen und Migranten in der Regel nicht eigenständig, sondern stets gemeinsam mit dem SSS im Zuwanderungsland.

Eine Frage, die durch die Kombination beider Items bearbeitet werden kann, ist zum Beispiel, ob eine Diskrepanz zwischen dem hypothetischen SSS im Herkunftsland und dem SSS im Zuwanderungsland gesundheitliche Folgen hat. In einigen Gruppen von Menschen mit Migrationshintergrund in den USA wurde beobachtet, dass Personen, die ihren Status im Zuwanderungsland niedriger einschätzten als den Status, den sie in ihrem Herkunftsland hypothetisch hätten, durchschnittlich einen schlechteren Gesundheitszustand aufwiesen [70, 71]. Die Vergleichsgruppe bildeten Menschen mit eigener Migrationserfahrung, die keine solche Statusdiskrepanz wahrnahmen. Je nach Herkunftsland fielen diese Zusammenhänge jedoch unterschiedlich aus [70]. Die Mechanismen, die diesen Zusammenhängen zugrunde liegen, sind bisher nur unzureichend geklärt. Vermuten lässt sich aber, dass Wahrnehmungen von sozialer Abwärtsmobilität durch Migration oder kontrafaktisches Denken („Wäre ich nie migriert...“) psychosoziale Stressfaktoren sind, die Einfluss auf die Gesundheit von Migrantinnen und Migranten nehmen.

Die dargestellten Konzepte sollten nicht ausschließlich in migrationsbezogenen Studien, sondern perspektivisch für alle Bevölkerungsgruppen Anwendung finden.

6. Methodischer Ausblick

Für eine nachhaltige Auseinandersetzung mit der Diversität unserer Gesellschaft im Rahmen der epidemiologischen und Public-Health-Forschung sind eine fortwährende Reflexion der verwendeten Konzepte und Kategorien sowie die Vermeidung von auf Fremdzuschreibungen basierenden Generalisierungen von zentraler Bedeutung. Die in diesem Beitrag vorgestellten Konzepte stellen eine inhaltliche Weiterentwicklung des Gesundheitsmonitorings am RKI um einige migrationssensible Komponenten dar. Durch die Auseinandersetzung mit unterschiedlichen migrationssensiblen Konzepten und entsprechenden Erhebungsinstrumenten soll eine Grundlage geschaffen werden, um in zukünftigen Datenerhebungen und Analysen der Heterogenität und Diversität der in Deutschland lebenden Menschen besser gerecht werden zu können. Wenn auch die Vielzahl der migrationsbezogenen Fragen die Wahrscheinlichkeit der Non-Response erhöht und damit unverwertbare Daten generiert werden können, ermöglicht sie einen detaillierteren Einblick in die Migrationsgeschichte (zum Beispiel über die Aufenthaltsdauer, den Aufenthaltsstatus oder die Migrationsmotive). Auf diese Weise können die damit einhergehenden Effekte auf die gesundheitliche Lage weit über den Indikator des Migrationshintergrunds (ja, nein) beziehungsweise der Migrationsgeneration hinaus besser verstanden werden. Faktoren wie die subjektive Wahrnehmung der eigenen Zugehörigkeit und Diskriminierung, die Religionszugehörigkeit sowie der subjektive Sozialstatus können ebenfalls wichtige Erklärungsfaktoren für gesundheitliche Ungleichheiten bei Menschen mit, aber auch ohne Migrationsgeschichte sein. Diese Faktoren

können bei einer Erhebung im Rahmen der Gesundheits-surveys auch im Hinblick auf mögliche Wechselwirkungen und Korrelationen besser beschrieben werden, wie etwa der Zusammenhang zwischen dem subjektiven Sozialstatus und Diskriminierung oder dem Zugehörigkeitsgefühl. Die erarbeiteten Konzepte sollen perspektivisch die Grundlage bilden, gesundheitliche Ressourcen und Belastungen sowie Bedürfnisse und Bedarfe unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen differenzierter abbilden zu können. Damit könnten die Daten der Gesundheitssurveys des RKI zukünftig zur Diskussion um gesundheitliche Chancengleichheit und soziale Teilhabe sowie Diskriminierung beitragen. Eine Verbesserung der Datengrundlage unter Anwendung der vorgestellten Konzepte kann hier ihren Beitrag leisten, indem differenzierte Analysen zur Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund durchgeführt und die Ergebnisse verantwortungsvoll in die Wissenschaft, Politik und die breite Öffentlichkeit kommuniziert werden. Einzelne Konzepte sollten aus unserer Sicht nicht ausschließlich für Menschen mit Migrationshintergrund Einsatz finden, sondern perspektivisch für alle Bevölkerungsgruppen angewendet werden. Schließlich beeinflusst ein Teil der diskutierten Konzepte – etwa Diskriminierung oder Religion – die gesundheitliche Lage aller in Deutschland lebenden Menschen.

Beim Einsatz der Konzepte im Rahmen eines möglichst migrationssensiblen Gesundheitsmonitorings am RKI und in der Public-Health-Forschung im Allgemeinen sind aus unserer Sicht einige methodische Aspekte zu beachten, die an dieser Stelle aufgeführt werden. So gilt es, die Rahmenbedingungen und die eingesetzten Fragebogeninstrumente entsprechend zu gestalten, was neue Wege der

Erreichbarkeit, diskriminierungsfreie Settings sowie die Barrierefreiheit der Befragung in unterschiedlichen Sprachen einschließt [35]. Der Einsatz mehrsprachiger Fragebögen erfordert eine methodische Auseinandersetzung mit den Spezifika der Fragebogenübersetzung. Statt einer wortgetreuen Übersetzung wird in der Regel eine idiomatische, also sinngemäße Übersetzung benötigt, welche die Inhalte der Konzepte in der jeweiligen Sprache verständlich macht. Im Rahmen des IMIRA-Projekts wurde dazu eine Standard Operation Procedure (SOP) erstellt, welche unter anderem den Team-Ansatz (team approach oder committee approach) als wichtiges Element der idiomatischen Fragebogenübersetzung berücksichtigt. Dieser sieht vor, mehrere muttersprachliche Personen unterschiedlicher Qualifikation am Übersetzungsprozess zu beteiligen, um in der Bedeutung ungenaue Übersetzungen und einen zu persönlichen Übersetzungsstil zu vermeiden [72]. Schließlich sollten die entwickelten Instrumente stets in den entsprechenden Übersetzungen vorab auf ihre Gütekriterien – etwa mit Blick auf die Validität – getestet werden. Mithilfe von kognitiven Pretests mit Teilnehmenden aller relevanten Sprachgruppen einschließlich des Deutschen können entsprechende Anpassungsbedarfe ermittelt werden.

Doch nicht nur in Bezug auf die Übersetzungen, sondern auch während des gesamten Forschungsprozesses wäre für ein bestmögliches Forschungssetting die Partizipation der Menschen mit Migrationshintergrund sowie von rassistischer Diskriminierung betroffener Menschen, die oftmals nicht mit der Kategorie des Migrationshintergrundes erfasst werden, von essenzieller Bedeutung. Dies gilt sowohl für die Entwicklung und Etablierung der migrationssensiblen Konzepte, aber auch für die Anwendung,

Auswertung und Kommunikation der Ergebnisse. Weiterhin sollte auch auf diskriminierungsfreie Rahmenbedingungen während der Durchführung der Interviews geachtet werden, so etwa durch Förderung der interkulturellen und kommunikativen Kompetenzen durch Schulungen der Interviewenden [35].

Zukünftig sollten über die hier vorgestellten Konzepte hinaus weitere Aspekte Berücksichtigung finden, in etwa mit Blick auf soziale Ressourcen und Bewältigungsstrategien, Vigilanz, Resilienz oder Selbstwirksamkeit. Diese Ansätze sind Teil einer notwendigen kompetenz- und ressourcenorientierten Perspektive, die im häufig eher defizitär geprägten Diskurs um Gesundheit und Migration gestärkt werden sollte.

Die Adressierung der Diversität der Bevölkerung im Rahmen epidemiologischer Analysen bedarf einiger neuer Ansätze. So sollte nach Möglichkeit die intersektionale Perspektive auch im Feld der Epidemiologie zur Anwendung kommen – soziale Kategorien sollten nicht isoliert voneinander betrachtet werden, sondern in ihren Wechselwirkungen. Daher ist eine Diskussion um die Anwendung und Zusammenführung unterschiedlicher analytischer Ansätze in der quantitativen Gesundheitsforschung wichtig [73]. So können die Analysen den unterschiedlichen gesundheitlichen Lagen der gesamten Bevölkerung besser entsprechen.

Korrespondenzadresse

Maria Schumann

Robert Koch-Institut

Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring

General-Pape-Str. 62–66

12101 Berlin

E-Mail: SchumannM@rki.de

Zitierweise

Schumann S, Kajikhina K, Polizzi A, Sarma N, Hoebel J et al. (2019)
Konzepte für ein migrationssensibles Gesundheitsmonitoring.
Journal of Health Monitoring 4(3): 51–68.
DOI 10.25646/6071

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

Datenschutz und Ethik

Alle Studien des Robert Koch-Instituts unterliegen der strikten Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG). Die kognitiven Pretests wurden durch das Markt- und Sozialforschungsinstitut USUMA in Berlin durchgeführt. USUMA führt die Befragungen strikt nach den Bestimmungen der DIN ISO 20252 „Markt- und Sozialforschungsdienstleistungen“, den vereinbarten Richtlinien des Arbeitskreises Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute e. V. (ADM) sowie dem internationalen Kodex der International Chamber of Commerce (ICC) und der European Society for Opinion and Market Research (ESOMAR) für Markt- und Sozialforschung durch.

Insbesondere erfolgen alle Arbeitsschritte in Übereinstimmung mit folgenden Richtlinien:

- ▶ Internationaler Kodex der ICC/ESOMAR für die Markt- und Sozialforschung und die Erklärung für das Gebiet der Bundesrepublik Deutschland zum ICC/ESOMAR sowie zur Datenanalytik („Deutsche Erklärung“),
- ▶ Qualitätsstandards der ISO 20252 (Standards zur Qualitätssicherung in der Markt- und Sozialforschung),
- ▶ Richtlinie zum Umgang mit Adressen in der Markt- und Sozialforschung,

- ▶ Verordnung des Europäischen Parlaments und des Rates zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten und zum freien Datenverkehr (DSGVO).

Ein Ethikvotum wurde nicht benötigt, da im Rahmen der Pretests keine personenbezogenen Daten erhoben wurden. Die Teilnahme an den Studien war freiwillig. Die Teilnehmenden wurden über die Ziele und Inhalte der Studien sowie über den Datenschutz informiert und gaben ihre schriftliche Einwilligung (informed consent).

Förderungshinweis

Das IMIRA-Projekt wird vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert (Förderkennzeichen: ZMVI1-2516FSB408)

Interessenkonflikt

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

Literatur

1. Spallek J, Razum O (2016) Migration und Gesundheit. In: Richter M, Hurrelmann K (Hrsg) Soziologie von Gesundheit und Krankheit. Springer Fachmedien Wiesbaden, Wiesbaden, S. 153-166
2. Statistisches Bundesamt (2018) Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2017. Fachserie 1, Reihe 22. Destatis, Wiesbaden
3. Razum O, Bunte A, Gilsdorf A et al. (2016) Gesundheitsversorgung von Geflüchteten: Zu gesicherten Daten kommen. Dtsch Arztebl International 113(4):130-133
4. Saß AC, Grüne B, Brettschneider AK et al. (2015) Beteiligung von Menschen mit Migrationshintergrund an Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts. Bundesgesundheitsbl 58(6):533-542. <https://edoc.rki.de/handle/176904/2385> (Stand: 12.06.2019)

5. Santos-Hövenner C, Schumann M, Schmich P et al. (2019) Verbesserung der Informationsgrundlagen zur Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund. Projektbeschreibung und erste Erkenntnisse von IMIRA. *Journal of Health Monitoring* 4(1):49-61. <https://edoc.rki.de/handle/176904/5911> (Stand: 12.06.2019)
6. Butler J, Albrecht NJ, Ellsäßer G et al. (2007) Migrationssensible Datenerhebung für die Gesundheitsberichterstattung. *Bundesgesundheitsbl* 50(10):1232-1239
7. Schenk L, Neuhauser H (2005) Methodische Standards für eine migrantensensible Forschung in der Epidemiologie. *Bundesgesundheitsbl* 48:279–286
8. Schenk L, Bau AM, Borde T et al. (2006) Mindestindikatorenansatz zur Erfassung des Migrationsstatus – Empfehlungen für die epidemiologische Praxis. *Bundesgesundheitsbl* 49(9):853-860
9. Ridolfo H, Schoua-Glusberg A (2011) Analyzing Cognitive Interview Data Using the Constant Comparative Method of Analysis to Understand Cross-Cultural Patterns in Survey Data. *Field Methods* 23(4):420-438
10. Redfield R, Linton R, Herskovits MJ (1936) Memorandum for the study of acculturation. *Am Anthropol* 38(1):149-152
11. Häußling R, Oberwittler D, Antweiler C et al. (2016) In: Kopp J, Steinbach A (Hrsg) *Grundbegriffe der Soziologie*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 1-24
12. Henry JP, Cassel JC (1969) Psychosocial factors in essential hypertension recent epidemiologic and animal experimental evidence. *Am J Epidemiol* 90(3):171-200
13. Abraido-Lanza AF, Armbrister AN, Florez KR et al. (2006) Toward a theory-driven model of acculturation in public health research. *Am J Public Health* 96(8):1342-1346
14. Ahluwalia IB, Ford ES, Link M et al. (2007) Acculturation, weight, and weight-related behaviors among Mexican Americans in the United States. *Ethn Dis* 17(4):643-649
15. Brand T, Samkange-Zeeb F, Ellert U et al. (2017) Acculturation and health-related quality of life: results from the German National Cohort migrant feasibility study. *Int J Public Health* 62(5):521-529
16. Carter-Pokras O, Zambrana RE, Yankelovich G et al. (2008) Health status of Mexican-origin persons: do proxy measures of acculturation advance our understanding of health disparities? *J Immigr Minor Health* 10(6):475-488
17. Kim MJ, Lee SJ, Ahn YH et al. (2007) Dietary acculturation and diet quality of hypertensive Korean Americans. *J Adv Nurs* 58(5):436-445
18. Lesser IA, Gasevic D, Lear SA (2014) The association between acculturation and dietary patterns of South Asian immigrants. *PLoS One* 9(2):e88495
19. Morawa E, Erim Y (2014) Acculturation and depressive symptoms among Turkish immigrants in Germany. *Int J Environ Res Public Health* 11(9):9503-9521
20. Sussman NM, Truong N (2011) "Please extinguish all cigarettes": The effects of acculturation and gender on smoking attitudes and smoking prevalence of Chinese and Russian immigrants. *Int J Intercult Relat* 35(2):163-178
21. Fox M, Thayer Z, Wadhwa PD (2017) Assessment of acculturation in minority health research. *Soc Sci Med* 176:123-132
22. Hunt LM, Schneider S, Comer B (2004) Should "acculturation" be a variable in health research? A critical review of research on US Hispanics. *Soc Sci Med* 59(5):973-986
23. Gordon MM (1964) *Assimilation in American Life: The Role of Race, Religion, and National Origins*. Oxford University Press, New York
24. Berry JW (1997) Immigration, Acculturation, and Adaptation. *Appl Psychol* 46(1):5-34
25. Sam DL (2006) Acculturation: Conceptual background and core components. In: Berry JW (Hrsg) *The Cambridge handbook of acculturation psychology*. Cambridge University Press, New York, S. 11-26
26. Thomson MD, Hoffman-Goetz L (2009) Defining and measuring acculturation: a systematic review of public health studies with Hispanic populations in the United States. *Soc Sci Med* 69(7):983-991
27. Schumann M, Bartig S, Bug M et al. (2018) Acculturation in epidemiological research among migrant populations: a systematic review. https://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/display_record.php?RecordID=88234 (Stand: 12.09.2018)
28. Phinney JS (1996) When we talk about American ethnic groups, what do we mean? *Am Psychol* 51(9):918-927

29. Fox M, Thayer Z, Wadhwa PD (2017) Acculturation and health: the moderating role of socio-cultural context. *Am Anthropol* 119(3):405-421
30. Schwartz SJ, Unger JB, Zamboanga BL et al. (2010) Rethinking the concept of acculturation: implications for theory and research. *Am Psychol* 65(4):237-251
31. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) (2019) Aufenthalt in Deutschland. http://www.bamf.de/DE/Willkommen/Aufenthalt/WichtigeInformationen/wichtigeinformationen-node.html;jsessionid=DoD8B-53CD2E825523Do63B31D419E2BE.2_cid294 (Stand: 25.02.2019)
32. Bundesministerium des Innern (Hrsg) (2015) Migrationsbericht des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge im Auftrag der Bundesregierung. Migrationsbericht 2013. BMI, Berlin. http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Migrationsberichte/migrationsbericht-2013.pdf?__blob=publicationFile (Stand: 12.06.2019)
33. Dalgard OS, Dowrick C, Lehtinen V et al. (2006) Negative life events, social support and gender difference in depression: a multinational community survey with data from the ODIN study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 41(6):444-451
34. Kilpeläinen K, Aromaa A and the ECHIM Core Group (2008) European health indicators: development and initial implementation: final report of the ECHIM project. National Public Health Institute, Helsinki. <https://www.uzis.cz/cz/echim/final-report.pdf> (Stand: 12.06.2019)
35. Baumann AL, Egenberger V, Supik L (2018) Erhebung von Antidiskriminierungsdaten in repräsentativen Wiederholungsbefragungen. Bestandsaufnahme und Entwicklungsmöglichkeiten. Antidiskriminierungsstelle des Bundes, Berlin. http://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/Downloads/DE/publikationen/Expertisen/Datenerhebung.pdf?__blob=publicationFile&v=3 (Stand: 12.06.2019)
36. Ahyoud NA, Kwesi J, Bartsch S et al. (2018) Wer nicht gezählt wird, zählt nicht. Antidiskriminierungs- und Gleichstellungsdaten in der Einwanderungsgesellschaft – eine anwendungsorientierte Einführung. Vielfalt entscheidet – Diversity in Leadership, Citizens For Europe, Berlin. https://www.kultur-oeffnet-welten.de/media/material-downloads/antidiskriminierungs-_gleichstellungsdaten_-_einfuehrung.pdf (Stand: 12.06.2019)
37. Supik L (2017) Statistik und Diskriminierung. In: Scherr A, El-Mafaalani A, Yüksel G (Hrsg) *Handbuch Diskriminierung*. Springer Fachmedien Wiesbaden, Wiesbaden, S. 191-207
38. Paradies Y, Ben J, Denson N et al. (2015) Racism as a Determinant of Health: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS ONE* 10(9):1-48
39. Pascoe E, Smart-Richman L (2009) Perceived discrimination and health: a meta-analytic review. *Psychol Bull* 135:531-554
40. Sternthal MJ, Slopen N, Williams DR (2011) Racial Disparities in Health: How Much Does Stress Really Matter? *Du Bois Rev* 8(1):95-113
41. Williams DR, Yu Y, Jackson JS et al. (1997) Racial Differences in Physical and Mental Health: Socioeconomic Status, Stress, and Discrimination. *J Health Psychol* 2(3):335-351
42. Peek ME, Nunez-Smith M, Drum M et al. (2011) Adapting the everyday discrimination scale to medical settings: reliability and validity testing in a sample of African American patients. *Ethn Dis* 21(4):502-509
43. Mehnert A, Höcker A (2011) Religion und körperliche Gesundheit-empirische Befunde und Erklärungsansätze. In: *Gesundheit-Religion-Spiritualität. Konzepte, Befunde und Erklärungsansätze*. Juventa, Weinheim, S. 247-257
44. Chatters LM (2000) Religion and Health: Public Health Research and Practice. *Annu Rev Public Health* 21:335-367
45. Koenig HG (2015) Religion, spirituality, and health: a review and update. *Adv Mind Body Med* 29(3):19-26
46. Koenig HG (2009) Research on Religion, Spirituality, and Mental Health: A Review. *Can J Psychiatry* 54:283-291
47. Traunmüller R (2008) Religion als Ressource sozialen Zusammenhalts? Eine empirische Analyse der religiösen Grundlagen, SOEP papers on Multidisciplinary Panel Data Research. Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, Berlin. https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.90639.de/diw_spo144.pdf (Stand: 12.06.2019)
48. Mielck A (2000) *Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten*. Verlag Hans Huber, Bern
49. Richter M, Hurrelmann K (2009) *Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden

50. Marmot M, Wilkinson RG (2005) Social determinants of health. Oxford University Press, Oxford
51. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2017) Gesundheitliche Ungleichheit in verschiedenen Lebensphasen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Robert Koch-Institut, Berlin.
<https://edoc.rki.de/handle/176904/3266> (Stand: 12.06.2019)
52. Galobardes B, Shaw M, Lawlor DA et al. (2006) Indicators of socioeconomic position. In: Oakes JM, Kaufman JS (Hrsg) *Methods in social epidemiology*. Jossey-Bass, San Francisco, S. 47–85
53. Lampert T, Kroll LE (2009) Die Messung des sozioökonomischen Status in sozialepidemiologischen Studien. In: Richter M, Hurrelmann K (Hrsg) *Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 309–334
54. Lynch J, Kaplan G (2000) Socioeconomic position. In: Berkman LF, Kawachi I (Hrsg) *Social epidemiology*. Oxford University Press, New York, S. 13–35
55. Adler NE, Epel ES, Castellazzo G et al. (2000) Relationship of subjective and objective social status with psychological and physiological functioning: preliminary data in healthy, white women. *Health Psychol* 19(6):586–592
56. Hegar R, Mielck A (2010) „Subjektiver sozialer Status“. Stellenwert für die Untersuchung und Verringerung von gesundheitlicher Ungleichheit. *Präv Gesundheitsf* 5(4):389–400
57. Hoebel J, Müters S, Kuntz B et al. (2015) Messung des subjektiven sozialen Status in der Gesundheitsforschung mit einer deutschen Version der MacArthur Scale. *Bundesgesundheitsbl* 58(7):749–757
58. Zell E, Strickhouser JE, Krizan Z (2018) Subjective social status and health: a meta-analysis of community and society ladders. *Health Psychol* 37(10):979–987
59. Tang KL, Rashid R, Godley J et al. (2016) Association between subjective social status and cardiovascular disease and cardiovascular risk factors: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 6(3):1–14
60. Cundiff JM, Matthews KA (2017) Is subjective social status a unique correlate of physical health? A meta-analysis. *Health Psychol* 36(12):1109–1125
61. Leu J, Yen IH, Gansky SA et al. (2008) The association between subjective social status and mental health among Asian immigrants: investigating the influence of age at immigration. *Soc Sci Med* 66(5):1152–1164
62. Singh-Manoux A, Marmot MG, Adler NE (2005) Does subjective social status predict health and change in health status better than objective status? *Psychosom Med* 67(6):855–861
63. Nobles J, Weintraub MR, Adler NE (2013) Subjective socioeconomic status and health: relationships reconsidered. *Soc Sci Med* 82:58–66
64. Schubert T, Süßenbach P, Schäfer SJ et al. (2016) The effect of subjective social status on depressive thinking: an experimental examination. *Psychiatry Res* 241:22–25
65. Demakakos P, Biddulph JP, de Oliveira C et al. (2018) Subjective social status and mortality: the English Longitudinal Study of Ageing. *Eur J Epidemiol* 33(8):729–739
66. Smith HJ, Pettigrew TF, Pippin GM et al. (2012) Relative deprivation: a theoretical and meta-analytic review. *Pers Soc Psychol Rev* 16(3):203–232
67. McLeod JD (2013) Social stratification and inequality. In: Aneshensel CS, Phelan JC, Bierman A (Hrsg) *Handbook of the sociology of mental health*. Springer, Dordrecht, S. 229–253
68. Hoebel J, Lampert T (2018) Subjective social status and health: multidisciplinary explanations and methodological challenges. *J Health Psychol* (efirst)
69. Alegria M, Takeuchi D, Canino G et al. (2004) Considering context, place and culture: the National Latino and Asian American Study. *Int J Methods Psychiatr Res* 13(4):208–220
70. Alcántara C, Chen CN, Alegría M (2014) Do post-migration perceptions of social mobility matter for Latino immigrant health? *Soc Sci Med* 101:94–106
71. Nicklett EJ, Burgard SA (2009) Downward social mobility and major depressive episodes among Latino and Asian-American immigrants to the United States. *Am J Epidemiol* 170(6):793–801
72. Behr D, Braun M, Dorer B (2015) Messinstrumente in internationalen Studien GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften (GESIS Survey Guidelines), Mannheim
73. Rommel A, Strasser S, Pöge K (2018) Perspectives of LGBTIQ* migrants, refugees and ethnic minorities for the development of a gender-sensitive and intersectional health reporting in Germany. *European Journal of Public Health* 28(Suppl 4):270

Impressum

Journal of Health Monitoring

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion

Susanne Bartig, Johanna Gutsche, Dr. Birte Hintzpeter,
Dr. Franziska Prütz, Dr. Martina Rabenberg, Dr. Alexander Rommel,
Dr. Livia Ryl, Dr. Anke-Christine Saß, Stefanie Seeling,
Martin Thißen, Dr. Thomas Ziese
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
Fachgebiet Gesundheitsberichterstattung
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
Tel.: 030-18 754-3400
E-Mail: healthmonitoring@rki.de
www.rki.de/journalhealthmonitoring

Satz

Gisela Dugnus, Kerstin Möllerke, Alexander Krönke

ISSN 2511-2708

Hinweis

Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die
Meinung des Robert Koch-Instituts wider.



Dieses Werk ist lizenziert unter einer
Creative Commons Namensnennung 4.0
International Lizenz.



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