



Improving Health Monitoring in Migrant Populations

ROBERT KOCH INSTITUT



SUPPLEMENT (05.12.2019)

**Gesundheitsberichterstattung zu  
Menschen mit Migrationshintergrund  
– Auswahl und Definition von  
Kernindikatoren**



# Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	1
Tabellenverzeichnis .....	2
Steckbriefe zu den Kernindikatoren .....	3
1. Hintergrund .....	4
2. Förderung und Stärkung des Gesundheitszustandes.....	5
2.1. Allgemeiner Gesundheitszustand.....	5
2.2. Körperliche Gesundheit.....	8
2.3. Psychische Gesundheit .....	14
2.4. Infektionskrankheiten .....	19
2.5. Mortalität .....	21
3. Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens .....	23
3.1. Ernährungs- und Bewegungsverhalten.....	23
3.2. Substanzkonsum/Suchtverhalten.....	30
4. Förderung von gesundheitsbezogenen Ressourcen und Reduzierung von Risiken.....	33
4.1. Soziale und personale Ressourcen .....	33
4.2. Lebens- und Arbeitsbedingungen .....	35
4.3. Migrationsspezifische, psychosoziale Belastungen .....	36
5. Förderung einer gleichberechtigten Teilhabe an Leistungen des Gesundheitssystems .....	38
5.1. Inanspruchnahme von Präventionsleistungen.....	38
5.2. Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung .....	44
6. Literatur.....	46
7. Anhang.....	50

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: „Allgemeiner Gesundheitszustand“ - Kriterienübersicht zur Auswahl der Kernindikatoren .....	5
Tabelle 2: „Körperliche Gesundheit“ - Kriterienübersicht zur Auswahl der Kernindikatoren .....	8
Tabelle 3: „Psychische Gesundheit“ - Kriterienübersicht zur Auswahl der Kernindikatoren .....	14
Tabelle 4: „Infektionskrankheiten“ - Kriterienübersicht zur Auswahl der Kernindikatoren .....	19
Tabelle 5: „Mortalität“ - Kriterienübersicht zur Auswahl der Kernindikatoren .....	21
Tabelle 6: „Ernährungs- und Bewegungsverhalten“ - Kriterienübersicht zur Auswahl der Kernindikatoren .....	23
Tabelle 7: „Substanzkonsum/Suchtverhalten“ - Kriterienübersicht zur Auswahl der Kernindikatoren ....	30
Tabelle 8: „Soziale und personale Ressourcen“ - Kriterienübersicht zur Auswahl der Kernindikatoren ...	33
Tabelle 9: „Lebens- und Arbeitsbedingungen“ - Kriterienübersicht zur Auswahl der Kernindikatoren .....	35
Tabelle 10: „Migrationsspezifische, psychosoziale Belastungen“ - Kriterienübersicht zur Auswahl der Kernindikatoren .....	36
Tabelle 11: „Inanspruchnahme von Präventionsleistungen“ - Kriterienübersicht zur Auswahl der Kernindikatoren .....	38
Tabelle 12: „Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung“ - Kriterienübersicht zur Auswahl der Kernindikatoren .....	44
Tabelle 13: Übersicht der Themen, Indikatoren und jeweiligen Datenquellen .....	50
Tabelle 14: Übersicht zur nationalen und internationalen Verbreitung der Indikatoren .....	53

## Steckbriefe zu den Kernindikatoren

Steckbrief 1: Subjektive Gesundheit.....	6
Steckbrief 2: Chronische Erkrankung (allgemein) .....	7
Steckbrief 3: Herzerkrankung .....	10
Steckbrief 4: Schlaganfall .....	11
Steckbrief 5: Asthma bronchiale.....	12
Steckbrief 6: Diabetes.....	13
Steckbrief 7: Depressive Erkrankung .....	16
Steckbrief 8: Angststörungen .....	17
Steckbrief 9: Psychische Auffälligkeiten.....	18
Steckbrief 10: Tuberkulose .....	20
Steckbrief 11: Sportliche (In-)Aktivität.....	25
Steckbrief 12: Gemüsekonsum.....	26
Steckbrief 13: Stillen.....	27
Steckbrief 14: Body Mass Index I .....	28
Steckbrief 15: Body Mass Index II.....	29
Steckbrief 16: Tabakkonsum .....	31
Steckbrief 17: Alkoholkonsum .....	32
Steckbrief 18: Soziale Unterstützung .....	34
Steckbrief 19: Diskriminierungserfahrungen .....	37
Steckbrief 20: Impfungen .....	40
Steckbrief 21: Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter .....	41
Steckbrief 22: Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs .....	42
Steckbrief 23: Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen .....	43
Steckbrief 24: Ambulante Versorgung (allgemein) .....	45
Steckbrief 25: Ambulante Versorgung (Pädiatrie, allgemein) .....	45

## 1. Hintergrund

Das Projekt *Improving Health Monitoring in Migrant Populations* (IMIRA, Laufzeit 2016-2019) zielte darauf ab, die Informationsgrundlagen zur Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund zu verbessern. Neben der Erweiterung des Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut stellte der Ausbau der Gesundheitsberichterstattung zu Menschen mit Migrationshintergrund ein weiteres Ziel von IMIRA dar [1, 2].

In dem vorliegenden Supplement zum Artikel *Gesundheitsberichterstattung zu Menschen mit Migrationshintergrund – Auswahl und Definition von (Kern-)Indikatoren*, der im *Journal of Health Monitoring* (2019) erschienen ist [3], wird die Ableitung der Kernindikatoren näher dargestellt. Des Weiteren umfasst das Supplement Steckbriefe zu den Kernindikatoren, die neben der Definition des jeweiligen Indikators sowohl die empfohlenen Datenquellen als auch einen kurzen Abriss zum wissenschaftlichen Hintergrund beinhalten.

Insgesamt sind 66 Indikatoren zur Beschreibung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung in Deutschland unter Berücksichtigung der migrationsbezogenen Vielfalt ausgewählt worden. Diese weisen eine hohe Public-Health-Relevanz, Verständlichkeit sowie Aussagekraft auf. Für die Ableitung der Kernindikatoren stellten zudem die Verfügbarkeit belastbarer Datenquellen und die nationale sowie internationale Verbreitung wesentliche Voraussetzungen dar. Darüber hinaus basierte die finale Auswahl der Kernindikatoren auf einem internen und externen Abstimmungsprozess mit einem interdisziplinär zusammengesetzten Expertengremium. Da in dem Supplement der Schwerpunkt auf der Ableitung der Kernindikatoren liegt, werden nur die für diesen Auswahlprozess relevanten Kriterien - Datenverfügbarkeit, nationale und internationale Verbreitung, Ergebnisse des expertengestützten Abstimmungsprozesses - dargestellt.

Bei der Interpretation der jeweiligen Kriterienübersicht zur Auswahl der Kernindikatoren ist folgende Legende zu berücksichtigen:

### Datenverfügbarkeit

✓ Zur Beschreibung der Indikatoren liegen belastbare Datenquellen vor.

(✓) Die Datenqualität ist entweder aufgrund niedriger Fallzahlen oder einem unzureichenden, migrationsbezogenen Studiendesgin (z.B. Übersetzung der Erhebungsmaterialien, Oversampling) begrenzt.

Die den entsprechenden Indikatoren zugeordneten Datenquellen sind in einer tabellarischen Übersicht (Tabelle 13, Anhang) aufgelistet.

### Nationale und internationale Verbreitung

✓ Der Indikator wird in etablierten Indikatorensystemen sowohl auf nationaler als auch internationaler Ebene jeweils mindestens einmal als Kernindikator definiert.

(✓) Der Indikator ist entweder nur auf nationaler oder nur auf internationaler Ebene als Kernindikator definiert.

Eine Übersicht zur nationalen sowie internationalen Verbreitung der einzelnen Indikatoren kann Tabelle 14 (Anhang) entnommen werden.

### Expertengestützte Abstimmung

✓ Der Indikator wurde im expertengestützten Abstimmungsprozess als hoch relevant bewertet, d.h. mindestens 60% der Bewertungen lagen auf einer 9-stufigen Skala in den obersten Kategorien (7-9).

## 2. Förderung und Stärkung des Gesundheitszustandes

### 2.1. Allgemeiner Gesundheitszustand

Zur Beschreibung des allgemeinen Gesundheitszustandes wurden die „Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes als gut bis sehr gut“ und die „12-Monats-Prävalenz chronischer Erkrankungen im Allgemeinen“ als Kernindikatoren ausgewählt.

Tabelle 1: „Allgemeiner Gesundheitszustand“ - Kriterienübersicht zur Auswahl der Kernindikatoren

Indikator	Datenverfügbarkeit	Verbreitung	Abstimmung
<b>Subjektive Gesundheit</b>			
▶ Selbsteingeschätzter allgemeiner Gesundheitszustand (gut bis sehr gut)	✓	✓	✓
<b>Gesundheitsbedingte Einschränkungen bei alltäglichen Aktivitäten (E)*</b>			
▶ Prävalenz gesundheitlicher Einschränkungen im normalen Alltagsleben (etwas bis stark eingeschränkt)	✓	✓	
<b>Gesundheitsbezogene Lebensqualität</b>			
▶ Kinder/Jugendliche: Gesamtwert des Kidscreen-10-Fragebogens (gute bis sehr gute gesundheitsbezogene Lebensqualität)	✓		
▶ Erwachsene: Gesamtwert des Short-Form-36-Fragebogens (gute bis sehr gute gesundheitsbezogene Lebensqualität)			
<b>Chronische Erkrankung im Allgemeinen</b>			
▶ 12-Monats-Prävalenz chronischer Erkrankungen im Allgemeinen	✓		✓

\* E = nur für Erwachsene relevant

Für die ausgewählten Indikatoren zur Beschreibung des allgemeinen Gesundheitszustandes liegen weitestgehend belastbare Datenquellen vor. Allerdings variiert die nationale und internationale Verbreitung der einzelnen Indikatoren. Während die subjektive Gesundheit sowohl auf nationaler als auch internationaler Ebene als Kernindikator etabliert ist, stellt die Prävalenz chronischer Erkrankungen im Allgemeinen in den internationalen Indikatorensystemen keinen relevanten Indikator dar. Vor dem Hintergrund der unzureichenden Verfügbarkeit belastbarer Daten zur Beschreibung der körperlichen Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund (siehe 2.2.) und dem expertengestützten Abstimmungsprozess wurde die Prävalenz chronischer Erkrankungen im Allgemeinen (ohne weitere Differenzierung nach den einzelnen Krankheitsformen) - neben der Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes - dennoch als Kernindikator ausgewählt.

## Steckbrief 1: Subjektive Gesundheit

### Indikator: selbsteingeschätzter allgemeiner Gesundheitszustand (gut bis sehr gut)

Typ	Kernindikator	
Dimension	Allgemeiner Gesundheitszustand	
Definition	Anteil der Bevölkerung, die ihren allgemeinen Gesundheitszustand als gut oder sehr gut einschätzt	
<b>Datenquellen</b>	Erwachsene Bevölkerung	Kinder und Jugendliche
empfohlene Datenquellen	SOEP	KiGGS
Datentyp	Primärdaten-Selbstangabe	Primärdaten-Selbstangabe
Periodizität	jährlich	5-6 Jahre
Datenhalter	Deutsches Institut für Wirtschafts- forschung	Abteilung Epidemiologie und Ge- sundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts
weitere Datenquellen	DEGS	HBSC Studie

### Wissenschaftlicher Hintergrund

- Der selbsteingeschätzte allgemeine Gesundheitszustand gilt als wesentlicher Prädiktor für funktionale Einschränkungen, chronische Erkrankungen und die Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems.
- Es bestehen nur geringfügige Unterschiede zwischen der Bevölkerung mit und ohne Migrationshintergrund in der subjektiven Gesundheit.
- Allerdings variiert der selbsteingeschätzte allgemeine Gesundheitszustand innerhalb der Bevölkerung mit Migrationshintergrund nach dem Geschlecht, der Altersstruktur und der Migrationsgeneration.
- Der Anteil an Kindern und Jugendlichen, die ihre Gesundheit als gut oder sehr gut einschätzen, liegt unter den Kindern und Jugendlichen mit beidseitigem Migrationshintergrund signifikant niedriger als unter den Gleichaltrigen ohne oder mit einseitigem Migrationshintergrund.

### Referenzen

- Robert Koch-Institut (2015): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin.
- Rommel A, Saß AC, Born S et al. (2015): Die gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund und die Bedeutung des sozioökonomischen Status. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). In: Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 58 (6): 543-552.
- Schenk L, Neuhauser H, Ellert U (2008): Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003-2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. In: Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin.

## Steckbrief 2: Chronische Erkrankung (allgemein)

### Indikator: 12-Monats-Prävalenz chronischer Erkrankungen im Allgemeinen

Typ	Kernindikator	
Dimension	Allgemeiner Gesundheitszustand	
Definition	Anteil der Bevölkerung, die an lang andauernden oder chronischen Erkrankungen leiden	
<b>Datenquellen</b>	Erwachsene Bevölkerung	Kinder und Jugendliche
empfohlene Datenquellen	SOEP	KiGGS
Datentyp	Primärdaten-Selbstangabe	Primärdaten-Selbstangabe
Periodizität	2 Jahre	5-6 Jahre
Datenhalter	Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung	Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts
weitere Datenquellen	DEGS	

### Wissenschaftlicher Hintergrund

- Selbst zugewanderte Personen sind seltener von chronischen Erkrankungen im Allgemeinen betroffen als Personen ohne Migrationshintergrund. Unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Altersstruktur und des sozioökonomischen Status zeigen sich allerdings keine Unterschiede nach dem Migrationshintergrund.
- Im Hinblick auf den Forschungsstand zum Gesundheitsverhalten ist jedoch anzunehmen, dass bei der Prävalenz chronischer Erkrankungen herkunftslandspezifische Unterschiede bestehen.

### Referenzen

- Rommel A, Saß AC, Born S et al. (2015): Die gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund und die Bedeutung des sozioökonomischen Status. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). In: Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 58 (6): 543-552.
- Schenk L, Neuhauser H, Ellert U (2008): Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003-2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. In: Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin.

## 2.2. Körperliche Gesundheit

Im Bereich der körperlichen Gesundheit (nicht-übertragbare Erkrankungen) sind in Anlehnung an die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) benannten „world’s biggest killers“ [4] und unter Berücksichtigung des expertengestützten Abstimmungsprozesses sowie der bislang noch unzureichenden Datenqualität für die Bevölkerung mit Migrationshintergrund die folgenden Kernindikatoren (jeweils als selbstberichtete ärztliche Diagnose) abgeleitet worden: Die „Lebenszeitprävalenz von Herzkrankheiten, einschließlich Herzinsuffizienz und Herzschwäche“ sowie die „Lebenszeitprävalenz eines Schlaganfalls“ zur Abbildung der Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die „Lebenszeitprävalenz von Asthma bronchiale“ für den Bereich der Atemwegserkrankungen und die „Lebenszeitprävalenz von Diabetes“.

**Tabelle 2: „Körperliche Gesundheit“ - Kriterienübersicht zur Auswahl der Kernindikatoren**

Indikator	Datenverfügbarkeit	Verbreitung	Abstimmung
Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Herzerkrankung (E)*			
▶ Lebenszeitprävalenz einer Herzkrankheit, einschließlich Herzinsuffizienz und Herzschwäche (selbstberichtete ärztliche Diagnose)	✓	✓	✓
Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Schlaganfall (E)			
▶ Lebenszeitprävalenz eines Schlaganfalls (selbstberichtete ärztliche Diagnose)	✓	✓	✓
Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Hypertonie (E)			
▶ Lebenszeitprävalenz von Bluthochdruck (selbstberichtete ärztliche Diagnose)	✓	(✓)	
Krebserkrankungen (E)			
▶ Lebenszeitprävalenz einer Krebserkrankung (selbstberichtete ärztliche Diagnose)	(✓)	✓	✓
Atemwegserkrankungen: Asthma bronchiale			
▶ Lebenszeitprävalenz von Asthma bronchiale (selbstberichtete ärztliche Diagnose)	✓	✓	✓
Atemwegserkrankungen: Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)			
▶ Lebenszeitprävalenz einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (selbstberichtete ärztliche Diagnose)		(✓)	
Diabetes mellitus			
▶ Lebenszeitprävalenz von Diabetes (selbstberichtete ärztliche Diagnose)	✓	✓	✓
Allergische Erkrankungen			
▶ Lebenszeitprävalenz mind. einer allergischen Erkrankung (selbstberichtete ärztliche Diagnose)	✓		

## Fortsetzung Tabelle 2: „Körperliche Gesundheit“ - Kriterienübersicht zur Auswahl der Kernindikatoren

Muskel-Skelett-Erkrankungen: Gelenkerkrankung (E)		
▶ Lebenszeitprävalenz einer Gelenkerkrankung (selbstberichtete ärztliche Diagnose)	✓	✓
Unfallverletzung		
▶ Unfallquote	✓	✓

\* E = nur für Erwachsene relevant

Nicht-übertragbare Erkrankungen stellen die weltweit führende Todesursache dar: So sind im Jahr 2016 ca. 71% der weltweiten Todesfälle auf nicht-übertragbare Erkrankungen zurückzuführen. Zwei Drittel (66%) aller Todesfälle infolge nicht-übertragbarer Erkrankungen sind durch die „world's biggest killers“ Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs- und Atemwegserkrankungen sowie Diabetes mellitus bedingt [4, 5].

In Anlehnung an die „main types of NCDs“ der WHO [4, 5] sollte ein Indikatorensystem zur Beschreibung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung, unter Berücksichtigung der migrationsbezogenen Vielfalt, diese Formen der nicht-übertragbaren Erkrankungen beinhalten. Während die Lebenszeitprävalenz einer Herzerkrankung und eines Schlaganfalls (Herz-Kreislauf-Erkrankungen), von Asthma bronchiale (Atemwegserkrankungen) sowie Diabetes die einzelnen Kriterien zur Auswahl der Kernindikatoren erfüllen, ist die Datenqualität zur Beschreibung der Krebsprävalenz für die Bevölkerung mit Migrationshintergrund noch unzureichend. Bisherige Studien konzentrieren sich auf spezifische Regionen in Deutschland und auf einzelne Migrationsgruppen. Die vorliegenden Studien deuten auf eine ähnliche und teilweise sogar niedrigere Gesamtkrebsinzidenz für Aussiedlerinnen und Aussiedler sowie für Menschen mit türkischem Migrationshintergrund im Vergleich zur Bevölkerung ohne Migrationshintergrund hin. In Bezug auf die einzelnen Krebsarten zeigen sich jedoch Unterschiede nach dem Geburtsland und dem Geschlecht. So wurde beispielsweise für Aussiedlerinnen und Aussiedler eine, im Vergleich zur Bevölkerung ohne Migrationshintergrund, höhere Inzidenz für Magenkrebs belegt; für Personen mit türkischem Migrationshintergrund unter anderem ein niedrigeres Hautkrebsrisiko. Bei männlichen Aussiedlern und Männern mit türkischem Migrationshintergrund liegt die Krebsinzidenz der Atemwegssysteme höher als unter den Männern ohne Migrationshintergrund. Demgegenüber zeigt sich bei den Frauen der betrachteten Herkunftsgruppen eine signifikant niedrigere Lungenkrebsinzidenz [6-9].

Im Sozio-oekonomischen Panel (SOEP) wird lediglich die Lebenszeitprävalenz von Krebserkrankungen im Allgemeinen - ohne eine Differenzierung der einzelnen Krebsarten - erfasst. Dies ist vor dem Hintergrund der herkunftsland- und geschlechtsspezifischen Unterschiede in den einzelnen Krebsarten unzureichend. In der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS) werden zwar einzelne Krebserkrankungen erhoben, jedoch ist die Stichprobengröße für eine migrationsbezogene Berichterstattung zu niedrig. Die Daten des Krebsregisters können aufgrund der unzulänglichen Erhebung des Migrationshintergrundes nicht herangezogen werden. Angesichts der niedrigen Datenqualität wurde die Krebsprävalenz - trotz der hohen Bedeutung - nicht als Kernindikator ausgewählt.

### Steckbrief 3: Herzerkrankung

**Indikator: Lebenszeitprävalenz einer Herzkrankheit, einschließlich Herzinsuffizienz und Herzschwäche**  
(Herz-Kreislauf-Erkrankungen) (E)

Typ	Kernindikator
Dimension	Körperliche Gesundheit (nicht-übertragbare Erkrankungen)
Definition	Anteil der erwachsenen Bevölkerung mit einer selbstberichteten, jemals ärztlich diagnostizierten Herzkrankheit (einschließlich Herzinsuffizienz, Herzschwäche)
<b>Datenquellen</b>	Erwachsene Bevölkerung
empfohlene Datenquellen	SOEP
Datentyp	Primärdaten-Selbstangabe
Periodizität	2 Jahre
Datenhalter	Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung
weitere Datenquellen	DEGS

#### Wissenschaftlicher Hintergrund

- Neben Krebserkrankungen, Erkrankungen des Atemwegssystems (COPD, Asthma) und Diabetes stellen Herz-Kreislauf-Erkrankungen eine der häufigsten Morbiditäts- und Mortalitätsursachen von nicht-übertragbaren Erkrankungen dar.
- Bislang liegen keine Veröffentlichungen vor, die die Prävalenz von Herz-Kreislauf-Erkrankungen anhand bundesweiter und repräsentativer Daten nach dem Migrationshintergrund beschreiben.
- Aufgrund der Unterschiede in den verhaltensbezogenen Risikofaktoren (Alkohol- und Tabakkonsum, Ernährungsverhalten, körperliche und sportliche Aktivität) nach soziodemographischen (Geschlecht, Alter, sozioökonomischer Status) und migrationsbezogenen Merkmalen (Geburtsland, Migrationsgeneration) ist anzunehmen, dass die Lebenszeitprävalenzen einer Herzerkrankung innerhalb der Migrationsbevölkerung variieren.
- Eine Studie zur Mortalität infolge von Herz-Kreislauf-Erkrankungen zeigt eine - im Vergleich zur Bevölkerung ohne Migrationshintergrund - niedrigere Mortalitätsrate von Aussiedlerinnen und Aussiedlern der ehemaligen Sowjetunion in Nordrhein-Westfalen.

#### Referenzen

- World Health Organization (2018): Noncommunicable diseases country profiles. WHO, Geneva.
- World Health Organization (2013): Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. WHO, Geneva.
- Ronellenfitch U, Kyobutungi C, Becher H et al. (2006): All-cause and Cardiovascular mortality among ethnic German immigrants from the Former Soviet Union: a cohort study. In: BMC Public Health 6:16.

## Steckbrief 4: Schlaganfall

### Indikator: Lebenszeitprävalenz eines Schlaganfalls (Herz-Kreislauf-Erkrankungen) (E)

Typ	Kernindikator
Dimension	Körperliche Gesundheit (nicht-übertragbare Erkrankungen)
Definition	Anteil der erwachsenen Bevölkerung mit einem selbstberichteten, jemals ärztlich diagnostizierten Schlaganfall
<b>Datenquellen</b>	Erwachsene Bevölkerung
empfohlene Datenquellen	SOEP
Datentyp	Primärdaten-Selbstangabe
Periodizität	2 Jahre
Datenhalter	Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung
weitere Datenquellen	DEGS

### Wissenschaftlicher Hintergrund

- Neben Krebserkrankungen, Erkrankungen des Atemwegssystems (COPD, Asthma) und Diabetes stellen Herz-Kreislauf-Erkrankungen eine der häufigsten Morbiditäts- und Mortalitätsursachen von nicht-übertragbaren Erkrankungen dar.
- Bislang liegen keine Veröffentlichungen vor, die die Prävalenz eines Schlaganfalls anhand bundesweiter und repräsentativer Daten nach dem Migrationshintergrund beschreiben.
- Aufgrund der Unterschiede in den verhaltensbezogenen Risikofaktoren (Alkohol- und Tabakkonsum, Ernährungsverhalten, körperliche und sportliche Aktivität) nach soziodemographischen (Geschlecht, Alter, sozioökonomischer Status) und migrationsbezogenen Merkmalen (Geburtsland, Migrationsgeneration) ist anzunehmen, dass die Lebenszeitprävalenzen eines Schlaganfalls innerhalb der Migrationsbevölkerung variieren.

### Referenzen

- World Health Organization (2018): Noncommunicable diseases country profiles. WHO, Geneva.
- World Health Organization (2013): Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. WHO, Geneva.

## Steckbrief 5: Asthma bronchiale

### Indikator: Lebenszeitprävalenz von Asthma bronchiale (Atemwegserkrankung)

Typ	Kernindikator	
Dimension	Körperliche Gesundheit (nicht-übertragbare Erkrankungen)	
Definition	Anteil der Bevölkerung mit einer selbstberichteten, jemals ärztlich diagnostizierten Asthma bronchiale	
<b>Datenquellen</b>	Erwachsene Bevölkerung	Kinder und Jugendliche
empfohlene Datenquellen	SOEP	KiGGS
Datentyp	Primärdaten-Selbstangabe	Primärdaten-Selbstangabe
Periodizität	2 Jahre	5-6 Jahre
Datenhalter	Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung	Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts
weitere Datenquellen	DEGS	

### Wissenschaftlicher Hintergrund

- Neben Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen und Diabetes stellen Erkrankungen des Atemwegssystems (COPD, Asthma) eine der häufigsten Morbiditäts- und Mortalitätsursachen von nicht-übertragbaren Erkrankungen dar.
- Bislang liegen keine Veröffentlichungen vor, die die Prävalenz von Asthma bronchiale für die erwachsene Bevölkerung mit Migrationshintergrund anhand bundesweiter und repräsentativer Daten beschreiben.
- Im Hinblick auf die Prävalenz von Asthma bronchiale bei Kindern und Jugendlichen bestehen keine signifikanten Unterschiede nach dem Migrationshintergrund. Die Asthmaprävalenz nimmt allerdings mit zunehmender Aufenthaltsdauer tendenziell zu.

### Referenzen

- World Health Organization (2018): Noncommunicable diseases country profiles. WHO, Geneva.
- World Health Organization (2013): Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. WHO, Geneva.
- Schenk L, Neuhauser H, Ellert U (2008): Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003-2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. In: Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin.

## Steckbrief 6: Diabetes

### Indikator: Lebenszeitprävalenz von Diabetes

Typ	Kernindikator	
Dimension	Körperliche Gesundheit (nicht-übertragbare Erkrankungen)	
Definition	Anteil der Bevölkerung mit einem selbstberichteten, jemals ärztlich diagnostizierten Diabetes mellitus	
<b>Datenquellen</b>	Erwachsene Bevölkerung	Kinder und Jugendliche
empfohlene Datenquellen	SOEP	KiGGS
Datentyp	Primärdaten-Selbstangabe	Primärdaten-Selbstangabe
Periodizität	2 Jahre	5-6 Jahre
Datenhalter	Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung	Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts
weitere Datenquellen	DEGS	

### Wissenschaftlicher Hintergrund

- Neben Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen und Erkrankungen des Atemwegssystems (COPD, Asthma) stellt Diabetes eine der häufigsten Morbiditäts- und Mortalitätsursachen von nicht-übertragbaren Erkrankungen dar.
- Für die erwachsene Bevölkerung mit Migrationshintergrund zeigen sich zum Teil widersprüchliche Ergebnisse in der Diabetesprävalenz.
- Bei Kindern und Jugendlichen bestehen keine migrationspezifischen Unterschiede in der Diabetesprävalenz.
- Aufgrund der Unterschiede in den verhaltensbezogenen Risikofaktoren (Alkohol- und Tabakkonsum, Ernährungsverhalten, körperliche und sportliche Aktivität) nach soziodemographischen (Geschlecht, Alter, sozioökonomischer Status) und migrationsbezogenen Merkmalen (Geburtsland, Migrationsgeneration) ist anzunehmen, dass die Diabetesprävalenz innerhalb der Migrationsbevölkerung variiert.

### Referenzen

- World Health Organization (2018): Noncommunicable diseases country profiles. WHO, Geneva.
- World Health Organization (2013): Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. WHO, Geneva.
- Icks A, Kulzer B, Razum O (2011): Diabetes bei Migranten. In: diabetesDE (Hrsg.): Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2011. Berlin, S. 148-154.
- Schenk L, Neuhauser H, Ellert U (2008): Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003-2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. In: Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin.

### 2.3. Psychische Gesundheit

Zur Beschreibung der psychischen Gesundheit wird die „Lebenszeitprävalenz einer depressiven Erkrankung (selbstberichtete ärztliche Diagnose)“ als Kernindikator für die erwachsene Bevölkerung mit Migrationshintergrund empfohlen; für Kinder und Jugendliche sollte die „Prävalenz psychischer Auffälligkeiten in den letzten 6 Monaten“ herangezogen werden. Zudem wurde die „Lebenszeitprävalenz von Angststörungen (selbstberichtete ärztliche/psychotherapeutische Diagnose)“ als Kernindikator im Bereich der psychischen Gesundheit definiert.

**Tabelle 3: „Psychische Gesundheit“ - Kriterienübersicht zur Auswahl der Kernindikatoren**

Indikator	Datenverfügbarkeit	Verbreitung	Abstimmung
<b>Depressive Erkrankung (E)*</b>			
▶ Lebenszeitprävalenz einer depressiven Erkrankung (selbstberichtete ärztliche Diagnose)	✓	✓	✓
<b>Angststörungen</b>			
▶ Lebenszeitprävalenz einer Angststörung (selbstberichtete ärztliche/psychotherapeutische Diagnose)	(✓)		✓
<b>Posttraumatische Belastungsstörungen</b>			
▶ Lebenszeitprävalenz einer posttraumatischen Belastungsstörung			✓
<b>Demenzerkrankungen (E)</b>			
▶ Prävalenz einer Demenzerkrankung		(✓)	
<b>Psychische Auffälligkeiten (K)*</b>			
▶ Prävalenz psychischer Auffälligkeiten in den letzten sechs Monaten (Gesamtwert des Stärken-und-Schwächen-Fragebogens)	✓		✓
<b>Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS) (K)</b>			
▶ Lebenszeitprävalenz einer selbstberichteten ärztlichen ADHS-Diagnose	✓		

\* E = nur für Erwachsene relevant, K = nur für Kinder und Jugendliche relevant

„Psychische und körperliche Gesundheit sind gleichermaßen wichtig für das Wohlbefinden und Voraussetzung für hohe Lebensqualität und Leistungsfähigkeit“ [10]. Menschen mit Migrationshintergrund können jedoch spezifischen psychosozialen Anforderungen ausgesetzt sein, die in Kombination mit einer sozialen Benachteiligung zu einer mehrfachen Belastung führen. So können neben ungünstigen Wohn- und Arbeitsbedingungen sowie einer unzureichenden finanziellen Absicherung migrationspezifische Faktoren wie Unsicherheiten bezüglich der aufenthaltsrechtlichen Situation, Diskriminierungserfahrungen und traumatisierende Erlebnisse, die im Zusammenhang mit dem Migrationsprozess selbst stehen (Flucht, Folter, Verfolgung, Gewalt), die psychische Gesundheit beeinflussen [11-16]. Neben den migrationspezifischen Belastungen weisen Menschen mit Migrationshintergrund jedoch besondere psychosoziale Ressourcen auf, die einen wesentlichen Einfluss auf die Stressbewältigung und das psychische Wohlbefinden ausüben können [13, 17].

Aufgrund der hohen Bedeutung der psychischen Gesundheit sind - trotz der niedrigen internationalen Verbreitung - mehrere Kernindikatoren in diesem Bereich ausgewählt worden. Bislang liegen allerdings kaum epidemiologische Studien vor, die repräsentative Aussagen über die psychische Gesundheit für die in Deutschland lebende Bevölkerung mit Migrationshintergrund erlauben [14]. Insbesondere zur Beschreibung posttraumatischer Belastungsstörungen und Demenzerkrankungen stehen keine zuverlässigen Daten zur Verfügung.

Infolge des expertengestützten Abstimmungsprozesses wurden neben der Lebenszeitprävalenz depressiver Erkrankungen, welche die Kriterien zur Kernindikatorenauswahl vollständig erfüllt, zudem die Lebenszeitprävalenz von Angststörungen sowie die Prävalenz psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen - trotz der mangelnden internationalen Anwendung - als Kernindikatoren definiert. Allerdings gilt es zu berücksichtigen, dass die zur Beschreibung der Angststörungen empfohlenen Datenquellen sehr niedrige Fallzahlen aufweisen und keine Differenzierungen nach soziodemographischen sowie migrationsbezogenen Merkmalen ermöglichen.

## Steckbrief 7: Depressive Erkrankung

### Indikator: Lebenszeitprävalenz einer depressive Erkrankung (E)

Typ	Kernindikator
Dimension	Psychische Gesundheit
Definition	Anteil der erwachsenen Bevölkerung mit einer selbstberichteten, jemals ärztlich diagnostizierten depressiven Erkrankung
<b>Datenquellen</b>	Erwachsene Bevölkerung
empfohlene Datenquellen	SOEP
Datentyp	Primärdaten-Selbstangabe
Periodizität	4 Jahre
Datenhalter	Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung
weitere Datenquellen	DEGS

### Wissenschaftlicher Hintergrund

- Die erwachsene Bevölkerung mit Migrationshintergrund ist tendenziell häufiger von einer depressiven Symptomatik betroffen als die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. Diese Unterschiede lösen sich unter Berücksichtigung der Unterschiede in der Altersstruktur und im sozioökonomischen Status jedoch teilweise auf.
- Die Prävalenz einer depressiven Erkrankung variiert innerhalb der Migrationsbevölkerung unter anderem nach dem Geschlecht.

### Referenzen

- Schouler-Ocak M, Aichberger MC, Penka S et al. (2015): Psychische Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 58(6):527-532.
- Rommel A, Saß AC, Born S et al. (2015): Die gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund und die Bedeutung des sozioökonomischen Status. Erste Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS 1). In: Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 58(6):543-552.
- Bermejo I, Mayninger E, Kriston L et al. (2010): Psychische Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur deutschen Allgemeinbevölkerung. In: Psychiatrische Praxis 37 (5): 225-232.
- Glaesmer H, Wittig U, Brähler E et al. (2009): Sind Migranten häufiger von psychischen Störungen betroffen? In: Psychiatrische Praxis 36 (1): 16-22.

## Steckbrief 8: Angststörungen

### Indikator: Lebenszeitprävalenz einer Angststörung

Typ	Kernindikator	
Dimension	Psychische Gesundheit	
Definition	Anteil der Bevölkerung mit einer selbstberichteten, jemals ärztlich oder psychotherapeutisch diagnostizierten Angststörung	
<b>Datenquellen</b>	Erwachsene Bevölkerung	Jugendliche ab 18 Jahren
empfohlene Datenquellen	DEGS	KiGGS
Datentyp	Primärdaten-Selbstangabe	Primärdaten-Selbstangabe
Periodizität	8-10 Jahre	5-6 Jahre
Datenhalter	Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts	Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts

### Wissenschaftlicher Hintergrund

- Bislang liegen nur begrenzt bundesweite und repräsentative Ergebnisse zu Angststörungen in der Bevölkerung mit Migrationshintergrund vor.
- Für die erwachsene Bevölkerung zeigen sich tendenziell keine signifikanten Unterschiede in den Prävalenzen von Angststörungen nach dem Migrationshintergrund.

### Referenzen

- Schouler-Ocak M, Aichberger MC, Penka S et al. (2015): Psychische Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 58(6):527-532.
- Bermejo I, Mayninger E, Kriston L et al. (2010): Psychische Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur deutschen Allgemeinbevölkerung. In: Psychiatrische Praxis 37 (5): 225-232.
- Glaesmer H, Wittig U, Brähler E et al. (2009): Sind Migranten häufiger von psychischen Störungen betroffen? In: Psychiatrische Praxis 36 (1): 16-22.

## Steckbrief 9: Psychische Auffälligkeiten

### Indikator: Prävalenz psychischer Auffälligkeiten in den letzten 6 Monaten (K)

Typ	Kernindikator
Dimension	Psychische Gesundheit
Definition	Anteil der 3- bis 17-Jährigen, die nach dem Stärken-und-Schwächen-Fragebogen in den letzten 6 Monaten als psychisch auffällig einzustufen sind

### Datenquellen

Kinder und Jugendliche

empfohlene Datenquellen	KiGGS
Datentyp	Primärdaten-Selbstangabe
Periodizität	5-6 Jahre
Datenhalter	Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts

### Wissenschaftlicher Hintergrund

- Im Hinblick auf das psychische Wohlbefinden zeigen sich für Kinder und Jugendliche keine signifikanten Unterschiede nach dem Migrationshintergrund.
- Die Prävalenz psychischer Auffälligkeiten ist bei Kindern und Jugendlichen mit beidseitigem Migrationshintergrund marginal höher als bei Gleichaltrigen ohne oder mit einseitigem Migrationshintergrund.

### Referenzen

- Woerner W, Becker A, Rothenberger A (2004): Normative data and scale properties of the German parent SDQ. *European Child and Adolescent Psychiatry, Supplement 13 (2):* 11/3-1110.
- Brettschneider AK, Hölling H, Schlack R et al. (2015): Psychische Gesundheit von Jugendlichen in Deutschland. Ein Vergleich nach Migrationshintergrund und Herkunftsland. In: *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 58 (4/5):474-489.
- Santos-Hövenner C, Kuntz B, Frank L et al. (2019): Zur gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in Deutschland. *Ergebnisse aus KiGGS Welle 2. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 62(10): 1253-1262.
- Schenk L, Neuhauser H, Ellert U (2008): Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003-2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. In: *Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. RKI, Berlin.

## 2.4. Infektionskrankheiten

Angesichts der Datenverfügbarkeit, den etablierten Indikatorensystemen und dem interdisziplinären Abstimmungsprozess lässt sich als Kernindikator im Bereich der Infektionskrankheiten der „Anteil der Tuberkulose-Fälle mit nicht deutschem Geburtsland an den Tuberkulose-Fällen insgesamt“ ableiten.

**Tabelle 4: „Infektionskrankheiten“ - Kriterienübersicht zur Auswahl der Kernindikatoren**

Indikator	Datenverfügbarkeit	Verbreitung	Abstimmung
<b>Tuberkulose</b>			
▶ Tuberkulose-Fälle mit nicht deutschem Geburtsland an den Tuberkulose-Fällen insgesamt	(✓)	✓	✓
<b>HIV/AIDS (E)*</b>			
▶ HIV-Neudiagnosen mit nicht deutscher Herkunft an den HIV-Neudiagnosen insgesamt	(✓)	✓	
<b>Hepatitis A</b>			
▶ Hepatitis-A-Fälle mit Migrationshintergrund an den Hepatitis-A-Fällen insgesamt	(✓)	✓	
<b>Syphilis (E)</b>			
▶ Syphilis-Fälle mit nicht deutschem Herkunftsland an den Syphilis-Fällen insgesamt	(✓)	✓	
<b>Impfpräventable Kinderkrankheiten (K)*</b>			
▶ Lebenszeitprävalenz impfpräventabler Kinderkrankheiten (Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten)	✓	✓	

\* E = nur für Erwachsene relevant, K = nur für Kinder und Jugendliche relevant

Infektionskrankheiten stellen insbesondere in Ländern mit einem niedrigen Lebensstandard eine der wesentlichen Ursachen für Morbidität und Mortalität dar. Neben der höheren Prävalenz bestimmter Infektionserkrankungen in einigen Herkunftsländern können sowohl der Migrationsprozess an sich als auch Bedingungen im Zielland (Unterbringung in Gemeinschaftsunterkünften) das Risiko für eine Infektionserkrankung erhöhen [18, 19]. Es liegen allerdings nur für eine begrenzte Anzahl meldepflichtiger Erkrankungen nach dem Infektionsschutzgesetz hinreichende Informationen zum Migrationshintergrund vor [19, 20].

Ein Vergleich der nationalen und internationalen Indikatorensysteme zeigt die Vielfalt empfohlener Indikatoren im Bereich der Infektionserkrankungen auf. Demnach stellte bei der finalen Auswahl der Kernindikatoren der interne und externe Abstimmungsprozess mit dem interdisziplinär zusammengesetzten Expertengremium einen wesentlichen Bestandteil dar. Im Rahmen des expertengestützten Abstimm-

mungsprozesses wurden ausschließlich die „Tuberkulose-Fälle mit nicht deutschem Geburtsland an den Tuberkulose-Fällen insgesamt“ als hoch relevant bewertet.

## Steckbrief 10: Tuberkulose

### Indikator: Tuberkulose-Fälle

Typ	Kernindikator	
Dimension	Infektionserkrankungen	
Definition	Anteil der gemeldeten Tuberkulose-Fälle mit nicht deutschem Geburtsland an den Tuberkulose-Fällen insgesamt	
<b>Datenquellen</b>	Erwachsene Bevölkerung	Kinder und Jugendliche
empfohlene Datenquellen	IfSG-Melddaten / Statistik der meldepflichtigen Krankheiten	
Datentyp	Sekundärdaten	
Periodizität	jährlich	
Datenhalter	Abteilung Infektionsepidemiologie des Robert Koch-Instituts	

### Wissenschaftlicher Hintergrund

- Die Tuberkulose-Inzidenz liegt bei Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit 18-mal höher als bei Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit (40,6 versus 2,2 pro 100.000 Einwohner).
- Fast drei Viertel der registrierten Erkrankungsfälle sind Personen, die in einem anderen Land als Deutschland geboren sind. Dabei stellen Eritrea, Somalia, Rumänien, Afghanistan sowie die Türkei die am häufigsten übermittelten Geburtsländer (ohne Deutschland) dar.
- Neben der Staatsangehörigkeit und dem Geburtsland zeigen sich geschlechts- und altersspezifische Unterschiede in der Tuberkulose-Inzidenz.

### Referenzen

- Robert Koch-Institut (2018): Bericht zur Epidemiologie der Tuberkulose in Deutschland für 2017. RKI, Berlin.
- Kühne A, Fiebig L, Jansen K et al. (2015): Migrationshintergrund in der infektionsepidemiologischen Surveillance in Deutschland. Analysen am Beispiel Tuberkulose, HIV und Syphilis. In: Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 58 (6): 560-568.
- Razum O, Zeeb H, Meesmann U et al. (2008): Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin.

## 2.5. Mortalität

Vor dem Hintergrund der unzureichenden Datengrundlage zur Abbildung der Mortalitätsindikatoren und den Ergebnissen des expertengestützten Abstimmungsprozesses sind keine Kernindikatoren ausgewählt worden.

Tabelle 5: „Mortalität“ - Kriterienübersicht zur Auswahl der Kernindikatoren

Indikator	Datenverfügbarkeit	Verbreitung	Abstimmung
<b>Lebenserwartung</b>			
▶ Mittlere Lebenserwartung bei Geburt in Jahren (deutsche vs. nicht deutsche Staatsangehörigkeit)	(✓)	✓	
<b>Sterberate</b>			
▶ Standardisierte Mortalitätsrate (deutsche vs. nicht deutsche Staatsangehörigkeit)	(✓)	✓	
<b>Säuglingssterblichkeit (K)*</b>			
▶ Säuglingssterblichkeit je 1.000 Lebendgeburten (deutsche vs. nicht deutsche Staatsangehörigkeit)	(✓)	✓	
<b>Todesursachen</b>			
▶ Fünf häufigsten Todesursachen (deutsche vs. nicht deutsche Staatsangehörigkeit)	(✓)	✓	
<b>Suizid</b>			
▶ Sterbefälle durch Suizid (deutsche vs. nicht deutsche Staatsangehörigkeit)	(✓)	✓	

K = nur für Kinder und Jugendliche relevant

Sowohl auf nationaler als auch internationaler Ebene werden eine Vielzahl an Indikatoren zur Beschreibung der Lebenserwartung und Mortalität definiert. Allerdings ist die Datenlage zur Abbildung der Indikatoren für die Bevölkerung mit Migrationshintergrund unzureichend.

Die bisherigen Studien zur Mortalität von Menschen mit Migrationshintergrund sind (mehrheitlich) auf bestimmte Migrationsgruppen und Regionen in Deutschland begrenzt. Insgesamt verweisen die vorliegenden Ergebnisse auf eine niedrigere Gesamtsterblichkeit der Bevölkerung mit Migrationshintergrund im Vergleich zur Bevölkerung ohne Migrationshintergrund [21-23]. Dieses Phänomen wird teilweise auf selektive Auswahlprozesse bei der Zu- sowie Abwanderung und auf Probleme der Datenerfassung zurückgeführt.

Ein Erklärungsansatz für den Mortalitätsvorteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund stellt der „Healthy Migrant Effect“ dar, nach dem vor allem junge und gesunde Menschen migrieren [15, 24, 25]. Mit zunehmender Aufenthaltsdauer steigt jedoch das Risiko neuer Erkrankungen, die aus einer lebens-

stilbedingten Anpassung resultieren (Modell des gesundheitlichen Übergangs) [24, 26]. Zudem führen selektive Remigrationsprozesse zu einer Unterschätzung der Sterbefallzahlen in der amtlichen Statistik („Salmon-Bias-Effect“). Insbesondere Sterbefälle von älteren Menschen mit Migrationshintergrund, die krankheitsbedingt in ihr Geburtsland zurückkehren, werden unzureichend erfasst („Unhealthy-Remigration-Effect“) [20, 27, 28]. Neben den migrationsbezogenen Auswahlprozessen ist demnach anzunehmen, dass Verzerrungen in den Bevölkerungsbestandsdaten – aufgrund der unzureichenden Erfassung der Zu- und Fortzüge - zu einer Unterschätzung der Sterblichkeit der Bevölkerung mit Migrationshintergrund führen [28].

Weitere datenbezogene Herausforderungen bestehen darin, dass in der Bevölkerungs- und Todesursachenstatistik lediglich das Merkmal „Staatsangehörigkeit“ erhoben wird, wodurch einzelne Subpopulationen mit Migrationshintergrund (z.B. eingebürgerte Personen, Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler) nicht bestimmbar sind. Daneben sind die Auswertungsmöglichkeiten aufgrund fehlender Informationen zur sozialen Lage, die empirisch bereits als relevante Einflussgröße gesundheitlicher Ungleichheit belegt wurde [29], deutlich eingeschränkt [30, 31].

Vor dem Hintergrund der begrenzten Aussagekraft der vorliegenden Datenquellen und dem Ergebnis des Abstimmungsprozesses ist kein Kernindikator im Bereich Mortalität ausgewählt worden.

### 3. Förderung eines gesundheitsbewussten Verhaltens

Um das Ernährungs- und Bewegungsverhalten regelmäßig im Rahmen einer migrationsbezogenen Gesundheitsberichterstattung zu beschreiben, wurden die „Prävalenz sportlicher Inaktivität“, der „tägliche Gemüsekonsum“ sowie der „Anteil der Kinder, die entsprechend der WHO-Empfehlung mindestens 6 Monate lang ausschließlich gestillt wurden“ als Kernindikatoren abgeleitet. Daneben sind in diesem Themenbereich die „Prävalenz von Übergewicht“ und die „Adipositasprävalenz“ zu berücksichtigen.

#### 3.1. Ernährungs- und Bewegungsverhalten

Tabelle 6: „Ernährungs- und Bewegungsverhalten“ - Kriterienübersicht zur Auswahl der Kernindikatoren

Indikator	Datenverfügbarkeit	Verbreitung	Abstimmung
<b>Körperliche (In-)Aktivität</b>			
▶ Prävalenz der Einhaltung der Bewegungsempfehlungen der Weltgesundheitsorganisation zur körperlichen Aktivität	(✓)	✓	
<b>Sportliche (In-)Aktivität</b>			
▶ Prävalenz der sportlichen Inaktivität (kein/selten aktiver Sport)	✓	(✓)	✓
<b>Obstkonsum</b>			
▶ Täglicher Obstkonsum	(✓)	✓	
<b>Gemüsekonsum</b>			
▶ Täglicher Gemüsekonsum	(✓)	✓	✓
<b>Stillen (K)*</b>			
▶ Anteil der Kinder, die entsprechend der WHO-Empfehlung mindestens sechs Monate lang ausschließlich gestillt wurden	✓	✓	✓
<b>Konsum zuckerhaltiger Erfrischungsgetränke</b>			
▶ Täglicher Konsum zuckerhaltiger Erfrischungsgetränke	(✓)		
<b>Body Mass Index (BMI)</b>			
▶ Prävalenz von Übergewicht	✓	✓	✓
▶ Adipositasprävalenz			

\* K = nur für Kinder und Jugendliche relevant

Zur Beschreibung des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens von Menschen mit Migrationshintergrund liegen Datenquellen vor, die differenzierte Aussagen nach soziodemographischen und migrationsbezogenen Merkmalen ermöglichen. Neben dem Gemüsekonsum und dem Stillen erfüllen die Prävalenz von Übergewicht sowie die Adipositasprävalenz die Kriterien zur Kernindikatorenauswahl. Wäh-

rend aus der Gegenüberstellung der etablierten Indikatorensysteme die körperliche (In-)Aktivität als Kernindikator hervorgeht, wurde die sportliche (In-)Aktivität im expertengestützten Abstimmungsprozess als hoch relevant bewertet. Aus diesem Grund wird die Prävalenz der sportlichen Inaktivität - statt der körperlichen Aktivität - als Kernindikator zur Beschreibung des Bewegungsverhaltens empfohlen.

## Steckbrief 11: Sportliche (In-)Aktivität

### Indikator: Prävalenz der sportlichen Inaktivität (kein/selten aktiver Sport)

Typ	Kernindikator	
Dimension	Ernährungs- und Bewegungsverhalten	
Definition	Anteil der Personen in der Bevölkerung, die nicht oder nur selten sportlich aktiv sind	
<b>Datenquellen</b>	Erwachsene Bevölkerung	Kinder und Jugendliche
empfohlene Datenquellen	SOEP	KiGGS
Datentyp	Primärdaten-Selbstangabe	Primärdaten-Selbstangabe
Periodizität	2 Jahre	5-6 Jahre
Datenhalter	Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung	Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts
weitere Datenquellen	DEGS	HBSC Studie

### Wissenschaftlicher Hintergrund

- Sport, als spezifische Form der körperlichen Bewegung, wirkt sich positiv auf die physische sowie psychische Gesundheit aus und senkt das Risiko für Herzkrankheiten, Diabetes mellitus, Adipositas usw.
- Selbst zugewanderte Personen (1. Migrationsgeneration) sind seltener sportlich aktiv als die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund und in Deutschland geborene Personen mit Migrationshintergrund (2. Migrationsgeneration).
- Frauen mit Migrationshintergrund, insbesondere selbst zugewanderte Frauen, treiben seltener Sport als Männer mit Migrationshintergrund. Dieser Geschlechtereffekt zeigt sich nicht in der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund.
- Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund sind häufiger sportlich inaktiv als Gleichaltrige ohne Migrationshintergrund. Während bei den Kindern und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund keine Unterschiede nach dem Geschlecht bestehen, liegt der Anteil der sportlich inaktiven Mädchen mit Migrationshintergrund deutlich höher als bei den Jungen mit Migrationshintergrund.

### Referenzen

- Lampert T, Mensink GBM, Romahn N et al. (2007): Körperlich-sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 50 (5/6): 634-642.
- Schenk L, Neuhauser H, Ellert U (2008): Kinder- und Jugendgesundheits survey (KiGGS) 2003-2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. In: Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin.
- Rommel A, Saß AC, Born S et al. (2015): Die gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund und die Bedeutung des sozioökonomischen Status. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). In: Bundesgesundheitsblatt–Gesundheitsforschung–Gesundheitsschutz 58 (6): 543-552.
- Robert Koch-Institut (2015): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin.

## Steckbrief 12: Gemüsekonsum

### Indikator: Täglicher Gemüsekonsum

Typ	Kernindikator	
Dimension	Ernährungs- und Bewegungsverhalten	
Definition	Anteil der Personen in der Bevölkerung, die täglich Gemüse verzehren	
<b>Datenquellen</b>	Erwachsene Bevölkerung	Kinder und Jugendliche
empfohlene Datenquellen	DEGS	KiGGS
Datentyp	Primärdaten	Primärdaten
Periodizität	8-10 Jahre	5-6 Jahre
Datenhalter	Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts	Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts
weitere Datenquellen	/	HBSC

### Wissenschaftlicher Hintergrund

- Ein häufiger Obst- und Gemüsekonsum gilt als Prädiktor für eine gesunde Ernährung. So wirken sich die Vitamin-, Mineral- und Ballaststofflieferanten positiv auf die Gesundheit aus und können chronischen Erkrankungen (Hypertonie, koronare Herzkrankheiten) vorbeugen.
- Bislang liegen nur wenige ernährungsepidemiologische Studien vor, die Aussagen über das Ernährungsverhalten der Bevölkerung mit Migrationshintergrund ermöglichen. Bei den vorliegenden Studien handelt es sich größtenteils um nicht-repräsentative Stichproben, die regional begrenzt und auf einzelne Teilgruppen fokussiert sind.
- Das Ernährungsverhalten wird neben kulturellen sowie religiösen Einflüssen durch migrationsbezogene Merkmale wie der Aufenthaltsdauer und dem Geburtsland geprägt.
- Es wird angenommen, dass die Ernährung von Menschen mit Migrationshintergrund, insbesondere aus mediterranen Ländern, gesünder ist als die der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund.
- Während die erste Migrationsgeneration die ursprünglichen Ernährungsgewohnheiten tendenziell beibehält, deuten die bisherigen Forschungsergebnisse auf eine Annäherung der Ernährungsweisen der zweiten Migrationsgeneration an die der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund hin.

### Referenzen

- Mensink GBM, Schienkiewitz A, Lange C (2017): Gemüsekonsum bei Erwachsenen in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2(2): 52-58.
- Klamt B (2004): Ernährung und Migration. Die Ernährungsgewohnheiten von italienischen, griechischen und türkischen Migrantinnen in Süddeutschland. In: Ernährungs-Umschau 51 (12).
- Winkler G (2003): Ernährungssituation von Migranten in Deutschland – was ist bekannt? Teil 1: Gesundheits- und Ernährungssituation. Ernährungs-Umschau 50(5).
- Winkler G (2003): Ernährungssituation von Migranten in Deutschland – was ist bekannt? Teil 2: Ernährungsverhalten. Ernährungs-Umschau 50(6).
- Schenk L, Neuhauser H, Ellert U (2008): Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003-2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. In: Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin.

## Steckbrief 13: Stillen

### Indikator: WHO-Empfehlung zum Stillen (K)

Typ	Kernindikator
Dimension	Ernährungs- und Bewegungsverhalten
Definition	Anteil der Kinder und Jugendlichen, die entsprechend der WHO-Empfehlung mindestens sechs Monate lang ausschließlich gestillt wurden
<b>Datenquellen</b>	Kinder und Jugendliche
empfohlene Datenquellen	KiGGS
Datentyp	Primärdaten-Selbstangabe
Periodizität	5-6 Jahre
Datenhalter	Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts

### Wissenschaftlicher Hintergrund

- Stillen wirkt sich positiv auf die Gesundheit des Kindes aus: So schützt das Stillen beispielsweise vor Infektionserkrankungen und reduziert langfristig unter anderem das Risiko für Übergewicht sowie Adipositas.
- Kinder mit ein- und beidseitigem Migrationshintergrund werden häufiger gestillt als Kinder ohne Migrationshintergrund.
- Sowohl die Stillquote als auch die Stilldauer variieren in hohem Maße nach dem Geburtsland der stillenden Mütter mit Migrationshintergrund.

### Referenzen

- World Health Organization (2003): Globale Strategie für die Säuglings- und Kleinkinderernährung. WHO, Genf.
- Schenk L, Neuhauser H, Ellert U (2008): Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003-2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. In: Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin.

## Steckbrief 14: Body Mass Index I

### Indikator: Prävalenz von Übergewicht

Typ	Kernindikator	
Dimension	Ernährungs- und Bewegungsverhalten	
Definition	Anteil der Erwachsenen mit einem BMI ab 25 kg/m <sup>2</sup> ; Anteil der Kinder/Jugendlichen mit einem BMI oberhalb des 90. Perzentils der Referenzpopulation	
<b>Datenquellen</b>	Erwachsene Bevölkerung	Kinder und Jugendliche
empfohlene Datenquellen	Mikrozensus	KiGGS
Datentyp	Primärdaten-Selbstangabe	Primärdaten-Selbstangabe
Periodizität	4 Jahre	5-6 Jahre
Datenhalter	Statistisches Bundesamt	Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts
weitere Datenquellen	SOEP, DEGS	HBSC Studie

### Wissenschaftlicher Hintergrund

- Der Body Mass Index (BMI), ein Quotient aus Körpergewicht und Körpergröße (zum Quadrat), ist ein Maß zur Klassifizierung von Unter-, Normal-, Übergewicht sowie Adipositas.
- Personen der 2. Migrationsgeneration sind seltener von Übergewicht betroffen als die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund und die selbst zugewanderte Bevölkerung (1. Migrationsgeneration).
- Neben der Migrationsgeneration bestehen deutliche Unterschiede nach dem Geschlecht: So sind Männer mit Migrationshintergrund häufiger übergewichtig als Frauen mit Migrationshintergrund.
- Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund (ein- und beidseitig) sind häufiger von Übergewicht (einschließlich Adipositas) betroffen als Gleichaltrige ohne Migrationshintergrund.

### Referenzen

- Kromeyer-Hauschild K, Moss A, Wabitsch M (2015): Referenzwerte für den Body-Mass-Index für Kinder, Jugendliche und Erwachsene in Deutschland: Anpassung der AGA-BMI-Referenz im Altersbereich von 15 bis 18 Jahren. *Adipositas* 9 (3): 123-127.
- Koschollek C, Bartig S, Rommel A et al. (2019): Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. *Journal of Health Monitoring* 4(3): 7-29.
- Santos-Hövenner C, Kuntz B, Frank L et al. (2019): Zur gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in Deutschland. *Ergebnisse aus KiGGS Welle 2. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 62(10): 1253-1262.
- Robert Koch-Institut (2015): *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis.* RKI, Berlin.

## Steckbrief 15: Body Mass Index II

### Indikator: Adipositasprävalenz

Typ	Kernindikator	
Dimension	Ernährungs- und Bewegungsverhalten	
Definition	Anteil der Erwachsenen mit einem BMI ab 30 kg/m <sup>2</sup> ; Anteil der Kinder und Jugendlichen mit einem BMI oberhalb des 97. Perzentils der Referenzpopulation	
<b>Datenquellen</b>	Erwachsene Bevölkerung	Kinder und Jugendliche
empfohlene Datenquellen	Mikrozensus	KiGGS
Datentyp	Primärdaten-Selbstangabe	Primärdaten-Selbstangabe
Periodizität	4 Jahre	5-6 Jahre
Datenhalter	Statistisches Bundesamt	Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts
weitere Datenquellen	SOEP, DEGS	HBSC Studie

### Wissenschaftlicher Hintergrund

- Der Body Mass Index (BMI), ein Quotient aus Körpergewicht und Körpergröße (zum Quadrat), ist ein Maß zur Klassifizierung von Unter-, Normal-, Übergewicht sowie Adipositas.
- Insbesondere starkes Übergewicht - Adipositas - ist ein Risikofaktor für Diabetes mellitus Typ 2, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Gelenkbeschwerden und für einzelne Krebserkrankungen.
- Die in Deutschland geborene Bevölkerung mit Migrationshintergrund (2. Migrationsgeneration) ist seltener von Adipositas betroffen als die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund und die selbst zugewanderte Bevölkerung mit Migrationshintergrund (1. Migrationsgeneration).
- Die Adipositasprävalenz variiert nicht nur nach der Migrationsgeneration, sondern auch nach dem Geburtsland.
- Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund (ein- und beidseitig) sind häufiger von Übergewicht (einschließlich Adipositas) betroffen als Gleichaltrige ohne Migrationshintergrund.

### Referenzen

- Kromeyer-Hauschild K, Moss A, Wabitsch M (2015): Referenzwerte für den Body-Mass-Index für Kinder, Jugendliche und Erwachsene in Deutschland: Anpassung der AGA-BMI-Referenz im Altersbereich von 15 bis 18 Jahren. Adipositas 9 (3): 123-127.
- Koschollek C, Bartig S, Rommel A et al. (2019): Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. Journal of Health Monitoring 4(3): 7-29.
- Robert Koch-Institut (2015): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin.

### 3.2. Substanzkonsum/Suchtverhalten

Um den Substanzkonsum/das Suchtverhalten zu beschreiben, werden die „Prävalenz des riskanten Alkoholkonsums“ und die „Prävalenz des aktuellen Rauchens von Tabak (gelegentlich bis täglich/regelmäßig)“ als Kernindikatoren empfohlen.

Tabelle 7: „Substanzkonsum/Suchtverhalten“ - Kriterienübersicht zur Auswahl der Kernindikatoren

Indikator	Datenverfügbarkeit	Verbreitung	Abstimmung
<b>Tabakkonsum</b>			
▶ Prävalenz des aktuellen Rauchens (gelegentlich bis täglich/regelmäßig)	✓	✓	✓
<b>Alkoholkonsum</b>			
▶ Prävalenz des riskanten Alkoholkonsums (Risikokonsum)	✓	✓	✓
▶ Prävalenz des Rauschtrinkens			
<b>Konsum illegaler Drogen</b>			
▶ Lebenszeitprävalenz des Konsums illegaler Drogen (ohne Cannabiskonsum)	(✓)		
<b>Problematisches, pathologisches Glücksspiel (E)*</b>			
▶ Anteil der Personen mit mindestens problematischem Spielverhalten	(✓)		

\* E = nur relevant für Erwachsene

Für den Alkohol- und Tabakkonsum liegen sowohl auf nationaler als auch internationaler Ebene Empfehlungen für Kernindikatoren vor. Darüber hinaus sind zur Abbildung der Indikatoren belastbare Datenquellen für Fragestellungen im Bereich Migration und Gesundheit vorhanden. Im finalen Abstimmungsprozess mit dem interdisziplinär zusammengesetzten Expertengremium wurde der Alkohol- und Tabakkonsum zudem als hoch relevant bewertet. Folglich decken der prozentuale Anteil der Raucher (gelegentlich bis täglich/regelmäßig) sowie die Prävalenz des riskanten Alkoholkonsums jeweils die Kriterien zur Kernindikatorenauswahl ab. Demgegenüber liegen sowohl für den Konsum illegaler Drogen als auch dem problematischen, pathologischen Glücksspiel nur Datenquellen ohne migrationssensibles Studiendesgin vor, womit die Aussagefähigkeit begrenzt ist. Zudem werden die Bereiche weder in den etablierten Indikatorensystemen berücksichtigt noch im expertengestützten Abstimmungsprozess als relevant eingestuft.

## Steckbrief 16: Tabakkonsum

### Indikator: Tabakkonsum (Raucherquote)

Typ	Kernindikator	
Dimension	Substanzkonsum/Suchtverhalten	
Definition	Anteil der aktuellen (täglich/regelmäßig oder gelegentlich) Raucherinnen und Raucher in der Bevölkerung	
<b>Datenquellen</b>	Erwachsene Bevölkerung	Kinder und Jugendliche
empfohlene Datenquellen	Mikrozensus	KiGGS
Datentyp	Primärdaten-Selbstangabe	Primärdaten-Selbstangabe
Periodizität	4 Jahre	5-6 Jahre
Datenhalter	Statistisches Bundesamt	Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts
weitere Datenquellen	SOEP, DEGS	HBSC Studie
Datenquellen ohne migrations-sensibles Feldprogramm	GEDA, Epidemiologischer Suchtsurvey	Drogenaffinitätsstudie

### Wissenschaftlicher Hintergrund

- Rauchen stellt eine der wesentlichen Ursachen vorzeitiger Sterblichkeit dar. Neben Schädigungen des Skelettsystems, Stoffwechsels und Zahnhalteapparates begünstigt der Tabakkonsum Herz-Kreislauf-, Atemwegs- sowie Krebserkrankungen.
- Die Raucherquote liegt unter der in Deutschland geborenen Bevölkerung mit Migrationshintergrund (2. Migrationsgeneration), insbesondere bei den Frauen, höher als in der selbst zugewanderten Bevölkerung (1. Migrationsgeneration) und der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund.
- Insgesamt rauchen Frauen mit Migrationshintergrund seltener als Männer mit Migrationshintergrund.
- Neben der Migrationsgeneration und dem Geschlecht variiert das Rauchverhalten innerhalb der Migrationsbevölkerung nach dem Geburtsland und der Aufenthaltsdauer.
- Jugendliche mit beidseitigem Migrationshintergrund rauchen seltener als Gleichaltrige ohne Migrationshintergrund. Unter den Jugendlichen mit Migrationshintergrund zeigen sich herkunftsland- und geschlechtsbezogene Unterschiede im Rauchverhalten.

### Referenzen

- Lampert T (2010): Soziale Determinanten des Tabakkonsums bei Erwachsenen in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 53 (2/3): 108-116.
- Reiss K, Spallek J, Razum O (2010): 'Imported risk' or 'health transition'? Smoking prevalence among ethnic German immigrants from the Former Soviet Union by duration of stay in Germany – analysis of microcensus data. In: International Journal for Equity in Health (9): 15.
- Schenk L, Neuhauser H, Ellert U (2008): Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003-2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. In: Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin.
- Robert Koch-Institut (2015): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin.

## Steckbrief 17: Alkoholkonsum

### Indikator: Prävalenz des riskanten Alkoholkonsums

Typ	Kernindikator	
Dimension	Substanzkonsum/Suchtverhalten	
Definition	Anteil der Personen in der Bevölkerung mit riskantem Alkoholkonsum (Frauen: über 10-12g pro Tag, Männer: über 20-24g pro Tag)	
<b>Datenquellen</b>	Erwachsene Bevölkerung	Kinder und Jugendliche
empfohlene Datenquellen	SOEP	KiGGS
Datentyp	Primärdaten-Selbstangabe	Primärdaten-Selbstangabe
Periodizität	Unregelmäßig (zuletzt 2016)	5-6 Jahre
Datenhalter	Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung	Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts
weitere Datenquellen	DEGS	
Datenquellen ohne migrations-sensibles Feldprogramm	GEDA, Epidemiologischer Suchtsurvey	Drogenaffinitätsstudie, Alkoholsurvey

### Wissenschaftlicher Hintergrund

- Der übermäßige Alkoholkonsum stellt einen wesentlichen Risikofaktor für Morbidität und Mortalität dar. Neben gesundheitlichen Problemen wie chronischen Erkrankungen, akuten Gewebeschädigungen, Leberzirrhose oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen, kann missbräuchlicher Alkoholkonsum zu Unfällen und verhaltensbezogenen Störungen führen.
- Menschen mit Migrationshintergrund, insbesondere selbst zugewanderte Frauen, konsumieren seltener Alkohol in riskanten Trinkmengen als die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund.
- Innerhalb der Migrationsbevölkerung variiert der riskante Alkoholkonsum nach dem Geschlecht und dem Geburtsland.
- Für Kinder und Jugendliche zeigen sich ähnliche Ergebnisse: So konsumieren insbesondere Mädchen mit beidseitigem Migrationshintergrund seltener Alkohol in riskanten Mengen als Mädchen ohne Migrationshintergrund oder Jungen mit und ohne Migrationshintergrund.
- Bisherige Forschungsergebnisse deuten auf einen - kulturell sowie religiös begründeten - Zusammenhang zwischen dem Konsum von Alkohol und dem Vorliegen eines Migrationshintergrundes in Abhängigkeit des Geburtslandes hin.

### Referenzen

- Bush K, Kivlahan DR, Mc Donnell MB et al. (1998): The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. In: Archives of Internal Medicine 158 (16): 1789-1795.
- Robert Koch-Institut (2014): Alkoholkonsum. Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012“. RKI, Berlin.
- Schenk L, Neuhauser H, Ellert U (2008): Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003-2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. In: Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin.
- Koschollek C, Bartig S, Rommel A et al. (2019): Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. Journal of Health Monitoring 4(3): 7-29.
- Strupf M, Gomes de Matos E, Soellner R et al. (2017): Trinkverhalten von Personen verschiedener Herkunftsregionen in Deutschland: Ein Vergleich mit Personen ohne Migrationshintergrund. In: Suchttherapie 18 (2): 90 – 97.
- Rommel A, Saß AC, Born S et al. (2015): Die gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund und die Bedeutung des sozioökonomischen Status. Erste Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS 1). Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 58(6):543-552.

## 4. Förderung von gesundheitsbezogenen Ressourcen und Reduzierung von Risiken

### 4.1. Soziale und personale Ressourcen

Eine „mittlere bis starke soziale Unterstützung“ stellt eine gesundheitsrelevante Ressource dar, die als Kernindikator im Bereich der sozialen und personalen Ressourcen ausgewählt wurde.

Tabelle 8: „Soziale und personale Ressourcen“ - Kriterienübersicht zur Auswahl der Kernindikatoren

Indikator	Datenverfügbarkeit	Verbreitung	Abstimmung
Health Literacy			
▶ Mindestens ausreichender Gesamtindex beim Erhebungskurzinstrument der europäischen Health-Literacy-Studie (HLS-EU-Q16)			✓
Soziale Unterstützung	(✓)	✓	✓
▶ Soziale Unterstützung (mittlere bis starke)			
Religiosität	✓		
▶ Subjektiv eingeschätzte Religiosität (religiös bis sehr religiös)			

Menschen mit Migrationshintergrund sind im Vergleich zur Bevölkerung ohne Migrationshintergrund einerseits spezifischen Gesundheitsrisiken ausgesetzt, andererseits weisen sie besondere gesundheitsrelevante Ressourcen auf [25, 32]. Letzteres kann – neben der religiös begründeten Ablehnung von Substanzkonsum in Abhängigkeit des Geburtslandes oder der Ernährungsgewohnheiten – beispielsweise einen ausgeprägten sozialen Zusammenhalt innerhalb der Migrationsbevölkerung umfassen.

Die soziale Unterstützung ist der einzige Indikator im Bereich der sozialen sowie personalen Ressourcen für den weitestgehend belastbare Daten vorliegen, der sowohl in den national als auch international etablierten Indikatorensystemen berücksichtigt und im Rahmen des expertengestützten Abstimmungsprozesses als hoch relevant bewertet worden ist.

## Steckbrief 18: Soziale Unterstützung

### Indikator: soziale Unterstützung

Typ	Kernindikator	
Dimension	Soziale und personale Ressourcen	
Definition	Anteil der Bevölkerung mit wahrgenommener sozialer Unterstützung (mittlere bis starke) anhand der Oslo-3-Items-Social Support Scale	
Datenquellen	Erwachsene Bevölkerung	Kinder und Jugendliche
empfohlene Datenquellen	DEGS	KiGGS
Datentyp	Primärdaten-Selbstangabe	Primärdaten-Selbstangabe
Periodizität	8-10 Jahre	5-6 Jahre
Datenhalter	Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts	Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts

### Wissenschaftlicher Hintergrund

- Die wahrgenommene soziale Unterstützung stellt eine wesentliche gesundheitsrelevante Ressource dar, die sowohl die psychische als auch körperliche Gesundheit beeinflussen kann. So leiden Personen mit geringer sozialer Unterstützung häufiger an Depressionen, chronischem Stress und körperlichen Beschwerden.
- Studien belegen, dass die sozialen Ressourcen (Familienmitglieder, Freunde sowie Bekannte) innerhalb der Bevölkerung mit Migrationshintergrund einen wesentlichen Einfluss auf die Stressbewältigung und das psychische Wohlbefinden ausüben können.

### Referenzen

- Dalgard OS, Tambs K (1995): Social support, negative life events and mental health. In: The British Journal of Psychiatry 166 (1): 29-34.
- Borgmann LS, Rattay P, Lampert T (2017): Soziale Unterstützung als Ressource für Gesundheit in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2(4):117-123.
- Kirkcaldy B, Wittig U, Furnham A et al. (2006) Migration und Gesundheit. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 49(9):873-883.
- Singh S, McBride K, Kak V (2015) Role of Social Support in Examining Acculturative Stress and Psychological Distress Among Asian American Immigrants and Three Sub-groups: Results from NLAAS. Journal of Immigrant and Minority Health 17(6):1597-1606.

## 4.2. Lebens- und Arbeitsbedingungen

Bei den Indikatoren zur Beschreibung der Lebens- und Arbeitsbedingungen, die im Zusammenhang mit der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung stehen, wurden keine Kernindikatoren ausgewählt.

Tabelle 9: „Lebens- und Arbeitsbedingungen“ - Kriterienübersicht zur Auswahl der Kernindikatoren

Indikator	Datenverfügbarkeit	Verbreitung	Abstimmung
Arbeitsbelastungen (E)*			
Prävalenz der subjektiv wahrgenommenen Gesundheitsgefährdung durch die Arbeit	(✓)	✓	
Wohnumfeld			
▶ Subjektive Lärmbelästigung durch Straßenverkehr (mittelmäßig bis sehr stark)	✓	(✓)	

\* E = nur relevant für Erwachsene

Während zur Abbildung der subjektiven Lärmbelästigung durch den Straßenverkehr weitestgehend hinlängliche Datenquellen vorhanden sind, liegt zur Prävalenz der subjektiv wahrgenommenen Gesundheitsgefährdung durch die Erwerbsarbeit lediglich eine Datenquelle ohne migrationssensibles Studiendesign vor. Sowohl die Arbeitsbelastungen als auch das Wohnumfeld wurden im Abstimmungsprozess mit dem interdisziplinär zusammengesetzten Expertengremium allerdings mit einer niedrigen Relevanz bewertet.

### 4.3. Migrationspezifische, psychosoziale Belastungen

Um die migrationspezifischen, psychosozialen Belastungen zu beschreiben, wurden „seltene bis häufige Diskriminierungserfahrungen“ als Kernindikator ausgewählt.

Tabelle 10: „Migrationspezifische, psychosoziale Belastungen“ - Kriterienübersicht zur Auswahl der Kernindikatoren

Indikator	Datenverfügbarkeit	Verbreitung	Abstimmung
Diskriminierungserfahrungen			
▶ Diskriminierungserfahrungen (selten bis häufig)	✓		✓
Zugehörigkeits-/Fremdheitsgefühl			
▶ Verbundenheitsgefühl zum Herkunftsland vs. Verbundenheitsgefühl zu Deutschland		✓	

Eine Repräsentativbefragung im Auftrag der Antidiskriminierungsstelle des Bundes zeigte, dass fast ein Viertel der Personen mit Migrationshintergrund in den letzten beiden Jahren aus rassistischen Gründen oder aufgrund der (ethnischen) Herkunft benachteiligt wurde [33]. Auswertungen zum Integrationsbarometer des Sachverständigenrats deutscher Stiftungen für Integration und Migration (SVR) belegen zudem, dass neben der Religionszugehörigkeit insbesondere die Sichtbarkeit des Migrationshintergrundes die erfahrene Benachteiligung beeinflusst [34]. Ferner variiert die subjektiv wahrgenommene Diskriminierung nach dem Herkunftsland: So berichten insbesondere Menschen mit türkischer Herkunft von einer erfahrenen Diskriminierung [34, 35].

Auswertungen mit den Daten des Sozio-oekonomischen Panels bestätigen den Zusammenhang zwischen der wahrgenommenen Benachteiligung und der Gesundheit. So berichten Personen mit Migrationshintergrund, die herkunftsbedingte Diskriminierung erfahren haben, von einer signifikant schlechteren physischen sowie psychischen Gesundheit [12, 35]. Vor dem Hintergrund der Datenverfügbarkeit, des expertengestützten Abstimmungsprozesses und des wesentlichen Einflusses von erfahrener, herkunftsbedingter Benachteiligung auf die gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund wird eine Darstellung der Diskriminierungserfahrungen als Kernindikator empfohlen.

## Steckbrief 19: Diskriminierungserfahrungen

### Indikator: Diskriminierungserfahrungen (selten bis häufig)

Typ	Kernindikator	
Dimension	Migrationspezifische, psychosoziale Belastungen	
Definition	Anteil der Personen in der Bevölkerung, die aufgrund ihrer Herkunft benachteiligt wurden (selten bis häufig)	
<b>Datenquellen</b>	Erwachsene Bevölkerung	Kinder und Jugendliche
empfohlene Datenquellen	SOEP	KiGGS
Datentyp	Primärdaten-Selbstangabe	Primärdaten-Selbstangabe
Periodizität	2 Jahre	5-6 Jahre
Datenhalter	Deutsches Institut für Wirtschafts- forschung	Abteilung Epidemiologie und Ge- sundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts

### Wissenschaftlicher Hintergrund

- Die wahrgenommene, herkunftsbedingte Diskriminierung von Menschen mit Migrationshintergrund beeinflusst die physische sowie psychische Gesundheit.
- Neben dem Geschlecht variiert der Einfluss der erfahrenen Benachteiligung auf die Gesundheit nach dem Geburtsland.

### Referenzen

- Igel U, Brähler E, Grande G (2010): Der Einfluss von Diskriminierungserfahrungen auf die Gesundheit von MigrantInnen. In: Psychiatrische Praxis 37(4): 183-190.
- Schunck R, Reiss K, Razum O (2015): Pathways between perceived discrimination and health among immigrants: evidence from a large national panel survey in Germany. Ethnicity and Health 20 (5): 493-510.

## 5. Förderung einer gleichberechtigten Teilhabe an Leistungen des Gesundheitssystems

### 5.1. Inanspruchnahme von Präventionsleistungen

Um die Inanspruchnahme von Präventionsleistungen innerhalb der Migrationsbevölkerung zu beschreiben, wurden die „Impfquoten der ersten und zweiten Masernimpfung“, die „vollständige Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U<sub>3</sub> bis U<sub>9</sub>“ und die „Einhaltung der Empfehlungen zur Inanspruchnahme von Zahnvorsorgeuntersuchungen“ als Kernindikatoren für Kinder definiert. Die „12-Monats-Prävalenz des Gebärmutterhalskrebs-Screenings“ wird zur Beschreibung der Inanspruchnahme von Präventionsleistungen in der erwachsenen Bevölkerung empfohlen.

Tabelle 11: „Inanspruchnahme von Präventionsleistungen“ - Kriterienübersicht zur Auswahl der Kernindikatoren

Indikator	Datenverfügbarkeit	Verbreitung	Abstimmung
<b>Impfungen</b>			
▶ Impfquote gegen saisonale Influenza (E)*		✓	✓
▶ Impfquoten der ersten und zweiten Masernimpfung (K)*	✓	✓	✓
▶ Prävalenz einer selbstberichteten vollständigen Impfung gegen Humane Papillomviren (HPV) (K)	✓		
▶ Impfquoten für die vollständige Grundimmunisierung von Tetanus (K)	✓		✓
<b>Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter (K)</b>			
▶ Vollständige Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U <sub>3</sub> bis U <sub>9</sub>	✓	(✓)	✓
<b>Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (allgemein) (E)</b>			
▶ Regelmäßige Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen	✓	(✓)	
<b>Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs (E)</b>			
▶ 12-Monats-Prävalenz des Gebärmutterhalskrebs-Screenings	✓	✓	
<b>Schwangerenvorsorge (E)</b>			
▶ Anzahl der ärztlichen Schwangerenvorsorgeuntersuchungen (mindestens fünf)		✓	
<b>Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung (K)</b>			
▶ Einhaltung der Empfehlungen zur Inanspruchnahme von Zahnvorsorgeuntersuchungen	✓	(✓)	✓

\* E = nur für Erwachsene relevant, K = nur für Kinder und Jugendliche relevant

Menschen mit Migrationshintergrund stehen bei der Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems spezifischen Barrieren gegenüber, die eine gleichberechtigte Teilhabe erschweren können. So resultieren unzureichende deutsche Sprachkenntnisse in Informationsdefiziten bezüglich der Angebote zur Prävention und Gesundheitsversorgung, wodurch die Inanspruchnahme der Gesundheitsleistungen beeinflusst werden kann. Ferner können sich sowohl sprachliche Barrieren [20, 36, 37] als auch kulturelle Unterschiede bezüglich des Krankheitsverständnisses und der Symptomwahrnehmung auf die Qualität der Behandlung auswirken [20, 36, 38-40]. Die Inanspruchnahme und Qualität der Gesundheitsversorgung kann zudem durch kulturell und religiös bedingte Schamgrenzen (Behandlung durch das andere Geschlecht, gemischtgeschlechtliche Therapien), insbesondere bei Frauen mit türkischer Herkunft beeinflusst werden [41]. Neben den individuellen Hindernissen seitens der Menschen mit Migrationshintergrund erschweren Diskriminierungserfahrungen und strukturelle Barrieren den gleichberechtigten Zugang zur Gesundheitsversorgung. So sind mit dem aufenthaltsrechtlichen Status Einschränkungen in der medizinischen Versorgung für Asylsuchende sowie Geflüchtete verbunden [20, 33, 42]. Letztlich sind die Angebote des Gesundheitssystems häufig nicht auf die ethnische, kulturelle und religiöse Vielfalt der Patientinnen und Patienten ausgerichtet.

Aufgrund der hohen Bedeutung der gleichberechtigten Teilhabe an Leistungen des Gesundheitssystems sind eine Vielzahl von Kernindikatoren zur Beschreibung der Inanspruchnahme von Leistungen der Prävention sowie Gesundheitsversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund ausgewählt worden.

Indikatoren aus dem Bereich „Impfungen“ werden sowohl in den international etablierten Indikatorensystemen als auch im expertengestützten Abstimmungsprozess empfohlen. Vor dem Hintergrund der Datenverfügbarkeit und dem internen Abstimmungsprozess wurden die „Impfquoten der ersten und zweiten Masernimpfung“ als Kernindikator ausgewählt. Trotz der mangelnden Berücksichtigung der Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter und der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung in den internationalen Indikatorensystemen wird - aufgrund der Verfügbarkeit belastbarer Daten sowie des expertengestützten Abstimmungsprozesses - die Anwendung der entsprechenden Indikatoren empfohlen. Während das Gebärmutterhalskrebs-Screening in den international etablierten Indikatorensystemen als Kernindikator definiert wurde, ist die Relevanz im externen Abstimmungsprozess relativ niedrig bewertet worden. Die interne Expertise durch das Zentrum für Krebsregisterdaten begründet jedoch die Definition des Gebärmutterhalskrebs-Screenings als Kernindikator.

### Indikator: Impfquoten der ersten und zweiten Masernimpfung (K)

Typ	Kernindikator
Dimension	Inanspruchnahme von Präventionsleistungen
Definition	Anteil der Kinder und Jugendlichen mit mindestens einer Masernimpfdosis
<b>Datenquellen</b>	Kinder und Jugendliche
empfohlene Datenquellen	KiGGS
Datentyp	Primärdaten-Selbstangabe
Periodizität	5-6 Jahre
Datenhalter	Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts

### Wissenschaftlicher Hintergrund

- Die Impfquoten der ersten und zweiten Masernimpfung sind in hohem Maße von der Migrationsgeneration abhängig: So sind zugewanderte Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund seltener mit der ersten und zweiten Masernimpfdosis durchgeimpft als Gleichaltrige ohne Migrationshintergrund oder in Deutschland geborene Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund.
- Neben der Migrationsgeneration variieren die Impfquoten der Masernimpfung nach dem Alter.

### Referenzen

- Schenk L, Neuhauser H, Ellert U (2008): Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003-2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. In: Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin.

## Steckbrief 21: Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter

### Indikator: vollständige Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U3 bis U9 (K)

Typ	Kernindikator
Dimension	Inanspruchnahme von Präventionsleistungen
Definition	Anteil der Kinder, die an den Früherkennungsuntersuchungen U3 bis U9 teilgenommen haben
<b>Datenquellen</b>	Kinder und Jugendliche
empfohlene Datenquellen	KiGGS
Datentyp	Primärdaten-Selbstangabe
Periodizität	5-6 Jahre
Datenhalter	Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts

### Wissenschaftlicher Hintergrund

- Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund nehmen seltener an Früherkennungsuntersuchungen teil als Kinder mit einseitigem oder ohne Migrationshintergrund.
- Die Inanspruchnahme der U-Untersuchungen variiert innerhalb der Familien mit Migrationshintergrund nach verschiedenen migrationsbezogenen Merkmalen (Geburtsland, Aufenthaltsdauer und –status, Migrationsgeneration).

### Referenzen

- Schenk L, Neuhauser H, Ellert U (2008): Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003-2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. In: Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin.
- Schmidtke C, Kuntz B, Starker A et al. (2018): Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen für Kinder in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. Journal of Health Monitoring 3 (4): 68-77.

## Steckbrief 22: Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs

### Indikator: 12-Monats-Prävalenz des Gebärmutterhalskrebs-Screenings (E)

Typ	Kernindikator
Dimension	Inanspruchnahme von Präventionsleistungen
Definition	Anteil der Frauen ab 20 Jahren, die in den letzten 12 Monaten ein Gebärmutterhalskrebs-Screening in Anspruch genommen haben
<b>Datenquellen</b>	Erwachsene Bevölkerung
vorrangige Datenquellen	DEGS
Datentyp	Primärdaten-Selbstangabe
Periodizität	8-10 Jahre
Datenhalter	Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts

### Wissenschaftlicher Hintergrund

- Im Hinblick auf das Gebärmutterhalskrebs-Screening zeigen (noch unveröffentlichte) Auswertungen der DEGS-Studie, dass keine wesentlichen Unterschiede in der Inanspruchnahme zwischen Frauen mit und ohne Migrationshintergrund bestehen.

### Referenzen

- Rommel A, Saß AC, Born S et al. (2015): Die gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund und die Bedeutung des sozioökonomischen Status. Erste Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS 1). Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 58(6):543-552.

## Steckbrief 23: Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen

### Indikator: Einhaltung der Empfehlungen zur Inanspruchnahme von Zahnvorsorgeuntersuchungen (K)

Typ	Kernindikator
Dimension	Inanspruchnahme von Präventionsleistungen
Definition	Anteil der Kinder und Jugendlichen, die die Empfehlungen zur Inanspruchnahme zahnärztlicher Vorsorgeuntersuchungen einhalten
<b>Datenquellen</b>	Kinder und Jugendliche
empfohlene Datenquellen	KiGGS
Datentyp	Primärdaten-Selbstangabe
Periodizität	5-6 Jahre
Datenhalter	Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts

### Wissenschaftlicher Hintergrund

- Kinder und Jugendliche mit – insbesondere beidseitigem – Migrationshintergrund erreichen seltener die Empfehlungen zur Inanspruchnahme zahnärztlicher Vorsorgeuntersuchungen.
- Die Inanspruchnahme von Zahnvorsorgeuntersuchungen variiert innerhalb der Familien mit Migrationshintergrund unter anderem nach dem Geburtsland und der Aufenthaltsdauer.

### Referenzen

- Genzel H (2004): Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen über die Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten (zahnärztliche Früherkennung gemäß §26 Abs. 1 Satz 2 SGB V). Zuletzt geändert am 8. Dezember 2004, in Kraft getreten am 01. Januar 2005.
- Schenk L, Neuhauser H, Ellert U (2008): Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003-2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. In: Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin.
- Krause L, Kuntz B, Schenk L et al. (2018): Mundgesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. In: Journal of Health Monitoring 3 (4): 3-21.

## 5.2. Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung

Zur Abbildung der Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung ist bei Kindern und Jugendlichen die „12-Monats-Prävalenz der ambulanten Inanspruchnahme von Leistungen bei Fachärztinnen und Fachärzten für Pädiatrie und Allgemeinmedizin“ beziehungsweise für die erwachsene Bevölkerung die „12-Monats-Prävalenz der ambulanten Inanspruchnahme von Leistungen bei Fachärztinnen und Fachärzten für Allgemeinmedizin“ ausgewählt worden.

**Tabelle 12: „Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung“ - Kriterienübersicht zur Auswahl der Kernindikatoren**

Indikator	Datenverfügbarkeit	Verbreitung	Abstimmung
<b>Ambulante Versorgung (allgemein) (E)</b>			
▶ 12-Monats-Prävalenz der ambulanten Inanspruchnahme von Leistungen bei Fachärztinnen und Fachärzten für Allgemeinmedizin	✓	✓	✓
<b>Ambulante Versorgung (Pädiatrie, allgemein) (K)</b>			
▶ 12-Monats-Prävalenz der ambulanten Inanspruchnahme von Leistungen bei Fachärztinnen und Fachärzten für Pädiatrie und für Allgemeinmedizin	✓	✓	✓
<b>Stationäre Versorgung</b>			
▶ 12-Monats-Prävalenz der Inanspruchnahme einer Krankenhausbehandlung	✓	✓	
<b>Psychosoziale/Psychotherapeutische Versorgung</b>			
▶ 12-Monats-Prävalenz der Inanspruchnahme von Leistungen bei ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten	✓	(✓)	
<b>Unmet need</b>			
▶ 12-Monats-Prävalenz des nicht erfüllten Versorgungsbedarfs	(✓)	(✓)	
<b>Rehabilitative Versorgung (E)</b>			
▶ Inanspruchnahme einer Rehabilitationsmaßnahme in den letzten drei Jahren (stationär oder ambulant)	✓	(✓)	
<b>Geriatrisch-pflegerische Versorgung (E)</b>			
▶ Anteil der Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung (Pflegequote)		(✓)	

\* E = nur für Erwachsene relevant, K = nur für Kinder und Jugendliche relevant

Ausschließlich die Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung deckt die drei Anforderungen zur Kernindikatorenauswahl ab. Allerdings liegen bisher keine Veröffentlichungen vor, die die ambulante Inanspruchnahme für die Bevölkerung mit Migrationshintergrund anhand bundesweiter und repräsentativer Daten beschreibt.

## Steckbrief 24: Ambulante Versorgung (allgemein)

### Indikator: 12-Monats-Prävalenz der ambulanten Inanspruchnahme von Leistungen bei Fachärztinnen und Fachärzten für Allgemeinmedizin (allgemein) (E)

Typ	Kernindikator
Dimension	Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung
Definition	Anteil der erwachsenen Bevölkerung, die in den letzten 12 Monaten Leistungen von niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten für Allgemeinmedizin in Anspruch genommen haben
<b>Datenquellen</b>	Erwachsene Bevölkerung
vorrangige Datenquellen	DEGS
Datentyp	Primärdaten-Selbstangabe
Periodizität	8-10 Jahre
Datenhalter	Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts

## Steckbrief 25: Ambulante Versorgung (Pädiatrie, allgemein)

### Indikator: 12-Monats-Prävalenz der ambulanten Inanspruchnahme von Leistungen bei Fachärztinnen und Fachärzten für Pädiatrie (K)

Typ	Kernindikator
Dimension	Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung
Definition	Anteil der Kinder und Jugendlichen, die in den letzten 12 Monaten Leistungen von niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten für Pädiatrie oder Allgemeinmedizin in Anspruch genommen haben
<b>Datenquellen</b>	Kinder und Jugendliche
vorrangige Datenquellen	KiGGS
Datentyp	Primärdaten-Selbstangabe
Periodizität	5-6 Jahre
Datenhalter	Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts

## 6. Literatur

1. Bartig S, Rommel A, Santos-Hövenner C et al. (2018) Das IMIRA-Projekt. Verbesserung der Informationsgrundlagen zur Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund. *Journal of Health Monitoring* 3(S2):6. <https://edoc.rki.de/handle/176904/5650> (Stand: 03.09.2019)
2. 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: 03.09.2019)
3. Bartig S, Rommel A, Wengler A et al. (2019) Gesundheitsberichterstattung zu Menschen mit Migrationshintergrund - Auswahl und Definition von (Kern-)Indikatoren. *Journal of Health Monitoring* 4(3):30-50. <https://edoc.rki.de/handle/176904/6104> (Stand: 03.09.2019)
4. World Health Organization (2013) Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. WHO, Geneva
5. World Health Organization (2018) Noncommunicable diseases country profiles 2018. WHO, Geneva
6. Spallek J, Arnold M, Hentschel S et al. (2009) Cancer incidence rate ratios of Turkish immigrants in Hamburg, Germany: A registry based study. *Cancer Epidemiology* 33:413-418
7. Winkler V, Hollecsek B, Stegmaier C et al. (2014) Cancer incidence in ethnic German migrants from the Former Soviet Union in comparison to the host population. *Cancer Epidemiology* 38:22-27
8. Winkler V, Ott JJ, Hollecsek B et al. (2009) Cancer profile of migrants from the Former Soviet Union in Germany: incidence and mortality. *Cancer Causes Control* 20:1873-1879
9. Zeeb H, Razum O (2006) Epidemiologische Studien in der Migrationsforschung. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 49(9):845-852
10. Robert Koch-Institut (2015) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin. <https://edoc.rki.de/handle/176904/3248> (Stand: 02.09.2019)
11. Brzoska P, Reiss K, Razum O (2010) Arbeit, Migration und Gesundheit. In: Badura B, Schröder H, Klose J et al. (Hrsg) Fehlzeiten-Report 2010: Vielfalt managen: Gesundheit fördern - Potenziale nutzen. Springer Verlag, Berlin Heidelberg, S. 129-139
12. Igel U, Brähler E, Grande G (2010) Der Einfluss von Diskriminierungserfahrungen auf die Gesundheit von MigrantInnen. *Psychiatrische Praxis* 37(4):183-190
13. Kirkcaldy B, Wittig U, Furnham A et al. (2006) Migration und Gesundheit. Psychosoziale Determinanten. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 49(9):873-883
14. Schouler-Ocak M, Aichberger M-C, Penka S et al. (2015) Psychische Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 58(6):527-532
15. Spallek J, Razum O (2016) Migration und Gesundheit. In: Richter H, Hurrelmann K (Hrsg) Soziologie von Gesundheit und Krankheit. Springer Fachmedien, Wiesbaden S. 153-166
16. Weilandt C, Rommel A, Raven U (2003) Gutachten zur psychischen, psychosozialen und psychosomatischen Gesundheit und Versorgung von Migrantinnen in NRW. Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD) gem. e.V, Bonn

17. Singh S, McBride K, Kak V (2015) Role of Social Support in Examining Acculturative Stress and Psychological Distress Among Asian American Immigrants and Three Sub-groups: Results from NLAAS. *Journal of Immigrant and Minority Health* 17(6):1597-1606
18. European Centre for Disease Prevention and Control (2014) Assessing the burden of key infectious diseases affecting migrant populations in the EU/EEA. Technical Report. Stockholm
19. Kuehne A, Fiebig L, Jansen K et al. (2015) Migrationshintergrund in der infektionsepidemiologischen Surveillance in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 58(6):560-568.  
<https://edoc.rki.de/handle/176904/2379> (Stand: 04.04.2019)
20. Razum O, Zeeb H, Meesmann U et al. (2008) Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung. RKI, Berlin. <https://edoc.rki.de/handle/176904/3194> (Stand: 02.09.2019)
21. Becher H, Razum O, Kyobutungi C et al. (2007) Mortalität von Aussiedlern aus der ehemaligen Sowjetunion. Ergebnisse einer Kohortenstudie. *Deutsches Ärzteblatt* 104(23):A1655-1661
22. Kohls M (2011) Morbidität und Mortalität von Migranten in Deutschland. Forschungsbericht 9. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Nürnberg
23. Ronellenfitsch U, Kyobutungi C, Becher H et al. (2006) All-cause and Cardiovascular mortality among ethnic German immigrants from the Former Soviet Union: a cohort study. *BMC Public Health* 16(6)
24. Razum O (2006) Migration, Mortalität und der Healthy-migrant-Effekt. In: Richter M, Hurrelmann K (Hrsg) *Gesundheitliche Ungleichheit - Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 255-271
25. Schenk L (2007) Migration und Gesundheit – Entwicklung eines Erklärungs- und Analysemodells für epidemiologische Studien. *International Journal of Public Health* 52:87-96
26. Razum O, Spallek J (2009) Wie gesund sind Migranten? Erkenntnisse und Zusammenhänge am Beispiel der Zuwanderer in Deutschland. *focus Migration Kurzdossier* 12(1):1-10
27. Kohls M (2008) Leben Migranten wirklich länger? Eine empirische Analyse der Mortalität von Migranten in Deutschland. Working Paper 16. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Nürnberg
28. Kohls M (2008) Healthy-Migrant-Effect, Erfassungsfehler und andere Schwierigkeiten bei der Analyse der Mortalität von Migranten. Eine Bestandsaufnahme. Working Paper 15. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Nürnberg
29. Lampert T, Richter M, Schneider S et al. (2016) Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Stand und Perspektiven der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 59(2):153-165.  
<https://edoc.rki.de/handle/176904/2478> (Stand: 04.04.2019)
30. Butler J, Albrecht N-J, Ellsäßer G et al. (2007) Migrationssensible Datenerhebung für die Gesundheitsberichterstattung. Arbeitsgruppe Gesundheitsberichterstattung des Arbeitskreises „Migration und öffentliche Gesundheit“. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 50(10):1232-1239
31. Reiss K, Makarova B, Spallek J et al. (2013) Identifizierung und Rekrutierung von Menschen mit Migrationshintergrund für epidemiologische Studien in Deutschland. *Gesundheitswesen* 75(6):49-58
32. Spallek J, Razum O (2008) Erklärungsmodelle für die gesundheitliche Situation von Migrantinnen und Migranten. In: Bauer U, Bittlingmayer UH, Richter M (Hrsg) *Health Inequalities*

Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 271-288

33. Beigang S, Fetz K, Kalkum D et al. (2017) Diskriminierungserfahrungen in Deutschland. Ergebnisse einer Repräsentativ- und einer Betroffenenbefragung. Antidiskriminierungsstelle des Bundes, Berlin
34. Forschungsbereich beim Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration (SVR-Forschungsbereich) (2018) "Wo kommen Sie eigentlich ursprünglich her?". Diskriminierungserfahrungen und phänotypische Differenz in Deutschland. Berlin
35. Schunck R, Reiss K, Razum O (2015) Pathways between perceived discrimination and health among immigrants: evidence from a large national panel survey in Germany. *Ethnicity and Health* 20(5):493-510
36. Bermejo I, Hölzel LP, Kriston L (2012) Subjektiv erlebte Barrieren von Personen mit Migrationshintergrund bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen. *Bundesgesundheitsbl* 55(8):944-953
37. Razum O, Geiger I, Zeeb H et al. (2004) Gesundheitsversorgung von Migranten. *Deutsches Ärzteblatt* 101(43):A2882
38. Binder-Fritz C, Rieder A (2014) Zur Verflechtung von Geschlecht, sozioökonomischen Status und Ethnizität im Kontext von Gesundheit und Migration. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 57(9):1031-1037
39. Borde T, Braun T, David M (2003) Gibt es Besonderheiten bei der Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen durch Migrantinnen und Migranten? In: Borde T, David M (Hrsg) *Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen*. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, S. 43-84
40. Brucks U, Wahl WB (2003) Über-, Unter-, Fehlversorgung? Bedarfslücken und Strukturprobleme in der ambulanten Gesundheitsversorgung für Migrantinnen und Migranten. In: Borde T, David M (Hrsg) *Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen*. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, S. 15-33
41. Brause M, Reutin B, Schott T et al. (2010) Migration und gesundheitliche Ungleichheit in der Rehabilitation. Versorgungsbedarf und subjektive Bedürfnisse türkischer und türkischstämmiger Migrant(inn)en im System der medizinischen Rehabilitation. Abschlussbericht. Bielefeld.
42. Schouten BC, Meeuwesen L (2006) Cultural differences in medical communication: A review of the literature. *Patient Education and Counseling* 64:21-34
43. European Commission, Directorate-General for Health and Food Safety (2019) Health indicators. ECHI - European Core Health Indicators. [https://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list\\_en](https://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list_en) (Stand: 02.09.2019)
44. OECD/EU (2018) Health at a Glance: Europe 2018 - State of Health in the EU Cycle. OECD Publishing, Paris. [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2018\\_health\\_glance\\_eur-2018-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2018_health_glance_eur-2018-en) (Stand: 02.09.2019)
45. World Health Organization (2018) Global Reference List of 100 Core Health Indicators (plus health-related SDGs). WHO, Geneva. <https://www.who.int/healthinfo/indicators/2018/en/> (Stand: 15.07.2019)
46. World Health Organization, Regional Office for Europe (2018) Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region: No public health without refugee and migrant health. WHO, Denmark. <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/report-on-the-health-of-refugees-and-migrants-in-the-who-european-region-no-public-health-without-refugee-and-migrant-health-2018> (Stand: 02.09.2019)

47. 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. RKI, Berlin. <https://edoc.rki.de/handle/176904/3215> (Stand: 03.09.2019)
48. Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) (2003) Indikatorensetz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder. Dritte, neu bearbeitete Fassung Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen, Bielefeld

## 7. Anhang

Tabelle 13: Übersicht der Themen, Indikatoren und empfohlenen Datenquellen

Themenbereich	Indikator	Datenquelle Erwachsene/Kinder
Subjektive Gesundheit	Selbsteingeschätzter allgemeiner Gesundheitszustand (gut bis sehr gut)	SOEP/KiGGS
Gesundheitsbedingte Einschränkungen bei alltäglichen Aktivitäten (E)	Prävalenz gesundheitlicher Einschränkungen im normalen Alltagsleben (etwas bis stark eingeschränkt)	SOEP
Gesundheitsbezogene Lebensqualität	Kinder/Jugendliche: Gesamtwert des Kidscreen-10-Fragebogens (gute bis sehr gute gesundheitsbezogene Lebensqualität)	KiGGS
	Erwachsene: Gesamtwert des Short-Form-36-Fragebogens (gute bis sehr gute gesundheitsbezogene Lebensqualität)	DEGS
Chronische Erkrankung (allgemein)	12-Monats-Prävalenz chronischer Erkrankungen im Allgemeinen	SOEP
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	Lebenszeitprävalenz einer Herzkrankheit, einschließlich Herzinsuffizienz und Herzschwäche (selbstberichtete ärztliche Diagnose)	SOEP
Herzerkrankung (E)		
Schlaganfall (E)	Lebenszeitprävalenz eines Schlaganfalls (selbstberichtete ärztliche Diagnose)	SOEP
Hypertonie (E)	Lebenszeitprävalenz von Bluthochdruck (selbstberichtete ärztliche Diagnose)	SOEP
Krebserkrankungen (E)	Lebenszeitprävalenz einer Krebserkrankung (selbstberichtete ärztliche Diagnose)	SOEP
Atemwegserkrankungen		SOEP/KiGGS
Asthma bronchiale	Lebenszeitprävalenz von Asthma bronchiale (selbstberichtete ärztliche Diagnose)	
Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)	Lebenszeitprävalenz einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (selbstberichtete ärztliche Diagnose)	/
Diabetes mellitus	Lebenszeitprävalenz von Diabetes (selbstberichtete ärztliche Diagnose)	SOEP/KiGGS
Allergische Erkrankungen	Lebenszeitprävalenz mindestens einer allergischen Erkrankung (selbstberichtete ärztliche Diagnose)	DEGS/KiGGS
Muskel-Skelett-Erkrankungen: Gelenkerkrankung (E)	Lebenszeitprävalenz einer Gelenkerkrankung (selbstberichtete ärztliche Diagnose)	SOEP
Unfallverletzung	Unfallquote	Mikrozensus/KiGGS
Depressive Erkrankung (E)	Lebenszeitprävalenz einer depressiven Erkrankung (selbstberichtete ärztliche Diagnose)	SOEP
Angststörungen	Lebenszeitprävalenz einer Angststörung (selbstberichtete ärztliche/psychotherapeutische Diagnose)	DEGS/KiGGS
Posttraumatische Belastungsstörungen	Lebenszeitprävalenz einer posttraumatischen Belastungsstörung	/
Demenzerkrankungen	Prävalenz einer Demenzerkrankung	/
Psychische Auffälligkeiten (K)	Prävalenz psychischer Auffälligkeiten in den letzten sechs Monaten (Gesamtwert des Stärken- und Schwächen-Fragebogens)	KiGGS
Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS) (K)	Lebenszeitprävalenz einer selbstberichteten ärztlichen ADHS-Diagnose	KiGGS
Tuberkulose	Tuberkulose-Fälle mit nicht deutschem Geburtsland an den Tuberkulose-Fällen insgesamt	Melddaten nach Infektionsschutzgesetz
HIV/AIDS (E)	HIV-Neudiagnosen mit nicht deutscher Herkunft an den HIV-Neudiagnosen insgesamt	Melddaten nach Infektionsschutzgesetz
Hepatitis A	Hepatitis-A-Fälle mit Migrationshintergrund an den Hepatitis-A-Fällen insgesamt	
Syphilis (E)	Syphilis-Fälle mit nicht deutschem Herkunftsland an den Syphilis-Fällen insgesamt	
Impfpräventable Kinderkrankheiten (K)	Lebenszeitprävalenz impfpräventabler Kinderkrankheiten (Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten)	KiGGS

Fortsetzung Tabelle 13: Übersicht der Themen, Indikatoren und jeweiligen Datenquellen

Themenbereich	Indikator	Datenquelle Erwachsene/Kinder
Lebenserwartung	Mittlere Lebenserwartung bei Geburt in Jahren (deutsche vs. nicht deutsche Staatsangehörigkeit)	Amtliche Geburten- und Sterbefallstatistik
Sterberate	Standardisierte Mortalitätsrate (deutsche vs. nicht deutsche Staatsangehörigkeit)	
Säuglingssterblichkeit (K)	Säuglingssterblichkeit je 1.000 Lebendgeburten (deutsche vs. nicht deutsche Staatsangehörigkeit)	
Todesursachen	Fünf häufigsten Todesursachen (deutsche vs. nicht deutsche Staatsangehörigkeit)	
Suizid	Sterbefälle durch Suizid (deutsche vs. nicht deutsche Staatsangehörigkeit)	Todesursachenstatistik
Körperliche (In-)Aktivität	Prävalenz der Einhaltung der Bewegungsempfehlungen der Weltgesundheitsorganisation zur körperlichen Aktivität	DEGS/KiGGS
Sportliche (In-)Aktivität	Prävalenz der sportlichen Inaktivität (kein/selten aktiver Sport)	SOEP/KiGGS
Obstkonsum	Täglicher Obstkonsum	DEGS/KiGGS
Gemüsekonsum	Täglicher Gemüsekonsum	DEGS/KiGGS
Stillen (K)	Anteil der Kinder, die entsprechend der Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation mindestens sechs Monate lang ausschließlich gestillt wurden	KiGGS
Konsum zuckerhaltiger Erfrischungsgetränke	Täglicher Konsum zuckerhaltiger Erfrischungsgetränke	DEGS/KiGGS
Body Mass Index (BMI)	Prävalenz von Übergewicht	Mikrozensus/KiGGS
	Prävalenz von Adipositas	Mikrozensus/KiGGS
Tabakkonsum	Prävalenz des aktuellen Rauchens (gelegentlich bis täglich/regelmäßig)	Mikrozensus/KiGGS
Alkoholkonsum	Prävalenz des riskanten Alkoholkonsums (Risikokonsum)	SOEP/KiGGS
Alkoholkonsum	Prävalenz des Rauschtrinkens	SOEP/KiGGS
Konsum illegaler Drogen	Lebenszeitprävalenz des Konsums illegaler Drogen (ohne Cannabiskonsum)	Epidemiologischer Suchtsurvey / Drogenaffinitätsstudie
Problematisches, pathologisches Glücksspiel (E)	Anteil der Personen mit mindestens problematischem Spielverhalten	Glücksspielsurvey
Health Literacy/Gesundheitskompetenz	Mindestens ausreichender Gesamtindex beim Erhebungskurzinstrument der europäischen Health-Literacy-Studie (HLS-EU-Q16)	/
Soziale Unterstützung	Soziale Unterstützung (mittlere bis starke)	DEGS/KiGGS
Religiosität	Subjektiv eingeschätzte Religiosität (religiös bis sehr religiös)	SOEP/?
Arbeitsbelastungen (E)	Prävalenz der subjektiv wahrgenommenen Gesundheitsgefährdung durch die Arbeit	GEDA
Wohnumfeld	Subjektive Lärmbelästigung durch Straßenverkehr (mittelmäßig bis sehr stark)	DEGS/KiGGS
Diskriminierungserfahrungen	Diskriminierungserfahrungen (selten bis häufig)	SOEP/KiGGS
Zugehörigkeitsgefühl/Fremdheitsgefühl	Verbundenheitsgefühl zum Herkunftsland vs. Verbundenheitsgefühl zu Deutschland	SOEP/-
Impfungen (E)	Impfquote gegen saisonale Influenza	/
Impfungen (K)	Impfquoten der ersten und zweiten Masernimpfung	KiGGS
Impfungen (K)	Prävalenz einer selbstberichteten vollständigen Impfung gegen Humane Papillomviren (HPV)	KiGGS
Impfungen (K)	Impfquoten für die vollständige Grundimmunisierung von Tetanus	KiGGS
Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter (K)	Vollständige Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U <sub>3</sub> bis U <sub>9</sub>	KiGGS
Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (allgemein) (E)	Regelmäßige Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen	DEGS
Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs (E)	12-Monats-Prävalenz des Gebärmutterhalskrebs-Screenings	DEGS
Schwangerenvorsorge (E)	Anzahl der ärztlichen Schwangerenvorsorgeuntersuchungen (mindestens fünf)	/
Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung (K)	Einhaltung der Empfehlungen zur Inanspruchnahme von Zahnvorsorgeuntersuchungen	KiGGS

Fortsetzung Tabelle 13: Übersicht der Themen, Indikatoren und jeweiligen Datenquellen

Themenbereich	Indikator	Datenquelle Erwachsene/Kinder
Ambulante Versorgung (allgemein)	12-Monats-Prävalenz der ambulanten Inanspruchnahme von Leistungen bei Fachärztinnen und Fachärzten für Allgemeinmedizin	DEGS
Ambulante Versorgung (Pädiatrie, allgemein) (K)	12-Monats-Prävalenz der ambulanten Inanspruchnahme von Leistungen bei Fachärztinnen und Fachärzten für Pädiatrie und für Allgemeinmedizin	KiGGS
Stationäre Versorgung	12-Monats-Prävalenz der Inanspruchnahme einer Krankenhausbehandlung	DEGS/KiGGS
Psychosoziale/Psychotherapeutische Versorgung	12-Monats-Prävalenz der Inanspruchnahme von Leistungen bei ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten	DEGS/KiGGS
Unmet need	12-Monats-Prävalenz des nicht erfüllten Versorgungsbedarfs	GEDA
Rehabilitative Versorgung (E)	Inanspruchnahme einer Rehabilitationsmaßnahme in den letzten drei Jahren (stationär oder ambulant)	DEGS
Geriatrisch-pflegerische Versorgung (E)	Anteil der Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung (Pflegequote)	/

K = nur für Kinder und Jugendliche relevant, E = nur für Erwachsene relevant

SOEP = Sozio-oekonomisches Panel, DEGS = Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland, GEDA = Gesundheit in Deutschland aktuell, KiGGS = Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, HBSC = Health Behaviour in School-aged Children

graue Beschriftung = Datenquellen mit einer niedrigen Bewertung der Datenqualität für Fragestellungen im Bereich Migration und Gesundheit

Tabelle 14: Übersicht zur nationalen und internationalen Verbreitung der Indikatoren

	ECHI [43]	OECD/EU [44]	WHO [45]	WHO Migration [46]	GBE des Bundes [10, 20, 47]	AOLG [48]
Subjektive Gesundheit	X	X			X	X
Gesundheitsbedingte Einschränkungen bei alltäglichen Aktivitäten	X	X			X	X
Gesundheitsbezogene Lebensqualität					X	X
Chronische Erkrankung (allgemein)					X	
Herzerkrankung	X			X	X	X
Schlaganfall	X				X	
Hypertonie					X	X
Krebserkrankungen	X	X	X	X	X	X
Asthma bronchiale	X	X			X	
Chronisch obstruktive Lungenerkrankung	X	X				
Diabetes mellitus	X	X		X	X	X
Allergische Erkrankungen					X	
Gelenkerkrankung	X				X	X
Unfallverletzungen	X				X	X
Depressive Erkrankung	X			X	X	
Angststörungen				X		
Posttraumatische Belastungsstörungen				X		
Demenzerkrankungen	X	X				
Psychische Auffälligkeiten					X	
Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung					X	
Tuberkulose	X	X	X	X	X	X
HIV/AIDS	X	X	X	X	X	X
Hepatitis A	X					X
Syphilis	X		X			X
Impfpräventable Kinderkrankheiten			X	X	X	
Lebenserwartung	X	X	X		X	X
Sterberate			X	X		X
Säuglingssterblichkeit	X	X	X		X	X
Todesursachen	X	X		X	X	X
Suizid		X				X

Fortsetzung Tabelle 14: Übersicht zur nationalen und internationalen Verbreitung der Indikatoren

	ECHI [43]	OECD/EU [44]	WHO [45]	WHO Migration [46]	GBE des Bundes [10, 20, 47]	AOLG [48]
Körperliche (In-)Aktivität	X	X	X		X	X
Sportliche (In-)Aktivität					X	X
Obstkonsum	X	X			X	X
Gemüsekonsum	X	X			X	X
Stillen	X		X		X	
Konsum zuckerhaltiger Erfrischungsgetränke						
Body Mass Index	X	X	X	X	X	X
Tabakkonsum	X	X	X	X	X	X
Alkoholkonsum	X	X	X	X	X	X
Konsum illegaler Drogen						
Problematisches, pathologisches Glücksspiel						
Health Literacy						
Soziale Unterstützung	X				X	
Religiosität						
Arbeitsbelastungen	X				X	
Wohnumfeld					X	X
Diskriminierungserfahrungen						
Zugehörigkeits-/Fremdheitsgefühl						
Impfungen	X	X	X		X	X
Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter					X	X
Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (allgemein)					X	X
Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs	X	X	X		X	
Schwangerenvorsorge	X		X		X	X
Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung					X	
Ambulante Versorgung	X		X		X	X
Stationäre Versorgung			X		X	X
Psychosoziale/Psychotherapeutische Versorgung						X
Unmet need		X				
Rehabilitative Versorgung					X	X
Geriatrisch-pflegerische Versorgung					X	X

### Zitierweise

Bartig S, Wengler A, Rommel A (2019): Gesundheitsberichterstattung zu Menschen mit Migrationshintergrund - Auswahl und Definition von Kernindikatoren. Supplement. Robert Koch-Institut, Berlin. DOI: [10.25646/6437](https://doi.org/10.25646/6437)

### Hinweis

Das Indikatorenset darf zu wissenschaftlichen Zwecken und zum Eigengebrauch zitiert, kopiert, abgespeichert, ausgedruckt und weitergegeben werden. Jede kommerzielle Nutzung, auch von Teilen und Auszügen, ist ohne vorherige schriftliche Zustimmung des Robert Koch-Instituts untersagt.