

Die gesundheitliche Situation von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland

von Laura Frank¹, Alexander Rommel², Thomas Lampert³

ABSTRACT

In Deutschland haben rund 21 Prozent der Bevölkerung einen Migrationshintergrund. Diese Menschen sind eine in sich heterogene Gruppe mit unterschiedlichen Gesundheitsressourcen und -risiken. Ihr Gesundheitszustand entspricht in etwa dem der Menschen ohne Migrationshintergrund. Jedoch können einzelne Erkrankungen je nach Herkunftsland oder Migrationserfahrung häufiger oder seltener auftreten. Um Aussagen zur Gesundheitssituation bei Menschen mit Migrationshintergrund machen zu können, ist eine differenzierte Betrachtung notwendig.

Schlüsselwörter: Migranten, Migrationshintergrund, Infektionserkrankungen, nicht übertragbare Erkrankungen, Gesundheitsverhalten, Gesundheitsversorgung

In Germany, about 21 percent of the population have a migration background. These people are a heterogeneous group with different health resources and risks. Their health situation is roughly the same as that of the people without a migration background. However, certain diseases occur more or less frequently, depending on the country of origin or the migration experience. In order to make statements on the health situation of people with a migration background, a differentiated view is necessary.

Keywords: migrants, migration background, infectious diseases, non-communicable diseases, health behaviour, health care

1 Einleitung

Menschen mit Migrationshintergrund sind eine große und wachsende Gruppe in Deutschland. In den Jahren 2015 und 2016 stellten zudem mehr als eine Million Menschen einen Asylantrag in Deutschland (BAMF 2016). Unabhängig von den Ursachen der Auswanderung ist die Migrationserfahrung ein Lebensereignis, das die Gesundheit von Menschen nachhaltig beeinflussen kann. Zwar eröffnet Migration in vielen Fällen neue Lebenschancen, sie kann aber auch gesundheitliche Belastungen nach sich ziehen (Kirkcaldy et al. 2006). Dennoch sind Menschen mit Migrationshintergrund nicht grundsätzlich kränker als Menschen ohne Migrationshintergrund (Razum et al. 2008). Da häufig zunächst besonders die jungen und gesunden Menschen auswandern, verfügen sie auch oft über große gesundheitsförderliche Ressourcen, sodass zum Beispiel die Sterblichkeit geringer ist als bei Personen ohne Migrationshintergrund (*healthy migrant effect*) (Razum 2009; Kohls 2008).

Jedoch verringern sich mit längerer Aufenthaltsdauer nach und nach die Vorteile in Bezug auf die Mortalität (Kohls 2008).

Die Gesundheit von Zuwanderern wird sowohl durch das Herkunftsland als auch das Zuwanderungsland geprägt. Die Bedeutung der Lebensbedingungen im Herkunftsland (hygienische Verhältnisse, Gesundheitsversorgung etc.) nimmt mit längerer Aufenthaltsdauer ab. Jedoch können zum Beispiel Kriegs- und Gewalterfahrungen oder im Herkunftsland erworbene Infektionen die gesundheitliche Lage auch nach der Einwanderung noch beeinflussen. Im Herkunftsland wiederum können veränderte Lebensbedingungen und Verhaltensweisen einen Einfluss auf die Gesundheit ausüben. Aufgrund der Heterogenität dieser Personengruppe hinsichtlich Herkunftsland, Migrationsgrund, Aufenthaltsdauer sowie ethnischen und kulturellen Hintergrunds sind auch die Gesundheitsprobleme verschiedenartig. Im Vordergrund stehen ähnliche Krankhei-

¹ Dipl.-Ernähr. Laura Frank, Robert Koch-Institut, Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring · Postfach 650261 · 13302 Berlin
Telefon: 030 187543249 · E-Mail: frankl@rki.de

² Alexander Rommel, M. A., Robert Koch-Institut, Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring · Postfach 650261 · 13302 Berlin
Telefon: 030 187543490 · E-Mail: rommela@rki.de

³ PD Dr. PH Thomas Lampert, Robert Koch-Institut, Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring · Postfach 650261 · 13302 Berlin
Telefon: 030 187543304 · E-Mail: lampertt@rki.de

ten wie in der gleichaltrigen deutschen Bevölkerung, zum Teil jedoch mit unterschiedlichen Häufigkeiten nach Herkunftsland und Migrationserfahrung (*Robert Koch-Institut 2008*).

Um Aussagen zur gesundheitlichen Lage von Menschen mit Migrationshintergrund machen zu können, müssen diese anhand eines definierten Merkmals klar identifizierbar sein. In vielen Routinedaten und amtlichen Statistiken wird nur die Staatsangehörigkeit als Differenzierungsmerkmal genutzt, mit der jedoch lediglich ein Teil der Menschen mit Migrationshintergrund erfasst wird. In Befragungssurveys wie den Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts (RKI) werden hingegen Definitionen angewendet, die das eigene Geburtsland oder das der Eltern berücksichtigen, sodass in Deutschland Geborene unabhängig von ihrer aktuellen Staatsangehörigkeit identifiziert werden können (*Robert Koch-Institut 2008*).

Insgesamt ist die Datenlage durchaus unzureichend, da sich viele Analysen nur auf einzelne Gesundheitsoutcomes oder spezielle Gruppen konzentrieren (*Robert Koch-Institut 2015*). Weiterhin zeigen die bisherigen Erfahrungen, dass es schwierig ist, Menschen mit Migrationshintergrund ausreichend in die Gesundheitssurveys einzubinden (*Sass et al. 2015; Rommel et al. 2015*). Auch zur gesundheitlichen Lage von Asylsuchenden gibt es bislang kaum belastbare Daten (*Frank et al. 2017*). Aufgrund der sich verändernden Bevölkerungsstruktur in Deutschland wird zukünftig der Bedarf an verlässlichen Informationen zur Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund weiter zunehmen.

Dieser Beitrag hat das Ziel, in Fortführung des Kapitels „Migration“ im Bericht „Gesundheit in Deutschland“ des RKI (*Robert Koch-Institut 2015; Rommel und Ellert 2016*) einen Überblick über die gesundheitliche Situation von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland zu geben. Zunächst wird erklärt, welche Personen zur Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund gehören und wie sich diese in Deutschland zusammensetzt. Danach wird die gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund im Hinblick auf übertragbare und nicht übertragbare Erkrankungen, das Risiko- und Gesundheitsverhalten sowie die Versorgung beschrieben.

2 Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland

Das Statistische Bundesamt definiert Menschen mit Migrationshintergrund folgendermaßen: „Eine Person hat dann einen Migrationshintergrund, wenn sie selbst oder mindestens ein Elternteil nicht mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren

ist“ (*Statistisches Bundesamt 2017*). Im Gegensatz zu anderen Statistiken, die häufig nur das Merkmal Staatsangehörigkeit erfassen, umfasst diese Definition zugewanderte und nicht zugewanderte Ausländer, zugewanderte und nicht zugewanderte Eingebürgerte, (Spät-)Aussiedler sowie die als Deutsche geborenen Nachkommen dieser Gruppen. Damit wird berücksichtigt, dass Menschen mit Migrationshintergrund häufig dauerhaft in Deutschland leben und der Migrationshintergrund über mehrere Generationen hinweg prägend sein kann. Seit der Basiserhebung der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) 2003–2006 wird eine ähnliche Definition auch in den Studien des Gesundheitsmonitorings am RKI angewandt (*Schenk et al. 2008*).

Im Jahr 2015 lebten 17,1 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland (*Statistisches Bundesamt 2017*). Dies entspricht einem Bevölkerungsanteil von 21,0 Prozent. Rund ein Drittel der Menschen mit Migrationshintergrund ist in Deutschland geboren und hat keine eigene Migrationserfahrung (5,7 Millionen oder 7,0 Prozent der Bevölkerung) (Abbildung 1).

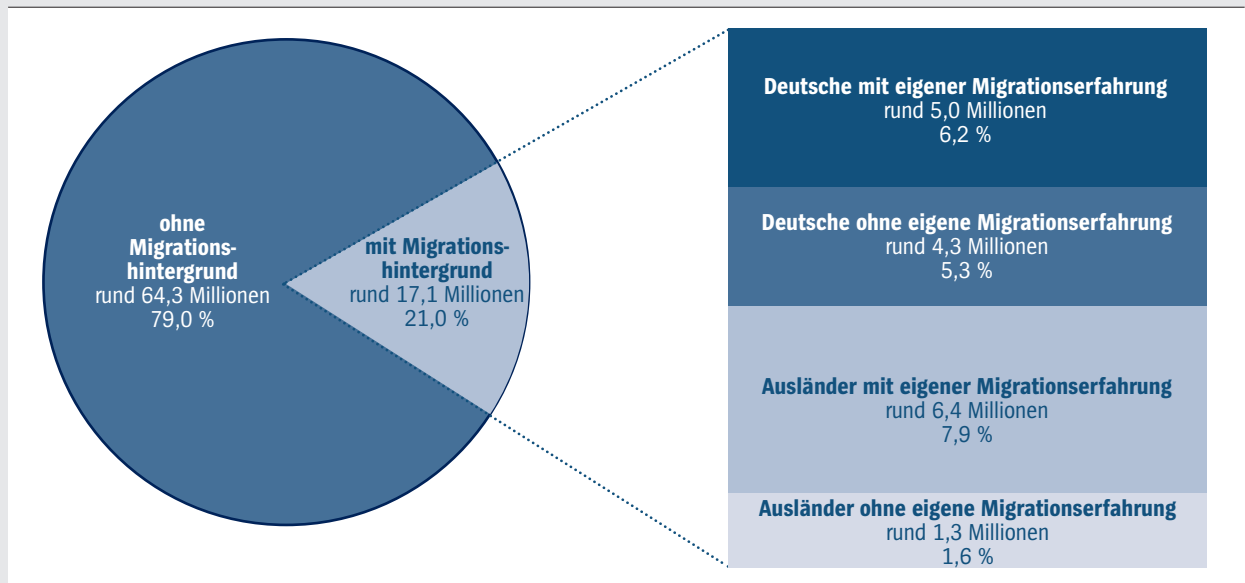
Menschen mit Migrationshintergrund sind eine sehr heterogene Gruppe mit unterschiedlicher kultureller, ethnischer oder sozialer Herkunft. Die drei häufigsten Herkunftsländer sind die Türkei (16,7 Prozent), Polen (9,9 Prozent) und die Russische Föderation (7,1 Prozent) (*Statistisches Bundesamt 2017*). Weitere wichtige Herkunftsländer sind Italien, Griechenland, Rumänien und Spanien. In den vergangenen beiden Jahren migrierten nach Angaben des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge (BAMF) jedoch besonders viele Menschen aus Syrien nach Deutschland (*BAMF 2016*). Etwa ein Fünftel aller Menschen mit Migrationshintergrund gehört zur Gruppe der Spätaussiedler. Diese Menschen sind Nachkommen deutscher Auswanderer aus verschiedenen Ländern Osteuropas und Asiens, die vor allem in den 1990er-Jahren nach dem Bundesvertriebenengesetz in Deutschland eingebürgert wurden (*Statistisches Bundesamt 2017*).

3 Übertragbare Erkrankungen

Menschen mit Migrationshintergrund können im Vergleich zur Bevölkerung ohne Migrationshintergrund eine erhöhte Prävalenz bei bestimmten Infektionskrankheiten aufweisen. Darunter sind Erkrankungen, die in den jeweiligen Herkunftsländern häufiger vorkommen als in den Zielländern oder die in den Herkunftsländern noch nicht ausreichend durch präventive Maßnahmen wie Impfungen zurückgedrängt sind. Häufig kann jedoch bei neu gemeldeten Erkrankungsfällen nicht geklärt werden, ob die Infektion in den Herkunftsländern oder nach der Einwanderung erfolgt ist.

ABBILDUNG 1

Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland nach Migrationshintergrund



In Deutschland hat gut jeder Fünfte einen Migrationshintergrund. Von allen Personen mit Migrationshintergrund sind zwei Drittel selbst eingewandert und ein Drittel in Deutschland geboren; mehr als die Hälfte sind Deutsche.

Quelle: Statistisches Bundesamt, Mikrozensus 2015 (Statistisches Bundesamt 2017); Grafik: G+G Wissenschaft 2017

Grundsätzlich kann das Infektionsrisiko auch nach der Einwanderung, beispielsweise durch die Unterbringung in Gemeinschaftsunterkünften, erhöht bleiben (Kühne und Gilsdorf 2016).

Meldepflichtige Neuerkrankungen werden durch das RKI systematisch registriert. Jedoch wird nur bei ausgewählten Infektionserkrankungen das Herkunftsland in den Meldedaten erfasst (Kuehne et al. 2015). Im Jahr 2015 wurde bei rund 42 Prozent der gemeldeten HIV-Neudiagnosen ein nicht deutsches Herkunftsland angegeben. Den größten Anteil stellten hierbei Personen aus Subsahara-Afrika (16 Prozent) (Bremer et al. 2016). Weiterhin entfielen im Jahr 2015 von allen registrierten Tuberkuloseerkrankungen 65,9 Prozent auf Personen mit nicht deutscher Staatsangehörigkeit. Die Inzidenz (Neuerkrankungsrate) für Tuberkulose war bei nicht deutschen Personen mit 50,3 pro 100.000 Einwohner 20-mal so hoch wie die Inzidenz bei Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit (2,5 pro 100.000 Einwohner) (RKI 2016 a). Wie in den Vorjahren zeigt die altersspezifische Verteilung, dass Tuberkuloseerkrankungen bei ausländischen Staatsangehörigen verstärkt in der Altersgruppe der 15- bis 29-Jährigen vorkommen und einen weiteren, wenn auch deutlich geringeren Höhepunkt bei den über 80-Jährigen aufweisen. In der Bevölkerung mit deutscher Staatsangehörig-

keit konzentrieren sie sich dagegen bei älteren Menschen. Die größten geschlechtsspezifischen Unterschiede bei nicht deutschen Personen finden sich im Alter zwischen 15 und 29 Jahren mit deutlich höheren Inzidenzen bei den Männern. Insgesamt ist ein Anstieg der Tuberkuloseinzidenz in den vergangenen Jahren bei Personen mit nicht deutscher Staatsangehörigkeit zu sehen (Robert Koch-Institut 2016 a). Weiterhin zeigen Studien, dass Menschen mit Migrationshintergrund eine höhere Prävalenz von Hepatitis B (Heidrich et al. 2014) und C haben (Robert Koch-Institut 2016 b).

4 Nicht übertragbare chronische Erkrankungen

Nach Ergebnissen der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) des RKI geben Frauen und Männer mit Migrationshintergrund ähnlich häufig an, an einer chronischen Erkrankung zu leiden wie Menschen ohne Migrationshintergrund (Rommel et al. 2015). Vergleiche zu einzelnen chronischen Erkrankungen beruhen häufig nur auf regionalen Studien oder Teilgruppen. So belegen Analysen mit Krebsregisterdaten, dass die Krebsmorbidity und -sterblich-

keit, von wenigen Krebslokalisationen abgesehen, unter Aussiedlern sowie unter Menschen mit türkischem Migrationshintergrund geringer ausfällt als unter Menschen ohne Migrationshintergrund (Ronellenfitsch et al. 2009; Arnold et al. 2010; Spallek et al. 2012).

Im Hinblick auf die Erkrankungshäufigkeit des Diabetes mellitus Typ 2 liegen keine verlässlichen Zahlen für Menschen mit Migrationshintergrund vor. Es gibt Hinweise darauf, dass die Prävalenz insbesondere bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund über dem Niveau der Allgemeinbevölkerung liegt (Icks et al. 2011). Weiterhin erkranken türkische Frauen häufiger an Schwangerschaftsdiabetes (Reeske et al. 2012). Für die ebenfalls mit dem Lebensstil assoziierten Herz-Kreislauf-Erkrankungen zeigte sich in der Gruppe der Aussiedler eine geringere Mortalität (Ronellenfitsch et al. 2006).

In Studien zur psychischen Gesundheit wurden für Depressionen sowie psychosomatische Erkrankungen zumeist höhere Erkrankungsraten bei Menschen mit Migrationshintergrund berichtet (Rommel et al. 2015; Bermejo et al. 2010; Aichberger et al. 2012; Sahyazici und Huxhold 2012; Schouler-Ocak et al. 2015). Die Datenlage ist jedoch neben methodischen Schwierigkeiten von teils widersprüchlichen Ergebnissen gekennzeichnet (Lindert et al. 2008; Glaesmer et al. 2009). Zudem gibt es Hinweise darauf, dass eine schlechtere psychische Gesundheit bei Menschen mit Migrationshintergrund stark durch deren im Mittel niedrigeren Sozialstatus mitbedingt ist (Sahyazici und Huxhold 2012). In der DEGS1-Studie wurden höhere Werte für eine depressive Symptomatik nach Kontrolle für Alter und Sozialstatus nur bei Männern mit Migrationshintergrund gefunden (Rommel et al. 2015).

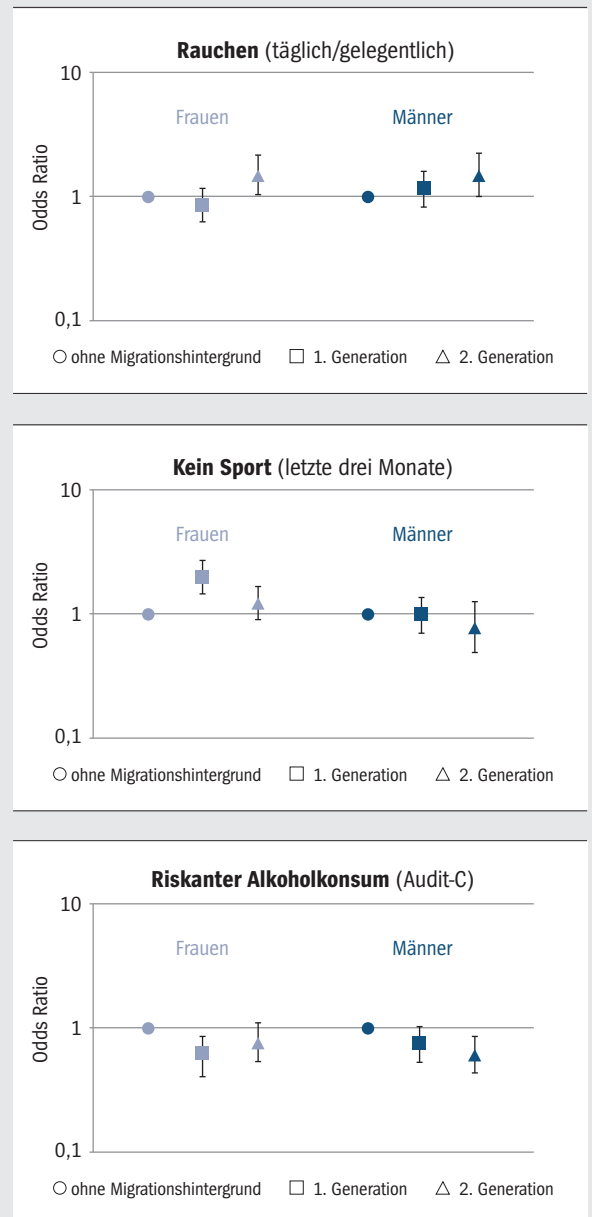
5 Risiko- und Gesundheitsverhalten

Für das Entstehen vieler chronischer Erkrankungen spielen das Gesundheitsverhalten und verhaltensassoziierte Risiken eine große Rolle. Für Menschen mit Migrationshintergrund zeigen sich hier spezifische Risiken und Ressourcen. Repräsentative Daten zur Adipositasprävalenz liegen im Mikrozensus vor: Die Anteile von stark übergewichtigen (adipösen) Erwachsenen unterscheiden sich nur wenig bei Menschen mit und ohne Migrationshintergrund. 13,4 Prozent der Frauen ohne Migrationshintergrund und 15,3 Prozent der Frauen mit Migrationshintergrund sind gemäß Selbstangaben zu Körpergröße und -gewicht adipös. Bei Männern betragen die entsprechenden Anteile 15,4 Prozent und 14,8 Prozent (Statistisches Bundesamt 2013).

Bei Kindern und Jugendlichen ist die Adipositasprävalenz bei Jungen wie Mädchen mit Migrationshintergrund deutlich

ABBILDUNG 2

Zusammenhang von Migrationshintergrund und Indikatoren des Gesundheitsverhaltens bei Frauen und Männern in der DEGS1-Studie



Unter Kontrolle von Alter und Sozialstatus zeigen sich folgende Unterschiede bei Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu Menschen ohne Migrationshintergrund: mehr Raucher in der zweiten Generation, mehr körperlich inaktive Frauen in der ersten Generation und insgesamt geringerer Alkoholkonsum.

höher als bei Kindern und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund (Schenk et al. 2008). Vor allem bei türkischstämmigen Kindern und Jugendlichen sind vergleichsweise hohe Prävalenzen zu finden. Darüber hinaus kommen Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund häufiger vor, wenn die Eltern bereits länger in Deutschland leben. Eine Mischung der Ernährungsgewohnheiten des Herkunfts- und des Aufnahmelandes wird hierfür verantwortlich gemacht. Über die Zeit werden mitgebrachte Ernährungsmuster durch neue Verhaltensroutinen ergänzt (Ünal 2011; Winkler 2003). Ergebnisse der KiGGS-Studie belegen, dass Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund eine weniger gesunde Ernährung aufweisen als Gleichaltrige ohne Migrationshintergrund. Besonders der Konsum von Softdrinks und Snacks ist in Familien mit türkischem Migrationshintergrund weit verbreitet (Kleiser et al. 2010).

Der Konsum von Alkohol und illegalen Drogen ist in der Bevölkerung mit Migrationshintergrund nach vorliegenden Informationen weniger verbreitet als unter Personen ohne Migrationshintergrund (Robert Koch-Institut 2008; Walter et al. 2007; Schenk et al. 2008; Boos-Nünning et al. 2002). Im Hinblick auf den Alkoholkonsum zeigen dies ebenfalls Ergebnisse der DEGS1-Studie, auch unter Kontrolle von Alter und Sozialstatus. Eine Ausnahme stellen Frauen der zweiten Generation dar, die sich beim Alkoholkonsum überwiegend nicht mehr von Frauen ohne Migrationshintergrund unterscheiden (Abbildung 2). Des Weiteren sind insbesondere Frauen der ersten Generation im Vergleich zu Frauen ohne Migrationshintergrund häufiger körperlich inaktiv. Bei Männern wurde kein Unterschied gefunden (Abbildung 2). Weiterhin zeigen sich kaum Unterschiede im Rauchverhalten unter Kontrolle von Alter und Sozialstatus. Lediglich Frauen mit Migrationshintergrund der zweiten Generation rauchen tendenziell etwas häufiger als Frauen ohne Migrationshintergrund (Abbildung 2) (Rommel et al. 2015). Bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund ist der Tabakkonsum niedriger. Besonders Kinder und Jugendliche mit türkischem und arabischem Migrationshintergrund rauchen seltener als Gleichaltrige ohne Migrationshintergrund (Schenk et al. 2008).

6 Gesundheitliche Versorgung

Der Zugang zur Gesundheitsversorgung kann aufgrund von Sprachbarrieren, Informationslücken, kulturellen Unterschieden im Gesundheits- und Krankheitsverständnis, Angst vor aufenthaltsrechtlichen Folgen und Diskriminierungserfahrungen erschwert sein (Razum et al. 2004; Penka et al. 2012; Maier et al. 2015). Um Zugangsbarrieren zu reduzieren und eine adäquate Versorgung der Menschen mit Migrati-

onshintergrund zu gewährleisten, wird daher eine interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems gefordert (Razum et al. 2004; Penka et al. 2012; Schouler-Ocak 2015). Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels wird die pflegerische Versorgung viel diskutiert. Es gibt Hinweise darauf, dass Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund häufiger institutionelle Pflegearrangements vermeiden (Okken et al. 2008; Kohls 2012). Bisweilen wird kritisiert, dass das System der pflegerischen Versorgung auf die Zunahme Pflegebedürftiger mit Migrationshintergrund nicht hinreichend vorbereitet sei (Ulusoy und Gräßel 2010; Zeman 2012).

Auch in der Inanspruchnahme von präventiven Leistungen zeigen sich Unterschiede bei Menschen mit und ohne Migrationshintergrund. Untersuchungen zur Krebsfrüherkennung oder Gesundheits-Check-ups werden von Menschen mit Migrationshintergrund seltener wahrgenommen (Rommel et al. 2015; Aparicio et al. 2005). Allerdings zeigen Auswertungen der DEGS1-Studie, dass die Empfehlungen zur Krebsvorsorge unter Menschen mit Migrationshintergrund auch weniger bekannt sind (Rommel et al. 2015). Des Weiteren zeigen Auswertungen der KiGGS-Studie, dass Früherkennungsuntersuchungen im Kindes- und Jugendalter (U-Untersuchungen) sowie die Zahnvorsorge von Kindern und Jugendlichen aus Familien mit Migrationshintergrund weniger stark in Anspruch genommen werden als von Familien ohne Migrationshintergrund (Schenk et al. 2008). Mit längerer Aufenthaltsdauer der Eltern in Deutschland nimmt die Inanspruchnahme von Früherkennungen hingegen zu. Bei den Schutzimpfungen zeigen sich ähnliche Zusammenhänge: Impflücken bestehen vor allem in Familien, die vergleichsweise kurz in Deutschland leben oder weniger gut integriert sind (Schenk et al. 2008).

Weiterhin werden rehabilitative Versorgungsangebote von Menschen mit Migrationshintergrund seltener in Anspruch genommen (Brzoska und Razum 2015). Obwohl in der Geburtshilfe geringere Inanspruchnahmen von Vorsorgeuntersuchungen bei Müttern mit Migrationshintergrund gefunden wurden, bestehen offenbar keine Unterschiede in Bezug auf Ergebnisindikatoren wie Totgeburten, Frühgeburten oder Fehlbildungen (Spallek et al. 2013).

7 Fazit

Die bisherigen Ausführungen haben deutlich gemacht, dass Menschen mit Migrationshintergrund nicht grundsätzlich kränker oder gesünder sind als Menschen ohne Migrationshintergrund. Zur Beschreibung der Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund ist neben der Berücksichtigung von soziodemografischen Faktoren auch eine differenzierte Betrachtung nach Herkunftsland, Aufenthaltsdauer

und Migrationsgründen notwendig. Dies wird jedoch erschwert durch die noch unzureichende Datenlage. In den bisherigen Datenquellen wird häufig die Staatsangehörigkeit als Differenzierungsmerkmal verwendet. Die Definition des Migrationshintergrundes, die beispielsweise nach erster und zweiter Generation differenzieren lässt, wird zunehmend in Befragungsdaten angewendet. Darüber hinaus stellen die häufig fehlenden soziodemografischen Informationen eine weitere Einschränkung dar. Daher können auch im vorliegenden Beitrag immer nur Teilaspekte der gesundheitlichen Lage dargestellt werden, die sich nicht für die Gesamtheit der Personen mit Migrationshintergrund verallgemeinern lassen.

Hinzu kommt, dass für wichtige Teilbereiche und Untergruppen Daten gänzlich fehlen. Insbesondere zur gesundheitlichen Lage von Asylsuchenden liegen bislang nur wenig belastbare Informationen vor (Frank et al. 2017). Daher zielen aktuell zahlreiche Initiativen darauf ab, die Datenlage in Deutschland zu verbessern. Ein Beispiel ist die vom Bundesministerium für Gesundheit geförderte Dateninitiative „Gesundheit und medizinische Versorgung von Asylsuchenden und Geflüchteten“, die unter der Leitung des Universitätsklinikums Heidelberg in Zusammenarbeit mit der Universität Bielefeld sowie mit Gesundheitsämtern an verschiedenen Standorten in Deutschland und dem RKI eine *sentinel surveillance* zum Gesundheitszustand und zu den gesundheitlichen Bedarfen Asylsuchender und Flüchtlinge in Deutschland aufbaut. Darüber hinaus unternimmt das RKI derzeit verstärkte Maßnahmen, um die teils lückenhafte Informationsgrundlage zur Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland zu verbessern (Frank et al. 2017). Im Zentrum des vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Projekts steht dabei die Erweiterung des Gesundheitsmonitorings des RKI. Die Einbeziehung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Migrationshintergrund in die Gesundheitssurveys des RKI soll verstärkt werden, indem Zugangswege und Rekrutierungsmaßnahmen, aber auch die Inhalte und die Erhebungsinstrumente überprüft und weiterentwickelt werden. Letztendlich soll das Berichtskonzept der Gesundheitsberichterstattung am RKI ausgebaut werden. Die aufgeführten Initiativen werden die Informationsgrundlage zur gesundheitlichen Situation von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland insgesamt deutlich verbessern und somit als verlässliche Grundlage für Entscheidungen der Gesundheitspolitik zur Verfügung stehen.

Literatur

- Aichberger MC, Neuner B, Hapke U et al. (2012):** Der Zusammenhang zwischen Migrationsstatus und depressiven Symptomen in der älteren Bevölkerung in Deutschland. Ergebnisse einer bevölkerungsbasierten Querschnittstudie. *Psychiatrische Praxis*, Band 39, Heft 3, 116–121
- Aparicio ML, Döring A, Mielck A, Holle R (2005):** Unterschiede zwischen Aussiedlern und der übrigen deutschen Bevölkerung bezüglich Gesundheit, Gesundheitsversorgung und Gesundheitsverhalten: eine vergleichende Analyse anhand des KORA-Surveys 2000. *Sozial- und Präventivmedizin*, Band 50, Heft 2, 107–118
- Arnold M, Razum O, Coebergh JW (2010):** Cancer Risk Diversity in Non-western Migrants to Europe: An Overview of the Literature. *European Journal of Cancer*, Band 46, Heft 14, 2647–2659
- Bermejo I, Mayninger E, Kriston L, Härter M (2010):** Psychische Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur deutschen Allgemeinbevölkerung. *Psychiatrische Praxis*, Band 37, Heft 5, 225–232
- Boos-Nünning U, Siefen RG, Kirkcaldy B et al. (2002):** Migration und Sucht. Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos, 9–84
- Bremer V, Gunsenheimer-Bartmeyer B, Marcus U (2016):** HIV-Diagnosen und AIDS-Erkrankungen in Deutschland 2015. *Epidemiologisches Bulletin*, Heft 38
- Brzoska P, Razum O (2015):** Erreichbarkeit und Ergebnisqualität rehabilitativer Versorgung bei Menschen mit Migrationshintergrund. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, Band 58, Heft 6, 553–559
- BAMF (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge) (2016):** Aktuelle Zahlen zu Asyl. Ausgabe Dezember 2016; www.bamf.de/Shared-Docs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Statistik/Asyl/aktuelle-zahlen-zu-asyl-dezember-2016.html?nn=7952222
- Frank L, Yesil-Jürgens R, Razum O et al. (2017):** Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*, Jg. 2, Ausgabe 1, 24–47
- Glaesmer H, Wittig U, Brähler E et al. (2009):** Sind Migranten häufiger von psychischen Störungen betroffen? Eine Untersuchung an einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Allgemeinbevölkerung? *Psychiatrische Praxis*, Band 36, Heft 1, 16–22
- Heidrich B, Cetindere A, Beyaz M et al. (2014):** High Prevalence of Hepatitis Markers in Immigrant Populations: a Prospective Screening Approach in a Real-world Setting. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, Band 26, Heft 10, 1090–1097
- Icks A, Kulzer B, Razum O (2011):** Diabetes bei Migranten. In: *diabetesDE* (Hrsg.): *Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2011*. Mainz: Kirchheim
- Kirkcaldy B, Wittig U, Furnham A et al. (2006):** Migration und Gesundheit. Psychosoziale Determinanten. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, Band 49, Heft 9, 873–883
- Kleiser C, Mensink GBM, Neuhauser H et al. (2010):** Food Intake of Young People with a Migration Background Living in Germany. *Public Health Nutrition*, Band 13, Heft 3, 324–330

- Kohls M (2008):** Leben Migranten wirklich länger? Eine empirische Analyse der Mortalität von Migranten in Deutschland; www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/WorkingPapers/wp16-leben-Migranten-laenger.html
- Kohls M (2012):** Leben ältere Migranten länger? In: Baykara-Krumme H, Schimany P, Motel-Klingebiel A (Hrsg.): Viele Welten des Alterns. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 201–222
- Kuehne A, Fiebig L, Jansen K et al. (2015):** Migrationshintergrund in der infektionsepidemiologischen Surveillance in Deutschland: Analysen am Beispiel Tuberkulose, HIV und Syphilis. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Band 58, Heft 6, 560–568
- Kühne A und Gilsdorf A (2016):** Ausbrüche von Infektionskrankheiten in Gemeinschaftsunterkünften für Asylsuchende 2004–2014 in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Band 59, Heft 5, 570–577
- Lindert J, Brähler E, Wittig U et al. (2008):** Depressivität, Angst und posttraumatische Belastungsstörung bei Arbeitsmigranten, Asylbewerbern und Flüchtlingen. Systematische Übersichtsarbeit zu Originalstudien. Psychotherapie – Psychosomatik – Medizinische Psychologie, Band 58, Heft 3/4, 109–122
- Maier I, Kriston L, Harter M et al. (2015):** Psychometrische Überprüfung eines Fragebogens zur Erfassung der Barrieren der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch Personen mit Migrationshintergrund. Gesundheitswesen, Band 77, Heft 10, 749–756
- Okken PK, Spallek J, Razum O (2008):** Pflege türkischer Migranten. In: Bauer U, Büscher A (Hrsg.): Soziale Ungleichheit und Pflege. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 396–422
- Penka S, Schouler-Ocak M, Heinz A, Kluge U (2012):** Interkulturelle Aspekte der Interaktion und Kommunikation im psychiatrisch/psychotherapeutischen Behandlungssetting. Mögliche Barrieren und Handlungsempfehlungen. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Band 55, Heft 9, 1168–1175
- Razum O (2009):** Migration, Mortalität und der Healthy-migrant-Effekt. In: Richter M und Hurrelmann K (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit – Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 267–282
- Razum O, Geiger I, Zeeb H, Ronellenfitsch U (2004):** Gesundheitsversorgung von Migranten. Deutsches Ärzteblatt, Band 101, Heft 43, 2439–2443
- Razum O, Zeeb H, Schenk L (2008):** Migration und Gesundheit: Ähnliche Krankheiten, unterschiedliche Risiken. Deutsches Ärzteblatt, Band 105, Heft 47, 2520–2522
- Reeske A, Zeeb H, Razum O, Spallek J (2012):** Unterschiede in der Gestationsdiabetesinzidenz im Vergleich zwischen türkischstämmigen und deutschen Frauen: Eine Analyse von Abrechnungsdaten der AOK Berlin, 2005–2007. Geburtshilfe und Frauenheilkunde, Band 72, Heft 4, 305–310
- Robert Koch-Institut (2008):** Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Migration und Gesundheit. Berlin: Robert Koch-Institut
- Robert Koch-Institut (2015):** Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Gemeinsam getragen von RKI und Destatis: Gesundheit in Deutschland. Berlin: Robert Koch-Institut
- Robert Koch-Institut (2016 a):** Bericht zur Epidemiologie der Tuberkulose in Deutschland für 2015. Berlin: Robert Koch-Institut
- Robert Koch-Institut (2016 b):** Zur Situation bei wichtigen Infektionskrankheiten in Deutschland: Hepatitis C im Jahr 2015. Epidemiologisches Bulletin, Heft 29, 255–265
- Rommel A, Ellert U (2016):** Die gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. Internistische Praxis, Band 57, Heft 1, 121–136
- Rommel A, Saß AC, Born S, Ellert U (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, Band 58, Heft 6, 543–552
- Ronellenfitsch U, Kyobutungi C, Becher H, Razum O (2006):** All-cause and Cardiovascular Mortality among Ethnic German Immigrants from the Former Soviet Union: a Cohort Study. BMC Public Health, Band 6, 16
- Ronellenfitsch U, Kyobutungi C, Ott JJ et al. (2009):** Stomach Cancer Mortality in Two Large Cohorts of Migrants from the Former Soviet Union Israel and Germany: Are there Implications for Prevention? European Journal of Gastroenterology & Hepatology, Band 21, Heft 4, 409–416
- Sahyazici F, Huxhold O (2012):** Depressive Symptome bei älteren türkischen Migrantinnen und Migranten. In: Baykara-Krumme H, Schimany P und Motel-Klingebiel A (Hrsg.): Viele Welten des Alterns. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 181–200
- Sass AC, Grune B, Brettschneider AK et al. (2015):** Beteiligung von Menschen mit Migrationshintergrund an Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Band 58, Heft 6, 533–542
- 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. Berlin: Robert Koch-Institut
- Schouler-Ocak M (2015):** Psychiatrische Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. Nervenarzt, Band 86, Heft 11, 1320–1325
- Schouler-Ocak M, Aichberger MC, Penka S et al. (2015):** Psychische Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Band 58, Heft 6, 527–532
- Spallek J, Arnold M, Razum O et al. (2012):** Cancer Mortality Patterns among Turkish Immigrants in Four European Countries and in Turkey. European Journal of Epidemiology, Band 27, Heft 12, 915–921
- Spallek J, Lehnhardt J, Reeske A et al. (2013):** Perinatal Outcomes of Immigrant Women of Turkish, Middle Eastern and North African Origin in Berlin, Germany: a Comparison of Two Time Periods. Archives of Gynecology and Obstetrics, Band 289, Heft 3, 505–512
- Statistisches Bundesamt (2013):** Bevölkerung nach Migrationshintergrund, Body-Mass-Index, Rauchverhalten, gesundheitlich bedingten Erwerbsunterbrechungen und Armutsgefährdungsquote. Daten aus dem Mikrozensus 2005 und 2009 (Sonderauswertung). Wiesbaden: Statistisches Bundesamt

Statistisches Bundesamt (2017): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2015. Fachserie 1 Reihe 2.2. Wiesbaden: Destatis

Ulusoy N, Gräbel E (2010): Türkische Migranten in Deutschland. Wissens- und Versorgungsdefizite im Bereich häuslicher Pflege – ein Überblick. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 43, Heft 5, 330–338

Ünal A (2011): Warum sind türkische Kinder oft so dick? Ernährung bei Familien mit Migrationshintergrund. MMW-Fortschritte der Medizin, Band 153, Heft 43, 50–52

Walter U, Krauth C, Kurtz V et al. (2007): Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Migranten unter besonderer Berücksichtigung von Sucht. Der Nervenarzt, Band 78, Heft 9, 1058–1061

Winkler G (2003): Ernährungssituation von Migranten in Deutschland – was ist bekannt? Teil 2: Ernährungsverhalten. Ernährungs-Umschau, Heft 50, 219–221

Zeman P (2012): Ältere Migrantinnen und Migranten in der Altenhilfe und kommunalen Alternspolitik. In: Baykara-Krumme H, Schimany P, Motel-Klingebiel A (Hrsg.): Viele Welten des Alterns. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 449–465

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 22. März 2017)

DIE AUTOREN



Laura Frank, Dipl.-Ernähr., M.Sc. Epidemiology,

Jahrgang 1982, studierte Ernährungswissenschaften an der Universität Potsdam (2004 bis 2010) und machte ihren Master of Science in Epidemiologie an der Berlin School of Public Health an der Charité Berlin (2010 bis 2013). Von 2010 bis 2015 war sie Doktorandin am Deutschen Institut für Ernährungsforschung Potsdam-Rehbrücke in der Abteilung Molekulare Epidemiologie. Seit 2015 ist sie wissenschaftliche Mitarbeiterin am Robert Koch-Institut im Fachgebiet „Soziale Determinanten der Gesundheit“. Ihr Themenschwerpunkt ist Migration und Gesundheit.



Alexander Rommel, M. A.,

Jahrgang 1972, studierte Soziologie, Politische Wissenschaft und Philosophie an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg. Ab 1999 war er wissenschaftlicher Mitarbeiter und Projektleiter am Wissenschaftlichen Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD) in den Bereichen Gesundheitsberichterstattung, Surveyforschung und Versorgungsforschung. Seit 2012 ist er wissenschaftlicher Mitarbeiter am Robert Koch-Institut im Fachgebiet Gesundheitsberichterstattung. Er forscht und arbeitet als Berichterstatter zu Themen der gesundheitlichen Versorgung, Pflege sowie zu Migration und Gesundheit.



PD Dr. Thomas Lampert, Dipl.-Soz.,

Jahrgang 1970, studierte Soziologie, Psychologie und Statistik an der Freien Universität Berlin, promovierte an der Technischen Universität (TU) Berlin und habilitierte an der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig. Er war wissenschaftlicher Mitarbeiter am Max-Planck-Institut für Bildungsforschung (1996 bis 1999) und am Institut für Gesundheitswissenschaften/Public Health der TU Berlin (1999 bis 2002). Seit 2002 ist er wissenschaftlicher Mitarbeiter am Robert Koch-Institut, seit 2007 stellvertretender Leiter des Fachgebiets Gesundheitsberichterstattung und seit 2015 Fachgebietsleiter „Soziale Determinanten der Gesundheit“.