

Aus dem
CharitéCentrum 01 für Human- und Gesundheitswissenschaften
Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft
Direktorin: Prof. Dr. Adelheid Kuhlmeiy

Habilitationsschrift

Migrationssensible Gesundheitsforschung. Theoretische und empirische Forschungsergebnisse

zur Erlangung der Lehrbefähigung
für das Fach Medizinische Soziologie

vorgelegt dem Fakultätsrat der Medizinischen Fakultät
Charité-Universitätsmedizin Berlin

von

Dr. phil. Liane Schenk

Eingereicht: April 2016

Dekan: **Prof. Dr. Axel R. Pries**

1. Gutachter/in: Prof. Dr. Steffi Riedel-Heller, Leipzig

2. Gutachter/in: Prof. Dr. Matthias Richter, Halle

In die Kumulative Schrift eingebundene Arbeiten

- [1] **Schenk L**, Neuhauser H. Standards einer migrantensensiblen Forschung in der Epidemiologie. Bundesgesundheitsblatt 2005 (48/3): 279-286.
- [2] **Schenk L**, Bau A-M, Borde T, Butler J, Lampert T, Neuhauser H, Razum O, Weilandt C. Mindestindikatorensatz zur Erfassung des Migrationsstatus. Empfehlungen für die epidemiologische Praxis. Bundesgesundheitsblatt 2006 49: 853-860.
- [3] **Schenk L**. Migrantenspezifische Teilnahmebarrieren und Zugangsmöglichkeiten im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey. Gesundheitswesen 2002; 64. Sonderheft 1: 59-68
- [4] **Schenk L**, Neuhauser H. Beteiligung von Migranten im Telefonischen Gesundheitssurvey: Möglichkeiten und Grenzen. Gesundheitswesen 2005; 67: 719-725.
- [5] **Schenk L**. Migration und Gesundheit – Entwicklung eines Erklärungs- und Analysemodells für epidemiologische Studien. Int J Public Health 2007 (52): 87-96.
- [6] Poethko-Müller C, Ellert U, Kuhnert R, Neuhauser H, Schlaud M, **Schenk L**. Vaccination coverage against measles in German-born and foreign-born children and identification of unvaccinated subgroups in Germany. Vaccine 27 (2009) 2563–2569.

Inhalt

Abkürzungsverzeichnis	3
1 Einleitung	4
1.1 Datenlage	5
1.2 Soziale Lage	7
1.3 Gesundheitliche Lage	8
1.4 Forschungsziele	11
2 Ergebnisse	12
2.1 Standards einer migrationssensiblen Gesundheitsforschung	12
2.2 Begriffsbestimmung und Operationalisierung der Zielpopulation – Entwicklung eines Mindestindikatorensatzes	21
2.3 Teilnahmeverhalten und Stichprobeneffekte	30
2.4 Erklärungs- und Analysemodell zum Zusammenhang von Migration und Gesundheit	49
2.5 Der Einfluss der Migration bei der Durchimpfung gegen Masern	60
3 Diskussion	68
3.1 Begriffsbestimmung und Operationalisierung	68
3.2 Zugang zu Personen mit Migrationshintergrund in Gesundheits- und Pflegesurveys	72
3.3 Erklärungsmodelle	74
4 Zusammenfassung	80
5 Literatur	84
6 Danksagung	90
7 Erklärung	91

Abkürzungsverzeichnis

BMI	Body-Mass-Index
GBE	Gesundheitsberichterstattung
GEDA	Gesundheit in Deutschland aktuell
GGG	Generations and Gender Survey
GSTel03	Telefonischer Gesundheitssurvey 2003
KiGGS	Kinder- und Jugendgesundheitssurvey
MH	Migrationshintergrund
RKI	Robert Koch-Institut
SES	Socioeconomic status
SOEP	Sozio-oekonomisches Panel
STIKO	Ständige Impfkommission

1 Einleitung

Die Einwanderungswellen seit dem Zweiten Weltkrieg sind nicht ohne Wirkung auf die Sozialstruktur der bundesdeutschen Gesellschaft geblieben. Erklärte bereits in den 1970er Jahren die Unterschichtungstheorie den Einfluss von Arbeitsmigration („Gastarbeit“) und ethnischer Zugehörigkeit auf die Sozialstruktur (Hoffmann-Nowotny 1973), hat die Verschränkung von Migrationsforschung und der Soziologie sozialer Ungleichheit in den letzten Jahren mit der Transnationalisierungsdebatte eine neue Dynamik erfahren. Eine zentrale Forderung ist hierbei, die Analyse sozialer Ungleichheit nicht nur auf den räumlichen Bezugsrahmen des Nationalstaats zu beschränken, sondern diese gleichsam zu entgrenzen und transnationale soziale Räume in den Blick zu nehmen. Entscheidend ist hierbei nicht nur vorhandene Ressourcen, sondern auch deren Anschlusschancen und Anschlussprobleme in (potenziellen) Zuwanderungsländern zu analysieren (Weiß 2008).

Nach wie vor wird die soziale Platzierung innerhalb nationalstaatlicher Grenzen durch den Migrationshintergrund mitbestimmt. Mit einem Migrationshintergrund aufzuwachsen ist auch für nachfolgende Einwanderergenerationen mit ungleichen Zugangschancen vor allem zu ökonomischem und kulturellem Kapital verknüpft. Internationale und nationale Befunde dokumentieren, dass Migrant*innenpopulationen resp. ethnische Minderheiten in einigen Gesundheitsbereichen zwar höheren, in anderen jedoch ähnlichen oder geringeren Risiken unterliegen als Menschen ohne Migrationshintergrund (Rechel et al. 2013, Knipper & Bilgin 2009, Razum 2008a). Trotz sozialer Benachteiligung kann offenkundig nicht per se von einer prekäreren gesundheitlichen Verfassung gesprochen werden. Dies verweist einmal mehr auf die Vielschichtigkeit des Zusammenhangs von Migration und Gesundheit. Die Frage, ob Migration krank macht resp. wie gesund oder krank Personen mit Migrationshintergrund sind, wird zunehmend abgelöst von Fragestellungen, die den Zusammenhang von Migration und Gesundheit zu erklären suchen. Voraussetzung für eine erfolgreiche Analyse dieser Fragestellungen ist allerdings eine aussagekräftige Datenbasis.

Die in die vorliegende Habilitationsschrift eingebundenen Publikationen sind zu einem Zeitpunkt entstanden, als für Deutschland noch keine verallgemeinerbaren Ergebnisse zur gesundheitlichen Situation von Menschen aus Zuwandererfamilien vorlagen. Sie sind im Kontext von Bemühungen des Robert Koch-Instituts zu verstehen, Personen mit Migrationshintergrund in ausreichendem Maße an Gesundheitssurveys, insbesondere am Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS), zu beteiligen und aussagekräftige Daten für diese Teilpopulation zu generieren. Ziel meiner Arbeiten war es, eine migrationsensible Gesundheitsforschung methodisch-methodologisch zu fundieren und forschungspraktisch umzusetzen. Die weltweite Zunahme von internationalen Kriegen, Bürgerkriegen und anderen ökonomisch, politisch und/ oder ethnisch motivierten Konflikten schlägt sich seit geraumer Zeit in einer neuen Zuwanderungswelle in die Länder der Europäischen Union

nieder. Vor dem Hintergrund dieses Anstiegs der Flüchtlingsmigration und den damit verknüpften Herausforderungen für eine angemessene gesundheitliche Versorgung der Asylsuchenden haben Fragestellungen der Repräsentation der Migrationsbevölkerung in Gesundheitsstudien neue Aktualität erfahren.

Die nachfolgende Einleitung gibt einen knappen Überblick über die aktuelle Datenlage und über die soziale sowie gesundheitliche Situation von Personen mit Migrationshintergrund. Berücksichtigt werden hierfür Befunde, die zeitlich nach den hier vorzustellenden Forschungsarbeiten liegen und teilweise Resultat dieser sind. Zu Teilen übernehme ich zu diesem Zweck für Kap. 1.1 leicht überarbeitete Auszüge meines Aufsatzes „Einführung. Migrantensensible Studiendesigns in der Epidemiologie – ein kurzer Problemaufriss“ (Schenk 2006) aus der Dokumentation der Fachtagung „Migrationssensible Studiendesigns zur Repräsentation des Migrationsstatus in der Gesundheitsforschung“ des Robert Koch-Instituts sowie meines Beitrages „Gesundheit und Krankheit älterer und alter Migranten“ (Schenk 2008) im Handbuch „Alter, Gesundheit und Krankheit“ für Kap. 1.2 und Kap. 1.3.

1.1 Datenlage

Im Jahre 2006 machten neue Daten des Mikrozensus Schlagzeilen, die den Anteil an Personen mit Migrationshintergrund präsentierten (Spiegel Online 2006). Nach Auswertung der Mikrozensusfragen hatte fast ein Fünftel der im Jahre 2005 in Deutschland lebenden Bevölkerung einen Migrationshintergrund. Diese Zahlen überraschten, da der bis dahin ausgewiesene Anteil nicht einmal halb so hoch war. Doch nicht die Zahl der Migrantinnen und Migranten hatte sich sprunghaft erhöht, das System ihrer Erfassung und Dokumentation hatte sich verändert. Nach jenem werden seither nicht nur – wie es in der amtlichen Statistik in der Regel gängig war (und auch zu großen Teilen noch ist) – die aktuelle, sondern darüber hinaus die vormalige Staatsangehörigkeit und der frühere Wohnort erfasst. Alle vier Jahre wird seit dem Jahre 2005 weiterhin die derzeitige und - nach Einbürgerung - auch die vorherige Staatszugehörigkeit der *Eltern* erfragt. Damit zählen zu Personen mit Migrationshintergrund neben jenen, die nichtdeutsche Staatsbürger/innen und im amtlichen Sprachgebrauch Ausländer/innen sind, auch eingebürgerte Migrantinnen und Migranten, zugewanderte Spätaussiedler/innen (mit deutscher Staatsangehörigkeit) sowie Personen, die selbst zwar nicht zugewandert sind und über eine deutsche Staatsangehörigkeit verfügen, bei welchen aber mindestens ein Elternteil Ausländer/in, Eingebürgerte/r oder Aussiedler/in ist.

Dieses Beispiel macht deutlich, welche Konsequenzen eine sich verändernde Erfassungspraxis des Migrationsstatus allein für die statistische Repräsentation von Migrantinnen und Migranten in Deutschland hat. Unterschiedliche gesellschaftliche Entwicklungen und damit verknüpfte jeweils typische Einwanderungsszenarien führten zudem zu international verschiedenen Erfassungssystemen. Das Beispiel zeigt weiterhin,

dass die Anteile variieren, je nachdem, wer als Migrant/in bzw. als Person mit Migrationshintergrund definiert wird. Die den Erhebungsinstrumenten zugrunde gelegte Begriffsbestimmung der zu erfassenden Population differiert darüber hinaus im internationalen Vergleich, wird aber selbst in wissenschaftlichen Studien eines Landes uneinheitlich gehandhabt (Schenk 2006). Einen wertvollen Überblick über epidemiologisch relevante Datenquellen in Deutschland und deren aktuelle Operationalisierung des Migrationsstatus geben Reiss et al. (2013).

Die in Deutschland viel zitierte unbefriedigende Datenlage zur Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund war also auch darauf zurückzuführen, dass die eingesetzten Befragungsinstrumente Migrantinnen und Migranten im Datensatz häufig nur unzulänglich identifizieren konnten und dass durch eine fehlende einheitliche begriffliche Beschreibung und Operationalisierung die Vergleichbarkeit verschiedener Datenquellen nicht gegeben war. Weitere Gründe waren in einem systematischen Ausschluss von Teilen der Migrantenpopulation aus einzelnen Studien sowie einer geringeren Erreichbarkeit von Migrantinnen und Migranten für Studien zu sehen. Vor einigen Jahren nun hat das Robert Koch-Institut (RKI) einen umfassenden Bericht zur gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund erarbeitet (Schenk et al. 2008a). Das Novum bestand darin, dass es mit der Integration eines migrantenspezifischen Zugangs gelungen war, Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund entsprechend ihrem Anteil in der Bevölkerung an einem bundesweiten Gesundheitssurvey in Deutschland zu beteiligen. Damit lagen erstmalig statistisch belastbare überregionale Daten zur gesundheitlichen Situation einer Migrantenteilpopulation vor. Die Datenbasis erlaubt es innerhalb der Migrantenpopulation u. a. nach einseitigen und beidseitigen Migrationshintergrund, nach Aufenthaltsdauer, Einwanderergeneration, Herkunftsland, Aufenthaltsstatus, Geschlecht und Sozialstatus zu differenzieren.

Vom Robert Koch-Institut wurde weiterhin ein erster Schwerpunktbericht zum Thema „Migration und Gesundheit“ in Deutschland vorgelegt, in den auch Sonderauswertungen des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) eingeflossen sind (Razum et al. 2008a). Allerdings fokussiert der SOEP nicht primär auf Gesundheit, erfasst folglich nur ein ausgewähltes Spektrum an gesundheitsbezogenen Fragestellungen und beinhaltet auch keinen medizinischen Untersuchungsteil (im Unterschied zum Bundesgesundheitsurvey BGS '98 oder zur KiGGS-Basiserhebung). Keine bundesweit repräsentativen Untersuchungen liegen bislang zum Gesundheitszustand der erwachsenen resp. älteren Migrantenbevölkerung vor (Schenk 2008). Der nicht legalisierten Situation entsprechend rar sind weiterhin Befunde zur Gesundheit von Zugewanderten ohne Aufenthaltstitel, die aber zugleich als eine besonders vulnerable Gruppe einzuschätzen sind.

1.2 Soziale Lage

Trotz verbesserter Bildungsbeteiligung und gestiegener Bildungserfolge in den letzten Jahrzehnten ist ein Migrationshintergrund nach wie vor mit geringeren Bildungsaussichten verknüpft. Dies betrifft sowohl selbst zugewanderte als auch Kinder und Jugendliche der zweiten und dritten Einwanderergeneration. Eine Erklärung hierfür sind u. a. im Laufe der Sozialisation ‚inkorporierte kulturelle Kommunikations- und Lernstile‘, die im hiesigen Bildungssystem mehr oder weniger Akzeptanz finden (Nohl et al. 2010). So beendeten das Schuljahr 2012/13 laut Schulstatistik im Vergleich zu deutschen beinahe doppelt so viele Jugendliche nichtdeutscher Staatsangehörigkeit mit einem Hauptschulabschluss oder blieben ohne Schulabschluss (52% vs. 27,4%; Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2014: 94). Entsprechend geringer fiel der Erwerb höherwertiger Schulabschlüsse aus: Eine allgemeine Hochschulreife konnten 40,2% der deutschen und nur 16,2% der ausländischen Schülerinnen und Schüler erreichen. Etwas kleiner gestaltet sich diese Kluft, werden Zahlen des Mikrozensus für 15- bis 20-Jährige zugrunde gelegt und auch junge Menschen mit Migrationshintergrund, die über eine deutsche Staatsangehörigkeit verfügen, berücksichtigt (ebd.: 96). Konstant gering ist jedoch die Beteiligung am Ausbildungsmarkt. Der Übergang in eine betriebliche Ausbildung gelingt nicht nur seltener, sondern wenn, dann mit erheblicher Verzögerung (Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2014: 111). Zum einen ist dies als Ausdruck einer sich verschärfenden Ausbildungs- und Arbeitsmarktsituation für Haupt- und Realschüler zu werten. Der Druck erhöht sich in Folge des zunehmenden Anteils der Abiturientinnen und Abiturienten in Deutschland und deren Bevorzugung in vielen Ausbildungsberufen (Giesecke et al. 2010). Zum anderen wird die Benachteiligung auf dem Ausbildungsmarkt mit ethnischer Diskriminierung erklärt. Bspw. greifen Unternehmen mit der Intention, Unsicherheiten wie Abbrüche, mangelnde Motivation, Zuverlässigkeit etc. zu kontrollieren, neben Schulabschlüssen auf askriptive Merkmale wie den Namen der Lehrstellenbewerberinnen und -bewerber zurück, die auf einen Migrationshintergrund hinweisen (Beck et al. 2010). Ein Beleg dafür mag sein, dass obgleich Jugendliche arabischer und türkischer Herkunft die meisten Bewerbungsschreiben versenden, sie die geringsten Aussichten haben, zu einem Vorstellungsgespräch eingeladen zu werden (Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2014: 114).

Die ältere Bevölkerung mit Migrationshintergrund, die ihren Bildungsweg zumeist im Herkunftsland beendet hat, weist vor allem aufgrund nicht vorhandener Schul- und beruflicher Bildungsabschlüsse einen deutlich niedrigeren Bildungsgrad als die autochthone Bevölkerung auf (Schenk 2008).

Hinweise auf eine ethnische Segmentierung des Arbeitsmarktes sind die Beschäftigung von ausländischen Staatsangehörigen in niedrig entlohnten Berufsfeldern mit eher geringen Qualifikationsanforderungen und hoher Arbeitsplatzunsicherheit sowie die im Vergleich zur

allgemeinen Arbeitslosenquote mehr als doppelt so hohe Arbeitslosenquote der ausländischen Bevölkerung (14,4% vs. 6,2%; Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2014: 167).

Die prekären Beschäftigungsverhältnisse manifestieren sich in einer materiellen Schlechterstellung der Migrantenbevölkerung. Neben Kindern mit allein erziehendem Elternteil und Kindern mit mehreren Geschwistern tragen Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund die höchsten Armutsrisiken (Lampert et al. 2005, Butterwegge 2010). Die aktuelle Armuts- und Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung bescheinigt Familien mit Migrationshintergrund eine etwa doppelt so hohe Armutsgefährdung wie Familien ohne Migrationshintergrund (BMAS 2013: 125). Daten des Sozio-oekonomischen Panels belegen zudem ein deutlich höheres Armutsrisiko der älteren Bevölkerung mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit ab 60 Jahre (32,1%) im Vergleich zu den deutschen Staatsangehörigen dieser Altersgruppe (9,7%) (Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2005: 152). Innerhalb der Migrantenbevölkerung lassen sich dabei deutliche Unterschiede ausmachen: Das größte Armutsrisiko, bezogen auf eine Armutsrisikoschwelle von 60% des mittleren Einkommens, vereinen Personen mit türkischer und ehemals jugoslawischer Staatszugehörigkeit sowie (Spät-) Aussiedler/innen (Schopf & Naegele 2005). Wird das Pro-Kopf-Einkommen von 2002 zur Grundlage genommen, rangiert die türkische Bevölkerung mit Abstand am unteren Ende der Einkommensleiter (türkische Staatsangehörigkeit: 593 Euro/Monat versus deutsche Staatsangehörigkeit: 1.101 Euro/Monat; Schopf & Naegele 2005).

1.3 Gesundheitliche Lage

Mit „Ähnliche Krankheiten, unterschiedliche Risiken“ hat ein Artikel das Resümee des durch das RKI herausgegebenen GBE-Berichtes „Migration und Gesundheit“ überschrieben (Razum et al. 2008b). Vergleichbar, so heißt es, sei das Morbiditätsspektrum von Personen mit Migrationshintergrund (MH) und von Personen ohne MH in Deutschland, Unterschiede finden sich indes hinsichtlich Inzidenz und Prävalenz einiger Bereiche des Krankheitsgeschehens. Gleichwohl zeigt sich eine große Diversität innerhalb der Migrantenpopulation, die ohne eine adäquate Erfassung des Migrationsstatus und ohne spezifische Bemühungen um eine ausreichende Beteiligung der Migrantinnen und Migranten an den Gesundheitsstudien nicht abgebildet werden könnte. Nachfolgend werden schlaglichtartig nur einige Befunde zur gesundheitlichen Situation der Migrantenpopulation aufgeführt, die diese Komplexität des Gesundheitsgeschehens verdeutlichen.¹

¹ Die nachfolgenden Ergebnisse finden sich vor allem im Schwerpunktbericht „Migration und Gesundheit“ des RKI (Razum et al. 2008; vgl. auch Razum & Spallek 2009) sowie in den Beiträgen zur Gesundheitsberichterstattung zum Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003-2006 (Schenk et al. 2008a).

Ein konstanter Befund sind höhere Inzidenzen und Prävalenzen von Tuberkulose in der ausländischen Bevölkerung. Im Jahre 2011 betrug die Inzidenz der Personen mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit 22,1/100.000 Einwohner/innen und war damit 6,5-mal so hoch wie die Inzidenz in der Bevölkerung mit deutschem Pass (Brodhun et al. 2013). Diesen Befund erklärende Gründe werden kontrovers diskutiert. Zum einen werden prekäre Wohn- und Arbeitsbedingungen im Zuzugsland vor allem für die höheren Tuberkulose-Prävalenzen unter den Arbeitsmigrant/innen der ersten Generation aus den Anwerbeländern verantwortlich gemacht (Korporal & Dangel 2006), zum anderen wird die Zuwanderung aus sog. Hochprävalenzländern als Begründung angeführt.

Ein differenziertes Bild liefert die Betrachtung des Unfallgeschehens. Razum et al. (2008) belegen, dass vermutlich in Folge körperlich riskanterer Beschäftigungsbedingungen Arbeitsunfälle unter Männern mit türkischer Staatsangehörigkeit rund 1,5-mal so oft wie unter jenen mit deutscher Staatsbürgerschaft zu verzeichnen sind (vgl. auch Razum & Spallek 2009). Die KiGGS-Daten weisen derweil die niedrigsten Unfallraten für Mädchen mit beidseitigem Migrationshintergrund aus (Schenk et al. 2008a). Generell erleiden Mädchen seltener als Jungen Unfälle, dieser Geschlechtseffekt verstärkt sich allerdings bei Mädchen mit MH im Vergleich zu Mädchen ohne MH. Geschlechtstypische Verhaltenserwartungen, die eine geringere Verletzungshäufigkeit unter den Mädchen erklären könnten, sind anscheinend kulturspezifisch überformt. Im Vergleich zu den Jungen ohne Migrationshintergrund waren nur türkeistämmige Jungen signifikant häufiger von einer Unfallverletzung betroffen.

Auch Risikofaktoren wie Übergewicht und Tabakkonsum verteilen sich in Abhängigkeit vom Migrationsstatus. Der durchschnittliche Body-Mass-Index (BMI) differiert insbesondere in den höheren Altersgruppen und ist besonders augenfällig unter den Frauen. Ein prägnant größerer Anteil der Migrantinnen im Alter von mindestens 65 Jahren ist adipös mit einem BMI von 30 kg/m² und mehr (mit MH: 28,3 % gegenüber Frauen ohne MH derselben Altersgruppe: 16,8 %; Datenbasis: Mikrozensus 2005 – Schenk 2008: 169). KiGGS-Befunde können darüber hinaus belegen, dass sich Kinder und Jugendliche ohne MH hinsichtlich ihres BMI nicht von jenen mit einseitigem MH unterscheiden. Überproportional hohe Raten an Übergewichtigen lassen sich jedoch unter Kindern und Jugendlichen mit beidseitigem MH feststellen, obgleich in deutlicher Variation bzgl. Herkunftsland und Geschlecht. Eine Erklärung hierfür scheinen kultur- und geschlechtsspezifisch geprägte Körperbilder (der Eltern) zu sein. Mit zunehmendem Alter der Jugendlichen, so zeigen altersbezogene Analysen, scheint der Einfluss des Migrationshintergrundes abzunehmen und sich das Gewichts- und Körperbewusstsein unter den Jugendlichen anzunähern. Erst Längsschnittanalysen könnten indes ausschließen, ob es sich hierbei möglicherweise auch um einen Kohorteneffekt handelt, der mit einem erhöhten Übergewichtsrisiko für die nachwachsende Kindergeneration einhergeht (Schenk et al. 2008a).

In den höheren Altersgruppen ab 45 Jahren liegt die Raucherquote unter den männlichen Migranten erheblich über jener der Männer ohne MH. Das Verhältnis verkehrt sich bei Betrachtung der Frauen: Hier rauchen die zugewanderten Frauen seltener als Frauen ohne MH (Schenk 2008: 169). Die KiGGS-Daten zeigen für das Jungendalter (noch) keine statistisch relevanten Unterschiede im Rauchverhalten der Jungen mit und ohne MH. Mädchen aus Einwandererfamilien rauchen hingegen signifikant seltener als Mädchen ohne MH. Vermutlich ist dies wiederum Ausdruck geschlechtstypischer Verhaltenserwartungen, die in der Migrantenpopulation anders zutage treten als in der Bevölkerung ohne MH (Schenk et al. 2008a).

Differenzen innerhalb der Migrantenpopulation erklären weiterhin die Aufenthaltsdauer im Zuwanderungsland resp. die Zugehörigkeit zur ersten oder einer nachfolgenden Einwanderergeneration. So verändern sich bspw. das Mundgesundheitsverhalten (Schenk et al. 2007) sowie die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen im zeitlichen Verlauf (Schenk et al. 2008a). Vermutlich nähern sich dem Verhalten zugrunde liegendes Gesundheitswissen und Kenntnisse um Versorgungsangebote, aber auch Krankheits- und Gesundheitskonzepte jenem der Mehrheitsbevölkerung an.

Migrationsspezifische Differenzen lassen sich auch bei der selbst berichteten Gesundheit beobachten. Signifikant seltener beurteilen Kinder und Jugendliche mit beidseitigem MH ihre Gesundheit als sehr gut oder gut im Vergleich zu jenen ohne MH resp. mit einseitigem MH. Unterschiede manifestieren sich zudem zwischen den Herkunftsländern sowie zwischen Mädchen und Jungen (Schenk et al. 2008). Die Betrachtung älterer Migrant/innen scheint darauf hinzudeuten, dass die Schere zwischen der Gesundheitszufriedenheit von Migrant/innen und Nicht-Migrant/innen mit dem Alter weiter auseinander geht (Ronellenfitch & Razum 2004; Zeeb et al. 2005; vgl. auch Özcan & Seifert 2006). Butterwegge (2013) zeigt sowohl anhand von Daten des SOEP als auch des GGS, dass jüngere (erwachsene) türkische Migrantinnen und Migranten gesünder und ältere ungesünder sind als die alt eingessene Bevölkerung. Analysen des SOEP zeigen weiterhin, dass Diskriminierungserfahrungen sowohl die selbst berichtete seelische als auch physische Gesundheit negativ beeinflussen (Igel et al. 2010; Schunck et al. 2014). Unterschiede zumindest hinsichtlich der erlebten Diskriminierung variieren auch hier in Abhängigkeit vom Herkunftsland der Befragten. Auf einen differenziert vermittelten Zusammenhang zwischen verschiedenen Aspekten des Migrationshintergrundes und der Ausprägung einer psychischen Störung verweist auch die Arbeit von Schouler-Ocak et al. (2015).

Ein Phänomen, welches im Kontext soziokultureller Vielfalt diskutiert wird, ist eine zunehmende Diversifizierung von Migrationswegen, Kommunikationsmöglichkeiten sowie Herkunftsregionen und damit der Migrantenpopulation selbst (Salzbrunn 2014). Gesundheitsstudien sehen sich daher auch vor der Herausforderung, die Komplexität der Bevölkerung

mit Migrationshintergrund, die wachsende Vielfalt soziokultureller Milieus und ihre Dynamik einzufangen.

1.4 *Forschungsziele*

Die dieser Habilitationsschrift zugrunde gelegten Publikationen sind, wie eingangs angemerkt, den soeben dargestellten KiGGS-Ergebnissen vorausgegangen und basierten diese gewissermaßen vor allem in methodisch-methodologischer Hinsicht. Sie sind im Kontext der eingangs skizzierten Bemühungen um die Beteiligung von Personen mit Migrationshintergrund an Gesundheitssurveys entstanden und eingebettet in die Entwicklung von Standards einer migrationssensiblen Forschung. Verdienstvolle Arbeiten, an die dabei angeknüpft werden konnte, sind u. a. jene von Razum & Zeeb (1998); Zeeb & Razum (1999) und Borde (2005, 2006).

Ein erster Teil der Habilitationsschrift befasst sich mit methodisch-methodologischen und theoretischen Fragestellungen einer migrationssensiblen Forschung [Publikationen 1-4]. Diese umfassen eine systematische Analyse von Gründen einer unzureichenden Repräsentation von Menschen mit Migrationshintergrund in Gesundheitsstudien und die Ableitung von Standards einer migrationssensiblen Gesundheitsforschung, die Diskussion von international gebräuchlichen Begriffsbestimmungen der Zielpopulation und deren Operationalisierung. Diese Diskussion basierte einen Mindestindikatorenansatz zur Erfassung des Migrationsstatus, der für die gesundheitswissenschaftliche und epidemiologische Praxis entwickelt wurde. Anhand von Daten des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS) und des Telefonischen Gesundheitssurveys (GSTel03) wird weiterhin das Teilnahmeverhalten von Migrantinnen und Migranten an (bundesweiten) Gesundheitsuntersuchungen analysiert. Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass migrationspezifische Teilnahmebarrieren und Zugangsmöglichkeiten je nach Studiendesign differieren und sich bspw. in telefonischen und mündlichen Befragungen unterscheiden. Im Ergebnis dieser Analysen wurde eine idealtypische Vorgehensweise zur Beteiligung von Migranten konzipiert und in der KiGGS-Basierhebung umgesetzt (Schenk et al. 2007a).

Migrationssensible Forschung bedeutet weiterhin, aus der Spezifik der Untersuchungspopulation resultierende Besonderheiten in der Datenanalyse und -interpretation zu berücksichtigen. Ein zweiter inhaltlich-analytisch ausgerichteter Teil stellt ein Analyse- und Erklärungsmodell zum Zusammenhang von Migration und Gesundheit vor, welches bisherige Erklärungsansätze zusammenführen und erweitern möchte. Das Modell schließt potenzielle migrations- und kulturspezifische Einflussfaktoren ein und bietet eine Strukturierungshilfe für einschlägige Analysen in der Epidemiologie und in den Gesundheitswissenschaften [Publikation 5]. Dies wird exemplifiziert anhand empirischer Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys zum Impfverhalten [Publikation 6].

2 Ergebnisse

Die Reihung der Publikationen folgt nicht konsequent der Chronologie ihrer Entstehung. So basiert die folgende Publikation teilweise auf später präsentierten Ergebnissen, gibt aber gewissermaßen einen einführenden Überblick und wird daher vorangestellt.

2.1 *Standards einer migrationssensiblen Gesundheitsforschung*

Eine epidemiologische bzw. gesundheitswissenschaftliche Forschung, welche die Bevölkerung mit Migrationshintergrund einschließen möchte, erfordert gewisse methodische und methodologische Voraussetzungen. Anlass für nachfolgende Publikation [1] war, dass diese Prämissen zum damaligen Zeitpunkt weitgehend fehlten: Studien basierten auf einem uneinheitlichen und häufig sehr eng gefassten Migrant/begriff, Probandinnen und Probanden mit Migrationshintergrund waren nicht als solche in den Datensätzen identifizierbar und konnten erst recht nicht hinsichtlich migrationsrelevanter Merkmale differenziert werden, da entsprechende Variablen nicht erfasst wurden. Oder aber die Responseraten seitens der untersuchten Migrant/innen waren zu gering, um migrationspezifische Analysen realisieren zu können. Dass bereits die Definition der zu untersuchenden Grundgesamtheit darüber entscheidet, ob die Migrant/begriff repräsentativ in eine Studie eingebunden wird, machten bspw. der Bundesgesundheits-Survey 98 und der erste Telefonsurvey (GSTel03) des Robert Koch-Instituts deutlich. Hier wurde die Grundgesamtheit auf die deutschsprachige Bevölkerung begrenzt, d. h. lediglich Migrant/begriffinnen und Migrant/begriff mit für eine Befragung ausreichenden Deutschkenntnissen konnten sich an den Surveys beteiligen. Da Kenntnisse der Sprache des Zuwanderungslandes als ein Indikator für den Grad der sozialen Integration gelten, war von einem Selektionsbias auszugehen mit entsprechenden Konsequenzen für die Repräsentation des Gesundheitszustandes dieser Teilpopulation. Gänzlich ausgeklammert in bundesweiten Studien blieben und bleiben in der Regel in Deutschland illegalisiert lebende Migrant/begriffinnen oder saisonale Arbeitskräfte aus anderen Ländern. Ausgehend von den genannten Desideraten war es das Ziel des folgenden Beitrags, Standards zu entwickeln, die eine migrationssensible Datenerhebung und -analyse sichern und verschiedene Datenquellen vergleichbar machen. Diese Standards reichen von der Definition der Grundgesamtheit (als in Deutschland lebende Bevölkerung), über eine vergleichbare Operationalisierung des Migrationsstatus sowie Fragen einer migrationssensiblen Datenerhebung und -analyse bis hin zu einer verpflichtenden Bilanzierung des migrationssensiblen Vorgehens. Die Publikation untersucht weiterhin, inwieweit diese formulierten Standards in den damaligen Datenbasen des Robert Koch-Instituts bereits umgesetzt waren.

Schenk L, Neuhauser H. Standards einer migrantensensiblen Forschung in der Epidemiologie. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 2005 (48/3): 279-286.

<http://dx.doi.org/10.1007/s00103-004-0995-0>

2.2 *Begriffsbestimmung und Operationalisierung der Zielpopulation – Entwicklung eines Mindestindikatorensatzes*

Voraussetzung für eine standardisierte Operationalisierung ist zunächst eine konkordante Definition der Zielpopulation, welche mittels adäquater Indikatoren abgebildet werden soll. Wie die verschiedenen Konzepte zur begrifflichen Bestimmung und der damit verknüpfte wissenschaftliche Diskurs bis heute verdeutlichen, ist es keineswegs einfach, hier Einigkeit zu erzielen (Schenk 2006). Die internationale epidemiologische Forschung bedient sich vor allem der Begriffe „race“, „ethnicity“ und „Migrant“. Die Diversität zur Bezeichnung der Zielpopulation zieht eine entsprechende Vielfalt ihrer Operationalisierung nach sich. Die amtliche Statistik in Deutschland bestimmt(e) die Klassifikation von Migrantinnen und Migranten vornehmlich anhand des Merkmals der Staatsangehörigkeit. In den zum Zeitpunkt der folgenden Publikation [2] existierenden Empfehlungen zur Erfassung soziodemographischer Merkmale in Studien fehlten jegliche Richtlinien zum Migrationshintergrund (DAE 1999, WHO 1996) oder aber es wurde auch hier lediglich die Erhebung des Merkmals der Staatsangehörigkeit angeraten (Ahrens et al. 1998, Statistisches Bundesamt 1999). Letzteres hatte zur Konsequenz, dass die Migrantenpopulation auf jene Personen reduziert wurde, die eine nichtdeutsche Staatsangehörigkeit hatten. Aus der Betrachtung ausgeschlossen wurden somit zugewanderte Aussiedler/innen sowie eingebürgerte Migrant/innen, da diese beiden - zahlenmäßig relevanten - Teilgruppen eine deutsche Staatsangehörigkeit besitzen. Ferner sagt die „Staatsangehörigkeit“ nichts über die Einwanderergeneration aus: Nicht alle Menschen mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit sind selbst migriert.

Auf der Basis konzeptueller und empirischer Vorarbeiten konnte im Rahmen einer Fachtagung (Robert Koch-Institut 2006) und eines sich anschließenden Workshops, deren inhaltliche Konzipierung und Leitung ich übernommen hatte, ein Mindestindikatorensatz zur Erfassung des Migrationshintergrundes erarbeitet werden. Dieser sollte als Empfehlung für die epidemiologische bzw. gesundheitswissenschaftliche Praxis fungieren. Ziel war hierbei eine standardisierte Operationalisierung des latenten Konstrukts „Migrant“ bzw. „Migrationshintergrund“ dergestalt, dass die für Deutschland typische Zuwandererkonstellation abgebildet werden kann. Das neu konzipierte Instrument berücksichtigt verschiedene Aspekte des Migrationshintergrundes: das Herkunftsland („Geburtsland von Vater und Mutter“), das Migrationsereignis („Einreisejahr“), den Aufenthaltsstatus („deutsche Staatsangehörigkeit“, „unbefristeter und befristeter Aufenthalt“) sowie die Ethnizität („Muttersprache“). Mit den Deutschkenntnissen beinhaltet es zudem einen Indikator zur Messung von sozialer Integration. Als zentrales Merkmal zur Identifikation von Migrant/innen wurde das „Geburtsland (der Eltern)“ empfohlen und nicht mehr die „nichtdeutsche Staatsangehörigkeit“. Damit wurde dem zu jenem Zeitpunkt zunehmenden Bedeutungsverlust der „Staatsangehörigkeit“ Rechnung getragen. Ausgehend von den Limitationen der damaligen Erfassungspraxis, über einen kurzen Blick zu international gebräuchlichen Konzepten zur Erfassung der Zielpopulation, werden in diesem Beitrag zentrale Indikatoren/ Items, die den Migrationshintergrund widerspiegeln, abgeleitet und vorgestellt.

Schenk L, Bau A-M, Borde T, Butler J, Lampert T, Neuhauser H, Razum O, Weilandt C. Mindestindikatorenatz zur Erfassung des Migrationsstatus. Empfehlungen für die epidemiologische Praxis. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2006 49 (9): 853-860.

<http://dx.doi.org/10.1007/s00103-006-0018-4>

2.3 *Teilnahmeverhalten und Stichprobeneffekte*

Ein Erfassungssystem des Migrationsstatus kann noch so ausgefeilt sein - migrations-spezifische Analysen sind erst dann möglich, wenn sich Personen mit Migrationshintergrund in ausreichendem Maße an einer Studie beteiligen (können). Der Begriff „Beteiligung“ umfasst dabei ‚subjektive‘ Teilnahmemotivation und ‚objektive‘ Teilnahmegegebenheiten gleichermaßen. Eine zu niedrige Beteiligung kann zu einem Stichproben-Bias führen, sofern die Gründe dafür nicht zufälliger Natur sind und sich Teilnehmer/innen und Nichtteilnehmer/innen systematisch unterscheiden. Zu kleine Fallzahlen erlauben zudem keine differenzierteren Auswertungen. Nicht zuletzt impliziert der Anspruch bevölkerungsrepräsentativ sein zu wollen, die Migrantenpopulation angemessen zu repräsentieren. Sowohl die nationale wie die internationale Praxis konnten zeigen, dass dies nicht ohne weiteres gelingt. Die zum damaligen Zeitpunkt in Deutschland vorliegenden Analysen zum Teilnahmeverhalten von Migrantinnen und Migranten konzentrierten sich auf Untersuchungen mit der Erhebungsmethode „Face-to-face-interview“ ohne einen Gesundheitsbezug. Das Teilnahmeverhalten an Gesundheitsstudien wird mit Ergebnissen des Kinder- und Jugendgesundheits-surveys (KiGGS) und des Telefonischen Gesundheitssurveys 2003 (GSTel03, später GEDA) in den folgenden beiden Publikationen [3 und 4] untersucht.

Vorangegangen war der Hauptphase von KiGGS (Basis) ein einjähriger Pretest mit dem Ziel, Stichprobenziehung, Zugangswege zu den Proband/innen, Logistik und Erhebungsinstrumente zu optimieren. An der Studie beteiligt haben sich 1.630 Kinder und Jugendliche. Zur Analyse des Teilnahmeverhaltens von Personen mit Migrationshintergrund wurde ein methodenplurales Vorgehen gewählt, welches vorhandene KiGGS-Erhebungsinstrumente für spezifische Auswertungen nutzte (quantitative Kurzbefragung von Non-Respondern) sowie Zusatzerhebungen (qualitative Befragung, teilnehmende Beobachtung) einschloss. Die Pretestanalysen konnten zeigen, dass aufgrund einer deutlich erhöhten Rate qualitätsneutraler Ausfälle (Proband/in ist verzogen, unbekannte Adresse, Teilnehmer/in zu alt etc.) Kinder und Jugendliche mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit bereits in der bereinigten Bruttostichprobe unterrepräsentiert waren. Weiterhin lag die Teilnahmequote der Migrant/innen unter jener der Nicht-Migrant/innen. Für die Gruppe der Migrantinnen und Migranten müssen folglich im Vergleich zur Bevölkerung ohne Migrationshintergrund höhere Teilnahmehürden bilanziert werden: Migrant/innen waren seltener erreichbar (zu Hause anzutreffen) und hatten häufiger „kein Interesse“, an der Studie teilzunehmen. In diesem vermeintlichen Desinteresse dokumentierten sich migrationstypische Vorbehalte und Ängste gegenüber einer Studienteilnahme wie die Angst vor einer Gesundheitskontrolle, vor zahlungspflichtigen Untersuchungen oder dem Missbrauch der Gesundheitsdaten, wie die qualitativen Analysen zeigen konnten. Sprachbarrieren fielen zwar ins Gewicht, waren aber nicht hauptsächlich für eine Nichtteilnahme verantwortlich. Auf Basis dieser systematischen Analyse von Teilnahmebarrieren und –motiven wurde ein migrations-spezifisches Vorgehen zur Gewinnung von Proband/innen mit Migrationshintergrund entwickelt, welches in der Hauptphase von KiGGS-Basis erfolgreich umgesetzt werden konnte (Schenk et al. 2007a).

Schenk L. Migrantenspezifische Teilnahmebarrieren und Zugangsmöglichkeiten im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey. Gesundheitswesen 2002; 64: Sonderheft 1: 59-68

<http://dx.doi.org/10.1055/s-2002-39007>

Je nach Erhebungsmethodik stellen sich nicht nur differente Anforderungen an eine Operationalisierung des Migrationsstatus, sondern es ist auch mit anderen Hürden der Teilnehmergebung zu rechnen. Zwischenzeitlich hatten sich Telefonsurveys (GEDA) als ein fester Baustein des Gesundheitsmonitorings des Robert Koch-Instituts etabliert und „ergänzten“ Surveys mit medizinischem Untersuchungsteil. Von September 2002 bis März 2003 wurde der erste Telefonische Gesundheitssurvey (GSTel03) realisiert, in welchem 8.318 Personen zum Vorliegen von Erkrankungen sowie zum Gesundheits- und Inanspruchnahmeverhalten befragt wurden. Zielpopulation war die in Privathaushalten lebende Bevölkerung Deutschlands in einem Alter von mindestens 18 Jahren, die in Besitz eines Festnetzanschlusses war. Die Zielpopulation wurde weiterhin auf die deutschsprachige Bevölkerung reduziert, so dass Personen mit für ein mündliches Interview nicht suffizienten Deutschkenntnissen aus dem Survey ausgeschlossen wurden. Die Rufnummern wurden zufallsgeneriert nach dem Gabler-Häder-Design. Dadurch war es möglich, auch nicht in Telefonverzeichnissen registrierte Haushalte zu erreichen. Mit dem eingesetzten Erhebungsinstrument des Telefonsurveys konnten drei Zuwanderungsgruppen differenziert werden: Befragte mit nichtdeutscher Staatsbürgerschaft („Ausländer/innen“), eingebürgerte Migrant/innen sowie (Spät-) Aussiedler/innen. Nachfolgende Publikation [4] untersucht typische Zugangsbedingungen zu einer telefongestützten Gesundheitsbefragung und analysiert anhand der Verteilung von soziodemographischen und gesundheitsbezogenen Merkmalen daraus resultierende Stichprobeneffekte. Dazu wurden ausgewählte Randverteilungen der GSTel03-Stichprobe mit Daten der amtlichen Statistik zur ausländischen Bevölkerung und der Mikrozensushebung aus dem Jahre 2003 verglichen. Im Ergebnis konnte gezeigt werden, dass der Anteil der befragten Personen mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit in der GSTel03-Stichprobe deutlich unter jenem in der Bevölkerung lag (3,7% versus 8,9%). Zwar waren keinerlei auf Alter und Geschlecht bezogene Selektionen zu verzeichnen, allerdings mussten signifikante Differenzen in weiteren soziodemographischen Merkmalen wie der Staatsangehörigkeit, Bildung, Aufenthaltsdauer und Arbeitslosenquote konstatiert werden. Unterrepräsentiert waren vor allem „Ausländer/innen“ mit kurzer Aufenthaltsdauer, mit einer jugoslawischen Staatsangehörigkeit sowie erwerbslose und bildungsfernere Personen mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit. Diese selektive Beteiligung hatte eine nur moderate Verzerrung der analysierten Gesundheitsdaten zur Folge, wobei kein eindeutiger Trend einer zu positiven oder zu negativen Abbildung des Gesundheitszustandes resp. –verhaltens auszumachen war. Die Ergebnisse verweisen in jedem Falle auf die Bedeutsamkeit von Bias-Analysen, um für Personen mit Migrationshintergrund vorliegende Gesundheitsdaten angemessen interpretieren zu können.

Schenk L, Neuhauser H. Beteiligung von Migranten im Telefonischen Gesundheitssurvey: Möglichkeiten und Grenzen. Gesundheitswesen 2005; 67 (10): 719-725.

<http://dx.doi.org/10.1055/s-2005-858655>

2.4 Erklärungs- und Analysemodell zum Zusammenhang von Migration und Gesundheit

Die vorangegangenen Arbeiten haben sich mit Fragestellungen und Herausforderungen einer migrationssensitiven Forschung befasst, die gelöst sein müssen, bevor mit einer inhaltlichen Datenanalyse begonnen werden kann. Studienergebnisse zur Gesundheit von Personen mit Migrationshintergrund verweisen dabei auf ein vielschichtiges Verhältnis von Migration und Gesundheit. Migrant/innen tragen aufgrund ihrer benachteiligten sozialen Lage größere Krankheitsrisiken als Nicht-Migrant/innen (vgl. Kapitel 1.2.). Als alleiniger Faktor vermag der niedrigere Sozialstatus jedoch gesundheitliche Ungleichheiten zwischen Migrant/innen und Nicht-Migrant/innen nicht hinlänglich zu erklären. So bleibt offen, warum bei Kontrolle des Schichteffektes der Migrationshintergrund ein zusätzlicher Risikofaktor oder eben auch Protektivfaktor sein kann (Schenk 2005). Es liegt nahe, weitere kulturspezifische und migrationsbedingte Faktoren zur Erklärung heranzuziehen, die etwa aus einer anderen ethnischen Zugehörigkeit, aus den jeweils besonderen gesundheitlichen und sozialen Bedingungen im Herkunftsland oder aus diversen Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem im Zuwanderungsland resultieren können. Weiterhin gilt es in Analysen zu berücksichtigen, dass innerhalb der Migrant*innenpopulation Krankheitsrisiken und Gesundheitschancen variieren und mit zunehmender Verweildauer im Zielland einem Wandel unterliegen. In diesem Beitrag [Publikation 5] wird ein Erklärungs- und Analysemodell zum Zusammenhang von Migration und Gesundheit vorgestellt. Ausgehend von einer Auseinandersetzung mit verschiedenen begrifflichen Bestimmungen der Zielpopulation, wird zunächst der Begriff des ‚Migrationshintergrundes‘ als multidimensionales Bedingungsgefüge definiert und bildet den konzeptuellen Hintergrund des Modells. Diese mit dem Migrationshintergrund assoziierten Besonderheiten spannen die Analyse-Dimensionen im Modell und integrieren dabei bereits bestehende Erklärungsansätze. Ziel war es, eine Strukturierungshilfe für die Gesundheitsforschung zu entwickeln, welche möglichst erschöpfend migrations- und kulturspezifische Einflussfaktoren einschließt und flexibel anwendbar ist auf verschiedene methodische Studiendesigns, Migrationskontexte sowie Gesundheitsmerkmale.

Schenk L. Migration und Gesundheit – Entwicklung eines Erklärungs- und Analysemodells für epidemiologische Studien. *Int J Public Health* 2007 (52): 87-96.

<http://dx.doi.org/10.1007/s00038-007-6002-4>

2.5 Der Einfluss der Migration bei der Durchimpfung gegen Masern

Ein Beispiel für die Multidimensionalität des Zusammenhangs von Migration und Gesundheit ist die Maserndurchimpfung. Zum Zeitpunkt der Untersuchung hatten internationale Ergebnisse Belege geliefert, dass die *ethnische Zugehörigkeit* keine (hinreichende) Erklärung bietet, um Differenzen im Impfverhalten zu erklären.

Ziel des folgenden Beitrags [Publikation 6] war es, anhand von KIGGS-Basisdaten Risikofaktoren für einen nicht ausreichenden Masernimpfschutz zu identifizieren. In die Analysen einbezogen wurden 14.826 Kinder und Jugendliche (gewichtete Stichprobe), welche - bis dahin sollte die Durchimpfung nach den Empfehlungen der STIKO abgeschlossen sein - ein Lebensalter von mehr als 23 Monaten erreicht hatten. Die Datenerfassung erfolgte auf der Grundlage von vorgelegten Impfausweisen. Im Unterschied zu Kindern ohne und mit einseitigem MH war der Anteil von Kindern mit beidseitigem MH an Teilnehmer/innen, für die keine resp. eine nur unvollständige Impfdokumentation erfolgen konnte, deutlich erhöht (ohne MH: 4,6%, einseitiger MH: 7,0%, beidseitiger MH: 17,3%) (Schenk et al. 2008a: 112). Konfidenzintervalle und p-Werte wurden mit SPSS-14-Verfahren für komplexe Stichproben bestimmt; Einflussfaktoren auf die Zielvariablen „Masernimpfstatus“ und „Einstellung zum Impfen“ mittels logistischer Regression ermittelt.

Die logistische Regression zeigte, dass Kinder, die erst nach der Geburt nach Deutschland migriert sind, auch bei Kontrolle anderer potentieller Einflussfaktoren ein deutlich höheres Risiko tragen, keinen Impfschutz gegen Masern zu besitzen (OR: 3,03), als Kinder und Jugendliche der zweiten Einwanderergeneration (OR: 1,02) und jene ohne Migrationshintergrund. Das mit Abstand größte Risiko auf eine Nicht-Impfung ist jedoch mit einer ablehnenden Haltung der Eltern gegenüber Impfungen assoziiert (OR: 30,92). Eine solche Impfskepsis korrespondiert mit einem höheren Sozialstatus der Eltern (Medium SES-OR: 2,25/ High SES-OR: 4,76) und einem Wohnort in den alten Bundesländern. Insbesondere die zweite Einwanderergeneration weist hingegen eine vergleichsweise große Akzeptanz von Impfungen auf.

Trotz eines limitierenden Blicks auf den vergleichsweise hohen Anteil an Kindern ohne (ausreichende) Impfdokumentation unter jenen mit beidseitigem MH, kann folgendes Resümee gezogen werden: Nicht ob und aus welchem Land die Eltern zugewandert sind, sondern ob das Kind in Deutschland oder im Ausland geboren ist, erklärt einen Teil der Unterschiede im Impfstatus. Dies verweist auf erhöhte Zugangsschwellen von zugewanderten Kindern und Jugendlichen zum medizinischen Versorgungssystem. Diese Gruppe vermag offenkundig nicht von den Früherkennungsuntersuchungen und der Impfvorsorge in den ersten Lebensmonaten zu profitieren und dies auch nicht zu einem späteren Zeitpunkt zu kompensieren. Die Ergebnisse dokumentieren somit, dass in der Migrantenpopulation andere Faktoren den Impfstatus erklären als in der autochthonen Bevölkerung.

Poethko-Müller C, Ellert U, Kuhnert R, Neuhauser H, Schlaud M, Schenk L. Vaccination coverage against measles in German-born and foreign-born children and identification of unvaccinated subgroups in Germany. *Vaccine* 27 (2009) 2563–2569.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2009.02.009>

3 Diskussion

Die vorgestellten Publikationen liegen einige Jahre zurück, so dass nunmehr Ergebnisse der jüngeren Vergangenheit den damaligen gegenübergestellt werden können. Diese betreffen vor allem die Begriffsbestimmung, Operationalisierung und den Zugang zu einer Studienpopulation mit Migrationshintergrund sowie das konzipierte Erklärungsmodell. Dies bietet zudem Gelegenheit, Standpunkte prononcierter zu formulieren, Limitationen zu benennen resp. Forschungsausblicke zu geben.

3.1 *Begriffsbestimmung und Operationalisierung*

In meinen Arbeiten habe ich mich mit den international gebräuchlichen Begriffsbestimmungen „race“, „ethnicity“ und „migrant“ auseinandergesetzt, diese diskutiert und voneinander abgegrenzt und den „Migrationshintergrund“ als mehrdimensionales Bedingungsgefüge definiert. Diese Definition war konzeptuelle Grundlage für ein Erklärungs- und Analysemodell zum Zusammenhang von Migration und Gesundheit (vgl. 3.3). Ein weiteres Resultat dieser konzeptuellen Überlegungen war die Operationalisierung des Migrationsstatus in Form eines Mindestindikatorensatzes.

Sowohl national als auch international ist der wissenschaftliche Diskurs um Begriffsbestimmung und Operationalisierung im Fluss, schließlich wandeln sich Zuwanderungsrealität und deren gesellschaftspolitische Bewertung. National sind zwei Sammelbände zu nennen, die sich in jüngerer Vergangenheit insbesondere mit dem „Rasse“-Konzept kritisch auseinandersetzten (AG gegen Rassismus in den Lebenswissenschaften 2009; Heinz & Kluge 2012a). Diese Debatte ist umso bedeutsamer vor dem Hintergrund zweier aktueller Entwicklungslinien in den Medizin- und Gesundheitswissenschaften: Zum einen werden im Zuge einer „individualisierten“ Medikamentenentwicklung rassifizierte Populationskonzepte – vermeintlich positiv gewendet mit kuratorischer Konnotation – wieder verstärkt genutzt (Brückmann et al. 2009: 39). Zum anderen besteht die Gefahr, dass im Kontext international vergleichender Studien und der damit verknüpften Bemühungen um eine Vereinheitlichung der Datenquellen (Salway et al. 2011) die „Rasse“-Kategorie eine neue Legitimität erfährt (vgl. auch Bauer 2009). Um es vorwegzunehmen, ich möchte mich dem Plädoyer von Kerner (2009) und Heinz & Kluge (2012b) – um nur zwei zu nennen – anschließen und mich gegen eine Nutzung des Begriffs „Rasse“, aber auch generell gegen die Nutzung biologistischer Konzepte aussprechen. Abgesehen davon, dass wiederholt erneute wissenschaftliche Nachweise erbracht worden sind, die die Evidenz einer biologischen Klassifizierung von Menschen widerlegen - der „Rasse“-Begriff war von Beginn an auch ein wertender, als solcher in eine Geschichte von Gewalt und Ausrottung eingebettet, diente der Konstruktion des minderwertigen Anderen resp. überlegenen Selbst und fungierte somit als

Instrument zur Legitimierung und Stabilisierung von Herrschaft (Heinz & Kluge 2012b, Palm 2009). Die „Rasse“-Kategorie klassifiziert anhand biologischer Merkmale. Kerner (2009) interpretiert dies als Ausdruck eines biomedizinischen Krankheitsverständnisses, welches die Abweichung vom „Normalen“ biologisch begründet. Mit dieser Naturalisierung der Unterschiede bedeutet der „Rasse“-Begriff letztlich eine Unaufhebbarkeit, eine Festschreibung von Distinktion und der daran geknüpften Zuschreibungen. Die UNESCO schlug 1947 vor, dem biologistischen „Rasse“-Konzept mit „ethnischen Gruppen“ ein soziokulturelles Konstrukt entgegenzusetzen (Palm 2009), d. h. eine Kategorie, welche Individuen ausschließlich auf der Grundlage kultureller bzw. sozialer Merkmale zusammenfasst. Die Kategorie „ethnicity“, so wie sie derzeit vor allem von US-amerikanischen und britischen Epidemiologen genutzt wird, klassifiziert allerdings wiederum anhand biologischer Merkmale. Neben sozialen Merkmalen wurde „ethnicity“ peu à peu mit biologischen Merkmalen ‚aufgefüllt‘ und somit das Rasse-Konzept quasi im neuen begrifflichen Gewand wieder eingeführt. Jüngere Konzeptualisierungen von „ethnicity“ ‚entlarven‘ „race“ als soziale Konstruktion, bestimmen allerdings die Hautfarbe als zentralen Indikator zur Operationalisierung von ethnischer Hierarchie (Ford, Harawa 2010). „Nevertheless, racial stratification persists“, konstatieren die Autorinnen (dies.: 253). Mit dieser Aussage essenzialisieren die Autorinnen in letzter Konsequenz „Rassen“. Die Feststellung, „race“ sei eine soziale Konstruktion, hat keinerlei Folgen für die Begriffskonstruktion und Operationalisierung, sondern lediglich eine argumentative Funktion. Zur Legitimation herangezogen werden Studienergebnisse, die eine gesundheitliche Belastung durch Rassismus (als soziale Konstruktion) aufgrund der Hautfarbe nachweisen konnten. Hier wird m. E. das Kind mit dem Bade ausgeschüttet. Die Hautfarbe kann Diskriminierungsmerkmal sein, ebenso können – als Folge einer Umwelanpassung in einem geteilten geographischen Raum – gemeinsame biologische Merkmale gehäuft Erkrankungen (mit) verursachen. Problematisch jedoch ist, wenn empirisch gemessene gesundheitliche Unterschiede zur Erklärung von sozialen Gruppen genutzt werden, wenn also biologische Erklärungsfaktoren von Krankheiten die Klassifikationsgrundlage für Individuen oder soziale Gruppen bilden, so wie es Konzeptualisierungen von ‚ethnicity‘ derzeit tun (vgl. mit dieser Kritik auch Nazroo 1998). Dies hat eine Naturalisierung der Kategorie „ethnicity“ zur Folge. Solange biologische Merkmale zur Klassifikation von Populationen dienen, auch wenn diese als sozial konstruierte begründet werden, wird ein solches Konstrukt das Rassekonzept implizieren und gewisser Weise fortführen.

Kerner (2009) weist darauf hin, dass es fatal wäre, in Deutschland mit der Kategorie „Rasse“ als sozial konstruierte zu operieren. Dies käme einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung nahe und würde „Rasse“ und die damit verbundenen biologischen Konnotationen erst wieder gesellschaftsfähig machen. Ich möchte diese Überlegungen auf den Begriff „Rassismus“ erweitern. Im wissenschaftlichen Gebrauch als gruppenbezogene

Zuschreibungsprozesse gemeinsamer genetisch-biologischer Merkmale gefasst (Giddens et al. 2009: 461), wird der Begriff alltagstheoretisch oftmals seines Zuschreibungscharakters entkleidet und als Diskriminierung infolge real unterstellter *rassistischer* Unterschiede interpretiert. Letztlich und dafür möchte ich sensibilisieren, impliziert der Begriff in beiden Lesarten eine Zusammenfassung von Individuen aufgrund vermeintlicher biologischer Gemeinsamkeiten und damit die Existenz von Rassen. Im Folgenden nutze ich daher die Begriffe „(ethnische) Diskriminierung“ bzw. „Ethnisierung“.

In [Publikation 5] habe ich herausgestellt, dass das Migrationskonzept im Unterschied zu den in der Epidemiologie genutzten Kategorien „race“ und „ethnicity“ anhand eines lebensgeschichtlichen Ereignisses klassifiziert und nicht aufgrund zugeschriebener biologischer oder sozialer Merkmale. Den „Migrationshintergrund“ definiere ich als komplexes Bedingungsgefüge all jener Merkmale, die eine Lebenssituation von Migranten und (Nicht-) Migranten (in gesundheitsrelevanter Weise) unterscheiden (Schenk 2007: 89-90). Dieses Bedingungsgefüge spannen die folgenden zentralen Dimensionen auf: die (Gesundheit und das Gesundheitsverhalten prägenden) Bedingungen im Herkunftsland, die soziale und rechtliche Lage von Migrantinnen und Migranten im Zuwanderungsland, ihre ethnische Zugehörigkeit und damit verbundene Ethnisierungsprozesse, Zugangsbarrieren zur gesundheitlichen Versorgung sowie die Zuwanderung selbst als kritisches Lebensereignis (Schenk 2007: 93).

Einige Autorinnen und Autoren argumentieren, dass empirisch festgestellte gesundheitliche Unterschiede vor allem auf den tendenziell niedrigeren sozioökonomischen Status (SES) von ethnischen Minderheiten resp. Zuwanderungspopulationen zurückzuführen sind und insofern der SES als Confounder zu betrachten sei (z. B. Weber & Hörmann 2011). Ließen sich unter Kontrolle des SES keine gesundheitlichen Differenzen statistisch nachweisen, hieße das zunächst einmal nichts anderes als dass der SES innerhalb der Migrantenpopulation gesundheitlich ähnlich wirkt wie in der autochthonen Bevölkerung. Eigene Analysen haben gezeigt, dass dies nicht immer der Fall zu sein scheint, aber das soll an dieser Stelle nicht interessieren. Aus Public-Health-Perspektive würde eine solche Sicht allerdings eine Nivellierung von Unterschieden bedeuten. Es gilt als unbestritten, dass die Arbeitsmigration der 1950er und 1960er Jahre mit Unterschichtungsprozessen verknüpft war und dass die ethnische Zugehörigkeit auch heute Zugangschancen zum Bildungs- und Arbeitsmarkt mitbestimmt (vgl. Kapitel 1.2). Die sozioökonomische Schlechterstellung und die damit möglicherweise einhergehenden Krankheitsrisiken sind also auch Ausdruck einer für Migrantinnen und Migranten typischen Situation (vgl. auch Rechel 2013). Nach wie vor bin ich daher der Auffassung, dass die soziale Lage ein Merkmal des Migrationshintergrundes ist. Das soll nicht den Blick dafür verstellen, dass es geteilte Erfahrungsräume von Migranten- und alteingesessener Bevölkerung gibt und bspw. Gemeinsamkeiten bzgl. des Zusammenhangs von Bildungshintergrund und Gesundheit(sverhalten) bestehen. Zukünftige

Forschung sollte sich ohnehin noch stärker Fragen der Intersektionalität zuwenden und Wechselwirkungen von Sozialstatus, Geschlecht, Ethnizität, Alter, Region und Gesundheit systematisch analysieren (vgl. auch Bereswill et al. 2012). Nazroo (1998) sieht eine Gefahr darin, über den durch den SES nicht aufgeklärten Rest an Differenz wieder die Ethnizität als Erklärung „reinzuschmuggeln“. M.E. ist es nicht der Weg, mögliche migrationsbedingte und kulturspezifische Differenzen zu leugnen. Eigene Ergebnisse haben gezeigt, dass dieser „Rest“ statistisch gesehen einen relativ großen Anteil ausmachen kann (Schenk 2005, Schenk et al. 2008a). Rommel et al. (2015) können für die erwachsene Bevölkerung ebenfalls nachweisen, dass auch nach Kontrolle des SES der Effekt des Migrationshintergrundes auf die untersuchten Gesundheitsoutcomes weitgehend bestehen bleibt. Ich sehe daher eher das Erfordernis, die offenkundigen migrationsbedingten und kulturspezifischen Differenzen mit geeigneten methodischen Designs messbar und vor allem auch interpretierbar zu machen. Für Letzteres bedarf es qualitativer rekonstruktiver Forschungsansätze.

Die in [Publikation 2] erarbeitete Operationalisierung des Migrationsstatus (Mindestindikatorenansatz) fokussiert vor allem auf das Migrationsereignis selbst und stellt das „Geburtsland (der Eltern)“ als zentrales Merkmal heraus. Darüber hinaus wird die Erfassung von Einreisejahr resp. Aufenthaltsdauer (der Eltern), Aufenthaltsstatus (inkl. Staatsangehörigkeit), Muttersprache und Deutschkenntnissen empfohlen. Hoffmeyer-Zlotnik & Warner (2009) schlagen in ihrem später erschienenen Paper zur Abfrage von „Ethnizität“ in der international vergleichenden Surveyforschung vergleichbare Merkmale vor, allerdings ein relativ umfangreiches Fragenset zur Staatsangehörigkeit. Außerdem beinhaltet ihr Vorschlag die Selbstzuordnung zu einer ethnischen Gruppe anhand länderspezifischer Listen. Das würde bedeuten, dass jedes Land seine tradierten Instrumente einsetzt und die jeweils typischen Einwandererkonstellationen abbilden kann, aber auch die in einigen Ländern übliche Klassifikation anhand biologischer Merkmale fortzuführen. Eine Operationalisierung für Europa wird anhand der geographischen Herkunft vorgeschlagen (z. B. Zuwanderer aus anderen EU-Ländern, aus Nicht-EU-Ländern, aus Asien etc.).

Es kann sein, dass das Zuwanderungsereignis der Herkunftsfamilie resp. ein ethnischer Minderheitenstatus und damit verknüpfte Zuschreibungsprozesse noch in nachfolgenden Einwanderergenerationen gesundheitsrelevant sind. Eine in diesem Kontext formulierte Frage ist, ob auch das Geburtsland der (Ur-) Großeltern zu erfassen sei (vgl. auch Knipper 2013). Dies halte ich ethisch für bedenklich und für wenig zielführend. Zentral scheint mir vielmehr, Diskriminierungserfahrungen und spezifische psychosoziale Belastungsfaktoren systematisch in Gesundheitsstudien zu erheben sowie weitere potentiell langfristig wirkende Merkmale des Migrationshintergrundes (z. B. ein unsicherer Aufenthaltsstatus, Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem oder habitualisierte Orientierungen, die das Inanspruchnahme- oder Gesundheitsverhalten beeinflussen) zu operationalisieren. Knipper (2013) macht weiterhin darauf aufmerksam, dass eine Kategorisierung, welche die

Selbstidentifikation der Betroffenen außer Acht lässt, soziale Realität nicht angemessen spiegeln wird. Je nach Erkenntnisinteresse wird zudem eine weitaus differenziertere Erfassung migrationsbiographischer Merkmale - als es ein Mindestindikatorensatz beabsichtigt - erforderlich sein, bspw. von Gründen für eine Migration oder auch von Merkmalen der Pendelmigration. Schließlich geht es um Indikatoren, die die Typik einer Lebenssituation mit Migrationshintergrund (oder mit einem Minderheitenstatus) und damit zusammenhängenden (gesundheitsrelevanten) Erfahrungsräumen abzubilden vermögen (Schenk et al. 2006).

Ein Modellprojekt zur Vereinheitlichung der Erfassung des Migrationsstatus in den Schuleingangsuntersuchungen orientierte sich an der KiGGS-Studie sowie am empfohlenen Mindestindikatorensatz (Oberwöhrmann & Hermann 2013). Der veröffentlichte Spezialbericht enthält weiterhin Auswertungsanleitungen, die eine standardisierte Einordnung verschiedener Antwortkonstellationen ermöglichen. Damit bedeutet das Modellprojekt nicht nur einen wichtigen Schritt in Richtung bundesländerweite Vergleichbarkeit der Schuleingangsdaten, sondern bietet auch eine wertvolle Auswertungshilfe für die Surveyforschung.

Bauer (2009) schließlich mahnt, Kategorisierungen temporär und reflexiv einzusetzen und einem permanenten wissenschaftlichen Review zu unterziehen. Zugleich gilt ihr Bedenken, dass dies einer veränderungsresistenten Praxis zunehmender Standardisierung widersprechen könnte. Wird eine sich wandelnde Realität auch in Bezug auf Migrationsprozesse in Rechnung gestellt, werden Kategorisierungen und ihre Operationalisierung nicht umhin kommen, neu diskutiert zu werden. Wichtig ist dabei m. E., eine historische Perspektive systematisch in den wissenschaftlichen Diskurs zu integrieren.

3.2 Zugang zu Personen mit Migrationshintergrund in Gesundheits- und Pflegesurveys

Die eigenen Arbeiten zur Teilnehmergeinnung von Personen mit Migrationshintergrund standen vor allem im Kontext von KiGGS und umfassten systematische (Non-) Responderanalysen sowie die Konzeptualisierung eines migrationspezifischen Vorgehens zur Beteiligung von Migrantinnen und Migranten an Gesundheitssurveys sowie deren Umsetzung in der Hauptphase der Basiserhebung von KiGGS [Publikationen 3 und 4]. In Schenk et al. (2007a) konnte dann gezeigt werden, dass es mit einem migrations-sensiblen Vorgehen zur Teilnehmergeinnung gelingen kann, Menschen mit Migrationshintergrund entsprechend ihrem Anteil in der Bevölkerung an einem bundesweiten Gesundheitssurvey zu beteiligen. In der gewichteten Stichprobe der KiGGS-Basiserhebung verfügten 17,1% aller Kinder und Jugendlichen über einen beidseitigen Migrationshintergrund - das waren 2.590 der 17.641 untersuchten Kinder und Jugendlichen (Schenk et al. 2007a). Weiterhin wiesen 8,3% der Kinder und Jugendlichen einen einseitigen Migrationshintergrund auf (ebd.). Die

Datenbasis besitzt damit das Potenzial für differenzierte migrationspezifische Analysen (vgl. Kapitel 1.3; Schenk et al. 2008a).

Aktuelle Analysen zur Beteiligung von Menschen mit Migrationshintergrund an den seither durch das RKI durchgeführten Surveys DEGS1 (Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland/ persönliche Befragung und medizinische Untersuchungen) und KiGGS Welle 1 (Studie von Kindern und Jugendlichen in Deutschland/ Telefoninterviews) dokumentieren, dass bei einem reduzierten Aufwand zur Einbindung deren Teilnahme deutlich niedriger ausfällt (Saß et al. 2015). An KiGGS Welle 1 beteiligten sich Kinder und Jugendliche insbesondere mit beidseitigem Migrationshintergrund in einem erheblich geringeren Maße als in der Basiserhebung. In DEGS1 sind vor allem selbst zugewanderte Frauen und Männer (Erste Einwanderergeneration), aber auch Frauen und Männer mit türkischer Staatsangehörigkeit sowie Personen mit niedrigem Bildungsstatus unterrepräsentiert. Positiv zu vermerken ist dennoch, dass ein Oversampling und übersetzte Einladungsschreiben sowie Fragebögen nunmehr Standard in den Bemühungen des Robert Koch-Instituts um eine adäquate Beteiligung von Personen mit Migrationshintergrund sind.

Yilmaz et al. (2009) konnten in ihrer Studie das Konzept der *sozialen Netzwerkarbeit* für die Teilnehmergeinnung fruchtbar machen. Die Autor/innen konstatieren besondere Zugangsbarrieren im sensiblen Themenfeld der Pflege, welches Tabuisierungen unterliegt und im Bereich des Privaten verortet wird. Das Netzwerkkonzept, welches bereits im Feld der Gesundheitsförderung erfolgreiche Anwendung findet (Salman & Menkhaus 2006), wurde im Rahmen ihrer pflegewissenschaftlichen Studie für die Surveyforschung adaptiert und erfolgreich umgesetzt. Dabei fungieren Schlüsselpersonen als „Brückenbauer“ zwischen Studienmitarbeiter/innen und potenziellen Studienteilnehmer/innen. Schlüsselpersonen sind Mitglieder der jeweiligen ethnischen Community resp. sind in den sozialen Netzwerken der potenziellen Teilnehmer/innen verankert. Aufgrund ihrer kulturellen Nähe und sprachlichen Kompetenzen können sich typische Barrieren einer Teilnahme reduzieren. Der Netzwerkansatz wurde auch in einer eigenen Studie zur Pflegesituation von türkeistämmigen Migrantinnen und Migranten in Berlin angewandt (Krobisch et al. 2014). Als Nachteile dieser Stichprobenkonstruktion werden der erhöhte Aufwand sowie die größere Anfälligkeit für Verzerrungen diskutiert.

Im Rahmen eines Pretests zum Aufbau einer Migrantenkohorte als Teil der Nationalen Kohorte wurden mit dem registerbasierten und dem Netzwerkkonzept zwei verschiedene Zugangswege zu potentiellen Teilnehmer/innen mit Migrationshintergrund getestet und vergleichend gegenübergestellt (Reiss et al. 2014). Während die registerbasierte Stichprobe eher Repräsentativität zu garantieren scheint, liegen die Vorteile des Netzwerkansatzes in einer höheren Akzeptanz und größeren Subgruppenvielfalt. Die Autor/innen empfehlen eine Kombination von Zufallsauswahl (per Ziehung aus dem Einwohnermelderegister) und einer Netzwerkauswahl. Ungelöst bleiben allerdings dennoch Fragen der Repräsentativität sowie

das Handling des Rekrutierungsaufwands. Hier bedarf es weiterer Forschung, die Erfahrungen und Methodik systematisch aufbereitet.

3.3 Erklärungsmodelle

Ausgehend von der begrifflichen Definition von „Migrant“ und „Migrationshintergrund“ als dynamische Kategorien habe ich ein Erklärungs- und Analysemodell zum Zusammenhang von Migration und Gesundheit („General Model of Migration and Health“²) konzipiert und vorgestellt [Publikation 6]. *Dynamische* Kategorien deshalb, da strukturelle gesundheitsrelevante Besonderheiten in der Lebenssituation, die Folge des Migrationsereignisses (der Herkunftsfamilie) sowie eines Minderheitenstatus sind und welche letztlich den Migrationshintergrund konstituieren, einem Wandel unterliegen und im Zuge von Akkulturationsprozessen an Bedeutung verlieren, gleichzeitig jedoch über mehrere Generationen hinweg wirksam sein können. Es liegt nahe, dass dieser Prozess durch eine Vielzahl an Faktoren beeinflusst wird, etwa durch die Position der Zuwanderergruppe innerhalb der ethnischen Hierarchie einer Gesellschaft und damit verknüpften Ethnisierungsprozessen (vgl. Jäckle 2008), durch die jeweiligen aufenthaltsrechtlichen Rahmenbedingungen oder durch die Länge der Verweildauer selbst. Aber auch durch das Ausmaß und die Qualität - und darauf macht das Konzept der transnationalen Migration aufmerksam - grenzüberschreitender Prozesse von Migranten(gruppen). Transnationale Räume mit hybriden Lebensstilen und transnationale Identitäten sind hiernach Resultat dieser Migrationsprozesse (Pries 1997). Zieht bereits der Begriff der *Einwanderergesellschaft* (Heckmann 1981) auf eine Synthese von Elementen der Herkunfts- und der Kultur des Zuwanderungslandes, allerdings mit lokaler Verortung im Ankunftsland, wird im Konzept der transnationalen Migration eine grenzüberschreitende Lebensführung in einem sozialen Raum „als ‚qualitativ Drittes‘ auf einer Ebene oberhalb bzw. jenseits der Ankunftsländer und der Herkunftsländer“ postuliert (Laubenthal/ Pries 2012: 387). Welche Implikationen eine transnationale Lebenspraxis und die somit fortwährende Neu-Verflechtung von Herkunfts- und Zuwanderungskontext für die Gesundheit und insbesondere für die Ausprägung gesundheitsrelevanter Orientierungen und Handlungsmuster hat, ist allerdings bislang kaum empirisch untersucht (Schenk 2008, Knipper & Bilgin 2009).

² Zur besseren Abgrenzung von anderen zu diskutierenden Modellen möchte ich das Modell im Folgenden „General Model of Migration and Health“ nennen. ‚General‘ bezieht sich dabei auf die Analyse-Dimensionen, die möglichst umfassend einbezogen werden sollen, sowie auf die Anwendbarkeit für verschiedene Migrationskontexte (Zuwanderungsmotive, -gruppen, Einwanderergenerationen etc.) und für verschiedene Studienformen (z. B. Längsschnitt- und Querschnittstudien).

Diese neue Dimension von internationaler Migration legt einmal mehr nahe, „gesundheitliche Ungleichheit“ (bzw. Ungerechtigkeit) jenseits eines nationalstaatlichen Bezugsrahmens zu konzipieren. Razum (2007) argumentiert, dass Ungleichheit nur dann Ungerechtigkeit bedeuten und folglich handlungsrelevant würde, wenn eine durch die Bedingungen im Zuwanderungsland induzierte Verschlechterung des Gesundheitszustandes von Migrantinnen und Migranten im Vergleich zum Herkunftsland eintritt. Weisen Zuwanderer/innen aus der Türkei hingegen z. B. höhere Erkrankungsraten an Schlaganfall und Magenkrebs im Vergleich zur Bevölkerung ohne Migrationshintergrund auf, sei dies auf die Exposition während der Kindheit in der Türkei zurückzuführen und demnach nicht als Ungerechtigkeit zu interpretieren. Eine Benachteiligung läge bspw. auch dann nicht vor, wenn zwar Migrantinnen und Migranten in gewissen Gesundheitsparametern schlechter abschneiden als die Mehrheitsbevölkerung, aber eine Verbesserung im Vergleich zur Bevölkerung im Herkunftsland messbar sei. Daher seien eine lebenslauforientierte (und keine Querschnitts-) Betrachtung und der Blick auf die epidemiologische Situation im Herkunftsland erforderlich. An anderer Stelle heißt es: „Vergleiche mit der deutschen Mehrheitsbevölkerung sind wegen der (...) Andersverteilung von Risiken schwierig: Gesundheitliche Unterschiede können, müssen aber nicht, Ausdruck einer Benachteiligung sein. (Spallek & Razum 2008: 282)“.

Abgesehen davon, dass der Gerechtigkeitsbegriff ohnehin ein stark normativer ist, liegt dieser Argumentation ein auf nationalstaatliche Grenzen bezogenes Verständnis von Ungleichheit resp. Gerechtigkeit zugrunde. Der Migrationshintergrund als soziale Determinante von Gesundheit schließt aus meiner Sicht Faktoren des Herkunftslandes (z. B. die dortige gesundheitliche Versorgung, ökonomische Situation, soziale Prägung von Lebensgewohnheiten, Umweltbedingungen, Umstände der Migration wie Flucht und Vertreibung) mit ein – und das nicht nur vor dem Hintergrund entgrenzender Diskurse um den Einfluss von Globalisierung auf Gesundheit. Vergleiche zwischen Migranten- und Population im Herkunftsland besitzen ihre Relevanz, um ggf. Gesundheitseffekte identifizieren und erklären zu können, ob diese eher auf den Einfluss des Ziel- oder eben des Herkunftslandes zurückzuführen sind. Der Vergleichshorizont ‚Herkunftsland‘ ist also durchaus heuristisch wertvoll, obgleich bedacht werden muss, dass auch das jeweilige Herkunftsland einen sozialen Wandel mit entsprechenden gesundheitlichen Implikationen erfährt. Weiterhin ist von einer vielfältigen Verflechtung von Einflussfaktoren des Herkunfts- und Zuwanderungskontextes auszugehen. Daher „wäre es fatal, ausschließlich Mortalitäts- und Morbiditätsprofile im Herkunftsland zur Bewertungsgrundlage für eine Prävention und Gesundheitsförderung zu machen“ (Schenk et al. 2008b). Von einer Benachteiligung würde ich folglich selbst dann sprechen, wenn gesundheitliche Risiken nicht auf den Ankunftskontext zurückzuführen sind.

In Spallek & Razum (2008) stellen die Autoren ein Erklärungsmodell vor, mit dem sie eine attraktive Perspektive eröffnen und welches sie als konstruktive Weiterführung von Schenk (2007) apostrophieren.³ „Unser Anliegen ist dabei insbesondere, das Modell von Schenk um eine Zeitachse zu erweitern und damit der Notwendigkeit Rechnung zu tragen, eine Lebenslaufperspektive in der Analyse der Gesundheit und gesundheitlichen Ungleichheit von Migranten einzubringen. (Spallek & Razum 2008: 282)“⁴ Um etwaige Benachteiligungen ermitteln und beurteilen zu können, werden von den Autoren ebenfalls Einflussfaktoren auf die Gesundheit von Migrant/innen sowie Vergleichsgruppen dargestellt.

Die potentiellen Einflussfaktoren des „Life-Course-Model“ von Spallek & Razum (2008) entsprechen im Wesentlichen jenen des „General Model“ von Schenk (2007). Zusätzlich wird im „Life-Course-Model“ *Umwelt im Zuwanderungsland* als erklärender Faktor aufgenommen. Dies folgt konsequent einer Perspektive, die nicht prioritär Unterschiede zwischen Zuwanderer/innen und der Mehrheitsbevölkerung analysiert, sondern Benachteiligungen im Vergleich zur gesundheitlichen Situation im Herkunftsland ermittelt. Dabei suggerieren die beispielhaft angeführten Umweltfaktoren („besseres‘ Gesundheitssystem, Sicherheit, Hygiene“ – ebd.: 283) eine mit der Migration einhergehende Verbesserung der Umweltbedingungen, die jedoch – mit Blick auf verschiedene (vergleichsweise privilegierte) Zuwanderungsgruppen – nicht gegeben sein muss. Umweltbedingungen sind im „General Model“ unter die Dimension *soziale Lage* subsumiert etwa in Form des ungleichen Zugangs zu wohnräumlichen und damit assoziierten Bedingungen im Lebensumfeld.

Das „Life-Course-Model“ unterscheidet als Outcomes „Migrationsbedingte Ungleichheit der Gesundheit gegenüber der Bevölkerung im Herkunftsland“ und „Genetisch und migrationsbedingte Ungleichheit der Gesundheit gegenüber der Mehrheitsbevölkerung im Zielland“ (Spallek & Razum 2008: 283). Als erklärende Faktoren für letzteren Vergleichshorizont werden „Genetische Unterschiede“, „Situation im Herkunftsland“ sowie der „Migrationsprozess“ herangezogen. Vor dem Hintergrund der eingangs geführten Diskussion und der Gefahr einer Biologisierung sozialer Differenzen sehe ich die exponierte Stellung genetischer Faktoren im Modell kritisch, zumal die Manifestation einer Krankheit zumeist durch eine Vielzahl von Polymorphismen in Interaktion mit verschiedensten Umweltfaktoren beeinflusst wird (Schmidt 2012). Unklar bleibt weiterhin, warum die Situation im Zielland (Sozialer Status, Rechtliche Lage, Umwelt, Zugangsbarrieren) nur

³ Die Autoren haben das Modell auch an späterer Stelle publiziert (z.B. Razum & Spallek 2009, Razum & Spallek 2012), dabei aber auf Spallek & Razum 2008 verwiesen. Daher, jedoch auch weil im Originalbeitrag explizit auf das von Schenk 2007 erarbeitete Modell Bezug genommen wird, fokussieren die folgenden Ausführungen auf diesen im Jahre 2008 erschienenen Beitrag.

⁴ Im Folgenden möchte ich das Modell zur besseren Handhabbarkeit in der Diskussion „Life-Course-Model on the Health of Migrants“ nennen.

Unterschiede der zugewanderten gegenüber der Bevölkerung im Herkunftsland und nicht gegenüber der Mehrheitsbevölkerung im Zielland erklären soll.

Die für Deutschland typischen Migrantengruppen unterscheiden sich u. a. hinsichtlich ihrer rechtlichen und ökonomischen Bedingungen, die sie bei der Zuwanderung vorfinden, hinsichtlich ihrer zahlenmäßigen Größe und sozialstrukturellen Zusammensetzung, dem Grad der sozialräumlichen Segregation sowie der gesellschaftlichen Akzeptanz durch die Mehrheitsbevölkerung und ihrer Stellung innerhalb der ethnischen Hierarchie (vgl. Schenk et al. 2008b). Neben der Gruppe der Personen ohne Migrationshintergrund und der Population im Herkunftsland ist daher als eine zentrale komparative Analyseebene jene *zwischen verschiedenen Migrantengruppen* im „General Model“ verankert (Schenk 2007: 92). Diese findet in das „Life-Course-Model“ keinen Eingang, hingegen wird mit „Migrantenbevölkerungen gleicher Herkunft in anderen Zielländern“ eine zusätzliche und sicherlich für bestimmte Fragestellungen interessante Vergleichsgruppe eingeführt.

Als entscheidende Weiterentwicklung gegenüber dem „General Model“ sehen Spallek & Razum (2008) die Einführung einer Zeitachse und einer lebenslauforientierten Betrachtung. Diese steht in der Denktradition des Healthy-Migrant-Effekts, der anhaltende Mortalitätsvorteile von Migrant/innen gegenüber der Bevölkerung des Ziellandes mit positiven Selbstselektionseffekten der Migrierenden (und mit Rückkehreffekten, die zu statistischen Verzerrungen führen können) zu erklären sucht. Razum & Twardella (2002) haben das Modell des Healthy-Migrant-Effekt um das Konzept der „Migration als gesundheitlichen Übergang“ erweitert. Aufgrund eines günstigeren weiterhin fortwirkenden Todesursachenprofils des Herkunftslandes - mit vergleichsweise geringen Risiken bspw. für Herz-Kreislauf-Krankheiten - bei gleichzeitiger Abnahme des Risikos für Infektionskrankheiten infolge der verbesserten gesundheitlichen Versorgung und der besseren hygienischen Bedingungen im Zuwanderungsland werden Gesundheitsvorteile erklärt. Diese können im Laufe der Zeit mit der Übernahme der Lebensweise des Ziellandes wiederum abnehmen. „Migranten befinden sich also während ihres Lebenslaufs in verschiedenen Stadien des gesundheitlichen Übergangs, sind damit auch den Risiken aus verschiedenen Phasen ausgesetzt.“ (Spallek & Razum 2008: 279).

Das „Life-Course-Model“ fokussiert somit vor allem auf selbst Zugewanderte aus Ländern, in denen der gesundheitliche Übergang noch nicht so weit vorangeschritten ist, auf Migrationsbewegungen von „ärmeren“ in „reichere“ Länder (Razum & Spallek 2009), und bietet hier einen wertvollen Analyseansatz. Das Anliegen des „General Model“ ist es, verschiedene Erklärungsansätze modellhaft zusammenzuführen und möglichst erschöpfend potenzielle Faktoren zu vereinen, die mit der Gesundheit von Migrant/innen assoziiert sein können. Es soll eine Strukturierungshilfe geben, welche anwendbar ist auf jeden Herkunfts- und Einwanderungskontext sowie auf verschiedene Einwanderergenerationen. In Abhängigkeit vom zu untersuchenden Gesundheitsereignis werden die Einflussfaktoren eine

unterschiedliche Relevanz aufweisen. Darüber hinaus ist eine je eigene (oder auch interdependente) Wirkung von Sozialstatus und Geschlecht sowie anderen sozialen Determinanten möglich. Insbesondere die Analyseperspektive, die Unterschiede und Gemeinsamkeiten innerhalb der Migrantenpopulation in den Blick nimmt, erfordert den dynamischen Charakter des Migrationshintergrundes anzeigende Merkmale wie die Aufenthaltsdauer, das Einreisealter und die Einwanderergeneration zu berücksichtigen (Schenk 2007: 94). Eigene Analysen haben die Wirkung dieser Merkmale zeigen können (z. B. Schenk et al. 2007b).

Das „General Model“ schließt folglich eine lebenslauforientierte Betrachtung ein. Das Migrationsereignis selbst ist ein lebensbiographisches Datum. Allerdings ist hiermit noch nichts über die methodische Umsetzung der Lebenslaufperspektive gesagt. Spallek & Razum (2008: 285) sprechen von „Forschungsbedarf für die Entwicklung von Forschungsdesigns und die Durchführung von Studien, die solche lebenslaufbezogenen Analysen mit Populationen aus den Herkunfts- und den Zielländern der Migranten ermöglichen“. Ohne dass es explizit durch die Autoren formuliert würde, legt deren Forschungsinteresse ein Paneldesign nahe, welches Veränderungsdynamiken auf der individuellen Ebene untersucht. Dies ist vorteilhaft, um etwa Kohorten- und Lebenszykluseffekte abgrenzen oder Hinweise auf frühkindliche Expositionen und Entwicklungspfade basieren zu können. Das „General Model“ soll eine Analysehilfe für verschiedenste Studientypen bieten. So sind in Abhängigkeit vom Forschungsziel auch Vorteile zu sehen in einem Querschnitts- bzw. Trenddesign mit retrospektiver Erfassung wichtiger lebens-, inkl. migrationsbiographischer Ereignisse. Mit Blick auf eine transnationale Perspektive sollte diese auch das Phänomen der Pendelmigration sowie ggf. andere grenzüberschreitende Beziehungen beinhalten. Das erfragte Herkunftsland kann als Indikator für die dortige sozioökonomische und gesundheitliche Lage, spezifische Lebensgewohnheiten etc. fungieren, ohne Populationen im Herkunftsland befragen zu müssen. Die Merkmale ‚Aufenthaltsdauer‘ und ‚Einwanderergeneration‘ ermöglichen Veränderungen und intergenerative Prozesse auf der Aggregatebene der Stichprobe zu rekonstruieren und gleichzeitig repräsentativ für eine sich wandelnde (gerade auch Migranten-) Bevölkerung zu sein. Zudem sprechen eine relativ hohe Panelmortalität insbesondere unter der Migrantenbevölkerung und die aufwendige Panelpflege für ein Querschnittsdesign.

In späteren Publikationen haben die Autoren ihr Modell um die Perspektive der Zweiten Einwanderergeneration erweitert (vgl. Spallek 2012, Spallek et al. 2011). Die Inkludierung der Einwanderergeneration in die Modelldarstellung gerät m. E. unnötig unter Druck, generationen-spezifische (oder eben doch -identische) Einflussfaktoren a priori definieren zu müssen. Die Ergebnisse von KiGGS-Basis zeigen eine protektive oder riskante Wirkung der verschiedenen Dimensionen des Migrationshintergrundes in Abhängigkeit von Aufenthaltsdauer bzw. Einwanderergeneration, aber in Kombination mit Herkunftsland,

Geschlecht, Alter und Sozialstatus (Schenk et al. 2008a). Letztlich wird es weiterer (quantitativer und qualitativer) empirischer Forschung vorbehalten bleiben, Befunde komparativ zu analysieren und modellhafte Erklärungen des Zusammenhangs von Migration und Gesundheit induktiv weiterzuentwickeln.

4 Zusammenfassung

Hintergrund

Ein Fünftel der in Deutschland lebenden Bevölkerung weist einen Migrationshintergrund auf. Trotz ihres hohen Anteils war zum Zeitpunkt der hier vorgestellten Publikationen wenig bekannt über die gesundheitliche Lage dieser Bevölkerungsgruppe. Eine wissenschaftliche Auseinandersetzung mit gesundheitlicher Ungleichheit im Kontext von Migration hat erst in jüngerer Zeit begonnen. Vornehmlich wurde dies auf eine unzureichende Datenlage zurückgeführt. Die der Habilitationsschrift zugrunde gelegten Arbeiten sind vor allem im Rahmen von Bemühungen des Robert Koch-Instituts entstanden, Personen mit Migrationshintergrund am Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) in ausreichendem Maße zu beteiligen und aussagekräftige Daten für diese Teilpopulation zu generieren. Ziel meiner Arbeiten war es, methodisch-methodologische Grundlagen in diesem Feld voranzutreiben und Standards für eine migrationssensible Gesundheitsforschung zu entwickeln.

Überblick über die Publikationen

Diese Standards werden in Publikation [1] begründet. Publikation [2] erarbeitet – ausgehend von der Definition der Zielpopulation - einen Mindestindikatorensatz zur Erfassung des Migrationsstatus, welcher eine standardisierte Operationalisierung in der epidemiologischen und gesundheitswissenschaftlichen Praxis ermöglichen sollte. Publikationen [3] und [4] analysieren anhand von Daten des Robert Koch-Instituts das Teilnahmeverhalten von Personen mit Migrationshintergrund an Gesundheitsstudien und damit verknüpfte Stichprobeneffekte. Ein Analyse- und Erklärungsmodell zum Zusammenhang von Migration und Gesundheit stellt Publikation [5] vor, welches anhand empirischer Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys zum Impfverhalten in Publikation [6] exemplifiziert wird.

Ergebnisse

Als Gründe für eine unzulängliche Repräsentation von Personen mit Migrationshintergrund in Gesundheitsstudien konnten u. a. folgende herausgearbeitet werden: eine restriktive Definition der Grundgesamtheit, welche bspw. nur die deutschsprachige Population einschloss; ein uneinheitlicher Migrantengriff, der die Vergleichbarkeit verschiedener Datenquellen erschwerte; fehlende Indikatoren zur Identifikation von Personen mit Migrationshintergrund in den Datensätzen sowie höhere Anteile an qualitätsneutralen Ausfällen und niedrigere Responseraten unter Menschen mit Migrationshintergrund. Die durchgeführten Analysen des Teilnahmeverhaltens erklärten Letztere mit Sprachbarrieren, vor allem aber auch mit migrantentypischen Vorbehalten und Ängsten gegenüber einer Studienteilnahme wie der Angst vor einer Gesundheitskontrolle, vor zahlungspflichtigen

medizinischen Untersuchungen oder dem Missbrauch der Gesundheitsdaten. Diese Ergebnisse fundierten die Entwicklung einer Strategie zur Gewinnung von Proband/innen mit Migrationshintergrund, welche in der KiGGS-Basiserhebung erfolgreich umgesetzt werden konnte. Im Ergebnis waren Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund entsprechend ihrem Anteil in der Bevölkerung in der bundesweiten KiGGS-Basiserhebung repräsentiert.

Neben einer ausreichenden Beteiligung der Zielpopulation ist die angemessene Operationalisierung des Migrationshintergrundes eine weitere Voraussetzung für migrationssensitive Analysen. Auf der Basis von konzeptuellen und inhaltlichen Vorarbeiten wurde im Rahmen eines Expert/innen-Workshops ein Mindestindikatorensatz zur Erfassung des Migrationsstatus entwickelt, der sich als Empfehlung für die epidemiologische bzw. gesundheitswissenschaftliche Praxis versteht. Das Instrument umfasst verschiedene Merkmale des Migrationshintergrundes: Geburtsland (der Eltern), Einreisejahr, Staatsangehörigkeit, Aufenthaltsstatus sowie die „Muttersprache“. Mit den Deutschkenntnissen beinhaltet es darüber hinaus einen Indikator zur Messung von sozialer Integration.

Im Unterschied zur autochthonen Bevölkerung konstituiert Migration eine zusätzliche Erfahrungsdimension, die die (gesundheitsrelevante) Handlungspraxis von Zugewanderten strukturiert. Ethnizität ist zudem strukturgebendes Merkmal von Gesellschaften. Diese Spezifik hat Konsequenzen für die Analyse und Interpretation der gesundheitlichen Lage von Personen mit Migrationshintergrund. Die Entwicklung eines Analyse- und Erklärungsmodells zum Zusammenhang von Migration und Gesundheit (im Folgenden: „General Model of Migration and Health“) sollte diesem Umstand Rechnung tragen und eine Strukturierungshilfe geben. Ausgehend von der Definition des Migrationshintergrundes als komplexes Bedingungsgefüge all jener Merkmale, die die Spezifik einer Lebenssituation und des Erfahrungsraumes in Folge eines Migrationsereignisses ausmachen, wurden für eine Analyse des Zusammenhanges von Migration und Gesundheit relevante Dimensionen bestimmt. Solche sind die (anderen) Umwelt- und Lebensbedingungen im Herkunftsland, die soziale und rechtliche Situation von Migrant/innen im Zuwanderungsland, Ethnizität und Ethnisierung, Zugangsbarrieren zur gesundheitlichen Versorgung und schließlich die Zuwanderung selbst als kritisches Lebensereignis. Da Erfahrungsräume mehrdimensional strukturiert sind und sich darüber hinaus gesundheitsbezogene Orientierungsmuster und Lebensstile im Laufe des Aufenthalts unter Einfluss der Zuwanderungsgesellschaft verändern können, sind soziale Determinanten wie Geschlecht, Alter, Sozialstatus, Aufenthaltsdauer sowie Einwanderergeneration systematisch in die Analysen einzubeziehen.

Analysen von Daten der KiGGS-Basiserhebung zum Impfverhalten exemplifizieren das „General Model of Migration and Health“ anhand empirischer Ergebnisse. Es konnte gezeigt werden, dass nicht generell ein Migrationshintergrund das Risiko erhöht, gegen Masern nicht geimpft zu sein. Es sind das Einreisealter bzw. der Geburtsort des Kindes - also ob ein

Kind in Deutschland oder im Ausland geboren ist - und damit verknüpfte Zugangsschwellen zu Impfangeboten im Ankunftsland. Die weitaus größte Erklärungskraft besitzt allerdings die Haltung der Eltern gegenüber Impfungen. Diese Impfskepsis ist mit den Merkmalen ‚hoher Sozialstatus‘ und einem Wohnort in den alten Bundesländern und eben nicht mit einem Migrationshintergrund assoziiert. Die zweite Einwanderergeneration weist eine vergleichsweise hohe Impfkzeptanz auf. In der Migrantenpopulation finden sich somit andere Erklärungen als in der autochthonen Bevölkerung.

Diskussion und Ausblicke

Die Aktivitäten zur Beteiligung von Migrant/innen an bevölkerungsweiten Gesundheitssurveys haben sich zwar in der KiGGS-Basiserhebung bewährt und in einem entsprechenden Anteil an Teilnehmer/innen mit Migrationshintergrund niedergeschlagen, waren jedoch mit einem erheblichen Aufwand verbunden (Schenk et al. 2007a). Aktuelle Analysen zur Beteiligung von Menschen mit Migrationshintergrund an den neueren Gesundheitssurveys des RKI dokumentieren eine im Vergleich zur KiGGS-Basiserhebung geringere Teilnahme (Saß et al. 2015). Dies ist u. a. auf ein reduziertes Set an Aktivitäten zur Einbindung von Personen mit Migrationshintergrund zurückzuführen. Mit der *sozialen Netzwerkarbeit* wurde in Bielefeld ein weiteres Konzept für die Teilnehmergeewinnung entwickelt, welches in der jeweiligen ethnischen Community verankerte ‚Schlüsselpersonen‘ zur Verminderung von Teilnahmebarrieren einsetzt (Yilmaz et al. 2009). Hohe Responseraten stehen hier allerdings ungelösten Fragen der Repräsentativität sowie einem vergleichsweise großen Rekrutierungsaufwand gegenüber (Reiss et al. 2014). Künftige Forschung ist daher gefordert, Erfahrungen und Methodik zur Teilnehmergeewinnung weiterhin systematisch aufzubereiten und das methodische Vorgehen konzeptuell anzupassen.

Vor dem Hintergrund von aktuellen Bestrebungen einer internationalen Vergleichbarkeit verschiedener Datenquellen (Salway et al. 2011) und „individualisierter“ Medikamentenentwicklung ist die Gefahr zu sehen, biologistische Populationskonzepte neu salonfähig zu machen und wissenschaftlich zu begründen (Brückmann et al. 2009). Weitblick und Verantwortung seitens der Wissenschaft sind gefordert, eine solche Entwicklung nicht zuzulassen. Historische Betrachtungen zeigen, dass der „Rasse“-Begriff vor allem auch der Konstruktion des minderwertigen Anderen resp. des überlegenen Selbst diente und als solcher Herrschaft und Unterdrückung legitimierte. Wird in Deutschland der „Rasse“-Begriff eher kritisch diskutiert (Kerner 2009, Heinz & Kluge 2012), klassifizieren in der US-amerikanischen und britischen Epidemiologie auch jüngere „race/ethnicity“-Konzepte anhand biologischer Merkmale (Ford & Harawa 2010). In der Konsequenz bedeutet letzteres eine Naturalisierung und damit Festschreibung von Differenzen. Im Unterschied zu „race/ethnicity“ klassifiziert das hier vorgestellte Migrationskonzept anhand eines

lebensgeschichtlichen Ereignisses und nicht mittels zugeschriebener biologischer und/ oder kultureller Merkmale.

Der Mindestindikatorensatz zur Operationalisierung des Migrationsstatus ging dabei konzeptuell vom Bedeutungsverlust des Merkmals „Staatsangehörigkeit“ zugunsten des Merkmals „Geburtsland (der Eltern)“ aus. Ein späterer Vorschlag zur Abfrage von „Ethnizität“ in der international vergleichenden Surveyforschung beinhaltet ähnliche Merkmale wie der erarbeitete Mindestindikatorensatz, räumt aber auch der Staatsangehörigkeit einen zentralen Stellenwert ein (Hoffmeyer-Zlotnik & Warner 2009). Ein Modellprojekt zur Vereinheitlichung des Migrationsstatus in den Schuleingangsuntersuchungen orientierte sich indes u. a. am empfohlenen Mindestindikatorensatz (Oberwöhrmann & Hermann 2013).

Ein auf das „General Model of Migration and Health“ Bezug nehmendes Modell postuliert eine Weiterentwicklung dahingehend, dass eine Lebenslaufperspektive eingeführt wird, während die aufgeführten Dimensionen des Migrationshintergrundes im Wesentlichen identisch sind (Spallek & Razum 2008). Da der Migrationshintergrund als dynamische Kategorie konzipiert wurde und die Zuwanderung selbst ein lebensbiographisches Ereignis ist, ist die Lebenslaufperspektive eine dem ‚General Model‘ implizite. Bislang ist empirisch nicht geklärt, inwieweit sich sinnvoll lebenslauf- und generationenspezifische Einflussfaktoren auf die Gesundheit von Personen mit Migrationshintergrund begründen lassen oder ob nicht vielmehr ‚Aufenthaltsdauer‘ und ‚Einwanderergeneration‘ die potentiellen Einflussfaktoren moderierende Variablen sind. Da aber Dimensionen des Migrationshintergrundes im Laufe des Aufenthalts an Bedeutung verlieren können, bleibt es weiterer Forschung vorbehalten, Diskriminierungserfahrungen und migrationsspezifische psychosoziale Belastungsfaktoren systematisch in Gesundheitsstudien zu erheben sowie weitere potentiell langfristig, über Generationen hinweg wirkende Merkmale des Migrationshintergrundes zu operationalisieren.

5 Literatur

- AG gegen Rassismus in den Lebenswissenschaften (Hrsg.) (2009) Gemachte Differenz. Kontinuitäten biologischer "Rasse"-Konzepte. Münster: unrast-Verlag.
- Ahrens W, Bellach B-M, Jöckel K-H (1998) Messung soziodemographischer Merkmale in der Epidemiologie. RKI-Schriften. München: MMV Medizin Verlag, 1/1998.
- Allerbeck KR, Hoag WJ (1985) Wenn Deutsche Ausländer befragen. Ein Bericht über methodische Probleme und praktische Erfahrungen. Zeitschrift für Soziologie 14 (3): 241-246.
- Beauftragte der Bundesregierung für Migration Flüchtlinge und Integration (Hrsg.). (2005) 6. Bericht über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland. Bonn: Bonner Universitäts-Buchdruckerei.
- Beck M, Franziska J, Becker R (2010) Determinanten des Bildungserfolgs von Migranten. In: Quenzel G/ Hurrelmann K (Hrsg.) Bildungsverlierer. Neue Ungleichheiten. VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden: 313-337.
- Bereswill M, Rieker P, Schnitzer A (2012) Zum Verhältnis von Migrations- und Geschlechterforschung. Traditionen – Entwicklungen – Perspektiven. In: Bereswill M, Rieker R, Schnitzer A (Hrsg.) Migration und Geschlecht. Theoretische Annäherungen und empirische Befunde. Beltz Juventa: Weinheim und Basel: 7-16.
- Bhopal R (2004) Glossary of Terms relating to ethnicity and race: for reflection and debate. J Epidemiol Community Health 2004; 58:441-445.
- Blohm M, Diehl C (2001) Wenn Migranten Migranten befragen. Zum Teilnahmeverhalten von Einwanderern bei Bevölkerungsumfragen. Zeitschrift für Soziologie 30 (3): 223-242.
- Borde T (2005) Repräsentation ethnischer Minderheiten in Studien und Gesundheitsberichten. Erfordernis, Chancen und Nebenwirkungen. In: Borde T, David M. (Hrsg.). Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund. Lebenswelten, Gesundheit und Krankheit. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag: 267-287.
- Borde T (2006) Ungleich besser! Zur Bedeutung der Ethnizität als Faktor im Diversity Management. Welche Unterschiede müssen stärker berücksichtigt werden? In: Altgeld Th, Bächlein B, Deneke Ch (Hrsg.) Diversity Management in der Gesundheitsförderung. Nicht nur die leicht erreichbaren Zielgruppen ansprechen! Frankfurt/Main, Mabuse-Verlag: 115-133.
- Brodhun B, Altmann D, Hauer B, Fiebig L, Haas W (2013) Bericht zur Epidemiologie der Tuberkulose in Deutschland für 2011. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Brückmann T, Maetzy F, Plümecke T (2009) Rassifizierte Gene. Zur Aktualität biologischer "Rasse"-Konzepte in den neuen Lebenswissenschaften. In: AG gegen Rassismus in den Lebenswissenschaften (Hrsg.): Gemachte Differenz. Münster: unrast-verlag: 20-64.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.) (2013) Lebenslagen in Deutschland. Der Vierte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Bonn.
- Butterwegge C (2010) Armut von Kindern mit Migrationshintergrund: Ausmaß, Erscheinungsformen und Ursachen. VS Verlag für Sozialwissenschaften: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- DAE (Arbeitsgruppe Epidemiologische Methoden der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Epidemiologie) (1999) Leitlinien und Empfehlungen zur Sicherung von Guter Epidemiologischer Praxis (GEP). Berlin.
- Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.) (2014) 10. Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland.

<http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Anlagen/IB/2014-10-29-Lagebericht-lang.pdf;jsessionid=DD6CDF8828F8B1A3616C42B55208D0A2.s2t1?blob=publicationFile&v=3>.

- Ford C, Harawa N (2010) A new conceptualization of ethnicity for social epidemiologic and health equity research. *Social Science & Medicine* 71 (2): 251-258.
- Giddens A, Fleck C, Egger de Campo, M (2009) *Soziologie*. Dritte, überarbeitete Auflage. Graz: Nausner & Nausner.
- Giesecke J, Ebner C, Oberschachtsiek D (2010) Bildungsarmut und Arbeitsmarktexklusion. In: Quenzel G/ Hurrelmann K (Hrsg.) *Bildungsverlierer. Neue Ungleichheiten*. VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden: 421-438.
- Heckmann F (1981) *Die Bundesrepublik: Ein Einwanderungsland? Zur Soziologie der Gastarbeiterbevölkerung als Einwandererminorität*. Stuttgart: Enke.
- Heinz A, Kluge U (2012a) *Einwanderung - Bedrohung oder Zukunft? Mythen und Fakten zur Integration*. A. Heinz and U. Kluge. Frankfurt am Main, Campus Verlag: 7-15.
- Heinz A, Kluge U (2012b) *Geschichte der Rassen und Rasse-Geschichten - Zur Historie und biologischen Plausibilität umstrittener Begriffe*. In: Heinz A, Kluge U. *Einwanderung - Bedrohung oder Zukunft? Mythen und Fakten zur Integration*. Frankfurt am Main: Campus Verlag: 36-53.
- Hoffmann-Nowotny H-J (1973) *Soziologie des Fremdarbeiterproblems. Eine theoretische und empirische Analyse am Beispiel der Schweiz*. Stuttgart: Enke.
- Hoffmeyer-Zlotnik, Jürgen H.-P.; Warner, Uwe; FRG, Forschung Raum und Gesellschaft e.V. (Hrsg.) (2009) *Die Abfrage von „Ethnizität“ in der vergleichenden Survey-Forschung*. Mannheim 2009. – ISBN 3-924725-15-2. URN: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-59179>.
- Igel U, Brähler E, Grande G (2010) Der Einfluss von Diskriminierungserfahrungen auf die Gesundheit von MigrantInnen. *Psychiat Prax* 2010; 37: 183-190.
- Jäckle N (2008) *Die Ethnische Hierarchie in Deutschland und die Legitimierung der Ablehnung und Diskriminierung ethnischer Minoritäten. Über den Konsens in den individuellen Vorurteilen von Mitgliedern einer Gesellschaft*. Dissertation an der Philipps-Universität Marburg. <http://archiv.ub.uni-marburg.de/diss/z2008/0475/pdf/dnj.pdf>.
- Kerner, I (2009). Gibt es einen "Neo-Biologismus"? In: *AG gegen Rassismus in den Lebenswissenschaften (Hrsg.): Gemachte Differenz*. Münster: unrast-verlag: 66-81.
- Knipper M (2013) *Migrationshintergrund? Plädoyer für eine zeitgemäße Beachtung der sozialen und kulturellen Hintergründe von Kindergesundheit in Deutschland*. In: BVKJ e.V. (Hg.): *Migrantinnen und Migranten in der Pädiatrie/BVKJ-Schwerpunktthema 2013*. Köln: Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte e.V., S. 65-69.
- Knipper M, Bilgin Y (2009) *Migration und Gesundheit*. St. Augustin/Berlin: Konrad-Adenauer-Stiftung e.V. und Türkisch-Deutsche Gesundheitsstiftung e.V., 2009.
- Knipper M, Bilgin Y (2010) *Medizin und Ethnisch-Kulturelle Vielfalt - Migration und andere Hintergründe*. In: *Deutsches Ärzteblatt* 2010; 107 (3):A 76-9.
- Koch A (1997). *Teilnahmeverhalten beim Allbus 1994. Soziodemographische Determinanten von Erreichbarkeit, Befragungsfähigkeit und Kooperationsbereitschaft*. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 49 (1): 98-122
- Korporal J, Dangel B (2006) *Die Gesundheit von Migrantinnen und Migranten als Voraussetzung für Beschäftigungsfähigkeit im Alter*. In *Deutsches Zentrum für*

- Altersfragen (Ed.), Lebenssituation und Gesundheit älterer Migranten in Deutschland (pp. 129-281). Berlin: Lit Verlag.
- Krobisch V, Ilkiz D, Schenk L (2014) Pflegesituation von türkeistämmigen älteren Migrantinnen und Migranten in Berlin. Abschlussbericht für das ZQP. <http://www.zqp.de/upload/content.000/id00015/attachment03.pdf>
- Lampert T, Saß A-C, Häfelinger T, Ziese T (2005). Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Beiträge zur Gesundheitsbericht-erstattung des Bundes. Robert Koch-Institut, Berlin: Saladruck.
- Laubenthal B, Pries L (2012) Alter und Migration – eine transnationale Perspektive. In: Baykara-Krumme et al. (Hrsg.): Viele Welten des Alterns, DOI 10.1007/978-3-531-19011-2_15. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Springer Fachmedien: Wiesbaden.
- Nazroo JY (1998) Genetic, Cultural or Socio-economic Vulnerability? Explaining Ethnic Inequalities in Health. *Sociology of Health & Illness* 20(5): 710-730.
- Nohl A-M, Schittenhelm K, Schmidtke O, Weiß A (2010) Zur Einführung: Migration, kulturelles Kapital und Statuspassagen in den Arbeitsmarkt. In: Nohl A-M, Schittenhelm K, Schmidtke O, Weiß A (Hrsg.) Kulturelles Kapital in der Migration. Hochqualifizierte Einwanderer und Einwanderinnen auf dem Arbeitsmarkt. VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden: 9-37.
- Oberwöhrmann S, Hermann S (2013) Einheitliche Erfassung des Migrationshintergrundes bei den Einschulungsuntersuchungen. Modellprojekt der AG GPRS der AOLG – Abschlussbericht –. Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (Hrsg.). <https://www.berlin.de/sen/gessoz/gesundheits-und-sozialberichterstattung/gesundheitsberichterstattung-epidemiologie/spezialberichte/Berlin>
- Özcan V, Seifert W (2006) Lebenslage älterer Migrantinnen und Migranten in Deutschland. In Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.), Lebenssituation und Gesundheit älterer Migranten in Deutschland. Expertisen zum Fünften Altenbericht der Bundesregierung. Berlin: LIT Verlag, S 7-75.
- Palm K (2009) Der "Rasse"-Begriff in der Biologie nach 1945. In: AG gegen Rassismus in den Lebenswissenschaften (Hrsg.): Gemachte Differenz. Münster: unrast-verlag: 240-255.
- Pries L (1997) Neue Migration im transnationalen Raum. In L. Pries (Hrsg.) Transnationale Migration. Soziale Welt Sonderband 12. Baden-Baden: Nomos: 15-44.
- Razum O (2007) Migration und Gesundheit. *Public Health Forum* 15 (56): 11.e1-11.e2.
- Razum O, Zeeb H, Meesmann U, Schenk L, Bredehorst M, Brzoska P, Dercks T, Glodny S, Menkhaus B, Salman R, Saß A-C, Ulrich R (2008a) Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut: Berlin.
- Razum O, Spallek J (2009) Wie gesund sind Migranten? Erkenntnisse und Zusammenhänge am Beispiel der Zuwanderer in Deutschland. in: focus Migration. Kurzdossier Nr. 12 April 2009. http://focus-migration.hwwi.de/typo3_upload/groups/3/focus_Migration_Publikationen/Kurzdossiers/KD_12_Migranten_Gesundheit.pdf (Zugriff 01.08.2010)
- Razum O, Spallek J (2012) Erklärungsmodelle zum Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit und Alter. In: Baykara-Krumme et al. (Hrsg.): Viele Welten des Alterns, DOI 10.1007/978-3-531-19011-2_6. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Springer Fachmedien: Wiesbaden.
- Razum O, Twardella D (2002) Time travel with Oliver Twist – towards an explanation for a paradoxically low mortality among recent immigrants. *Trop Med Int Health* 7: 4–10.

- Razum O, Zeeb H, Schenk L (2008b) Migration und Gesundheit. Ähnliche Krankheiten, unterschiedliche Risiken. *Deutsches Ärzteblatt*. 105/47 2008: A2520-A2522.
- Razum O, Zeeb H (1998) Epidemiologische Studien unter ausländischen Staatsbürgern in Deutschland - Notwendigkeit und Beschränkungen. *Das Gesundheitswesen* 1998;60:283-286.
- Rechel B, Mladovsky P, Ingleby D, Mackenbach JP, McKee M (2013) Health in Europe 5. Migration and health in an increasingly diverse Europe. *Lancet* 2013; 381: 1235–45.
- Reiss K, Makarova N, Spallek J, Zeeb H, Razum O (2013) Identifizierung und Rekrutierung von Menschen mit Migrationshintergrund für epidemiologische Studien in Deutschland. *Gesundheitswesen* 2013; 75: e49-e58.
- Reiss K, Dragano N, Ellert U, Fricke J, Greiser K-H, Keil T, Krist L, Moebus S, Pundt N, Schlaud M, Yesil-Jurgens R, Zeeb H, Zimmermann H, Razum O, Jockel K-H, Becher H (2014) Comparing sampling strategies to recruit migrants for an epidemiological study. Results from a German feasibility study. *The European Journal of Public Health*: 1-6.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2006) Migrationssensible Studiendesigns - zur Repräsentation des Migrationsstatus in der Gesundheitsforschung. Tagung in Kooperation mit dem Robert Koch-Institut und dem Interdisziplinären Forschungsverbund Epidemiologie in Berlin (EpiBerlin) am 25. November 2005; Berlin.
- 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 (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt* 58: 543-552.
- Ronellenfitch U, Razum O (2004). Deteriorating health satisfaction among immigrants from Eastern Europe to Germany. *International Journal for Equity in Health* 3 (1): 4.
- Salman R, Menkhaus B (2006) Mit Migranten für Migranten – Das MiMi-Projekt des Ethno-Medizinischen Zentrums als Beitrag zur interkulturellen Gesundheitsförderung und Integration in Deutschland. In: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.) *Gesundheit und Integration. Ein Handbuch für Modelle guter Praxis*. Berlin: 107-114.
- Salway S M, Higginbottom G, Reime B, Bharj KK, Chowbey P, Foster C, Friedrich J, Gerrish K, Mumtaz Z, O'Brien B (2011). Contributions and challenges of cross-national comparative research in migration, ethnicity and health: insights from a preliminary study of maternal health in Germany, Canada and the UK. *BMC Public Health* 11: 514.
- Salzbrunn M (2014) Vielfalt / Diversität. *Themen der Soziologie - Soziologische Themen*. transcript-Verlag: Bielefeld.
- Saß A-C, Grüne B, Brettschneider A-K, Rommel A, Razum O, Ellert U (2015) Beteiligung von Menschen mit Migrationshintergrund an Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts. *Bundesgesundheitsblatt* 2015 58 (6): 533-542.
- Schenk L (2005) Kulturelle oder soziale Benachteiligung? Gesundheitsverhalten von Migrantenkinder – Ergebnisse aus der Pilotphase des Kinder- und Jugendgesundheits surveys. In: Borde T, David M. *Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund. Lebenswelten, Gesundheit und Krankheit*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag: 187-201.
- Schenk L (2006) Einführung. Migrationssensible Studiendesigns in der Epidemiologie – ein kurzer Problemaufriss. In: Robert Koch-Institut (Hrsg.). *Migrationssensible Studiendesigns - zur Repräsentation des Migrationsstatus in der Gesundheitsforschung*. Tagung in Kooperation mit dem Robert Koch-Institut und dem Interdisziplinären

- Forschungsverbund Epidemiologie in Berlin (EpiBerlin) am 25. November 2005; Berlin 2006: 9-11.
- Schenk L (2007) Migration und Gesundheit – Entwicklung eines Erklärungs- und Analysemodells für epidemiologische Studien. *Int J Public Health* 2007 (52): 87-96.
- Schenk L (2008) Gesundheit und Krankheit älterer und alter Migranten. In: Kuhlmei A, Schaeffer D (Hrsg.) *Alter, Gesundheit und Krankheit*. Bern 2008: Hans Huber: 156-174.
- Schenk L, Ellert U, Neuhauser H (2006) Messung des Migrationsstatus in schriftlicher und telefonischer Befragung. Erfahrungen aus bundesweiten Gesundheitssurveys. In: Robert Koch-Institut (Hrsg.). *Migrationsensible Studiendesigns - zur Repräsentation des Migrationsstatus in der Gesundheitsforschung*. Tagung in Kooperation mit dem Robert Koch-Institut und dem Interdisziplinären Forschungsverbund Epidemiologie in Berlin (EpiBerlin) am 25. November 2005; Berlin 2006: 40-49.
- Schenk L, Ellert U, Neuhauser H (2007a) Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Methodische Aspekte im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt* 2007 (50; 5/6): 590-599.
- Schenk L, Ellert U, Neuhauser H (2007b) Zur Erfassung des Migrationshintergrundes in KiGGS – Wie differenziert muss ein Instrument sein? In: *Gesundheit Berlin (Hrsg.): Dokumentation 12. Kongress Armut und Gesundheit „Prävention für Gesunde Lebenswelten – ‚Soziales Kapital‘ als Investition in Gesundheit“*, CD-ROM, Gesundheit Berlin e.V.
- Schenk L, Neuhauser H, Ellert U., et al. (2008a) *Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003-2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland*. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Robert Koch-Institut Berlin 2008.
- Schenk L, Ellert U, Neuhauser H. (2008b) Migration und gesundheitliche Ungleichheit. *Public Health Forum* 2008 16/59: 18-19.
- Schenk L, Neuhauser H (2005) Standards einer migrantensensiblen Forschung in der Epidemiologie. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 2005;48:279-286.
- Schmidt B (2012) Gesundheitliche Ungleichheit und Genetik im Zeitalter genomweiter Daten. In: Brähler E.; Kiess J.; Schubert C.; Kiess W. (Hrsg.): *Gesund und gebildet - Voraussetzungen für eine moderne Gesellschaft*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht: 395-422.
- Schopf C, Naegele G (2005) Alter und Migration - ein Überblick. *Z Gerontol Geriat*, 38, 384-395.
- Schouler-Ocak M, Aichberger MC, Penka S, Kluge U, Heinz A (2015) Psychische Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt* 2015 58 (6): 527-532.
- Schunck R, Reiss K, Razum O (2014) Pathways between Perceived Discrimination and Health among Immigrants: Evidence from a Large National Panel Survey in Germany, *Ethnicity and Health* 20(5): 493-510.
- Spallek J (2012) *Migrantengesundheit. Die Sicht der Life-Course-Epidemiologie am Beispiel von Krebs bei türkischen Zuwanderern*. Beltz Juventa: Weinheim und Basel.
- 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*. Wiesbaden: VS Verlag: 271-288.

- Spallek J, Zeeb H, Razum O (2011) What do we have to know from migrants' past exposures to understand their health status? a life course approach. *Emerg Them Epidemeol* 2011, 8:6.
- Spiegel Online (2006) Mikrozensus: Familie ist out, Zuwanderung in. <http://www.spiegel.de/politik/deutschland/mikrozensus-familie-ist-out-zuwanderung-in-a-419886.html>. 06. Juni 2006
- Statistisches Bundesamt (1999) Demografische Standards. Wiesbaden: Eigenverlag.
- Weber A, Hörmann G (2011) Migration und Gesundheit – von Defizitanalysen zum Diversity-Ansatz? *Gesundheitswesen* 2011; 73(5): 298-307.
- Weiß A (2008) Raumrelationen als zentraler Aspekt weltweiter Ungleichheiten. In: Bude H, Willisch A (Hrsg.), *Exklusion. Die Debatte über die „Überflüssigen“*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, S 225-245.
- Wengler A (2012) *Ungleiche Gesundheit. Zur Situation türkischer Migranten in Deutschland*. Campus Verlag: Frankfurt am Main.
- World Health Organization Regional Office of Europe (1996) *Health Interview Surveys. Towards international harmonization of methods and instruments*. Copenhagen: WHO Regional Publications. European Series No. 58.
- Yilmaz Y, Glodny S, Razum O (2009) Soziale Netzwerkarbeit als alternatives Konzept für die Rekrutierung türkischer Migranten zu wissenschaftlichen Studien am Beispiel des saba Projekts, in: *Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften*, 8/48, Halle (Saale).
- Zeeb H, Kutschmann M, Razum O (2005) Gesundheitszufriedenheit alternder Migranten – eine Analyse mit Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP). In: Iögd (Hrsg.), *Demografische Alterung und Gesundheit: 12. Gesundheitswissenschaftliches Kolloquium der Fakultät für Gesundheitswissenschaften, 8. Jahrestagung des Landesinstituts für den Öffentlichen Gesundheitsdienst*, 07. und 08. April 2005.
- Zeeb H, Razum O (1999) Analytisch-epidemiologische Studien unter Migranten in Deutschland: Planung und Design. *Soz.- Präventivmedizin* 1999;44:152-159.

6 Danksagung

Das Verfassen der Schrift lässt mich auf meine Zeit im Robert Koch-Institut zurückblicken - eine Zeit, in der das Thema „Migration und Gesundheit“ wenig prominent noch in seinen Kinderschuhen steckte. Umso bemerkenswerter und wichtiger war hier die Unterstützung durch Kolleginnen und Kollegen. Mein Dank gilt insbesondere Frau Professor Kurth, die das Thema stets beförderte und auch in schwierigen Zeiten Vertrauen in mich setzte. Frau PD Dr. Hanne Neuhauser, die mir wissenschaftlich eine wertvolle Partnerin war und ist, die mich ermutigt hat Forschungsideen umzusetzen, mich beruflich vorwärts trieb und mir konstruktive Impulse für die Schrift gab. Frau Dr. Ute Ellert, Frau Dr. Hildtraud Knopf, all meine damaligen Kolleginnen und Kollegen, auch jene in der Feldarbeit von KiGGS (Basis), die mich unterstützten und die eine erfolgreiche Einbindung von Kindern und Jugendlichen aus Einwanderungsfamilien erst möglich machten. Danken möchte ich den Probandinnen und Probanden, die mir Einblicke in verschiedenste Lebenswelten erlaubten.

Meine Habilitationsleistung komplettieren Forschungen, die am Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft der Charité – Universitätsmedizin Berlin erarbeitet wurden. Hier möchte ich Frau Professor Adelheid Kuhlmeier danken, die auch in zeitlich angespannten Situationen stets eine zugewandte Gesprächspartnerin und Mitstreiterin war. Frau Dr. Susanne Schnitzer danke ich für einen regen Austausch in vielen Fragen und für das kritische Lesen meiner Schrift. Dank den zahlreichen Mitstreiter/innen, die verschiedenste Forschungsprojekte maßgeblich getragen haben, stellvertretend möchte ich hier Roger Meyer nennen.

Schließlich spreche ich meinen Dank all jenen Kolleg/innen aus, die sich um das Forschungsfeld „Migration und Gesundheit“ verdient machten, lange bevor ich es betreten konnte, insbesondere Frau Professor Theda Borde und Herrn Professor Oliver Razum.

7 Erklärung

§ 4 Abs. 3 (k) der HabOMed der Charité

Hiermit erkläre ich, dass

- weder früher noch gleichzeitig ein Habilitationsverfahren durchgeführt oder angemeldet wurde,
- die vorgelegte Habilitationsschrift ohne fremde Hilfe verfasst, die beschriebenen Ergebnisse selbst gewonnen sowie die verwendeten Hilfsmittel, die Zusammenarbeit mit anderen Wissenschaftlern/Wissenschaftlerinnen und mit technischen Hilfskräften sowie die verwendete Literatur vollständig in der Habilitationsschrift angegeben wurden,
- mir die geltende Habilitationsordnung bekannt ist.

Ich erkläre ferner, dass mir die Satzung der Charité – Universitätsmedizin Berlin zur Sicherung Guter Wissenschaftlicher Praxis bekannt ist und ich mich zur Einhaltung dieser Satzung verpflichte.

.....
Datum

.....
Unterschrift