

Der Zusammenhang von Migrationshintergrund und Gesundheit in Deutschland

Eine Regressionsanalyse anhand der
Daten des European Social Survey

Mira Laetitia Rudmann



Mira Laetitia Rudmann

Der Zusammenhang von Migrationshintergrund und Gesundheit in Deutschland.
Eine Regressionsanalyse anhand der Daten des European Social Survey.

Duisburger Beiträge zur soziologischen Forschung 2026-01

doi: 10.6104/DBsF-2026-01 - <https://doi.org/10.6104/DBsF-2026-01>

Herausgeber:

Institut für Soziologie, Universität Duisburg Essen

Institute of Sociology, University of Duisburg-Essen

<https://www.uni-due.de/soziologie/>

Juni 2026

Duisburger Beiträge zur soziologischen Forschung

ISSN 0949-8516 (Internet)



Creative Commons Lizenz CC BY-NC 4.0

Umschlagbild: Carmen Janiesch, Berlin

© 2026 by the author(s)

Mira Laetitia Rudmann absolvierte ihren Bachelor of Arts in Soziologie an der Universität Duisburg-Essen. Aktuell studiert sie an der Universität zu Köln im Master Sociology - Social Research.

mrudmann@smail.uni-koeln.de

Downloads

https://www.uni-due.de/soziologie/duisburger_beitraege/

Redaktion

Prof. Dr. Frank Kleemann

Institut für Soziologie

Universität Duisburg-Essen

Lotharstr. 63 | 47057 Duisburg | Germany

Tel. +49 203 379 - 2259

DBsF@uni-due.de

Abstract

This work examines the relationship between migration background and general health status in Germany based on data from the European Social Survey (2023). Using linear and logistic regression analysis, it is shown that first-generation migrants report better general health significantly more often than people without a migration background. However, the effect is small. Furthermore, it loses significance when controlling for socioeconomic status. No independent effect could be observed for the second generation. At the same time, it is evident that members of the second generation report difficulties in accessing the health care system significantly more often. This correlation cannot be explained by socio-economic status or health behaviour alone. This could potentially indicate discrimination. Overall, the results support the existence of the *Healthy-Migrant-Effect* in Germany. However, they also show that the health benefits of the first generation are weakened by social disadvantage and disappear in the subsequent generation. Simultaneously, they point to discrimination against second-generation immigrants in the healthcare system. They also show that the correlation is influenced by a variety of partly ambivalent effects. The findings emphasise the need for further research and health policy measures to prevent health inequalities in the long term.

Keywords: Health, Migration background, Healthy-Migrant-Effect, Inequality

Zusammenfassung

Diese Arbeit untersucht den Zusammenhang zwischen dem Migrationshintergrund und dem allgemeinen Gesundheitszustand in Deutschland auf Basis der Daten des European Social Surveys (2023). Mittels einer linearen und einer logistischen Regressionsanalyse wird gezeigt, dass Personen mit Migrationshintergrund der ersten Generation signifikant häufiger einen besseren allgemeinen Gesundheitszustand berichten als Personen ohne Migrationshintergrund, wenngleich der Effekt nur von geringem Ausmaß ist. Des Weiteren verliert er an Signifikanz, wenn für den sozioökonomischen Status kontrolliert wird. Für die zweite Generation konnte kein eigenständiger Effekt beobachtet werden. Gleichzeitig zeigt sich, dass Angehörige der zweiten Generation signifikant häufiger über Schwierigkeiten bei der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems berichten. Dies ist nicht alleine durch den sozioökonomischen Status oder das Gesundheitsverhalten zu erklären, was potenziell auf Diskriminierung hindeuten könnte. Insgesamt bestätigen die Ergebnisse die Existenz des *Healthy-Migrant-Effects* in Deutschland. Sie zeigen jedoch auch, dass die gesundheitlichen Vorteile der ersten Generation durch soziale Benachteiligung abgeschwächt werden und in der nachfolgenden Generation verschwinden. Gleichzeitig weisen sie auf eine Benachteiligung der zweiten Generation im Gesundheitssystem hin. Der Gesamtzusammenhang wird durch eine Vielzahl, teils ambivalenter Faktoren beeinflusst. Die Befunde unterstreichen die Notwendigkeit weiterer Forschung und gesundheitspolitischer Maßnahmen zur Vermeidung gesundheitlicher Ungleichheiten.

Schlüsselwörter: Gesundheit, Migrationshintergrund, Healthy-Migrant-Effect, Ungleichheit

Vorwort der Redaktion

Die „Duisburger Beiträge zur soziologischen Forschung“ präsentieren Forschungsergebnisse von Mitgliedern des Instituts für Soziologie der Universität Duisburg-Essen. Sie bieten die Möglichkeit, relevante Forschungsergebnisse nach einem internen Begutachtungsprozess schnell der Fachöffentlichkeit zugänglich zu machen.

Dies schließt auch Studierende der soziologischen BA- und MA-Studiengänge ein, die mit Studien- oder Abschlussarbeiten theoretisch, empirisch oder methodisch neue Befunde erarbeitet haben, die für die Fachöffentlichkeit von Relevanz sind. Diese Möglichkeit, erste Publikationserfahrungen zu sammeln, verstehen wir als einen Beitrag zur Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses unseres Fachs.

Bei dem vorliegenden Beitrag handelt es sich um eine gekürzte und überarbeitete Fassung der von Prof. Dr. Marcel Erlinghagen betreuten Bachelorarbeit von Mira Laetitia Rudmann, die im Sommersemester 2025 an der Fakultät für Gesellschaftswissenschaften der Universität Duisburg-Essen im Fach Soziologie vorgelegt wurde.

Frank Kleemann, im Mai 2026

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|------------|
| Abstract | ii |
| Zusammenfassung | ii |
| Vorwort der Redaktion | iii |
| 1 Einleitung | 1 |
| 2 Zuwanderung in die Bundesrepublik Deutschland - Ein Überblick | 2 |
| 3 Theoretischer Hintergrund | 3 |
| 3.1 Healthy-Migrant-Effect..... | 3 |
| 3.2 Soziale Determinanten gesundheitlicher Ungleichheit | 5 |
| 3.2.1 Sozioökonomischer Status und Gesundheit..... | 6 |
| 3.2.2 Migrationshintergrund und sozioökonomischer Status | 10 |
| 3.2.3 Migrationshintergrund als eigenständiger Faktor..... | 12 |
| 3.3 Die Widersprüchlichkeiten des Zusammenhangs | 15 |
| 4 Methoden | 16 |
| 4.1 Datengrundlage | 16 |
| 4.2 Variablen und Operationalisierung | 17 |
| 4.2.1 Unabhängige und abhängige Variablen | 17 |
| 4.2.2 Weitere Variablen..... | 18 |
| 4.3 Analytisches Vorgehen | 20 |
| 5 Ergebnisse | 21 |
| 6 Interpretation und Diskussion der Ergebnisse | 27 |
| 7 Fazit | 32 |

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Inanspruchnahme nicht möglich, aufgeschlüsselt nach Migrationshintergrund
(in Prozent): 22

Tabellenverzeichnis

| | |
|---|----|
| Tabelle 1: Deskriptive Statistik des Analysedatensatzes (Gesamt- und Teilstichprobe) | 18 |
| Tabelle 2: Kreuztabelle Migrationshintergrund und allgemeiner Gesundheitszustand | 22 |
| Tabelle 3: Determinanten des subjektiven Gesundheitszustands (Koeffizienten OLS- Regression) | 24 |
| Tabelle 4: Regression der Möglichkeit der Inanspruchnahme auf den Migrationshintergrund | 26 |
| Tabelle 5: Kreuztabelle Migrationshintergrund und Zusammenleben mit Partner:in..... | 28 |

1 Einleitung

Personen mit Migrationshintergrund stellen seit Jahrzehnten eine wachsende Bevölkerungsgruppe dar, die im Jahr 2023 über 29 Prozent der deutschen Gesamtbevölkerung ausmachte (BMI & BAMF 2025: 179). In der auf Deutschland bezogenen Gesundheitsforschung wird ihnen jedoch erst seit den 2000er Jahren vermehrt Aufmerksamkeit gewidmet (Dyck et al. 2019: 935). Die existierenden Arbeiten über die Gesundheit von Personen mit Migrationshintergrund in Deutschland zeichnen ein uneinheitliches Bild. Je nach betrachteten Aspekten zeigen sich sowohl positive als auch negative Assoziationen. Einerseits existieren Befunde über ein niedrigeres Sterberisiko von Personen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu Personen ohne Migrationsgeschichte (Kohls 2015: 524). Zudem zeigt sich für Teile der Bevölkerung mit Migrationshintergrund eine geringere Wahrscheinlichkeit erneut an spezifischen Krebsformen zu erkranken (RKI 2015: 178). Andererseits berichten einige Untersuchungen ein erhöhtes Auftreten von Diabetes in der Schwangerschaft (Reeske et al. 2012: 308), spezifischer Infektionskrankheiten (RKI 2015: 180), aber auch Erkrankungen der Psyche (Führer 2023: 1087) bei Teilen der Bevölkerung mit Migrationshintergrund im Vergleich zur übrigen Bevölkerung in Deutschland.

Vor diesem Hintergrund verfolgt der vorliegende Beitrag zwei zentrale Forschungsfragen: (1) Inwiefern lässt sich ein Unterschied im subjektiven Gesundheitszustand zwischen Menschen mit und ohne Zuwanderungsgeschichte in Deutschland beobachten? Dabei wird zudem zwischen Menschen mit und ohne eigener Migrationserfahrung unterschieden (1. und 2. Generation). (2) Gibt es unter Kontrolle zentraler soziodemographischer und sozioökonomischer Faktoren sowie des individuellen Gesundheitszustands Unterschiede in der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im Vergleich von Menschen mit und ohne Migrationshintergrund? Die Untersuchungsergebnisse können so einen Beitrag dazu leisten, mehr über das Ausmaß und die Ursachen gesundheitlicher Ungleichheit im Zusammenhang mit Zuwanderung zu erfahren. Insbesondere im Zusammenhang mit der zweiten Forschungsfrage sind interessante Einblicke in den Zusammenhang zwischen gesundheitlicher Ungleichheit und möglichen Hindernissen in der gesundheitlichen Versorgung von Zuwanderern und ihrer Nachkommen zu erwarten.

Der Beitrag ist wie folgt aufgebaut: Nach der Einleitung (Kapitel 1) wird ein kurzer Überblick über die Geschichte der Zuwanderung in die Bundesrepublik Deutschland gegeben und der zentrale Begriff des Migrationshintergrunds näher bestimmt (Kapitel 2). Kapitel 3 stellt als theoretischen Ausgangspunkt zur Erklärung gesundheitlicher Unterschiede zwischen Zuwanderern und Einheimischen den sogenannten „Healthy-Migrant-Effect“ vor. Anschließend werden alternative bzw. ergänzende theoretische Erklärungen für einen möglichen Zusammenhang zwischen Migrationserfahrung und Gesundheitszustand erörtert, die zum Teil den Erwartungen des Healthy-Migrant-Effects entgegenstehen

bzw. diesen abschwächen können. In Kapitel 4 wird diese Ambivalenz noch einmal fokussiert betrachtet.

Auf Basis des hierbei erlangten Wissens kann anschließend die Forschungsfrage empirisch untersucht werden. Dies erfolgt mit Hilfe der Daten des European Social Surveys (2023). Bei der Darstellung des methodischen Vorgehens wird die Datenaufbereitung sowie die analytische Vorgehensweise erläutert. Anschließend werden zunächst die Ergebnisse der statistischen Analyse beschrieben, die dann in einem eigenständigen Kapitel im theoretischen Kontext interpretiert werden. Es wird der allgemeine Gesundheitszustand auf den Migrationshintergrund regressiert. Zur Unterstützung der korrekten Interpretation der dabei entstehenden Ergebnisse wird zusätzlich mittels einer weiteren Regression der Zusammenhang zwischen Migrationshintergrund und der Möglichkeit der Inanspruchnahme betrachtet. Mithilfe dieser Vorgehensweise wird versucht, eine in der ersten Regression möglicherweise verdeckte Benachteiligung sichtbar zu machen. In einem Fazit werden die erlangten Erkenntnisse zusammenfassend dargestellt und ihre wissenschaftliche, aber auch politische Implikation benannt. Ziel der Untersuchung ist es, durch die Beantwortung der Forschungsfrage eine Übersicht über den aktuellen Wissensstand zusammenzutragen und gleichzeitig die bisher knappen wissenschaftlichen Beiträge zu diesem Thema um eine Auswertung zu bereichern.

2 Zuwanderung in die Bundesrepublik Deutschland - Ein Überblick

Die Migration nach Deutschland ist seit 1950 durch verschiedene Gruppen geprägt. Personen aus dem Ausland mit deutschen Vorfahren, sogenannte Aussiedler:innen oder Spätaussiedler:innen, bestimmten vor allem in den 50er Jahren die Zuwanderung. Zwischen 1955 und 1973 schloss die BRD Anwerbeabkommen mit Italien, Spanien, Griechenland, Türkei, Marokko, Portugal, Tunesien und dem ehemaligen Jugoslawien, um Zuwanderer aus diesen Ländern als temporäre Arbeitskräfte („Gastarbeiter“) zu gewinnen und dem damals herrschenden Arbeitskräftemangel zu begegnen. Durch Familiennachzüge stieg die Anzahl an Personen aus diesen Ländern weiter an, obwohl ein nicht unerheblicher Teil von ihnen nicht dauerhaft in Deutschland blieb. Seit Anfang der 2000er Jahre stieg zudem die Zuwanderung aus EU-Mitgliedsstaaten und insbesondere seit 2015 macht die Migration von geflüchteten Menschen einen großen Teil der Gesamtmigration nach Deutschland aus (Grigoriev & Körner 2024: 30).

Im Folgenden wird der Fokus auf der Bevölkerung mit Migrationshintergrund liegen. Es gibt verschiedene Möglichkeiten, den Migrationshintergrund zu definieren. Meist werden die eigene Staatsangehörigkeit und die Staatsangehörigkeit der Eltern (z.B. BMI & BAMF 2024: 188) oder das eigene Geburtsland und das Geburtsland der Eltern (z.B. Rommel et al. 2015: 544) dafür genutzt. Letztendlich werden bei beiden

Definitionsformen Generationen unterschieden. Personen mit eigener Migrationserfahrung werden als Personen mit Migrationshintergrund der ersten Generation und Personen mit mindestens einem Elternteil mit Wanderungserfahrung, die selbst jedoch keine Wanderung vollzogen haben, als Personen mit Migrationshintergrund der zweiten Generation klassifiziert. Personen, die selbst keine Migrationserfahrung haben und auf deren Eltern dies ebenfalls zutrifft, werden hingegen als Personen ohne Migrationshintergrund bezeichnet (BMI & BAMF 2024: 188 f.; Rommel et al. 2015: 544). Bei dem Konzept des Migrationshintergrunds werden also nicht nur Personen, die selbst migriert sind betrachtet, sondern ebenfalls ihre Nachkommen. Dem ist so, da angenommen wird, dass sich sowohl die Lebensumstände von selbst migrierten, als auch die von ihren Kindern von jenen der Restbevölkerung im Aufnahmeland unterscheiden (Schenk 2007: 89; Tal-larek et al. 2021: 200).

3 Theoretischer Hintergrund

Im Folgenden werden unterschiedliche theoretische Argumente vorgestellt, die einen grundsätzlichen Zusammenhang zwischen dem Migrationshintergrund einerseits und dem individuellen Gesundheitszustand andererseits postulieren. Dabei ist a priori un- eindeutig, ob Zuwanderer und ihre Nachkommen tendenzielle gesundheitliche Vorteile gegenüber der Mehrheitsgesellschaft haben oder aber gesundheitlich im Vergleich mit der einheimischen Bevölkerung benachteiligt sind.

3.1 Healthy-Migrant-Effect

Der *Healthy-Migrant-Effect* beschreibt die Beobachtung, dass Personen mit eigener Wanderungserfahrung eine bessere Gesundheit aufweisen. Dies gilt sowohl im Vergleich zu Personen ohne Migrationshintergrund, als auch zur Bevölkerung in ihrem Herkunftsland (Helgesson et al. 2019: 1). Üblicherweise zeigt sich der Effekt in Form einer geringeren Mortalität, sprich Sterblichkeitsrate (Kohls 2015: 522). Das Phänomen bezieht sich ausschließlich auf Personen mit Migrationshintergrund der ersten Generation.

Es wird angenommen, dass sich der beobachtete Zusammenhang auf Selektionsprozesse zurückführen lässt. Die Unterschiede sind diesem Ansatz folgend dadurch zu erklären, dass die Gesundheit bereits Einfluss darauf hat, wer migriert. Um diese Annahme zu verstehen, ist es notwendig zu wissen, dass sowohl die Wanderung selbst, als auch die Lebenssituation nach erfolgter Wanderung mit gesundheitlichen Belastungen einher gehen können (Spallek et al. 2011: 3). Personen müssen sich deshalb gesundheitlich in der Lage sehen, eine Migration zu vollführen, sodass in erster Linie besonders gesunde Personen migrieren (Brzoska & Razum 2020: 322). Insbesondere bezüglich der Arbeitsmigration muss Gesundheit als ein entscheidender Faktor angesehen werden, denn

Migrierende müssen sich dazu imstande fühlen, zu arbeiten, wenn sie sich zu diesem Zweck zu einer Wanderung entscheiden (Elo 2009: 554). Hier zeigt sich eine Limitation der Bedeutsamkeit des *Healthy-Migrant-Effects*. Bei anderen Migrationsmotiven als Arbeit, wie beispielsweise Flucht, ist er eher nicht zu beobachten (Razum et al. 2016a: 263). Der Selektionsprozess kann deshalb nur zur Erklärung eines positiven Zusammenhangs von Migrationshintergrund und Gesundheit bei Personen mit eigener Wanderungserfahrung herangezogen werden und scheint zumindest ausschlaggebender bei Arbeitsmigrierenden zu sein.

Um zu verstehen, weshalb Personen mit Migrationshintergrund in Deutschland eine bessere Gesundheit aufweisen könnten als die Restbevölkerung, spielt der *Healthy-Migrant-Effect* dennoch eine entscheidende Rolle. „Gastarbeiter:innen“ und ihre Nachkommen machen bis heute einen großen Teil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund in Deutschland aus. Dies spiegelt sich darin wider, dass die Türkei auch 2023 noch das häufigste Herkunftsland von Personen mit Migrationshintergrund in Deutschland war (BMI & BAMF 2025: 182). Die Besonderheit ist hierbei, dass es sich bei der Wanderung der ursprünglich angeworbenen Menschen nicht nur um Arbeitsmigration handelte, sondern sie sich im Zuge des Anwerbeverfahrens medizinischen Untersuchungen unterziehen mussten (Miller 2012: 554). Die Annahme liegt deshalb nahe, dass gerade in Deutschland Selektionsprozesse einen positiven Zusammenhang zwischen einem Migrationshintergrund der ersten Generation und der Gesundheit mitbegründen könnten.

Ein weiterer häufiger Kritikpunkt ist, dass eine selektive Rückwanderung von kranken und älteren Personen bei der Erklärung des Effekts unberücksichtigt bleibt. Bei den Daten, auf die sich die Beobachtung des *Healthy-Migrant-Effects* stützt, handelt es sich in der Regel um Trendstudien. Bei ihnen werden nicht einzelne Personen in ihrem Lebensverlauf begleitet. Stattdessen werden lediglich Zeitreihen im Querschnitt verglichen. Eine selektive Abwanderung kranker Menschen könnte bei dieser Datengrundlage dazu führen, dass der *Healthy-Migrant-Effect* überschätzt wird (Razum et al. 1998: 301 f.). Eine selektive Rückwanderung kann also zu einer Verzerrung des Phänomens führen, da, vereinfacht ausgedrückt, überwiegend kranke Personen in ihr Geburtsland zurückkehren, sodass es sich bei den für Erhebungen zur Verfügung stehenden Personen in erster Linie um gesunde Menschen handelt.

In diesem Zusammenhang ist ein bisher noch nicht erwähnter, aber zentraler Teil des *Healthy-Migrant-Effects* zu erwähnen. Untersuchungen konnten feststellen, dass sich der Gesundheitsvorteil von Personen mit Wanderungserfahrung mit zunehmender Aufenthaltsdauer verringert (z.B. Kohls 2015: 525; Ferrara et al. 2024: 8 f.). Es wird angenommen, dass die beobachtete zeitliche Veränderung des Effekts durch die sozioökonomische Lage von Personen mit Migrationshintergrund im Zielland erklärt werden kann (Holz 2022: 2621). Inwiefern sozioökonomische Umstände generell mit der Gesundheit zusammenhängen, wird im folgenden Kapitel dargelegt. Dabei wird deutlich werden,

wieso es zu einer Verschlechterung der Gesundheit von Personen mit Migrationshintergrund der ersten Generation kommen kann und wodurch sich die Gesundheit der zweiten Generation gegenüber der Restbevölkerung unterscheiden kann.

3.2 Soziale Determinanten gesundheitlicher Ungleichheit

Personen besitzen sozialstrukturelle Merkmale, die sich in die Kategorien vertikal und horizontal unterscheiden lassen (Brand 2022: 503). Entlang dieser Merkmale verteilen sich Expositionen mit Gesundheitsbelastungen, aber auch Vulnerabilitäten, also das „Maß der Verwundbarkeit in Bezug auf eine gegebene Gefahr“ (Bender & Schaller 2014: 97), ungleich auf die Gesellschaftsmitglieder. Gleiches ist für das Gesundheitsverhalten und die Gesundheitsversorgung zu beobachten. Das Zusammenspiel aus auf die Gesellschaftsmitglieder ungleich verteilter Exposition, Vulnerabilität, Gesundheitsverhalten und Gesundheitsversorgung führt wiederum zu einer Ungleichverteilung der Gesundheit entlang der sozialstrukturellen Faktoren (Brand 2022: 509; Mielck & Janßen 2008: 1).

Der Migrationshintergrund ist ein solcher horizontaler Faktor, der Einfluss auf die individuelle Ressourcenausstattung und die für die einzelnen Akteure geltenden kontextbedingten Handlungsbeschränkungen (Restriktionen) hat. Er besitzt nicht nur eine eigenständige Bedeutung für die Gesundheit, sondern steht auch in Verbindung mit dem sozioökonomischen Status (Tallarek et al. 2021: 205 f.; Schenk 2007: 91). Dieser vereint mehrere vertikale Merkmale in sich. Er setzt sich aus der Bildung, dem Beruf und dem Einkommen bzw. Vermögen einer Person zusammen und beschreibt die individuelle Position in der Gesellschaft auf Basis dieser (Brand 2022: 505). Um den Zusammenhang zwischen dem Migrationshintergrund und Gesundheit besser verstehen zu können, ist es notwendig, zunächst in Kapitel 3.2.1 zu beleuchten, wie sich der sozioökonomische Status auf den Gesundheitszustand auswirken kann bzw. wie beides miteinander zusammenhängt. Auf Basis dieses Wissens kann dann in Kapitel 3.2.2, neben der Erläuterung des Zusammenhangs zwischen sozioökonomischem Status und Migrationshintergrund, auch seine Bedeutung für die Assoziation von Migrationshintergrund und Gesundheit verstanden werden. In Kapitel 3.2.3 wird dann die eigenständige gesundheitliche Bedeutung des Migrationshintergrundes als sozialstrukturelles Merkmal dargelegt.

3.2.1 Sozioökonomischer Status und Gesundheit

3.2.1.1 Exposition und Vulnerabilität

Bezüglich der Verteilung von Expositionen entlang des sozioökonomischen Status zeigt sich, dass niedrige berufliche Positionen, die eine niedrigere Qualifikation voraussetzen, häufiger mit Arbeitsbedingungen einhergehen, die negativ mit der Gesundheit assoziiert sind. Die Arbeitenden sind häufiger körperlichen, aber auch psychosozialen Belastungen wie beispielsweise eingeschränkten Handlungs- und Beteiligungsmöglichkeiten, ausgesetzt als es in höher qualifizierten Berufen der Fall ist (Dragano et al. 2016: 224 f.).

Auch das Einkommen hat einen Einfluss auf das Ausmaß an Expositionen. Ökonomische Ressourcen beeinflussen den Zugang zu Wohnraum (Teltemann et al. 2015: 87). In sozialschwachen Wohngebieten, in denen geringe Mietpreise herrschen, existiert derweil ein höheres Maß verschiedener Umweltbelastungen als in sozialstärkeren. Beispiele hierfür sind eine geringe Luftqualität aber auch Lärm (Liebig-Gonglach et al. 2020: 610; Laubmann et al. 2013: 828 f.). Lärm kann Stress verursachen und ist darüber vermittelt unter anderem mit Erkrankungen des Herzkreislaufsystems assoziiert (Basner et al. 2014: 1328; WHO Europe 2018: 109). Das Einkommen kann dementsprechend aufgrund seines Einflusses auf die Wohnmöglichkeiten das Ausmaß an körperlichen, aber auch psychischen Belastungen formen.

Die Folgen von Expositionen sind nicht bei allen Menschen gleich. Sie hängen von der Vulnerabilität ab. Beispielsweise ist es bei den Auswirkungen von Stress entscheidend, ob die Betroffenen sich imstande fühlen, ihn zu bewältigen oder nicht (Siegrist & Dragano 2006: 114). Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status verfügen über weniger Ressourcen, die positiv mit der Gesundheit assoziiert sind und die bei der Bewältigung von Expositionen unterstützend wirken können. Zum Beispiel geht eine höhere Bildung mit kognitiven Fähigkeiten einher, die in einem positiven Zusammenhang mit der Bewältigung von Stress stehen und so seine gesundheitlichen Auswirkungen abschwächen können (Pampel et al. 2010: 357; Aneshensel 1992: 26 f.). Auch der Mangel ökonomischer Ressourcen kann sich auf die Vulnerabilität auswirken. Exemplarisch besteht in sozialschwächeren Wohngebieten zusätzlich zu der Häufung an Umweltbelastungen oftmals ein Mangel an Umweltfaktoren, die der Regeneration und Erholung zuträglich sind. Ein Beispiel hierfür sind öffentliche Grünflächen (Liebig-Gonglach et al. 2020: 607; 613). Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status sind also häufiger körperlichen Belastungen im Arbeits- und Wohnkontext, aber auch in einem höheren Maße Stress ausgesetzt als Personen mit einem höheren sozioökonomischen Status. Gleichzeitig besitzen sie weniger Möglichkeiten, diese Belastungen zu bewältigen.

3.2.1.2 Gesundheitsverhalten

Ebenso ist bei gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen ein derartiger sozialer Gradient zu beobachten (Lynch et al. 1997: 815). Während gesundheitsgefährdendes Handeln häufiger bei Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status auftritt, ist positiv mit der Gesundheit assoziiertes Verhalten seltener bei ihnen zu beobachten als bei Personen höherer Statusgruppen. In vielen Ländern konnte ein ungesünderes Essverhalten bei Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status festgestellt werden. Unter anderem nahmen sie weniger Gemüse und Obst zu sich (Heuer et al. 2015: 1612; de Irala-Estévez et al. 2000: 709). Auch beim Rauchverhalten zeigen sich Unterschiede. Zwar geht die Anzahl rauchender Menschen in Deutschland seit Jahren zurück (Zeihner et al. 2018: 1372), doch konnte eine Untersuchung der deutschen Bevölkerung zwischen 25 und 69 Jahren Folgendes feststellen. 2003 und 2012 nahmen die Unterschiede im Rauchverhalten zwischen den Bildungsschichten zu. Personen mit einem niedrigen Bildungsabschluss rauchten 2012 im Verhältnis zu Personen mit höheren Bildungsabschlüssen noch häufiger als es noch 2003 der Fall war (Tel et al. 2018: 300). Ein weiteres Beispiel ungleichen Gesundheitsverhaltens stellt die körperliche Aktivität dar. Eine Untersuchung der Bevölkerung von EU-Mitgliedsstaaten im Jahr 1997 konnte aufzeigen, dass ein niedriger Bildungsgrad mit einer geringeren körperlichen Aktivität einhergeht als ein höherer Bildungsgrad (Varo et al. 2003: 144).

Es existieren verschiedenste Erklärungsansätze für die beobachtete Ungleichverteilung von Gesundheitsverhalten entlang des sozioökonomischen Status. Eine Möglichkeit wären Unterschiede in der Bildung. Es wurde angenommen, dass eine ungleiche Verteilung an Gesundheitswissen zu den Unterschieden im Gesundheitsverhalten beitragen könnte (Pampel et al. 2010: 357). Zusätzlich zu dem Wissen selbst scheint auch die Fähigkeit, dieses umzusetzen, von Bedeutung zu sein. Im Zuge von Bildung werden unter anderem kognitive Fähigkeiten zur Problemlösung sowie eine Selbstwirksamkeitswahrnehmung erlernt. Sie sind hilfreich für das Überkommen der Hürden, die beim Beginnen gesundheitsfördernder und dem Beenden gesundheitsschädlicher Verhaltensweisen entstehen (Pampel et al. 2010: 358; Elo 2009: 558).

Die ungleiche Ausstattung mit ökonomischen Ressourcen könnte ebenfalls zu den Unterschieden des Gesundheitsverhaltens beitragen. Es ist etwa denkbar, dass sich Personen, die über mehr finanziellen Mittel verfügen, eher die Mitgliedschaft in Sportvereinen oder im Fitnessstudio leisten können. Gleichzeitig ist diese jedoch nicht zwingend notwendig für eine körperliche Betätigung und gesundheitsschädigendes Verhalten wie Rauchen ist im Gegenteil sogar kostspielig (Pampel et al. 2010: 358). Auf den ersten Blick erscheint diese Erklärung also nicht ganz überzeugend. Findet jedoch der Zusammenhang zwischen ökonomischen Ressourcen und Wohngebiet Beachtung, ändert sich das. Für einige Länder existieren Befunde, die aufzeigen, dass in ärmeren Wohnvierteln eine höhere Anzahl an Fast-Food-Restaurants existieren (Pampel et al. 2010: 360). Auch ist

es möglich, dass Selektionseffekte wirken, die dazu führen könnten, dass beispielsweise Supermärkte jene Lebensmittel anbieten, die sich in den jeweiligen Wohngebieten gut verkaufen (Pampel et al. 2010: 360). Die theoretische Überlegung hierbei ist, dass sich aufgrund der häufig ungesünderen Ernährung von Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status das Angebot in diesen Vierteln so gestalten könnte, dass es dieses Verhalten verstärkt. Die ungleiche Verteilung ökonomischer Ressourcen könnte so einen Teil der Differenzen im Gesundheitsverhalten der unterschiedlichen Statusgruppen erklären.

Die bisher genannten Erklärungsansätze fokussieren Unterschiede in der Ausstattung mit Ressourcen verschiedener Natur. Es existieren jedoch auch Ansätze, die die Ungleichverteilung von Gesundheitsverhalten als eine direktere Reaktion auf eine Benachteiligung interpretieren. Möglicherweise gehen sozialbenachteiligte Personen häufiger ungesundem Verhalten nach, da sie langfristige Gesundheitsnachteile für ein kurzfristiges Wohlbefinden eher in Kauf nehmen als Personen höherer Statusgruppen. Sie könnten dies tun, da sie aufgrund prekärer Lebensumstände einen pessimistischeren Blick auf ihre Zukunft und ihren Einfluss auf diese haben (Pampel et al. 2010: 355). Zusätzlich können Verhaltensweisen wie Rauchen und der Konsum kaloriendichter Lebensmittel, aber auch das körperliche Ruhen als Bewältigungs- und Entspannungsstrategien angesehen werden, auf die Personen aufgrund der erhöhten Stressbelastung in sozial niedrigeren Schichten eher zurückgreifen (Pampel et al. 2010: 353). Im Kern wird bei diesen Ansätzen angenommen, dass sich die Bewertung des Kosten-Nutzen-Verhältnis von Gesundheitsverhalten zwischen den sozialen Schichten unterscheidet. Der Nutzen von gesundheitsförderndem Verhalten und die Kosten von gesundheitsgefährdendem Verhalten könnte also von Angehörigen niedriger Statusgruppen geringer bewertet werden als von Personen mit einem höheren sozioökonomischen Status. Es ist festzuhalten, dass sich Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status häufiger für die Gesundheit unvorteilhaft verhalten und dass dies in der wissenschaftlichen Theorie durch das geringere Ausmaß an Ressourcen sowie als Folge prekärer Lebensumstände erklärt wird.

3.2.1.3 Gesundheitsversorgung

Nicht nur die Exposition, Vulnerabilität und das Gesundheitsverhalten stehen im Zusammenhang mit dem sozioökonomischen Status, sondern auch die Gesundheitsversorgung. Roick & Richter (2024: 182) zeigen im Zuge der Betrachtung des aktuellen Forschungsstandes, dass Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status in Deutschland einen schlechteren Zugang zu medizinischen Behandlungen haben und einige Behandlungsformen seltener in Anspruch nehmen als Angehörige höherer Statusgruppen. Über mögliche Zusammenhänge zwischen dem sozioökonomischen Status und

der Qualität der Gesundheitsversorgung in Deutschland ist hingegen noch wenig bekannt (Geyer 2024: 190).

Die ungleiche Gesundheitsversorgung in Abhängigkeit des sozioökonomischen Status lässt sich durch mehrere Faktoren erklären. Zunächst einmal unterscheidet sich der Zugang zur Gesundheitsversorgung in Deutschland, je nachdem, ob Personen privat oder gesetzlich versichert sind. Die Übersichtsarbeit von Geyer (2024: 187) zeigt, dass privat Versicherte verkürzte Wartezeiten bei Arztterminen haben als gesetzlich Versicherte. Des Weiteren unterscheidet sich das Behandlungsangebot zwischen den Versicherten. Dem ist mitunter so, weil die Behandlung von privat Versicherten in der Regel besser vergütet wird. Ärztinnen und Ärzte schlagen deshalb bei ihnen häufiger von sich aus Behandlungen vor als bei Mitgliedern der gesetzlichen Krankenkasse (Gruber & Kiesel 2010: 354 f.). Da die Möglichkeit, sich privat zu versichern stark mit dem Einkommen und damit dem sozioökonomischen Status zusammenhängt, ist der Versichertenstatus eine weitere Erklärung für die zu beobachtende ungleiche Gesundheitsversorgung (Kriwy & Mielck 2006: 282).

Hinzukommt, dass ökonomische Ressourcen notwendig sind, um sich Behandlungen leisten zu können, die nicht oder nicht vollständig von (gesetzlichen) Versicherungen bezahlt werden. Sie sind ebenfalls erforderlich, um Medikamente zu erwerben. In diesem Zusammenhang sei eine Untersuchung erwähnt, die feststellt, dass Zuzahlungen in der untersten Einkommensgruppe als ökonomische Belastung wahrgenommen wurden. Auch kommen der Verzicht oder Aufschub der Einlösung eines Rezeptes sowie der Verzicht eines Arztbesuches bei ihnen häufiger vor als bei höheren Einkommensgruppen (Bremer et al. 2013: 181). Der Mangel ökonomischer Ressourcen in niedrigen Statusgruppen könnte über diesen Weg vermittelt einen Teil der ungleichen Gesundheitsversorgung in Deutschland erklären. Neben dem Einkommen ist auch die Bildung von Belang. Es wird ein Zusammenhang zwischen dem allgemeinen Bildungsstand und dem Gesundheitswissen angenommen. Der Zugang zur Gesundheitsversorgung kann deshalb auch für niedrige Statusgruppen begrenzt sein, da Personen mit einem niedrigen Bildungsabschluss über ein geringeres Wissen über Versorgungsangebote verfügen können (Reibling & Wendt 2010: 453).

Die aufgeführten Punkte verdeutlichen, dass die Ungleichverteilung des Zugangs zum Gesundheitssystem zum Teil durch strukturelle Barrieren verursacht werden. Im Gegensatz dazu geht es bei der Ungleichverteilung der Inanspruchnahme um Unterschiede bei der tatsächlichen Nutzung des Gesundheitssystems. Ihre Ursachen sind nicht klar von jenen des Zugangs zu trennen (Klein & von dem Knesebeck 2016: 238). Dies erscheint nachvollziehbar, da eine Inanspruchnahme nur erfolgen kann, wenn ein Zugang besteht. Entsprechend kann eine Nicht-Inanspruchnahme auch auf einen nicht vorhandenen Zugang zurückgehen. Die Unterschiede bei der Inanspruchnahme sind dennoch nicht

ausschließlich auf Zugangsbarrieren zurückzuführen. Gruber und Kiesel (2010) untersuchen die Inanspruchnahme fachärztlicher Termine in Deutschland. Sie stellen die Überlegung an, dass eine ungleiche Inanspruchnahme durch Personen unterschiedlicher Schichten auch durch Differenzen bezüglich des Vertrauens in das Gesundheitssystem, der Gesundheits- und Risikowahrnehmungen und der wahrgenommenen sozialen Nähe zu Ärztinnen und Ärzten erklärt werden könnte. Dementsprechend könnten Unterschiede bei der Inanspruchnahme in ungleichen Zugangsbarrieren, aber eben auch in ungleichen Einstellungen zu dem Gesundheitssystem zwischen sozialen Schichten begründet sein.

Die Gesundheitsversorgung ist von enormer Wichtigkeit. Sie steht nicht nur durch ihre präventive Rolle im Zusammenhang mit der Gesundheit. Wenn Krankheiten nicht, bzw. zu spät, behandelt werden, können sie sich verschlimmern und mitunter tödlich sein. Exemplarisch kann ein erhöhtes Sterberisiko bei Krebspatient:innen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status unter anderem auf den Zeitpunkt der Diagnose zurückgeführt werden (Hartung & Johansen 2017: 322). Die Gesundheitsversorgung beeinflusst deshalb nicht nur, ob eine Person krank wird, sondern auch das Ausmaß bzw. die Folgen der Erkrankung (also z.B. Folgeerkrankungen, Rekonvaleszenzzeiten usw.). Die schlechtere Gesundheitsversorgung von Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status könnte deshalb nicht nur dazu beitragen, dass Unterschiede in der Häufigkeit von Erkrankungen zwischen den Statusgruppen zu beobachten sind, sondern auch zu Differenzen bei ihrer Schwere führen.

3.2.2 Migrationshintergrund und sozioökonomischer Status

Der vorausgegangene Abschnitt hat gezeigt, dass sich ein niedriger sozioökonomischer Status auf vielfältige Art und Weise negativ auf die Gesundheit auswirken kann. Gleichzeitig verläuft die Verteilung des sozioökonomischen Status auf die Gesellschaftsmitglieder nicht willkürlich. Ein Faktor, der den sozioökonomischen Status beeinflusst, ist der Migrationshintergrund. Personen mit Migrationshintergrund weisen in Deutschland häufiger einen niedrigen Bildungsabschluss, ein geringeres Einkommen und ein höheres Armutsrisiko auf und sind häufiger in niedrigen beruflichen Positionen zu finden als Personen ohne Migrationshintergrund (DeZIM 2024: 120; 189; 193; Metzling 2021: 287-291).

Bei Personen mit einem direkten Migrationshintergrund kann dies zum Teil auf die Anwerbeabkommen zurückgeführt werden. Als „Gastarbeiter:innen“ wurden von der BRD bewusst Personen mit einem auch im Vergleich zu ihrer Herkunftsgesellschaft niedrigen Bildungs- bzw. Ausbildungsniveau angeworben. Die Arbeitsstellen, die sie besetzen sollten, benötigten kein höheres Qualifikationsniveau (Liebig & Widmaier 2009: 15;

Brinkmann 2022: 88). Darüber hinaus werden die Bildungsabschlüsse von migrierten Personen, die sie im Ausland erlangt haben, oftmals in Deutschland nicht anerkannt (Ingwersen & Thomsen 2021: 846). Dies kann sich entsprechend auf ihre beruflichen Möglichkeiten, ihr Einkommen und somit auf ihren sozioökonomischen Status auswirken.

Bei Personen mit Migrationshintergrund der zweiten Generation wiederum könnte ein häufigeres Vorkommen eines niedrigen sozioökonomischen Status durch die sogenannte Vererbung sozialer Ungleichheit erklärt werden. Gemeint ist damit, dass sich die soziale Schicht, zu der Personen im Erwachsenenalter zugeordnet werden können, selten von jener ihrer Eltern unterscheidet (Pollak 2021: 315; Kratz et al. 2018: 72). Wenn Personen mit eigener Wanderungserfahrung in Deutschland gehäuft zu der Bevölkerung mit niedrigem sozioökonomischen Status gehören, ist es wahrscheinlich, dass aufgrund der geringen sozialen Aufstiegsmöglichkeiten auch ihre Nachkommen häufiger einen niedrigen sozioökonomischen Status aufweisen als Personen ohne Migrationshintergrund.

Der beobachtbare Zusammenhang zwischen Migrationshintergrund und sozioökonomischem Status könnte zum Teil auch eine Folge von Diskriminierungserfahrungen von Personen mit Migrationshintergrund sein. Diskriminierung meint eine (un)beabsichtigte „Ungleichbehandlung, Schlechterstellung und Benachteiligung aufgrund von Eigenschaften, die Menschen oder Gruppen zugeschrieben werden“ (Kajikhina et al. 2023: 1100). Sowohl die erste als auch die zweite Generation können Diskriminierung ausgesetzt sein. Sprachbarrieren können für sie zu Benachteiligungen bei dem Erwerb von Bildung und auf dem Arbeitsmarkt führen (Brinkmann 2022: 89). Neben dieser strukturellen Diskriminierung konnte Sprietsma (2013: 536 f.) mittels einer experimentellen Untersuchung von 88 Lehrpersonen aufzeigen, dass Aufsätze von einem Teil dieser schlechter Benotet werden, wenn sie vermeintlich von einer türkischen Person verfasst werden im Vergleich zu jenen von einer deutschen Person. Bezüglich des Arbeitsmarkts konnte die Untersuchung von Kaas und Manger (2011) aufzeigen, dass ein Migrationshintergrund bereits die Chancen auf ein Vorstellungsgespräch für ein Praktikum mindert. Auf ein Bewerbungsschreiben mit gleichwertigen Qualifikationen erhielten die Forschenden seltener eine Einladung für ein Vorstellungsgespräch, wenn ein ausländischer Name als Bewerber angegeben wurde, als wenn es sich um einen deutschen handelte (Kaas & Manger 2011: 14 f.). Weichselbaumer (2020) nutzte einen im Kern gleichen Untersuchungsaufbau. Sie zeigte damit auf, dass Frauen in Deutschland bei gleicher Qualifikation seltener eine Einladung zu einem Vorstellungsgespräch für eine Anstellung erhalten, wenn sie einen türkischen Namen haben und noch seltener, wenn sie zusätzlich ein Kopftuch tragen als Frauen mit einem deutschen Namen (Weichselbaumer 2020: 622).

Der beschriebene Zusammenhang zwischen Migrationshintergrund und sozioökonomischem Status ist von grundlegender Bedeutung für eine gesundheitliche Ungleichheit zwischen den Bevölkerungsgruppen in Deutschland. Wenn sich ein niedriger sozioökonomischer Status negativ auf die erlebte Exposition, Vulnerabilität, das Gesundheitsverhalten und die Gesundheitsversorgung auswirken kann und Personen mit Migrationshintergrund häufiger einen niedrigen sozioökonomischen Status aufweisen, kann er einen negativen Zusammenhang zwischen Migrationshintergrund und Gesundheit erklären.

3.2.3 Migrationshintergrund als eigenständiger Faktor

Genau wie der sozioökonomische Status, und auch unabhängig von ihm, geht der Migrationshintergrund mit Umständen einher, die eine Ungleichverteilung des Gesundheitszustands zur Folge haben können. Es zeigt sich dabei, dass diese Umstände teilweise bereits in der Zeit vor und während der Migration liegen. Aus einer Lebensverlaufsperspektive heraus lässt sich vermuten, dass aktuelle Lebensumstände durch zurückliegende Ereignisse oder Erfahrungen beeinflusst werden. In Bezug auf die Gesundheit kann dies bedeuten, dass sich Gesundheitsrisiken über den Lebensverlauf hinweg akkumulieren. Der Gesundheitszustand ist dadurch nicht nur eine Folge des Jetzt, sondern auch des Davors (Tallarek et al. 2021: 204).

Deutlich wird dies bei der Betrachtung der Exposition. Bereits im Herkunftsland, also vor der Migration, kann es zu Expositionen kommen, denen die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund in Deutschland in der Regel nicht ausgesetzt sein wird (Spallek et al. 2023: 1093). Es kann beispielsweise vorkommen, dass Personen vor der Migration in Berührung mit Erkrankungserregern kommen, die in Deutschland seltener vorkommen. Zusätzlich können sich die Ernährungsmöglichkeiten und die Gesundheitsversorgung von jener in Deutschland unterscheiden (Spallek et al. 2011: 2). Auch während der Migration kann es zu Gesundheitsbelastungen kommen. Gerade bei einer Fluchtmigration kommt es auf dem Migrationsweg zu „Stress, Ernährungs- und Hygieneproblemen bis hin zu Gewalt und sexueller Ausbeutung“ (Spallek et al. 2023: 1094).

Zusätzlich sind migrierte Personen auch nach Abschluss der Migration, also in Deutschland, nicht nur durch den niedrigeren sozioökonomischen Status, Gesundheitsbelastungen ausgesetzt. Wie zuvor erwähnt, haben Personen mit Migrationshintergrund beider Generationen unter anderem aufgrund von Diskriminierung eine erschwerte Situation auf dem Arbeitsmarkt. Das gleiche gilt auch für den Wohnungsmarkt. Sie erhalten, nicht nur aufgrund geringer finanzieller Ressourcen, sondern auch aufgrund von Diskriminierung, eher Wohnräume in sozialschwachen Wohngebieten (Teltemann et al. 2015: 100), in denen, wie bereits bekannt, eine erhöhte Umweltbelastung besteht. Die Exposition im

Arbeitskontext und im Wohnkontext kann durch diese Diskriminierung auch unabhängig vom sozioökonomischen Status bei beiden Generationen erhöht sein. Insgesamt lässt sich festhalten, dass der Migrationshintergrund bei Personen der ersten Generation mit Expositionen einhergehen kann, die sich von jenen der Restbevölkerung unterscheiden. Zusätzlich kann es bei beiden Generationen zu einem erhöhten Ausmaß an Umweltbelastungen im Arbeits- und Wohnkontext kommen. Dies könnte einen negativen Zusammenhang zwischen Migrationshintergrund und Gesundheit verstärken.

Die für die Vulnerabilität bedeutsamen sozialen Ressourcen können sich hingegen zum Teil für Personen mit Migrationshintergrund vorteilhaft von jenen der Restbevölkerung unterscheiden. Personen mit Migrationshintergrund sind in Deutschland in der Regel in größere Familiennetzwerke eingebunden als Personen ohne Migrationshintergrund, wobei derartige soziale Gefüge gesundheitsförderlich sein können (Hermann & Mielck 2001: 746). Dieser Umstand könnte sich positiv auf den Zusammenhang zwischen Migrationshintergrund und Gesundheit auswirken.

Bei dem Gesundheitsverhalten fallen nur teilweise Differenzen zwischen den Bevölkerungsgruppen auf. Eine Untersuchung der 18 bis 79-Jährigen in Deutschland zwischen 2008 und 2011 kam zu dem Schluss, dass Personen mit Migrationshintergrund der zweiten Generation häufiger rauchten und dass Frauen mit eigener Migrationsgeschichte seltener Sport machten als Personen ohne Migrationshintergrund. Diese Zusammenhänge blieben auch nach Kontrolle für den sozioökonomischen Status bestehen (Rommel et al. 2015: 548 ff.). Zusätzlich können beispielsweise ein unsicherer Aufenthaltsstatus, sowie Diskriminierungserfahrungen als Stressoren fungieren (Nutsch & Bozorgmehr 2020: 1481; Laban et al. 2005: 829). Ein häufigeres Nachgehen gesundheitsgefährdender Verhaltensweisen bei Personen mit Migrationshintergrund könnte entsprechend auch durch eine hohe Stressbelastung erklärt werden.

Zu den beschriebenen Faktoren kommt ein geminderter Zugang zur Gesundheitsversorgung von Personen mit Migrationshintergrund durch strukturelle Diskriminierung hinzu. Bei Personen der ersten Generation kann je nach Aufenthaltsstatus der Zugang zu medizinischer Versorgung gesetzlich eingeschränkt sein (Führer 2024: 1088). Zusätzlich gelangen migrierte Personen erschwert an für medizinische Behandlungen notwendige Informationen (Führer 2024: 1086; Borde 2002: 64). Des Weiteren sind Personen mit eigener Wanderungserfahrung aufgrund von Sprachbarrieren bei Arztterminen teilweise auf übersetzende Angehörige angewiesen (Karger et al. 2017: 287). Es ist denkbar, dass dieser Mehraufwand, eine Begleitung zu finden, ihre Inanspruchnahme des Gesundheitssystems begrenzen könnte. Ein auch die zweite Generation betreffender Faktor, der zu Besonderheiten bei der Gesundheitsversorgung führen kann, ist die Diskriminierung durch Mediziner:innen. Beispielsweise existieren Vorurteile über eine vermeintliche Wehleidigkeit von Personen mit Migrationshintergrund (Zarifoglu 1992: 120). Auch der

Umstand, dass beispielsweise Hautkrankheiten an deutschen Universitäten bisher überwiegend mit Schaubildern hellhäutiger Erkrankter gelehrt wurden, (Glauner & Stebut 2023: 95) spielt in diesem Zusammenhang eine Rolle. Nimmt medizinisches Personal Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund nicht ernst oder versteht sie nicht, kann dies fälschliche Diagnosen und Behandlungen zur Folge haben (Kajikhina et al. 2023: 1103). Außerdem können Diskriminierungserfahrungen dazu führen, dass Betroffene die Inanspruchnahme medizinischer Behandlungen herauszögern oder vermeiden (Ben et al. 2017: 11). Zusätzlich können bei dem Empfinden von und dem Umgang mit Krankheit kulturelle Unterschiede existieren (Borde 2002: 81). Dies könnte wiederum zu einer ungleichen Gesundheitsversorgung führen. Beispielsweise kann Scham bezüglich bestimmter Krankheiten bei Personen mit Migrationshintergrund die Inanspruchnahme mindern (Schenk 2007: 91).

Abschließend sei erwähnt, dass der Migrationshintergrund abgesehen von seiner Rolle als soziale Determinante und seinem Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand auch mit einer besonderen Alters- und Geschlechtsstruktur von Personen der ersten Generation einhergeht. Aus den Daten des Mikrozensus von 2019 geht hervor, dass Personen mit eigener Wanderungserfahrung im Durchschnitt jünger und etwas häufiger männlich waren als die Personen ohne Migrationshintergrund (Petschel 2021: 34). Die Gesundheit zeigt derweil Unterschiede in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht auf (Pohlmann 2022: 515; Brand 2022: 506). Der Migrationshintergrund könnte bei Personen der ersten Generation über diese demografischen Faktoren mit der Gesundheit assoziiert sein. Es ist des Weiteren denkbar, dass es sich auch bei Angehörigen der zweiten Generation um eine besonders junge Bevölkerungsgruppe handelt. Der Migrationshintergrund der zweiten Generation setzt immerhin voraus, dass die Eltern nach Deutschland eingewandert sind. Tatsächlich zeigt sich in den Daten des Mikrozensus von 2019 ein jüngeres Durchschnittsalter der zweiten Generation im Vergleich zu der Restbevölkerung in Deutschland (Petschel 2021: 34). Auch bei ihnen könnte dieser Umstand Unterschiede bei der Gesundheit zwischen ihnen und Personen ohne Migrationshintergrund erklären. Eine weitere Besonderheit könnte sich bei der familiären Haushaltszusammensetzung zeigen. Das Zusammenleben mit Partnerinnen oder Partnern sowie mit Kindern steht in einem positiven Zusammenhang mit der Gesundheit (Rapp & Klein 2023: 820; 825). Einiges spricht dafür, dass Personen mit Migrationshintergrund der ersten Generation häufiger als die Restbevölkerung alleine leben könnten. Es kommt sowohl bei der Flucht- als auch Arbeitsmigration vor, dass zunächst lediglich eine Person migriert (Kraus et al. 2019: 323). Laut Bade (1994: 42) ist es ein Kriterium der Arbeitsmigration, dass der Plan besteht nach einiger Zeit wieder in das Heimatland zurückzukehren. Dies könnte dazu führen, dass ein Familiennachzug nicht angestrebt wird und sie somit ohne sie in Deutschland leben. Des Weiteren kann es sein, dass sich bei Personen, die wiederum einen Familiennachzug anstreben, dieser aufgrund systemischer Hürden hinauszögert. Auch hierdurch kann es zu einem Alleinleben von migrierten Personen kommen (Beyrich

2024: 258). Ein häufigeres Alleinleben von Personen mit Wanderungserfahrung im Vergleich zu Personen ohne Migrationshintergrund könnte wiederum aufgrund der erläuterten gesundheitlichen Bedeutung des Zusammenlebens zu Unterschieden der Gesundheit beitragen.

Die beschriebenen soziodemografischen Besonderheiten von Personen mit Migrationshintergrund können sich zusätzlich auf ihren Zugang zum Gesundheitssystem auswirken. Alter, Geschlecht und das Zusammenleben mit Kind können Einfluss auf die zeitliche Flexibilität haben. Beispielsweise ist es denkbar, dass es Personen im höheren Alter eher zeitlich möglich ist, einen Arzttermin wahrzunehmen als jüngere Personen, da letztere weniger frei verfügbare Zeit haben. Rathjens (2017: 182 ff.) Analyse der Freizeit der Bevölkerung in Deutschland in 1991/1992 und 2001/2002 zeigt einen solchen Zusammenhang zwischen Alter und Freizeit. Zusätzlich legt sie dar, dass Frauen insgesamt in einem geringeren Umfang frei verfügbare Zeit besitzen als Männer und dass mit der Anzahl an im Haushalt lebenden Kindern zeitliche Einschränkungen zunehmen. Personen mit Migrationshintergrund könnten entsprechend aufgrund des jüngeren Durchschnittsalters, des häufigeren männlichen Geschlechts, sowie des häufigeren Wohnens ohne Kinder im Vergleich zu der Restbevölkerung seltener zeitlich begründete Zugangsbarrieren erleben. Das Zusammenleben mit einem/einer Partner:in könnte hingegen den Zugang zum Gesundheitssystem unterstützen, da beispielsweise ein doppeltes Einkommen finanziellen Barrieren entgegenwirken können (Rapp & Klein 2023: 820). Hier könnte sich also ein Nachteil für Personen mit Migrationshintergrund der ersten Generation zeigen.

3.3 Die Widersprüchlichkeiten des Zusammenhangs

Es konnte aufgezeigt werden, dass es sich bei dem Zusammenhang von Migrationshintergrund und Gesundheit um einen Komplex handelt, für dessen Verständnis ein umfassender Blick auf eine Vielzahl von Einflussfaktoren benötigt wird. Ein bei der Migrationsentscheidung auftretender Selektionsprozess kann zu einer positiven Assoziation zwischen Gesundheit und Migrationshintergrund der ersten Generation führen (*Healthy-Migrant-Effect*). Auf der anderen Seite haben beide Zuwanderergenerationen in Deutschland häufiger einen niedrigen sozioökonomischen Status, der wiederum in einem negativen Verhältnis zu der Gesundheit steht. Zusätzlich geht der Migrationshintergrund mit bei der Migration erlebten Expositionen, Diskriminierung, kulturellen Unterschieden und soziodemografischen Eigenschaften einher, die sich ambivalent auf die Gesundheit auswirken können. Aus einem rein theoretischen Blickwinkel lässt sich die Frage, wie sich der Gesundheitszustand von Menschen mit Migrationshintergrund von dem von Menschen ohne Migrationshintergrund in Deutschland unterscheidet, also

kaum vorhersagen. Vielmehr ist eine empirische Exploration nötig, um herauszufinden, ob und inwiefern sich die beschriebenen komplexen Faktoren in der Realität abbilden. Dabei erscheint es sinnvoll, nicht nur den Zusammenhang zwischen Migrationshintergrund und dem Gesundheitszustand zu betrachten, sondern zusätzlich jenen zwischen Migrationshintergrund und der Gesundheitsversorgung. Faktoren wie der Selektionsprozess, auf dem der Healthy-Migrant-Effect beruht, können über eine bestehende Benachteiligung beim Zugang oder bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen hinwegtäuschen und sie überschatten.

4 Methoden

4.1 Datengrundlage

Datengrundlage der folgenden Analyse ist die deutsche Teilstichprobe der 11. Erhebungswelle des European Social Surveys (ESS). Beim ESS handelt es sich um eine Datenerhebung in verschiedenen europäischen Ländern. Er erfolgt seit 2002 in regelmäßigen Interview-Wellen (ESS 2023: 1). Der ESS zielt darauf ab, Daten über Einstellungen, Überzeugungen und Verhaltensmuster der europäischen Bevölkerung zu sammeln. Zusätzlich dazu stehen in jedem Erhebungsjahr spezifische Themen im Fokus der Untersuchungen. Bei der elften und aktuellsten Erhebungswelle des ESS war dies unter anderem die soziale Ungleichheit von Gesundheit (ESS 2022: 2). Der Datensatz dieser Erhebungswelle (ESS Eric 2024) basiert auf Face-to-Face-Interviews, die zwischen 2023 und 2024 in 31 Ländern stattfanden. Eines dieser Länder war Deutschland (ESS 2025a). Die Daten der 11. Welle (ESS11) eignen sich aufgrund ihrer Aktualität daher gut für die Betrachtung des Zusammenhangs zwischen Migrationshintergrund und dem allgemeinen Gesundheitszustand in Deutschland.

Von ursprünglichen 40.156 Fällen im Gesamtdatensatz gehören 2.420 Fälle zur hier verwendeten deutschen ESS-Teilstichprobe. Da der Fokus der Untersuchung auf Erwachsenen liegt, werden nur Personen ab einem Alter von 18 Jahren in die Analyse einbezogen. Zusätzlich wird eine Altersobergrenze von 80 Jahren eingeführt. Hierdurch verringert sich die Fallzahl auf 2.215 Personen. Zuletzt werden nur jene Fälle in die Analysen mit aufgenommen, die Informationen zu allen für die Regression relevanten Variablen aufweisen. Nach diesen Einschränkungen verbleiben 2.161 Personen im Analysedatensatz.

4.2 Variablen und Operationalisierung

4.2.1 Unabhängige und abhängige Variablen

Die unabhängige Variable stellt der Migrationshintergrund dar. Im ESS11 war keine derartige Variable vorhanden. Es wurde jedoch das Geburtsland der Befragten und das ihrer Eltern in jeweils eigenständigen Variablen dokumentiert. Übereinstimmend mit der zuvor dargelegten Vorgehensweise in anderen wissenschaftlichen Arbeiten wurden auf Basis dieser Informationen Personen, deren eigenes Geburtsland nicht Deutschland ist, als Personen mit Migrationshintergrund der „1. Generation“ klassifiziert. Personen, die selbst in Deutschland geboren sind, mit mindestens einem Elternteil, das im Ausland geboren wurde, wiederum als Personen mit Migrationshintergrund der „2. Generation“. Alle weiteren Personen, darunter auch jene, die im Ausland geboren wurden, ihre beiden Eltern jedoch in Deutschland, wurden der Kategorie „Kein Migrationshintergrund“ zugeordnet.

Da die Bedeutung des Migrationshintergrundes für den Gesundheitszustand mithilfe zweier Modelle analysiert wird, existieren auch zwei abhängige Variablen. In dem ersten Modell steht der Gesundheitszustand selbst im Fokus. Bei seiner Erhebung wurden die interviewten Personen gefragt, wie sie ihren allgemeinen Gesundheitszustand auf einer fünfstufigen Skala von sehr gut bis sehr schlecht einschätzen. Der Umstand, dass hierbei lediglich zwanzig Personen eine sehr schlechte allgemeine Gesundheit berichteten, ist eine methodische Herausforderung, da derartig geringe Fallzahlen zu Verzerrungen führen können. Um dies zu umgehen, wurde aus der ursprünglich fünfstufigen Skala eine dreistufige umcodiert. Nicht nur Personen mit einem sehr schlechten und schlechten, sondern auch jene mit einem sehr guten und guten Gesundheitszustand wurden hierbei zu einer Gruppe zusammengefasst. Zuletzt wurde die Skalen-Richtung umgekehrt. Hierdurch kommt es zu einer Vereinfachung der späteren Interpretation der statistischen Ergebnisse. Die abhängige Variable „Allgemeiner Gesundheitszustand“ besitzt deshalb die Ausprägungen (1) „(Sehr) schlecht“, (2) „In Ordnung“ und (3) „(Sehr) gut“.

Für das zweite Modell wurde die Gesundheitsversorgung durch die Möglichkeit der Inanspruchnahme operationalisiert. In der elften Welle des ESS wurde die Frage gestellt, ob es der interviewten Person zu irgendeinem Zeitpunkt in den letzten 12 Monaten nicht möglich war, medizinische Beratung oder Behandlungen in Anspruch zu nehmen. Sie konnte mit „ja oder nein“ beantwortet werden. Personen, die die Frage verneinten, wurden dann gefragt, ob ihre Antwort daran lag, dass sie die benötigte medizinische Beratung oder Behandlung erhalten haben oder sie keine Beratung oder Behandlung benötigten. Um Verzerrungen zu vermeiden, sind die Personen, die angegeben haben, keine Behandlung in Anspruch genommen zu haben, weil sie keine benötigt haben, aus der Analyse ausgeschlossen worden; folglich basieren die Analysen zur Inanspruchnahme auf einer Teilstichprobe von 1.901 Personen. Auf Basis dieser, im ursprünglichen

Datensatz in zwei Variablen codierten, Informationen wurde die Variable „Möglichkeit der Inanspruchnahme“ gebildet. Es handelt sich hierbei um eine bivariate Variable mit den Ausprägungen (1) „nicht möglich“ und (0) „möglich“.

4.2.2 Weitere Variablen

In Kapitel 3.2.1.3 und 3.2.2 wurde deutlich, dass Personen mit Migrationshintergrund häufiger Teil niedriger sozialer Schichten sind und dass dies nicht nur negative Effekte auf die Gesundheit haben, sondern auch mit einer beschränkten Gesundheitsversorgung einhergehen kann. Als zentraler erklärender Faktor für den Zusammenhang zwischen Migrationshintergrund und den beiden abhängigen Variablen wird der sozioökonomische Status betrachtet. Zu diesem Zweck wurde die Bildung auf Basis des höchsten Schulabschlusses der Befragten in die Kategorien „Niedrig“, „Mittel“ und „Hoch“ kategorisiert. Das Einkommen wurde durch die Variable „Erschwerte Einkommenssituation“ mit den Ausprägungen (1) „Ja“ und (0) „Nein“ operationalisiert. Sie basiert auf der Frage nach der Beschreibung des Gefühls über das Haushaltseinkommen. Es gab vier Antwortkategorien. Personen, die dabei angaben, sich mit ihrem Einkommen sehr schwer oder schwer zu tun sowie mit ihm zurechtzukommen, wurden bei der Variable mit „1“ codiert. Personen, die angaben, von ihrem Einkommen bequem leben zu können, erhielten hingegen die „0“. Die berufliche Position wurde mit Hilfe der Erwerbstätigkeit erfasst. Die Variable besitzt die Ausprägungen (1) „Ja“ und (0) „Nein“.

Tabelle 1: Deskriptive Statistik des Analysedatensatzes (Gesamt- und Teilstichprobe)

| | Gesamtstichprobe | | Teilstichprobe | |
|---------------------------------------|------------------|------|----------------|------|
| | n | % | n | % |
| Migrationshintergrund | | | | |
| 1. Generation | 254 | 11,8 | 210 | 11,1 |
| 2. Generation | 282 | 13,1 | 249 | 13,1 |
| Keinen | 1.625 | 75,2 | 1.442 | 75,9 |
| Allg. Gesundheitszustand | | | | |
| (Sehr) gut | 1.363 | 63,1 | - | - |
| In Ordnung | 589 | 27,3 | - | - |
| (Sehr) schlecht | 209 | 9,7 | - | - |
| Allg. Gesundheitszustand (bi.) | | | | |
| (Sehr) gut | - | - | 1.154 | 60,7 |
| Schlechter | - | - | 747 | 39,3 |

Fortsetzung von Tabelle 1 auf der nächsten Seite

Fortsetzung von Tabelle 1

| | | | | |
|---|-------|------|-------|------|
| Mögliche Inanspruchnahme | | | | |
| War möglich | 1.452 | 67,2 | - | - |
| War nicht möglich | 449 | 20,8 | - | - |
| Nicht benötigt | 260 | 12,3 | - | - |
| Mögliche Inanspruchnahme (bi.) | | | | |
| War möglich | - | - | 1.452 | 76,4 |
| War nicht möglich | - | - | 449 | 23,6 |
| Alter | | | | |
| 18-29 Jahre | 347 | 16,1 | 303 | 15,9 |
| 30-59 Jahre | 1.094 | 50,6 | 945 | 49,7 |
| 60-80 Jahre | 720 | 33,3 | 653 | 34,4 |
| Geschlecht | | | | |
| Weiblich | 1.082 | 50,1 | 967 | 50,9 |
| Männlich | 1.079 | 49,9 | 934 | 49,1 |
| Zusammenleben mit Partner:in | | | | |
| Ja | 1.429 | 66,1 | 1.264 | 66,5 |
| Nein | 732 | 33,9 | 637 | 33,5 |
| Zusammenleben mit Kind | | | | |
| Ja | 463 | 21,4 | 391 | 20,6 |
| Nein | 1.698 | 78,6 | 1.510 | 79,4 |
| Höchster schulischer Bildungsabschluss: | | | | |
| Niedrig | 434 | 20,1 | 380 | 20,0 |
| Mittel | 710 | 32,9 | 640 | 33,7 |
| Hoch | 1.017 | 47,1 | 881 | 46,3 |
| Erschwerte Einkommenssituation | | | | |
| Ja | 1.088 | 50,4 | 958 | 50,4 |
| Nein | 1.073 | 49,7 | 943 | 49,6 |
| Erwerbstätigkeit | | | | |
| Ja | 1.285 | 59,5 | 1.114 | 58,6 |
| Nein | 876 | 40,5 | 787 | 41,4 |
| Obst- und Gemüsekonsum | | | | |
| Selten bis nie | 165 | 7,6 | 143 | 7,5 |
| 1x pro Woche | 845 | 39,1 | 740 | 38,9 |
| 1x am Tag | 1.151 | 53,3 | 1.018 | 53,6 |
| Sportliche Aktivität | | | | |
| Niedrig | 243 | 11,2 | 217 | 11,4 |
| Moderat | 657 | 30,4 | 584 | 30,7 |
| Hoch | 1.261 | 58,5 | 1.100 | 57,9 |
| Rauchen | | | | |
| Rauchend | 531 | 24,6 | 446 | 23,5 |
| Nicht mehr rauchend | 523 | 24,2 | 475 | 25,0 |
| Nicht rauchend | 1.107 | 51,2 | 980 | 51,6 |
| n | 2.161 | - | 1.901 | - |

Quelle: ESS11 2023, eigene Berechnungen

Zusätzlich zu diesen zentralen erklärenden Variablen werden weitere Kontrollvariablen berücksichtigt. Das Alter wird in die drei Kategorien „18-29 Jahre“, „30-59 Jahre“ und „60-80 Jahre“ eingeteilt. Auch das Geschlecht wird mit den Merkmalen (1) „Weiblich“ und (0) „Männlich“ aufgenommen. Zudem werden auch Unterschiede bei der familiären Wohnsituation durch die Variablen „Zusammenleben mit Partner:in“ sowie „Zusammenleben mit Kind(ern)“ in der Analyse beachtet. Bei beiden handelt es sich um Variablen mit den Ausprägungen (1) „Ja“ und (0) „Nein“.

Für das gesundheitsrelevante Verhalten wird ebenfalls kontrolliert. Das Rauchverhalten wird mit den Ausprägungen „Rauchend“, „Nicht mehr rauchend“ und „Nicht rauchend“ kontrolliert. Zusätzlich wird das Essverhalten gemessen an der Häufigkeit des Obst- und Gemüsekonsums pro Woche, mit den Werten „Mindestens 1 mal am Tag“, „Mindestens 1 mal pro Woche“ und „Selten bis nie“ in die mit aufgenommen. Ebenfalls ist das Sportverhalten in den letzten sieben Tagen mit den Ausprägungen „Kein Mal“, „1 bis 3 mal“ und „4 mal und häufiger“ in den Modellen enthalten.

Ferner wird für die Regression, in der die „Möglichkeit der Inanspruchnahme“ die abhängige Variable darstellt, die Variable „allgemeiner Gesundheitszustand“ so umcodiert, dass sie die Ausprägungen (1) „Sehr gut oder gut“ und (0) „Schlechter“ umfasst. Die Verteilung der Ausprägungen aller hier beschriebenen Variablen in der Gesamt- sowie Teilstichprobe findet sich in Tabelle 1.

4.3 Analytisches Vorgehen

Der potenzielle Zusammenhang zwischen Migrationshintergrund und dem allgemeinen Gesundheitszustand sowie zwischen Migrationshintergrund und der Möglichkeit der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wird zunächst mit Hilfe bivariater Kreuztabellen betrachtet. Nach diesem ersten deskriptiven Eindruck wird eine multivariate lineare Regression des Gesundheitszustands auf den Migrationshintergrund durchgeführt. Diese Methode der Inferenzstatistik wurde gewählt, obwohl es sich bei dem allgemeinen Gesundheitszustand nicht um eine metrisch, sondern ordinal skalierte Variable handelt. Mittlerweile ist es durchaus üblich, die Determinanten auch nicht-metrisch skalierten Variablen mit Hilfe linearer Regression zu schätzen, da sich zeigt, dass die Schätzergebnisse ähnlich sind, OLS-Regressionsergebnisse aber einfacher zu interpretieren und zu vergleichen sind (für die entsprechenden Argumente vgl. z.B. Breen et al. 2018; Harpe 2015; Mood 2010). Die Verwendung von OLS-Regressionen bietet sich vor allem dann an, wenn die fragliche abhängige Variable Charakteristika einer Intervallskalierung zeigt (Harpe 2015). Bei der Einteilung des subjektiven Gesundheitszustands wie in der vorliegenden Analyse in drei Kategorien ist ein solcher Fall gegeben (vgl. zur Analyse des subjektiven Gesundheitszustands mit OLS z.B. auch Präg 2020).

Der Zusammenhang zwischen Migrationshintergrund und der Möglichkeit der Inanspruchnahme wurde hingegen mittels einer multivariaten logistischen Regression analysiert, da hier als Outcome-Variable eine ‚echte‘ binäre Unterscheidung (ja vs. nein) vorliegt und – anders als beim subjektiven Gesundheitszustand – im Hintergrund keine näherungsweise intervallskalierte Variable vorliegt. Mittels der Analyse wird die Frage betrachtet, ob es zwischen den Bevölkerungsgruppen zu Unterschieden bei der Möglichkeit der Inanspruchnahme kommt. Dieser Versuch setzt wiederum einen Bedarf an medizinischer Beratung oder Behandlung voraus. Bei Personen, denen eine Inanspruchnahme möglich war oder eben nicht, handelt es sich dementsprechend um eine selektive Gruppe. Denn nur wenn ein tatsächlicher Bedarf (hier: Erkrankung) vorlag, kam eine tatsächliche Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen überhaupt in Betracht. Durch die Anwendung eines so genannten „Two-Part Models“ (Madden 2008: 300) können solche Selektionseffekte berücksichtigt werden. Hierfür wurde in einem ersten Schritt die Wahrscheinlichkeit dafür ermittelt, dass eine Inanspruchnahme benötigt wurde und in einer Variable abgebildet. In einem zweiten Schritt konnte dann unter Kontrolle dieser Variable die Möglichkeit der Inanspruchnahme regressiert werden. Des Weiteren wird bei dieser Regression aufgrund der Annahme, dass der Gesundheitszustand zentral für den Bedarf sein kann, für ihn in Form der bivariaten Variable „Gute Gesundheit“ kontrolliert. Ebenso wird das Gesundheitsverhalten berücksichtigt, da eine Inanspruchnahme des Gesundheitssystems auch Teil eines gesunden Lebensstiles sein kann (Pampel et al. 2010: 363). Der Bedarf kann hierdurch also auch unabhängig von dem tatsächlichen Gesundheitszustand beeinflusst werden. Mithilfe des Gesundheitsverhaltens, in dem sich ein solcher Lebensstil widerspiegeln kann (Pampel et al. 2010: 363), kann für den Lebensstil und somit für weitere Selektionseffekte kontrolliert werden. Abschließend ist zu erwähnen, dass die Variablen bei beiden Regressionen hierarchisch in Blöcke aufgenommen wurden. Bei der Regression des allgemeinen Gesundheitszustands auf den Migrationshintergrund entstanden so sechs Modelle (Tab. 4). Bei der logistischen Regression, durch die zusätzliche Inkludierung des Gesundheitszustands als Kontrollvariable, sieben (Tab. 5).

5 Ergebnisse

Aus Tabelle 2 wird ersichtlich, Personen mit Migrationshintergrund der ersten Generation berichten um beinahe zwei Prozentpunkte seltener einen sehr schlechten oder schlechten Gesundheitszustand als Personen ohne Migrationshintergrund. Bei Angehörigen der zweiten Generation kommt eine so niedrige Gesundheit hingegen um über einen Prozentpunkt häufiger vor als bei Personen ohne Migrationshintergrund. Auffallend ist auch, dass 70,9 Prozent der Befragten der ersten Generation eine „(Sehr) gute“ Gesundheit angeben. Im Vergleich dazu wiesen nur 62,2 Prozent der Menschen ohne

Migrationshintergrund und sogar nur 61,4 Prozent der zweiten Generation einen so positiven allgemeinen Gesundheitszustand auf (Tab. 2).

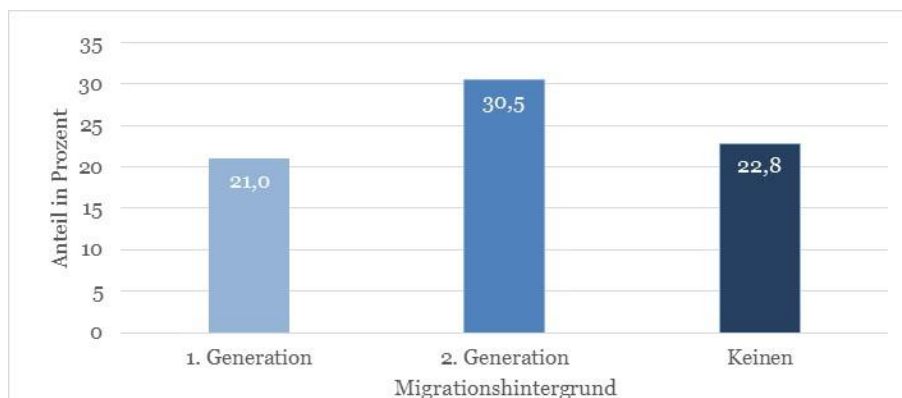
Tabelle 2: Kreuztabelle Migrationshintergrund und allgemeiner Gesundheitszustand

| | 1. Generation | | 2. Generation | | Keinen | | Gesamt | |
|-----------------|---------------|-----|---------------|-----|--------|-----|--------|-----|
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| (Sehr) gut | 180 | 71 | 173 | 61 | 1.010 | 62 | 1.363 | 63 |
| In Ordnung | 54 | 21 | 78 | 28 | 457 | 28 | 589 | 27 |
| (Sehr) schlecht | 20 | 8 | 31 | 11 | 158 | 10 | 209 | 10 |
| Gesamt | 254 | 100 | 282 | 100 | 1.625 | 100 | 2.161 | 100 |

Quelle: ESS11 2023, eigene Berechnungen

Abbildung 1 zeigt, dass 30,5 Prozent der Personen mit Migrationshintergrund der zweiten Generation berichten, dass ihnen die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems in den letzten zwölf Monaten nicht möglich war. Innerhalb der Teilstichprobe wurde eine nicht mögliche Inanspruchnahme von Personen ohne Migrationshintergrund mit 22,8 Prozent deutlich seltener berichtet. Befragten mit Migrationshintergrund der ersten Generation war es zu 21,0 Prozent, also noch etwas seltener, in den letzten zwölf Monaten nicht möglich, das Gesundheitssystem in Anspruch zu nehmen. Aus Abbildung 1 lässt sich also ablesen, dass Personen mit Migrationshintergrund der zweiten Generation die Inanspruchnahme deutlich häufiger nicht möglich war als den anderen beiden Gruppen (Abbildung 1).

Abbildung 1: Inanspruchnahme nicht möglich, aufgeschlüsselt nach Migrationshintergrund (in Prozent):



Quelle: ESS11 2023, eigene Berechnungen

Die Ergebnisse zeigen, dass der allgemeine Gesundheitszustand und die Möglichkeit der Inanspruchnahme ungleich bei den Befragten mit und ohne Migrationshintergrund verteilt sind. Dabei existieren gegensätzliche Zusammenhänge zwischen den beiden Generationen. Mittels zweier Regressionen wird im Folgenden untersucht, ob diese Beobachtungen auf eine Korrelation der abhängigen Variablen mit dem Migrationshintergrund zurückgehen und ob es sich dabei um eigenständige Effekte handelt oder sie auf die Determinanten des sozioökonomischen Status zurückzuführen sind.

Bei der linearen Regression des allgemeinen Gesundheitszustands auf den Migrationshintergrund wurden die Variablen hierarchisch in sechs Blöcken aufgenommen. Das Modell 1 berücksichtigt ausschließlich den Migrationshintergrund als unabhängige Variable. Hierbei zeigt sich ein positiver Effekt (0,106) des Migrationshintergrunds der ersten Generation auf den allgemeinen Gesundheitszustand im Vergleich zu Personen ohne Migrationshintergrund. Dieser ist auf einem 0,05 Niveau signifikant. Für die zweite Generation lässt sich hingegen ein leicht negativer (-0,021) jedoch nicht signifikanter Effekt feststellen. Das Modell erklärt lediglich 0,3 Prozent der Varianz (Tab. 4).

In Modell 2 wird die Analyse um die soziodemografischen Variablen „Alter“, „Geschlecht“ und „Zusammenleben mit Partner:in“ sowie mit Kind erweitert. Es wird deutlich, dass wie zu erwarten ein jüngeres Alter mit einem besseren allgemeinen Gesundheitszustand assoziiert ist als die mittlere Altersgruppe. Die Gesundheit der 60 bis 80-Jährigen ist hingegen niedriger als die von Personen mittleren Alters. Die Effekte sind signifikant ($p \leq 0,01$). Für das Geschlecht ergibt sich kein signifikanter Effekt, während sowohl das Zusammenleben mit Partner:in als auch mit Kind einen auf dem 0,05 Niveau signifikanten, schwach positiven Effekt aufweisen. Interessant ist, dass sich für den Migrationshintergrund in diesem Modell keine signifikanten Zusammenhänge mehr zeigen. Dies bleibt auch nach der Aufnahme des Bildungsabschlusses (Modell 3) so. Ein hoher Bildungsabschluss ist im Vergleich zu einem mittleren Abschluss positiv mit dem Gesundheitszustand assoziiert. Während dieser Effekt hoch signifikant ist ($p \leq 0,01$), ist kein signifikanter Effekt eines niedrigen Bildungsabschlusses beobachtbar.

In Modell 4 wurde die Variable „Erschwerte Einkommenssituation“ mit aufgenommen. Es zeigt sich auch hier ein signifikanter ($p \leq 0,01$) negativer Effekt. Auffallend ist, dass nicht nur der Migrationshintergrund der ersten Generation wieder einen signifikanten positiven Effekt aufweist ($p \leq 0,05$), sondern auch der negative Zusammenhang mit dem allgemeinen Gesundheitszustand bei Personen mit einem Migrationshintergrund der zweiten Generation schwach signifikant wird ($p \leq 0,1$). Mit der Aufnahme der Erwerbstätigkeit in Modell 5 verliert der Migrationshintergrund der zweiten Generation jedoch wieder seine Signifikanz, während der Effekt des Migrationshintergrunds der ersten Generation sich nicht nur erhöht, sondern auch sein Signifikanzniveau auf $p \leq 0,01$ steigt. Der Effekt der Erwerbstätigkeit auf den Gesundheitszustand beträgt derweil 0,159 im

Vergleich zur Nicht-Erwerbstätigkeit. Seine positive Assoziation ist ebenfalls hoch signifikant ($p \leq 0,01$). Die erklärte Varianz steigt nach Aufnahme aller drei Variablen des sozioökonomischen Status von 3,4 Prozent (Modell 2) auf 10,5 Prozent.

Tabelle 3: Determinanten des subjektiven Gesundheitszustands (Koeffizienten OLS-Regression)

| | Modell 1 | Modell 2 | Modell 3 | Modell 4 | Modell 5 | Modell 6 |
|---|----------|------------|-----------|------------|------------|------------|
| | B | B | B | B | B | B |
| Migrationshintergrund (Rg.: Keinen) | | | | | | |
| 1. Generation | 0,106 ** | 0,066 | 0,070 | 0,106 ** | 0,116 *** | 0,087 ** |
| 2. Generation | -0,021 | -0,060 | -0,069 | -0,070 * | -0,065 | -0,044 |
| Alter (Rg.: 30-59 J.) | | | | | | |
| 18-29 Jahre | | 0,239 *** | 0,199 *** | 0,203 *** | 0,240 *** | 0,224 *** |
| 60-80 Jahre | | -0,111 *** | -0,060 * | -0,060 * | -0,032 | -0,004 |
| Geschlecht | | | | | | |
| Weiblich | | 0,005 | 0,012 | 0,019 | 0,032 | 0,017 |
| Zusammenleben mit Partner:in | | 0,084 ** | 0,079 ** | 0,045 | 0,037 | 0,043 |
| Zusammenleben mit Kind | | 0,079 ** | 0,067 * | 0,095 ** | 0,103 *** | 0,079 ** |
| Höchster schul. Bildungsabschluss (Rg.: Mittel) | | | | | | |
| Niedrig | | | -0,056 | -0,034 | -0,020 | 0,009 |
| Hoch | | | 0,236 *** | 0,195 *** | 0,196 *** | 0,150 *** |
| Erschwerte Einkommenssituation | | | | -0,223 *** | -0,213 *** | -0,166 *** |
| Erwerbstätigkeit | | | | | 0,159 *** | 0,155 *** |
| Obst- und Gemüsekonsum (Rg.: 1x pro Woche) | | | | | | |
| Selten bis nie | | | | | | -0,038 |
| 1x am Tag | | | | | | 0,089 *** |
| Sportliche Aktivität (Rg.: Moderat) | | | | | | |
| Niedrig | | | | | | -0,401 *** |
| Hoch | | | | | | 0,016 |
| Rauchen (Rg.: nicht rauchend) | | | | | | |
| Rauchend | | | | | | -0,153 *** |
| Nicht mehr rauchend | | | | | | -0,077 ** |
| n | 2161 | 2161 | 2161 | 2161 | 2161 | 2161 |
| Pseudo R2 | 0,003 | 0,034 | 0,069 | 0,095 | 0,105 | 0,187 |

Anmerkungen: *** $p \leq 0,01$; ** $p \leq 0,05$; * $p \leq 0,1$

Quelle: ESS11 2023, eigene Berechnungen

Das Gesamtmodell (Modell 6) enthält zusätzlich die Variablen des Gesundheitsverhaltens. Ein täglicher Obst- und Gemüsekonsum ist hoch signifikant ($p \leq 0,01$) mit einem besseren allgemeinen Gesundheitszustand assoziiert als ein wöchentlicher. Eine niedrige

sportliche Aktivität hat hingegen einen hoch signifikanten ($p \leq 0,01$) negativen Effekt auf die Gesundheit im Vergleich mit einer von moderater Natur. Des Weiteren zeigen sich negative Zusammenhänge zwischen Gesundheit und ehemaligem oder aktuellem Rauchen im Vergleich zu Nichtrauchen. Auch diese Effekte sind signifikant ($p \leq 0,05$ und $p \leq 0,01$). Unter Kontrolle der soziodemografischen Faktoren, des sozioökonomischen Status und des Gesundheitsverhaltens zeigt sich ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen dem Migrationshintergrund der ersten Generation und dem allgemeinen Gesundheitszustand von 0,108 ($p \leq 0,05$). Für den Migrationshintergrund der zweiten Generation ergibt sich hingegen kein Zusammenhang. Das Gesamtmodell erklärt 18,7 Prozent der Varianz.

Bevor auf die inhaltliche Bedeutung der hier beschriebenen Ergebnisse eingegangen werden kann, erfolgt ein Blick auf die Resultate der multivariaten logistischen Regression der Möglichkeit der Inanspruchnahme. In keinem der Modelle ist ein Effekt des Migrationshintergrunds der ersten Generation erkennbar. Für die zweite Generation bildet sich andererseits ein hoch signifikanter Effekt von 0,406 ($p \leq 0,01$) auf die Möglichkeit der Inanspruchnahme im Vergleich zu Personen ohne Migrationshintergrund ab. Hier sei vorweggenommen, dass bei der späteren Interpretation der Ergebnisse zu beachten ist, dass positive Effekte in diesen Modellen bedeuten, dass die Wahrscheinlichkeit einer nicht möglichen Inanspruchnahme höher ist als bei der Referenzgruppe. Die inkludierte Variable des Selektionseffekts ist hochsignifikant und das Modell erklärt 0,5 Prozent der Varianz (Tab. 5).

In Modell 2 wurden die soziodemografischen Variablen aufgenommen. Im Vergleich zu der mittleren Altersklasse berichteten Personen im Alter von 60 bis 80 mit einer signifikant geringeren Wahrscheinlichkeit, dass ihnen die Inanspruchnahme nicht möglich war ($p \leq 0,01$). Für das Geschlecht sowie das Zusammenleben mit Partner:in oder mit Kind zeigen sich keine signifikanten Effekte. Unter Kontrolle der Variablen ist eine Reduzierung des Effekts des Migrationshintergrunds der zweiten Generation auf 0,318 ($p \leq 0,05$) zu beobachten.

Die Aufnahme von Bildung in Modell 3 geht nur mit geringen Veränderungen, wie einer Reduzierung des Signifikanzniveaus des Effekts des Migrationshintergrunds der zweiten Generation auf $p \leq 0,1$, einher. Es lässt sich derweil nur ein schwach signifikanter Zusammenhang zwischen einem hohen Bildungsabschluss und der Möglichkeit der Inanspruchnahme erkennen. In Modell 4 wird das Einkommen in die Analyse berücksichtigt. Personen mit einer erschwerten Einkommenssituation haben eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit, dass ihnen die Inanspruchnahme nicht möglich war. Für die Erwerbstätigkeit (Modell 5) ist ebenfalls ein signifikanter positiver Zusammenhang feststellbar.

Tabelle 4: Regression der Möglichkeit der Inanspruchnahme auf den Migrationshintergrund

| | Modell 1 | Modell 2 | Modell 3 | Modell 4 | Modell 5 | Modell 6 | Modell 7 |
|---|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| | B | B | B | B | B | B | B |
| Selektionseffekt | -1,507 *** | -3,097 *** | -3,531 *** | -3,188 *** | -3,467 *** | -5,542 *** | -0,338 |
| Migrationshintergrund (Rg.: Keinen) | | | | | | | |
| 1. Generation | -0,027 | -0,082 | -0,076 | -0,208 | -0,175 | -0,050 | -0,262 |
| 2. Generation | 0,406 *** | 0,318 ** | 0,308 * | 0,305 * | 0,315 ** | 0,295 * | 0,293 * |
| Alter (Rg.: 30-59 J.) | | | | | | | |
| 18-29 Jahre | | 0,077 | 0,037 | 0,037 | 0,096 | 0,134 | 0,228 |
| 60-80 Jahre | | -0,846 *** | -0,829 *** | -0,831 *** | -0,682 *** | -0,652 *** | -0,620 *** |
| Geschlecht | | | | | | | |
| Weiblich | | 0,143 | 0,139 | 0,133 | 0,146 | 0,156 | 0,282 * |
| Zusammenleben mit Partner:in | | -0,028 | -0,035 | 0,071 | 0,052 | 0,024 | 0,134 |
| Zusammenleben mit Kind | | -0,102 | -0,099 | -0,192 | -0,170 | -0,052 | -0,227 |
| Höchster schul. Bildungsabschluss (Rg.: Mittel) | | | | | | | |
| Niedrig | | | 0,049 | -0,028 | -0,000 | -0,010 | -0,106 |
| Hoch | | | 0,225 * | 0,342 *** | 0,352 *** | 0,493 *** | 0,414 *** |
| Erschwerte Einkommenssituation | | | | 0,647 *** | 0,665 *** | 0,596 *** | 0,580 *** |
| Erwerbstätigkeit | | | | | 0,268 ** | 0,282 ** | 0,259 * |
| Obst- und Gemüsekonsum (Rg.: 1x pro Woche) | | | | | | | |
| Selten bis nie | | | | | | 0,056 | 0,003 |
| 1x am Tag | | | | | | -0,096 | -0,051 |
| Sportliche Aktivität (Rg.: Moderat) | | | | | | | |
| Niedrig | | | | | | -0,070 | -0,152 |
| Hoch | | | | | | 0,223 * | 0,144 |
| Rauchen (Rg.: nicht rauchend) | | | | | | | |
| Rauchend | | | | | | 0,627 *** | 0,350 |
| Nicht mehr rauchend | | | | | | 0,201 | 0,238 |
| Gute Gesundheit | | | | | | | -0,545 |
| n | 1901 | 1901 | 1901 | 1901 | 1901 | 1901 | 1901 |
| Pseudo R2 | 0,005 | 0,028 | 0,030 | 0,045 | 0,047 | 0,057 | 0,059 |

Anmerkungen: *** $p \leq 0,01$; ** $p \leq 0,05$, * $p \leq 0,1$

Quelle: ESS11 2023, eigene Berechnungen

Von den in Modell 6 hinzugenommenen Variablen, die das Gesundheitsverhalten abbilden, weisen lediglich eine hohe sportliche Aktivität und das aktuelle Rauchen einen signifikanten Effekt auf ($p \leq 0,1$ und $p \leq 0,01$). Beide gehen mit einer erhöhten

Wahrscheinlichkeit einher, die nicht vorhandene Möglichkeit der Inanspruchnahme zu berichten. Der Effekt des Migrationshintergrundes der 2. Generation verändert sich derweil kaum.

In den Modellen 1 bis 6 bleibt der Selektionseffekt hoch signifikant. In dem Gesamtmodell (Modell 7) ändert sich dies. Mit Hinzunahme der bivariat codierten Variable „Gute Gesundheit“ verliert er seine Signifikanz. Eine gute Gesundheit zeigt ebenfalls keinen signifikanten Zusammenhang mit der Möglichkeit der Inanspruchnahme auf. Zusätzlich ist eine leichte Reduzierung des Effekts des Migrationshintergrunds der zweiten Generation auf 0,293 ($p \leq 0,1$) zu beobachten und es zeigt sich, dass Frauen eine höhere Wahrscheinlichkeit haben Probleme bei der Inanspruchnahme zu berichten. Das Gesamtmodell erklärt 5,9 Prozent der Varianz der Möglichkeit der Inanspruchnahme.

6 Interpretation und Diskussion der Ergebnisse

Die Ergebnisse zeigen einen vielschichtigen Zusammenhang zwischen dem Migrationshintergrund und dem Gesundheitszustand in Deutschland. Die Generationen unterscheiden sich dabei deutlich voneinander. In der Kreuztabelle des Migrationshintergrunds und des allgemeinen Gesundheitszustands ist ein häufigeres Vorkommen einer besseren Gesundheit bei Angehörigen der ersten Generation im Vergleich zu Personen ohne Migrationshintergrund erkennbar. Die Ergebnisse der linearen Regression sprechen dafür, dass es sich hierbei um eine Korrelation handelt. Bei 18 bis 80-Jährigen in Deutschland ging zum Zeitpunkt der Erhebung (2023 bis 2024) ein Migrationshintergrund der ersten Generation signifikant wahrscheinlicher mit einem besseren allgemeinen Gesundheitszustand einher als bei Personen ohne Migrationshintergrund. Es ist hierbei zu betonen, dass die Effektstärke mit 0,087 im Gesamtmodell relativ gering ausfällt. Es zeigt sich entsprechend ein Gesundheitsvorteil kleinen Ausmaßes.

Dass es zu einer Reduzierung des Effekts durch die Berücksichtigung des Alters kommt, bedeutet, dass die besondere Altersstruktur der Bevölkerung mit eigener Wanderungserfahrung tatsächlich einen Teil des positiven Zusammenhangs erklärt. Wiederum ist es überraschend, dass das Geschlecht in der Analyse keinen signifikanten Effekt aufweist. Das Zusammenleben mit Familienmitgliedern ist in den Modellen signifikant positiv mit der Gesundheit assoziiert. Dass in dem Modell, dass für Alter, Geschlecht und das Zusammenleben kontrolliert, kein signifikanter Zusammenhang zwischen Migrationshintergrund der ersten Generation und dem Gesundheitszustand mehr sichtbar ist, kann zwei unterschiedliche Dinge bedeuten. Entweder überwiegt der Gesundheitsvorteil der Altersstruktur den vermuteten Nachteil durch Unterschiede in der Haushaltszusammensetzung, oder, anders als erwartet, leben Personen mit Migrationshintergrund der ersten Generation häufiger mit Familienmitgliedern zusammen als die Restbevölkerung. Bei

der Betrachtung einer entsprechenden Kreuztabelle des Zusammenlebens in Abhängigkeit des Migrationshintergrunds bestätigt sich letzteres. Personen mit Migrationshintergrund der ersten Generation leben zwar nur um etwa 2,5 Prozentpunkte häufiger mit einem/einer Partner:in, aber um ca. 15 Prozentpunkte häufiger mit Kind zusammen (Tab. 6). Es ist weiterhin zu erwähnen, dass das ausgewählte Gesundheitsverhalten den Erwartungen entsprechend mit dem allgemeinen Gesundheitszustand korreliert. Es kommt zu einer Reduzierung des positiven Effekts des Migrationshintergrunds der ersten Generation auf den Gesundheitszustand. Der Gesundheitsvorteil von ihnen gegenüber Personen ohne Migrationshintergrund wird also zum Teil durch das Gesundheitsverhalten vermittelt.

Tabelle 5: Kreuztabelle Migrationshintergrund und Zusammenleben mit Partner:in

| | 1. Generation | | 2. Generation | | Keinen | | Gesamt | |
|--------|---------------|-----|---------------|-----|--------|-----|--------|-----|
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Ja | 177 | 70 | 159 | 56 | 1.093 | 67 | 1.429 | 66 |
| Nein | 77 | 30 | 123 | 44 | 532 | 33 | 732 | 34 |
| Gesamt | 254 | 100 | 282 | 100 | 1.625 | 100 | 2.161 | 100 |

Quelle: ESS11 2023, eigene Berechnungen

Dass für die erste Generation der Zusammenhang des Migrationsstatus und des Gesundheitszustands wieder signifikant wird, wenn für das Einkommen kontrolliert wird, und sich bei Mitberücksichtigung der Erwerbstätigkeit verstärkt, impliziert zwei Dinge. Erstens unterstützen die Befunde die Annahme, dass der sozioökonomische Status den Zusammenhang zwischen Personen mit Migrationshintergrund der ersten Generation und des allgemeinen Gesundheitszustands in Deutschland beeinflusst. Zweitens sprechen sie dafür, dass das Einkommen dabei die zentrale Determinante darstellt. Auch dass sich die erklärte Varianz bei Aufnahme der Einkommenssituation in die Analyse deutlicher erhöht als bei den anderen Determinanten, unterstreicht dies. Der Befund passt zu den theoretischen Ausführungen, dass das Einkommen einen Einfluss auf die Exposition, Vulnerabilität, das Gesundheitsverhalten, aber auch die Gesundheitsversorgung hat und es sich so auf die Gesundheit auswirken kann. Der Gesundheitsvorteil der ersten Generation erscheint geringer, wenn nicht für die soziale Lage kontrolliert wird, da es sich um einen gegensätzlich assoziierten Faktor handelt. Eine Verbesserung des Gesundheitszustands unter Kontrolle des sozioökonomischen Status bedeutet dementsprechend, dass Personen mit eigener Wanderungserfahrung im Vergleich zu Personen ohne Migrationshintergrund in derselben sozialen Position eine bessere Gesundheit berichten. Folglich kommt es offenbar zu einer Reduzierung der bestehenden Gesundheitsvorteile durch die sozioökonomische Benachteiligung.

Im Ergebnis spricht die Analyse für die Existenz des *Healthy-Migrant-Effects* in Deutschland. Auch nach der Aufnahme aller Kontrollvariablen weisen Personen mit Migrationshintergrund der ersten Generation signifikant einen etwas besseren Gesundheitszustand auf als Personen ohne Migrationshintergrund. Dies ist im Einklang mit aktuellen Untersuchungen, die ebenfalls einen *Healthy-Migrant-Effect* in Deutschland bestätigt. Ein Beispiel hierfür ist eine Analyse der Daten des Sozioökonomischen-Panels (SOEP) aus dem Jahr 2016. Holz (2022) stellt hierbei fest, dass Personen im Alter von 17 bis 65 mit eigener Wanderungserfahrung eine bessere physische und psychische Gesundheit aufweisen als Personen ohne Migrationshintergrund in Deutschland. Er unterscheidet unter anderem zwischen inner- und außereuropäischen Herkunftsländern und findet für beide den *Healthy-Migrant-Effect* bestätigt (Holz 2022: 2635). Auch eine Analyse der Daten des SOEP aus den Jahren 2002 bis 2021 findet den *Healthy-Migrant-Effect* in Deutschland. Diese Ergebnisse sind von besonderer Bedeutung, da sie auf Längsschnitt- und nicht, wie häufig kritisiert, auf Querschnittsdaten beruhen (Ferrara et al. 2024). Dies kann selektive Abwanderungseffekte minimieren.

Darüber hinaus lässt sich kein eigenständiger Effekt des Migrationshintergrunds der zweiten Generation auf den allgemeinen Gesundheitszustand beobachten. Es zeigt sich jedoch ein vollständig durch eine erschwerte Einkommenssituation vermittelter, leicht negativer Effekt. Dieser ist vor Kontrolle für die Einkommenssituation verdeckt und scheint nicht robust, da er bei Kontrolle für die berufliche Position wieder insignifikant wird. Es ist möglich, dass dies Ausdruck der recht geringen Fallzahlen ist. Es lässt sich keine eindeutige Bestätigung der Annahme eines über einen niedrigen sozioökonomischen Status vermittelten negativen Einflusses des Migrationshintergrunds der zweiten Generation auf die Gesundheit tätigen. Dennoch stimmt der beobachtete Effekt in seiner Tendenz mit ihr überein. Dass die Gesundheitsvorteile der ersten Generation in der zweiten Generation nicht mehr zu beobachten sind, kann ein Indiz dafür sein, dass es durch einen andauernden Aufenthalt in Deutschland zu einer Angleichung der Gesundheit kommt. Bei der Unterscheidung zwischen den Generationen handelt es sich zwar eindeutig nicht um eine klassische Operationalisierung der Aufenthaltsdauer, sie spiegelt die Zeitperspektive jedoch dennoch wider. Hierbei ist zu erwähnen, dass die erklärte Varianz der einzelnen Modelle verdeutlicht, dass der Migrationshintergrund alleine nur einen geringen Teil der Gesamtvarianz des Gesundheitszustands erklärt. Durch die Aufnahme insbesondere des sozioökonomischen Status kommt es zu einem deutlichen Anstieg der Erklärungskraft. Dies verdeutlicht noch einmal, dass der Migrationshintergrund nicht als ein alleinstehender ‚Risikofaktor‘ betrachtet werden kann, sondern in einem Komplex mit anderen Faktoren wirkt.

Empirische Forschung über den Zusammenhang des Migrationshintergrunds der zweiten Generation und dem allgemeinen Gesundheitszustand in Deutschland scheint kaum vorhanden. Aktuelle Untersuchungen, die den allgemeinen Gesundheitszustand

analysieren, vergleichen in der Regel zwischen Personen mit eigener Wanderungserfahrung und Personen ohne Migrationshintergrund (z.B. Holz 2022) oder betrachten den Zusammenhang für Kinder und Jugendliche (z.B. Santos-Hövenner et al. 2019). Für letztere konnte eine Untersuchung von in Deutschland lebenden Kindern und Jugendlichen unter achtzehn Jahren aufzeigen, dass bei ihnen ein Migrationshintergrund der zweiten Generation mit einer etwas höheren Wahrscheinlichkeit eines geringeren Gesundheitszustandes einhergeht. Die Unterschiede zu Kindern und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund, konnten dabei durch den sozioökonomischen Status erklärt werden (Santos-Hövenner et al. 2019:1258). Dieser Befund könnte ein Indiz für die gezeigten Zusammenhänge bei Erwachsenen sein. Eine Analyse der zwischen 2008 und 2011 erhobenen Daten der DEGS1 kann diesen Befund jedoch nicht bestätigen. Für einen Migrationshintergrund der zweiten Generation konnte hier kein Zusammenhang mit dem allgemeinen Gesundheitszustand festgestellt werden (Rommel et al. 2015: 549).

Jenseits der Frage, ob Menschen mit Migrationshintergrund einen besseren oder schlechteren Gesundheitszustand als die Mehrheitsbevölkerung haben, ist die vorliegende Studie in einem zweiten Schritt auch einer möglichen Benachteiligung bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen nachgegangen. In der Kreuztabelle von Migrationshintergrund und Möglichkeit der Inanspruchnahme lässt sich beobachten, dass Personen mit Migrationshintergrund der ersten Generation das Gesundheitssystem häufiger in Anspruch nehmen konnten. In der logistischen Regression ist eine derartig gerichtete Korrelation jedoch nicht beobachtbar. In diesem Kontext sind die Ergebnisse über den Zusammenhang zwischen dem Migrationshintergrund der zweiten Generation und der Möglichkeit der Inanspruchnahme von Interesse. Es lässt sich beobachten, dass es ihnen häufiger nicht möglich war das deutsche Gesundheitssystem in Anspruch zu nehmen. Interessant ist, dass es durch die Inkludierung der Variablen des sozioökonomischen Status nur zu einer leichten Reduzierung des Effektes kommt.

Es ist festzuhalten, dass unter Kontrolle zentraler soziodemografischer Faktoren, des sozioökonomischen Status, des Gesundheitsverhaltens und unter Berücksichtigung möglicher Selektionseffekte offenbar ein erschwerter Zugang zum Gesundheitssystem bei Angehörigen der zweiten Generation besteht. Dieser Befund spricht dafür, dass Angehörige der zweiten Generation eine Benachteiligung bei der Gesundheitsversorgung erleben, die nicht durch die benannten Faktoren erklärt werden kann. Auch, dass die erklärte Varianz der Modelle eher gering ausfällt, spricht dafür, dass hier nicht beobachtete Faktoren, wie Diskriminierungserfahrungen, eine entscheidendere Rolle als der sozioökonomische Status spielen könnten.

Die Forschung über die Gesundheitsversorgung von Personen mit Migrationshintergrund in Deutschland fokussiert sich vielfach auf die Häufigkeit der Inanspruchnahme (z.B. Grochtdreis et al. 2025; Kameraj et al. 2024; Klein & von dem Knesebeck 2018). In

der vorliegenden Untersuchung wurden hingegen nicht Differenzen in der Häufigkeit der Inanspruchnahme betrachtet, sondern inwieweit bei eigentlich bestehendem Bedarf (Krankheit) eine Inanspruchnahme nicht möglich gewesen ist. Dabei zeigt sich lediglich für die zweite Migrantengeneration ein schlechterer Zugang zum Gesundheitssystem im Vergleich zu Menschen ohne Migrationshintergrund in Deutschland. Dieser Befund ist weder auf Unterschiede im allgemeinen Gesundheitszustand noch auf Unterschiede im Gesundheitsverhalten zurückzuführen. Denn auch nach Kontrolle für diese beiden Faktoren bleibt der negative Effekt des Migrationshintergrundes der zweiten Generation signifikant.

Die Befunde deuten in Richtung anderer Erklärungsfaktoren für den beobachteten Unterschied z. B. eine mögliche Diskriminierung von Personen mit Migrationshintergrund im Gesundheitssystem. Dass für die erste Generation keine Unterschiede bei der Möglichkeit der Inanspruchnahme des deutschen Gesundheitssystems im Vergleich zu Menschen ohne Migrationshintergrund zu beobachten sind, spricht nicht per se gegen die vorherigen Ausführungen. Auf den ersten Blick erscheint es wenig sinnvoll, dass die zweite Generation aufgrund von Diskriminierung einen erschwerten Zugang zum Gesundheitssystem erhalten könnte, wenn für die erste Generation kein erschwelter Zugang zu beobachten ist. Im Gegenteil wäre zu erwarten, dass sich derartige Hürden, insbesondere bei der ersten Generation zeigen würden (z.B. aufgrund von Schwierigkeiten mit der Sprache, aber auch den in Kapitel 3.2.3 beschriebenen Besonderheiten die mit dem Aufenthaltsstatus einhergehen). Die der Analyse zugrunde liegenden Daten weisen jedoch eine Limitation auf. Die Interviews wurden ausschließlich auf Deutsch geführt. Für Personen mit Migrationshintergrund der ersten Generation führt dies ggf. zu Schwierigkeiten. Bei Personen, die Deutsch auf einem Niveau sprechen, das ihnen die Teilnahme an der Befragung ermöglicht, handelt es sich um eine selektive Gruppe. Diese selektive Gruppe könnte durch den Wegfall von Sprachbarrieren einen besseren Zugang zum Gesundheitssystem haben als andere Angehörige der ersten Generation. Eine derartige Verzerrung der Stichprobe könnte deshalb zur Folge haben, dass ein eventuell existierender Effekt in der Analyse nicht zum Vorschein kommt. Bei Personen mit Migrationshintergrund der zweiten Generation ist hingegen nicht damit zu rechnen, dass eine deutschsprachige Befragung zu Verzerrungen führt, da sie in aller Regel mit dieser Sprache aufgewachsen sind. Es wäre entsprechend nicht verwunderlich, dass sich in der Analyse nur bei ihnen ein negativer Zusammenhang zeigt. Auch dies spricht dafür, dass weitere Forschung dringend notwendig ist, um die durch die hierigen Befunde aufgeworfenen Fragen beantworten zu können.

Zusammenfassend weisen Personen mit Migrationshintergrund der ersten Generation in Deutschland einen besseren Gesundheitszustand auf als Personen ohne Migrationshintergrund. Auch wird deutlich, dass ihre besonderen soziodemografischen Merkmale zu den gesundheitlichen Vorteilen beitragen können. Für Personen mit

Migrationshintergrund der zweiten Generation kann hingegen kein eigenständiger Effekt auf den allgemeinen Gesundheitszustand beobachtet werden. Die Ergebnisse sprechen für den *Healthy-Migrant-Effect*. Zusätzlich unterstützen sie die Annahme, dass die Gesundheit von Personen mit Migrationshintergrund unter ihren sozioökonomischen Umständen leidet, wobei das Einkommen als die entscheidendste Determinante der untersuchten Faktoren identifiziert werden.

Die Analyse der Möglichkeit der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems zeigt des Weiteren, dass bei gleichem Bedarf Angehörige der zweiten Generation häufiger Probleme beim Zugang zum Gesundheitssystem haben als Personen ohne Migrationshintergrund. Für Personen mit Migrationshintergrund der ersten Generation lässt sich hingegen kein Effekt beobachten. Dass die zweite Generation eine vollständig durch das Einkommen erklärbare schlechtere Gesundheit aufweisen und Zugangsbarrieren im Gesundheitssystem erleben, spricht in seiner Tendenz für die Annahme, dass sich die Lebensrealität von Personen mit Migrationshintergrund in Deutschland auf Dauer negativ auf ihre Gesundheit auswirkt und so die Gesundheitsvorteile der ersten Generation abnehmen oder gar verschwinden können.

7 Fazit

Die Analyse der Daten der deutschen Teilstichprobe der 11. Welle des ESS aus dem Jahr 2023 zeigen, dass Personen mit Migrationshintergrund der ersten Generation zwischen 18 und 80-Jahren in Deutschland einen besseren allgemeinen Gesundheitszustand aufweisen als Personen ohne Migrationshintergrund. Der Gesundheitsvorteil ist jedoch von geringem Ausmaß. Die zweite Migrantengeneration ohne eigene Migrationserfahrung zeigt diesen „Healthy-Migrant-Effect“ hingegen nicht (mehr). Dennoch ist beobachtbar, dass sich bei beiden Zuwanderergenerationen der sozioökonomische Status und dabei vorwiegend das Einkommen negativ auf den Gesundheitszustand auswirkt. Es ist hier jedoch noch einmal zu betonen, dass der negative Zusammenhang bei der zweiten Generation instabil und nur schwach signifikant ist.

Ferner lassen sich in den Ergebnissen Hinweise auf eine Diskriminierung von Personen mit Migrationshintergrund in Deutschland beim Zugang zu Gesundheitsleistungen finden. Dass die Benachteiligung im Zugang zum Gesundheitssystem der zweiten Migrantengeneration bei gleichem Bedarf weder durch soziodemografische oder sozioökonomische Faktoren noch durch das Gesundheitsverhalten allein erklärt werden kann, weist daraufhin, dass andere Faktoren den Zusammenhang begründen. Aufgrund der bisherigen Ausführungen kommt dabei die Diskriminierung als erstes in den Sinn. Es benötigt Forschung, die explizit die Diskriminierung als Erklärungsfaktor betrachtet. Dem ist

nicht zuletzt so, da die Befunde zwar nur für die zweite Generation eine klare Benachteiligung zeigen, jedoch einiges dafürspricht, dass auch bei der ersten Generation auf lange Sicht Schwierigkeiten bei der Versorgung auftreten können. Wenn bei der zweiten Generation über die Benachteiligung durch einen niedrigeren sozioökonomischen Status hinaus auch im Gesundheitssystem mit Diskriminierung zu rechnen ist, erscheint es nicht der Logik entsprechend, dass die erste Generation diese nicht erfährt. Personen mit Migrationshintergrund der zweiten Generation haben die Eigenschaften, die zu ihrer Diskriminierung führen können (z.B. Nachnamen oder phänotypische Eigenschaften), in aller Regel von ihren Eltern. Der Befund, dass die erste Generation keinen schlechteren Zugang zur Gesundheitsversorgung hat als die Restbevölkerung in Deutschland spricht zwar dagegen, dass sie in diesem Kontext Diskriminierung ausgesetzt sind, er hat aber zwei Einschränkungen. Die erste wurde bereits ausführlich besprochen und dreht sich in ihrem Kern um Folgendes. Im Sinne der Zeitperspektive des *Healthy-Migrant-Effects* können die Befunde über die zweite Generation ein Indiz dafür sein, dass es durch das Leben in Deutschland auf Dauer zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustands der ersten Generation kommen kann. Darüber hinaus zeigen die Befunde, dass sich bei der zweiten Generation Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem zeigen und liefern Indizien, dass sie eine höhere Wahrscheinlichkeit haben könnten einen schlechteren Gesundheitszustand zu berichten. Dies könnte bedeuten, dass sich diese Barrieren auf längere Sicht auch bei der ersten Generation zeigen könnten, wenn ihr Bedarf an Gesundheitsversorgung mit Abnahme ihres Gesundheitszustands steigt. Der zweite Punkt wurde bisher noch nicht besprochen, ist aber von zentraler Bedeutung.

Sowohl die Daten als auch teilweise die Operationalisierung spezifischer Faktoren gehen mit einzelnen Limitationen einher. Die Daten des ESS11 stammen ausschließlich aus auf Deutsch geführten Interviews (ESS 2025b). Für Personen mit Migrationshintergrund der ersten Generation führt dies ggf. zu Schwierigkeiten, da bei einigen mit Sprachbarrieren zu rechnen ist. Bei jenen Personen, die Deutsch auf einem Niveau sprechen, das ihnen die Teilnahme an der Befragung ermöglicht, handelt es sich um eine selektive Gruppe. Der Wegfall von Sprachbarrieren im Bildungs- und Arbeitskontext sowie im Zusammenhang mit dem Gesundheitssystem könnte bei ihnen sowohl zu einer besseren sozioökonomischen Lage als auch einer besseren Gesundheitsversorgung im Vergleich zu der restlichen Bevölkerung mit Migrationshintergrund der ersten Generation führen. Eine derartige Verzerrung der Stichprobe könnte deshalb eine Überschätzung des positiven Zusammenhangs zwischen Migrationshintergrund der ersten Generation und dem Gesundheitszustand sowie dem Zugang zum Gesundheitssystem mit sich bringen. Zu der möglichen Überschätzung des positiven Zusammenhangs sei jedoch erwähnt, dass die Ergebnisse, wie dargelegt, mit der aktuellen Studienlage übereinstimmen. Zusätzlich wurden beispielsweise die Daten, auf denen die in diesem Zusammenhang erwähnte Analyse von Holz (2022) basieren, mittels mehrsprachiger Anschreiben und Fragebögen erhoben (Bohlender et al. 2018: 4). Es könnte ebenfalls zu einer Verzerrung der Effekte

kommen, da bei Personen mit Migrationshintergrund nicht zwischen verschiedenen Migrationsmotiven oder Herkunftsländern differenziert wurde. In Abhängigkeit hiervon existieren jedoch mitunter bedeutsame Unterschiede in den Lebensumständen innerhalb der Bevölkerungsgruppe (Razum et al. 2016a: 259).

Die festgestellten Befunde über den *Healthy-Migrant-Effect* in Deutschland sind darüber hinaus eingeschränkt, da sie auf Querschnittsdaten beruhen. Dies kann, wie im zweiten Kapitel ausführlich erläutert, aufgrund von Selektionseffekten ebenfalls zu einer Überschätzung des Gesundheitszustands der ersten Generation führen. Diese Einschränkung unterstreicht die durch die restlichen Ergebnisse hergeleitete Vermutung, dass in der Realität auch die erste Generation eine Schlechterstellung im Gesundheitskontext erlebt. Gleichzeitig ist die Interpretation der Befunde über die zweite Generation im Sinne der Zeitperspektive eingeschränkt und es benötigt einer Überprüfung der hier gefundenen Indizien mittels einer Untersuchung, die explizit bei der ersten Generation für die Aufenthaltsdauer kontrolliert.

Des Weiteren ist zu erwähnen, dass die teils geringen Fallzahlen für einen (sehr) schlechten Gesundheitszustand zu Verzerrungen führen könnte. Ferner könnte eine Operationalisierung der beruflichen Position durch die tatsächliche Tätigkeit genauere Erkenntnisse über ihre Bedeutung für die betrachteten Zusammenhänge liefern. Gleiches gilt für eine ausdifferenziertere Operationalisierung der Einkommenssituation, da die Annahme naheliegt, dass eine bivariate Unterteilung, wie sie hier vorgenommen wurde, den realen Unterschieden nicht gerecht werden kann. Hierzu kommt auch, dass insbesondere aktuelle Arbeiten darauf hinweisen, dass Unterschiede in den Lebensumständen in Abhängigkeit des Herkunftslandes bestehen. Da dies in der Analyse nicht berücksichtigt wurde, ist mit Verzerrungen der Effekte zu rechnen. Eine bessere Situation von Personen mancher Herkunftsländer könnte eine schlechtere von jenen aus anderen überdecken und andersherum.

Nichtsdestotrotz sind die Erkenntnisse der vorliegenden Arbeit sowohl von wissenschaftlicher als auch gesellschaftlicher Bedeutung. Sie zeigen, dass ein Migrationshintergrund mit Umständen und Ressourcenausstattungen einher geht, von denen sich manche positiv auf die Gesundheit auswirken und andere für sie von Nachteil sind. Darüber hinaus zeigen sie, dass sich diese zwischen den Generationen mit Migrationshintergrund unterscheiden. Nicht nur trägt das zur Erklärung der ambivalenten Forschungsergebnisse bei, auch unterstreicht es die methodische Notwendigkeit zwischen den Generationen zu unterscheiden. Von gesellschaftlicher Bedeutung ist es, dass, wie Eingangs erläutert, eine gesundheitliche Benachteiligung von Personen mit Migrationshintergrund zu einer Belastung des Gesundheitssystems führen kann. Denn ein erschwerter Zugang bedeutet nicht unbedingt, dass es nicht, sondern dass es spät genutzt wird. Dabei kann zu einer Chronifizierung von Krankheiten, aber auch generell zu schweren Verläufen kommen. Diese benötigen dann mitunter teurere Behandlungen und können somit eine

größere finanzielle Belastung des Gesundheitssystems bedeuten (Hartung & Johansen 2017: 322; Führer 2023:1088; Razum et al. 2016b: 713; Trummer et al. 2018: 132). Außerdem kann es so eher zu einem dauerhaften Verlust der Arbeitskraft kommen, was durch eine frühere Behandlung verhindert werden könnte und in Anbetracht des Mangels an Arbeitskraft in Deutschland, wie ebenfalls eingangs dargelegt, mit Problemen einhergehen könnte.

Zur Lösung dieser drängenden Problematik könnten Maßnahmen zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung, die sich explizit an Personen mit Migrationshintergrund wenden, sorgen. Führer (2023: 1086 f.) erläutert eindrücklich den Vorteil der Bereitstellung professioneller Übersetzer:innen im Behandlungskontext. Es existieren darüber hinaus weniger kostspielige Möglichkeiten, die das Vertrauen in das Gesundheitssystem stärken könnten. Beispielsweise könnte bei der Ausbildung medizinischen Personals bewusst geschult werden für den Umgang mit Patientinnen und Patienten aus anderen Kulturkreisen. Dies könnte sowohl Vorurteile abbauen, als auch dazu führen, dass sich die Behandelten verstandener fühlen. Damit Personen mit Migrationshintergrund gar nicht erst einen häufigeren Bedarf an Gesundheitsversorgung haben als die Restbevölkerung, erscheinen Maßnahmen im Bildungskontext unabdingbar. Nicht nur muss Schulpersonal sensibilisiert werden für die Leistungsbewertung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund. Auch wäre das Werben für Fortbildungsmaßnahmen fokussiert auf Erwachsene mit Migrationshintergrund sinnvoll, um bereits entstandenen Bildungsbenachteiligungen entgegenzuwirken. Von generellen Maßnahmen zur Reduzierung der sozialen Ungleichverteilung von Gesundheitsbelastungen, aber auch Gesundheitswissen und Angebotsstrukturen, die das Gesundheitsverhalten beeinflussen, könnten Personen mit Migrationshintergrund ebenfalls profitieren.

Für die Entwicklung sowohl effektiver als auch effizienter Maßnahmen ist ein besseres Verständnis der komplexen Zusammenhänge von essenzieller Bedeutung. Die vorliegende Arbeit konnte einen relevanten Beitrag dazu leisten, es ist aber deutlich geworden, dass weitere Forschung insbesondere über die Rolle von Diskriminierung und die genauen Ausdrücke dieser notwendig ist.

Literaturverzeichnis

Aneshensel, C. S. (1992). *Social Stress: Theory and research*. Annual Review of Sociology 18 (1): 15–38.

Bade, K. J. (1994). *Ausländer – Aussiedler – Asyl. Eine Bestandsaufnahme*. München: Beck.

Basner, M., W. Babisch, A. Davis, M. Brink, C. Clark, S. Janssen, & S. Stansfeld (2014). *Auditory and non-auditory effects of noise on health*. The Lancet 383 (9925): 1325–1332.

Ben, J., D. Cormack, R. Harris & Y. Paradies (2017). *Racism and health service utilisation: A systematic review and meta-analysis*. PLoS ONE 12: e189900.

Bender, S. & M. Schaller (2014). *Vergleichendes Lexikon. Wichtige Definitionen, Schwellenwerte und Indices aus den Bereichen Klima, Klimafolgenforschung und Naturgefahren*. Geesthacht: Climate Service Center.

Beyrich, M. (2024). *Recht nur auf dem Papier?* Tübingen: Mohr Siebeck.

BMI & BAMF (2024). *Migrationsbericht der Bundesregierung 2022*. 1. Aktualisierte Fassung.

BMI & BAMF (2025). *Migrationsbericht der Bundesregierung 2023*. 1. Aktualisierte Fassung.

Bohlender, A., S. Huber, & A. Glemser (2018). *Methodenbericht zum Befragungsjahr 2016 des IAB-SOEP-Migrationssamples (M1 /M2)*. SSOEP Survey Papers 578: Series B. DIW/SOEP.

Borde, T. (2002). *Patientinnenorientierung im Kontext der soziokulturellen Vielfalt im Krankenhaus. Vergleich der Erfahrungen und Wahrnehmungen deutscher und türkisch-sprachiger Patientinnen sowie des Klinikpersonals zur Versorgungssituation in der Gynäkologie*. Technische Universität Berlin.

Brand, T. (2022). *Dimensionen gesundheitlicher Ungleichheit*. S. 501-512 in: R. Haring (Hrsg.): *Gesundheitswissenschaften*. 2. Auflage, Berlin: Springer.

Bremer, P., D. Sauerland & A. Wübker (2013). *Zuzahlungen im deutschen Gesundheitssystem. Ausmaß, Determinanten und Konsequenzen für die Medikamenteninanspruchnahme*. S. 167-185 in: J. Böcken, B. Braun & U. Repschläger (Hrsg.): *Gesundheitsmonitor 2013*. Gütersloh: Bertelsmann-Stiftung.

Breen, R., K. Bernt Karlson & A. Holm (2018): *Interpreting and Understanding Logits, Probits, and Other Nonlinear Probability Models*. Annual Review of Sociology 44: 39–54.

Brinkmann, H. U. (2022). *Erfolge und Probleme der Integration*. S. 77-108 in: H.-H. Uslucan & H. U. Brinkmann (Hrsg.): *Dabeisein und Dazugehören: Integration in Deutschland*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Brzoska, P. & O. Razum (2020). *Die Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund aus sozialepidemiologischer Sicht*. S. 319-335 in: P. Kriwy & M. Jungbauer-Gans (Hrsg.): *Handbuch Gesundheitssoziologie*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

de Irala-Estévez, J., M. V. Groth, L. Johansson, U. S. Oltersdorf, R. S. Prättälä & M. A. Martínez-González (2000). *A systematic review of socio-economic differences in food habits in Europe: consumption of fruit and vegetables*. *European Journal of Clinical Nutrition* 54 (9): 706–714.

DeZIM (2024). *Teilhabe in der Einwanderungsgesellschaft. Ein wissenschaftsbasierter und indikatorengestützter Lagebericht zum Stand der Integration in Deutschland*. 14. Integrationsbericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration.

Dragano, N., M. Wahrendorf, K. Müller & T. Lunau (2016): *Arbeit und gesundheitliche Ungleichheit: Die ungleiche Verteilung von Arbeitsbelastungen in Deutschland und Europa*. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 59 (2): 217–227.

Dyck, M., J. Wenner, A. Wengler, S. Bartig, F. Fischer, L. Wandschneider, C. Santos-Hövenner & O. Razum (2019). *Migration und Gesundheit in Deutschland – eine Bestandsaufnahme der Datenquellen*. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 62 (8): 935–942.

Elo, I. T. (2009). *Social Class Differentials in Health and Mortality: Patterns and Explanations in Comparative Perspective*. *Annual Review of Sociology* 35: 553–572.

ESS (2022). *Source Questionnaire. Round 11 2023*. URL: <https://www.europeansocialsurvey.org/methodology/source-questionnaire> (Stand 12.06.2025).

ESS (2023). *Transcript. The European Social Survey*. DOI: 10.1007/978-3-662-62426-5_24 (Stand 12.06.2025).

ESS (2025a). *ESS Germany*. URL: <https://ess.sikt.no/en/study/412db4fe-c77a-4e98-8ea4-6c19007f551b> (Stand 12.06.2025).

ESS (2025b). *ESS round 11 - 2023. Social inequalities in health, Gender in contemporary Europe*. URL: <https://ess.sikt.no/en/study/412db4fe-c77a-4e98-8ea4-6c19007f551b> (Stand 12.06.2025).

ESS ERIC (2024): *ESS11 - integrated file, edition 2.0 [Data set]*. Sikt - Norwegian Agency for Shared Services in Education and Research.

Ferrara, A., C. Grindel & C. Brunori (2024). *A longitudinal perspective to migrant health: Unpacking the immigrant health paradox in Germany*. *Social Science & Medicine* 351: 116976.

Führer, A. (2023). *Determinanten der Gesundheit und medizinischen Versorgung von Asylsuchenden in Deutschland*. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 66 (10): 1083–1091.

Geyer, S. (2024). *Soziale Ungleichheiten in der gesundheitlichen Versorgung*. *WSI-Mitteilungen* 77 (3): 186–192.

Glauner, A. & E. von Stebut (2023). *Physiologische Hyperpigmentierungen auf dunkler Haut*. *Die Dermatologie* 74 (2): 95–99.

Grigoriev, O. & T. Körner (2024). *Eingewanderte und ihre Nachkommen*. S. 30-43 in: Destatis, WZB & BiB (Hrsg.): *Sozialbericht 2024. Ein Datenreport für Deutschland*. Bonn: bpb.

- Grochtdreis, T., H.-H. König & J. Dams (2025). *Migration-related determinants of health-care service utilization among persons with a direct migration background in Germany: an exploratory study based on the German Socio-Economic Panel (SOEP)*. *The European journal of health economics* 26 (2): 313–323.
- Gruber, S. & M. Kiesel (2010). *Inequality in health care utilization in Germany? Theoretical and empirical evidence for specialist consultation*. *Journal of Public Health* 18 (4): 351–365.
- Harpe, S. E. (2015). *How to analyze Likert and other rating scale data*. *Currents in Pharmacy Teaching and Learning* 7 (6): 836–850.
- Hartung, T. J. & C. Johansen (2017). *Sozioökonomischer Status und Krebs*. *Forum* 32 (4): 318–323.
- Helgesson, M., B. Johansson, T. Nordquist, E. Vingård, & M. Svartengren (2019). *Healthy migrant effect in the Swedish context: A register-based, lon-gitudinal cohort study*. *BMJ Open* 9 (3): e026972.
- Hermann, N. & A. Mielck (2001). *Der Gesundheitszustand von deutschen und ausländischen Kindern. Warum ist Mehmet gesünder als Maximilian?* *Gesundheitswesen* 63 (12): 741–747.
- Heuer, T., C. Krems, K. Moon, C. Brombach & I. Hoffmann (2015). *Food consumption of adults in Germany: Results of the German National Nutrition Survey II based on diet history interviews*. *The British journal of nutrition* 113: 1–12.
- Holz, M. (2022). *Health inequalities in Germany: differences in the ‘Healthy migrant effect’ of European, non-European and internal migrants*. *Journal of Ethnic and Migration Studies* 48 (11): 2620–2641.
- Ingwersen, K. & S. L. Thomsen (2021). *The immigrant-native wage gap in Germany revisited*. *The Journal of Economic Inequality* 19 (4): 825–854.
- Kaas, L. & C. Manger (2012). *Ethnic Discrimination in Germany’s Labour Market: A Field Experiment*. *German Economic Review* 13 (1): 1–20.
- Kajikhina, K., C. Koschollek, K. Bozorgmehr, N. Sarma & C. Hövener (2023). *Rassismus und Diskriminierung im Kontext gesundheitlicher Ungleichheit – ein narratives Review*. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 66 (10): 1099–1108.
- Kameraj, A., H.-H. König & A. Hajek (2024). *Migration background and use of preventive healthcare services: Findings of the German Ageing Survey*. *BMC Public Health* 24 (1): 2442.
- Karger, A., H. Lindtner-Rudolph, R. Mroczynski, A. Ziem & L. Joksimovic (2017). *„Wie fremd ist mir der Patient?“. Erfahrungen, Einstellungen und Erwartungen von Ärztinnen und Ärzten bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund*. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 63: 280–296.
- Klein, J. & O. von dem Knesebeck (2016). *Soziale Unterschiede in der ambulanten und stationären Versorgung*. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 59 (2): 238–244.

Klein, J. & O. von dem Knesebeck (2018). *Inequalities in health care utilization among migrants and non-migrants in Germany: a systematic review*. International Journal for Equity in Health 17: 160.

Kohls, M. (2015). *Sterberisiken von Migranten*. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 58 (6): 519–526.

Kratz, F., G. Bauer & J. Brüderl (2018). *Die Vererbung sozialer Ungleichheit: ein neuer Ansatz zur Untersuchung einer klassischen soziologischen Frage*. S. 71-88 in: M. Gieselmann, K. Golsch, H. Lohmann & A. Schmidt-Catran (Hrsg.): *Lebensbedingungen in Deutschland in der Längsschnittperspektive*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Kraus, E. K., L. Sauer & L. Wenzel (2019). *Together or apart? Spousal migration and reunification practices of recent refugees to Germany*. Journal of family research 31 (3): 303–332.

Kriwy, P. & A. Mielck (2006). *Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der privaten Krankenversicherung (PKV): Unterschiede in Morbidität und Gesundheitsverhalten*. Das Gesundheitswesen 68 (5): 281–288.

Laban, C. J., H. B. P. E. Gernaat, I. H. Komproe, I. van der Tweel & J. T. V. M. De Jong (2006). *Postmigration Living Problems and Common Psychiatric Disorders in Iraqi Asylum Seekers in the Netherlands*. The Journal of nervous and mental disease 193: 825–32.

Laußmann, D., M. Haftenberger, T. Lampert & C. Scheidt-Nave (2013). *Soziale Ungleichheit von Lärmbelastung und Straßenverkehrsbelastung. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)*. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 56: 822-831.

Liebig, T. & S. Widmaier (2009). *Children of Immigrants in the Labour Markets of EU and OECD Countries: An Overview*. OECD Social, Employment and Migration Working Papers No. 97.

Liebig-Gonglach, M., A. Pauli & C. Hornberg (2020). *Zur Bedeutung von Umweltqualitäten und sozialen Verhältnissen als Gesundheitsfaktoren*. S. 603-623 in: P. Kriwy & M. Jungbauer-Gans (Hrsg.): *Handbuch Gesundheitssoziologie*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Lynch, J. W., G. A. Kaplan & J. T. Salonen (1997). *Why do poor people behave poorly? Variation in adult health behaviours and psychosocial characteristics by stages of the socioeconomic lifecourse*. Social Science & Medicine 44 (6): 809–819.

Madden, D. (2008). *Sample selection versus two-part models revisited: The case of female smoking and drinking*. Journal of Health Economics 27 (2): 300–307.

Metzing, M. (2021). *Lebenssituation von Migrantinnen und Migranten, deren Nachkommen und Geflüchteten in Deutschland*. S. 286-294 in: Destatis, WZB & BiB (Hrsg.): *Datenreport 2021. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland*. Bonn: bpb.

Mielck, A. & C. Janßen (2008). *Ein Modell zur Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit*. Public Health Forum 16 (59): 4.e1-4.e3.

Miller, J. A. (2012). *On Track for West Germany: Turkish 'Guest-worker' Rail Transportation to West Germany in the Postwar Period*. German History 30 (4): 550–573.

Mood, C. (2010). *Logistic Regression: Why We Cannot Do What We Think We Can Do, and What We Can Do About It*. *European Sociological Review* 26 (1): 67–82.

Nutsch, N. & K. Bozorgmehr (2020). *Der Einfluss postmigratorischer Stressoren auf die Prävalenz depressiver Symptome bei Geflüchteten in Deutschland. Analyse anhand der IAB-BAMF-SOEP-Befragung 2016*. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 63 (12): 1470–1482.

Pampel, F. C., P. M. Krueger & J. T. Denney (2010). *Socioeconomic Disparities in Health Behaviors*. *Annual review of sociology* 36: 349–370.

Petschel, A. (2021). *Bevölkerung mit Migrationshintergrund*. S. 30-44 in: Destatis, WZB & BiB (Hrsg.): *Datenreport 2021. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland*. Bonn: bpb.

Pohlmann, S. (2022). *Diversität und Gestaltbarkeit von Gesundheit und Krankheit im Alter*. S. 513-521 in: R. Haring (Hrsg.): *Gesundheitswissenschaften*. Berlin: Springer.

Pollak, R. (2021). *Soziale Mobilität*. S. 305-315 in: Destatis, WZB & BiB (Hrsg.): *Datenreport 2021. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland*. Bonn: bpb.

Präg, P. (2020). *Subjective socio-economic status predicts self-rated health irrespective of objective family socio-economic background*. *Scand J Public Health* 48 (7): 707-714.

Rapp, I. & T. Klein (2023). *Familie und Gesundheit*. S. 815-830 in: O. Arránz Becker, K. Hank & A. Steinbach (Hrsg.): *Handbuch Familiensoziologie*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Rathjen, T. (2017). *Zeit- und Einkommensarmut in Deutschland. Multidimensionale Analysen mit Zeitverwendungsdaten*. Baden-Baden: Nomos.

Razum, O., L. Karrasch & J. Spallek (2016a): *Migration: Eine vernachlässigte Dimension gesundheitlicher Ungleichheit?* *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 59 (2): 259–265.

Razum, O., J. Wenner & K. Bozorgmehr (2016b). *Wenn Zufall über den Zugang zur Gesundheitsversorgung bestimmt: Geflüchtete in Deutschland*. *Das Gesundheitswesen* 78 (11): 711–714.

Razum, O., H. Zeeb, H. Seval Akgün & S. Yilmaz (1998). *Low overall mortality of Turkish residents in Germany persists and extends into a second generation: merely a healthy migrant effect?* *Tropical Medicine & International Health* 3 (4): 297–303.

Reeske, A., H. Zeeb, O. Razum & J. Spallek (2012). *Differences in the Incidence of Gestational Diabetes between Women of Turkish and German Origin: An Analysis of Health Insurance Data From a Statutory Health Insurance in Berlin, Germany (AOK), 2005-2007*. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 72 (04): 305–310.

Reibling, N. & C. Wendt (2010). *Bildungsniveau und Zugang zu Gesundheitsleistungen. Eine vergleichende Analyse von Zugangsregulierung und Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen in Europa*. *Das Gesundheitswesen* 72 (8/9): 447–454.

RKI (2015). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Gesundheit in Deutschland*. Berlin: RKI.

Roick, J. & M. Richter (2024). *Soziale Determinanten der Gesundheit und der gesundheitlichen Versorgung*. *WSI-Mitteilungen* 77 (3): 180–185.

- Rommel, A., A.-C. Saß, S. Born & U. Ellert (2015). *Die gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund und die Bedeutung des sozioökonomischen Status*. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 58 (6): 543–552.
- Santos-Hövenner, C., B. Kuntz, L. Frank, C. Koschollek, U. Ellert, H. Hölling, R. Thamm, A. Schienkiewitz & T. Lampert (2019). *Zur gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in Deutschland*. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 62 (10): 1253–1262.
- Schenk, L. (2007). *Migration und Gesundheit – Entwicklung eines Erklärungs- und Analysemodells für epidemiologische Studien*. International Journal of Public Health 52 (2): 87–96.
- Siegrist, J. & N. Dragano (2006). *Berufliche Belastungen und Gesundheit*. Perspektiven der Gesundheitssoziologie Sonderheft 46: 109–124.
- Spallek, J., H. Zeeb & O. Razum (2011). *What do we have to know from migrants' past exposures to understand their health status? a life course approach*. Emerging Themes in Epidemiology 8 (1): 6.
- Spallek, J., H. Zeeb & O. Razum (2023): *Lebenslauforientierte Epidemiologie in der Migrationsforschung*. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 66 (10): 1092–1098.
- Sprietsma, M. (2013). *Discrimination in grading: experimental evidence from primary school teachers*. Empirical Economics 45 (1): 523–538.
- Tallarek, M., M. Mlinarić & J. Spallek (2021). *Migration – Bedeutung und Implikationen für die Prävention und Gesundheitsförderung*. S. 199–211 in: M. Tiemann & M. Mohokum (Hrsg.): *Prävention und Gesundheitsförderung*. Berlin: Springer.
- Teltemann, J., S. Dabrowski & M. Windzio (2015). *Räumliche Segregation von Familien mit Migrationshintergrund in deutschen Großstädten: Wie stark wirkt der sozioökonomische Status?* Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 67: 83–103.
- Trummer, U., S. Novak-Zezula, A. Renner & I. Wilczewska (2018). *Cost savings through timely treatment for irregular migrants and European Union citizens without insurance*. European Journal of Public Health 28 (1): 132.
- Varo, J. J., M. A. Martínez-González, J. de Irala-Estévez, J. Kearney, M. Gibney & J. A. Martínez (2003). *Distribution and determinants of sedentary lifestyles in the European Union*. International Journal of Epidemiology 32 (1): 138–146.
- Weichselbaumer, D. (2020). *Multiple Discrimination Against Female Immigrants Wearing Headscarves*. ILR Review 73 (3): 600–627.
- WHO (2014). *Übersetzung. Verfassung der Weltgesundheitsorganisation*. 0.810.1.
- WHO Europe (2018). *Environmental Noise Guidelines for the European Region*. Copenhagen: WHO.
- Zarifoglu, F. (1992). *Ein kurzes Resümee über die soziokulturellen Aspekte von psychischen Erkrankungen bei Migranten aus dem Nahen und Mittleren Osten sowie ihre psychosoziale Versorgung in Deutschland*. J. Collatz, A. Brandt, R. Salman & S. Timme (Hrsg.): *Was macht Migranten in Deutschland krank? Zur Problematik von Rassismus und Ausländerfeindlichkeit und von Armut-diskriminierung in psychosozialer und medizinischer Versorgung*. Hamburg: E. B. Verlag Rissen.

Zeiger, J., J. D. Finger, B. Kuntz, J. Hoebel, T. Lampert & A. Starker (2018). *Zeitliche Trends beim Rauchverhalten Erwachsener in Deutschland*. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 61 (11): 1365–1376.

