

SVR-Kurzinformation 2026-1

Jung und gesund – alt und krank?

Wie Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland ihre Gesundheit einschätzen

In den ersten Jahren nach ihrer Ankunft schätzen Zugewanderte ihre Gesundheit im Durchschnitt besser ein als die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund in Deutschland – trotz einer schlechteren sozioökonomischen Lage. Ihre Gesundheit verschlechtert sich jedoch mit zunehmender Aufenthaltsdauer und der anfängliche Gesundheitsvorteil geht verloren. Im höheren Alter fällt die Einschätzung der eigenen Gesundheit dann oft sogar schlechter aus als bei Personen ohne Migrationsgeschichte. Dies bestätigen Auswertungen des SVR-Integrationsbarometers 2024. Das liegt vor allem an sich verstärkenden Effekten der sozialen Lage, kann aber auch mit Diskriminierung zusammenhängen. Die Datenanalyse zeigt, dass insbesondere Menschen mit Migrationsgeschichte, die ihrer Einschätzung nach von anderen als Personen mit ausländischen Wurzeln wahrgenommen werden, von Diskriminierung im Gesundheitsbereich berichten. Menschen, die Diskriminierung im Gesundheitswesen erlebt haben, meiden diesen Bereich aus Angst vor weiteren Benachteiligungen häufiger.¹

Zugewanderte² sind in den ersten Jahren nach ihrer Ankunft oft gesünder als die Bevölkerung im Aufnahmeland – trotz einer schlechteren sozioökonomischen Lage. Das in der Forschung gut dokumentierte Phänomen wird als *healthy migrant effect* bezeichnet (Abraído-Lanza et al. 1999; Aldridge et al. 2018; Ferrara/Grindel/Brunori 2024; Holz 2022). Diese anfänglichen gesundheitlichen Vorteile verschwinden jedoch häufig mit zunehmender Aufenthaltsdauer (Ronellenfitch/Razum 2004; Loi/Li/Myrskylä 2024) – ein Befund, der in vielen Einwanderungsländern zu beobachten ist (Aldridge et al. 2018).

Auch in Deutschland haben unterschiedliche Studien dies nachgewiesen (Ferrara/Grindel/Brunori 2024; Holz 2022; Razum/Rohrman 2002; Razum/Twardella 2002; Zur Nieden/Sommer 2017); die vorliegende Auswertung von Daten des SVR-Integrationsbarometers 2024 bestätigt den Befund ebenfalls (s. dazu SVR 2024). Menschen mit und ohne Migrationshintergrund wurden u. a. darum gebeten, ihren aktuellen Gesundheitszustand selbst einzuschätzen.³ Dabei bezeichnen 38 Prozent der Befragten mit einem Migrationshintergrund ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“. Bei den Befragten ohne Migrati-

¹ Diese Kurzinformation wurde begleitet von Prof. Dr. Annetrin Niebuhr, Mitglied des Sachverständigenrats für Integration und Migration (SVR). Verantwortlich für die Veröffentlichung ist der wissenschaftliche Stab der SVR-Geschäftsstelle. Die Argumente und Schlussfolgerungen entsprechen nicht notwendigerweise der Meinung des SVR.

² In diesem Text werden die Begriffe Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen mit Migrationsgeschichte sowie Zugewanderte und ihre Nachkommen synonym verwendet. Personen, die selbst aus dem Ausland zugezogen sind, werden als Zugewanderte bezeichnet, alternativ ist von Personen mit eigener Migrationserfahrung die Rede, wenn nach Generationszugehörigkeit unterschieden wird.

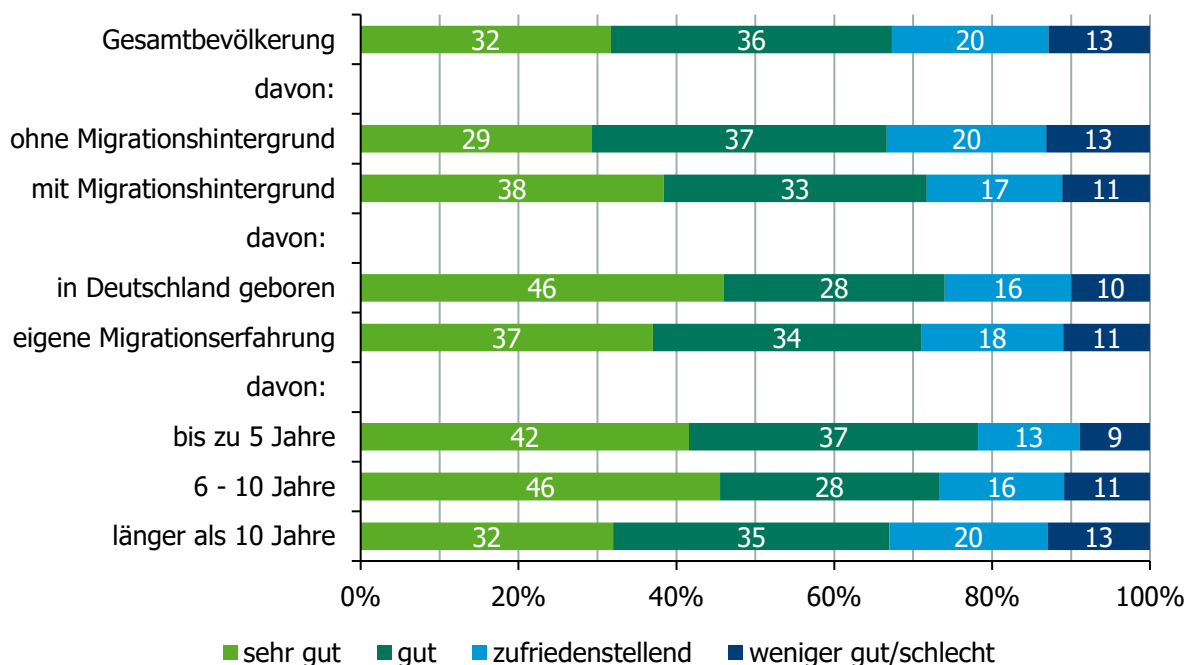
³ Die konkrete Frage lautete: „Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben?“. Es handelt sich somit um die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustands – und nicht um objektiv gemessene medizinische

onshintergrund sind es hingegen nur 29 Prozent (Abb. 1). Bei der Differenzierung nach der Aufenthaltsdauer zeigt sich, dass Personen, die erst kürzlich nach Deutschland eingewandert sind (mit bis zu fünf Jahren Aufenthalt), mit rund 79 Prozent deutlich häufiger von einer sehr guten oder guten Gesundheit berichten, als diejenigen, die bereits länger als zehn Jahre in Deutschland leben (67 %) oder die keine Zuwanderungsgeschichte haben (66 %; Abb. 1).

Für den anfänglich subjektiv positiveren Gesundheitszustand von Zugewanderten werden in der

internationalen Forschungsliteratur neben anderen Erklärungen vor allem Selektionsmechanismen angeführt: Gesundere Menschen entscheiden sich eher für eine Auswanderung bzw. werden von ihren Familien, die häufig in die Migrationsentscheidung eingebunden sind, hierzu ermuntert, da ihnen am ehesten zugetraut wird, die Auswanderung zu bewältigen und im Zielland erfolgreich eine Arbeit aufzunehmen (Massey et al. 1993). Darüber hinaus gibt es Hinweise darauf, dass zum statistischen Gesundheitsvorteil auch die Rückwanderung von Personen mit Gesundheitsproblemen (sogenannter *Salmon Bias*⁴)

Abb. 1 Selbsteingeschätzte Gesundheit nach Migrationsstatus und Aufenthaltsdauer



Quelle: SVR-Integrationsbarometer 2024, gewichtete Daten; Darstellung: wissenschaftlicher Stab des SVR

Indikatoren. Dieses Vorgehen spart Ressourcen und spiegelt dabei den allgemeinen Gesundheitszustand gut wider (s. SVR 2022: 102). Die Frage findet sich in ähnlicher Form in vielen sozialwissenschaftlichen Studien, beispielsweise im Sozio-oekonomischen Panel (SOEP). Die fünf Antwortmöglichkeiten sind „sehr gut“, „gut“, „zufriedenstellend“, „weniger gut“ und „schlecht“. Für die vorliegenden Analysen von Daten des SVR-Integrationsbarometers wurden die Kategorien „weniger gut“ und „schlecht“ aufgrund der ansonsten geringen Fallzahlen in diesen Kategorien zusammengefasst. Alle Berechnungen wurden für Befragte im Alter von 18-75 Jahre durchgeführt.

⁴ Gemäß dieser Hypothese tendieren unter Migrantinnen und Migranten eher jene dazu, ins Herkunftsland zurückzukehren, deren Gesundheitszustand schlecht ist. Diejenigen, die bleiben, sind also eine gesündere Teilgruppe. Die empirischen Ergebnisse dazu sind allerdings nicht eindeutig (vgl. Namer/Razum 2018: 6–8). Einige internationale Studien konnten einen solchen Effekt nachweisen (Andersson/Drefahl 2017; Turra/Elo 2008), andere jedoch nicht (Abraido-Lanza et al. 1999; Dunlavy et al. 2022; Sander 2007). Gegen einen solchen Effekt spricht insbesondere die Annahme, dass eine schlechte gesundheitliche Verfassung Migration eher verhindert. Analog zum *healthy migrant effect* bei der initialen Wanderung käme auch eine Rückkehr eher für gesündere Personen infrage. Soziale Netzwerke im Herkunftsland werden dagegen häufig als Grund für eine Rückwanderung bei Krankheit angeführt. Der Familiennachzug oder die Bildung neuer Netzwerke im Zielland können wiederum gegen eine gesundheitlich motivierte Rückwanderung sprechen.

beiträgt (Abraído-Lanza et al. 1999; Lu/Qin 2014; Wallace/Kulu 2014; Razum et al. 1998).⁵

Menschen mit Migrationshintergrund sind eine äußerst vielfältige Bevölkerungsgruppe mit unterschiedlichen Erfahrungen, Voraussetzungen, Ressourcen und Dispositionen. Die Gesundheit hängt mit vielen verschiedenen Faktoren zusammen und wird auch von Faktoren beeinflusst, denen die Personen vor, während und nach der Migration ausgesetzt sind. Beispielsweise sind Geflüchtete aufgrund der erzwungenen Migration sowie ihrer Erfahrungen vor und während der Flucht stärker psychisch belastet und gehören damit zu den am stärksten gefährdeten Gruppen der Gesellschaft (SVR 2022: 106–107). Welche Gesundheitsrisiken bzw. -ressourcen zum Tragen kommen, zeigt sich daher nur mit Blick auf die jeweilige Gruppe und/oder Gesundheitsindikatoren. Nichtsdestotrotz bietet das Betrachten der Gesamtgruppe der Menschen mit Migrationshintergrund anhand der subjektiven Gesundheitseinschätzung einen wertvollen Einblick, der gesundheitliche Ungleichheiten sichtbar macht und Hinweise gibt, wo weitere, differenziertere Forschung notwendig ist.

Jung und gesund – alt und krank?

Das Alter ist ein entscheidender Faktor für die Gesundheit: Denn mit zunehmendem Alter und besonders in hohem Lebensalter nehmen im Durchschnitt Krankheiten oder körperliche Beschwerden zu. Da Zugewanderte und ihre Nachkommen im Durchschnitt deutlich jünger sind, erklärt dies einen Teil des Gesundheitsvorteils. Dies gilt insbesondere für kürzlich Zugewanderte mit einer Aufenthaltsdauer von bis zu fünf Jahren sowie für die nachfolgenden Generationen. Die im Integrationsbarometer 2024 Befragten sind im Durchschnitt 33 bzw. 35 Jahre alt und damit deutlich jünger als Befragte ohne Migrationshintergrund (49 Jahre) sowie Befragte mit eigener Migrationserfahrung, die seit über zehn Jahren in Deutschland leben (51 Jahre).⁶

Die unterschiedliche Alterskomposition kann die gesundheitlichen Unterschiede zwischen den Gruppen jedoch nicht vollständig erklären. Vielmehr zeigt sich auch unter Berücksichtigung der Altersstruktur noch immer ein Gesundheitsvorteil von Menschen mit Migrationshintergrund, der allerdings mit zunehmendem Alter abnimmt (Abb. 2): Während in den Altersgruppen der 18- bis 29-Jährigen, der 30- bis 44-Jährigen und der 45- bis 65-Jährigen Personen mit Migrationshintergrund häufiger eine sehr gute Gesundheit angeben, zeigt sich in der höchsten Altersgruppe (65 Jahre und älter) ein anderes Bild. Hier liegt der Anteil der Befragten mit Migrationshintergrund, die von einer sehr guten Gesundheit berichten, mit 12 Prozent sogar unter dem Anteil der Befragten ohne Migrationshintergrund (18 Prozent). Ein ähnliches Bild zeigt sich im Grunde auch, wenn man zwischen den Generationen differenziert: Befragte im Alter zwischen 18 und 64 Jahre der ersten sowie der zweiten Generation berichten häufiger von einem sehr guten Gesundheitszustand als Personen ohne Migrationshintergrund. Über 65-Jährige sprechen hingegen seltener von einer sehr guten und häufiger von einer weniger guten bzw. schlechten Gesundheit (Abb. 2).⁷

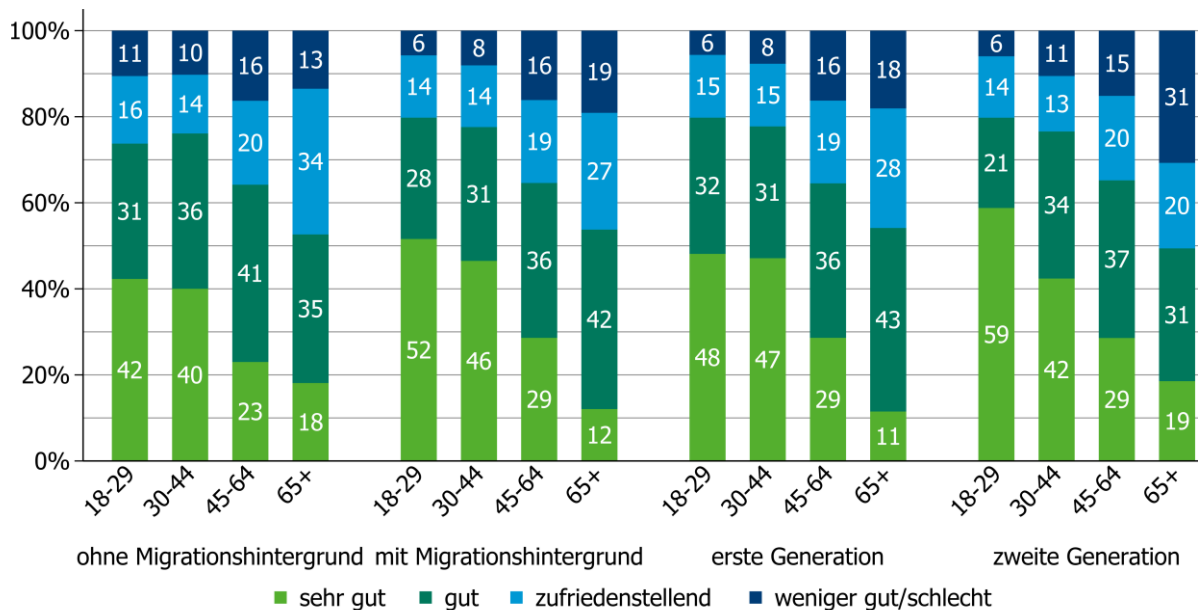
Dass jüngere Menschen mit Einwanderungsgeschichte einen deutlich besseren Gesundheitszustand angeben als die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund und sich dieses Ergebnis bei älteren Kohorten ins Gegenteil verkehrt, belegen auch weitere wissenschaftliche Studien: So finden Loi et al. (2025), dass Menschen mit eigener Migrationserfahrung in Deutschland ihren Gesundheitszustand im Alter ab 65 Jahren schlechter wahrnehmen und mit einer höheren Wahrscheinlichkeit unter körperlichen Einschränkungen leiden als Personen ohne Migrationsgeschichte (vgl. für andere Länder: Gubernskaya 2015; Kristiansen et al. 2016; Jang et al. 2023; Loi/Li/Myrskylä 2024).

⁵ Gleichzeitig könnte der Verlust des Gesundheitsvorteils in den höheren Altersgruppen auch durch die Rück- bzw. Weiterwanderung von besonders gesunden Personen beeinflusst werden und damit in genau die andere Richtung wirken, wie der Salmon Bias.

⁶ Bei Personen mit eigener Migrationserfahrung, die sechs bis zehn Jahre in Deutschland leben, beträgt das Durchschnittsalter etwa 36 Jahren.

⁷ Besonders auffällig ist die überdurchschnittliche Verschlechterung der Gesundheit bei den Befragten der zweiten Generation über 65 Jahre (Abb. 2). In der Stichprobe sind allerdings nur wenig Personen vertreten, die der zweiten Generation angehören und bereits älter als 65 Jahre sind. Daher sind die Ergebnisse mit Vorsicht zu interpretieren. Durch die kleine Fallzahl in dieser Untergruppe ist der statistische Unsicherheitsbereich vergleichsweise groß (zwischen 15 Prozent und 47 Prozent). Der tatsächliche Anteil in dieser Bevölkerungsgruppe kann damit einerseits noch deutlich höher liegen oder andererseits deutlich darunter und sich nicht mehr auffällig von den anderen Gruppen unterscheiden.

Abb. 2 Selbsteingeschätzte Gesundheit nach Migrationshintergrund, -generation und Alter



Quelle: SVR-Integrationsbarometer 2024, gewichtete Daten; Darstellung: wissenschaftlicher Stab des SVR

Vom Gesundheitsvorteil zum Nachteil: Soziale Ungleichheit und ihre Folgen

Doch worauf ist der in der Altersgruppe über 65 Jahre deutlich schlechtere Gesundheitszustand bei Menschen mit Migrationsgeschichte zurückzuführen? In der Forschungsliteratur gibt es unterschiedliche Erklärungsansätze, welche Faktoren hierzu beitragen.

Grundsätzlich ist **erstens** wissenschaftlicher Konsens, dass sich die soziale Lage – neben biologischen und ökologischen Faktoren – erheblich auf die Gesundheit auswirkt. So ist bekannt, dass sich der Gesundheitszustand von Menschen verschlechtert, wenn sie dauerhaft sozioökonomisch schlechter gestellt sind (Kroll/Müters/Lampert 2016; Lampert/Hoebel/Kroll 2019; Lampert et al. 2016). Gesundheitliche Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund lassen sich entsprechend oft mit sozialen Faktoren erklären. Dazu zählen vor allem Bildung, Arbeitsbedingungen, Einkommen und das Wohn-

umfeld. Die gesundheitlichen Risiken von Menschen mit Migrationsgeschichte bestehen also nicht primär, weil sie Migrantinnen und Migranten sind, sondern weil sie häufiger von Armut betroffen sind, unter belastenden Bedingungen arbeiten bzw. gearbeitet haben und im Durchschnitt ein niedrigeres Bildungsniveau aufweisen (SVR 2022).⁸

Die *Immigrant-Disadvantage*-Hypothese und die *Weathering*-Hypothese (Loi/Li/Myrskylä 2025) nennen neben diesem Einfluss der sozialen Lage weitere Faktoren, die zum schlechteren Gesundheitszustand im Alter beitragen:

So gibt es **zweitens** Faktoren, die mit Migration verbunden sind, selbst wenn sie sich nicht auf Menschen mit Migrationshintergrund beschränken. Dazu zählen Sprach- und Kommunikationsbarrieren, Diskriminierung (unter anderem aufgrund der ethnischen Herkunft) und eingeschränktes Orientierungswissen über die Strukturen, Regeln, Angebote und Optionen der Gesund-

⁸ Ein Zusammenhang zwischen Gesundheit und Sozioökonomik kann jedoch auch umgekehrt darin bestehen, dass die gesundheitliche Situation den sozioökonomischen Status beeinflusst. Ein Beispiel hierfür ist, wenn ein schlechter Gesundheitszustand das Ausscheiden aus dem Arbeitsmarkt zur Folge hat. Allerdings zeigen Forschungsergebnisse, dass sozioökonomische Faktoren bei Menschen mit Migrationsgeschichte anders wirken können als bei Menschen ohne Migrationsgeschichte. So schützt eine höhere Bildung Zugewanderte nicht vor einer schlechteren Gesundheit im Alter, sondern schwächt lediglich die Verschlechterung über die Lebensspanne hinweg ab (Loi/Li/Myrskylä 2025). Darüber hinaus Menschen mit eigener Migrationserfahrung sowohl kurz- als auch langfristig stärker unter negativen Lebensereignissen wie beispielsweise einem Arbeitsplatzverlust als Menschen ohne Migrationserfahrung (Loi/Li/Myrskylä 2024).

heitsversorgung in Deutschland und damit Schwierigkeiten beim Finden, Verstehen und der Bewertung von gesundheitsbezogenen Entscheidungen (Gesundheitskompetenz).

Drittens nehmen Menschen mit Migrationsgeschichte Gesundheitsdienstleistungen tendenziell seltener in Anspruch als der Rest der Bevölkerung. Dies betrifft insbesondere Maßnahmen der Primär- und Sekundärprävention wie Gesundheitskurse, Gesundheitschecks, (Gripeschutz-) Impfungen oder (Krebs-)Früherkennungsuntersuchungen (SVR 2022: 150). Darüber hinaus sind die bestehenden Kontakte mit dem Gesundheitssystem häufig von geringerer Qualität (SVR 2022). Sowohl die Quantität als auch die Qualität hängen eng mit den beiden zuvor genannten Punkten zusammen.

Viertens wird die Verschlechterung im Alter auf die Anpassung an ungesunde Verhaltens- und Ernährungsweisen im Einwanderungsland zurückgeführt (Akresh 2007).⁹

Einige dieser Befunde deuten darauf hin, dass im deutschen Gesundheitswesen strukturelle Barrieren bestehen, die den chancengleichen Zugang zu Gesundheitsleistungen und Versorgungsangeboten für Menschen mit Migrationsgeschichte erschweren und die Versorgungsqualität beeinträchtigen können (Brzoska/Razum 2020; Bartig et al. 2021). Eine zentrale Barriere für den chancengleichen Zugang zum Gesundheitssystem sind beispielsweise die „sprachlich homogenen Versorgungsstrukturen“ (Bartig et al. 2021: 23). So besteht ein Zusammenhang zwischen den selbst eingeschätzten Deutschkenntnissen und der Inanspruchnahme allgemeinärztlicher Leistungen: Im Rahmen der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell: Fokus“ (GEDA Fokus) zeigte sich, dass Menschen, die ihre Deutschkenntnisse als „sehr schlecht“ oder „schlecht“ einschätzen, allgemeinärztliche Leistungen seltener in Anspruch nehmen

als Befragte mit muttersprachlichem oder sehr gutem Niveau (Bartig et al. 2023: 19–20).¹⁰

Wahrgenommene Diskriminierung im Gesundheitswesen...

Dass Diskriminierungserfahrungen die Gesundheit beeinflussen, zeigen zahlreiche internationale Untersuchungen (s. SVR 2022: 116 mit weiterer Literatur). So wirken sie sich unmittelbar negativ auf den Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen aus, wie eine Studie des DeZIM zu Erfahrungen mit Rassismus und Diskriminierung im Gesundheitswesen in Deutschland gezeigt hat (s. ausführlich dazu DeZIM 2023).¹¹ Entsprechend liegen Hinweise dafür vor, dass (wahrgenommene) Diskriminierung und seltenere Nutzung von Gesundheitsdienstleistungen zusammenhängen: Wenn Patientinnen und Patienten beispielsweise beim Gesundheitspersonal rassistische Haltungen wahrnehmen oder von Diskriminierungserfahrungen berichten, sinkt das Vertrauen in das Gesundheitssystem und Gesundheitsdienstleistungen werden verzögert oder gar nicht in Anspruch genommen (SVR 2022: 174).

Diese Befunde bestätigt nun auch das SVR-Integrationsbarometer 2024: Die Teilnehmenden wurden unter anderem gefragt, ob sie 1) in den letzten fünf Jahren aufgrund ihrer Herkunft benachteiligt worden sind und 2) in welchem Bereich diese Benachteiligung stattgefunden hat (für die genaue Fragenformulierung vgl. SVR 2024: 58–59). Insgesamt berichten etwa 8 Prozent aller Befragten mit Migrationshintergrund von Diskriminierung im Gesundheitswesen. Betrachtet man nur die Personen, die angeben, in den letzten fünf Jahren aufgrund ihrer Herkunft benachteiligt worden zu sein, gibt mehr als jede fünfte Person

⁹ Zugewanderte passen langfristig ihre Ernährungsgewohnheiten stärker an das Einwanderungsland an und entwickeln nach der Migration häufig eine ungesündere Ernährung, verglichen mit der im Herkunftsland. Diese ist etwa durch erhöhten Konsum von (hoch)verarbeiteten, fett- und zuckerreichen Lebensmitteln sowie einem Rückgang von Ballaststoffen, Obst und Gemüse gekennzeichnet (Gilbert/Khokhar 2008; Holmboe-Ottesen/Wandel 2012). Dabei gibt es Unterschiede zwischen den Herkunftsländern, die davon abhängen, wie gesund die Ernährungsgewohnheiten im jeweiligen Land sind. Darüber hinaus spielen der Zugang zu (gesunden) Nahrungsmitteln sowie andere soziodemografische Faktoren ebenfalls eine zentrale Rolle (Berggreen-Clausen et al. 2022).

¹⁰ Auch eine Studie in Frankreich zeigt deutlich, dass geringere Französischkenntnisse mit einer geringeren Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen einhergehen (Nicolas/Präg/Toma 2025).

¹¹ So zeigt die Studie, dass es bereits bei der Terminvergabe in Arztpraxen zu Diskriminierung von Patientinnen und Patienten kommt. Diejenigen mit einem Namen, der z. B. in der Türkei oder in Nigeria weitverbreitet ist, erhalten seltener einen Termin bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten als Patienten mit einem typisch deutschen Namen – trotz identisch formulierter Terminanfragen (DeZIM 2023).

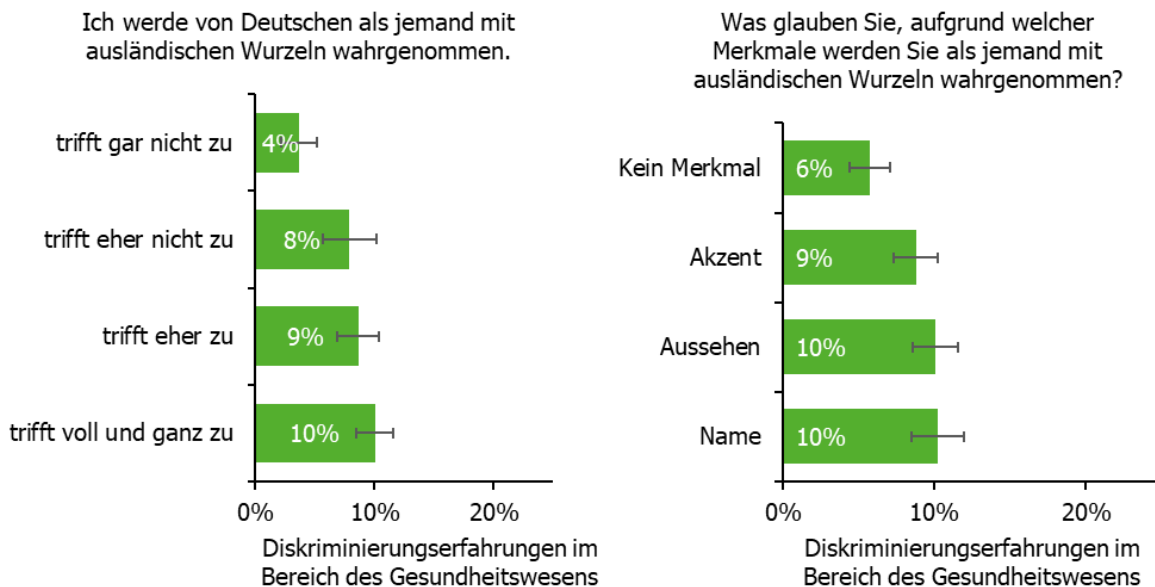
(21 %) an, Diskriminierung auch im Bereich des Gesundheitswesens erfahren zu haben.¹²

Die Kategorie Migrationshintergrund allein ist insbesondere für die Analyse von Diskriminierung allerdings unzureichend, weil die Gruppe sehr heterogen ist. Damit ist das Risiko von Menschen mit Migrationshintergrund, diskriminiert zu werden, unterschiedlich hoch. Insbesondere Personen, die durch äußere Merkmale als ausländisch oder migrantisch wahrgenommen werden, erfahren in Deutschland eher Diskriminierung (SVR-Forschungsbereich 2018). Dabei kommt es weniger darauf an, wie sich Personen selbst definieren, sondern welche Normen und Fremdzuschreibungen von außen an sie herangetragen werden (s. dazu Müller/Wittlif 2023; SVR-Forschungsbereich 2018). In der Befragung zum SVR-Integrationsbarometer werden die Studienteilnehmenden

daher regelmäßig gebeten, selbst einzuschätzen, ob ihre äußerlichen Merkmale auf eine ausländische Herkunft schließen lassen. So auch im SVR-Integrationsbarometer 2024: Hier wurden die Befragten zunächst gebeten, anzugeben, ob sie von Deutschen als Person mit ausländischen Wurzeln wahrgenommen werden.

Für Diskriminierungserfahrungen im Bereich des Gesundheitswesens zeigen die Daten des SVR-Integrationsbarometers: Befragte mit Migrationshintergrund, die dieser Aussage „voll und ganz“ zustimmen, berichten mit zehn Prozent deutlich häufiger von Diskriminierung, als diejenigen, die mit „trifft gar nicht zu“ antworten (4 %; Abb. 3). Zusätzlich wird gefragt, aufgrund welcher Merkmale die Befragten glauben, dass sie als ausländisch wahrgenommen werden. Dazu zählen die Kleidung, Merkmale des Körpers oder Gesichts,

Abb. 3 Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitswesen von Menschen mit Migrationsgeschichte nach Merkmalen subjektiver Fremdwahrnehmung



Anmerkung: Mehrfachangaben bei den Merkmalen (rechte Abbildung) sind möglich. Die dünnen grauen Balken geben das 95-Prozent-Konfidenzintervall – die bei jeder Stichprobe aufgrund von Messfehlern bestehende Schätzunsicherheit – an. Überschneiden sich die Intervalle nicht, kann mit großer Wahrscheinlichkeit von Unterschieden bei den angegebenen Diskriminierungserfahrungen ausgegangen werden.

Quelle: SVR-Integrationsbarometer 2024, gewichtete Daten; Darstellung: wissenschaftlicher Stab des SVR

¹² Ähnliche Ergebnisse zeigt eine aktuelle Sonderauswertung des SOEP im Auftrag der Antidiskriminierungsstelle des Bundes: Hier geben 27,6 Prozent der Befragten mit Diskriminierungserfahrungen im Gesundheits- oder Pflegebereich an, dass sie sich aufgrund ihrer (ethnischen Herkunft) bzw. aus rassistischen Gründen diskriminiert fühlen (Bartsch/Meksem/Kuschel 2026: 52-53).

ein Akzent oder der Name. Dabei sind Mehrfachangaben möglich. Das heißt konkret: Eine Person, die angibt, dass sie aufgrund ihres Akzents als ausländisch wahrgenommen wird, kann zusätzlich auch ihr Aussehen¹³ und/oder ihren Namen als Grund angeben.

Diejenigen, die nach eigener Einschätzung aufgrund mindestens einem dieser Merkmale als fremd eingeschätzt werden, berichten laut dem SVR-Integrationsbarometer 2024 deutlich häufiger von Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitswesen als diejenigen ohne (kein Merkmal: 6 %; Akzent: 9 %; Aussehen: 10 %; Name: 10 % - Abb. 3).¹⁴ Ein nennenswerter Unterschied in der Bedeutung der einzelnen Merkmale ist dabei nicht zu erkennen.¹⁵

...führt zu Vermeidungsverhalten

Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitswesen hängen stark mit der Vermeidung dieses Bereichs zusammen. Dies zeigen die Daten des Integrationsbarometers eindrücklich: So geben unter den Befragten mit Migrationsgeschichte, die Diskriminierung im Gesundheitswesen erfahren haben, mehr als vier von zehn (43 %) an, diesen Bereich aus Angst vor Benachteiligungen zu meiden. Bei denjenigen ohne Diskriminierungserfahrung ist dies mit rund 3 % deutlich seltener der Fall.¹⁶

Ähnliche Ergebnisse liefern auch Analysen des Nationalen Diskriminierungs- und Rassismustromitors (NaDiRa). Demnach neigen Menschen, die nach eigenen Angaben „oft“ oder „sehr oft“ von Diskriminierung im Gesundheitswesen betroffen sind, zu Vermeidungsverhalten: Mindestens jede fünfte Person gab in der Befragung an, eine medizinische Behandlung im letzten Jahr verzögert oder vermieden zu haben. Der NaDiRa unterscheidet anhand von erhobenen Selbstzuschreibungen zwischen nicht rassistisch markierten Personen und rassistisch markierten Personen. Letztere umfassen u. a. Befragte, die sich selbst der Gruppe Schwarzer, muslimischer oder asiatischer Menschen zugehörig fühlen (vgl. DeZIM

2023: 60). In dieser Gruppe vermeiden besonders viele den Kontakt zum Gesundheitswesen: Hier berichtet fast jede zweite Frau (48 %, 44 %, 46 %) von einem entsprechenden Vermeidungsverhalten; bei Frauen, die sich keiner dieser Gruppen zuordnen, tut dies nur jede dritte (31 %; DeZIM 2023: 148).

Fazit

Die demografische Entwicklung in Deutschland und Europa führt dazu, dass immer mehr Menschen ein Alter erreichen, das mit einem höheren Risiko gesundheitlicher Beeinträchtigungen einhergeht. Dieses Risiko steigt durch bestehende soziale Ungleichheiten und weitere Faktoren, darunter Diskriminierung, für die Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Die verschiedenen Risikofaktoren treten dabei in der Regel nicht isoliert auf, sondern wirken als kumulative Belastungen aus verschiedenen Lebensbereichen zusammen. So können etwa bestehende (diskriminierende) Strukturen zur Entstehung und Reproduktion von sozialen Ungleichheiten beitragen. Zugleich erschweren sie potenziell den Zugang zum Gesundheitssystem oder verhindern ihn sogar.

So zeigt das SVR-Integrationsbarometer 2024, dass Menschen mit Migrationshintergrund und insbesondere Zugewanderte zwar in jüngeren Altersstufen einen besseren Gesundheitszustand angeben als Personen ohne Migrationshintergrund. Dieser Vorteil kehrt sich jedoch mit zunehmendem Alter in einen Gesundheitsnachteil um. Neben sozioökonomischen sowie migrationspezifischen Faktoren spielen der Zugang und die Versorgung im Bereich des Gesundheitswesens eine wichtige Rolle. Eine von zehn Personen mit Migrationshintergrund berichtet im Bereich des Gesundheitswesens von Benachteiligungen aufgrund der Herkunft. Besonders betroffen sind hierbei diejenigen, die angeben, aufgrund ihres Aussehens, ihres Akzents oder ihres Namens als ausländisch wahrgenommen zu werden.

Darüber hinaus gibt es Hinweise darauf, dass wahrgenommene Diskriminierung dazu führen

¹³ Die Kategorien Kleidung sowie Merkmale des Körpers oder Gesichts wurden in der Kategorie Aussehen zusammengefasst.

¹⁴ In allen drei Fällen überschneiden sich die Konfidenzintervalle nicht mit denjenigen, die keines dieser Merkmale angeben. Damit ist der Unterschied statistisch signifikant.

¹⁵ Weitergehende Analysen deuten auf einen kumulativen Effekt hin. Der Anteil derjenigen, die zwei oder drei der zur Auswahl stehenden Gründe nennen, ist zwar höher als der Anteil derjenigen, die einen Grund nennen, jedoch sind die Unterschiede statistisch nicht signifikant.

¹⁶ Dieser Unterschied bleibt auch dann bestehen, wenn für den Einfluss weiterer soziodemografischer Variablen wie Geschlecht, Bildungsniveau und Alter kontrolliert wird.

kann, den Bereich zu meiden und Gesundheitsdienstleistungen weniger in Anspruch zu nehmen. Im SVR-Integrationsbarometer 2024 berichten mehr als vier von zehn Befragten, die Diskriminierung erfahren haben, von einem entsprechenden Vermeidungsverhalten.

Die Wechselwirkungen zwischen den Effekten der sozialen Lage, Diskriminierungserfahrungen und eingeschränktem Zugang zum Gesundheitssystem können sich dabei gegenseitig verstärken. Langfristig und insbesondere im höheren Alter zeigt sich dies dann auch in messbaren Unterschieden der verschiedenen Gruppen bei der Einschätzung der eigenen Gesundheit (Abb. 2).

Die hier vorgestellten Analysen aus dem SVR-Integrationsbarometer 2024 unterstreichen die Notwendigkeit, die gesundheitliche Situation der alternden Bevölkerung mit Migrationshintergrund in den Blick zu nehmen, für eine gesundheitliche Chancengleichheit zu sorgen und Diskriminierung im Gesundheitswesen zu bekämpfen. Der Sachverständigenrat für Integration und Migration hat hierzu bereits in seinem Jahresgutachten 2022 einschlägige Handlungsempfehlungen formuliert (SVR 2022; Info-Box 1), die nach wie vor aktuell sind.

Info-Box 1 Handlungsempfehlungen des SVR

1. Gesundheitseinrichtungen und -Träger sollten ihre Regelversorgung diversitätssensibel ausrichten, indem sie Prozesse (z. B. Zeitressourcen) und Organisationsentwicklung anpassen.
2. Public-Health-Akteure, wie z. B. das Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit, sollten die Gesundheitskompetenz in der Gesamtbevölkerung und bei Zugewanderten stärken, indem sie verständliche, mehrsprachige und diversitätssensible Gesundheitsinformationen bereitstellen.
3. Der Gesetzgeber sollte Sprachmittlung im SGB V verankern und finanzieren. Darüber hinaus sollten Qualitätsstandards und Leitlinien für ihren Einsatz entwickelt werden.
4. Um in der Lehre den Grundstein für ein umfassend inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen zu legen, ist es wichtig, dass auf geschlechterbezogene und durch weitere Diversitätsdimensionen bedingte Unterschiede zuverlässig im Medizinstudium und in der Aus-, Fort- und Weiterbildung in den Gesundheitsberufen eingegangen wird.
5. Zuletzt empfiehlt der SVR sowohl mit Blick auf die Nutzerinnen und Nutzer des Gesundheitswesens als auch mit Blick auf das Personal von Gesundheitsdiensten mehr Forschung zu Erscheinungsformen, Betroffenheitsrisiken und Wirkungsweisen von (rassistischer) Diskriminierung im Gesundheitswesen, um darauf aufbauend geeignete Gegenmaßnahmen zu finden.

Literatur

Abraído-Lanza, Ana F./Dohrenwend, Bruce P./Ng-Mak, Daisy S./Turner, J. Blake 1999: The Latino Mortality Paradox: A Test of the „Salmon Bias“ and Healthy Migrant Hypotheses, in: American Journal of Public Health, 89: 10, 1543–1548.

Akresh, Ilana Redstone 2007: Dietary Assimilation and Health among Hispanic Immigrants to the United States, in: Journal of Health and Social Behavior, 48: 4, 404–417.

Aldridge, Robert W./Nellums, Laura B./Bartlett, Sean/Barr, Anna Louise/Patel, Parth et al. 2018: Global Patterns of Mortality in International Migrants: A Systematic Review and Meta-Analysis, in: The Lancet, 392: 10164, 2553–2566.

Andersson, Gunnar/Drefahl, Sven 2017: Long-Distance Migration and Mortality in Sweden: Testing the Salmon Bias and Healthy Migrant Hypotheses, in: Population, Space and Place, 23: 4, e2032.

Bartig, Susanne/Kalkum, Dorina/Le, Ha Mi/Lewicki, Aleksandra 2021: Diskriminierungsrisiken und Diskriminierungsschutz im Gesundheitswesen – Wissensstand und Forschungsbedarf für die Antidiskriminierungsforschung. Studie im Auftrag der ADS, Berlin.

Bartig, Susanne/Koschollek, Carmen/Bug, Marleen/Blume, Miriam/Kajikhina, Katja et al. 2023: Gesundheit von Menschen mit ausgewählten Staatsangehörigkeiten in Deutschland: Ergebnisse der Studie GEDA Fokus, in: Journal of Health Monitoring, 8: 1, 7–35.

Bartsch, Samera/Meksem, Miriam/Kuschel, Ilse 2026: Wie Deutschland Diskriminierung erlebt. Sonderauswertung des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP), Berlin.

Berggreen-Clausen, Aravinda/Hseing Pha, Sai/Mölsted Alvesson, Helle/Andersson, Agneta/Daivadanam, Meena 2022: Food Environment Interactions After Migration: A Scoping Review on Low- and Middle-Income Country Immigrants in High-Income Countries, in: Public Health Nutrition, 25: 1, 136–158.

Brzoska, Patrick/Razum, Oliver 2020: Die Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund aus sozialepidemiologischer Sicht, in: Kriwy, Peter/Jungbauer-Gans, Monika (Hrsg.):

Handbuch Gesundheitssoziologie, Wiesbaden, 319–335.

DeZIM 2023: Rassismus und seine Symptome. Bericht des Nationalen Diskriminierungs- und Rassismusmonitors, Berlin.

Dunlavy, Andrea/Cederström, Agneta/Katikireddi, Srinivasa Vittal/Rostila, Mikael/Juárez, Sol P. 2022: Investigating the Salmon Bias Effect Among International Immigrants in Sweden: a register-based open cohort study, in: European Journal of Public Health, 32: 2, 226–232.

Ferrara, Alessandro/Grindel, Carla/Brunori, Claudia 2024: A Longitudinal Perspective to Migrant Health: Unpacking the Immigrant Health Paradox in Germany, in: Social Science & Medicine, 351, 116976.

Gilbert, Penelope A./Khokhar, Santosh 2008: Changing Dietary Habits of Ethnic Groups in Europe and Implications for Health, in: Nutrition Reviews, 66: 4, 203–215.

Gubernskaya, Zoya 2015: Age at Migration and Self-Rated Health Trajectories After Age 50: Understanding the Older Immigrant Health Paradox, in: The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 70: 2, 279–290.

Holmboe-Ottesen, Gerd/Wandel, Margareta 2012: Changes in Dietary Habits After Migration and Consequences for Health: A Focus on South Asians in Europe, in: Food & Nutrition Research, 56: 1, 18891.

Holz, Manuel 2022: Health Inequalities in Germany: Differences in the “Healthy migrant Effect” of European, Non-European and Internal Migrants, in: Journal of Ethnic and Migration Studies, 48: 11, 2620–2641.

Jang, Su Yeon/Oksuzyan, Anna/Myrskylä, Mikko/van Lenthe, Frank J./Loi, Silvia 2023: Healthy Immigrants, Unhealthy Ageing? Analysis of Health Decline among Older Migrants and Natives across European Countries, in: SSM - Population Health, 23, 101478.

Kristiansen, Maria/Razum, Oliver/Tezcan-Güntekin, Hürrem/Krasnik, Allan 2016: Aging and Health Among Migrants in a European Perspective, in: Public Health Reviews, 37: 1, 20.



Kroll, Lars Eric/Müters, Stephan/Lampert, Thomas 2016: Arbeitslosigkeit und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit: Ein Überblick zum Forschungsstand und zu aktuellen Daten der Studien GEDA 2010 und GEDA 2012, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 59: 2, 228–237.

Lampert, Thomas/Hoebel, Jens/Kroll, Lars E. 2019: Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung in Deutschland. Aktuelle Situation und Trends, in: Journal of Health Monitoring, 4: 1, 3–15.

Lampert, Thomas/Richter, Matthias/Schneider, Sven/Spallek, Jacob/Dragano, Nico 2016: Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Stand und Perspektiven der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 59: 2, 153–165.

Loi, Silvia/Li, Peng/Myrskylä, Mikko 2024: At the Intersection of Adverse Life Course Pathways: The Effects on Health by Migration Status, in: Demography, 61: 3, 665–686.

Loi, Silvia/Li, Peng/Myrskylä, Mikko 2025: Unequal Weathering: How Immigrants' Health Advantage Vanishes over the Life-Course, in: Journal of Migration and Health, 11, 100303.

Lu, Yao/Qin, Lijian 2014: Healthy Migrant and Salmon Bias Hypotheses: A Study of Health and Internal Migration in China, in: Social Science & Medicine, 102, 41–48.

Massey, Douglas S./Arango, Joaquin/Hugo, Graeme/Kouaouci, Ali/Pellegrino, Adela et al. 1993: Theories of International Migration: A Review and Appraisal, in: Population and Development Review, 19: 3, 431.

Müller, Maximilian/Wittliff, Alex 2023: Racial Profiling bei Polizeikontrollen. Indizien aus dem SVR-Integrationsbarometer. SVR-Policy Brief 2023-3, Berlin.

Namer, Yudit/Razum, Oliver 2018: Convergence Theory and the Salmon Effect in Migrant Health, in: Oxford Research Encyclopedia of Global Public Health.

Nicolas, Julia/Präg, Patrick/Toma, Sorana 2025: Language Barriers and Healthcare Uptake. Causal Evidence From Immigrants in France.

Zur Nieden, Felix/Sommer, Bettina 2017: Lebenserwartung in Deutschland auf Basis des Zensus 2011: War der Healthy-Migrant-Effekt nur ein Artefakt?, in: Comparative Population Studies-Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft, 41, 35–65.

Razum, O./Rohrmann, S. 2002: Der Healthy-Migrant-Effekt: Bedeutung von Auswahlprozessen bei der Migration und Late-Entry-Bias, in: Das Gesundheitswesen, 64: 2, 82–88.

Razum, Oliver/Twardella, Dorothee 2002: Time Travel with Oliver Twist - Towards an Explanation for a Paradoxically Low Mortality among Recent Immigrants, in: Tropical Medicine & International Health, 7: 1, 4–10.

Razum, Oliver/Zeeb, Hajo/Akgün, H. Seval/Yilmaz, Selma 1998: Low Overall Mortality of Turkish Residents in Germany Persists and Extends into a Second Generation: Merely a Healthy Migrant Effect?, in: Tropical Medicine & International Health, 3: 4, 297–303.

Ronellenfitsch, Ulrich/Razum, Oliver 2004: Deteriorating Health Satisfaction among Immigrants from Eastern Europe to Germany, in: International Journal for Equity in Health, 3: 1, 4.

Sander, Monika 2007: Return Migration and the "Healthy Immigrant Effect". SOEPpapers on Multidisciplinary Panel Data Research 60, Berlin.

SVR 2022: Systemrelevant: Migration als Stütze und Herausforderung für die Gesundheitsversorgung in Deutschland. Jahresgutachten 2022, Berlin.

SVR 2024: SVR-Integrationsbarometer 2024. Methodenbericht, Berlin.

SVR-Forschungsbereich 2018: „Wo kommen Sie eigentlich ursprünglich her?“ Diskriminierungserfahrungen und phänotypische Differenz in Deutschland, Berlin.

Turra, Cassio M./Elo, Irma T. 2008: The Impact of Salmon Bias on the Hispanic Mortality Advantage: New Evidence from Social Security Data, in: Population Research and Policy Review, 27: 5, 515–530.

Wallace, Matthew/Kulu, Hill 2014: Migration and Health in England and Scotland: a Study of Migrant Selectivity and Salmon Bias, in: Population, Space and Place, 20: 8, 694–708.

Zitiervorschlag:

Müller, Maximilian 2026: Jung und gesund – alt und krank? Wie Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland ihre Gesundheit einschätzen. SVR-Kurzinformation 2026-1, Berlin.

Impressum

Herausgeber

Sachverständigenrat für Integration und Migration (SVR) gGmbH
Robert-Koch-Platz 4
10115 Berlin Tel.: 030/288 86 59-0
Fax: 030/288 86 59-11
info@svr-migration.de
www.svr-migration.de
(Redaktionsschluss: März 2026)

Verantwortlich

Dr. Cornelia Schu

Redaktion

Heike Köhn

ISSN (Online) 2940-679X

SVR-Kurzinformation 2026-1

© SVR gGmbH, Berlin 2026

Der Autor

Maximilian Müller

Wissenschaftlicher Mitarbeiter

Über den Sachverständigenrat

Der Sachverständigenrat für Integration und Migration ist ein unabhängiges und interdisziplinär besetztes Gremium der wissenschaftlichen Politikberatung. Mit seinen Gutachten soll das Gremium zur Urteilsbildung bei allen integrations- und migrationspolitisch verantwortlichen Instanzen sowie der Öffentlichkeit beitragen. Dem SVR gehören derzeit acht Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aus verschiedenen Disziplinen und Forschungsrichtungen an: Prof. Dr. Winfried Kluth (Vorsitzender), Prof. Dr. Birgit Glorius (Stellvertretende Vorsitzende), Prof. Dr. Dr. Rauf Ceylan, Prof. Dr. Havva Engin, Prof. Dr. Marc Helbling, Prof. Sandra Lavenex, Ph. D., Prof. Dr. Annekatrin Niebuhr, Prof. Dr. Hannes Schammann.

Der wissenschaftliche Stab unterstützt den Sachverständigenrat bei der Erfüllung seiner Aufgaben und betreibt darüber hinaus eigenständige, anwendungsorientierte Forschung im Bereich Integration und Migration. Dabei folgt er unterschiedlichen disziplinären und methodischen Ansätzen. Die Forschungsergebnisse werden u. a. in Form von Studien, Expertisen und Policy Briefs veröffentlicht.

Weitere Informationen unter: www.svr-migration.de