Sachbericht

Improving Health Monitoring in Migrant Populations (IMIRA)

Maßnahmen zur Verbesserung der Informationsgrundlagen zur Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund

- Abschlussbericht -

2020

Titel und Verantwortliche

Titel des Projekts: „Improving Health Monitoring in Migrant Populations“ (IMIRA)

Förderkennzeichen: ZMVI1-2516FSB408

Verantwortliche: Fachgebiet 28: Soziale Determinanten der Gesundheit - Robert Koch-Institut
(Leitung: PD Dr. Thomas Lampert)

Laufzeit: 1. Juli 2016 bis 30. Juni 2019 (mit Verlängerung bis zum 31.12.2019)

Kontaktdaten
Robert Koch-Institut
General-Pape-Str. 62-66
12101 Berlin
E-Mail: imira@rki.de
Telefon: +49 30 18754 3198

Stand: 30.06.2020

Inhaltsverzeichnis

Titel und Verantwortliche 1
Inhaltsverzeichnis 2
Tabellenverzeichnis 3
Abbildungsverzeichnis 4
1. Zusammenfassung 6
2. Einleitung 7
3. Erhebungs- und Auswertungsmethodik 9
4. Durchführung, Arbeits- und Zeitplan 11
5. Ergebnisse 15
5.1. Bestandsaufnahme des aktuellen Forschungs- und Wissensstandes (Teilprojekt 1) 15
5.2. Operationalisierung des Migrationshintergrundes und (migrationsspezifische) Konzepte (Teilprojekt 2) 18
5.3. Machbarkeitsstudie „Befragung“ (Teilprojekt 3) 27
5.4. Machbarkeitsstudie „Untersuchung“ (Teilprojekt 4) 45
5.5. Weiterentwicklung des Berichtskonzeptes zur Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund (Teilprojekt 5) 52
5.6. Nutzung von Sekundärdaten (Teilprojekt 6) 66
5.7. Nutzung von Daten des Sozio-oekonomischen Panels als zusätzliche Datenquelle (Teilprojekt 7) 72
5.8. Vernetzung und Kooperation (Teilprojekt 8) 90
6. Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung 94
7. Gender Mainstreaming Aspekte 96
8. Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse 96
9. Verwertung der Projektergebnisse 97
10. Publikationsverzeichnis 98
11. Literatur 107
12. Anhang 110

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Teilprojekte und Verantwortlichkeiten im Rahmen des IMIRA-Projekts 10

Tabelle 2: Operationalisierung der Studienziele 11

Tabelle 3: Verwendete Methoden der Teilprojekte 12

Tabelle 4: Stichprobenzusammensetzung in Bezug auf soziodemographische und gesundheitsbezogene Merkmale nach Gruppenzugehörigkeit und Staatsangehörigkeit 41

Tabelle 5: Untersuchungen / Tests im Rahmen der Machbarkeitsstudie „Untersuchung“ 52

Tabelle 6: „Ernährungs- und Bewegungsverhalten“ – Kriterienübersicht zur Auswahl der Kernindikatoren 69

Tabelle 7: Steckbrief zum Tabakkonsum 71

Tabelle 8: Sekundärdatenquellen zur Analyse der gesundheitlichen Lage von Menschen mit Migrationshintergrund 74

Tabelle 9: „Ausländer-“, „Zuwanderer-“, „Migrations-“ und „Geflüchtetenstichproben“ des Sozio-ökonomischen Panels seit 1984 80

Tabelle 10: Befragungsinhalte zum Gesundheitszustand nach Erhebungsjahr und Stichprobe 91

Tabelle 11: Befragungsinhalte zu Risiko- und Schutzfaktoren nach Erhebungsjahr und Stichprobe .. 92

Tabelle 12: Befragungsinhalte zu Gesundheitsversorgung und gesundheitlicher Sicherung 94

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Arbeits- und Zeitplan: Wichtigste Meilensteine 15

Abbildung 2: Arbeits- und Zeitplan der Bestandsaufnahme und der Konzeptentwicklung 15

Abbildung 3: Arbeits- und Zeitplan der Machbarkeitsstudie „Befragung“ und der Machbarkeitsstudie „Untersuchung“ 16

Abbildung 4: Arbeits- und Zeitplan der Entwicklung der GBE, der Sekundärdaten, der SOEP-Auswertungen sowie der Vernetzung und Kooperation 16

Abbildung 5: Herausforderungen im Zugang zu Menschen mit Migrationshintergrund in der epidemiologischen Forschung (Ergebnisse aus 24 Interviews mit Expertinnen und Experten) 18

Abbildung 6: Strategien im Zugang zu Menschen mit Migrationshintergrund in der epidemiologischen Forschung (Ergebnisse aus 24 Interviews mit Expertinnen und Experten) 19

Abbildung 7: PRISMA-Diagramm zum systematischen Literatur-Review 22

Abbildung 8: Anzahl der Personen in Deutschland ohne deutsche Staatsangehörigkeit nach Ausländerzentralregister im Jahr 2017 (Statistisches Bundesamt, 2018) 30

Abbildung 9: Stichprobendesign 32

Abbildung 10: Erhebungsdesign Ergebnisse 35

Abbildung 11: Verteilung der AAPOR Dispositionscodes nach Staatsangehörigkeit und Gruppenzugehörigkeit (Interventionsgruppe A oder Kontrollgruppe B) 36

Abbildung 12: Responserate nach Studienphasen 37

Abbildung 13: Responserate nach Staatsangehörigkeit in % 37

Abbildung 14: Logistisches Regressionsmodell nach Studienphasen 38

Abbildung 15: Verwendetes Device nach Staatsangehörigkeiten 42

Abbildung 16: Verwendete Fragebogensprache nach Staatsangehörigkeiten 43

Abbildung 17: Response der Online-Befragung zum internationalen Vergleich der migrationsbezogenen GBE 59

Abbildung 18: Überblick der Länder mit (k)einer migrationsbezogenen GBE auf nationaler Ebene 62

Abbildung 19: Formate der migrationsbezogenen Berichterstattung 63

Abbildung 20: Stratifizierung innerhalb der Bevölkerung mit Migrationshintergrund (n=20) 64

Abbildung 21: Arbeitsschritte zur Entwicklung des (Kern-)Indikatorensets für eine migrationsbezogene GBE I 66

Abbildung 22: Arbeitsschritte zur Entwicklung des (Kern-)Indikatorensets für eine migrationsbezogene GBE II 68

1. Zusammenfassung

Das Projekt „Improving Health Monitoring in Migrant Populations“ (IMIRA) wurde vom 1. Juli 2016 bis zum 30. Juni 2019 vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert und bis zum 31.12.2019 kostenneutral verlängert. Hauptziele des Projekts waren die Entwicklung von Strategien zur verbesserten Einbindung von Menschen mit Migrationshintergrund in das Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts, die Weiterentwicklung der Gesundheitsberichterstattung zu Migration und Gesundheit sowie die Überarbeitung inhaltlicher Konzepte. Dies beinhaltete zum einen die Durchführung zweier Machbarkeitsstudien, in denen Zugangswege und Rekrutierungsstrategien im Rahmen von Befragungsstudien getestet und Maßnahmen zur Überbrückung von Sprachbarrieren in Untersuchungssurveys entwickelt wurden. Zum anderen wurde zur Erweiterung der Gesundheitsberichterstattung zu Migration und Gesundheit ein Berichtskonzept und ein (Kern-)Indikatorensatz entwickelt und zudem (Sekundär-)Datenquellen auf ihre Nutzbarkeit geprüft. Ebenso erfolgte die Überprüfung und Weiterentwicklung relevanter migrationsspezifischer Erhebungsinstrumente und Indikatoren sowie eine intensivierte Vernetzung mit relevanten Akteurinnen und Akteuren. Haupterkenntnisse des Projekts waren: Um die Teilnahmebereitschaft im Rahmen von Befragungssurveys zu erhöhen, ist der Einsatz mehrsprachiger und diversitätssensibler Materialien sowie das Anbieten verschiedener Befragungsformate, z.B. online, schriftlich oder im Rahmen eines Face-to-face Interviews, hilfreich. Der persönliche Kontakt, um Menschen zu einer Studienteilnahme zu motivieren und gegebenenfalls auch Interviews durchzuführen, ist sehr effektiv, um die Response-Rate unter Menschen mit Migrationshintergrund zu erhöhen. Der Einsatz von Sprachmittlung durch einen Videodolmetscher-Service ist eine praktikable Möglichkeit, um Sprachbarrieren in Untersuchungssurveys zu überwinden. Der Ausbau von Diversitätssensibilität im Rahmen von Trainings des Personals, bei der Entwicklung von Materialien und bei der Identifikation relevanter Konzepte ist essenziell, um eine verantwortungsvolle und diskriminierungssensible Berichterstattung zu Migration und Gesundheit etablieren zu können. Für die regelmäßige Gesundheitsberichterstattung zu Menschen mit Migrationshintergrund wurde ein (Kern-)Indikatorenset entwickelt. Die aktive Einbindung von Menschen mit Migrationshintergrund bei der Personalbesetzung oder auch als extern Beratende in den Forschungs- und Berichterstattungsprozessen ist hilfreich, um mögliche Barrieren und Vorbehalte besser zu verstehen und diesen begegnen zu können. Eine effektive Vernetzung mit Akteurinnen und Akteuren aus dem In- und Ausland, zur gemeinsamen Bearbeitung inhaltlicher und methodischer Themen, ist essenziell und im Rahmen des Projekts eingeleitet worden. Die gewonnenen Erkenntnisse werden im Rahmen zukünftiger Befragungs- und Untersuchungssurveys integriert. Für die zukünftige Entwicklung des Gesundheitsmonitorings ist die

Berücksichtigung dieser Aspekte sowie deren kontinuierliche Weiterentwicklung wesentlich, um der Vielfalt der in Deutschland lebenden Bevölkerung gerecht zu werden und die Gesundheit aller in Deutschland lebenden Menschen adäquat abzubilden.

2. Einleitung

Deutschland ist ein Einwanderungsland. Im Jahr 2018 hatten 25,5% der hier lebenden Menschen einen Migrationshintergrund [1]. Das bedeutet, dass entweder sie selbst oder mindestens eines ihrer Elternteile nicht mit einer deutschen Staatsangehörigkeit geboren wurden. Die Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund ist sehr heterogen, sowohl in Bezug auf die Perspektiven der Einzelnen, ihre sozioökonomische Situation und die sprachlichen Kompetenzen als auch hinsichtlich der Gründe der Migration sowie ihrer gesundheitlichen Versorgungsbedarfe. Schon vielfach konnte durch Studien belegt werden, dass Menschen mit Migrationshintergrund, in Bezug auf ihre gesundheitliche Lage, besonderen Bedürfnissen und Herausforderungen gegenüberstehen. Diese können zum Teil direkt mit dem Migrationsprozess in Verbindung stehen, zum Beispiel in Form von Unterschieden im Hinblick auf körperliche und psychosoziale Gesundheit im Vergleich zur Bevölkerung ohne Migrationshintergrund, in der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen sowie in ihrem gesundheitsspezifischen Verhalten [2]. Um fundierte Aussagen zur gesundheitlichen Lage der in Deutschland lebenden Bevölkerung machen zu können, und somit adäquate Maßnahmen im Rahmen der Gesundheitsversorgung zu etablieren, bedarf es verlässlicher Daten, die im Rahmen des Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut (RKI) gewonnen werden sollen. Dabei besteht die große Herausforderung darin, die Diversität zu berücksichtigen und gleichzeitig eine Vergleichbarkeit verschiedener Datenquellen zu gewährleisten.

Die Einbeziehung von Menschen mit Migrationshintergrund in die Gesundheitssurveys des RKI ist im Rahmen der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (KiGGS) in der Basiserhebung und der Folgeerhebung KiGGS Welle 2 durch den Einsatz entsprechender Maßnahmen gut gelungen [3, 4]. Mit Blick auf die erwachsene Bevölkerung konnte dies bislang nur teilweise umgesetzt werden. So wurden in der regelmäßig durchgeführten Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) bisher vor allem aufgrund kleiner Fallzahlen keine belastbaren Daten für Menschen mit Migrationshintergrund gewonnen. Auch im Rahmen der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) konnten Menschen mit Migrationshintergrund nicht ausreichend eingeschlossen werden [5].

Um zukünftig die langfristige Repräsentation von Menschen mit Migrationshintergrund im Rahmen des nationalen Gesundheitsmonitorings und der Gesundheitsberichterstattung zu garantieren, wurde 2016 am

RKI das Projekt IMIRA (Improving Health Monitoring in Migrant Populations) initiiert, das Ende 2019 abgeschlossen wurde. Die Hauptziele des IMIRA-Projekts umfassten:

- Entwicklung von Strategien zur verbesserten Einbeziehung von Menschen mit Migrationshintergrund in das Gesundheitsmonitoring
- Identifikation zusätzlicher relevanter Konzepte und Indikatoren
- Ausbau der Gesundheitsberichterstattung zur gesundheitlichen Situation von Menschen mit Migrationshintergrund; Entwicklung eines Indikatorensystems
- Überprüfung und Beurteilung der Nutzungsmöglichkeiten weiterer Datenquellen, insbesondere Sekundärdaten und Sozio-oekonomisches Panel (SOEP)
- Vernetzung und Kooperation mit wichtigen nationalen und internationalen Akteurinnen und Akteuren

Projektstruktur

Das IMIRA-Projekt wurde vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gefördert. Die ursprüngliche Laufzeit reichte vom 1. Juli 2016 bis zum 30. Juni 2019, wonach das Projekt bis zum 31.12.2019 verlängert wurde. Im RKI lag die Projektleitung bei PD Dr. Thomas Lampert (Fachgebiet 28 Soziale Determinanten für Gesundheit). Außerdem direkt beteiligt waren die Fachgebiete 21 Epidemiologisches Daten- und Befragungszentrum (Leitung: Patrick Schmich), Fachgebiet 23 Monitoringstudien und Surveymethoden (Leitung: Dr. Antje Gößwald) und das Fachgebiet 24 Gesundheitsberichterstattung (Leitung: Dr. Thomas Ziese). Vereinzelt gab es darüber hinaus eine Zusammenarbeit mit der Abteilung 3 Infektionsepidemiologie. Die Projektkoordination lag bei Frau Dr. Claudia Santos-Hövener.

In acht Teilprojekten wurden die oben genannten Ziele adressiert und bearbeitet; in Tabelle 1 werden die primären Verantwortlichkeiten pro Teilprojekt gezeigt. Das Projektmanagement, die Arbeits-, Finanz- und Publikationsplanung, sowie die Zusammenführung von Erkenntnissen und die Qualitätssicherung erarbeiteter Konzepte, lag bei der Projektkoordination und Projektleitung in FG28.

Tabelle 1: Teilprojekte und Verantwortlichkeiten im Rahmen des IMIRA-Projekts

Teilprojekt	Inhalte	Verantwortliches Fachgebiet
TP1	Bestandsaufnahme des Forschungsstandes	FG28
TP2	Anpassung und Weiterentwicklung von Konzepten	FG28
TP3	Machbarkeitsstudie „Befragung“	FG21
TP4	Machbarkeitsstudie „Untersuchung“	FG23
TP5	Weiterentwicklung der Gesundheitsberichterstattung	FG24
TP6	Beurteilung der Nutzbarkeit von Sekundärdaten	FG24
TP7	Nutzung von SOEP-Daten	FG28
TP8	Vernetzung und Kooperation	FG28

3. Erhebungs- und Auswertungsmethodik

In Tabelle 2 wird die Operationalisierung der Studienziele aufgezeigt.

Tabelle 2: Operationalisierung der Studienziele

Ziel(e) und Teilzeile:	Indikatoren zur Messung der Zielerreichung*:
1. Bestandsaufnahme des aktuellen Forschungs- und Wissensstandes	Publikation zu Ergebnissen und Erkenntnissen der Bestandsaufnahme
Ausbau des Gesundheitsmonitorings 2. Anpassung und Weiterentwicklung von Zugangswegen, Inhalten, Erhebungsinstrumenten und Indikatoren des Gesundheitsmonitorings, Aufbereitung und	Konzept zur Anpassung und Weiterentwicklung des Gesundheitsmonitorings, Publikationen und Kongressbeiträge auf Basis der Daten aus den Machbarkeitsstudien

Auswertung der Daten der Machbarkeitsstudien 3. Durchführung der Machbarkeitsstudie „Befragung von Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund“ 4. Durchführung der Machbarkeitsstudie „Untersuchung von Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund“	Realisierung von ca. 2000 Interviews mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen Realisierung von ca. 600 Untersuchungen und Tests mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen
Ausbau der Gesundheitsberichterstattung 5. Weiterentwicklung des Berichtskonzeptes der GBE 6. Nutzung von Sekundärdaten als zusätzliche Datenquelle 7. Nutzung von SOEP-Daten als zusätzliche Datenquelle	Konzept zur Berichterstattung über die Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund Bericht zur Einschätzung der Nutzungsmöglichkeiten von Sekundärdaten Publikationen und Kongressbeiträge zur Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund, Bericht zur Einbindung von Menschen mit Migrationshintergrund im SOEP und Implikationen für den Ausbau des Gesundheitsmonitorings
8. Vernetzung und Kooperation mit relevanten Akteuren, Aufbau von Netzwerkstrukturen	Durchführung von Workshops, gemeinsame Publikationen und Kongressbeiträge * Bezüglich aller Teilprojekte ist die Machbarkeit („feasibility“) ein wichtiger Indikator zur Messung der Zielerreichung. In den Berichten wird der Darstellung zur Machbarkeit ein entsprechend breiter Raum eingeräumt.

Datenerhebung und Auswertung

Auf die Datenerhebung und Auswertung der Ergebnisse wird in den folgenden zwei Kapiteln ausführlich eingegangen. Aufgrund der Diversität der Teilprojekte und der verwendeten methodischen Herangehensweisen (Tab.3), werden diese im Rahmen der Ergebnispräsentation beschrieben.

Tabelle 3: Verwendete Methoden der Teilprojekte

Teilprojekt	Verwendete Methoden
1. Bestandsaufnahme des Forschungsstandes	Literaturrecherche, Interviews mit Expertinnen und Experten
2. Anpassung und Weiterentwicklung von Konzepten	Systematisches Review, kognitives Testen
3. Machbarkeitsstudie „Befragung“	Quantitative Erhebung / Datenauswertung, Fokusgruppen
4. Machbarkeitsstudie „Untersuchung“	Quantitative Erhebung / Datenauswertung, Fokusgruppen
5. Weiterentwicklung der Gesundheitsberichterstattung	Literaturrecherche, Online-Befragung von Public-Health-Instituten
6. Beurteilung der Nutzbarkeit von Sekundärdaten	Internetrecherche, quantitative Datenauswertungen, Online-Befragung zu Schuleingangsuntersuchungen (Länder)
7. Nutzung von SOEP-Daten	Quantitative Datenauswertung
8. Vernetzung und Kooperation	Beiratssitzungen, Workshops, Öffentlichkeitsarbeit

4. Durchführung, Arbeits- und Zeitplan

Durchführung

Im Rahmen der Ergebnisdarstellung (Kapitel 5) wird auf Details der Durchführung eingegangen, während im Folgenden die Abweichungen im Rahmen der Projektplanung beschrieben werden. Ursprünglich war vorgesehen im Rahmen der Machbarkeitsstudie „Befragung“ ein Haushaltssample zu ziehen, über das 2.000 Erwachsene und Kinder / Jugendliche erreicht werden sollen. Abweichend davon wurden schlussendlich ca. 1.000 teilnehmende Erwachsene mit fünf verschiedenen Staatsangehörigkeiten als Zielpopulation gewählt. Gründe zum Ausschluss Minderjähriger waren zum einen, dass im Rahmen von KiGGS 2 Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund bisher gut erreicht wurden und vor allem Defizite in der Rekrutierung Erwachsener mit Migrationshintergrund lagen. Von einem Haushaltssample wurde abgesehen, da im Rahmen des Gesundheitsmonitoring der Einsatz dieses Ansatzes vorerst nicht geplant ist. Zum anderen riet der wissenschaftliche Beirat von der Vermischung der Befragungspopulationen ab und zu einer Fokussierung auf

gruppenspezifische Unterschiede in der Akzeptanz verschiedener Maßnahmen. Somit konnten die Ergebnisse sinnvoll in das momentane Gesundheitsmonitoring integriert werden.

Zusätzlich zur geplanten Literaturrecherche zur Bestandsaufnahme des Forschungsstandes wurden Interviews mit Expertinnen und Experten durchgeführt, um zum einen die Ergebnisse der Literatursuche zu validieren und diese um Erfahrungswissen zu ergänzen. Hieraus folgten einige Kongressbeiträge und eine Publikation.

Im Rahmen der Machbarkeitsstudie „Untersuchung“ wurde der Fokus auf die Garantie des „Informed Consent“ und somit auf die Überwindung von Sprachbarrieren gelegt. Bisher waren diese ein Grund für den Ausschluss von Studienteilnehmenden, was zu einer systematischen Verzerrung der Studienpopulation führen kann, die nicht durch Gewichtungsfaktoren ausgeglichen werden kann. Somit wurde das Problem der Sprachverständigung priorisiert und nicht nur quantitativ, sondern auch im Rahmen von im Projektantrag nicht eingeplanten Fokusgruppen ergänzt. Ziel war es demnach, systematisch Strategien zu entwickeln, um die Einbeziehung von Menschen mit eingeschränkten Deutschkenntnissen zu ermöglichen und somit Bias und gleichzeitig Diskriminierung zu reduzieren. Dank der erfolgreichen Durchführung der Studie ist nun der Einsatz von mehrsprachigen Erklärvideos und Videodolmetschung fest im Konzept der „gern-Studie“ verankert. Die Einbindung von Minderjährigen erschien aufgrund der zeitlichen Proximität zu KiGGS 2 nicht dringend nötig. Auf die Blutabnahme wurde aus Kostengründen und aufgrund logistischer Herausforderungen verzichtet.

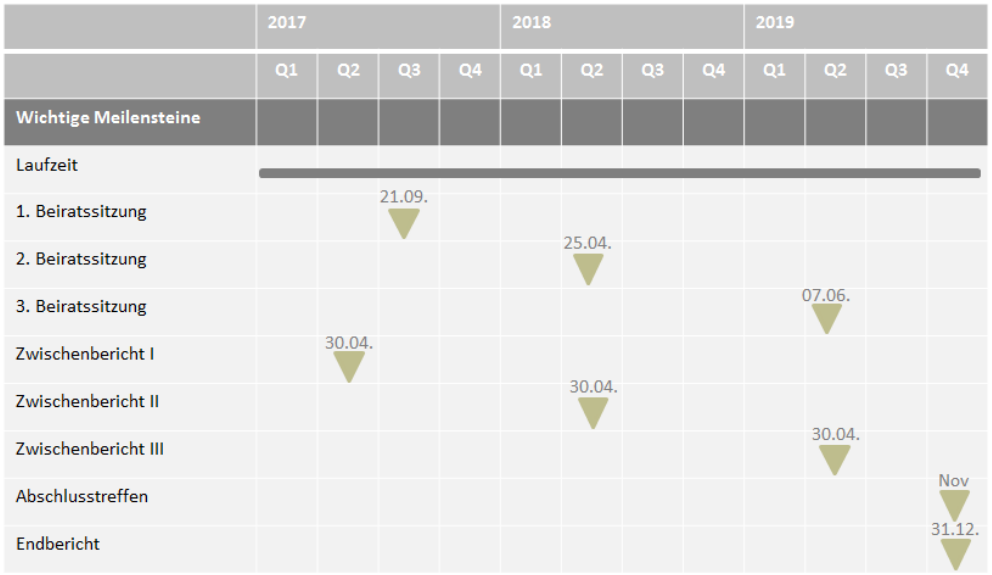
Abweichend vom ursprünglichen Projektantrag wurden die Themen verantwortungsvolle Kommunikation von Forschungsergebnissen sowie diversitätssensible Sprache im Rahmen des Projekts adressiert. Hier wurden einige Kongressbeiträge, sowie Publikationen verfasst. Die beiden Themen wurden im Rahmen des Projektteams als wichtig erachtet, wenn es um die ganzheitliche Betrachtung des Themas Migration geht, was von Seiten des wissenschaftlichen Beirats bestärkt und unterstützt wurde und im Rahmen der Section Migration der europäischen Public Health Association momentan diskutiert wird.

Arbeits- und Zeitplan

Mit Blick auf den im Projektantrag aufgeführten Arbeits- und Zeitplan zeigt sich, dass die einzelnen Teilprojekte – mit Ausnahme des Teilprojektes 1 – etwas später gestartet sind. Ursache hierfür ist, dass der Großteil der gewonnenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, einschließlich der Projektkoordinatorin, erst zu Beginn des Jahres 2017 ihre Stelle antreten konnten. Daraus folgt eine zeitliche Verschiebung des gesamten Projekts um ein halbes Jahr.

Die folgenden Abbildungen veranschaulichen zunächst die wichtigsten Meilensteine des IMIRA-Projekts und dann die jeweiligen Zeitplanungen je Teilprojekt.

Abbildung 1: Arbeits- und Zeitplan: Wichtigste Meilensteine*



*Verschiebung der Deadline des Abschlussberichts zum 30.04.2020

Abbildung 2: Arbeits- und Zeitplan der Bestandsaufnahme und der Konzeptentwicklung

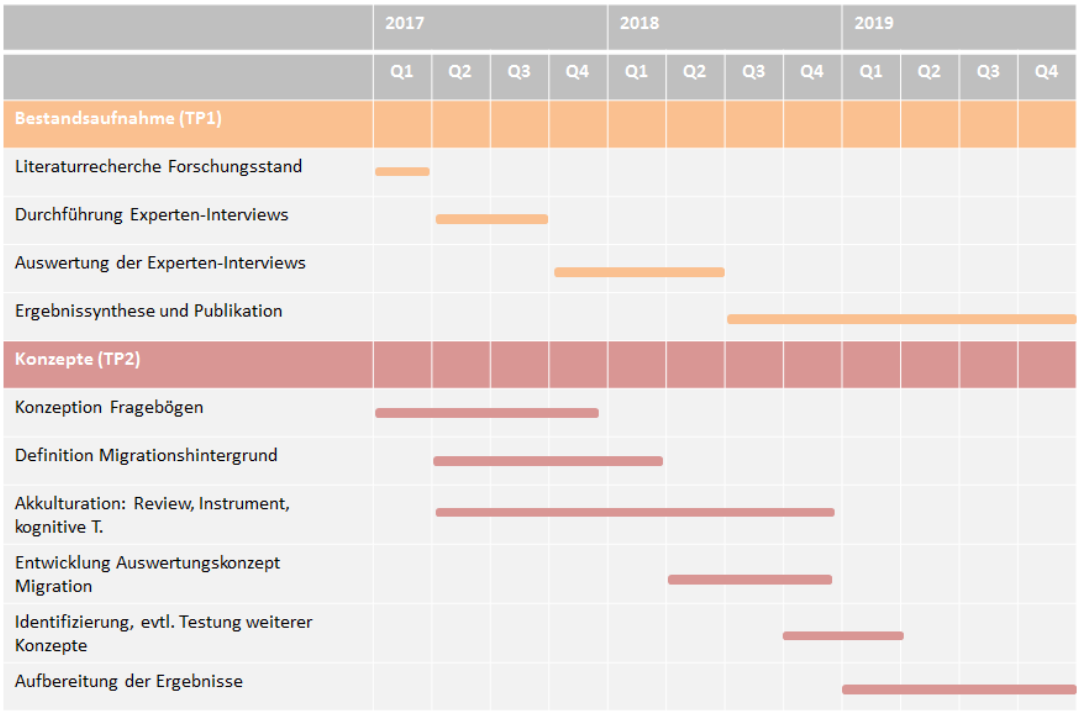


Abbildung 3: Arbeits- und Zeitplan der Machbarkeitsstudie „Befragung“ und der Machbarkeitsstudie „Untersuchung“

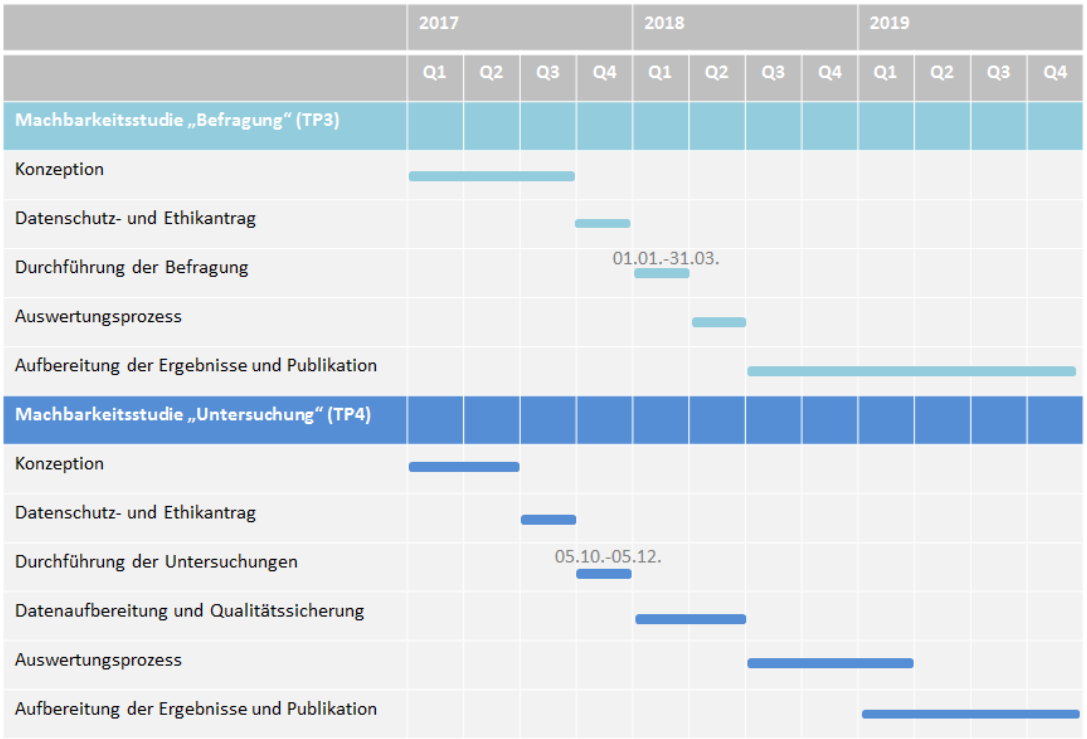
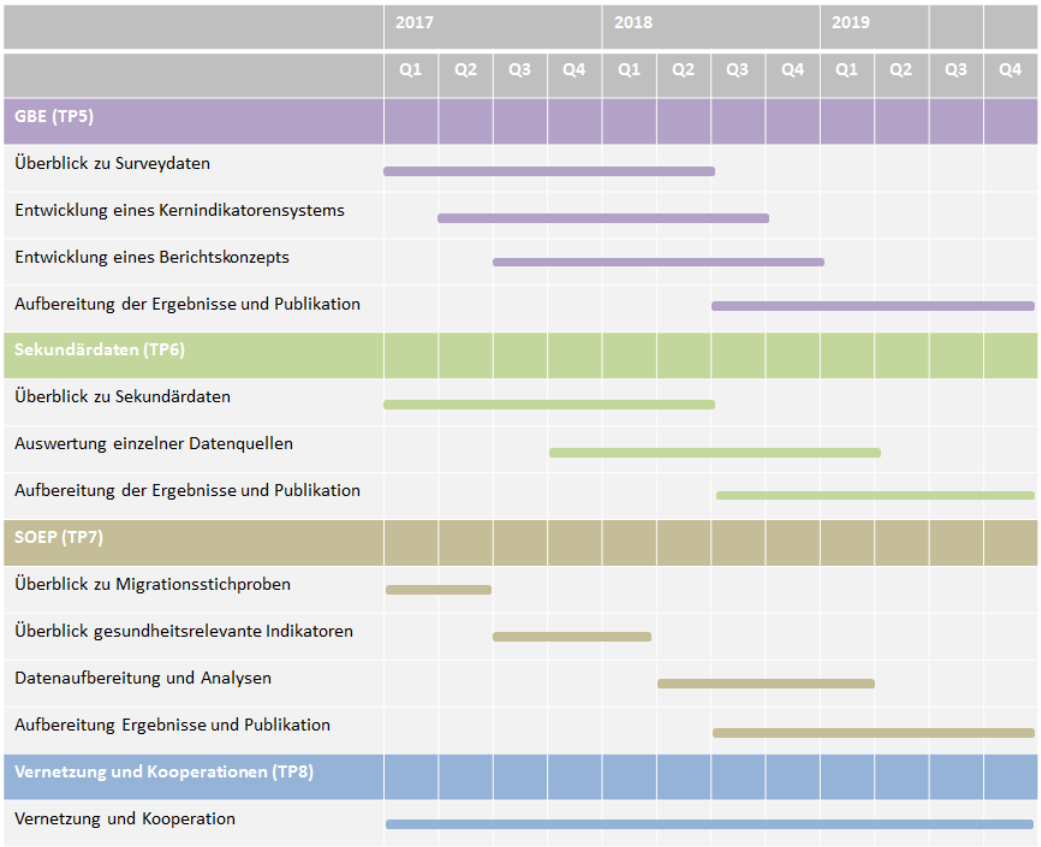


Abbildung 4: Arbeits- und Zeitplan der Entwicklung der GBE, der Sekundärdaten, der SOEP-Auswertungen sowie der Vernetzung und Kooperation



5. Ergebnisse

5.1. Bestandsaufnahme des aktuellen Forschungs- und Wissensstandes (Teilprojekt 1)

Hintergrund

Die bis Ende des ersten Quartals 2017 umgesetzte Literaturrecherche zum Forschungsstand zeigte ein heterogenes Bild an Herausforderungen und Strategien in der Erreichbarkeit und Einbindung von Menschen mit Migrationshintergrund in die Gesundheitsforschung und Epidemiologie. Die aus dem Literaturreview gewonnenen Erkenntnisse wurden daher durch Interviews mit relevanten Expertinnen und Experten validiert und insbesondere um Darstellungen weiterer Herausforderungen und nicht veröffentlichter Strategien ergänzt.

Methode

Von Mai bis September 2017 wurden zur Beantwortung der Forschungsfrage 24 telefonische, leitfadengestützte Interviews mit Expertinnen und Experten aus Deutschland durchgeführt. Die Methode der Interviews betrachtet die interviewte Person dabei als Repräsentantin bzw. Repräsentant für Handlungs- und Sichtweisen eines bestimmten fachlichen Feldes. Die Definition der Expertinnen und Experten für die hier dargestellte Studie wurde wie folgt vorgenommen: Als Expertin oder Experte kamen diejenigen Personen in Frage, die (1) an wissenschaftlichen Einrichtungen in Deutschland arbeiten und einen ausdrücklichen Forschungsschwerpunkt auf Befragungs- und Untersuchungsstudien im Themenfeld Migration aufweisen und zum Thema Migration und Gesundheit publiziert haben, oder (2) im öffentlichen Dienst auf Bundes- oder Landesebene beschäftigt sind und zum Thema Migration und Gesundheit oder Migration und statistische Erhebungsverfahren arbeiten. Zudem wurden Personen eingeschlossen, die (3) in der praktischen medizinischen Versorgung explizit für die Erreichbarkeit von Menschen mit Migrationshintergrund zuständig sind.

Schwerpunkte des Interviews waren neben der Benennung von Herausforderungen beim Zugang zu Menschen mit Migrationshintergrund im jeweiligen Arbeitskontext auch Maßnahmen und Strategien, die bereits Anwendung finden oder als sinnvoll erachtet werden, um diesen Herausforderungen zu begegnen. Zudem wurde auch nach dem Einsatz von Konzepten der partizipativen Sozialforschung und weiteren – zum Teil experimentellen Methoden – gefragt.

Die Interviews wurden aufgenommen und in einem schriftlichen Ergebnisprotokoll dokumentiert. Für relevante Passagen wurden zudem Teiltranskriptionen erstellt. Die Protokolle wurden in der ersten Jahreshälfte 2018 von den Interviewerinnen in einem doppelt-blinden Kodierungsverfahren und anhand induktiv gebildeter Kategorien inhaltsanalytisch untersucht.

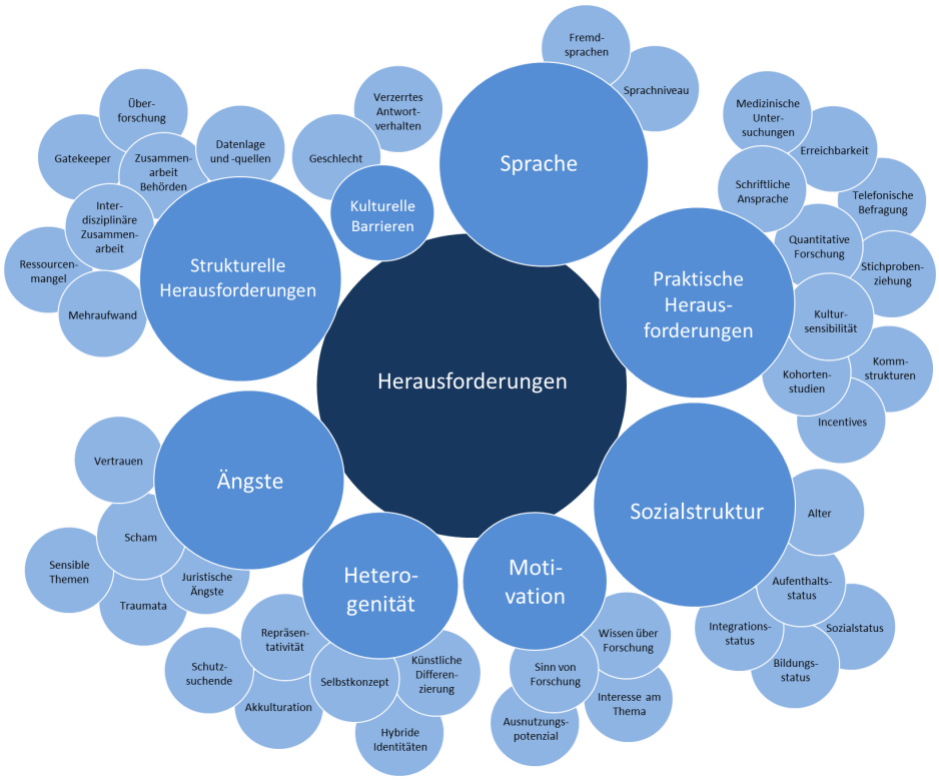
Im Ergebnis der Befragung von Expertinnen und Experten wurden Herausforderungen und Strategien im Hinblick auf den Zugang zu Menschen mit Migrationshintergrund für die epidemiologische Forschung identifiziert, die den aus der Literatur gewonnen Forschungsstand erweitern.

Ergebnisse

Herausforderungen

Die Expertinnen und Experten berichteten von einer Vielzahl an Herausforderungen (siehe Abb.5) im Zugang zu Menschen mit Migrationshintergrund für die epidemiologische Forschung. Diese konnten in acht übergeordnete Kategorien zusammengefasst werden und betreffen sprachliche und kulturelle Barrieren, praktische sowie strukturelle Herausforderungen, die den Forschungskontext betreffen. Weiterhin wurden Ängste, eine fehlende Motivation zur Teilnahme und die Heterogenität der betrachteten Gruppen von Menschen mit Migrationshintergrund genannt sowie auch Herausforderungen, die nicht unmittelbar auf den Migrationshintergrund, sondern eher auf soziodemografische Merkmale der Teilnehmenden zurückzuführen sind.

Abbildung 5: Herausforderungen im Zugang zu Menschen mit Migrationshintergrund in der epidemiologischen Forschung (Ergebnisse aus 24 Interviews mit Expertinnen und Experten)[1]



[1] Die Kreise auf zweiter Ebene bilden die induktiv abgeleiteten Kategorien der Herausforderungen ab. Die Größe der Kreise ist der Relevanz (Häufigkeit) der Nennung entsprechend. Die Kreise auf dritter Ebene sind ebenso induktiv gebildete Unterkategorien, hier ist keine Ordnung nach Größe erfolgt.

Strategien

Begegnet werden kann diesen Herausforderungen mit einer Vielzahl an identifizierten Strategien. So berichteten die Interviewpartnerinnen und Interviewpartner von möglichen Maßnahmen, die in vier übergeordnete Kategorien zusammengefasst werden konnten. Dazu zählen Strategien, die die Kommunikation mit den potenziell Teilnehmenden betreffen, wie das fehlende Vertrauen zu überwinden oder eine angemessene Aufklärung über Studienziele durchzuführen, aber auch Strategien, die die Methoden im Feld adressieren. So zum Beispiel die fremdsprachige Übersetzung von Studienmaterialien, um die Teilnehmendenrate zu erhöhen. Die zwei weiteren übergeordneten Kategorien betreffen zum einen die Forschungskultur – das meint einen Ansatz für die kultursensible Arbeit und Partizipation zu schaffen – und zum anderen betreffen sie den Forschungsprozess. Empfohlen wurden Anpassungen der Studienplanung und der Weiterausbau von Ressourcen, um dem Aufwand gerecht zu werden, den die Einbeziehung von Menschen mit Migrationshintergrund in Bevölkerungsrepräsentativen Studien mit sich bringt.

Im zweiten Quartal 2018 wurde aus den Ergebnissen dieser Auswertung ein Fachbeitrag erarbeitet, der im November 2019 in der Fachzeitschrift „Bundesgesundheitsblatt“ publiziert wurde, um die gewonnenen Erkenntnisse zugänglich und anschlussfähig für weitere Forschung zu machen [6].

Abbildung 6: Strategien im Zugang zu Menschen mit Migrationshintergrund in der epidemiologischen Forschung (Ergebnisse aus 24 Interviews mit Expertinnen und Experten)2

[2] Die Kreise auf zweiter Ebene bilden die induktiv abgeleiteten Kategorien der Maßnahmen und Strategien ab. Die Größe der Kreise ist der Relevanz (Häufigkeit) der Nennung entsprechend. Die Kreise auf dritter Ebene sind ebenso induktiv gebildete Unterkategorien, hier ist keine Ordnung nach Größe erfolgt.

5.2. Operationalisierung des Migrationshintergrundes und (migrationsspezifische) Konzepte (Teilprojekt 2)

Mit Blick auf die Ausgestaltung eines migrationssensiblen Gesundheitsmonitorings geht es neben einem besseren Zugang und einer verbesserten Erreichbarkeit von Menschen mit Migrationshintergrund auch um die inhaltliche Weiterentwicklung der erhobenen Indikatoren. Im Rahmen des Teilprojektes 2 wurden daher migrationsspezifische Konzepte identifiziert und operationalisiert, die relevant für die gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund sein können. Dazu zählen das Konzept der Akkulturation, die subjektiv wahrgenommene Diskriminierung, die Religion und der subjektive Sozialstatus vor und nach der Migration. Die entsprechenden Erhebungsinstrumente wurden in sechs verschiedenen Sprachen kognitiv getestet (arabisch, deutsch, italienisch, kroatisch, polnisch, türkisch). Die Aufzeichnungen der Interviewerinnen und Interviewer der Firma USUMA wurden qualitativ ausgewertet, mit dem Ziel herauszufinden, ob die Instrumente tatsächlich das messen, was gemessen werden soll und um zu schauen, inwiefern die erstellten Übersetzungen für die verschiedenen Sprachen funktionieren. Es geht darum, eine über die wortwörtliche Übersetzung hinausgehende Qualität in Form einer sinngemäßen, sogenannten idiomatischen Übersetzung bereitzustellen.

Im Folgenden werden die Konzepte der Akkulturation und der wahrgenommenen Diskriminierung in ihrer Essenz dargestellt. Für eine ausführlichere Beschreibung der Konzepte sei auf folgende Publikationen verwiesen: Schumann, Bug [7]; Schumann, Kajikhina [8].

5.2.1. Akkulturation

Hintergrund

Das Konzept der Akkulturation wurde bislang nicht in den Gesundheitssurveys des RKI berücksichtigt. Um diese Lücke zu schließen, wurde ein systematischer Literaturreview im Rahmen des Teilprojektes 2 mit folgenden Zielsetzungen durchgeführt: (1) um festzustellen, inwieweit Akkulturation bisher in der epidemiologischen Forschung verwendet wurde, (2) um zu bewerten, wie das Konstrukt in der epidemiologischen Forschung gemessen wird und (3) um mögliche Empfehlungen für die Operationalisierung und Messung der Akkulturation in Deutschland abzuleiten.

Methode

Suchstrategie

Die Suche erfolgte am 16. Mai 2017 in den Datenbanken PubMed, SCOPUS und Science Direct nach vorab definierten Suchtermen [9].

Einschlusskriterien

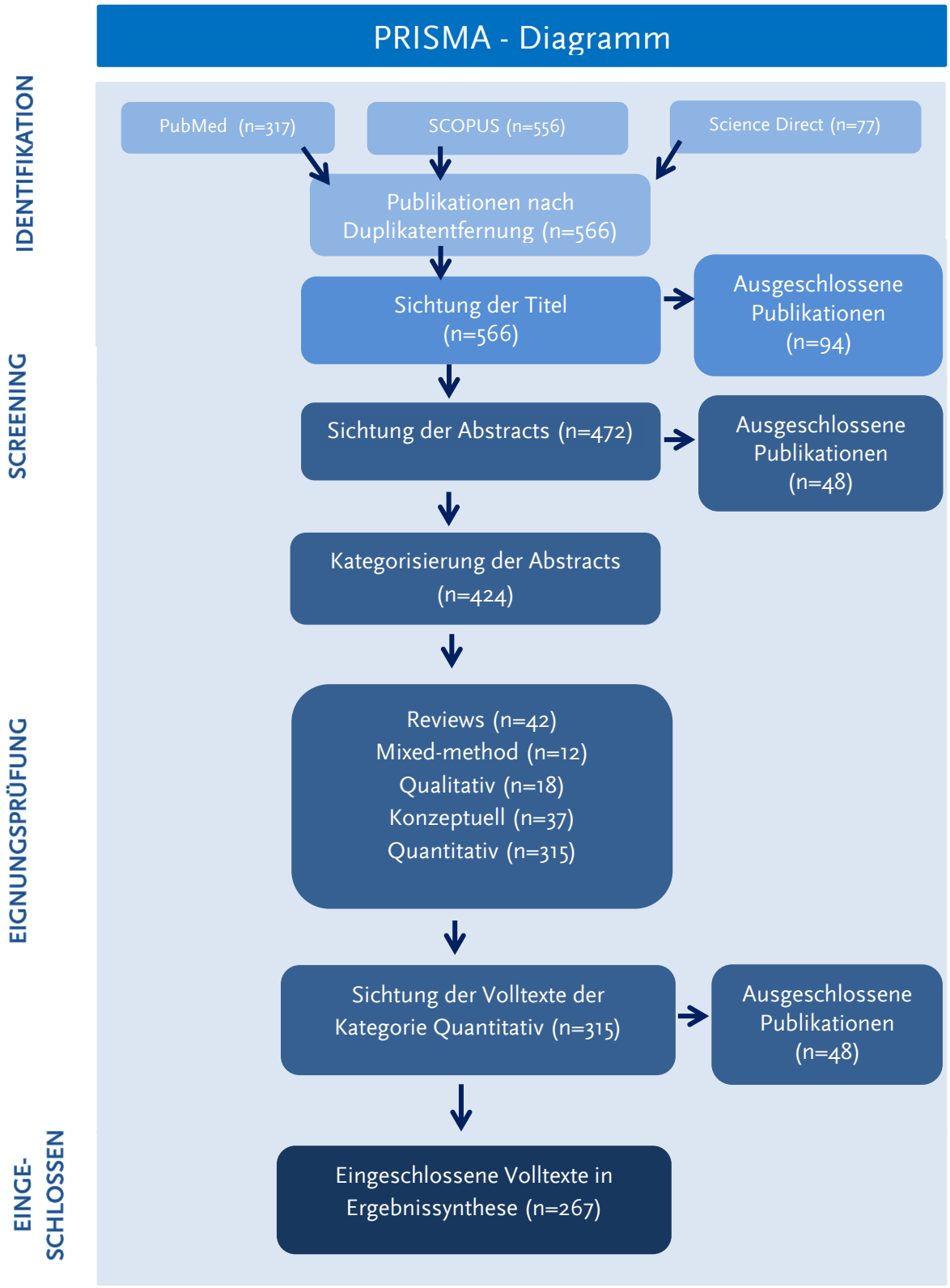
In die Suche wurden alle Publikationen eingeschlossen, (1) die in englischer oder deutscher Sprache veröffentlicht wurden, (2) deren Stichprobe Erwachsene ab 18 Jahren waren (Ausnahme: Studien, die sich auf Erwachsene fokussieren und deren Stichprobe Menschen ab 15 Jahren und älter umfassten), (3) die das Konzept der Akkulturation operationalisiert haben und / oder angewendet haben, (4) die einen klaren epidemiologischen Bezug haben oder (5) den direkten Einfluss der Akkulturation auf die Studienteilnehmenden untersuchen.

Studienauswahl und Datenextraktion

Die Suche ergab 950 Treffer (siehe Abbildung 7 PRISMA). Nach dem Screening der Titel und dem Ausschluss von Duplikaten (n=384) verblieben 472 Abstracts. Diese wurden entsprechend des gewählten Studiendesigns in fünf Kategorien eingeteilt: (1) quantitativer Zugang (n=315), (2) qualitativer Zugang (n=18), (3) Mixed-Method-Ansatz (n=12), (4) konzeptioneller Zugang (n=37) sowie (5) Reviews bzw. Overviews (n=42). Im nächsten Schritt wurde beschlossen, ausschließlich die Volltexte mit einem quantitativen Zugang zu analysieren. Die Datensynthese erfolgte über die Extraktion:

- genereller Informationen zur Studie (Autorinnen und Autoren, Publikationsjahr, Titel, Land)
- von Studieneigenschaften (bevölkerungsbezogener Survey ja / nein, ggf. Name des Survey, Stichprobengröße)
- soziodemografischer Angaben der Studienteilnehmenden (Alter, Geschlecht, Migrantenpopulation(en) / Ethnizität)
- untersuchter Gesundheitsoutcomes
- des Vorhandenseins eines theoretischen bzw. konzeptionellen Hintergrunds (ja / nein)
- der Messung des Konzepts der Akkulturation (Name der Skala oder des Index vs. Proxy-Messung einschließlich der verwendeten Variablen).

Abbildung 7: PRISMA-Diagramm zum systematischen Literatur-Review



Datenerhebung und -analyse

Das Titel- und Abstract-Screening erfolgte über ein Peer-Review-Verfahren mit zwei voneinander unabhängigen Kolleginnen. Die Analyse und Kodierung der Volltexte wurde von vier Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern durchgeführt. Neben einem ausführlichen Manual zur Überprüfung und Kodierung der Artikel bildete eine interne Schulung die Grundlage für die Datenanalyse; noch bestehende Unklarheiten wurden gemeinsam diskutiert. Die Ergebnisse wurden in Tabellenform festgehalten.

Codierung allgemeiner Studienmerkmale und die Nutzung von Akkulturation

Die Datensynthese erfolgte durch Extraktion allgemeiner Informationen über die Studie (Autorinnen / Autoren, Erscheinungsjahr, Titel und Land), Studienmerkmale (populationsbasierte Gesundheitsbefragung ja / nein, Umfragename, Stichprobenumfang), soziodemografische Daten der Studienteilnehmenden (Alter, Geschlecht, Migrantenpopulation / ethnische Herkunft), untersuchte Gesundheitsoutcomes, bestehende Definition der Akkulturation (ja / nein) und die verwendeten Akkulturationsmessungen (proxy / scale / both).

Codierung von Akkulturationsproxies

Die Proxies, mit denen die Akkulturation gemessen wurde, wurden zunächst in ihrem ursprünglichen Wortlaut erfasst. Anschließend wurden konsistente Codes gruppiert, um ähnliche Konzepte von Proxies zusammenzufassen. Hier konnten vier übergreifende Dimensionen identifiziert werden.

Codierung von Akkulturationsskalen

Jede identifizierte Akkulturationsskala wurde für die folgenden Variablen codiert: Anzahl der Studien, in denen die Skala verwendet wurde, Migrantenpopulationen / Ethnien, für welche die Skala entwickelt wurde, Validierung (ja / nein)

Ergebnisse

Studieneigenschaften und Anwendung der Akkulturation

Von den 267 eingeschlossenen Publikationen handelte es sich bei über der Hälfte der Studien um bevölkerungsbezogene Gesundheitssurveys (n=132; 49,4%). Die anderen Studien waren kleinere Surveys (n=135; 50,6%), etwa mit einem Convenience Sample oder Schneeballverfahren, Fall-Kontroll-Studien oder auch Interventionsstudien. Die Studien fokussierten sich vor allem auf die Untersuchung des

Zusammenhangs von Gesundheit und Akkulturation von Menschen aus Asien (n=129; 43,4%) und Hispanoamerika (n=95; 32,0%). Weitere Studien analysierten den Einfluss der Akkulturation auf Menschen aus Amerika (n=19; 6,5%), Afrika (n=17; 5,7%), Europa (n=10; 3,4%) und der Karibik (n=9; 3,0%). Weitere neun Studien (3,0%) betrachteten zahlreiche Migrantenpopulationen bzw. Ethnien aus der ganzen Welt und neun Studien (3,0%) machten hierzu keine Angaben.

Mit Blick auf die Gesundheitsoutcomes konzentrierte sich die Mehrheit der Studien auf die psychische Gesundheit (n=95, 27,7%), körperliche Gesundheit (n=83, 24,2%) und das Gesundheitsverhalten (n=90, 26,2%). Besonders häufig wurden hier Depressionen, Adipositas, Diabetes oder das Rauchverhalten untersucht.

Messung der Akkulturation

Die Akkulturation wurde über Akkulturationsskalen (n=124, 46,4%) oder über Proxies (n=115, 43,1%) gemessen. Auch beide Methoden fanden in einigen Studien parallel Verwendung (n=28, 10,5%). Im Rahmen der eingeschlossenen Studien wurden Proxies vor allem in bevölkerungsbezogenen Gesundheitserhebungen (n= 82, 30,7%) eingesetzt. Im Gegensatz dazu wurden die Akkulturationsskalen in kleineren Studien (n=88, 33,0%) häufiger verwendet als in bevölkerungsbezogenen Gesundheitserhebungen (n=36, 13,5%). Eine Kombination aus Skalen und Proxies zur Messungen der Akkulturation erfolgte seltener, hier sowohl in bevölkerungsbezogenen Gesundheitssurveys als auch in kleineren Erhebungen (jeweils n=14, 5,2%).

Proxies zur Messung der Akkulturation in der epidemiologischen Forschung

Insgesamt wurden 33 Proxies identifiziert und vier induktiv erschlossenen Dimensionen zugeordnet: (1) Sprache (n=14), (2) Migrationsgeschichte (n=11), (3) Ethnizität (n=4) und (4) Soziales Umfeld / Kultur (n=4) [9].

Skalen zur Messung der Akkulturation in der epidemiologischen Forschung

Insgesamt wurden 57 verschiedene Skalen identifiziert. Die am häufigsten verwendeten eindimensionalen Skalen sind die Suinn-Lew Asian Self-Identity Acculturation Scale (SL-ASIA) [10] und die Short Acculturation Scale for Hispanics (SASH) [11]. Häufig verwendete zweidimensionale Skalen sind die Bidimensional Acculturation Scale (BAS) [12] oder Lowlands Acculturation Scale (LAS) [13]. Ein Beispiel für eine multidimensionale Skala ist die Acculturation Scale for Mexican Americans II (ARSMA-II) [14].

Ausblick

Mit Blick auf die vielen Unklarheiten hinsichtlich der theoretischen Einbettung des Konzepts „Akkulturation“, den Inkonsistenzen in der Operationalisierung und Messung sowie einer kritischen Auseinandersetzung bezüglich der Generalisierung und Zuordnung von Menschen aufgrund einzelner (fremd zugeschriebener und häufig ethnisierender) Merkmale zu einer „Kultur“ haben wir für die Studien des Gesundheitsmonitorings des RKI entschieden, den Begriff der Akkulturation als solchen sowie die Bildung eines Akkulturationsscores nicht einzuführen. Basierend auf den Ergebnissen des Reviews konnten im Rahmen der Skalen zur Messung von Akkulturation mit Blick auf die verwendeten Proxies und Items jedoch vier Dimensionen identifiziert werden, die in einem migrationssensiblen Gesundheitsmonitoring am RKI unabhängig voneinander erhoben werden können. So bietet es sich an, die Migrationsgeschichte, die Sprache (Deutsch und ggf. Muttersprache), das subjektive Zugehörigkeitsgefühl und die soziale Unterstützung als wichtige Erklärungsfaktoren von gesundheitlichen Unterschieden bei Menschen mit Migrationshintergrund zu berücksichtigen.

5.2.2. Subjektiv wahrgenommene Diskriminierung

Hintergrund

Interpersonelle und strukturelle Diskriminierung spielt eine entscheidende Rolle für die gesundheitliche Situation von Menschen. Deswegen ist es wichtig, auch im Gesundheitsmonitoring am RKI Daten zu Diskriminierung zu erfassen. Dies erfolgte in den bisherigen Surveys (KiGGS, DEGS, GEDA) nur unzureichend, weswegen für die nächste Gesundheitsbefragung ein neues Instrument zu subjektiv wahrgenommener Diskriminierung entwickelt wurde. Alle AGG-Dimensionen wurden dabei berücksichtigt (Geschlecht, ethnische Herkunft / rassifizierende Zuschreibungen, Religion / Weltanschauung, Behinderung / Beeinträchtigung, Lebensalter und sexuelle Orientierung). Im Folgenden wird die Konzeptualisierung, Entwicklung und Etablierung dieses Instruments beschrieben. Für eine ausführlichere Beschreibung auch hier der Hinweis auf die Publikation von Schumann, Kajikhina [8].

Methode

Zunächst wurde eine Literaturrecherche zum aktuellen Forschungsstand bezüglich des Zusammenhangs zwischen Diskriminierung und Gesundheit durchgeführt (Reviews und Originalstudien, Suchstrategie unter Verwendung von kombinierten MesH-Terms wie „discrimination“, „racism“, „health“, „mental health“, „healthcare“, „gender“, „socioeconomic status“, Fachdatenbanken MEDLINE und SCOPUS). Zusätzlich wurden in repräsentativen Wiederholungsbefragungen in Deutschland verwendete Erhebungsinstrumente verglichen und diskutiert (einschließlich der Befragungen des SOEP, des Berliner Instituts für Migrationsforschung, der KiGGS und DEGS-Erhebungen des RKI sowie der Antidiskriminierungsstelle des Bundes). Des Weiteren erfolgte eine Grey-Literature-Recherche sowie eine Zusammenfassung der Empfehlungen zu methodischen und ethischen Grundsätzen der Erhebung von Ethnizitäts- und Diskriminierungsdaten (zivilgesellschaftliche Einrichtungen, Antidiskriminierungsstelle des Bundes, Forschung).

Ergebnisse

Forschungsergebnisse aus Nordamerika, Brasilien, Australien, Südafrika und zu einem geringeren Anteil aus europäischen Ländern zeigen einen deutlichen Zusammenhang zwischen Diskriminierung und Gesundheit auf. Eine Vielzahl verwendeter Skalen, Einzelitems und Instrumente operationalisiert Diskriminierung als Benachteiligung oder Schlechterstellung im Alltag, in bestimmten Lebensbereichen (Ämter, Geschäfte etc.) oder im strukturellen Feld (Wohnungsmarkt, Berufsleben etc.). Erhoben werden mögliche Gründe sowie die Häufigkeit dieser.

Wichtige methodische und ethische Aspekte bei der Erhebung von Diskriminierungsdaten sind freiwillige Eigenauskunft, Vermeidung von Fremdzuschreibungen sowie Partizipation entsprechender Personengruppen. Weiterhin sind eine intersektionale Perspektive und die Erfassung aller Diskriminierungsdimensionen ohne eine Beschränkung auf Faktoren wie Migrationshintergrund oder Herkunft notwendig.

Der im Rahmen des Teilprojektes 2 erarbeitete Vorschlag für ein neues Instrument sieht eine dreistufige Befragung vor. Zunächst wird mittels der für unterschiedliche Bevölkerungsgruppen validierten 5-Item-Alltagsdiskriminierungsskala (everyday discrimination scale)[15] die Häufigkeit von interpersonellen Diskriminierungserfahrungen im Alltag der Befragten erhoben. Anschließend werden mögliche Gründe für die berichteten Erfahrungen erfragt, in Anlehnung an die Kategorien des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes (Geschlecht, Herkunft / Akzent / Name / Aussehen, sexuelle Orientierung, Weltanschauung / Glaube, langanhaltende gesundheitliche Beschwerden / chronisch Erkrankungen / Behinderung und Alter), erweitert um den sozioökonomischen Status (Einkommen / Bildung sowie Arbeitslosigkeit) als eine weitere häufig berichtete Diskriminierungskategorie [16]. Zusätzlich wird das Instrument um Fragen nach

spezifischen Diskriminierungserfahrungen im Gesundheits- und Pflegesektor sowie bei Kontakt mit Institutionen und Behörden erweitert. Diese sollen die Bereiche erfassen, die eine besondere Public Health-Relevanz haben.

Ausblick

Die Erhebung von Diskriminierungsdaten im Rahmen des Gesundheitsmonitorings ermöglicht eine Analyse der Auswirkungen von Diskriminierung auf die Gesundheit der Betroffenen und eine fundierte Abbildung gesundheitlicher Ungleichheit, systematischer Ausschlüsse und der damit verbundenen Versorgungsbarrieren.

Das erarbeitete Instrument soll zukünftig Teil der Gesundheitserhebungen werden, hierbei ist zu betonen, dass nicht ausschließlich migrationsbezogene Stichproben befragt werden sollen, da nicht nur Menschen mit sogenanntem Migrationshintergrund von Diskriminierung betroffen sind, und Diskriminierung meist entlang mehrfacher oder intersektionaler Dimensionen auftritt. Perspektivisch soll so eine Grundlage geschaffen werden, gesundheitliche Ressourcen und Belastungen, aber auch Bedürfnisse und Bedarfe diverser Bevölkerungsgruppen differenzierter abbilden zu können, um bezüglich der Diskussion um gesundheitliche Chancengleichheit und soziale Teilhabe sowie subjektiv wahrgenommene Diskriminierung aussagekräftige Daten zu generieren [17].

5.2.3. Verantwortungsvolle Kommunikation von Forschungsergebnissen

Teilprojektübergreifend wurde sich mit der Frage auseinandergesetzt, wie Forschungsergebnisse der epidemiologischen und Public-Health-Forschung verantwortungsvoll kommuniziert werden können. Insbesondere im Kontext eines zunehmenden Rechtspopulismus in Deutschland tragen Forschende zum Thema Migration und Gesundheit eine Verantwortung hinsichtlich dessen, wie nach außen kommuniziert wird, denn Sprache und Texte schaffen Realitäten und gestalten den gesellschaftlichen Diskurs. Durch den wissenschaftlichen Beirat des IMIRA-Projekts wurde das Thema maßgeblich unterstützt und auf der Abschlussveranstaltung im November eingebracht. Um den Dialog mit weiteren Akteurinnen und Akteuren aus Forschung, Praxis und Politik anzustoßen und das Thema weiterzuentwickeln, erfolgte auf dem Kongress Armut und Gesundheit in Berlin (14.-15. März 2019) ein Workshop mit dem Titel: „Wie können wir migrationsbezogene Forschungsergebnisse antidiskriminierend kommunizieren? Eine Betrachtung aus unterschiedlichen Perspektiven“. Auch auf weiteren Kongressen wurde das Thema im Rahmen von Workshops oder Einzelbeiträgen diskutiert (siehe Publikationsliste)

Angelehnt an einen Leitfaden für gendergerechte Sprache im RKI wurde eine Handreichung für einen diskriminierungssensiblen Sprachgebrauch im Hinblick auf Migration entwickelt. Sie soll

Forschenden eine Orientierung bei der Formulierung von Texten bieten und für Sprache auch im Umgang miteinander sensibilisieren (siehe Anhang). Ein Glossar mit den wichtigsten Begriffen im Themenfeld Migration und Gesundheit ergänzt die Handreichung. In der Auseinandersetzung mit dem Thema bei Sichtung der aktuellen Literatur und dem Austausch mit Expertinnen und Experten wurde deutlich, dass die Fragestellung im Rahmen der diversitätsorientierten Organisationsentwicklung als Strategie um Chancengleichheit zu erhöhen und Diskriminierung entgegenzuwirken zu verorten ist. Der diversitätsorientierten Organisationsentwicklung liegt im Gegensatz zum Diversity Management und zur interkulturellen Öffnung ein ganzheitliches Verständnis von Vielfalt zugrunde. Sie berücksichtigt die Verschränkung mehrschichtiger Dimensionen (intersektionale Perspektive) sowie eine rassismuskritische Haltung und basiert auf dem Antidiskriminierungsansatz [18].

5.3. Machbarkeitsstudie „Befragung“ (Teilprojekt 3)

Hintergrund

Die aktuelle Datenlage des Gesundheitsmonitorings am RKI zur Gesundheit von in Deutschland lebenden Menschen mit Migrationshintergrund kann derzeit als lückenhaft beschrieben werden. Im Rahmen der IMIRA-Machbarkeitsstudie „Befragung“ sollten daher verschiedene methodische Vorgehensweisen getestet werden, mit dem Ziel, die Erreichbarkeit und Teilnahme der Menschen mit Migrationshintergrund zu verbessern, um langfristig Menschen mit Migrationshintergrund anteilig zur Bevölkerung in den Gesundheitssurveys abbilden zu können.

Vor diesem Hintergrund wurden im Rahmen des Teilprojekts 3 verschiedene Zugangswege getestet, die sowohl soziokulturelle Aspekte als auch mögliche sprachliche Barrieren berücksichtigen. Im Rahmen des Erhebungsdesigns wurden unterschiedliche Befragungsmodi (online, telefonisch, Face-to-face) angewandt. Darüber hinaus wurden die eingesetzten Befragungsinhalte und -instrumente auf Eignung überprüft. Die Ziele der Machbarkeitsstudie „Befragung“ lassen sich wie folgt zusammenfassen:

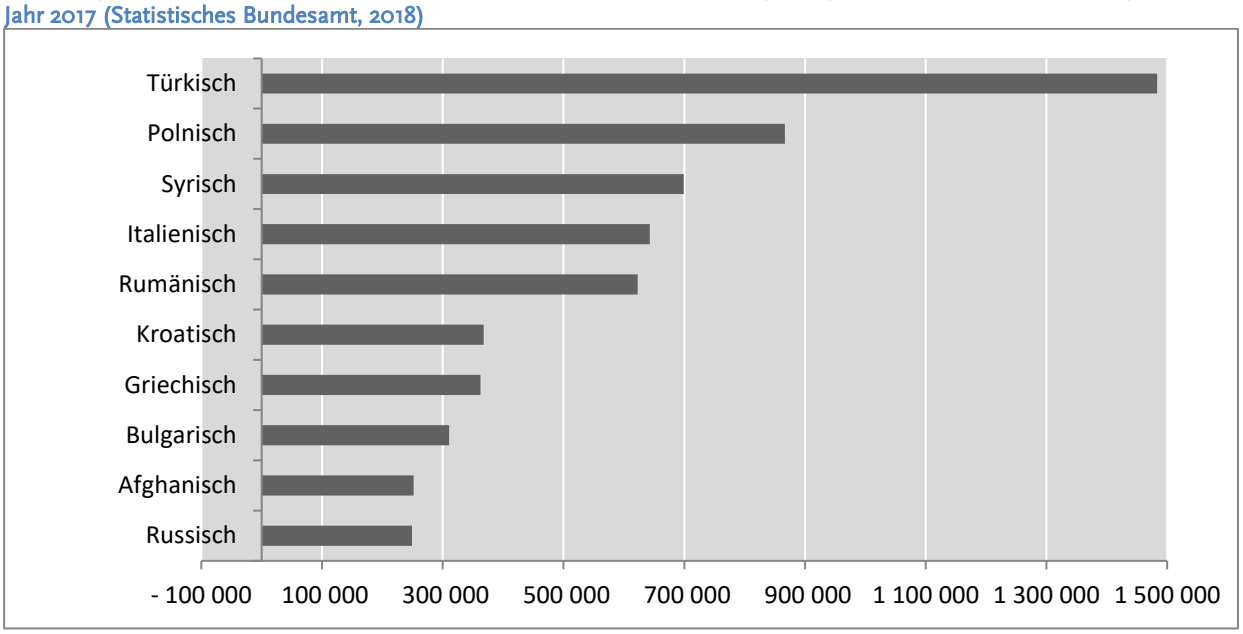
- Erarbeitung und Testung eines angepassten Erhebungsdesigns
- Verbesserung der Responsequote und des Zugangs zu den bisher eher schlecht erreichten Migrantinnen- und Migrantengruppen
- Identifikation der Gründe für die Nichtteilnahme zur Steigerung der Teilnahmebereitschaft von Menschen mit Migrationshintergrund an Gesundheitssurveys
- Entwicklung eines Konzepts für das RKI-Gesundheitsmonitoring

Methode

Auswahl der Grundgesamtheit

Im Jahr 2018 lebten laut Daten des Mikrozensus des Statistischen Bundesamtes 20,8 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. Dies entspricht einem Bevölkerungsanteil von 25,5 Prozent. Hiervon besitzen 9,7 Millionen Menschen die deutsche Staatsangehörigkeit und 9,9 Millionen eine ausländische Staatsangehörigkeit [1].
In die Grundgesamtheit der Machbarkeitsstudie „Befragung“ wurden Menschen mit einer kroatischen, polnischen, rumänischen, syrischen und türkischen Staatsangehörigkeit eingeschlossen. Damit sind fünf der großen Migrantenpopulationen in Deutschland abgebildet (siehe Abbildung 8).

Abbildung 8: Anzahl der Personen in Deutschland ohne deutsche Staatsangehörigkeit nach Ausländerzentralregister im Jahr 2017 (Statistisches Bundesamt, 2018)



Für den Einschluss dieser Nationalitäten war neben der Größe der jeweiligen Populationen, die Erfahrung bezüglich der Erreichbarkeit der Migrantinnen- und Migrantengruppen in vorangegangenen Surveys des RKI ein weiteres Kriterium. So konnten Personen dieser Staatsangehörigkeiten in der „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ (KiGGS) sowie in der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS) weniger gut erreicht werden.

Stichprobendesign

In Anlehnung an das laufende Gesundheitsmonitoring am RKI wurde eine geschichtete Einwohnermeldeamtsstichprobe stratifiziert nach Alter, Geschlecht und Staatsangehörigkeit gezogen. Es handelt sich um ein zweistufiges Auswahlverfahren: Auf der ersten Stufe erfolgte eine kriterienbasierte Auswahl der Sample Points in Berlin und Brandenburg. Auf der zweiten Stufe wurden die Personen nach dem Merkmal der Staatsangehörigkeit zufällig gezogen.

Kriterienbasierte Auswahl der Sample Points

Die kriterienbasierte Auswahl der Sample Points erfolgte unter Rücksichtnahme des Ausländeranteils[3] im jeweiligen Kreis bzw. Bezirk und unter Berücksichtigung der für das Studiendesign relevanten Erreichbarkeit der gewählten Orte.

Ziehung der Einwohnermeldeamtsadressen

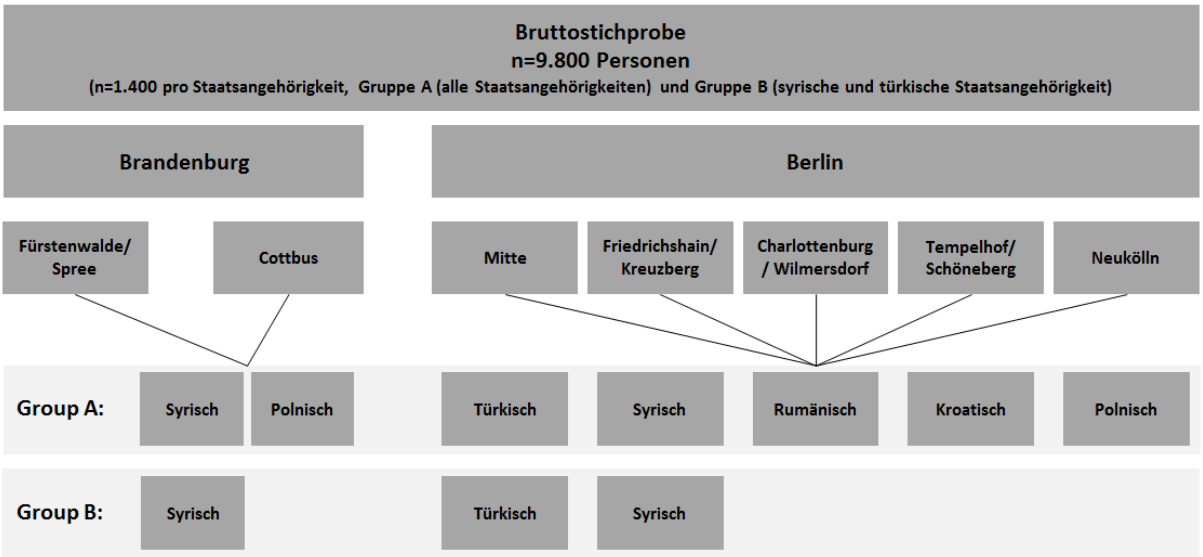
[3] Als Ausländerinnen und Ausländer werden Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit definiert.

Der zweite Auswahlschritt der Stichprobenziehung bezieht sich auf die Einwohnermeldeämter (EMA) der Sample Points. Hierbei unterscheidet sich das Vorgehen in der Zuordnung zu den Gruppen A und B in Berlin und Brandenburg, da in Brandenburg nicht alle für das Projekt relevanten Bevölkerungsgruppen in der notwendigen Anzahl leben. Im Rahmen der Studie erhielten die Gruppen A und B unterschiedliche Modi der Fragebogenadministration, womit die Effektivität der umfassenderen Maßnahmen der Gruppe A durch einen Vergleich mit der Gruppe B eingeschätzt werden sollte.

In Berlin wurde das EMA gebeten, zufällig Personen nach dem Ziehungsmerkmal der kroatischen, polnischen, rumänischen, syrischen oder türkischen Staatsangehörigkeit zu ziehen. Hierbei wurden Personen berücksichtigt, die entweder ausschließlich eine der genannten Staatsangehörigkeiten (d.h. als Ausländerinnen und Ausländer gelten) besitzen oder aber diese Staatsangehörigkeiten zusätzlich zur deutschen Staatsangehörigkeit (d.h. als Deutsche, als sogenannte Doppelstaatlerinnen und Doppelstaatler gelten) innehaben. Zusätzlich wurde für die syrische und türkische Bevölkerungsgruppe in jedem Berliner Sample Point eine zweite Gruppe (Gruppe B) gezogen. In den ausgewählten Sample Points in Brandenburg leben nur wenige Personen mit kroatischer, rumänischer und türkischer Staatsangehörigkeit[4]. Demnach wurden in den beiden Brandenburger Sample Points lediglich Personen mit polnischer und syrischer Staatsangehörigkeit gezogen. Aus der syrischen Bevölkerungsgruppe wurde zusätzlich eine zweite Gruppe (Gruppe B) gezogen (siehe Abbildung 9).

[4] Die Datengrundlage hierfür bildet eine statistische Abfrage bei den Einwohnermeldeämtern in Fürstenwalde/ Spree und Cottbus vom 24.05.2017.

Abbildung 9: Stichprobendesign



Erhebungsdesign

Die schematische Darstellung des Erhebungsdesigns wird in Abbildung 10 ersichtlich. Während der kompletten Erhebungsphase erfolgte ein permanenter Erfahrungsaustausch mit den beteiligten Interviewerinnen und Interviewern, um neben den quantitativen Daten auch qualitative Aspekte bezüglich der Erreichbarkeit der Grundgesamtheit erheben zu können. Zur Beurteilung der Effektivität verschiedener Maßnahmen, wurde eine zusätzliche Gruppe B für die türkische und syrische Gruppe in Berlin und die syrische Gruppe in Brandenburg eingesetzt.

Gruppe A durchlief ein sequentielles Mixed-Mode-Design, d.h. es wurden unterschiedliche Fragebogenadministrationsmodi sukzessive zur Verfügung gestellt. Die Gruppe A hatte die Möglichkeit, online und telefonisch an der Befragung teilzunehmen. Zudem wurde am Ende der Feldphase aus dieser Gruppe eine Zufallsstichprobe gezogen, die wiederum in die regionale Feldbegehung zur Rufnummerneinholung (Telefoninterviews) sowie in das CAPI-Feld (Face-to-face-Interviews) einging. Gruppe B erhielt lediglich die Möglichkeit online an der Befragung teilzunehmen, d.h. in einem Single-Mode-Design. Beide Gruppen erhielten mehrsprachige und kultursensible Studieninformationsmaterialien, bestehend aus einem Anschreiben, einem Informationsflyer und zwei Erinnerungsschreiben sowie einem Einkaufsgutschein im Wert von 10,00 Euro als Dankeschön für ihre Teilnahme.

Das Erhebungsinstrument ist am bereits validierten Fragebogen des „European Health Interview Survey“ (EHIS) orientiert, welcher ebenfalls in die entsprechenden Sprachen übersetzt und als CAWI (computer assisted web interview; Online-Fragebogen) programmiert wurde. Der Online-Fragebogen wurde auch bei den übrigen interviewadministrierten Modi (telefonisch und Face-to-

face) angewandt. Darüber hinaus fanden weitere Instrumente Anwendung, darunter eine Skala zur Erfassung der Religionszugehörigkeit, ein Instrument zur Erhebung der wahrgenommenen Diskriminierung sowie ein Instrument zur Messung des subjektiven Sozialstatus vor und nach der Migration. Die Machbarkeitsstudie „Befragung“ gliedert sich in mehrere Phasen auf, welche im Folgenden näher erläutert werden.

Vorfeldphase

Der Initialkontakt zu den Teilnehmenden wurde über mehrsprachige Anschreiben aufgenommen, deren Inhalt kultursensibel auf die jeweiligen Migrantinnen- und Migrantengruppen ausgerichtet ist. Die Anschreiben und weitere Teilnehmendendokumente wurden innerhalb der Vorfeldphase in einer Fokusgruppe mit Vertreterinnen und Vertretern der Grundgesamtheit diskutiert und entwickelt.

Phase 1

Der ersten Erhebungsphase ist die Stichprobenziehung und -aufbereitung sowie die Aufbereitung der Adressen in einer Teilnehmendenverwaltungstabelle vorausgegangen. Im ersten Schritt der Erhebung erhielten die gezogenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer eine schriftliche Einladung zur Teilnahme an der Befragung. Die Informationsmaterialien wurden auf Deutsch und in einer durch die jeweilige Staatsangehörigkeit identifizierten weiteren Sprache versandt.

Die Teilnahme war beiden Gruppen A und B über einen mehrsprachigen Online-Fragebogen möglich.

Außerdem konnten Rückfragen an eine Studien-Hotline gerichtet werden, die innerhalb der Gruppe A mehrsprachig zur Verfügung stand und in Gruppe B ausschließlich auf Deutsch. In der ersten Phase war sie als reine Service-Hotline für Fragen zur Studie, bei Problemen mit dem Fragebogen oder zur Verweigerung der Teilnahme angedacht.

Phase 2

Erfolgte zwei Wochen nach dem Versand der Teilnehmendendokumente keine Rückmeldung seitens der Teilnehmenden, wurde ein Erinnerungsschreiben an die gezogenen Befragungspersonen, mit Verweis auf die verschiedenen Möglichkeiten zur Studienteilnahme versandt. In der Gruppe A wurde im Erinnerungsschreiben zusätzlich die Möglichkeit angeboten, telefonisch an der Befragung teilzunehmen. In der Gruppe B gab es diese weitere Teilnahmemöglichkeit nicht.

Erfolgte auf das erste Erinnerungsschreiben keine Reaktion, wurde für die Gruppe A eine Telefonnummernrecherche durch einen externen Dienstleister im Auftrag des RKI durchgeführt. Bei

vorhandener Rufnummer baute die Studien-Hotline anschließend telefonischen Kontakt zu den Zielpersonen auf und versuchte sie über diesen Modus für eine Studienteilnahme zu gewinnen.

Phase 3

Nach zwei Wochen wurde ein zweites Erinnerungsschreiben versandt. Die Teilnahme war, wie in den Phasen 1 und 2 zuvor, online sowie für die Gruppe A auch telefonisch möglich. Des Weiteren wurde ein Hausbesuch in Gruppe A angekündigt.

Phase 4

Diejenigen Personen der Gruppe A, die auch auf das zweite Erinnerungsschreiben nicht reagierten, wurden entweder von den Feldbegeherinnen und Feldbegeher zur Einholung der Rufnummer für ein späteres telefonisches Interview aufgesucht oder im Zuge eines CAPI-Interviews (computer assisted personal interview) befragt. Beide Varianten werden im Folgenden näher erläutert:

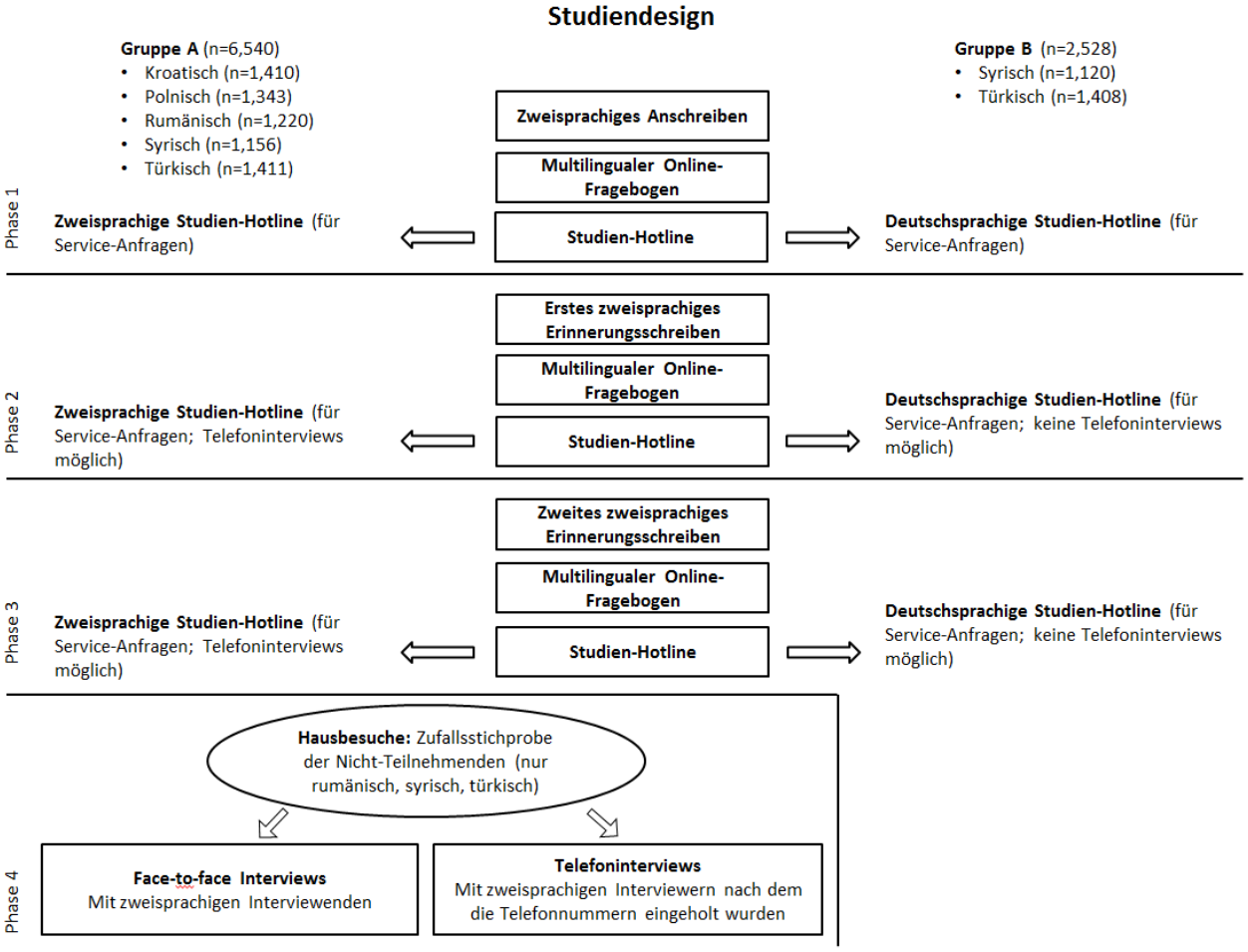
- Feldbegehung zur Rufnummerneinholung

Im Rahmen der Feldbegehung suchten zweisprachige Feldbegeherinnen und Feldbegeher die Haushalte der Zielpersonen auf, um diese für eine Studienteilnahme zu gewinnen. Die Feldbegeherinnen und Feldbeher gingen der Aufgabe nach, die Telefonnummern der rekrutierten Personen einzuholen und übermittelten diese anschließend an die Studien-Hotline für ein telefonisches Interview.

- Face-to-face-Interviews / Computer Assisted Personal Interview (CAPI)

Im Rahmen der Face-to-face-Interviews wurden, je nach Bedarf, auch zweisprachige Interviews mit den Teilnehmenden im Privathaushalt durchgeführt.

Abbildung 10: Erhebungsdesign Ergebnisse



Ergebnisse

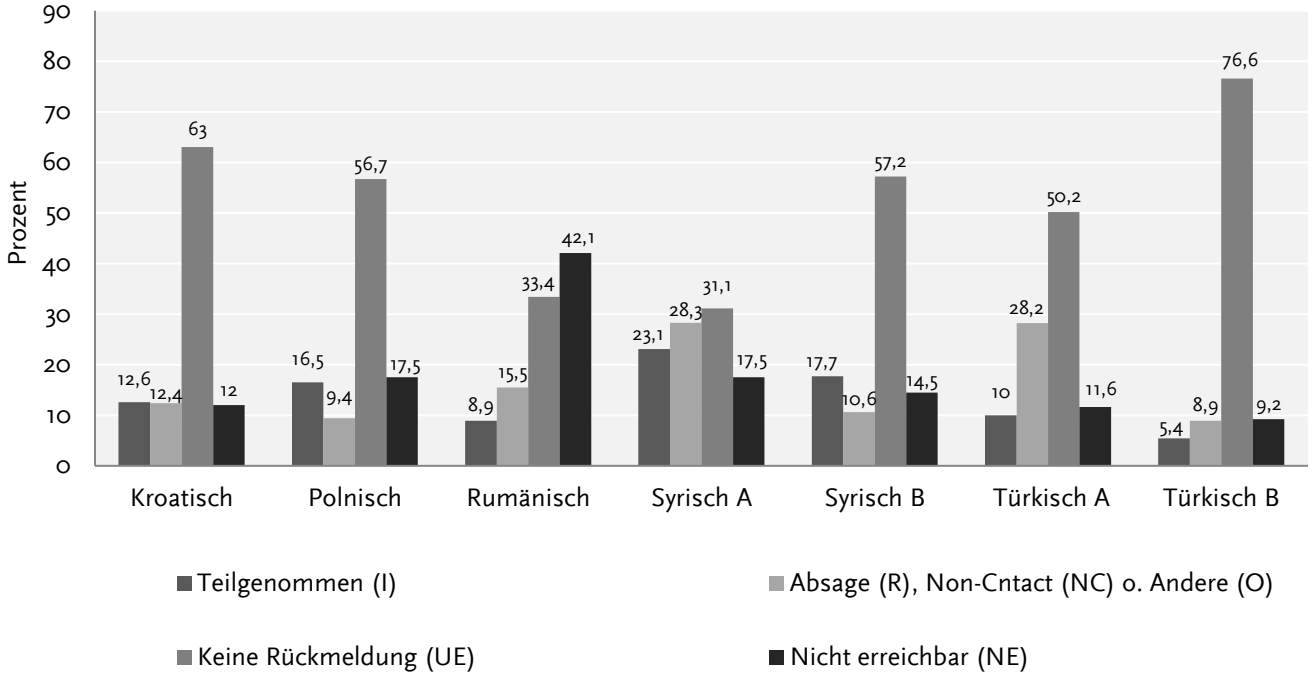
Im Folgenden werden ausgewählte Ergebnisse der Machbarkeitsstudie „Befragung“ beschrieben, die in einer Publikation näher ausgeführt werden [19]. Neben der Analyse der Ausschöpfung (Responserate) und weiterer prozessbezogener Daten, wie z.B. die Verwendung des mehrsprachigen Fragebogens, lagen auch Prozessdaten, die im Rahmen der Studien-Hotline und der Hausbesuche erhoben wurden, für die Auswertung vor. Diese Daten konnten durch zwei Fokusgruppen, die mit den Interviewenden durchgeführt wurden, ergänzt werden.

Final Disposition Codes nach AAPOR und Responserates

Am Ende der Befragung erhielt jeder Fall der Stichprobe einen finalen Disposition Code, um später eine Analyse der Responseraten zu ermöglichen. Die Disposition Codes wurden an die Richtlinien der American Association of Opinion Research (AAPOR) angelehnt und unterteilten die Stichprobe

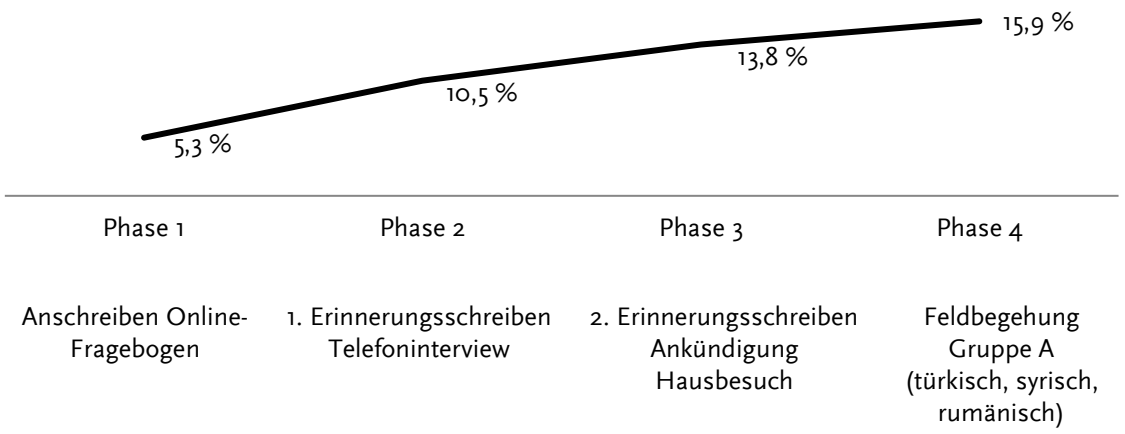
in vier Kategorien: (1) Teilgenommen (I), d.h. Fälle mit einem ausgefüllten Fragebogen; (2) Absage (Refusal) (R), Non-Contact (NC) oder Andere (O), d.h. Fälle, mit denen Kontakt bestand, die aber nicht teilgenommen haben; (3) Fälle ohne Rückmeldung oder mit unbekannter Erreichbarkeit ("UE"), d.h. Fälle, über die es keine zusätzlichen Informationen gab und (4) Fälle, die aus der Stichprobe ausschieden (NE), d.h. die Zielperson war im Haushalt unbekannt oder die Adresse war nicht korrekt [20]. Die Verteilung der Disposition Codes in Bezug auf die Staatsangehörigkeit variiert nach Staatsanghörigkeit. Die meisten abgeschlossenen Interviews kamen von syrischen (A: 23,1%, B: 17,7%), polnischen (16,5%) und kroatischen (12,6%) Teilnehmenden. Kontakte, die zu keiner Teilnahme führten (R, NC, O), wurden am häufigsten von syrischen (28,3%) und türkischen (28,2%) Teilnehmenden der Gruppe A identifiziert. In allen Gruppen, außer der rumänischen, betrug der Prozentsatz der Fälle ohne weitere Information über die Erreichbarkeit (UE) mehr als 50%. Rumänische Teilnehmende hatten lediglich einen Anteil von 33,4% an UE. Im Gegensatz dazu waren 42,1% der Personen mit rumänischer Staatsangehörigkeit in der Stichprobe generell nicht für die Befragung erreichbar (NE). Damit war der Anteil der rumänischen NE-Fälle dreimal so hoch wie bei den anderen Staatsangehörigkeiten mit durchschnittlich 13,7%. Beim Vergleich der Gruppe A und B fiel auf, dass die Interventionen in Gruppe A nicht nur zu mehr Beteiligungen, sondern auch zu einer besseren Aufklärung der Stichprobe führten.

Abbildung 11: Verteilung der AAPOR Dispositionscodes nach Staatsangehörigkeit und Gruppenzugehörigkeit (Interventionsgruppe A oder Kontrollgruppe B)



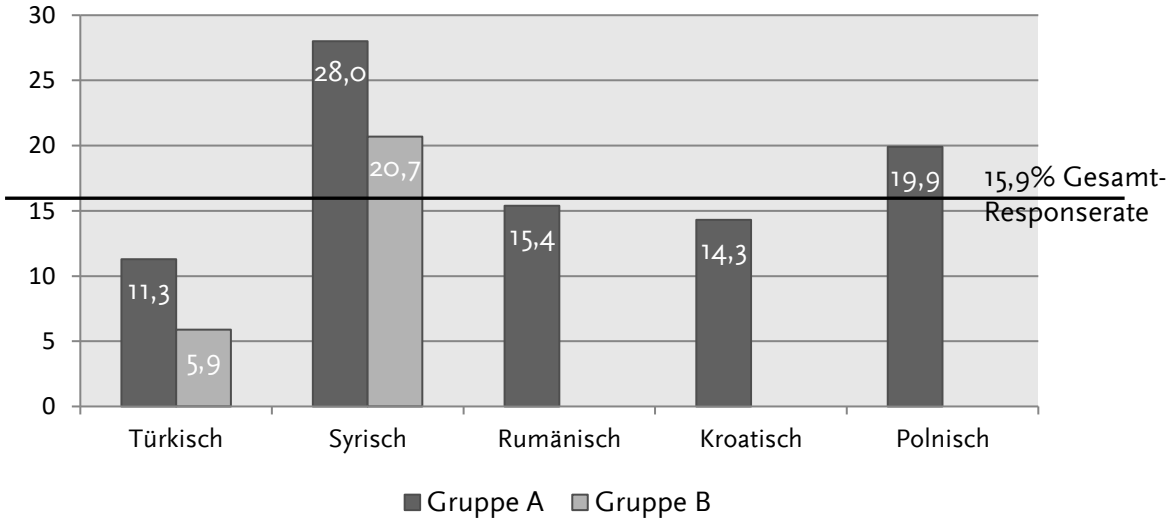
Insgesamt haben 1.190 Personen an der Studie teilgenommen. Dies entspricht einer Gesamtresponserate von 15,9%. Die Entwicklung der Responserate im Verlauf der vier Feldphasen lässt sich der Abbildung 12 entnehmen. Die Initialresponse nach dem Erstkontakt zu den Teilnehmenden lag bei 5,3% und hat sich bis zum Studienende sowohl infolge der Erinnerungsschreiben als auch der zusätzlichen Maßnahmen verdreifacht.

Abbildung 12: Responserate nach Studienphasen



Die einzelnen Responseraten variieren zwischen den einzelnen Staatsangehörigkeiten (x^2=281,5849; p≤0,001) sowie zwischen den beiden Interventionsgruppen A und B (x^2=33,6567; p≤0,001) (siehe Abbildung 13). Die Gruppe der syrischen und polnischen Teilnehmenden weist die höchste Responserate auf, während die Gruppe der türkischen, rumänischen und kroatischen Teilnehmenden eine niedrigere Responserate als die Gesamtresponserate zeigt.

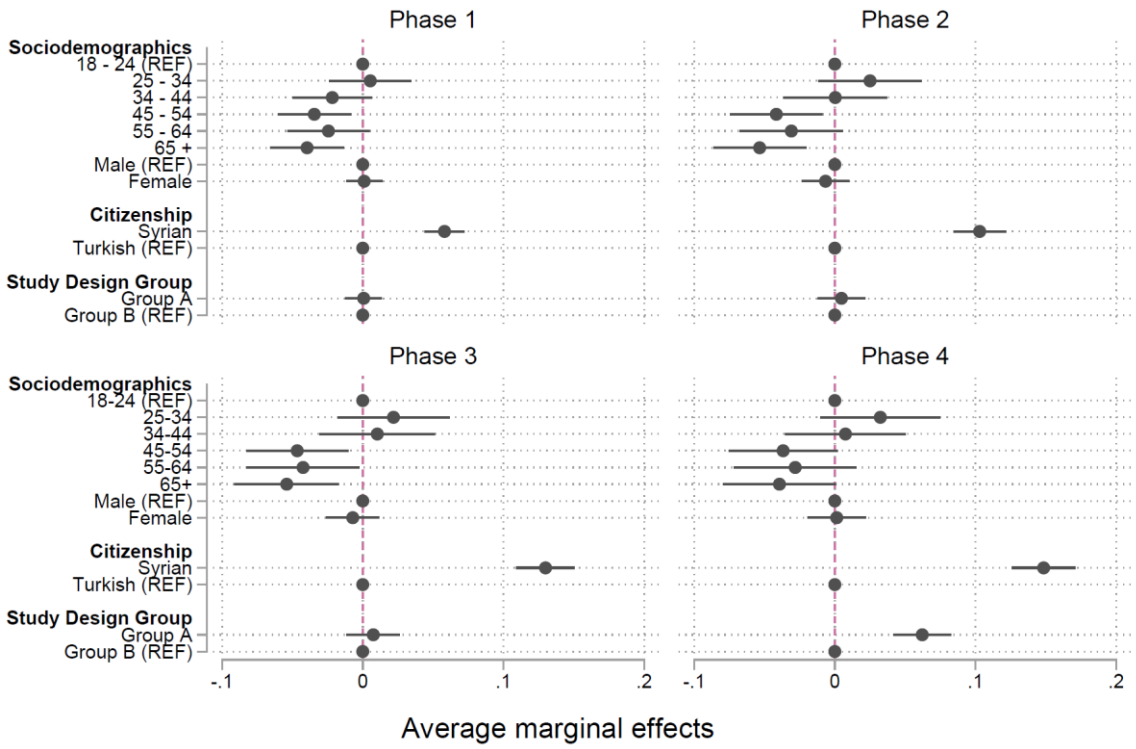
Abbildung 13: Responserate nach Staatsangehörigkeit in %



Nachfolgend wird die parametrische Bewertung der verschiedenen Studieninterventionen nach Studienphasen betrachtet. Abbildung 14 zeigt die Ergebnisse für die verschiedenen Modelle in einer Koeffizientendarstellung.

In allen Phasen zeigte sich ein signifikanter Effekt zwischen dem Alter der zu rekrutierenden Personen und der Teilnahmewahrscheinlichkeit. Je jünger die Personen waren, desto höher war die Wahrscheinlichkeit einer Teilnahme. Im Gegensatz dazu hatte das Geschlecht keinen signifikanten Einfluss auf die Responserate. Beim Vergleich zwischen den Staatsangehörigkeiten fällt auf, dass die Gruppe der syrischen Personen in allen vier Phasen mit einer höheren Wahrscheinlichkeit teilnahm als die türkische Gruppe. Insgesamt war die Responserate in der syrischen Gruppe (keine Differenzierung zwischen A und B) 14,5% höher im Vergleich zur türkischen Gruppe. Bei Betrachtung der experimentellen Differenzierung der Gruppe A und B für die syrische und türkische Gruppe zeigten sich keine Auswirkungen in der Phase 1-3. Ausschließlich in der vierten Phase wird dieser Unterschied deutlich. Dieser Effekt ist jedoch auf die zusätzlichen Rekrutierungsmaßnahmen in der vierten Phase zurückzuführen. Hier ist im Modell ersichtlich, dass Gruppe A eine 6,2% höhere Responserate im Vergleich zur Gruppe B hat [19].

Abbildung 14: Logistisches Regressionsmodell nach Studienphasen



Netto-Stichprobenzusammensetzung

Geschlecht

Die Mehrheit der Studienpopulation war weiblich (51,4%). Dieser Geschlechtertrend betraf alle Staatsangehörigkeiten mit Ausnahme der syrischen Teilnehmenden, hier zeigte sich ein umgekehrter Trend (siehe Tabelle 8). Im Vergleich der beiden Interventionsgruppen A und B gab es in der Responserate der syrischen Gruppe keine geschlechterspezifischen Unterschiede. In der türkischen Gruppe nahmen signifikant mehr Frauen in der Gruppe A teil (X^2= 4.9137; p≤0.027). Auch hier lässt sich das Phänomen auf die Hausbesuche zurückführen.

Alter

Insgesamt waren 50,4% der Befragungsteilnehmenden zwischen 18 und 44 Jahren alt. Bei der Altersverteilung gab es signifikante Unterschiede bezogen auf die Staatsangehörigkeit (X^2=50.3197; p≤0.001). Ältere Menschen (>65 Jahre) machten mit 18,6% den kleinsten Anteil der Teilnehmenden aus. Während in der syrischen Gruppe keine Unterschiede zwischen der Gruppe A und B festgestellt werden konnten, gab es innerhalb der Gruppe der türkischen Teilnehmenden der Gruppe A etwas mehr Personen mittleren Alters (45-64 Jahre), die an der Befragung teilgenommen haben. Dieser Unterschied war jedoch nicht statistisch signifikant (X^2=2.8393; p≤0.242).

Bildung

Insgesamt hatten 75,1% der Studienteilnehmenden ein mittleres oder hohes Bildungsniveau. Es gab signifikante Unterschiede zwischen den verschiedenen Staatsangehörigkeiten (X^2=72.9001, p≤0.001). Hausbesuche erhöhten den Anteil an Teilnehmenden mit einem niedrigen Bildungsniveau. Dieser Effekt zeigte sich insbesondere in der türkischen Gruppe (siehe Tabelle 4). Die Stichprobe der türkischen Teilnehmenden in der Gruppe A hatte ein signifikant niedrigeres Bildungsniveau als die türkische Referenzgruppe B (X^2=7.9441; p≤0.019). Im Gegensatz dazu waren die Unterschiede in der syrischen Gruppe nicht statistisch signifikant (X^2=0.5839; p≤0.747).

Subjektiver Gesundheitszustand

70% aller Teilnehmenden schätzten ihren eigenen Gesundheitszustand, gemessen an der subjektiven Gesundheitsskala, als gut oder sehr gut ein. Insgesamt 62,3% der türkischen Teilnehmenden gaben an, einen guten oder sehr guten Gesundheitszustand zu haben. Der subjektive Gesundheitszustand der syrischen Personen, die einen guten oder sehr guten Gesundheitszustand berichteten, entsprach dem Durchschnitt aller Teilnehmenden. Zwischen den türkischen und syrischen Teilnehmenden der Gruppen A und B gab es keinen signifikanten Unterschied bezogen auf den Gesundheitszustand (x^2= 6.6935; p≤0.153).

Tabelle 4: Stichprobenzusammensetzung in Bezug auf soziodemographische und gesundheitsbezogene Merkmale nach Gruppenzugehörigkeit und Staatsangehörigkeit in % (n)

Soziodemographische und gesundheitsbezogene Variablen	Gruppe A					Gruppe B	
	Türkisch	Syrisch	Rumänisch	Kroatisch	Polnisch	Türkisch	Syrisch
Geschlecht							
Männlich	38,3 (54)	55,4 (148)	37,6 (41)	45,5 (81)	46,6 (103)	54 (41)	55,6 (110)
Weiblich	61,7 (87)	44,6 (119)	62,4 (68)	54,5 (97)	53,4 (118)	46 (35)	44,4 (88)
Geschlecht Gesamt	100 (141)	100 (267)	100 (109)	100 (178)	100 (221)	100 (76)	100 (198)
Alter							
18-44 Jahre	41,9 (59)	55,4 (148)	56 (61)	49,5 (88)	38,4 (85)	52,3 (42)	59,1 (117)
45-64 Jahre	33,3 (47)	32,6 (87)	28,4 (31)	23 (41)	40,3 (89)	21 (16)	28,8 (57)
Über 65 Jahre	24,8 (35)	12 (32)	15,6 (17)	27,5 (49)	21,3 (47)	23,7 (18)	12,1 (24)
Alter Gesamt	100 (141)	100 (267)	100 (109)	100 (178)	100 (221)	100 (76)	100 (198)
Bildung							
Niedrig	48,6 (67)	28,1 (75)	17,4 (19)	19,7 (35)	11 (24)	29 (22)	27 (53)
Mittel	33,3 (46)	41,9 (112)	40,4 (44)	44,9 (80)	43,8 (96)	43,4 (33)	45,4 (89)
Hoch	18,1 (25)	30 (80)	42,2 (46)	35,4 (63)	45,2 (99)	27,6 (21)	27,6 (54)
Gesamt Bildung	100 (138)	100 (267)	100 (109)	100 (178)	100 (109)	100 (76)	100 (196)
Gesundheitszustand							
Schlecht oder sehr schlecht	12 (17)	8,2 (22)	4,6 (5)	7,9 (14)	5 (11)	9,2 (7)	6,1 (12)
Moderat	30,5 (43)	24,3 (65)	16,5 (18)	16,8 (30)	17,2 (38)	23,7 (18)	20,7 (41)
Gut oder sehr gut	57,5 (81)	67,4 (180)	78,9 (86)	75,3 (134)	77,8 (172)	67,1 (51)	73,2 (145)
Gesamt Gesundheitszustand	100 (141)	100 (267)	100 (109)	100 (178)	100 (221)	100 (76)	100 (198)

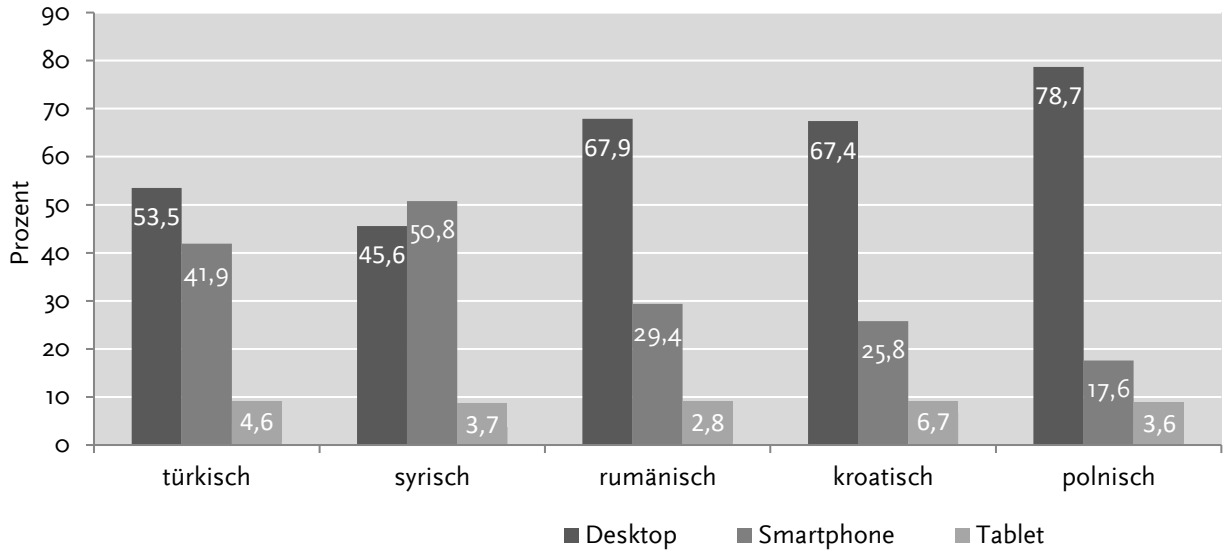
Bemerkung: Ein Vergleich zwischen Gruppe A und Gruppe B ist nur zwischen türkischen und syrischen Teilnehmenden möglich.

Auswertung der Interview-Prozessdaten

Vergleich der Maßnahmen

Von den 1.190 Teilnehmenden der IMIRA Befragung füllte die Mehrheit (n=951; 79,9%) den Online-Fragebogen aus. 93 Personen (7,8%) riefen für ein telefonisches Interview an und 100 Personen (8,4%) nahmen an einem Face-to-face-Interview teil. Zudem wurden im Rahmen der Hausbesuche Telefonnummern eingeholt, durch die 46 weitere Telefoninterviews realisiert werden konnten. Die durchschnittliche Ausfülldauer des Fragebogens betrug 45 Minuten, wobei die Ausfülldauer je nach Ausfüllsprache variierte. Der Online-Fragebogen wurde mehrheitlich auf einem Desktop ausgefüllt. In der syrischen (50,8%) und türkischen (41,9%) Gruppe zeigte sich jedoch mit Abstand der höchste Anteil an Teilnehmenden, die zum Ausfüllen ein Smartphone nutzten (siehe Abbildung 15).

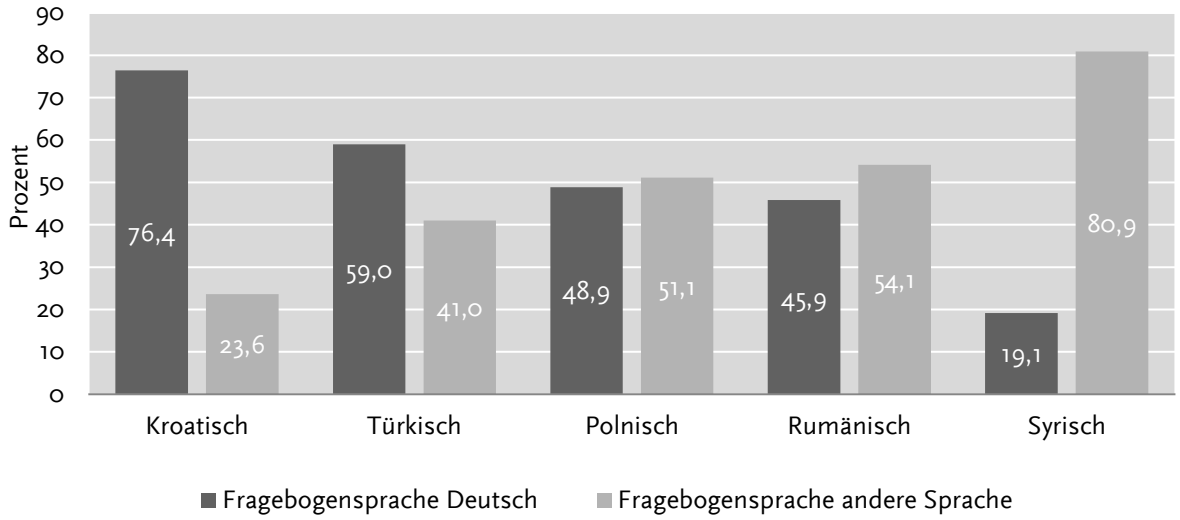
Abbildung 15: Verwendetes Device nach Staatsangehörigkeiten



Der Einsatz multilingualer Fragebögen

Die Minderheit der Teilnehmenden (42,9%) verwendete den deutschen Fragebogen. Die restlichen 57,1% nutzten einen der übersetzten Fragebögen. Die Verwendung der übersetzten Fragebögen war abhängig von der Staatsangehörigkeit, wie in Abbildung 16 dargestellt. Die Mehrheit der Befragten aus der syrischen und rumänischen Gruppe nutzte das Angebot der übersetzten Fragebögen. Im Gegensatz dazu wurde von den kroatischen und türkischen Befragten eher der deutsche Fragebogen genutzt.

Abbildung 16: Verwendete Fragebogensprache nach Staatsangehörigkeiten



Auswertung der Prozessdaten der Studien-Hotline

Insgesamt wurden 97 telefonische Interviews geführt, davon 79 Inbound, d.h. eingehende Interviews und 18 Outbound, d.h. vom Interviewenden ausgehende Interviews. An der Studien-Hotline gab es 409 Kontaktaufnahmen an der Inbound-Hotline, davon 21 Wiederholungskontaktierungen. Die durchschnittliche Gesprächsdauer ohne Interview betrug 5 Minuten. Das Maximum lag bei 41 Minuten. Die meisten Kontakte kamen von der syrischen und türkischen Gruppe. Relativ zur Gesamtstichprobe (Brutto) betrachtet, konnten für Gruppe A 5,3% der Anrufe und für Gruppe B 4,6% der Anrufe verzeichnet werden.

In Gruppe B, die nur die Möglichkeit eines deutschsprachigen Interviews zur Verfügung gestellt bekam, zeigten sich deutliche Sprachbarrieren, die teilweise nur durch das „Aushelfen“ einer anderen Person behoben werden konnten.

Ein Viertel der Anruferinnen und Anrufer nahm nach der telefonischen Kontaktaufnahme an der Befragung teil (online: 30%, telefonisch: 70%). Hauptsächlich erfolgten Teilnahmen aus der syrischen und polnischen Gruppe. Die Hälfte der Anrufenden verweigerte die Teilnahme, vor allem aus der türkischen, syrischen und kroatischen Gruppe. 52% Frauen und 48% Männer kontaktierten die Hotline. Der höhere Frauenanteil zeigte sich in allen Sprachgruppen, außer bei der syrischen Gruppe. Hier lag der Anteil bei lediglich 37%. Im Allgemeinen stieg die Kontakthäufigkeit mit dem Alter. Zu 50-60% konnten die Anrufenden der Altersklasse 65+ und hauptsächlich der kroatischen, rumänischen und polnischen Gruppe zugeordnet werden. In der syrischen Gruppe lag der Anteil

der 18- bis 44-Jährigen Anruferinnen und Anrufer nahezu bei 50% im Unterschied zu den übrigen Gruppen.

70% aller Kontaktaufnahmen gingen von der Zielperson aus. Auffällig war hierbei die türkische Gruppe, bei der dieser Anteil deutlich unter dem Gesamtdurchschnitt bei nur 58% lag und Kontaktaufnahmen im Vergleich etwas häufiger durch Kontaktpersonen erfolgten. Kontaktpersonen waren vor allem enge Familienangehörige wie Ehepartnerinnen und Ehepartner zu 40% oder Kinder zu 30%.

An der Studien-Hotline wurden durch die Anrufenden insgesamt 85 Mal Probleme mit dem Fragebogen gemeldet. Dabei ging es vor allem um Probleme im Handling des Online-Fragebogens (47%). In 15% der Anrufe handelte es sich um Probleme mit einem nicht funktionierenden Zugangslink, keinem Internetzugang (26%) oder dem Fehlen eines internetfähigen Gerätes.

Nachdem die Anrufenden ihre Probleme mit der Befragung geschildert hatten, wurden die Interviewenden gebeten eine Einschätzung abzugeben, ob eine Studienteilnahme wahrscheinlich ist. Laut der Einschätzung der Interviewenden, würden 30% nach dem Anruf sicher teilnehmen, 19% wahrscheinlich und 50% würden nicht teilnehmen. Tatsächlich nahmen deutlich mehr als die von den Interviewenden eingeschätzten ca. 50% Personen auch an der Studie teil: 61% der Anrufenden beteiligten sich im Anschluss an der Befragung.

Nahezu die Hälfte aller Anrufenden kontaktierte die Studien-Hotline, um die Teilnahme zu verweigern. Der häufigste Grund für eine Nichtteilnahme war „kein Interesse“ (39%), gefolgt von „keine Zeit“ (15%) oder einem „anderen Grund“ (14%).

Nach der Absage wurden die Interviewenden, um eine Einschätzung gebeten, ob die anrufende Person umgestimmt werden konnte und sich eventuell doch an der Befragung beteiligt. Die Bedenken und Absagegründe der Teilnehmenden konnten in 95% der Fälle durch die Interviewenden nicht ausgeräumt werden.

Tatsächlich blieben jedoch 99% der telefonischen Absagen Verweigerungen. Lediglich in drei Fällen mit syrischen Anrufenden, gelang eine Umstimmung. Insgesamt ergibt sich aus den Daten, dass diejenigen, die nicht an der Befragung teilnehmen möchten und dies proaktiv durch einen Anruf an der Studien-Hotline äußern, auch nicht umgestimmt werden können.

Auswertung der Prozessdaten der Feldbegehung

In der letzten Feldphase wurden in einer Unterstichprobe Hausbesuche durchgeführt. Die Hausbesuche fanden in Berlin statt und wurden von einem externen Sozialforschungsinstitut durchgeführt. Es wurden insgesamt 1.822 zufallsgezogene Adressen aus dem Pool der

rumänischen, syrischen und türkischen Non-Responder für die Feldbegehung an einen externen Dienstleister übermittelt, wovon lediglich 945 (51,9%) bearbeitet werden konnten. Dabei gab es bezüglich der bearbeiteten Adressen Unterschiede innerhalb der Gruppen. Der Anteil der bearbeiteten türkischen Adressen lag bei 42,4%, der der syrischen bei 36,3% und der der rumänischen bei 21,3%. Insgesamt war das Adressmanagement laut Interviewendenaussage schwierig, da die Adressen teilweise sehr weit auseinanderlagen oder gar nicht erst auffindbar waren.

Ergebnisse des Kontakts

Aus den Kontaktversuchen der Interviewenden konnten in 11% der Fälle Face-to-face-Interviews realisiert werden. Von 10,6% Rufnummern, die durch die Interviewenden aufgenommen wurden, führten lediglich 52% zu einem Telefoninterview. In 33% der Fälle wurde die Teilnahme verweigert. Bei 12,7% der Kontakte war eine Wiederkontaktierung notwendig, v.a. in der türkischen Gruppe (14,3%). Bei 26,9% der Kontakte war der Hausbesuch nicht möglich oder die Zielpersonen konnten nicht angetroffen werden. Hauptsächlich war dies in der rumänischen (54,3%) und türkischen Gruppe (29,9%) der Fall.

Kontakte

In 32% der bearbeiteten Fälle konnte kein Kontakt, teilweise auch nach mehrfacher Kontaktierung, zu einer Person hergestellt werden. In 19% der Fälle wurde der Kontakt zur Zielperson von der Kontaktperson verwehrt, insbesondere in der syrischen (40%) und rumänischen (33%) Gruppe, seltener in der türkischen Gruppe (11%).

Konnte ein Kontakt zu einer Person hergestellt werden, war dies in 78,5% der Fälle die Zielperson selbst. Mehrheitlich (60%) erfolgte eine Zusage zur Teilnahme an der Befragung bei Erreichen der Zielperson. Hierbei fielen Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen auf. Bei der syrischen Gruppe lag der Anteil der Zusage bei 74,4%. Im Gegensatz dazu lag er bei der türkischen Gruppe bei nur 43,7%. Die Notwendigkeit die Zielperson wieder kontaktieren zu müssen, beispielsweise durch Zeitmangel, war vor allem in der türkischen Gruppe mit 14,3% auffällig höher als in den beiden übrigen Gruppen.

Kontaktsprache

Die Kontaktsprache war hauptsächlich arabisch, rumänisch und türkisch, während deutsch nur in 10,1% der Fälle verwendet wurde. Die Face-to-face-Interviews wurden zu 100% auf arabisch,

rumänisch oder türkisch durchgeführt; auch in den 16 Fällen, in denen die Kontaktsprache zunächst deutsch war, wurde das Interview letztendlich in der Muttersprache der Befragten geführt. Die Interviewenden gaben an, dass lediglich bei 9,7% der Zielpersonen deutsch auch als Interviewsprache möglich gewesen wäre.

Absage- und Verweigerungsgründe

Die Absage und Verweigerungsgründe, die aus den Hausbesuchen hervorgingen, sind vergleichbar mit den Verweigerungsgründen aus den vorherigen Feldphasen. 38,9% hatten keine Zeit, hierbei galt insbesondere die Fastenzeit in den muslimischen Bevölkerungsgruppen als „schwierige" Zeit für ein Interview und war mit einer erhöhten Ablehnungsbereitschaft in der türkischen und syrischen Gruppe verknüpft.

Insgesamt verweigerten 23,2% Personen die Teilnahme während der Feldbegehung, 58,7% davon, weil kein Interesse an der Befragung bestand. „Sonstige Gründe" für eine Nichtteilnahme gaben 8,1% der Befragten an, u. a. mit der Begründung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen oder Zeitmangel. In 16% der Fälle lagen in der rumänischen und türkischen Gruppe Verständnisprobleme als Verweigerungsgrund vor, die sich in der fehlenden Bekanntheit des RKI oder einem mangelnden Verständnis für den Sinn und Zweck der Befragung oder für die Forschung im Allgemeinen, sowie schlechte Erfahrungen mit vorherigen Befragungen erklären lassen.

Ausfälle

Die Ausfälle begründen sich mehrheitlich auf falsche Adressen (58,6%). Hierbei liegt der Anteil in der rumänischen Gruppe besonders hoch im Vergleich zu den anderen beiden Gruppen bei 75%. Die Ausfälle in der syrischen Gruppe ließen sich zu 40% auf einen Umzug zurückführen. „Sonstige Gründe" für Ausfälle machten in der rumänischen Gruppe einen Anteil von 13,2% und in der türkischen von 9,6% aus. In diese Kategorie fallen vor allem Personen, die während der Feldzeit nicht Zuhause waren, nur temporär in Deutschland lebten, Wohnungen untervermietet hatten oder infolge fehlender Klingelschildmarkierungen nicht für die Interviewenden erreichbar waren.

Probleme im Fragebogen

Während der Face-to-face-Interviews sind im Fragebogen einige inhaltliche Probleme bezüglich der Befragungsinhalte aufgetreten, mit denen die Interviewenden konfrontiert waren und von denen sie in den Fokusgruppen berichteten. In der türkischen und rumänischen Gruppe löste die Frage nach

dem Migrationshintergrund bei den Zielpersonen unangenehme Emotionen aus und führte auf beiden Seiten zu einem Gefühl der „Entfremdung“ bzw. Ausgrenzung.

Auch die Frage nach der Religionszugehörigkeit erwies sich als äußerst sensibel und konfliktbehaftet. Bei der syrischen Gruppe wurde von Situationen während des Interviews berichtet, in denen die Befragten das Interview abbrechen wollten und viel Überzeugungsarbeit für eine Fortsetzung geleistet werden musste. In der türkischen Gruppe wurde die Übersetzung des Begriffs „Religionsgemeinschaft“ teilweise als Anschuldigung bzw. Verweis auf die mögliche Zugehörigkeit zur Gülen-Bewegung verstanden.

In der türkischen und rumänischen Gruppe stellte die Frage nach dem Einkommen und in der türkischen Gruppe, die Frage nach dem Alkoholkonsum einen sensiblen Inhalt dar. Insgesamt wurde der Fragebogen und entsprechend die Interviewdauer als zu lang empfunden.

Ausblick

Durch die IMIRA Befragung konnte gezeigt werden, dass die Responserate durch den Einsatz verschiedener diversitätssensibler Maßnahmen gesteigert werden konnte. Insbesondere der Einsatz von übersetzten Befragungselementen, als auch die Durchführung von Hausbesuchen können als förderlich für die Ausschöpfung der Stichprobe betrachtet werden. Der Einsatz einer mehrsprachigen Studien-Hotline hat nicht den gewünschten Effekt auf die Responserate gehabt, wurde jedoch von den Teilnehmenden genutzt um die Teilnahme zu verweigern und trug somit zur verbesserten Aufklärung der Stichprobe bei. Die Erfahrungen aus der IMIRA Befragung werden fortan in die Planungen von Gesundheitssurveys wie der „gern-Studie“ integriert. Die Ergebnisse zeigen, dass es spezifische Maßnahmen braucht, um Menschen mit Migrationshintergrund in bevölkerungsbezogene Befragungen einzubeziehen bzw. All-in-one-Lösungen für Befragungen nicht immer sinnvoll und erfolgreich sind. Aus diesem Grund wird es eine deutschlandweite Zusatzbefragung von Menschen ohne deutsche Staatsangehörigkeit geben, um migrationsbezogene Indikatoren, wie Aufenthaltsdauer oder Migrationsgrund und deren Auswirkungen auf die gesundheitliche Situation besser betrachten zu können. Für die Zusatzbefragung (IMIRA II) werden die fünf größten Migrantinnen- und Migrantengruppen in Deutschland herangezogen. Dabei handelt es sich um Personen mit italienischer, kroatischer, polnischer, syrischer und türkischer Staatsangehörigkeit, die in einem Mixed-Mode-Design (online, schriftlich, Face-to-face) befragt werden sollen. Gemäß den Erfahrungen der IMIRA Befragung, sollen auch in der IMIRA II Befragung übersetzte Fragebögen, als auch mehrsprachige Interviewende für Face-to-face-Interviews eingesetzt werden. Das Ziel ist es ca. 1.000-1.500

Interviews in jeder der fünf Migrantinnen- und Migrantengruppen zu erzielen, um so belastbare Daten zum Gesundheitszustand zu erhalten.

5.4. Machbarkeitsstudie „Untersuchung“ (Teilprojekt 4)

Hintergrund

In der Machbarkeitsstudie „Untersuchung“ wurden neue Methoden zur Überwindung sprachlicher Barrieren zwischen Teilnehmenden und untersuchendem Personal getestet und bewertet, nämlich der Einsatz von mehrsprachigen schriftlichen Materialien und Videos („Erklärvideos“, „Einführungsfilm“) sowie die Kommunikation über einen Videodolmetscherservice.
Die Datenerhebung im Rahmen der Machbarkeitsstudie „Untersuchung“ wurde im Dezember 2017 abgeschlossen.

Methode

Grundgesamtheit

Die Grundgesamtheit der Machbarkeitsstudie „Untersuchung“ fokussierte sich auf drei Gruppen: Menschen mit einem polnischen, syrischen oder türkischen Migrationshintergrund. Die Rekrutierung der Teilnehmenden erfolgte durch einen Auftragnehmer (Data4U) über ein Convenience Sampling, durch das 180 Personen mit Wohnsitz in Berlin und der Muttersprache Arabisch, Polnisch bzw. Türkisch gewonnen werden sollten. Aus jeder der drei Sprachgruppen sollten je 15 Frauen und 15 Männer im Alter von 18-39 Jahren, 40-59 Jahren und 60-79 Jahren in die Studie eingeschlossen werden. Dabei sollten gezielt Personen ausgewählt werden, deren Deutschkenntnisse nicht über dem Niveau B1 nach GER (gemeinsamer europäischer Referenzrahmen für Sprachen) lagen.

Mehrsprachige Teilnehmendendokumente

Alle schriftlichen Materialien, die den Teilnehmenden ausgehändigt wurden (Flyer, Einwilligungserklärung, Datenschutzerklärung, Ergebnisbericht) waren mehrsprachig. Abbildungen berücksichtigten die Diversität der Teilnehmenden. Fokusgruppen mit Menschen aus Syrien, Polen und der Türkei wurden durchgeführt, um die Materialien zu prüfen und anzupassen, ebenso wurde auf die Verwendung einer diversitätssensiblen Sprache Wert gelegt.

Mehrsprachige Videos

Mit einem Einführungsfilm wurden die Teilnehmenden begrüßt und über Ziele, Inhalte und datenschutzrechtliche Grundlagen der Studie aufgeklärt. Die Teilnehmenden sahen den Film in ihrer Muttersprache auf einem Laptop als Power-Point-Präsentation, sie konnten ihn jederzeit anhalten und zurückspulen.
In den Erklärvideos wurden die Untersuchungen filmisch abgebildet und mit konkreten Handlungsanweisungen ergänzt. Die Filme dauerten im Schnitt 1 Minute und 9 Sekunden (0,37 – 2,30 Minuten). Sie wurden den Teilnehmenden direkt vor der jeweiligen Untersuchung auf einem Tablet gezeigt. Insgesamt standen acht Erklärvideos in den Sprachen Arabisch, Polnisch, Türkisch und Deutsch zur Verfügung. Bei der Auswahl der Darstellenden wurde die Diversität der Gesellschaft berücksichtigt. Alle Erklärvideos konnten so oft wie gewünscht angeschaut, unterbrochen sowie vor und zurückgespult werden.

Videodolmetscherservice

Über einen Videodolmetscherservice (Firma SAVD Videodolmetschen GmbH, Wien) standen Dolmetschende in Arabisch, Polnisch und Türkisch zur Verfügung. Die Dolmetschenden verfügten über einen akademischen Abschluss und eine gerichtliche Beeidigung bzw. ein Zertifikat des Bundesverbands der Dolmetscher und Übersetzer. Die erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen zum Schutz von personenbezogenen Daten vor unbefugter Kenntnisnahme wurden durch den Auftragnehmer gewährleistet. Alle Dolmetschenden unterlagen einer vertraglichen Verschwiegenheitspflicht sowie dem Datengeheimnis gemäß § 5 BDSG. Die Datenübertragung beim Videodolmetschen erfolgte verschlüsselt (Ende-Ende-Verschlüsselung). Die Kommunikation erfolgte mittels WLAN über einen PC mit integriertem Videosystem und Netzwerkanschluss (Cisco DX70 / -80 / -650 System).

Für alle Teilnehmenden waren zwei Gespräche mit den Dolmetschenden vorgesehen: Im Aufnahmegespräch wurden die Teilnehmenden begrüßt, mögliche Rückfragen zu den Aufklärungsmaterialien beantwortet und die schriftliche Einwilligung zur Studienteilnahme eingeholt. Ein Fragebogen zu möglichen Kontraindikationen wurde besprochen. Das individuelle Untersuchungsprogramm wurde erklärt, und Rückfragen wurden beantwortet. Im Abschlussgespräch nach den Untersuchungen wurden den Teilnehmenden Ergebnisse der Untersuchung mitgeteilt, die sie auch schriftlich in der jeweiligen Muttersprache erhielten. Der zweite Teil des Abschlussgesprächs bestand aus einem standardisierten Interview (CAPI), in dem die Teilnehmenden um die persönliche Einschätzung ihrer Studienteilnahme gebeten wurden.

Ein- und Ausschlusskriterien

Voraussetzung für die Studienteilnahme war die schriftliche Einwilligung. Die detaillierten Ausschlusskriterien für einzelne Untersuchungen bzw. Untersuchungskomponenten wurden in den jeweiligen Standard Operating Procedures (SOPs) zu den Untersuchungen aufgelistet. Gesundheitliche Einschränkungen, die für die Teilnahme an den Untersuchungen relevant sein könnten, wurden anhand eines kurzen Teilnehmerfragebogens (in Arabisch, Polnisch bzw. Türkisch und auf Deutsch) zusammen mit soziodemografischen Basisdaten erfragt. Rückfragen, die sich aus der Befragung ergaben, wurden mit Unterstützung des Dolmetscherservices besprochen. Die Nichtteilnahme an einzelnen Untersuchungsbestandteilen aufgrund von Ausschlusskriterien oder wegen einer Verweigerung bzw. der vorzeitige Abbruch einer Untersuchung führte nicht zum Ausschluss an der Studienteilnahme.

Studienpersonal

Das Studienpersonal war geschult und erfahren in der Durchführung von Untersuchungssurveys. Die Untersuchungen und Befragungen wurden von zwei examinierten Gesundheits- und Krankenpflegerinnen durchgeführt. Eine weitere Studienassistentin begleitete die Teilnehmenden von der Pforte zu den Untersuchungsräumen, begrüßte sie und zeigte ihnen den Einführungsfilm.

Studienablauf

Alle Untersuchungen und Befragungen erfolgten in standardisierter Form anhand von SOPs. Zur Untersuchung kamen verschiedene nicht-invasive körperliche Messungen und Tests zum Einsatz (siehe Tabelle 5). Die Untersuchung endete mit einem Abschlussgespräch, in dem den Teilnehmenden alle relevanten Untersuchungsergebnisse nach einem standardisierten Verfahren mitgeteilt wurden. Die Untersuchungen und Befragungen dauerten etwa 2 Stunden. Jede teilnehmende Person erhielt eine Aufwandsentschädigung von 40 Euro.

Die Untersuchungen und Befragungen der Teilnehmenden fanden in speziell dafür ausgestatteten Räumen des RKI in der Seestraße 10 in 13353 Berlin statt. Individuelle Erhebungsdaten aus den körperlichen Untersuchungen und Tests standen nicht im Fokus der Studie, sie wurden daher nicht gespeichert.

Tabelle 5: Untersuchungen / Tests im Rahmen der Machbarkeitsstudie „Untersuchung“

Untersuchung / Test	Methode
Anthropometrie	

Körpergröße	Stadiometer Fa. Seca 274, Messgenauigkeit 0,2 cm
Körpergewicht / Körperfettanteil	mBCA Fa. Seca 515 / 514, Messgenauigkeit 0,01 kg
Taillenumfang	Messband Fa. Sibner Hegner, Schweiz, Messgenauigkeit 0,1 cm
Herz- / Kreislauffunktion	
Peripherer Blutdruck in Ruhe	Acutorr, Fa. Datascope
Lungenfunktion	
FEV1, FVC	Easy on-PC; Fa. ndd
Körperliche Funktionsfähigkeit und Alltagsaktivität	
Isometrische Greifkraft	Smedley S Dynamometer TTM Tokio 100 kg
Chair-Rise (nur Tn >64 Jahre)	Protokoll: Guralnik et al., 1995
Time Up & Go (nur Tn >64 Jahre)	Protokoll: Podsiadlo et al., 1991
Balancetests (Romberg, Semitandem – Tandem, Einbeinstand) (nur Tn >64 Jahre)	Protokoll: Institut für Sportmedizin, Universitätsklinikum Münster

Teilnehmenden-Feedback-Befragung

Nach der Ergebnismitteilung wurde mit dem Teilnehmenden eine standardisierte computergestützte Feedback-Befragung (CAPI) unter Inanspruchnahme der Videodolmetschung durchgeführt. In dem Interview bewerteten diese die Erklärvideos sowie den Videodolmetscherservice und wurden nach ihrer Motivation zur Studienteilnahme und ihrer Bereitschaft zur Wiederteilnahme gefragt. Um ein einheitliches Verständnis der Bewertung über alle Sprachgruppen hinweg zu erzielen, wurden die Ratingskalen neben dem geschriebenen Wort durch „Smileys“ verdeutlicht. Die Fragen mit ihren entsprechenden Antwortmöglichkeiten wurden von den Dolmetschenden vorgelesen. Zur Beantwortung nutzten die Teilnehmenden gedruckte Karten mit den schriftlichen und graphischen Antwortmöglichkeiten.

Mitarbeitenden-Feedback-Befragung

Die Bewertung der Erklärvideos und des Videodolmetscherservice aus Sicht der Mitarbeitenden erfolgte mit Hilfe eines standardisierten Papierfragebogens. Dieser wurde von den Mitarbeitenden nach jeder Teilnahme ausgefüllt. Die Mitarbeitenden schätzten darin die Deutschkenntnisse der

Teilnehmenden ein und bewerteten, wie die Teilnehmenden mit den verschiedenen Methoden (Aufklärung, Filme, Videodolmetscher) und Untersuchungen zu Recht gekommen sind.

Zur Analyse der Wirksamkeit der Erklärvideos aus Sicht der Mitarbeitenden wurden die Indikatoren „Umsetzung der Anweisungen“ und „zusätzlicher Erklärungsbedarf“ erhoben. Von einer inhaltlichen Bewertung der Dolmetschergespräche musste aufgrund der Sprachdifferenz abgesehen werden. Daher wurde der Dolmetscherservice nach den Kriterien „technische Probleme“ und „zusätzliche Beobachtungen“ (offene Fragen) bewertet.

Fokusgruppen

Für jede der drei Sprachgruppen wurde eine Fokusgruppe durchgeführt. Der Auftragnehmer, Data4U, lud dazu aus jeder Sprachgruppe sechs Teilnehmende unterschiedlichen Alters und Geschlechts ein, an einer Fokusgruppe teilzunehmen. In den Fokusgruppen wurden unsere Methoden sowie allgemeine Hindernisse und Anreize zur Teilnahme an epidemiologischen Gesundheitsstudien diskutiert.

Rekrutierenden-Feedback

Die Mitarbeitenden der Firma Data4U, die für die Rekrutierung der Teilnehmenden zuständig waren, dokumentierten die Erfolgsraten ihrer Werbebemühungen und äußerten sich nach Ende der Erhebungsphase mit Hilfe eines standardisierten Fragebogens zu Erfolgen und Hindernissen bei der Rekrutierung. Alle Rekrutierenden wurden nach Ende der Rekrutierungsphase eingeladen, in einer moderierten Gruppe gemeinsam über ihre Erfahrungen zu diskutieren.

Ergebnisse

Grundgesamtheit

Insgesamt wurden die Daten von 259 Teilnehmenden ausgewertet. Die 259 Studienteilnehmenden verteilten sich mit 89 polnischen, 85 syrischen und 85 türkischen Personen gleichmäßig über die jeweiligen Gruppen. Das durchschnittliche Alter der Teilnehmenden lag bei 46,7 Jahren. Die gewünschte Gleichverteilung der Teilnehmenden auf die drei Altersgruppen konnte nicht umgesetzt werden. Die mittlere Altersgruppe (40-59 Jahre) war mit 39% (n=100) am stärksten vertreten, gefolgt von der jüngeren Altersgruppe (18-39 Jährige) mit 36% (n=92). Mit 26% (n=67) war die ältere Gruppe (60-79 Jährige) am schwächsten vertreten.

Die Schwierigkeiten bei der Rekrutierung der Studienteilnehmenden spiegelt einerseits die Zusammensetzung der Bevölkerung wieder. Es war beispielsweise schwierig, syrische Frauen im Alter von 60-79 Jahren zu rekrutieren. Diese Altersgruppe ist in Berlin nur schwach vertreten. Die geringere Bereitschaft jüngerer Männer an Gesundheitssurveys teilzunehmen, ist ein bekanntes Phänomen.

Mehrsprachige Dokumente

Die mehrsprachigen Dokumente wurden im Rahmen der Fokusgruppen von Vertreterinnen und Vertretern der jeweiligen Sprachgruppen bewertet. Einstimmig wurde die Mehrsprachigkeit der Dokumente begrüßt, da so Sprachbarrieren abgebaut werden können. Die Gestaltung des Flyers mit Fotos von Untersuchungssituationen wurde überwiegend positiv bewertet. Die Einwilligungsdokumente (Datenschutzerklärung und Einwilligungserklärung) dagegen wurden kontrovers bewertet. Der überwiegende Teil der Befragten kritisierte die Textlastigkeit der Dokumente. Einzelne Stimmen äußerten sich positiv über die Informationsdichte. Sehr kritisch wurde die Qualität der Übersetzungen verschiedener Dokumente bewertet.

Die Vorgehensweise bei der Übersetzung von Dokumenten für die Untersuchungssurveys wurde nach den Erfahrungen in den Machbarkeitsstudien angepasst.

Erklärvideos

Die Erklärvideos wurden von Teilnehmenden und Mitarbeitenden positiv bewertet. 99% der Teilnehmenden gaben an, dass sie durch die Erklärvideos insgesamt gut oder sehr gut auf die Untersuchungen vorbereitet wurden.

Die Bewertung der Mitarbeitenden ergab, dass die Mehrheit der Teilnehmenden die in den Videos gegebenen Anweisungen sehr gut umsetzten konnte. Für die Greifkraftmessung wurde beispielsweise in 95% der Fälle angegeben, dass die Anweisungen „genau wie im Video umgesetzt“ wurden. Die Erklärungen anhand der Videos befähigten die Mehrzahl der Teilnehmenden die meisten Untersuchungen wie gewünscht durchzuführen. Eine Ausnahme stellte die Spirometrie dar. Hier wurde nur in 35% der Fälle vom Studienpersonal angegeben, dass die Anweisungen „genau wie im Video“ umgesetzt wurden. Die Anleitung zur Spirometrie ist schwierig, da die zu Untersuchenden umfangreiche, komplizierte Hinweise berücksichtigen müssen. Obwohl das Erklärvideo zur Spirometrie die zu Untersuchenden nicht befähigte die Spirometrie auf Anhieb wie gewünscht durchzuführen, unterstützte es die Anleitung ganz wesentlich.

Auch der zusätzliche Erklärungsbedarf war abhängig von der Untersuchung: Lediglich 2% der Teilnehmenden hatten nach Angaben der Mitarbeitenden einen zusätzlichen Erklärungsbedarf bei

der Durchführung der Greifkraftmessungen. Vor Durchführung der Spirometrie hatten 58% der Teilnehmenden einen zusätzlichen Erklärungsbedarf. Die jüngeren Teilnehmenden (18-39 Jährige) hatten dabei den höchsten zusätzlichen Erklärungsbedarf (74,4%).

Durch den Einsatz der Erklärvideos wurden die Anleitungen zu den Untersuchungen den Studienteilnehmenden anschaulich, verständlich und standardisiert übermittelt. Aus diesem Grund und aufgrund der hohen Akzeptanz der Erklärvideos bei den Teilnehmenden und den Mitarbeitenden wurde entschieden, Erklärvideos in zukünftigen Untersuchungssurveys nicht nur bei mehrsprachigen Teilnehmenden, sondern sie auch für die deutschsprachigen Teilnehmenden einzusetzen. Die Videos in unterschiedlichen Sprachen einsprechen zu lassen ist relativ wenig aufwendig. Ebenso können durch deren Einsatz Dolmetscherzeiten gespart werden.

Videodolmetscherservice

Insgesamt wurden 517 Dolmetschergespräche ausgewertet. Die Gespräche dauerten im Durchschnitt 13 Minuten, am längsten dauerten die Dolmetschergespräche in der Gruppe der arabischsprachigen Personen (15 Minuten).

Die Akzeptanz durch die Teilnehmenden war hoch. 254 von 257 Teilnehmenden gaben in der Feedback-Befragung an, der Videodolmetscherservice sei „sehr hilfreich“ oder „hilfreich“ gewesen. In den Fokusgruppen wurde der Service einhellig positiv bewertet. Allein das Angebot dieses Service wurde als Zeichen der Wertschätzung mehrsprachigen Menschen gegenüber angesehen. Die Qualität der Übersetzungen wurde von den meisten Teilnehmenden gut bewertet. In der Gruppe der arabischsprachigen Teilnehmenden wurde auf die Vielfältigkeit der arabischen Sprache hingewiesen. Die Dolmetschenden sprachen alle Arabisch, kamen aber nicht alle aus Syrien. Zu Verständnisproblemen kam es dadurch jedoch nach Angaben der Teilnehmenden nicht.

Bei der Nutzung des Videodolmetscherservice traten in einem Viertel der Fälle technische Probleme (Verbindungsprobleme) auf. Eine zuverlässige Funkverbindung über den WLAN-Router mit einer einfachen Antenne aufzubauen, war im Untersuchungszentrum in Berlin-Wedding häufig schwierig. Es kam immer wieder zu Verbindungsabbrüchen, verpixelten oder eingefrorenen Videobildern sowie verzögerter Sprache. Für den Einsatz des Videodolmetscherservice in Feldstudien sollte ein leistungsstarkes WLAN eingesetzt werden.

Die Kosten pro Gespräch beliefen sich auf durchschnittlich 33 Euro. Berücksichtigt man die Kosten für Installation, Technik und Schulung in Höhe von ca. 2500 Euro fielen pro Gespräch Kosten in Höhe von 37 Euro an.

Ausblick

Die Machbarkeitsstudie hat wichtige Erkenntnisse für die Feldarbeit der Untersuchungssurveys geliefert. Es konnte gezeigt werden, dass es möglich ist, Personen, die kein oder wenig Deutsch sprechen bzw. verstehen in Gesundheitssurveys zu integrieren, wenn unterstützende Methoden, wie mehrsprachige Dokumente und Videos und ein Videodolmetscherservice, eingesetzt werden. Das RKI wird diese Methoden in zukünftigen Surveys einsetzen, um auch die Gruppe der Migrantinnen und Migranten mit geringen Deutschkenntnissen berücksichtigen zu können.

5.5. Weiterentwicklung des Berichtskonzeptes zur Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund (Teilprojekt 5)

Teilprojekt 5 zielte darauf ab, ein Konzept für die regelmäßige Gesundheitsberichterstattung (GBE) des Bundes zu Menschen mit Migrationshintergrund zu entwickeln. Hierfür wurden im Wesentlichen drei Fragen verfolgt:

(1) In welchem Format soll zukünftig über die gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund berichtet werden?
(2) Welchen Themen und Indikatoren sind bei der Beschreibung der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten zu berücksichtigen?
(3) Welche Datenquellen sind dafür geeignet?

5.5.1. Migrationsbezogene Gesundheitsberichterstattung

Hintergrund

Bislang wurden verschiedene GBE-Formate verwendet, um über die Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund zu berichten. Während im Jahr 2008 zwei Schwerpunktberichte im Bereich Migration und Gesundheit veröffentlicht wurden [21, 22], stellte das Thema im nationalen Gesundheitsbericht „Gesundheit in Deutschland“ im Jahr 2016 eine gesundheitsrelevante Determinante dar, die im Rahmen eines Kapitels näher dargelegt wurde [23]. Zuletzt erfolgte die

migrationsbezogene GBE in Form von Zeitschriftenbeiträgen (u.a. Journal of Health Monitoring [24, 25], Bundesgesundheitsblatt [26, 27]).

Um Empfehlungen für ein regelmäßiges Berichtskonzept zur Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund abzuleiten, wurden gute Beispiele einer migrationsbezogenen GBE anhand eines internationalen Vergleichs identifiziert. Im Folgenden sollen sowohl das Vorgehen und die Ergebnisse des internationalen Vergleichs als auch die daraus abgeleiteten Empfehlungen skizziert werden.

Methode

Für einen möglichst umfassenden, internationalen Vergleich der GBE zu Menschen mit Migrationshintergrund wurde ein Mixed-Method-Ansatz verfolgt. So ist neben einer Online-Befragung eine systematische Internetrecherche bei den nationalen Public-Health-Instituten und weiteren relevanten Einrichtungen der GBE in den einzelnen EU- und OECD-Ländern, einschließlich der EU-Beitrittskandidaten (n=45) durchgeführt worden.

Online-Befragung

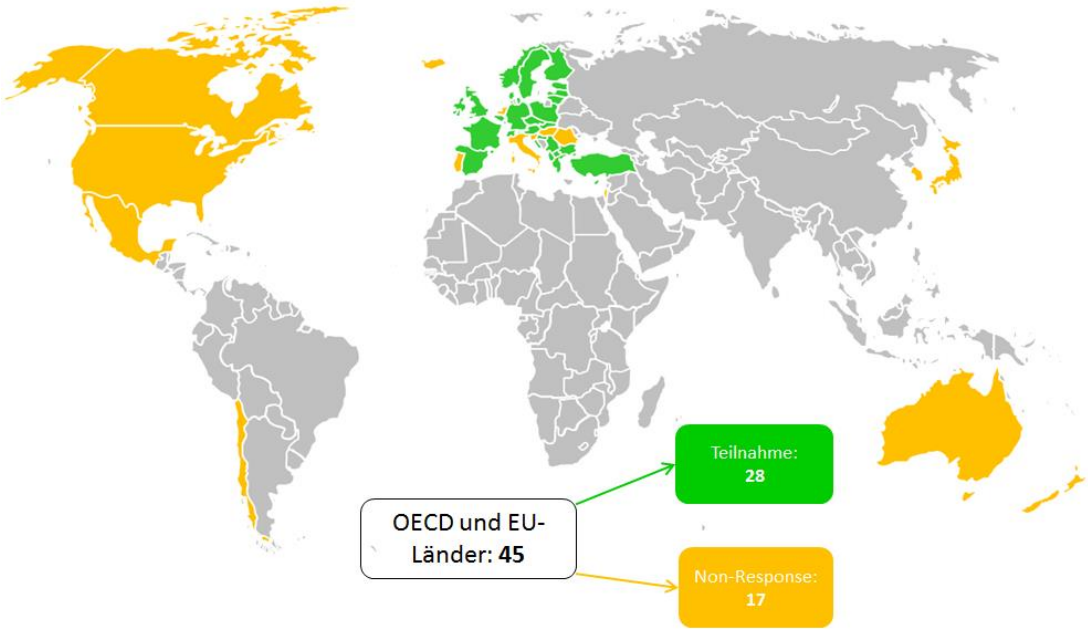
Der Link zur Online-Befragung wurde an Expertinnen und Experten der entsprechenden internationalen Einrichtungen versandt. Diese wurden zunächst über die *International Association of National Public Health Institutes* (IANPHI) und eine Internetrecherche identifiziert. Daneben konnte auf Kontakte aus dem Expertenpool des EU-Projektes *Health stands for **B**ridging **I**nformation and **D**ata **G**eneration for **E**vidence-based **H**ealth policy and research* (BRIDGE) zurückgegriffen werden. Für einen Großteil der Länder wurden mehrere Institutionen kontaktiert.

Die Online-Befragung wurde mit der Survey Software Voxco programmiert und von Mitte März bis Mitte April 2018 durchgeführt. Der Schwerpunkt der Befragung lag auf der Erfassung von nationalen Gesundheitsberichten mit Migrationsbezug, die entweder (1) nicht in englischer Sprache oder (2) nicht online zugänglich waren. Wenn letzteres zutraf, konnten die entsprechenden Berichte im Rahmen der Befragung hochgeladen werden.

Insgesamt haben sich 28 von 45 Ländern an der Online-Befragung beteiligt (Abbildung 17). Nach der Erhebungsphase wurden die Angaben der einzelnen Länder anhand von vorab definierten Ein- und Ausschlusskriterien (siehe unten) geprüft. Im Rahmen der Befragung wurde der im Englischen gängige Begriff „migrant health“ verwendet. Somit beziehen sich die Erkenntnisse, je nach Definition der Kategorie „migrant“ auf Menschen mit eigener Migrationsgeschichte oder

Menschen mit Migrationshintergrund. In der Beschreibung der Ergebnisse verwenden wir weiter den Begriff „Menschen mit Migrationshintergrund“.

Abbildung 17: Response der Online-Befragung zum internationalen Vergleich der migrationsbezogenen GBE



Systematische Online-Recherche

Die systematische Bestandsaufnahme zur migrationsbezogenen GBE erfolgte in Anlehnung an das PRISMA-Statement („Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses“) [28]. So wurde für die Non-Response-Länder anhand einer standardisierten Suchstrategie durch zwei unabhängige Forscherinnen und Forscher ermittelt, ob und in welcher Form über die Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund berichtet wird. Neben einer Recherche auf den jeweiligen Webseiten der nationalen Public Health-Institute und den weiteren relevanten GBE-Einrichtungen wurde eine systematische Stichwortsuche über *google* durchgeführt.

Die Ergebnisse der Online-Recherche sind unter Berücksichtigung der im Vorfeld bestimmten Ein- bzw. Ausschlusskriterien (siehe unten) fortlaufend tabellarisch dokumentiert worden. Für jedes Land wurden die einzelnen Berichtsformate, bibliographischen Merkmale (Titel, Erscheinungsjahr, herausgebende Institution, Förderer, Regelmäßigkeit der Veröffentlichung), Zielgruppen und Themenschwerpunkte benannt.

Ein- und Ausschlusskriterien der Berichtsauswahl

Für die Auswahl der Berichtsformate lassen sich die folgenden Ein- bzw. Ausschlusskriterien definieren: (1) Die Gesundheitsberichte müssen in deutscher, englischer, französischer oder spanischer Sprache online verfügbar und (2) auf nationaler Ebene relevant sein. (3) Die Beschreibung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung sollte durch eine breite Datenbasis und Themenvielfalt gekennzeichnet sein. Demzufolge wurden Veröffentlichungen, die spezifische Gesundheitsthemen fokussieren, nicht einbezogen. (4) Weiterhin sind Policy- und Strategiepapiere, Tätigkeits- sowie Tagungsberichte, Zeitschriftenartikel etc. ausgeschlossen worden. (5) Bei allgemeinen Gesundheitsberichten wurden nur jene berücksichtigt, die ab dem Jahr 2000 veröffentlicht wurden; sofern die Gesundheitsberichte regelmäßig publiziert werden, wurde der aktuellste Bericht einbezogen. (6) Für die migrationsspezifische GBE galten hingegen keine zeitlichen Einschränkungen. (7) Als Menschen mit Migrationshintergrund werden jene definiert, die entweder selbst zugewandert sind oder von denen mindestens ein Elternteil in einem anderen Land geboren ist. Diese Definition umfasst sowohl Personen mit eigener Migrationserfahrung als auch Personen der zweiten Migrationsgeneration. Aufgrund der Vielfalt in den zugrundeliegenden Operationalisierungen auf internationaler Ebene wurden zudem ethnische Minderheiten und die insbesondere im angelsächsischen Raum verbreiteten Konzepte „Ethnicity“ and „Race“ berücksichtigt. Demgegenüber wurde die indigene Bevölkerung nicht einbezogen.

Ergebnissynthese

Basierend auf den genannten Ein- und Ausschlusskriterien wurde die finale Auswahl der Berichtsformate durch zwei Forscherinnen und Forscher unabhängig voneinander durchgeführt. Anschließend erfolgte die Synthese der Ergebnisse aus der Online-Befragung und der webbasierten Recherche. Für die Analyse der migrationsbezogenen GBE wurden anhand eines standardisierten Erhebungsbogens die folgenden Informationen tabellarisch aufbereitet:

(1) Land

(2) Migrationsbezug in der nationalen GBE: ja versus nein

Sofern das Land Menschen mit Migrationshintergrund in der GBE auf nationaler Ebene berücksichtigt, sind die folgenden Informationen für die einzelnen Berichtsformate aufbereitet worden:

(3) Bibliografische Angaben: Titel, Jahr, Name der herausgebenden Institution, Förderung

(4) Charakteristika der Berichterstattung: Format (Fokus versus Querschnittsthema im nationalen Gesundheitsbericht, Schwerpunktbericht, Fact Sheet, Themenschwerpunkt auf der Webseite, Online-Report, statistische Online-Datenbank), Regelmäßigkeit

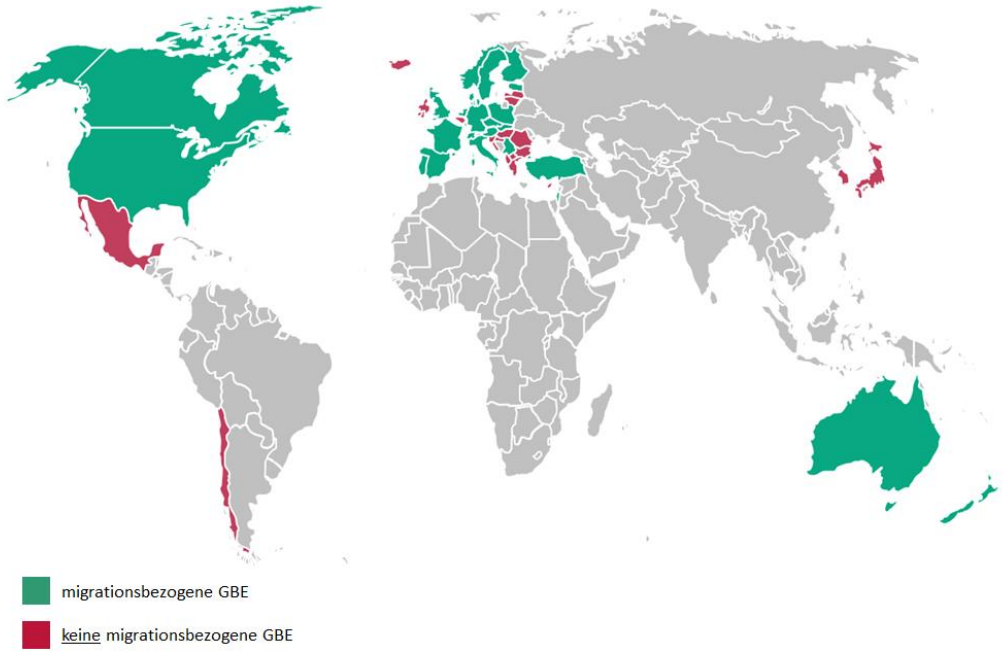
(5) Struktur der Berichterstattung: Operationalisierung des Migrationshintergrundes, zielgruppenspezifische Schwerpunktsetzungen bei der Berichterstattung (z.B. unbegleitete minderjährige Geflüchtete etc.), Analysen innerhalb der Migrationsbevölkerung (Stratifizierung)

(6) Inhalte der Berichterstattung: Gesundheitsthemen / -indikatoren

Ergebnisse

25 von 45 Ländern berücksichtigen Menschen mit Migrationshintergrund in ihrer nationalen GBE (Abbildung 18), wobei deutliche Unterschiede in der Qualität der Berichterstattung bestehen. So ist beispielsweise in Ländern mit einer langen Einwanderungstradition wie den USA, Kanada oder Neuseeland die Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund eher in die reguläre Berichterstattung integriert.

Abbildung 18: Überblick der Länder mit (k)einer migrationsbezogenen GBE auf nationaler Ebene

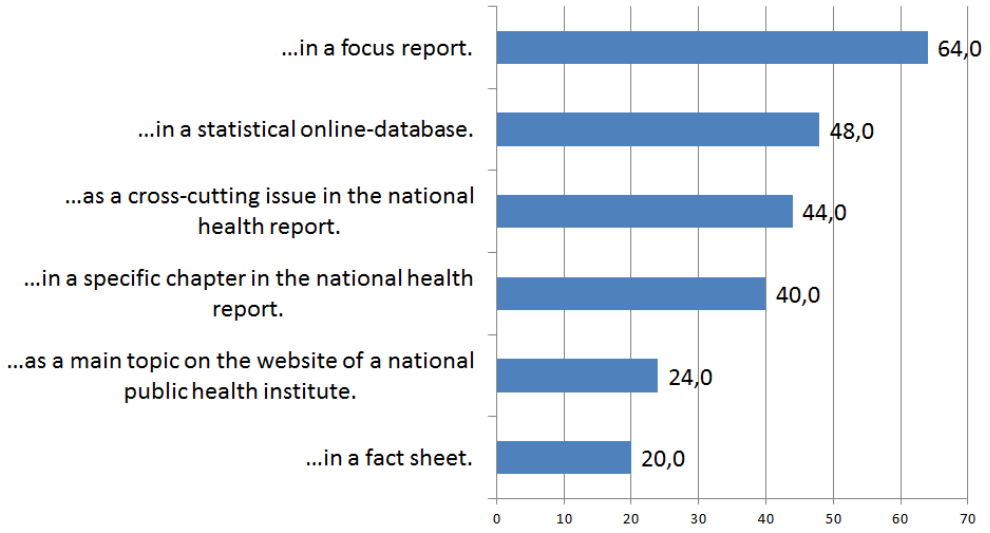


Die internationale GBE zu Menschen mit Migrationshintergrund ist durch eine Vielfalt an Berichtsformaten gekennzeichnet (Abbildung 19). Mit 64% ist der Fokusreport am beliebtesten, gefolgt von der statistischen Online-Datenbank (48%) und Migration als Querschnittsthema im nationalen Gesundheitsbericht (44%). Demgegenüber ist das Fact sheet / Kurzbericht in der internationalen GBE mit Migrationsbezug eher selten verbreitet (20%). Ein Großteil der Länder verwendet verschiedene Formate, um über die Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund zu berichten; nur 8 von 25 Ländern nutzen bei der migrationsbezogenen GBE lediglich ein Berichtsformat.

Im Hinblick auf die Struktur der Berichterstattung zeigt sich, dass die meisten Berichte eher unregelmäßig erscheinen und sich – trotz der unterschiedlichen Bedarfe innerhalb der Migrationsbevölkerung – nicht auf spezifische Subpopulationen konzentrieren. Ausnahmen stellen hier Schweden, Luxemburg und Kanada dar, die die spezifischen Bedarfe von Geflüchteten sowie Neuzugezogenen berücksichtigen.

Abbildung 19: Formate der migrationsbezogenen Berichterstattung

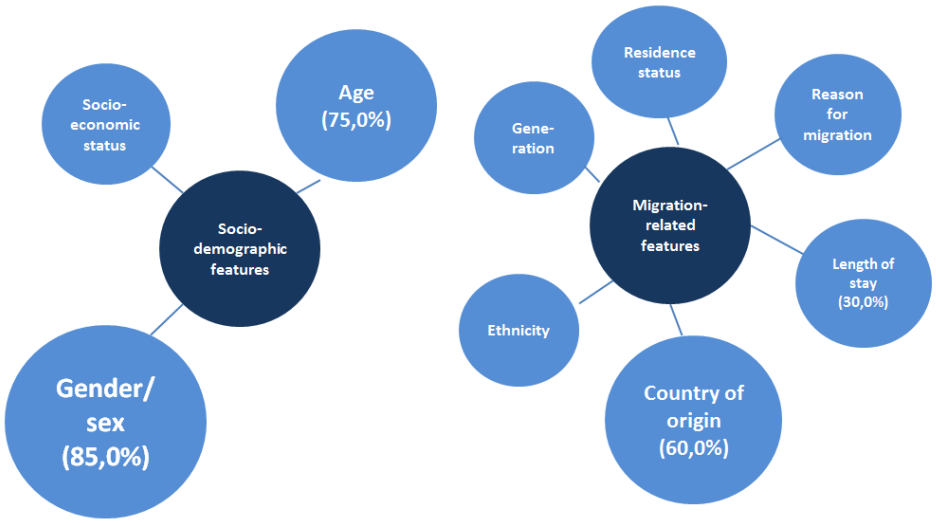
What kind of health reports in your country consider migrants' health at the national level? Migrants' health is considered ... (n=25, in %)



Während bei den Gesundheitsthemen *nicht-übertragbare Erkrankungen, psychische* Gesundheit (jeweils 90%), *Gesundheitsverhalten* (76%), *Gesundheitsversorgung* (71%) und *Infektionserkrankungen* (61%) eine hohe Gemeinsamkeit zwischen den betrachteten Ländern besteht, berücksichtigt nur knapp die Hälfte der Länder (47%) Indikatoren aus dem Bereich der präventiven Gesundheitsversorgung in der migrationsbezogenen GBE.

Zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten ist das alleinige Merkmal „Migrationshintergrund" unzureichend. Um der Vielfalt der Migrationsbevölkerung annähernd gerecht zu werden, gilt es sowohl soziodemographische (Geschlecht, Alter, soziale Lage) als auch migrationsbezogene Merkmale (Geburtsland, Aufenthaltsdauer, Aufenthaltsstatus) zu berücksichtigen (Abbildung 20). Fast zwei Drittel der Länder differenzieren in ihrer Berichterstattung zur Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund nach soziodemographischen oder migrationsbezogenen Merkmalen. Neben dem Geschlecht (85%) wird am häufigsten nach dem Alter (75%) und dem Geburtsland (60%) unterschieden. Demgegenüber erfolgt eine Stratifizierung nach der Aufenthaltsdauer (30%), dem Aufenthaltsstatus (20%), der Migrationsgeneration (20%), dem Migrationsmotiv (20%) oder der sozialen Lage (20%) eher selten in der internationalen GBE mit Migrationsbezug.

Abbildung 20: Stratifizierung innerhalb der Bevölkerung mit Migrationshintergrund (n=20)



Ausblick

Insgesamt ist die internationale Vergleichbarkeit der GBE mit Migrationsbezug aufgrund der Vielfalt in den zugrunde liegenden Definitionen und Operationalisierungen sowie der unterschiedlichen Datenqualität eingeschränkt. Zudem muss berücksichtigt werden, dass sich die betrachteten Länder nicht nur hinsichtlich der Struktur der Gesundheitsinformationssysteme voneinander unterscheiden sondern auch in Bezug auf die Bedeutung der internationalen Migration. Trotz dessen lassen sich auf Basis der Ergebnisse Empfehlungen für eine migrationsbezogene GBE ableiten:

(1) Um über die Gesundheit der Bevölkerung mit Migrationshintergrund zu berichten, sollten verschiedene Formate herangezogen werden.
   (a) In kurzen Fokusberichten sollten die spezifischen Bedarfe einzelner Subpopulationen innerhalb der Migrationsbevölkerung identifiziert werden (z.B. ältere Migrantinnen und Migranten, Geflüchtete).
   (b) Die Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund ist als Querschnittsthema in nationalen Gesundheitsberichten oder in Form eines online-basierten Informationsportals zu berücksichtigen, um eine höhere Regelmäßigkeit der Berichterstattung zu gewährleisten und zeitliche Veränderungen abzubilden.

(2) Die Qualität der migrationsbezogenen GBE, insbesondere der Fokusberichte ist abhängig von …

(a) ... der Datenqualität. Bislang liegen nur wenige Datenquellen vor, die sowohl die gesundheitliche Lage als auch den Migrationshintergrund umfassend abbilden und differenzierte Aussagen für spezifische (Herkunfts-)Gruppen ermöglichen [29].

(b) ... dem theoretischen Rahmenkonzept, das die breite Definition der Zielgruppe und deren Gesundheitsdeterminanten berücksichtigt.

(c) ... aussagekräftigen Indikatoren. Anhand einer begrenzten Anzahl an aussagekräftigen und nachvollziehbaren Indikatoren sollte die gesundheitliche Lage der Bevölkerung mit Migrationshintergrund möglichst umfassend in regelmäßigen Abständen dargestellt werden [30].

(d) ... der Berücksichtigung der Vielfalt der Migrationsbevölkerung. Neben soziodemographischen Merkmalen (Geschlecht, Alter, sozioökonomischer Status) sollten bei der Berichterstattung migrationsbezogene Determinanten (Migrationsgeneration, Geburtsland, Aufenthaltsstatus usw.) einbezogen werden [30].

(e) ... der migrationssensiblen Interpretation der Ergebnisse. Die Berichterstattung sollte vor dem Hintergrund rechtspopulistischer Diskurse in jedem Fall sensibel erfolgen und negative Assoziationen sowie Stigmatisierungen vermeiden.

(f) ... der Ableitung von Schlussfolgerungen für politische Entscheidungen.

5.5.2. Entwicklung eines (Kern-)Indikatorensets zur Beschreibung der gesundheitlichen Lage von Menschen mit Migrationshintergrund

Hintergrund

Eine weitere Aufgabe des Teilprojektes 5 stellte die Entwicklung eines (Kern-)Indikatorensets zur Beschreibung der gesundheitlichen Lage von Menschen mit Migrationshintergrund dar. Dieses soll vor dem Hintergrund der angestrebten verbesserten Einbindung von Migrantinnen und Migranten in das Gesundheitsmonitoring am RKI kontinuierlich weiterentwickelt und perspektivisch in ein Gesamtkonzept für die regelmäßige, migrationsbezogene GBE integriert werden.

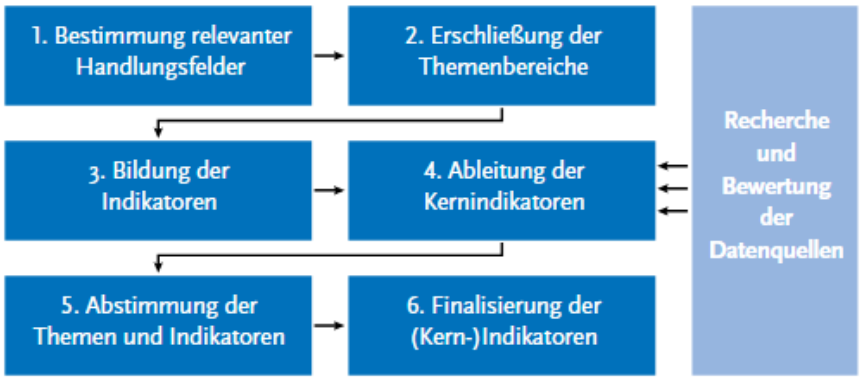
Indikatoren sind empirisch messbare Größen, die Hinweise auf nicht direkt oder schwer zu quantifizierende Sachverhalte geben [31, 32]. Dem Grundsatz eines Monitorings folgend, ist eine begrenzte Anzahl an aussagekräftigen und messbaren Kernindikatoren ausgewählt worden [33, 34], die ein möglichst umfassendes Gesamtbild zur gesundheitlichen Lage der Bevölkerung mit Migrationshintergrund geben sollen. Neben den Kernindikatoren wurde ein „erweitertes“ Indikatorenset definiert. Dieses umfasst – im Gegensatz zum Kernindikatorenset – auch

konzeptionell relevante Gesundheitsindikatoren, für die es bisher jedoch keine verlässliche Datengrundlage gibt („idealtypische“ Indikatoren). Der Oberbegriff (Kern-)Indikatorenset schließt demnach sowohl die Kernindikatoren als auch die „erweiterten“ Indikatoren zur Beschreibung der gesundheitlichen Lage von Menschen mit Migrationshintergrund ein.

Methode

Parallel zur konzeptionellen Entwicklung des (Kern-)Indikatorensets wurden Survey- und Routinedaten hinsichtlich ihrer Nutzungsmöglichkeiten für die GBE zu Menschen mit Migrationshintergrund gesichtet und anhand ausgewählter Kriterien bewertet (siehe Abbildung 22). Die aus der Bestandsaufnahme resultierenden Ergebnisse zur Verfügbarkeit verlässlicher Daten im Bereich Migration und Gesundheit stellten eine wesentliche Voraussetzung für die Auswahl der Kernindikatoren dar.

Abbildung 21: Arbeitsschritte zur Entwicklung des (Kern-)Indikatorensets für eine migrationsbezogene GBE I [30]



Basierend auf den europäischen Leitlinien zur Gesundheit von Migrantinnen und Migranten der WHO wurden zunächst vier Handlungsfelder identifiziert [35-37], die den konzeptionellen Rahmen bildeten:

(1) Förderung und Stärkung des Gesundheitszustandes,

(2) Förderung und Stärkung eines gesundheitsbewussten Verhaltens,

(3) Förderung von gesundheitsbezogenen Ressourcen und Reduzierung von Risiken,

(4) Förderung einer gleichberechtigten Teilhabe an Leistungen des Gesundheitssystems.

Anschließend wurden wünschenswerte Themen einer migrationsbezogenen GBE definiert und „idealtypische“ Indikatoren in Anlehnung an das ZWERG-Schema (Zentrale Bedeutung, Wirtschaftlichkeit, Einfachheit, Rechtzeitigkeit, Genauigkeit) [38] gebildet. So müssen die Indikatoren aussagekräftig, einfach zu verstehen, nachvollziehbar und relevant für die Konzeption gesundheitspolitischer Maßnahmen sein. Die Auswahl der Kernindikatoren basierte zudem auf einer systematischen Gegenüberstellung etablierter Indikatorensysteme, um die nationale sowie internationale Anschlussfähigkeit des Indikators zu berücksichtigen. Während in dem erweiterten Indikatorenset auch jene eingeschlossen sind, die bislang (noch) nicht anhand zuverlässiger Daten abgebildet werden können, stellte die Verfügbarkeit belastbarer Daten eine wesentliche Voraussetzung bei der Auswahl der Kernindikatoren dar. Ein interner und externer Abstimmungsprozess mit einem interdisziplinär zusammengesetzten Expertengremium führte letztendlich zur Finalisierung des (Kern-)Indikatorensets (siehe Abbildung 22).

Abbildung 22: Arbeitsschritte zur Entwicklung des (Kern-)Indikatorensets für eine migrationsbezogene GBE II

Die Auswahl der **Kernindikatoren** basierte auf (1) einer systematischen Gegenüberstellung anerkannter Indikatorensysteme, einer Bewertung der (2) Public-Health-Relevanz, (3) Verständlichkeit sowie (4) Aussagekraft des Indikators und (5) der Verfügbarkeit (weitesgehend) repräsentativer Daten, mit denen die Vielfalt der Migrationsbevölkerung annähernd berücksichtigt werden kann. Ein interner und externer Abstimmungsprozess mit einem interdisziplinär zusammengesetzten Expertengremium führte zur Finalisierung des (Kern-)Indikatorensets.

Eine ausführliche Beschreibung des Vorgehens zur Entwicklung des (Kern-)Indikatorensets wurde im September 2019 im Journal of Health Monitoring veröffentlicht [30]. Die Ableitung der Kernindikatoren ist in einem entsprechenden Supplement zum Artikel näher dargestellt [29]. Ein Beispiel zur Auswahl der Kernindikatoren im Bereich „Ernährungs- und Bewegungsverhalten“ kann Tabelle 6 entnommen werden.

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

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

Ergebnisse

Insgesamt sind 25 Kernindikatoren zur Beschreibung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung in Deutschland unter Berücksichtigung der migrationsbezogenen Vielfalt ausgewählt worden; 41 Indikatoren, die bei einer tiefergehenden Betrachtung eines gesundheitsbezogenen Themenbereichs herangezogen werden können, sind in einem „erweiterten“ Indikatorenset dokumentiert.

Einzelne Indikatoren sind nur für Kinder und Jugendliche (z.B. Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter) bzw. nur für die erwachsene Bevölkerung (z.B. Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs) relevant. Die (Kern-)Indikatoren in den jeweiligen thematischen Bereichen und Handlungsfeldern sowie der empfohlenen Datenquellen zur Abbildung der Indikatoren sind hier abrufbar: Bartig S [39].Für jeden Kernindikator sind Steckbriefe erstellt worden, die neben einer Definition des Kernindikators sowohl Empfehlungen für möglichen Datenquellen als auch einen

kurzen Abriss zum wissenschaftlichen Hintergrund beinhalten. Diese sind ebenfalls in dem Supplement zum Artikel *Gesundheitsberichterstattung zu Menschen mit Migrationshintergrund – Auswahl und Definition von (Kern-)Indikatoren* veröffentlicht worden [29]. Beispielhaft ist der Steckbrief zum Tabakkonsum aufgeführt:

Tabelle 1: Steckbrief zum Tabakkonsum [30]

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

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

Referenzen

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

Ausblick

Die Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken variieren innerhalb der Migrationsbevölkerung sowohl nach soziodemografischen als auch migrationsbezogenen Merkmalen [26, 40]. Demzufolge sind verallgemeinernde Aussagen zur Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund unzureichend. Um die Vielfalt der Bevölkerung mit Migrationshintergrund annähernd zu berücksichtigen, werden im Rahmen des (Kern-)Indikatorensets Auswertungen nach ausgewählten Merkmalen empfohlen. Neben dem Geschlecht, Alter und sozioökonomischen Status sollte eine differenzierte Darstellung des Migrationshintergrundes (Bevölkerung ohne Migrationshintergrund, mit eigener Migrationserfahrung und der zweiten Migrationsgeneration) erfolgen. Als erweiterte Rahmenmerkmale, die in Abhängigkeit des Gesundheitsindikators und den datenabhängigen Auswertungsmöglichkeiten einbezogen werden sollten, wurden neben dem Geburtsland sowohl Aufenthaltsdauer und -status als auch die Motive der Migration und eine Selbsteinschätzung der deutschen Sprachkenntnisse definiert. So können beispielsweise sprachliche und strukturelle Barrieren, die aus dem aufenthaltsrechtlichen Status resultieren, die Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems beeinflussen [41, 42].

5.6. Nutzung von Sekundärdaten (Teilprojekt 6)

Hintergrund

Neben der Überprüfung der Nutzbarkeit unterschiedlicher Surveys zur Beschreibung des Gesundheitsstatus von Menschen mit Migrationshintergrund wurde im Rahmen des IMIRA-Projekts auch untersucht, welche Sekundär- bzw. Routinedatenquellen zu diesem Zweck genutzt werden können. Ziel dieses Teilprojekts war es, eine Übersicht zu nutzbaren Datenquellen zu erstellen. Darüber hinaus sollten Kriterien für die Bewertung der Datenquellen entwickelt werden. Analog wurde in Teilprojekt 5 im Rahmen der Entwicklung eines Kernindikatorensystems eine Auflistung und Bewertung von Survey- / Befragungs-Datenquellen vorgenommen. Die Ergebnisse beider Übersichtsarbeiten zu den nutzbaren Datenquellen für die Analyse zur gesundheitlichen Lage von Menschen mit Migrationshintergrund flossen auch in eine gemeinsame Publikation mit Kolleginnen und Kollegen der Universität Bielefeld.[5]

Methode

Die Übersichtstabelle ist in verkürzter Form dargestellt (siehe Tabelle 8). Es werden nur Datenquellen dargestellt, die sowohl Angaben zum Migrationshintergrund als auch zur gesundheitlichen Lage beinhalten. Geprüft wurden noch weitere Datenquellen. In der ausführlicheren Version der Tabelle wurden die unterschiedlichen Angaben zu den Datenquellen festgehalten. Zu den Inhalten der Datenquellen wurde erfasst, ob und in welchem Umfang die folgenden Merkmale erhoben wurden: Migrationshintergrund, Gesundheitsstatus, soziodemographische Merkmale, sozioökonomische Merkmale und weitere relevante Informationen. Darüber hinaus wurden Angaben zum Datenzugang (inklusive Datenhalter und Link) und – insofern bekannt – bereits publizierte Ergebnisse vermerkt.

[5] Dyck M, Wenner J, Wengler A et al. (2019) Migration und Gesundheit in Deutschland – eine Bestandsaufnahme der Datenquellen. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 62:935-942.

Tabelle 8: Sekundärdatenquellen zur Analyse der gesundheitlichen Lage von Menschen mit Migrationshintergrund

Name der Datenquelle	Migrationshintergrund	Gesundheitsstatus
Gesamtbevölkerung	**Staatsangehörigkeit**	**Gesundheitsstatus allgemein**
Bevölkerungsstatistik: Bevölkerungsfortschreibung	Staatsangehörigkeit	Sterbefälle, (Geburten)
Bevölkerungsstatistik: Statistik der Sterbefälle (Standesämter + Leichenschauschein)	Staatsangehörigkeit (Wohnbevölkerung Deutschlands)	Todesursache
Todesursachenstatistik (Information aus Leichenschauschein)	Staatsangehörigkeit (Wohnbevölkerung Deutschlands)	Todesursache
Drogentote (*Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS), Falldatei Rauschgift (FDR), Informationssystem der Polizei (INPOL-Personendatei), polizeilicher Informationsaustausch*)	Staatsangehörigkeit	Tod durch Rauschgiftkonsum
(großer) Teil der Bevölkerung	**Staatsangehörigkeit**	**Gesundheitsstatus allgemein**
GKV	Staatsangehörigkeit (*ggf. nicht bei allen Kassen verfügbar bzw. nur für Mitglieder vorhanden (nicht Familienversicherte)*)	Diagnosen, Leistungen (amb., stat. Versorgung, Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel, Arbeitsunfähigkeit / Krankengeld, Rehabilitation, DMP), Todesfälle
Rentenversicherungsdaten	Staatsangehörigkeit (z.T. Gruppen), Zuzugsjahr	Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, Todesdatum, Rehabilitationsmaßnahmen (+Dauer), Reha-Bewilligungsdiagnose, Diagnosen, Behandlungsergebnis, AU-Zeiten, Leistungs-, Arbeitsfähigkeit (+spez. Tätigkeiten)
Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung	Staatsangehörigkeit (auf Unfallanzeige erfasst, *ggf. nicht weiter verarbeitet*)	Unfall: Art der Verletzung, verletzte Körperteile, tödlicher Unfall (Schilderung Unfallhergang)
Schwerbehindertenstatistik	Staatsangehörigkeit	Anzahl der schwerbehinderten Menschen, Grad der Behinderung, Art der schwersten / weiteren Behinderungen, Ursache der schwersten Behinderung, Mehrfachbehinderung
Teil der Bevölkerung (Sozialhilfe / Grundsicherung)	**Staatsangehörigkeit**	**Gesundheitsstatus allgemein**
Statistik der Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt	Staatsangehörigkeit, Migrationshintergrund (*in Deutschland lebend seit Geburt*), aufenthaltsrechtlicher Status	

Statistik der Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen nach dem 5. bis 9. Kapitel des SGB XII (Sozialhilfe)	Staatsangehörigkeit, aufenthaltsrechtlicher Status	Hilfe zur Gesundheit, Eingliederungshilfe für behinderte Menschen, Hilfe zur Pflege
Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung	Staatsangehörigkeit, aufenthaltsrechtlicher Status	Erwerbsminderungsleistungen
Stichprobe der integrierten Arbeitsmarktbiografie (SIAB)	"Dieses Merkmal wird wegen seiner besonderen datenschutzrechtlichen Sensibilität nur auf Antrag und nur in begründeten Fällen unvergröbert bereitgestellt."	*Vermittlungsrelevante gesundheitliche Einschränkungen* nur bis 2013 in den Daten abgebildet
Teil der Bevölkerung (Basis: Gesamtbevölkerung)	**Staatsangehörigkeit**	**spezifische Krankheiten**
Krebsregister (der Länder)	Staatsangehörigkeit vermutlich in einigen Bundesländern erfasst, aber keine Einschätzung der Erfassungsqualität möglich	Krebserkrankungen
Personen mit Migrationshintergrund	**Staatsangehörigkeit**	**Gesundheitsstatus allgemein**
Ausländerzentralregister	Staatsangehörigkeit, Aufenthaltsdauer, ausgewählte Aufenthaltstitel, Generation (Geburt in Deutschland, Geburt im Ausland)	Sterbedatum
Asylbewerberleistungsstatistik	Staatsangehörigkeit, (aufenthaltsrechtlicher Status)	Art und Form der Leistung in **besonderen** Fällen: - Hilfe bei Krankheit ambulant / stationär, (Hilfe zur Pflege) Art und Form **anderer** Leistungen: - Leistung bei Krankheit, Schwangerschaft, Geburt in Form ambulanter / stationärer Behandlung
Schulanfänger	**Staatsangehörigkeit und Geburtsland**	**Gesundheitsstatus allgemein**
Schuleingangsuntersuchung (alle Bundesländer)	uneinheitliche Erfassung des Migrationshintergrunds	Unterschiedliche Gesundheitsdaten in den Bundesländern erfasst
Schuleingangsuntersuchung (Bsp. Berlin)	einseitiger / beidseitiger Migrationshintergrund (Staatsangehörigkeit und Geburtsland von Kind und Eltern wird berücksichtigt)	Impfstatus, Zahngesundheit, Teilnahme U-Untersuchungen, Körpergewicht, -größe
Teil der Bevölkerung (Basis: Gesamtbevölkerung)	**Staatsangehörigkeit und Geburtsland**	**spezifische Krankheiten: meldepflichtige Infektionskrankheiten**
Tuberkulose (meldepflichtige Infektionskrankheiten)	Staatsangehörigkeit und Geburtsland bei Tuberkulose	Tuberkuloseerkrankung
HIV-Infektion	Herkunftsland	HIV-Infektion
Syphilis	Herkunftsland	Syphiliserkrankung
Malaria	Herkunftsland, Aufenthaltsstatus	Malariaerkrankung
Hepatitis A	Herkunftsregion (des Migrationshintergrundes)	Hepatitis A-Erkrankung

Teil der Bevölkerung (Basis: Gesamtbevölkerung)	Staatsangehörigkeit und Geburtsland	Sucht
Suchthilfestatistik	Staatsangehörigkeit (*soweit im Einzelfall ermittelbar*), Migrationshintergrund, Herkunftsland, Behandlung auf Deutsch möglich	Sucht (Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19), Essstörungen (F50), Pathologisches Spielen (F63))
	Geburtsland	
Datensatz der Geburtshilfe	Herkunftsland in 6 Gruppen: 1=Mittel- und Nordeuropa, Nordamerika: A, CH, F, B, NL, L, GB, DK, S, N, FIN, USA, 2=Mittelmeerländer: ehemal. YU, GR, I, E, P,Israel, Malta, Zypern, 3=Osteuropa: ehemal. SU, PL, Tschechien, Slowakei, RO, BG, H, 4=Mittlerer Osten (inkl. TR, Afghanistan und Pakistan) und Nordafrika (arab. Länder), 5=Asien (exkl. 4), 9=sonstige Staaten	Geburten
	weitere Messungen des Migrationshintergrunds	**Gesundheitsstatus allgemein**
GKV-Abrechnungsdaten (KBV/Zi)	keine direkte Angabe zum Migrationshintergrund, aber pot. Onomastik-Verfahren	Diagnosen, Leistungen (abrechnungsrelevante Informationen), ...
Statistik der Kinder- und Jugendhilfe: Kinder und tätige Personen in Tageseinrichtungen / öffentlich geförderter Kindertagespflege	Migrationshintergrund der Eltern, Sprache zu Hause (Deutsch, Nicht Deutsch)	"Kind erhält in der Einrichtung / Tagespflege Eingliederungshilfe nach SGB VIII/SGB XII wegen..." - körperlicher Behinderung - geistiger Behinderung - drohender oder seelischer Behinderung

Ergebnisse

Neben der Erstellung einer Übersicht zu den nutzbaren Datenquellen wurden einzelne Quellen auch inhaltlich ausgewertet.

A) Asylbewerberleistungsstatistik

In der Asylbewerberleistungsstatistik werden gesundheitliche Hilfen und Leistungen erfasst. Eine Auswertung der Daten zeigte jedoch, dass die Erfassung zwischen den Bundesländern variiert. Dies liegt scheinbar an strukturellen Unterschieden bei der gesundheitlichen Versorgung von Asylbewerberinnen und -bewerbern. So werden Arztbesuche beispielsweise in Berlin direkt über die zentrale Abrechnungsstelle bearbeitet und finden dann keinen Eingang mehr in die Statistik. Nach aktuellem Stand ist die Asylbewerberleistungsstatistik daher nicht geeignet, um Aussagen zu gesundheitsbezogenen Leistungen und Hilfen von Menschen mit Migrationshintergrund – in diesem Fall Asylbewerberinnen und Asylbewerber – zu treffen.

B) Todesursachenstatistik

Als weitere Quelle wurden in einer ersten explorativen Analyse die Daten der Todesursachenstatistik ausgewertet. In der Todesursachenstatistik liegt, erhoben über den Totenschein, das zum Tod führende Grundleiden (ICD-Code) jeder in Deutschland verstorbenen Person vor. Die ICD-Codes können gruppiert werden, um die wichtigsten Todesursachen abzubilden. Diese Daten können genutzt werden, um zu erfahren, ob Menschen mit Migrationshintergrund – in diesem Fall Menschen mit anderer Staatsangehörigkeit – an anderen Todesursachen versterben als deutsche Staatsangehörige. Ziel könnte es hier z.B. sein, altersstandardisierte Sterberaten für die zehn häufigsten Todesursachen nach Geschlecht zu berechnen. Dabei erscheint aufgrund der Fallzahlen und Altersstruktur (verhältnismäßig wenig Sterblichkeit, da Menschen mit Migrationshintergrund eher jünger sind) eine Fokussierung auf einige Staatsangehörigkeitsgruppen sinnvoll, z.B. auf die fünf größten Staatsangehörigkeitsgruppen. Diese sollten der Gruppe der deutschen Staatsangehörigen gegenübergestellt werden. Im Rahmen eines anderen Projekts am RKI (BURDEN 2020) werden die Daten der Todesursachenstatistik aktuell aufbereitet und um sogenannte „ungültige“ Codes bereinigt. Aufbauend auf dieser Vorarbeit können anschließend die Todesursachen besser zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen verglichen werden. Eine weitere Analyse mit den Daten der Todesursachenstatistik ist hier also für die Zukunft geplant.

C) Schuleingangsuntersuchung

Neben der Auswertung dieser beiden Datenquellen wurden im Rahmen dieses Teilprojekts auch eigene Daten erhoben. So lief bis Mai 2018 in allen Bundesländern eine Online-Befragung zum Thema „Erfassung des Migrationshintergrunds in der Schuleingangsuntersuchung“. Die

ursprüngliche Idee war es, die Daten der Schuleingangsuntersuchung zur gesundheitlichen Lage von Kindern mit Migrationshintergrund zu analysieren. Für die Datennutzung bestehen jedoch Barrieren: In vielen Bundesländern gibt es z.B. keine rechtliche Basis die wissenschaftliche Auswertungen erlaubt. Zudem wird der Migrationshintergrund teilweise sehr unterschiedlich erfasst – auch innerhalb der Bundesländer finden sich Differenzen. Auch eine in diesem Zusammenhang durchgeführte Internetrecherche brachte keine detaillierten Erkenntnisse, wie der Migrationshintergrund in den Bundesländern erhoben wird. Daher erschien es sinnvoll, den aktuellen Stand bei der Erfassung in der Schuleingangsuntersuchung selbst zu erheben. Hintergrund war dabei auch, dass es bereits im Jahr 2013 Bestrebungen gab, die einheitliche Erfassung des Migrationshintergrunds zu fördern, und entsprechende Empfehlungen von der Arbeitsgruppe „Gesundheitsberichterstattung, Prävention, Rehabilitation, Sozialmedizin" (AG GPRS) der Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) formuliert wurden. Die Online-Befragung hatte dabei auch zum Ziel, zu erfahren, an welchen Stellen wir die Bundesländer – insofern gewünscht – hinsichtlich einer einheitlichen Erfassung des Migrationshintergrunds unterstützen können. 14 der 16 Bundesländer haben an der Befragung teilgenommen. Hinsichtlich der Erfassung des Migrationshintergrunds in der Schuleingangsuntersuchung zeigt sich aber weiterhin ein relativ heterogenes Bild.

D) GKV-Daten

Im Speziellen ist auch die Nutzbarkeit von Daten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zur Analyse der gesundheitlichen Lage von Menschen mit Migrationshintergrund zu nennen. Zwei Zugangswege wären hier denkbar: Zum einen liegen die ambulanten Abrechnungsdaten aus dem GKV-Bereich bei den einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. gebündelt bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung / dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) vor. Zum anderen haben die einzelnen Krankenkassen Daten zu ihren Versicherten. Liegen die Angaben zur Staatsangehörigkeit nicht direkt vor, kann z.B. anhand onomastischer Verfahren der Migrationshintergrund ermittelt werden. Das onomastische Verfahren nutzt Erkenntnisse der Namensforschung und weist Personen auf Basis ihres Vor- und Nachnamens eine wahrscheinliche Herkunftsregion zu [43]. Analysen in diesem Bereich sind jedoch zeit- und kostenintensiv und außerdem nur für einen Teil der Menschen mit Migrationshintergrund erfolgversprechend, da sich nicht alle Namen gleichermaßen anhand von Algorithmen einem Migrationshintergrund zuordnen lassen. Eine Analyse dieser Daten konnte daher nicht innerhalb der Projektzeitlauf realisiert werden.

5.7. Nutzung von Daten des Sozio-oekonomischen Panels als zusätzliche Datenquelle (Teilprojekt 7)

Hintergrund

Das Sozio-oekonomische Panel (SOEP) des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung ist eine deutschlandweite Wiederholungsbefragung [44], die seit 1984 jährlich durchgeführt wird. Mittlerweile umfasst das SOEP mehr als 17.000 Privathaushalte (Stand 2016; SOEP-Version v33.1). Das SOEP ist in verschiedene Teilstichproben untergliedert, die jeweils bestimmte Teilgruppen der in Deutschland lebenden Bevölkerung repräsentieren. Schon seit der ersten Befragungswelle im Jahr 1984 enthält das SOEP eine Teilstichprobe, die Haushalte mit ausländischen Haushaltsvorständen in das Erhebungsprogramm des SOEP einbezieht. Um die kontinuierliche Repräsentativität der Stichprobe zu gewährleisten, wird das SOEP stets um neue Teilstichproben ergänzt. Bei der Konzeption und Ziehung neuer Teilstichproben wird immer wieder versucht, Personen, die selbst (direkter Migrationshintergrund) oder deren Eltern (indirekter Migrationshintergrund) nicht in Deutschland geboren sind, im SOEP adäquat zu repräsentieren.[6] Dies spiegelt sich nicht zuletzt auch im Spektrum der Herkunftsländer der Befragten wider, das sich mit der Laufzeit des SOEP kontinuierlich erweitert hat und damit die sich verändernden Migrationsbewegungen nach Deutschland seit den 1980er Jahren abbildet [45].

Die Teilstichproben im SOEP unterscheiden sich unter anderem darin, wie Personen mit Migrationshintergrund bei der Stichprobenziehung berücksichtigt wurden. Zum Stand 2016 (SOEP-Version v33.1) lassen sich die folgenden Stichprobentypen unterscheiden [45, 46] :

- Stichproben der Gesamtbevölkerung (A, E, H, K) oder spezifischen Teilen der Gesamtbevölkerung (C, G, L2, L3), in denen Personen mit Migrationshintergrund aufgrund ihrer vergleichsweise geringeren Teilnahmebereitschaft (z.B. H), der anvisierten Stichproben-Grundgesamtheit (z.B. C, G) oder des Stichproben-Ziehungsverfahrens (z.B. A, E) im Verhältnis zu ihrem Anteil in der Bevölkerung in der Regel unterrepräsentiert sind;

[6] Gegebenenfalls abweichend zu vorherigen Kapiteln in diesem Bericht wird in diesem Kapitel die Terminologie des SOEP verwendet. Demnach wird von einem „direkten Migrationshintergrund“ gesprochen, wenn eine Person nicht in Deutschland geboren ist. Von einem „indirekten Migrationshintergrund“ wird hingegen gesprochen, wenn eine Person in Deutschland geboren ist, jedoch mindestens eines ihrer Elternteile einen direkten Migrationshintergrund aufweist. „Kein Migrationshintergrund“ liegt der Definition nach vor, wenn sowohl eine Person selbst als auch ihre Eltern in Deutschland geboren sind (siehe hierzu auch den Abschnitt „Definition und Operationalisierung des Migrationshintergrunds im SOEP“).

- Stichproben mit einem Oversampling von Haushalten, in denen mindestens eine Person mit Migrationshintergrund oder nicht-deutscher Staatsangehörigkeit lebt (F, I, J, L1); sowie
- „Ausländer-", „Zuwanderer-", „Migrations-" und „Geflüchtetenstichproben", die nur Haushalte einbeziehen, in denen mindestens eine Person einen Migrations- oder Fluchthintergrund oder eine nicht-deutsche Staatsangehörigkeit hat (B, D, M).

Bis 2012 verteilten sich die Zuwanderungsjahre der im SOEP repräsentierten Menschen mit direktem Migrationshintergrund vor allem um die Jahre 1970 und 1990 [45]. Insbesondere Zugezogene nach 1990, die sich in ihren Herkunftsländern und ihrer Qualifikation von zuvor Zugezogenen unterscheiden (für einen Überblick, siehe Brücker, Kroh [47]), waren im SOEP nicht ausreichend repräsentiert, ebenso wenig wie Personen mit einem indirekten Migrationshintergrund [48]. Mit der Einführung neuer Migrationsstichproben werden im SOEP seit 2013 noch stärker als vorher Anstrengungen unternommen, auch erst kürzlich nach Deutschland zugezogene Personen sowie Personen mit indirektem Migrationshintergrund im SOEP zu repräsentieren. Die 2013 und 2015 neu aufgenommen Stichproben M1 und M2 beziehen Personen in das SOEP ein, die nach 1994 nach Deutschland zugewandert sind. Damit schließen diese Stichproben „nahtlos" an die Stichproben B und D an, die den Zuwanderungszeitraum bis 1994 abdecken [44, 48]. Die Stichprobe M1 berücksichtigt zusätzlich Personen mit indirektem Migrationshintergrund. Hinsichtlich Umfang und Stichprobendesign sind diese Stichproben deutlich größer als die Stichproben B und D.

Dem angestiegenen Zuzug von Schutzsuchenden seit 2013 trägt das SOEP zusätzlich durch eigene „Geflüchteten-Stichproben" Rechnung, die ab 2016 etabliert wurden. In zwei Stichproben (M3 und M4) sind Haushalte von Personen repräsentiert, die zwischen 2013 und Anfang 2016 als Schutzsuchende nach Deutschland eingereist sind. Tabelle 9 gibt einen Überblick über das Startjahr und die Zielpopulationen der „Ausländer-", „Zuwanderer-", „Migrations-" und „Geflüchteten-Stichproben" im SOEP.

Tabelle 9: „Ausländer-", „Zuwanderer-", „Migrations-" und „Geflüchtetenstichproben" des Sozio-ökonomischen Panels seit 1984 (siehe auch: Siegers, Belcheva [46]; Nebelin, Petrenz [49])

Stichprobe	Start	Zielpopulation
B	1984	Personen in westdeutschen Privathaushalten, deren Haushaltsvorstand die türkische, griechische, jugoslawische, spanische oder italienische Staatsangehörigkeit besitzt
D	1994/5	Personen in westdeutschen Privathaushalten, in denen mindestens eine erwachsene Person bzw. eine der Personen ab 16 Jahren 1984 in der DDR (vor Juni 1990 zugewandert) oder im Ausland lebte
M_1	2013	In Deutschland lebende Personen, die nach 1994 selbst zugewandert sind sowie Personen, die nach 1976 in Deutschland geboren sind, bei denen aber mindestens ein Elternteil zugewandert ist
M_2	2015	In Deutschland lebende Personen, die zwischen 2009 und 2013 zugewandert sind

M_3	2016	In Deutschland lebende Geflüchtete, die zwischen dem 1. Januar 2013 und dem 31. Januar 2016 als Schutzsuchende nach Deutschland eingereist sind (Asylantragstellung bis 30.04.2016).
M_4 (1)	2016	In Deutschland lebende Geflüchtete, die zwischen dem 1. Januar 2013 und dem 31. Januar 2016 als Schutzsuchende nach Deutschland eingereist sind (Asylantragstellung bis 30.04.2016).
M_4 (2)	2016	In Deutschland lebende geflüchtete Familien, in denen mindestens eine minderjährige Person lebt, die zwischen dem 1. Januar 2013 und dem 31. Januar 2016 nach Deutschland eingereist ist (Asylantragstellung bis 30.06.2016).

Waren 2012 mithilfe des SOEP aufgrund von Panelmortalität und Schwierigkeiten bei der Stichproben-Einbeziehung insbesondere längsschnittliche Analysen zur Lebenssituation von Migrantinnen und Migranten in Deutschland nur schwer möglich [45], hat das Analysepotential seit 2013 mit der Einführung der neuen Migrationsstichprobe M1 stark zugenommen [47]. Auch für Personen mit indirektem Migrationshintergrund ist es nun möglich, gruppenspezifische Analysen durchzuführen [45]. Diese neuen Entwicklungen im SOEP bieten potenziell vielfältige Möglichkeiten für – nicht zuletzt gesundheitswissenschaftliche – Analysen zur Situation von in Deutschland lebenden Menschen mit Migrationshintergrund. Das SOEP ist zwar keine Gesundheitsbefragung und Gesundheit ist kein ausgewiesener Schwerpunkt des SOEP, in den letzten Jahren wurden aber zunehmend Gesundheitsfragen in das Erhebungsprogramm aufgenommen.

5.7.1. Die IAB-SOEP-Migrationsstichproben

Die in den Erhebungswellen 2013 und 2015 neu etablierten Migrationsstichproben M1 und M2 sind aus einer Kooperation zwischen dem Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB), der Bundesagentur für Arbeit (BA) und dem SOEP entstanden. Aufgrund der Ähnlichkeiten im Stichprobendesign und bei der Stichprobenziehung werden diese beiden Stichproben hier gemeinsam beschrieben.

Methode

Grundgesamtheit

Die Grundgesamtheit der Stichprobe M1 umfasst zwei Teilpopulationen: (1) Personen, die nach 1994 selbst nach Deutschland zugewandert sind; sowie (2) nach 1976 in Deutschland geborene Personen, bei denen mindestens ein Elternteil nach Deutschland zugewandert ist, also Menschen mit indirektem Migrationshintergrund. Die M2-Grundgesamtheit umfasst Personen, die zwischen 2009 und 2013 nach Deutschland migriert sind. Anders als in M1 sind Menschen mit indirektem Migrationshintergrund nicht Teil der M2-Grundgesamtheit.

Auswahlrahmen

Den Auswahlrahmen für die Stichprobenziehung der beiden Samples bildeten die Integrierten Erwerbsbiografien (IEB) des IAB. In den IEB sind alle Personen enthalten, für die dem IAB Meldungen zu sozialversicherungspflichtiger oder geringfügiger Beschäftigung, Leistungsempfang (z.B. Arbeitslosengeld I, II), Maßnahmeteilnahmen oder Arbeitssuche vorliegen. Personen, für die keine entsprechende Meldung existiert (z.B. Beamte, Selbständige, Studierende), tauchen in den IEB nicht auf und können somit nicht Teil der Stichproben werden. Kroh, Kühne [48] schätzen, dass in der Stichprobe M1 durch die Wahl der IEB als Auswahlrahmen 5–8% der Zielpopulation von der Stichprobenziehung ausgeschlossen werden.

Stichprobenziehung und Befragungsteilnahme

Die Ziehung der Bruttostichproben von M1 und M2 folgte einem mehrstufigen Prozess (für Details, siehe Kroh, Kühne [48] sowie Kühne and Kroh [50]; die folgenden Ausführungen basieren auf diesen Quellen, sofern nicht anders angegeben). Zunächst wurden die IEB auf Einträge nach 1994 bzw. 2010 eingegrenzt. Anhand von Merkmalen wie der Staatsangehörigkeit oder der Teilnahme an Maßnahmen der BA für Personen mit Migrationshintergrund wurden die Einträge auf Personen mit Migrationshintergrund bzw. vermutetem Migrationshintergrund reduziert. Nach Ausschluss weiter Personen, wie z.B. Personen ohne gültige Adressinformationen, blieben 17,4 Mio. Personen für M1 und 1,29 Mio. Personen für M2 übrig. Anhand der Adressinformationen wurden diese zu regionalen Primary-Sampling-Units (PSUs) gruppiert. Durch ein geschichtetes Zufallsverfahren wurde die Anzahl der PSUs in einem mehrstufigen Prozess weiter reduziert. In M1 kam zudem ein onomastisches Verfahren zum Einsatz, um insbesondere Personen mit indirektem Migrationshintergrund zu identifizieren und Personen, die wahrscheinlich keinen Migrationshintergrund aufweisen, auszuschließen. Aus jeder PSU wurden schließlich 80 Adressen als Secondary-Sampling-Units (SSUs) zufällig ausgewählt. Dadurch ergaben sich Bruttostichproben von 20.000 Personen in M1 und 10.000 Personen in M2. Bei der Adressenziehung wurden Personen auf Basis von Informationen zu ihrem Herkunftsland (und Art des Migrationshintergrundes: direkt oder indirekt) unterschiedliche Ziehungswahrscheinlichkeiten zugewiesen. Mit einer solchen disproportionalen Ziehung konnte gewährleistet werden, dass bestimmte Gruppen mit einer vordefinierten Mindestgröße in der Bruttostichprobe vertreten sind. Nach Abzug nicht genutzter Adressen und stichprobenneutraler Ausfälle ergab sich eine reduzierte Bruttostichprobe von 12.196 Haushalten / Ankerpersonen in M1 und 6.813 Haushalten / Ankerpersonen in M2.

Anders als in vorherigen Stichproben des SOEP gilt in den neuen Migrationsstichproben das sogenannte „Ankerpersonenkonzept“, d.h. nicht irgendeine Person im Haushalt muss der Grundgesamtheit angehören, sondern die Person, die aus den IEB gezogen wurde. Um zu überprüfen, ob die Ankerperson zur Grundgesamtheit gehörte, wurde dem eigentlichen Interview ein Screening-Fragebogen vorgeschaltet. Erfüllte die Ankerperson die Screening-Kriterien, wurden die restlichen Haushaltsmitglieder in die Stichprobe einbezogen und auf ihre Teilnahmebereitschaft hin befragt, da das SOEP insgesamt als Haushaltspanel angelegt ist. Erfüllte die Ankerperson die Screening-Kriterien nicht, wurde der gesamte Haushalt von der Befragung ausgeschlossen, auch wenn eine andere Person im Haushalt die Kriterien erfüllte. In M1 bestand der Screening-Fragebogen aus fünf Fragen, in M2 aus drei Fragen. In M1 galten Personen als sog. „Screenout“, wenn sie selbst oder ihre beiden Eltern in Deutschland geboren wurden. Außerdem wurden Personen ausgeschlossen, die zwar im Ausland geboren wurden, sich aber nur temporär in Deutschland aufhielten (bspw. zu Besuch oder als Saisonarbeiterin oder Saisonarbeiter), sowie Personen, deren Eltern zwar außerhalb Deutschlands geboren wurden, die aber im Zuge des Zweiten Weltkrieges als Vertriebene in das jetzige Gebiet Deutschlands kamen. Der Screening-Fragebogen in M2 enthielt keine Fragen zu den Eltern der Ankerperson.

Die Befragung in den Stichproben M1 und M2 erfolgte als reine CAPI-Erhebung (Computer-assisted Personal Interviewing), für die schriftliche Übersetzungshilfen in unterschiedlichen Sprachen zur Verfügung standen. Insgesamt nahmen 3.868 Ankerpersonen (31,7%) in M1 und 1.959 Ankerpersonen (28,8%) in M2 aus der reduzierten Bruttostichprobe am Screening-Interview teil. Nach Ausschluss von Screenouts und Einschluss der Haushaltsmitglieder eingeschlossener Ankerpersonen wurden in M1 insgesamt 4.964 erwachsene Personen und in M2 insgesamt 1.689 erwachsene Personen in der ersten Befragungswelle der jeweiligen Migrationsstichprobe interviewt. Jugendliche und Kinder sind hierbei nicht berücksichtigt.

In der ersten Welle von Stichprobe M1 [M2] wurden insgesamt 4.964 [1.689] erwachsene Personen (Ankerpersonen und Nicht-Ankerpersonen) befragt. Deren Medianalter betrug 37 [34] Jahre. 52,3 [51,2]% der Befragten waren Frauen. 2.442 [207] (49,2 [12,3]%) der Befragten hatte die deutsche Staatsangehörigkeit. 3.709 [1.559] Personen (74,7 [92,3]%) hatten einen direkten Migrationshintergrund und 946 [37] Personen (19,1 [2,2]%) einen indirekten Migrationshintergrund. Unter den Personen mit direktem Migrationshintergrund waren die fünf am häufigsten genannten Herkunftsländer Russland, Kasachstan, Türkei, Polen und Rumänien [Polen, Rumänien, Bulgarien, Syrien und Italien]. Der Umfang der Stichprobe M1 [M2] verkleinerte sich im Zeitraum bis zur 4. [2.] Welle im Jahr 2016 von 2.723 [1.096] auf insgesamt 1.493 [660] Haushalte und von 4.964 [1.689] auf insgesamt 2.738 [1.094] Personen (Quelle: SOEP-Version v33.1, eigene Berechnungen, ungewichtet; siehe auch (Siegers, Belcheva [46]).

5.7.2. Die IAB-BAMF-SOEP-Befragung Geflüchteter

Die beiden Geflüchteten-Stichproben M3 und M4 wurden 2016 neu im SOEP etabliert und stellen eine Kooperation von IAB, SOEP und dem Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) dar. Die IAB-BAMF-SOEP-Befragung Geflüchteter hat zum Ziel, Informationen über die Lebenssituation von Menschen bereitzustellen, die in den letzten Jahren in Deutschland Schutz gesucht haben. Trotz leichter Unterschiede in ihren Grundgesamtheiten sind sie darauf ausgelegt, gemeinsam genutzt und analysiert zu werden [51]. Somit werden die beiden Teilstichproben hier ebenfalls zusammen beschrieben.

Grundgesamtheit

Die Grundgesamtheit der Geflüchteten-Stichproben bilden erwachsene Personen (M3) bzw. minderjährige und erwachsene Personen (M4), die zwischen dem 1. Januar 2013 und dem 31. Januar 2016 nach Deutschland eigereist sind und bis spätestens 30. Juni 2016 einen formellen Asylantrag beim BAMF gestellt haben bzw. im Rahmen von speziellen Programmen des Bundes oder der Länder in Deutschland aufgenommen wurden [51]. Hinsichtlich des Aufenthaltsstaus wurden bei der Stichprobenziehung sowohl Asylbewerberinnen und Asylbewerber, Asylberechtigte nach §16a GG, Flüchtlinge (z.B. nach der Genfer Flüchtlingskonvention), subsidiär Geschützte und Personen mit nationalem Abschiebeverbot berücksichtigt, wie auch Personen mit abgelehnten Asylanträgen, die sich aus unterschiedlichen Gründen weiterhin in Deutschland aufhalten (z.B. Duldung). Eine detaillierte Übersicht über die bei der Stichprobenziehung berücksichtigten Aufenthaltsstatus liefern (Kroh, Böhm [51].

Auswahlrahmen

Den Auswahlrahmen für die Geflüchteten-Stichproben bildete das Ausländerzentralregister (AZR) [52], in dem Personen registriert sind, die nicht die deutsche Staatsbürgerschaft besitzen und sich nicht nur vorübergehend in Deutschland aufhalten. Ebenso im Register enthalten sind Personen, die einen Asylantrag gestellt oder ein Asylgesuch geäußert haben (letztere seit März/April 2016), sowie ausreisepflichtige Ausländerinnen und Ausländer. In Bezug auf Schutzsuchende enthält das AZR also Daten zu Personen mit offenem (Asylsuchende, Asylbewerber), anerkanntem (Asylberechtigte, Flüchtlinge, subsidiärer Schutz, nationales Abschiebungsverbot) sowie abgelehntem Schutzstatus (z.B. Geduldete) [53]. Von der Ziehung für die Stichproben M3 und M4

ausgenommen waren jedoch Personen, die lediglich ein Asyl*gesuch* gestellt haben, sowie unbegleitete minderjährige Geflüchtete [51]. Zum 30. Juni 2016 hielten sich 735.010 Geflüchtete in Deutschland auf, die vom 1. Januar 2013 bis zum 31. Januar 2016 eingereist waren und einen Asylantrag gestellt hatten [51].

Stichprobenziehung und Befragungsteilnahme

Die Ziehung der Stichproben M3 und M4 erfolgte jeweils in zwei Tranchen. Während der berücksichtigte Einreisezeitraum über alle Tranchen hinweg identisch ist (1. Januar 2013 bis zum 31. Januar 2016), berücksichtigen die unterschiedlichen Tranchen unterschiedliche Zeiträume der Asylantragstellung (Stichtage sind 31. Januar, 30. April oder 30. Juni 2016), um einer etwaigen Verzögerung zwischen Einwanderung und Asylantragstellung gerecht zu werden.

Wie auch in den Stichproben M1 und M2 erfolgte die Stichprobenziehung für die Geflüchteten-Stichproben einem stufenweisen Prozess [52]: Zunächst wurden lokale Ausländerbehörden und Außenstellen des BAMF identifiziert und, sofern ihr Datenbestand weniger als 300 Personen der Zielpopulation aufwies, mit naheliegenden Behörden oder Außenstellen zu Clustern gruppiert. Aus den 369 Clustern wurden 130 Cluster als PSUs für M3 und 130 Cluster als PSUs für M4 nach einem geschichteten Zufallsverfahren gezogen. Die Ziehung erfolgte „mit Zurücklegen", sodass einige PSUs mehrfach für eine Stichprobe gezogen wurden oder in beiden Stichproben vorkamen. Innerhalb der PSUs wurden schließlich Einzelpersonen per Zufall in die Stichprobe gezogen. Die Bruttostichprobe umfasste insgesamt 15.600 Personen in M3 und 11.700 Personen im M4.

In jeder Tranche der Stichproben M3 und M4 fanden Oversamplings für bestimmte Gruppen geflüchteter Menschen statt, d.h. diese Gruppen sind verglichen mit ihrem Anteil in der Grundgesamtheit überproportional in den Geflüchteten-Stichproben vertreten, um hinreichend hohe Fallzahlen für etwaige Gruppenvergleiche zu erzielen. Zum Beispiel wurde Asylberechtigten aus Afghanistan und dem Irak eine überproportionale Ziehungswahrscheinlichkeit, Asylberechtigten aus Syrien oder Asylbewerberinnen und Asylbewerbern aus Albanien, Serbien oder dem Kosovo hingegen unterproportionale Ziehungswahrscheinlichkeiten zugewiesen [52]. Ein weiteres Beispiel sind Mädchen zwischen 10 und 13 Jahren sowie Mädchen und Jungen zwischen 14 und 17 Jahren, die in der zweiten Tranche von Stichprobe M4 überproportional berücksichtigt wurden [51].

Auch in den Stichproben M3 und M4 gilt das Ankerpersonenkonzept. Anders als in den Stichproben M1 und M2 wird der Befragung kein Screening-Fragebogen vorangeschaltet. Ist die Ankerperson während der Feldphase erreichbar, werden alle zustimmenden erwachsenen Haushaltsmitglieder der Ankerperson befragt. In der zweiten Tranche der Stichprobe M4 bilden minderjährige Kinder die Ankerpersonen [54].

Nicht für alle der insgesamt 27.300 gezogenen Ankerpersonen wurden von den Ausländerbehörden und BAMF-Außenstellen auch Adressen geliefert. Verschiedene Ersetzungsstrategien kamen deshalb zum Einsatz. Insgesamt standen am Ende des Ziehungsprozesses Adressen von 25.763 Ankerpersonen für die Feldarbeit zur Verfügung [52]. Für die tatsächliche Feldarbeit wurde in einem weiteren Zufallsverfahren eine geringere Zahl von Adressen ausgewählt. Insgesamt wurde während der Feldphase versucht, mit 9.902 Ankerpersonen (M3: 6.215; M4: 3.687) Kontakt aufzunehmen. Nach Bereinigung um stichprobenneutrale Ausfälle (z.B. dauerhafter Verzug ins Ausland, Adresse existiert nicht, gefälschte Interviews) ergab sich eine reduzierte Bruttostichprobe von 3.610 Personen in M3 und 3.238 Personen in M4 [55]. Die Befragung erfolgte als reine CAPI-Erhebung, für die Übersetzungshilfen im schriftlichen und im Audioformat zur Verfügung standen. Auch eine Übersetzungshotline stand während der Interviews zur Verfügung. Insgesamt nahmen in M3 [M4] 1.698 [1.638] Ankerpersonen (47 [50,6] %) der reduzierten Stichprobe an der Befragung teil [52]. Insgesamt nahmen in M3 und M4 4.527 erwachsene Personen an der Befragung teil [51]. Von der Befragung wurden Personen ohne Migrationshintergrund ausgeschlossen, die mit einer Ankerperson zusammenlebten [51]. Auch die minderjährigen Ankerpersonen wurden nicht befragt [54].

Das Medianalter der erwachsenen Befragten betrug 32 Jahre. Die Mehrheit der Befragten (2.811 bzw. 62,09%) waren Männer. Die deutliche Mehrheit der Befragten (3,983 bzw. 88,0%) hatte eigene Fluchterfahrungen. Fast die Hälfte der Befragten (49,8%) wurde in Syrien geboren. 13,1% bzw. 12,0% der Befragten mit Fluchterfahrung wurden im Irak bzw. in Afghanistan geboren. Der Mehrheit der Befragten (2.482 bzw. 54,8%) wurde bereits ein Schutzstatus zuerkannt, bei einer großen Gruppe (1,516 bzw. 33,5%) war die Entscheidung über den Asylantrag jedoch noch offen (Quelle: SOEP-Version v33.1, eigene Berechnungen, ungewichtet).

5.7.3. Definition und Operationalisierung des Migrationshintergrunds im SOEP

Mit der Variable „migback“ stellt das SOEP-Team im Teildatensatz PPFAD (v33.1) eine Variable bereit, die es ermöglicht, den Migrationshintergrund der Befragten in die Auswertung der Daten einzubeziehen. Damit müssen die notwendigen Teilinformationen zur familiären Migrationsgeschichte der Befragten nicht eigenständig von den Auswertenden zusammengetragen werden. Dieses Vorgehen vereinfacht die Datenanalyse erheblich und erhöht gleichzeitig die studienübergreifende Vergleichbarkeit von Forschungsergebnissen, die auf Basis des SOEP gewonnen werden. Die bereitgestellte Variable unterscheidet zwischen Personen mit „direktem“, „indirektem“ und „ohne“ Migrationshintergrund [56]:

- „Menschen ohne Migrationshintergrund“ wurden in Deutschland geboren, oder wurden außerhalb Deutschlands geboren und sind vor 1950 nach Deutschland zugewandert,
- „Menschen mit direktem Migrationshintergrund“ wurden außerhalb Deutschlands geboren und sind nach 1949 nach Deutschland zugewandert,
- „Menschen mit indirektem Migrationshintergrund“ wurden in Deutschland geboren und haben mindestens ein Elternteil mit direktem Migrationshintergrund.

Diese Unterteilung entspricht in Zügen der Definition des Migrationshintergrundes, wie sie in den Jahren 2005 bis 2016 vom Statistischen Bundesamt für die amtliche Statistik verwendet wurde:

> „Zu den Menschen mit Migrationshintergrund zählen alle [Ausländerinnen und] Ausländer und eingebürgerte ehemalige [Ausländerinnen und] Ausländer, alle nach 1949 als Deutsche auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Zugewanderte, sowie alle in Deutschland als Deutsche Geborene mit zumindest einem zugewanderten oder als [Ausländerin oder] Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil.‘“ [57].

Seit 2017 verwendet das Statistische Bundesamt eine neue Definition:

> „Eine Person hat einen Migrationshintergrund, wenn sie selbst oder mindestens ein Elternteil die deutsche Staatsangehörigkeit nicht durch Geburt besitzt“ [58].

Im Gegensatz zu beiden Definitionen des Statistischen Bundesamtes wird der Migrationshintergrund im SOEP allerdings nicht primär über die Staatsbürgerschaft der betreffenden Personen oder ihrer Eltern definiert, sondern in erster Linie über Informationen zu deren Geburtsland. Angaben zur Staatsbürgerschaft werden im SOEP nur behelfsweise verwendet, um Befragten mit fehlenden oder inkonsistenten Angaben zum Geburtsland eine Ausprägung auf der Variable „migback“ zuzuweisen [56]. Unterschiede zwischen der amtlichen Definition und der Definition im SOEP sollten sich also vor allem auf die Klassifikation von Personen auswirken, bei denen lediglich die Großeltern einen direkten Migrationshintergrund haben. Der amtlichen Definition folgend wird diesen Personen ein Migrationshintergrund zugeschrieben, wenn sie selbst oder mindestens eines ihrer Elternteile eine nicht-deutsche Staatsangehörigkeit besitzt. Im SOEP wird diesen Personen dagegen „idealerweise“ kein Migrationshintergrund zugeschrieben. Da für die Zuschreibung des indirekten Migrationshintergrundes im SOEP aber auch Informationen zur Staatsangehörigkeit der Eltern der Befragten berücksichtigt werden [56], sollte es auch hier — entgegen der vom SOEP-Team verwendeten Definition des Migrationshintergrundes — in einigen Fällen zur Kodierung eines indirekten Migrationshintergrundes bei solchen Personen kommen, bei denen lediglich die Großeltern einen direkten Migrationshintergrund aufweisen.

Obwohl sich also die Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund im SOEP und in der amtlichen Statistik aufgrund von definitorischen und methodischen Gründen teilweise

unterscheiden dürfte, entspricht die Zuweisung des Migrationshintergrundes im SOEP dennoch der in den Gesundheitswissenschaften und der Epidemiologie verbreiteten Praxis, wie sie im „Mindestindikatorensatz zur Erfassung des Migrationsstatus“ seit einigen Jahren empfohlen wird [3]. Allerdings besteht dort zum Teil die Empfehlung, den indirekten Migrationshintergrund einer Person weiter zu differenzieren und Personen mit nur einem zugewanderten Elternteil (einseitiger indirekter Migrationshintergrund) von Personen mit zwei zugewanderten Elternteilen (beidseitiger indirekter Migrationshintergrund) zu unterscheiden [3]. Die SOEP-Variable „migback“ unterscheidet nicht zwischen diesen beiden Gruppen; die Zuweisung eines einseitigen oder beidseitigen indirekten Migrationshintergrundes kann im SOEP also nur über Umwege und unter Zuhilfenahme zusätzlicher Variablen erfolgen (siehe Anhang).

Für die SOEP-Befragten mit der „migback“-Ausprägung „indirekter Migrationshintergrund“, deren *beide* Elternteile ebenfalls Befragte im SOEP sind oder waren (ca. 2.552 Befragte), wurde im Rahmen des IMIRA-Projektes ein Zuweisungsschema erstellt, welches darauf abzielte, den indirekten Migrationshintergrund dieser Befragten weiter in die Kategorien „beidseitiger indirekter Migrationshintergrund“ und „einseitiger indirekter Migrationshintergrund“ zu differenzieren. Als Ausganspunkt für eine solche Differenzierung sollten die Ausprägungen der Eltern der Befragten auf der „migback“-Variable dienen. Die Anwendung unseres Zuweisungsschemas (siehe Anlage) zeigte, dass bei ca. 267 (10%) der betreffenden Befragten Inkonsistenzen zwischen ihrer eigenen Ausprägung und den Ausprägungen ihrer Eltern auf der „migback“-Variable bestehen. Diese Inkonsistenzen werfen Fragen zur Verlässlichkeit des erstellten Zuweisungsschemas auf. Hinzu kommt, dass bei nicht wenigen Befragten nur „migback“-Angaben eines Elternteils vorliegen, sodass das Zuweisungsschema bei diesen Befragten nicht ohne weiteres angewendet werden kann.

Zusammenfassend lässt sich nichtsdestotrotz sagen, dass das SOEP-Team mit „migback“ eine Variable zur Verfügung stellt, die eine einheitliche Operationalisierung des Migrationshintergrundes über verschiedene Analysen hinweg gewährleistet. Dies ermöglicht die Vergleichbarkeit verschiedener SOEP-Auswertungen, die den Migrationshintergrund auf Basis der „migback“-Variable operationalisiert haben. Gleichzeitig muss allerdings berücksichtigt werden, dass die Operationalisierung des Migrationshintergrundes im SOEP nicht der aktuell gültigen Definition des Statistischen Bundesamtes entspricht. Dies kann zu Diskrepanzen zwischen SOEP-Ergebnissen und der amtlichen Statistik führen. Eine Differenzierung der Befragten mit der „migback“-Ausprägung „indirekter Migrationshintergrund“ in solche mit einseitigem und beidseitigem indirektem Migrationshintergrund ist im SOEP unserer Einschätzung nach nur mit erhöhtem Aufwand möglich. Zudem weist das SOEP-Team darauf hin, dass die Anzahl der Personen mit indirektem Migrationshintergrund im SOEP unterschätzt und einigen Befragten aufgrund fehlender Informationen über ihre Eltern fälschlicherweise kein Migrationshintergrund

zugeschrieben worden sein könnte [56]. Dies gilt es bei Ergebnisinterpretationen zu berücksichtigen.

5.7.4. Gesundheitsrelevante Befragungsinhalte

Im Rahmen des IMIRA-Projekts wurde das Befragungsprogramm des SOEP im Hinblick auf gesundheitsrelevante Inhalte seit Einführung der neuen Migrations- und Geflüchteten-Stichproben durchsucht. Ziel war es, einen Überblick darüber zu generieren, welche inhaltlichen Perspektiven die SOEP-Daten für gesundheitswissenschaftliche Analysen mit Migrationsbezug eröffnen. Bei der Darstellung der Ergebnisse werden die neuen Migrations- und Geflüchteten-Stichproben den sogenannten „Alt-Stichproben" gegenübergestellt. Zum einen weichen die Fragebogenprogramme in den Migrations- und Geflüchteten-Stichproben in dem untersuchten Zeitraum zum Teil stark von dem Fragebogenprogramm in den Alt-Stichproben ab; das Fragebogenprogramm in den unterschiedlichen Alt-Stichproben ist hingegen in der Regel einheitlich (eine Ausnahme bildet das Erhebungsjahr 2013). Zum anderen stehen in unseren Ergebnisdarstellungen die Befragten in den Migrations- und Geflüchteten-Stichproben sozusagen „stellvertretend" für SOEP-Befragte mit (in-)direktem Migrationshintergrund (obwohl sich in diesen Stichproben auch Befragte ohne Migrationshintergrund befinden, jedoch mit relativ geringem Anteil), während die Befragten in den Alt-Stichproben „stellvertretend" für SOEP-Befragte ohne Migrationshintergrund stehen (obwohl sich in diesen Stichproben auch Befragte mit Migrationshintergrund befinden, jedoch mit relativ geringem Anteil). Der Fokus in unseren Darstellungen liegt vor allem, aber nicht ausschließlich, auf Befragungsinhalten, die im Erhebungszeitraum 2013 bis 2016 *sowohl* in den Migrations- und Geflüchteten-Stichproben *als auch* in den Alt-Stichproben erhoben wurden. Inhalte, die lediglich in den Alt-Stichproben erhoben wurden, werden in unseren Darstellungen nicht berücksichtigt; Inhalte, die lediglich in den Migrations- und Geflüchteten-Stichproben erhoben wurden, hingegen schon. Tabelle 10 gibt einen Überblick über Abfragen zum Gesundheitszustand der Befragten und zeigt, in welchen Erhebungsjahren seit 2013 welche der Abfragen in den Alt-Stichproben und in den neuen Migrations- und Geflüchteten-Stichproben erhoben wurden. Die Abfragen reichen von objektiven Gesundheitsindikatoren wie diagnostizierten Krankheiten und krankheitsbedingten Fehltagen über psychometrische Skalen zu Ängstlichkeit, Depressivität und Wohlbefinden hin zur subjektiven Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Für nahezu alle dieser Abfragen gilt, dass sie in mindestens einem der vier betrachteten Erhebungsjahre sowohl in den neuen Migrations-Stichproben (M1 und M2) als auch in den Alt-Stichproben erhoben wurden. Für die Geflüchteten-Stichproben M3 und M4 ist das nicht

gleichermaßen der Fall; in diesen Stichproben fiel allerdings auch nur ein Erhebungsjahr in den betrachteten Zeitraum. Dennoch waren bereits in 2016 einige Abfragen zum Gesundheitszustand in allen der betrachteten Stichproben Teil der Befragung, wie z.B. jene zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität, Ängstlichkeit, Depressivität und subjektiven Gesundheit.

In Tabelle 11 ist ein Überblick über Befragungsinhalte zu (potenziellen) Risiko- und Schutzfaktoren der Gesundheit dargestellt. Dabei zeigt sich ein breites Spektrum, das von verhaltensbezogenen über psychosozialen bis zu sozialen und personalen Faktoren reicht. Darüber hinaus sind in Tabelle 12 Befragungsinhalte zur Gesundheitsversorgung (z.B. Arztbesuche, Krankenhausaufenthalte) und gesundheitlichen Sicherung (z.B. Krankenversicherung, Zusatzversicherungen) überblicksartig dargestellt. Für die überwiegende Mehrheit der Abfragen zu Risiko- und Schutzfaktoren sowie gesundheitlicher Versorgung und Sicherung gilt, dass sie in mindestens einem der vier betrachteten Erhebungsjahre sowohl in den neuen Migrations-Stichproben M1 und M2 als auch in den Alt-Stichproben vergleichbar erhoben wurden. Für die Geflüchteten-Stichproben M3 und M4, die im Jahr 2016 in die SOEP-Befragung aufgenommen wurden, gilt das nur für vereinzelte Abfragen, wie z.B. Fragen zu aktuellen Sorgen und Zufriedenheiten in ausgewählten Lebensbereichen oder die allgemeine Risikobereitschaft. Abfragen zur gesundheitlichen Versorgung und Sicherung, wie sie in den Alt- und Migrationsstichproben erhoben wurden, waren im Startjahr der Geflüchteten-Stichproben 2016 nicht Teil der Befragung Geflüchteter.

Tabelle 10: Befragungsinhalte zum Gesundheitszustand nach Erhebungsjahr und Stichprobe

Abfrage	Referenzzeitraum	Erhebungsjahr und Stichprobe								
		2013		2014		2015		2016		
		Alt	M1	Alt	M1	Alt	M1+2	Alt	M1+2	M3+4
Chronisch krank	aktuell	[√][a,c]		√				√	W	
Diagnostizierte chronische Krankheiten	jemals	[√][b]				√	W			
Erwerbsminderung / Behinderung: Grad	aktuell	√	√	√	√	√	√	√	√	
Bezug von Erwerbsminderungsrente	aktuell	[√][b]				√	W			
Krankmeldung >6 Wochen	Vorjahr	√	√	√		√	√	√	√	
Anzahl krankheitsbedingter Fehltage	Vorjahr	√	√	√	√	√	√	√	√	
Gesundheitliche Einschränkungen: Stärke	aktuell	√	√			√	√			√
Gesundheitliche Beeinträchtigungen: Art	aktuell									√
Gesundheitsbezogene Lebensqualität (SF36 / SF12)	vergangene 4 Wochen			√	√			√	W	√
Ängstlichkeit und Depressivität (PHQ-4)	vergangene 2 Wochen							√	W	√
Affektives Wohlbefinden	vergangene 4 Wochen	√		√	√	√	W	√	W	
Subjektiver Gesundheitszustand	aktuell	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Zufriedenheit mit Gesundheit	aktuell	√	√	√	√	√	W	√	W	√
Zufriedenheit mit Gesundheit: Verlauf	vergangene 10 Jahre							√	W	
Zufriedenheit mit Gesundheit; Leben	vor Krise/Krieg/Konflikt									√

Alt=Altstichproben (A-L3); M1/M2=IAB-SOEP-Migrationssamples; M3/M4=IAB-BAMF-SOEP-Befragung von Geflüchteten; √=Konzept erhoben für alle Befragten; W=Konzept erhoben für Wiederbefragte; [√][a]=Konzept nicht erhoben für Neubefragte der Altstichproben J und K; [√][b]=Konzept nicht erhoben für Befragte der Altstichproben L1 bis L3; [√][c]=Konzept nicht erhoben für (Wieder-)Befragte der Altstichproben A bis K

Tabelle 11: Befragungsinhalte zu Risiko- und Schutzfaktoren nach Erhebungsjahr und Stichprobe

Abfrage	Referenzzeitraum	Erhebungsjahr und Stichprobe								
		2013		2014		2015		2016		
		Alt	M1	Alt	M1	Alt	M1+2	Alt	M1+2	M3+4
Aktiver Sport: Häufigkeit	aktuell					√	√			
Körperliche Aktivität pro Werktag: Stunden	aktuell	√		√	√	√	√	√	√	√
Körperliche Aktivität pro Werktag: Stunden	1 Jahr vor Zuzug				√		E		E	
Körperliche Aktivität Sa. / So.: Stunden	aktuell	√				√	W			
Rauchen: Produkt und Menge	aktuell			√	√			√	W	
Alkoholkonsum: Häufigkeit und Menge	aktuell							√	W	
Fleisch- / Fisch- / Geflügelkonsum: Häufigkeit	aktuell							√	W	
Vegane / vegetarische Ernährung?	aktuell							√	W	
Körpergewicht und -größe (Body-Mass-Index)	aktuell			√	√			√	W	
Schlaf (Werktag und Wochenende): Stunden	aktuell		√			√	W			
Risikobereitschaft (allgemein)	aktuell	[√][b]	√	√	√	√	√	√	√	√
Risikobereitschaft (Gesundheit, Verkehr, Freizeit, Sport)	aktuell			√	√					
In Partnerschaft lebend	aktuell	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Anzahl enger Freunde	aktuell	[√][a]				√	√			
Einsamkeit (UCLA Loneliness Scale)	aktuell	[√][a]								√
Fluchtgründe und -umstände	Zeitraum der Flucht									√
Erfahrung mit Diskriminierung / Verfolgung etc.	jemals						√		E	
Willkommenheitsgefühl in Deutschland	aktuell und bei Ankunft in Deutschland									√
Benachteiligung durch Herkunft (allgemein): Häufigkeit	jemals	[√][a, c]	√							√
Benachteiligung durch Herkunft (bereichsspezifisch): Häufigkeit	jemals	[√][a, c]	√							
Benachteiligung aufgrund der Herkunft (allgemein): Häufigkeit	vergangene 2 Jahre	[√][b]				√	√			

Benachteiligung durch Herkunft (bereichsspezifisch): Häufigkeit	vergangene 2 Jahre					√	√			
Locus of Control	aktuell					√	√			√
Resilientes Coping (Brief Resilient Coping Scale)	aktuell									√
Vergebungstendenz	aktuell					√	√		E	
Generalisiertes Vertrauen	aktuell	[√][a]					√		E	
Positive Einstellung zu sich selbst	aktuell					√	√		E	√
Gefühl von Wert und Nützlichkeit	aktuell					√	W	√	W	
Optimismus bzgl. Zukunft	aktuell			√	√					
Zufriedenheit mit Leben: Zukunftserwartung	in 1 Jahr und in 5 Jahren	[√][b]	√							
Sorgen (bereichsspezifisch)[1)]	aktuell	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Arbeitsplatzverlust: Wahrscheinlichkeit	folgende 2 Jahre	[√][b]				√	√			
Berufliche Gratifikationskrise (Effort-Reward-Imbalance)	aktuell							√	W	
Zufriedenheit (bereichsspezifisch)[2)]	aktuell	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Zufriedenheit mit beruflicher Situation; persönlichem Einkommen	1 Jahr vor und nach Zuwanderung						E		E	
Zufriedenheit mit beruflicher Situation und Einkommen	letzte Beschäftigung im Herkunftsland									√
Zufriedenheit mit persönlichem Einkommen; persönlichen Lebensverhältnissen: Verlauf	vergangene 10 Jahre							√	W	
Zufriedenheit mit Wohnsituation	Zeit vor Krise/Krieg etc.									√

Alt=Altstichproben (A-L3); M1/M2=IAB-SOEP-Migrationssamples; M3/M4=IAB-BAMF-SOEP-Befragung von Geflüchteten; √=Konzept erhoben für alle Befragten; E=Konzept erhoben für Erstbefragte; W=Konzept erhoben für Wiederbefragte; [√][a]=Konzept nicht erhoben für Neubefragte der Altstichproben J und K; [√][b]=Konzept nicht erhoben für Befragte der Altstichproben L1 bis L3; [√][c]=Konzept nicht erhoben für (Wieder-)Befragte der Altstichproben A bis K

1) Die Abfrage von aktuellen Sorgen bzgl. ausgewählter Lebensbereiche erfolgt jährlich in allen Teilstichproben, jedoch werden in unterschiedlichen Teilstichproben unterschiedliche Lebensbereiche abgefragt. Auch zwischen den Erhebungswellen kommt es für dieselben Teilstichproben teilweise zu Variationen bei den abgefragten Lebensbereichen. Für einen detaillierten Überblick über die abgefragten Lebensbereiche in den unterschiedlichen Erhebungsjahren und Teilstichproben, siehe die Originalfragebögen.

2) Die Abfrage der aktuellen Zufriedenheit mit ausgewählten Lebensbereichen erfolgt jährlich in allen Teilstichproben, jedoch werden in unterschiedlichen Teilstichproben unterschiedliche Lebensbereiche abgefragt. Auch zwischen den Erhebungswellen kommt es für dieselben Teilstichproben teilweise zu Variationen bei den abgefragten Lebensbereichen. Für einen detaillierten Überblick über die abgefragten Lebensbereiche in den unterschiedlichen Erhebungsjahren und Teilstichproben, siehe die Originalfragebögen.

Tabelle 12: Befragungsinhalte zu Gesundheitsversorgung und gesundheitlicher Sicherung

Abfrage	Referenzzeitraum	Erhebungsjahr und Stichprobe								
		2013		2014		2015		2016		
		Alt	M1	Alt	M1	Alt	M1+2	Alt	M1+2	M3+4
Arztbesuche: Anzahl	vergangene 3 Monate	√		√	√	√	W	√	W	
Krankenhausaufenthalt	Vorjahr	√		√	√	√	W	√	W	
Anzahl Krankenhausaufenthalte und -nächte	Vorjahr	√		√		√	W	√	W	
Inanspruchnahme von IGeL-Leistungen	Vorjahr							√	W	
Gesetzliche oder private Krankenversicherung	aktuell	√	√	√	√	√	√	√	√	
Gesetzliche Krankenkasse und Mitgliedsstatus	aktuell	[√][b]	√	√	√	√	W	√	W	
Private Krankenversicherung: Details	aktuell			√				√	W	
Private Zusatzkrankenversicherung	aktuell	[√][b]		√	√			√	W	
Private Pflegezusatzversicherung	aktuell							√	W	

Alt=Altstichproben (A-L3); M1/M2=IAB-SOEP-Migrationssamples; M3/M4=IAB-BAMF-SOEP-Befragung von Geflüchteten; √=Konzept erhoben für alle Befragten; E=Konzept erhoben für Erstbefragte; W=Konzept erhoben für Wiederbefragte; [√][a]=Konzept nicht erhoben für Neubefragte der Altstichproben J und K; [√][b]=Konzept nicht erhoben für Befragte der Altstichproben L1 bis L3; [√][c]=Konzept nicht erhoben für (Wieder-)Befragte der Altstichproben A bis K

Weitere potenziell gesundheitsrelevante Daten können perspektivisch durch Verknüpfungen mit anderen Datenquellen gewonnen werden. So sollen die Befragungsdaten der Migrations- und Geflüchteten-Stichproben mit den administrativen Daten aus den IEB verknüpfbar gemacht werden. Dadurch besteht die Möglichkeit, detaillierte Informationen über die Erwerbsbiografien der Befragten mit den Befragungsdaten analytisch in Bezug zu setzen. So können z.B. Zusammenhänge zwischen Erwerbsverläufen (d.h. Beschäftigungszeiten, Leistungsempfangszeiten, Arbeitslosen- und Arbeitsuchendenzeiten, Teilnahme an Maßnahmen) und gesundheitsbezogenen Befragungsdaten analysiert werden. Voraussetzung für die Verknüpfung der Daten ist das schriftliche Einverständnis der Befragten, das am Ende des Interviews eingeholt wird. In der ersten Welle von M1 bzw. M2 wurden 3.277 bzw. 1.689 Personen um ihr Einverständnis gebeten. Davon stimmten 1.604 (48,9%) bzw. 875 (51,8%) Personen einer Verknüpfung ihrer Daten zu (Quelle: Kroh and Schupp [55], TNS Infratest Sozialforschung [59]). In der Stichprobe M3 bzw. M4 wurden 2.242 bzw. 2.285 Befragte um ihr Einverständnis zur Datenverknüpfung gebeten, wovon 1.722 (76,8%) bzw. 1.825 (79,9%) zustimmten (Quelle: SOEP-Version v33.1, eigene Berechnungen, ungewichtet).

Nicht für alle Personen, die einer Verknüpfung zustimmten, kann auch ein Datensatz aus den IEB zugeordnet werden. Dies gilt insbesondere für die Nicht-Ankerpersonen. Da die Ankerpersonen aus den IEB gezogen wurden, erfolgt eine Verknüpfung ihrer der Daten für sie in der Regel problemlos. Für deren Haushaltsmitglieder, die der Datenverknüpfung zustimmen, müssen hingegen technische Verfahren angewandt werden, um den Befragungsdaten eine Erwerbsbiografie zuzuweisen. Diese Zuweisung erfolgt mit einem unterschiedlichen Maß an Sicherheit (für Details, siehe Trübswetter and Fendel [60]). In der ersten Welle von M1 konnten die SOEP-Befragungsdaten in 1.543 Fällen mit einem Konto aus den IEB verknüpft werden [60].

Ausblick

Durch die neu etablierten Migrations- und Geflüchteten-Stichproben stehen im SOEP umfangreiche, bevölkerungsbasierte und bundesweite Daten zur sozialen und gesundheitlichen Lage von Menschen mit Migrationshintergrund zur Verfügung. Die Potenziale des SOEP für migrationsbezogene Analysen sind durch die neu etablierten Stichproben deutlich gewachsen. Zwar waren Menschen mit Migrationshintergrund auch vorher bereits im SOEP repräsentiert, der Stichprobenumfang für die Bevölkerung mit Migrationshintergrund ist durch die neuen Migrations- und Geflüchteten-Stichproben aber deutlich gestiegen.

Auch wenn das SOEP nicht primär eine Gesundheitserhebung ist, beinhaltet das Befragungsprogramm ein relativ breites Spektrum gesundheitsrelevanter Inhalte, das von Fragen

zum Gesundheitszustand über Fragen zu (potenziellen) Risiko- und Schutzfaktoren bis hin zu Fragen zur gesundheitlichen Versorgung und Sicherung reicht. Damit bietet das SOEP vielfältige Potenziale für die migrationsbezogene Gesundheitsforschung in Deutschland und kann als zusätzliche Datenquelle für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes dienen. Die Daten basieren allerdings in erster Linie auf Selbstangaben der Befragten. Körperliche Untersuchungen (z.B. Blutdruckmessung) oder Bioproben (z.B. Blut- und Urinproben), wie sie regelmäßig in den Gesundheitssurveys des RKI erhoben werden, sind nicht Teil des SOEP-Erhebungsprogramms.

Der Migrationshintergrund wird im SOEP routinemäßig operationalisiert und als aufbereitete Variable für die statistische Analyse der Daten zur Verfügung gestellt. Dies ermöglicht die Vergleichbarkeit und Reproduzierbarkeit von Analysen, die auf den SOEP-Daten basieren und in denen der Migrationshintergrund berücksichtigt wird. Definitorisch und methodisch bestehen bei der Operationalisierung des Migrationshintergrunds im SOEP jedoch Unterschiede zur amtlichen Statistik, so dass die SOEP-Daten in dieser Hinsicht nicht direkt mit der amtlichen Statistik vergleichbar sind und sich inkonsistente Befunde zwischen SOEP und amtlicher Statistik ergeben können. Außerdem ermöglicht das SOEP nur eine eingeschränkte Differenzierung der Gruppe von Menschen mit indirektem Migrationshintergrund. Dies hat zur Folge, dass der in der Gesundheitsforschung und Epidemiologie zum Teil bestehenden Empfehlung, zwischen einseitigem und beidseitigem indirektem Migrationshintergrund zu unterscheiden, mit den SOEP-Daten nicht ohne weiteres nachgekommen werden kann.

Sofern diese Limitationen beachtet werden, bietet das SOEP vielfältige Möglichkeiten, um Zusammenhänge zwischen dem Vorhandensein eines Migrationshintergrunds und gesundheitsbezogenen Merkmalen zu analysieren und die gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland zu beschreiben. Angesicht des insgesamt breiten inhaltlichen Spektrums des SOEP bieten die Daten dabei auch die Möglichkeit, Dimensionen in die Analyse einzubeziehen, die Zusammenhänge zwischen Migrationshintergrund und gesundheitsbezogenen Merkmalen erklären könnten [3, 8]. Hierzu zählen z.B. sozioökonomische Merkmale, die Aufenthaltsdauer in Deutschland, der aktuelle Aufenthaltsstatus, Sprachkenntnisse oder Diskriminierungserfahrungen. Weitere Perspektiven bietet das SOEP insbesondere durch die Möglichkeit längsschnittlicher Analysen, da das SOEP als Panel-Studie konzipiert ist, die Befragten also prospektiv in regelmäßigen Abständen erneut befragt werden. Hier dürfte in Deutschland neben dem SOEP kaum eine bundesweite Stichprobe zur Verfügung stehen, in der Menschen mit direktem und indirektem Migrationshintergrund in einer ähnlichen Diversität (bzgl. Geburtsland, Aufenthaltsdauer und Aufenthaltsstatus) und ähnlich großem Stichprobenumfang repräsentiert sind. Hinsichtlich der Geflüchteten-Stichproben im SOEP ist ausblickend anzumerken, dass mit der Stichprobe M5, die 2017 ins SOEP aufgenommen wurde (also *nach* dem Datenstand v33.1, der im IMIRA-Projekt berücksichtigt ist), die Geflüchteten-Stichproben M3 bis M4 nochmals ergänzt

wurden. So enthält die M5-Stichprobe zusätzliche Personen der Zielpopulation geflüchteter Menschen in Deutschland, nämlich jene, die im Verlauf des Jahres 2016 in Deutschland neu angekommen sind, und jene, die schon früher angekommen sind, aber erst im Laufe des Jahres 2016 in das AZR aufgenommen wurden [61]. Dadurch fällt die Stichprobengröße für die Zielpopulation noch einmal größer aus, was die Möglichkeiten für Subgruppenanalysen innerhalb der mitunter heterogenen Gruppe geflüchteter Menschen vergrößert.

5.8. Vernetzung und Kooperation (Teilprojekt 8)

Im Rahmen des Projekts sind bereits eine Reihe von Kooperationen entstanden, so z.B. mit dem Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) in Berlin, der Universität Bielefeld, dem Universitätsklinikum Heidelberg, der Brandenburgischen TU Cottbus-Senftenberg, der Charité-Universitätsmedizin Berlin sowie mit Vertreterinnen und Vertretern des öffentlichen Gesundheitsdienstes.
Um die wissenschaftliche Begleitung des Projekts zu gewährleisten, wurde ein Projektbeirat einberufen, der dem IMIRA-Team im Rahmen von regelmäßigen Sitzungen, sowie anlassbezogenen Telefonkonferenzen beratend zur Seite stand. Beiratsmitglieder waren: Prof. Dr. Michael Bosnjak (Leibniz-Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation (ZPID)), Dr. med. Kayvan Bozorgmehr (Uniklinikum Heidelberg), Dr. Susanne Pruskil (Bezirksamt Altona, Hamburg), Prof. Dr. Oliver Razum (Universität Bielefeld), Dr. Nina Rother (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge), PD Dr. phil. Liane Schenk (Charité Berlin), PD Dr. med. Meryam Schouler-Ocak (Charité Berlin), Prof. Dr. Jacob Spallek (Brandenburgische Technische Universität Cottbus-Senftenberg), Dr. rer. biol. hum. Enno Swart (Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie (ISMG) Magdeburg).

Das erste Treffen des Projektbeirats fand am 21. September 2017 statt, in der zunächst ein Beiratsvorsitzender (Prof. Dr. Oliver Razum) und eine Stellvertretung (PD Dr. Liane Schenk) gewählt wurden. Anschließend wurden die Beiratsmitglieder in das Projekt eingeführt, wobei der Fokus auf der Durchführung der Machbarkeitsstudien, sowie dem Vorgehen zur Konzeptentwicklung in der GBE lag. Die zweite Sitzung wurde am 25. April 2018 durchgeführt. Hier wurden erste Ergebnisse der Experten-Interviews, der migrationsspezifischen Konzepte und der Machbarkeitsstudien präsentiert, die Umsetzung dieser Erkenntnisse für den nächsten Erwachsenensurvey diskutiert und die GBE-Konzepterstellung adressiert. Die nächste Beiratssitzung fand am 7. Juni 2019 statt.

Auch RKI intern konnte eine Vernetzung im Rahmen der Teilprojekte 7 (Weiterentwicklung GBE) und 8 (Vernetzung und Kooperation) mit dem Fachgebiet 34 (Abteilung für Infektionsepidemiologie) initiiert und vorangetrieben werden. Dieser Vernetzungsarbeit war eine Stelle im IMIRA-Projekt unterlegt. Ziel war es, Synergien und Kollaborationspotentiale in Bezug auf das Thema Migration mit Abteilung 3 zu identifizieren. Ebenso wurde geprüft, inwiefern Surveillance- und Studiendaten für die Gesundheitsberichterstattung zu Infektionskrankheiten beim Thema Migration und Gesundheit nutzbar sind. Themen wie soziale Ungleichheit und Regionalisierung wurden gleichermaßen mitadressiert, da hier ein großes Interesse aus Abteilung 3 signalisiert wurde. Vor diesem Hintergrund fand am 15.01.2019 eine gemeinsame Auftaktveranstaltung mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus 5 von 7 Fachgebieten (FG) sowie der Abteilungsleitung der Abteilung 3 statt. Wie zuvor signalisiert, zeigten die Arbeitsbereiche Migration, soziale Ungleichheit und Regionalisierung Schnittstellen zu verschiedenen Forschungsbereichen in Abteilung 3. Als besondere Herausforderungen in diesem Kontext wurden zum Beispiel die Tuberkulose als „soziale Krankheit" oder die Auswertung der Meldedaten mit asylbezogenen Variablen genannt, die inhaltlich viele Limitationen aufzeigen. Der Begriff „Menschen mit Migrationshintergrund" (MMH) wurde im Hinblick auf die Berücksichtigung der Diversität der als solche bezeichneten Menschen in Datenerhebung und -analyse diskutiert sowie die Frage, wie verantwortungsvoll über Migration und Gesundheit berichtet werden kann. Auch stellte sich die Frage, inwiefern Daten aus Abteilung 3 (z.B. das Infektiologische Jahrbuch und das Epidemiologische Bulletin) für die GBE zu Migration und Gesundheit genutzt werden können. Eine detaillierte Erhebung des Migrationshintergrundes und des sozioökonomischen Status, wie sie im Rahmen der großen RKI-Surveys in Abteilung 2 (Soziale Determinanten der Gesundheit) erfolgt, ist im Rahmen von Studien in Abteilung 3 nicht immer möglich. Mögliches besprochenes Ziel der Kooperation zwischen Abteilung 3 und FG28 wäre daher die Entwicklung eines Kurzinstruments für die beiden Aspekte. Weiterhin gab es die Idee, den German Social Deprivation Index (SDI, entwickelt in FG28) im Rahmen des Meldewesens regelmäßig nutzen zu können (Implementierung über FG31) und ihn in Studien einzusetzen (FG37).

Das IMIRA-Projekt wurde ferner bereits auf verschiedenen Veranstaltungen und Kongressen in den Jahren 2017, 2018 und 2019 präsentiert. Hinzuweisen ist unter anderem auf den Eröffnungsvortrag zur »Datenlage zur Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund – Status Quo und Perspektiven« auf der Satellitenveranstaltung zum Kongress Armut und Gesundheit im Jahr 2017. Im September 2017 wurden auf der gemeinsamen Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie (DGEpi), der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) und der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie (DGMS) mehrere Vorträge gehalten, die einen Projektüberblick gaben, aber auch Zwischenergebnisse präsentierten. Am 9. November

2017 fand ein Pre-Conference Workshop zum Thema „Herausforderungen und Potentiale bei der Rekrutierung von Menschen mit Migrationshintergrund in Befragungsstudien“ im Rahmen der Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft sozialwissenschaftlicher Institute statt. Hier wurde das IMIRA-Projekt vorgestellt, aber auch einige externe Beiträge präsentiert, die anschließend im Rahmen von World Cafés diskutiert wurden.

In 2018 waren Mitarbeitende des IMIRA-Projekts auf dem Kongress Armut und Gesundheit mit einigen Beiträgen und Moderationen vertreten. Vom 17. bis19. Mai 2018 fand der *1st World Congress on Migration, Ethnicity, Race and Health* in Edinburgh statt. Auch hier war das IMIRA-Projekt mit vier Einzelbeiträgen und einem gemeinsamen Workshop mit den Universitäten Bielefeld und Heidelberg zu den Herausforderungen des Gesundheitsmonitorings im Rahmen der Flüchtlingsbewegung 2015 präsent. Im Sommer 2018 wurde zudem ein gemeinsamer Workshop der AG Migration und Gesundheit (DGSMP) und der AG Sozialepidemiologie (DGMS, DGSMP, DGEpi) am RKI zur Konzeptualisierung und Operationalisierung des Migrationshintergrunds in gesundheitswissenschaftlichen Studien ausgerichtet. Für die Jahrestagungen der DGSMP, DGMS und DGEpi im Herbst 2018 wurden diverse Einzelbeiträge zu verschiedenen Zwischenergebnissen des IMIRA-Projekts präsentiert. Zusätzlich zu den Public-Health-Kongressen wurden auch auf den Jahrestagungen der Deutschen Gesellschaft für Demografie 2017 und 2018 insgesamt drei Beiträge im Rahmen des IMIRA-Projekts vorgestellt, mit dem Ziel, das Projekt auch in anderen verwandten Fachbereichen vorzustellen. Auch im Jahr 2019 war das IMIRA-Team auf zahlreichen Kongressen mit Einzelbeiträgen, aber auch mit Workshops (Armut und Gesundheit, Jahrestagung der DGSMP/DGMS und European Public Health Conference) vertreten.

Neben den soeben erwähnten Kongressbeiträgen und Workshops hat sich das Fachgebiet 28 (FG28) gemeinsam mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) als „associated entity“ bei einer Joint Action zu „health inequalities" beteiligt, in der sich das Work Package 7 explizit dem Thema „Migration und Gesundheit“ beschäftigt. Auch waren Mitarbeitende des IMIRA-Projekts auf diversen Arbeitstreffen, wie z.B. einem gemeinsamen Treffen des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) Projekt Sentinel Surveillance („Dateninitiative“) in Heidelberg, beim Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit der Integrationsbeauftragten in Berlin, beim Gesprächskreis Migration und Integration in der Ressortforschung in Nürnberg oder einer Fokusgruppe zur „Erhebung von Antidiskriminierungsdaten – Bestandsaufnahme und Entwicklungsmöglichkeiten“ der Antidiskriminierungsstelle in Berlin. Auch gemeinsame Publikationen mit externen Partnerinnen und Partnern wurden erarbeitet (siehe Publikationsliste).

Am 4. November 2019 fand das IMIRA-Abschlusstreffen im Refugio Berlin statt, bei dem ca. 100 Gäste die Erkenntnisse des Projekts diskutierten und die Vernetzung mit verschiedenen Akteurinnen und Akteuren aus Praxis und Wissenschaft intensiviert werden konnte.

6. Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung

Das IMIRA-Projekt wurde mit dem Ziel der Etablierung eines migrationssensiblen Gesundheitsmonitorings am RKI initiiert, das der Heterogenität der in Deutschland lebenden Bevölkerung gerecht wird. Dies ist essenziell, um künftig auch für Menschen mit Migrationshintergrund zuverlässige Daten zu ihrem Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten sowie zu Präventionsbedarfen und Bedarfen der gesundheitlichen Versorgung bereitstellen zu können. Um im Rahmen des Gesundheitsmonitorings zeitnah zu aussagekräftigen Daten zu kommen, die es ermöglichen Menschen mit Migrationshintergrund in ihrer Diversität abzubilden, ist die repräsentative Einbeziehung dieser Populationen notwendig. Künftig sollen somit nicht nur das Vorhandensein eines Migrationshintergrundes oder die Migrationsgeneration berücksichtigt werden, sondern auch Aspekte wie Aufenthaltsdauer, Aufenthaltsstatus, Deutschkenntnisse oder die Herkunftsregion einbezogen werden, um die gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund differenziert analysieren zu können.

Basierend auf den Erfahrungen vergangener Befragungs- und Untersuchungssurveys und ersten Erkenntnissen des IMIRA-Projekts sind folgende Bestandteile essenziell, um Menschen mit Migrationshintergrund im Rahmen des Gesundheitsmonitorings erreichen und abbilden zu können:

- die inhaltliche Weiterentwicklung von Indikatoren und Konzepten, um der Heterogenität der Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund gerecht zu werden
- eine größere Flexibilität bei der Anwendung unterschiedlicher Befragungsmodi
- der persönliche Kontakt im Rahmen der Datenerhebung, vor allem persönliche Interviews, um besonders schwer erreichbare Gruppen einzuschließen
- die gezielte Überwindung sprachlicher Barrieren durch den Einsatz mehrsprachiger Angebote, Materialien und (Video-)Sprachmittlung im Rahmen der Untersuchungssituation
- die Berücksichtigung von Konzepten wie das Konzept „Diversity“ und interkulturelle Kompetenz und somit die Verwendung migrationssensibler Materialien sowie die Schulung von Studien- und Forschungspersonal

- die Einbindung von Menschen mit Migrationshintergrund bei der Planung, Durchführung und Verwertung der Ergebnisse und die Förderung von Partizipation

- die Weiterentwicklung der Gesundheitsberichterstattung und die reflektierte Darstellung migrationsspezifischer Aussagen

Im Rahmen der Studie „Gesundheits- und Ernährungsstudie in Deutschland (gern-Studie)" oder anderen zukünftigen Untersuchungs- und Befragungssurveys, sollen die in IMIRA gewonnenen Erkenntnisse zur Verbesserung der Erreichbarkeit von Menschen mit Migrationshintergrund eingesetzt werden. Ziele von IMIRA II sind demnach 1) Erwachsene mit Migrationshintergrund repräsentativ zu ihrem Anteil in der Bevölkerung zu erreichen und 2) Aussagen zur gesundheitlichen Situation verschiedener Migrantinnen- und Migrantengruppen zu ermöglichen.
Das bedeutet zum einen bewährte response-erhöhende Maßnahmen (Feldvorbegehung und Öffentlichkeitsarbeit) einzusetzen. Sprachbarrieren in der Untersuchungssituation werden durch den Einsatz mehrsprachiger Materialien und Aufklärungsvideos sowie eines Videodolmetscherdienstes adressiert. Um Aussagen über den Gesundheitsstatus nach migrationsspezifischen Indikatoren und Herkunftsgruppen machen zu können, ist eine Befragungsstichprobe von Personen nicht-deutscher Nationalität aus fünf ausgewählten Herkunftsländern (1.000 – 1.500 Personen pro Gruppe) vorgesehen. Im Rahmen der multimodalen Befragung werden mehrsprachige webbasierte sowie Papierfragebögen eingesetzt und Face-to-face-Interviews geführt.

7. Gender Mainstreaming Aspekte

Alle Vorhaben, die innerhalb des Projektes realisiert werden, beziehen sich auf Frauen und Männer. Dabei wird sowohl in Bezug auf die Datenerhebung als auch die Auswertung der Daten und die Berichterstattung, ein beiden Geschlechtern gerecht werdendes, gendersensibles Vorgehen sichergestellt. Daraus folgt, dass in allen Forschungsphasen geschlechtsspezifische Besonderheiten berücksichtigt werden. Ebenso wird angestrebt, geschlechtervergleichende Betrachtungen anzustellen, da davon auszugehen ist, dass ähnliche Erlebnisse und Erfahrungen von Frauen und Männern sehr unterschiedlich wahrgenommen und verarbeitet werden und sich unterschiedlich auf die Gesundheit auswirken können.

8. Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse

Mit Blick auf die aus dem IMIRA-Projekt hervorgehenden Veröffentlichungen sind bislang verschiedene Beiträge von Projektmitarbeiterinnen und Projektmitarbeitern auf unterschiedlichen Kongressen gehalten bzw. eingereicht worden (siehe Publikationsliste). Auch wurden zahlreiche Publikationen in deutscher und englischer Sprache verfasst, die die Erkenntnisse des Projekts vermitteln (siehe Publikationsliste). Hierzu zählt ein Schwerpunktheft des Journal of Health Monitoring mit dem Titel „Etablierung eines migrationssensiblen Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut – Ergebnisse des IMIRA-Projektes“. Zudem wurde das Projekt im Rahmen von Arbeitskreisen, wie dem Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit, dem Arbeitskreis Migration und Gesundheit oder dem Berliner Netzwerktreffen Interkulturelle Kompetenzen vorgestellt. Hierdurch wurden vor allem Personen aus dem öffentlichen Gesundheitswesen, Nicht-Regierungsorganisationen, aber auch Personen aus der Gesundheitsversorgung erreicht. Im Rahmen der Abschlussveranstaltung wurden Erkenntnisse mit Vertreterinnen und Vertretern aus Politik, Forschung und Praxis diskutiert. Auch über die Website wurden Informationen in verschiedenen Sprachen vermittelt.

9. Verwertung der Projektergebnisse

Die Gesamtprojektergebnisse werden wesentlich dazu beitragen, zielgruppenspezifische Studienplanung und –durchführung umzusetzen, um die Teilnahmebereitschaft von Menschen mit Migrationshintergrund im Rahmen der epidemiologischen Forschung zu erhöhen und damit langfristig die Daten- und Informationslage zur Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund zu verbessern.

Die Verbreitung der Ergebnisse durch Vorträge und Workshops in verschiedensten Kontexten erfolgte in den vergangenen Jahren, auf nationaler sowie internationaler Ebene. Ebenso konnten die Projektergebnisse mit nationalen Expertinnen und Experten auf der Abschlussveranstaltung im November 2019 diskutiert und besprochen werden.

Darüber hinaus wurden die Ergebnisse des IMIRA-Projekts im Rahmen von zahlreichen Publikationen in Medien mit unterschiedlicher Leserschaft breit kommuniziert. So richten sich die Publikationen in nationalen Fachzeitschriften an Fachwissenschaftlerinnen und –wissenschaftler. Mit englischsprachigen Publikationen konnten zudem eine breitere nationale aber auch internationale Leserschaft erreicht werden.
Auch wurde ein Teil der Ergebnisse im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung veröffentlicht, wodurch auch hier ein breiteres Publikum angesprochen wurde.

Darüber hinaus werden die in IMIRA gewonnenen Erkenntnisse zur Verbesserung der Erreichbarkeit von Menschen mit Migrationshintergrund im Rahmen der gern-Studie oder anderer zukünftiger Untersuchungs- und Befragungssurveys, umgesetzt.

Auch konnte im Rahmen des Teilprojekt 2 eine praxisbezogene Handreichung für den diskriminierungssensiblen Sprachgebrauch im Hinblick auf Migration für die wissenschaftliche Arbeit entwickelt werden. Diese soll Forschenden als Orientierungshilfe dienen, um bei der Formulierung von Texten aber auch in der Arbeit miteinander, zu sensibilisieren.

10. Publikationsverzeichnis

Publikationen in Fachzeitschriften

2020

- Schumann M, Bug M, Kajikhina K, Koschollek C, Bartig S, Lampert T, Santos-Hövener C (2020) The concept of acculturation in epidemiological research among migrant populations: a systematic review. SSM Population Health. Volume 10, April 2020, 100539
- Zeisler ML, Bilgic L, Schumann M, Wengler A, Lemcke J, Gößwald A, Lampert T, Santos-Hövener C, Schmich P (2020) Interventions to Increase the Reachability of Migrants in Germany With Health Interview Surveys: Mixed-Mode Feasibility Study, JMIR Form Res 2020;4(4)

2019

- Bartig S, Rommel A, Wengler A, Santos-Hövener C, Lampert T und Ziese T (2019) Gesundheitsberichterstattung zu Menschen mit Migrationshintergrund – Auswahl und Definition von (Kern-)Indikatoren. Journal of Health Monitoring, 4(3): 30-50. doi: 10.25646/6073
- Bartig S, Rommel A, Wengler A, Santos-Hövener C, Lampert T und Ziese T (2019) Health reporting on people with a migration background – Selection and definition of (core) indicators. Journal of Health Monitoring, 4(3): 30-50. doi: 10.25646/6073
- Borgmann LS, Waldhauer J, Bug M, Lampert T und Santos-Hövener C (2019) Zugangswege zu Menschen mit Migrationshintergrund für die epidemiologische Forschung – eine Befragung von Expertinnen und Experten. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 62(11): 1397–1405. doi: 10.1007/s00103-019-03036-3
- Dyck M, Wenner J, Wengler A, Bartig S, Fischer F, Wandschneider L, Santos-Hövener C, Oliver R (2019) Migration und Gesundheit in Deutschland – eine Bestandsaufnahme der Datenquellen. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 62(8): 935-942. doi: 10.1007/s00103-019-02973-3
- Koschollek C, Bartig S, Rommel A, Santos-Hövener C, Lampert T (2019) Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. Journal of Health Monitoring 019 4(3) doi: 10.25646/6070

- Koschollek C, Bartig S, Rommel A, Santos-Hövener C, Lampert T (2019) The health of children and adolescents with a migration background in Germany – Results of the cross-sectional KiGGS Wave 2 study. Journal of Health Monitoring 4(3): 7-29. doi: 10.25646/6074
- Santos-Hövener C, Schumann M, Schmich P, Gößwald A, Rommel A, Ziese T, Lampert T (2019) Improving the information base regarding the health of people with a migration background. Project description and initial findings from IMIRA. Journal of Health Monitoring 4(1):46-57. doi: 10.25646/5874
- Santos-Hövener C, Schumann M, Schmich P, Gößwald A, Rommel A, Ziese T, Lampert T (2019) Verbesserung der Informationsgrundlagen zur Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund. Projektbeschreibung und erste Erkenntnisse von IMIRA. Journal of Health Monitoring 4(1):49-61. doi: 10.25646/5870
- Santos-Hövener C, Kuntz B, Frank L, Koschollek C, Ellert U, Thamm R, Schienkiewitz A, Hölling H und Lampert T (2019) Ausgewählte Gesundheitsaspekte von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in Deutschland. Ergebnisse aus KiGGS Welle 2 (2014 – 2017). Gesundheitswesen, 81(08/09), 5. doi: 10.1055/s-0039-1694476
- Schumann M, Kajikhina K, Polizzi A, Sarma N, Hoebel J, Bug M, Bartig S, Lampert T, Santos-Hövener C (2019) Konzepte für ein migrationssensibles Gesundheitsmonitoring. Journal of Health Monitoring 4(3):51–68. doi: 10.25646/6071
- Schumann S, Kajikhina K, Polizzi A, Sarma N, Hoebel J, Bug M, Bartig S, Lampert T, Santos-Hövener C (2019) Concepts for migration-sensitive health monitoring. Journal of Health Monitoring 4(3):51–68. doi: 10.25646/6075
- Zeisler ML, Lemcke J, Bilgic L, Lampert T, Santos-Hövener C, Schmich P (2019) Integration of migrant populations into health monitoring in Germany. Results from a feasibility study. Survey Methods: Insights from the Field. doi: 10.13094/SMIF-2019-00013

2018

- Bartig S, Rommel A, Santos-Hövener C, Schmich P, von Schenck, U, Gößwald A, Lampert T (2018) Das IMIRA-Projekt – Verbesserung der Informationsgrundlagen zur Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund. Journal of Health Monitoring 3(S2):6. doi: 10.17886/RKI-GBE-2018-039
- Frank L, Yesil-Jürgens R, Born S, Hoffmann R, Santos-Hövener C, Lampert T (2018) Maßnahmen zur verbesserten Einbindung und Beteiligung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in KiGGS Welle 2. Journal of Health Monitoring 3(1):134-151. doi: 10.17886/RKI-GBE-2018-017

- Frank L, Yesil-Jürgens R, Born S, Hoffmann R, Santos-Hövener C, Lampert T (2018) Improving the inclusion and participation of children and adolescents with a migration background in KiGGS Wave 2. Journal of Health Monitoring 3(1):126-142. doi: 10.17886/RKI-GBE-2018-034
- Spallek J, Schumann M & Zeeb H (2018) Utilization of prevention and health promotion among migrants. Public Health Forum, 26(2), pp. 116-119

Buchbeiträge

2019

- Santos-Hövener C, Schumann M & Lampert T (2019) Etablierung eines migrationssensiblen Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut. doi: 10.1007/978-3-658-18403-2_32-2.

2018

- Spallek J, Schumann M, Yildirim T (2018) Gesundheitsförderung und Prävention bei Menschen mit Migrationshintergrund. In: Hurrelmann, K (2018). Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung, Hogrefe Verlag
- Spallek J, Schumann M, Reeske A (2018) Migration und Gesundheit – Gestaltungsmöglichkeiten von Gesundheitsversorgung und Public Health in diversen Gesellschaften. In: Haring R (2018). Gesundheitswissenschaften, Springer Verlag

Andere Publikationen

- Bartig S, Rommel A, Santos-Hövener C, Schmich P, von Schenck U, Gößwald, A, Lampert T (2018) Das IMIRA-Projekt – Verbesserung der Informationsgrundlagen zur Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund. Bund-Länder-Workshop der Gesundheitsberichterstattung, Berlin 2017. Tagungsbericht. Journal of Health Monitoring 2018 3 (S2).

Vorträge

Im Jahr 2019 wurden folgende Vorträge gehalten:

European Public Health Conference (EPH), Marseille, November 2019

- How to include migrant and refugee populations health monitoring and surveillance in Europe (Santos-Hövener C, Rosenkötter N)
- The IMIRA (Improving Health Monitoring in Migrant Populations)-project in Germany-lessons learned and implications for health monitoring (Santos-Hövener C, Schumann M, Schmich P, von Schenck U, Gößwald A, Lampert T)
- The health of adolescents with a migration background in Germany – cross-sectional results from KiGGS wave 2 (2014-2017) (Koschollek C, Bartig S, Rommel A, Lampert T, Santos-Hövener C)
- The health situation of children and adolescents (3-17) with migration background in Germany. Results from KiGGS Wave 2 (2014-2017) (Santos-Hövener C, Kuntz B, Frank L, Koschollek C, Ellert U, Hölling H, Thamm R, Schienkiewitz A, Lampert T)
- The association between discrimination and health outcomes: Results from a scoping review (Kajikhina K, Schumann M, Santos-Hövener C)
- Self-reported discrimination in health surveys: results from a scoping review (Kajikhina K, Sarma N, Schumann M, Lampert T, Santos-Hövener C)
- Striving towards a diversity-sensitive health monitoring and surveillance in Europe: How to include migrant and refugee populations. Workshop (Santos-Hövener C, Rosenkötter N)
- Striving towards a diversity-sensitive federal health monitoring in Germany (Santos-Hövener C, Schumann M, Schmich P, Gößwald A, Lampert T)

Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie (DGMS), Düsseldorf, September 2019

- Einbindung von Menschen mit Migrationshintergrund im Rahmen des nächsten RKI-Gesundheitssurveys. Das Projekt IMIRA II (Koschollek C, Zeisler ML, Houben R, Schmich P, Gößwald A, Santos-Hövener C)
- Konzepte für ein migrationssensibles Gesundheitsmonitoring (Kajikhina K, Schumann M, Sarma N, Santos-Hövener C)
- Verantwortlich forschen: Herausforderungen bei der Erhebung und Kommunikation von Daten im Bereich Migration und Gesundheit (Kajikhina K, Sarma N, Santos-Hövener C), Workshop, gemeinsam mit AG-Migration der DGSMP

- Improving Health Monitoring in Migrant Populations: das IMIRA Projekt –Lessons Learned und Implikationen für das Gesundheitsmonitoring (Santos-Hövener C, Schumann M, Schmich P, von Schenck U, Gößwald A, Lampert T)
- Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in Deutschland - Querschnittsergebnisse aus KiGGS Welle 2 (Koschollek C, Bartig S, Rommel A, Lampert T, Santos-Hövener C)
- Ausgewählte Gesundheitsaspekte von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in Deutschland. Ergebnisse aus KiGGS Welle 2 (2014-2017) (Santos-Hövener C, Kuntz B, Frank L, Koschollek C, Ellert U, Hölling H, Thamm R, Schienkiewitz A, Lampert T)

Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie e.V. (DGEpi), September 2019

- Verantwortlich forschen: Herausforderungen bei der Erhebung und Kommunikation von Daten im Bereich Migration und Gesundheit (Sarma N, Kajikhina K, Santos-Hövener C)
- Konzepte für ein migrationssensibles Gesundheitsmonitoring (Schumann M, Kajikhina K, Sarma N, Santos-Hövener C)
- Improving Health Monitoring in Migrant Populations: das IMIRA Projekt –Lessons Learned und Implikationen für das Gesundheitsmonitoring (Schumann M, Santos-Hövener C, Schmich P, von Schenck U, Gößwald A, Lampert T)

European Survey Research Association (ESRA) 8th Conference in Zagreb, Croatia, Juli 2019

- Integration of migrant populations into health monitoring in Germany. Results from a feasibility study (Zeisler ML, Lemcke J, Bilgic L, Santos-Hövener C, Schmich P)

16th Annual IMISCOE Conference, Malmö (Sweden), Juni 2019

- Integration of migrant populations into health monitoring in Germany. Results from a feasibility study (Zeisler ML, Bilgic L, Lemcke J, Santos-Hövener C, Schmich P)

Diabetes Kongress 2019 - Jahrestagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG), Berlin, Mai 2019

- Etablierung eines migrationssensiblen Gesundheitsmonitorings am RKI – das IMIRA-Projekt (Santos-Hövener C, Gößwald A, Ziese T, Schmich P, Lampert T)

Kongress Armut und Gesundheit, Berlin, März 2019

- Wie können wir migrationsbezogene Forschungsergebnisse antidiskriminierend kommunizieren? Eine Betrachtung aus unterschiedlichen Perspektiven. Workshop (Kajikhina K, Narimani P, Sarma N, Sarma O)
- Gesundheitsberichterstattung zu Menschen mit Migrationshintergrund – ein internationaler Vergleich (Bartig S, Rommel A)
- Maßnahmen zur besseren Einbindung von Menschen mit Migrationshintergrund in das nationale Gesundheitsmonitoring: Das IMIRA-Projekt (Santos-Hövener C, Schumann M, Schmich P, Gößwald A, Lampert T)
- Einbindung von Migrantenpopulationen in das Gesundheitsmonitoring in Deutschland: Ergebnisse einer Machbarkeitsstudie (Zeisler ML, Lemcke J, Bilgic L, Santos-Hövener C, Schmich P)
- Gesundheitsmonitoring bei Geflüchteten und Migranten: Methodische & Ethische Herausforderungen. Workshop (Santos-Hövener C, Biddle L, Bozorgmehr K)
- Workshop: Partizipation in der epidemiologischen Forschung - theoretische Reflexionen und Erfahrungen aus der Praxis (mit Bezug zu gesundheitlicher Ungleichheit nach sozioökonomischem Status). (Santos-Hövener C)
- Science Slam: „Das Märchen der Nicht-Erreichbarkeit – Wie wir es schaffen, Menschen mit Migrationshintergrund besser in Gesundheitsbefragungen einzubinden.“ (Bug M)

Im Jahr 2018 wurden folgende Vorträge gehalten:

European Public Health Conference (EPH), Ljubljana November 2018

- Establishing a culturally sensitive health monitoring in Germany (Santos-Hövener C, Schumann M, Rommel A, Schmich P, Gösswald A, Ziese T, Lampert T)

Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie e.V. (DGMS), Leipzig September 2018

- Verbesserung der Informationsgrundlagen zur Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund – das IMIRA-Projekt (Schumann M, Santos-Hövener C, Schmich P, Gößwald A, Rommel A, Ziese T , Lampert T)

Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie e.V. (DGEpi), September 2018

- Einbindung von Migrantenpopulationen in das Gesundheitsmonitoring in Deutschland. Ergebnisse einer Machbarkeitsstudie (Bilgic L, Zeisler ML, Lemcke J, Santos-Hövener C, Gößwald A, Schmich P)
- Item-Nonresponse zu Diskriminierung, Religion und subjektivem Sozialstatus in einer Befragung unter Menschen mit Migrationshintergrund – die IMIRA-Machbarkeitsstudie „Befragung“ (Koschollek C, Zeisler ML, Bilgic L, Schumann M, Lampert T, Santos-Hövener C)
- Herausforderungen und Strategien im Zugang zu Menschen mit Migrationshintergrund für die epidemiologische Forschung. Eine Befragung von Expertinnen und Experten in Deutschland (Borgmann LS, Waldhauer J, Lampert T, Santos-Hövener C)

Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention e.V. (DGSMP), Dresden, September 2018

- Etablierung eines migrations- und kultursensiblen Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut (Santos-Hövener C, Schumann M, Schmich P , von Schenk U, Lampert T)
- Internationaler Vergleich der GBE zu Menschen mit Migrationshintergrund (Bartig S, Santos-Hövener C, Lampert T, Rommel A)

Statistische Woche in Linz, September 2018

- Einbindung von Migrantenpopulationen in das Gesundheitsmonitoring in Deutschland Ergebnisse einer Machbarkeitsstudie. (Zeisler ML, Lemcke J, Bilgic L, Santos-Hövener C, Schmich P)

1st Congress on Migration, Ethnicity, Race and Health (MERH), Edinburgh, Mai 2018

- An international comparison of migration-related health reporting (Bartig S, Santos-Hövener C, Rommel A)
- How can we sustainably integrate migrant populations into health monitoring in Germany? Results from a feasibility study (Bilgic L, Zeisler ML, Santos-Hövener C, Lampert T, Schmich P)
- How to overcome language barriers in health examination surveys with migrant population (von Schenck U, Christen, S., Pöplow do Rego U, Schmich P, Santos-Hövener C, Gößwald A)

- Acculturation in epidemiological research in migrant populations (Schumann M, Bartig S, Bach M, Santos-Hövener C)
- How did health monitoring in Germany respond to the refugee movement of 2015? A critical analysis? Workshop (Santos-Hövener C, Razum O, Bozorgmehr K)

Kongress Armut und Gesundheit, Berlin, März 2018

- Entwicklung kultursensibler Anschreiben unter Einbeziehung von Migrantenvertreter/innen (Bilgic L, Zeisler ML, Santos-Hövener C, Schmich P)
- Herausforderungen und Strategien im Zugang zu Menschen mit Migrationshintergrund für die epidemiologische Forschung. Eine Befragung von Expertinnen und Experten in Deutschland (Borgmann LS, Waldhauer J, Santos-Hövener C, Lampert T)
- Methoden der Sprachmittlung in Untersuchungssurveys (Christen S, Pöplow do Rego U, Santos-Hövener C, von Schenck U)
- Akkulturation in der epidemiologischen Forschung bei Menschen mit Migrationshintergrund (Schumann M, Bartig S, Bug M, Koschollek C, Santos-Hövener C)
- Die Nutzbarkeit von Routinedaten zur Analyse des Gesundheitszustands von Menschen mit Migrationshintergrund (Wengler A)

Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Demographie, Köln, März 2018

- Die gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund in den Sekundärdaten des Gesundheitswesens (Wengler A, Santos-Hövener C, Rommel A)
- Maßnahmen zur verbesserten Einbindung von Menschen mit Migrationshintergrund in das Gesundheitsmonitoring (Santos-Hövener C, Schumann M, Schmich P, Gößwald A, Rommel A, Ziese T , Lampert T)

Im Jahr 2017 wurden folgende Vorträge gehalten:

GBE Bund-Länder-Workshop 2017, Berlin November 2017

- Das IMIRA-Projekt – Verbesserung der Informationsgrundlagen zur Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund (Bartig S)

Pre-Conference Workshop im Rahmen der gemeinsamen Tagung der Arbeitsgemeinschaft sozialwissenschaftlicher Institute (ASI) und der DGS-Sektion »Methoden der empirischen Sozialforschung«, Berlin November 2017

- Maßnahmen zur verbesserten Einbindung von Menschen mit Migrationshintergrund in das Gesundheitsmonitoring. Planung einer Machbarkeitsstudie (Santos-Hövener C, Schmich P, Schumann M, Bilgic L, Zeisler ML, Lampert T)

Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Demographie, Rostock September 2017

- Die Definition des Migrationshintergrunds im Rahmen des Gesundheitsmonitorings des Robert Koch-Instituts (Wengler A, Frank L, Lampert T, Santos-Hövener C)

Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie e.V. (DGEpi), der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie e.V. (DGMS) und der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention e.V. (DGSMP), Lübeck September 2017

- Menschen mit Migrationshintergrund in der Gesundheitsberichterstattung: Stand und Analysepotenziale repräsentativer Surveydaten (Bartig S, Santos-Hövener C, Rommel A)
- Maßnahmen zur verbesserten Einbindung von Menschen mit Migrationshintergrund in das Gesundheitsmonitoring. Planung einer Machbarkeitsstudie (Santos-Hövener C, Schmich P, Schumann M, Bilgic L, Zeisler ML, Lampert T)
- Akkulturation in der epidemiologischen Forschung bei Menschen mit Migrationshintergrund (Schumann M, Bartig S, Bach M, Santos-Hövener C)
- Die Definition des Migrationshintergrunds im Rahmen des Gesundheitsmonitorings des RKI (Wengler A, Frank L, Lampert T, Santos-Hövener C)
- Die Nutzbarkeit von Routinedaten zur Analyse des Gesundheitszustands von Menschen mit Migrationshintergrund (Wengler A, Santos-Hövener C, Rommel A)

Satellitenveranstaltung zum Kongress Armut und Gesundheit, Berlin März 2017

- Datenlage zur Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund – Status Quo und Perspektiven (Santos-Hövener C)
- Die (Weiter)Entwicklung von Methoden und Instrumenten zum Einbezug von Menschen mit Migrationshintergrund in Forschung und Studien (Santos-Hövener C, Schumann M, Schmich P, Gößwald A, Rommel A, Ziese T, Lampert T)

11. Literatur

1. Statistisches Bundesamt (2019). Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2017. Fachserie 1 Reihe 2.2 Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Wiesbaden, Statistisches Bundesamt.
2. Razum, O., et al. (2008). Schwerpunktbericht: Migration und Gesundheit. Robert Koch-Institut. 138.
3. Schenk, L., et al. (2006). Mindestindikatorensatz zur Erfassung des Migrationsstatus - Empfehlungen für die epidemiologische Praxis. Robert Koch-Institut, Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung. 49.
4. Frank, L., et al. (2018). "Maßnahmen zur verbesserten Einbindung und Beteiligung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in KiGGS Welle 2." Journal of Health Monitoring, Robert Koch-Institut, Berlin **3(1)**: 134-151.
5. Saß, A.-C., et al. (2015). Beteiligung von Menschen mit Migrationshintergrund an Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts. Robert Koch-Institut, Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung. 58.
6. Borgmann, L.-S., et al. (2019). "Zugangswege zu Menschen mit Migrationshintergrund für die epidemiologische Forschung – eine Befragung von Expertinnen und Experten." Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz **62**(11): 1397-1405.
7. Schumann, M., et al. (2020). "The concept of acculturation in epidemiological research among migrant populations: A systematic review." SSM - Population Health **10**.
8. Schumann, M., et al. (2019). "Konzepte für ein migrationssensibles Gesundheitsmonitoring." Journal of Health Monitoring **4**(3): 51-67.
9. Schumann, M., et al. (2020). "The concept of acculturation in epidemiological research among migrant populations: A systematic review." SSM Popul Health **10**: 100539.
10. Suinn, R.M., C. Ahuna, and G. Khoo (1992). "The Suinn-Lew Asian Self-Identity Acculturation Scale: Concurrent and Factorial Validation." Educational and Psychological Measurement **52**(4): 1041-1046.
11. Marin, G., et al. (1987). "Development of a Short Acculturation Scale for Hispanics." Hispanic Journal of Behavioral Sciences **9**(2): 183-205.
12. Marin, G. and R.J. Gamba (1996). "A New Measurement of Acculturation for Hispanics: The Bidimensional Acculturation Scale for Hispanics (BAS)." Hispanic Journal of Behavioral Sciences **18**(3): 297-316.
13. Mooren, T., et al. (2001). "The Lowlands Acculturation Scale. Validity of an adaptation measure among migrants in the Netherlands." The impact of war Studies on the psychological consequences of war and migration **11(13)**: 49–70.
14. Cuellar, I., B. Arnold, and R. Maldonado (1995). "Acculturation Rating Scale for Mexican Americans-II: A Revision of the Original ARSMA Scale." Hispanic Journal of Behavioral Sciences **17**(3): 275-304.
15. Williams, D.R., et al. (2008). "Perceived discrimination, race and health in South Africa." Social science & medicine (1982) **67**(3): 441-452.
16. Antidiskriminierungsstelle des Bundes (2017). Diskriminierung in Deutschland: Dritter Gemeinsamer Bericht der Antidiskriminierungsstelle des Bundes und der in ihrem Zuständigkeitsbereich betroffenen Beauftragten der Bundesregierung und des Deutschen Bundestages. Berlin.
17. Schumann, M., et al. (2019). "Konzepte für ein migrationssensibles Gesundheitsmonitoring." Journal of Health Monitoring, **in review**.

18. Regionale Arbeitsstellen für Bildung, I.u.D.R.e.V.H. (2017). Diversitätsorientierte Organisationsentwicklung: Grundsätze und Qualitätskriterien. Ein Handlungsansatz der RAA. Berlin.
19. Zeisler, L., et al. (2019). "Integration of Migrant Populations into Health Monitoring in Germany: Results from a Feasibility Study." Survey Methods: Insights from the Field.
20. American Association for Public Opinion Research (AAPOR). *Standard Definitions, Final Dispositions of Case Codes and Outcome Rates for Surveys, 9th edition*. https://www.aapor.org/AAPOR_Main/media/publications/Standard-Definitions20169theditionfinal.pdf (accessed 25.02.2018) 2016.
21. Razum O, et al. (2008). Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung. Berlin, RKI.
22. Schenk L, Neuhauser H, and Ellert U (2008). Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) 2003-2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin, RKI.
23. Robert Koch-Institut (2016). Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin, RKI.
24. Frank L, et al. *Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen in Deutschland.* 2017. **2**, 24-47.
25. Frank L, et al. *Maßnahmen zur verbesserten Einbindung und Beteiligung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in KiGGS Welle 2*. 2018. **3**, 134-151.
26. Rommel A, et al. *Die gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund und die Bedeutung des sozioökonomischen Status. Erste Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS 1)*. Bundesgesundheitsbl, 2015. **58**, 543-552.
27. Saß, A.-C., B. Grüne, and A.-K. Brettschneider *Beteiligung von Menschen mit Migrationshintergrund an Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts*. Bundesgesundheitsbl, 2015. **58**, 533-542.
28. Moher D, et al. (2009). "Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement." PLoS Medicine **6**(7).
29. Bartig S, Rommel A, and Wengler A *Supplement. Gesundheitsberichterstattung zu Menschen mit Migrationshintergrund - Auswahl und Definition von Kernindikatoren*. 2019.
30. Bartig S, et al. *Gesundheitsberichterstattung zu Menschen mit Migrationshintergrund - Auswahl und Definition von (Kern-)Indikatoren*. 2019. **4**, 30-50.
31. Kromrey H (2009). Empirische Sozialforschung. Modelle und Methoden der standardisierten Datenerhebung und Datenauswertung. Stuttgart, Lucius und Lucius.
32. Meyer W *Indikatorenentwicklung: Eine praxisorientierte Einführung*. Arbeitspapiere 10, 2004.
33. Filsinger D (2014). Monitoring und Evaluation. Perspektiven für die Integrationspolitik von Bund und Ländern. WISO-Diskurs. Bonn, Friedrich-Ebert-Stiftung.
34. Konferenz der für Integration zuständigen Ministerinnen und Minister/Senatorinnen und Senatoren der Länder (IntMK) (2019). Fünfter Bericht zum Integrationsmonitoring der Länder. Bericht 2019. Berichtsjahre 2015-2017.
35. World Health Organization (2008). Resolution WHA61.17. Health of migrants. Sixty-first World Health Assemply. Geneva.
36. World Health Organization (2008). Health of migrants. Report by the Secretariat. Sixty-first World Health Assembly. Geneva.
37. World Health Organization. Regional Office for Europe (2016). Strategy and action plan for refugee and migrant health in the WHO European Region. Copenhagen.
38. Gesundheitsförderung Schweiz. *Projektziele formulieren*. 2017 04.04.2019]; Available from: https://www.quint-essenz.ch/de/topics/1133.
39. Bartig S, R.A., Wengler A, Santos-Hövener C, Lampert T et al. (2019). "Gesundheitsberichterstattung zu Menschen mit Migrations-hintergrund – Auswahl und Definition von (Kern-)Indikatoren." Journal of Health Monitoring **4**(3): 30-50.

40. Schenk, L., et al. *Mindestindikatorensatz zur Erfassung des Migrationsstatus. Empfehlungen für die epidemiologische Praxis.* Bundesgesundheitsbl, 2006. **49**, 853-860.
41. Razum, O., J. Wenner, and K. Bozorgmehr (2016). "Wenn Zufall über den Zugang zur Gesundheitsversorgung bestimmt: Geflüchtete in Deutschland." Gesundheitswesen **78**: 711-714.
42. Razum, O., et al. (2008). Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung. Berlin, Robert Koch-Institut.
43. Liebau, E., A. Humpert, and K. Schneiderheinze (2018). "Wie gut funktioniert das Onomastik-Verfahren? Ein Test am Beispiel des SOEP-Datensatzes." SOEPpapers on Multidisciplinary Panel Data Research, Berlin.
44. Goebel, J., et al. (2019). "The German Socio-Economic Panel (SOEP)." Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik **239**(2): 345-360.
45. Liebau, E. and I. Tucci (2015). "Migrations- und Integrationsforschung mit dem SOEP von 1984 bis 2012: Erhebung, Indikatoren und Potenziale." SOEP Survey Papers, Series C - Data Documentation. Berlin.
46. Siegers, R., V. Belcheva, and T. Silbermann (2019). "SOEP-Core v34 – Documentation of Sample Sizes and Panel Attrition in the German Socio-Economic Panel (SOEP) (1984 until 2017)." SOEP Survey Papers, Series C - Data Documentation. Berlin.
47. Brücker, H., et al. (2013). "The new IAB-SOEP Migration Sample: an introduction into the methodology and the contents." SOEP Survey Papers, Series C - Data Documentation. Berlin.
48. Kroh, M., et al. (2015). "The 2013 IAB-SOEP Migration Sample (M1): Sampling Design and Weighting Adjustment." SOEP Survey Papers, Series C - Data Documentation. Berlin.
49. Nebelin, J., M. Petrenz, and K. Wenzig (2019). "Wegweiser zur Datenanalyse der IAB-SOEP Migrationsstichproben (M1, M2) und der IAB-BAMF-SOEP Stichproben von Geflüchteten (M3-M5)." SOEP Survey Papers, Series G - General Issues and Teaching Materials. Berlin.
50. Kühne, S. and M. Kroh (2017). "The 2015 IAB-SOEP Migration Study M2: Sampling Design, Nonresponse, and Weighting Adjustment." SOEP Survey Papers, Series C - Data Documentation. Berlin.
51. Kroh, M., et al. (2018). Die IAB-BAMF-SOEP-Befragung von Geflüchteten: Studiendesign und Feldergebnisse der Welle 1 (2016). IAB-BAMF-SOEP-Befragung von Geflüchteten 2016: Studiendesign, Feldergebnisse sowie Analysen zu schulischer wie beruflicher Qualifikation, Sprachkenntnissen sowie kognitiven Potenzialen. H. Brücker, N. Rother, and J. Schupp. Nürnberg, Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. 17-24.
52. Kroh, M., et al. (2017). "Sampling, Nonresponse, and Integrated Weighting of the 2016 IAB-BAMF-SOEP Survey of Refugees (M3/M4) – revised version." SOEP Survey Papers, Series C - Data Documentation. Berlin.
53. Statistisches Bundesamt (2018). Schutzsuchende. Ergebnisse des Ausländerzentralregisters. Fachserie 1 Reihe 2.4 Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Wiesbaden, Statistisches Bundesamt.
54. Kroh, M. and J. Schupp (2017). The SOEP Migration Survey and Refugee Sample. SOEP Wave Report 2016. J. Britzke and J. Schupp. Berlin, DIW Berlin. 41-54.
55. Kroh, M. and J. Schupp (2016). The SOEP Migration Survey. SOEP Wave Report 2015. S. Gerstorf and J. Schupp. Berlin, DIW Berlin. 41-52.
56. Schacht, D., et al. (2018). "SOEP-Core v33.1 – Biographical Information in the Meta File PPFAD (Month of Birth, Year of Death, Immigration Variables, Living in East or West Germany in 1989)." SOEP Survey Papers, Series D - Variable Descriptions and Coding. Berlin.
57. Statistisches Bundesamt (2015). Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus. Fachserie 1 Reihe 2.2 Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Wiesbaden, Statistisches Bundesamt.
58. Statistisches Bundesamt (2018). Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2017. Fachserie 1 Reihe 2.2 Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Wiesbaden, Statistisches Bundesamt.

59. TNS Infratest Sozialforschung (2014). "Methodenbericht zum IAB-SOEP Migrationssample 2013." SOEP Survey Papers, Series B - Survey Reports (Methodenberichte). Berlin.
60. Trübswetter, P. and T. Fendel (2016). "IAB-SOEP Migrationsstichprobe verknüpft mit administrativen Daten des IAB Version 1." FDZ-Datenreport 11(2016). Nürnberg: Forschungsdatenzentrum (FDZ) der Bundesagentur für Arbeit.
61. Jacobsen, J., et al. (2019). "Supplementary of the IAB-BAMF-SOEP Survey of Refugees in Germany (M5) 2017." SOEP Survey Papers, Series C - Data Documentation. Berlin.
62. Bloomfield, K., Kraus, L. und Soyka, M (2008). "Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen." Gesundheitsberichterstattung des Bundes **Heft 40**.
63. Lange, C., Manz, K., Rommel, A. et al. (2016). "Alkoholkonsum von Erwachsenen in Deutschland: Riskante Trinkmengen, Folgen und Maßnahmen." Journal of Health Monitoring **1**(1): 2-21.
64. Robert Koch-Institut (2014). Alkoholkonsum. Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012“. Berlin, RKI.
65. Schenk, L., Neuhauser, H. und Ellert, U. (2008). "Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) 2003-2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland." Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes.
66. Orth, B. (2017). "Der Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland. Ergebnisse des Alkoholsurveys 2016 und Trends." BZgA-Forschungsbericht.
67. Strupf, M., et al. (2017). "Trinkverhalten von Personen verschiedener Herkunftsregionen in Deutschland: Ein Vergleich mit Personen ohne Migrationshintergrund." Suchttherapie **18**(02): 90-97.
68. Saß, A.-C., et al. (2015). Beteiligung von Menschen mit Migrationshintergrund an Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts. Robert Koch-Institut, Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung.
69. Lange, C., Manz, K., Kuntz, B. (2017). "Alkoholkonsum bei Erwachsenen in Deutschland: Rauschtrinken." Jorunal of Health Monitoring **2**(2): 74-81.
70. Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) (2003). Indikatorensatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder. Dritte, neu bearbeitete Fassung, Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie (Hrsg.). Bielefeld, lögd.
71. European Commission (2017). "Health indicators. ECHI – European Core Health Indicators."
72. OECD/EU (2016). Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle. Paris, OECD Publishing.
73. World Health Organisation (2018). "Global Reference List of 100 Core Health indicators (plus health-related SDGs), Luxemburg."
74. Schnitzlein, D.D., et al. (2018). "SOEP-Core v33.1 – BIOPAREN: Biography Information for the Parents of SOEP-Respondents." SOEP Survey Papers, Series D - Variable Descriptions and Coding. Berlin.

12. Anhang

Leitfaden zu diskriminierungssensibler Sprache

Leitfaden zu diskriminierungssensibler Sprache

Dieser Leitfaden beinhaltet die wichtigsten Grundprinzipien rund um das Thema diskriminierungssensible Sprache. Er ist eine Orientierungshilfe für eine verantwortungsvolle Kommunikation von Forschungsergebnissen im Bereich „Migration und Gesundheit" und lädt dazu ein, den eigenen Sprachgebrauch kritisch zu beleuchten und zu reflektieren.

Warum ist diskriminierungssensible Sprache wichtig?

Sprache dient nicht nur der reinen Übermittlung von Informationen. Sie vermittelt Wertvorstellungen und prägt den gesellschaftlichen Diskurs. Sie kann verletzen, Ausschlüsse und Hierarchien produzieren - auch ungewollt. Deswegen ist es wichtig eine diversitätsbewusste Sprache zu nutzen, die möglichst frei von Diskriminierung ist – sowohl im Austausch miteinander, als auch in wissenschaftlicher Kommunikation (Publikationen, Vorträge). In einem partizipativen Prozess wurden folgende Grundsätze zum Sprachgebrauch entwickelt.

Generalisierungen & Verallgemeinerungen vermeiden

Unsere Gesellschaft zeichnet sich durch ihre Heterogenität aus. Spiegeln Sie diese auch in ihrer Ausdrucksweise wider, indem Sie Sachverhalte stets differenziert darstellen und vereinheitlichende und pauschalisierende Aussagen für ganze Bevölkerungsgruppen vermeiden.

Diskriminierungssensibel formulieren

Überprüfen Sie, welche Assoziationen durch ihre Formulierungen hervorgerufen werden können. Eine gute Strategie um zu überprüfen, ob diese diskriminierend sein können, ist es, sich vorzustellen, dass diese Be- bzw. Zuschreibungen sich auf Sie (z.B. Religionszugehörigkeit, Hautfarbe, Name) beziehen.

Selbst- & Fremdbezeichnungen

Im Gegensatz zu Selbstbezeichnungen (z.B. People of Color, siehe Glossar), handelt es sich bei Fremdbezeichnungen um Benennungen, die Personengruppen von außen zugeschrieben werden (z.B. Geflüchtete, siehe Glossar). Wenn möglich, sollten die Selbstbezeichnungen der jeweiligen Communities verwendet werden. Überlegen Sie zudem, ob Be- und Zuschreibungen (z.B. Angabe der Herkunft) in ihrem Kontext überhaupt relevant sind oder ebenso gut weggelassen werden können. Es gilt stets: Ob Formulierungen verletzend und / oder diskriminierend sind, entscheiden letztlich die dadurch bezeichneten Personen selbst.

Begriffe unterliegen einem ständigen Wandel

Wenn eine Gesellschaft im Wandel ist, verändert sich auch ihre Sprache. Begriffe und Kategorien sind ein Abbild aktueller gesellschaftlicher Verhältnisse und Realitäten. Auch wenn sie einmal unproblematisch waren, können sie eine negative Bedeutung annehmen (z.B. „Asylbewerber*in", siehe Glossar).

Eigene Unsicherheiten offen kommunizieren

Trauen Sie sich, Unsicherheiten bezüglich verwendeter Begriffe und Kategorien im Team offen anzusprechen und Kolleg*innen auf unbedachte Ausdrucksweisen hinzuweisen. Ein wertschätzendes Feedback regt zur Reflexion an und stärkt eine diskriminierungssensible Gesprächskultur.

Anmerkungen und Erweiterungsvorschläge gern an: **IMIRA@rki.de**

Literatur

Grove, N.J., Zwi, A.B. (2006) Our health and theirs: Forced migration, othering, and public health. Soc Sci Med 62: 1931-1942.

Neue deutsche Medienmacher e.V. (2015) Glossar der Neuen deutschen Medienmacher. Formulierungshilfen für die Berichterstattung im Einwanderungsland, Berlin.

Stefanowitsch, A. (2012) Sprache und Ungleichheit, Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn.

Weber, A., Hörmann, G. (2011) Migration und Gesundheit – von Defizitanalysen zum Diversity-Ansatz? Gesundheitswesen 73(5): 298-307.

Zuweisung eines einseitigen und beidseitigen indirekten Migrationshintergrunds im SOEP (Teilprojekt 7)

Abbildung 1: Zuweisungsschema für SOEP-Befragte mit der „migback"-Ausprägung „indirekter Migrationshintergrund" (Quelle: eigene Darstellung)

		„migback"-Ausprägung der Mutter		
		Direkter MH	Indirekter MH	Kein MH
„migback"-Ausprägung des Vaters	Direkter MH	Indirekter MH: beidseitig	Indirekter MH: einseitig	Indirekter MH: einseitig
	Indirekter MH	Indirekter MH: einseitig		
	Kein MH	Indirekter MH: einseitig		

Anmerkung: Berücksichtigt werden nur Befragte, deren Vater und Mutter SOEP-Befragte sind oder waren; MH = Migrationshintergrund. Für eine detaillierte Beschreibung, siehe Fließtext.

Idealerweise können durch das Zuweisungsschema in Abbildung 1 SOEP-Befragte mit einem einseitigen (*blau*) und einem beidseitigen (*orange*) indirekten Migrationshintergrund identifiziert werden. Im grau-schraffierten Bereich sollten sich definitionsgemäß eigentlich keine Befragten mit der „migback"-Ausprägung „indirekter Migrationshintergrund" befinden. Im SOEP haben jedoch 267/2.552=10,5% der Befragten mit der „migback"-Ausprägung „indirekter Migrationshintergrund" und mit vorhandenen Elternangaben auf der „migback"-Variable inkonsistente Angaben dieser Art. Überraschend ist dabei, dass die „migback"-Ausprägungen von 262 dieser 267 Befragten (98,1%) vom SOEP-Team als „highly reliable" [56] eingestuft werden.[7] Auch die „migback"-Ausprägungen ihrer Eltern werden mehrheitlich (>50%) als „highly reliable" eingeschätzt. Solche Inkonsistenzen werfen Fragen zur Verlässlichkeit des erstellten Zuweisungsschemas auf. Ein möglicher Grund ist, dass für die Identifikation der Eltern der Befragten die Elternpointer „mnr" und „fnr" aus dem Teildatensatz BIOPAREN verwendet wurden. Diese Elternpointer identifizieren vordergründig die *sozialen* Eltern der Befragten[74]. Die Zuweisung der

[7] Die Einschätzung der Verlässlichkeit der „migback"-Codierung durch das SOEP-Team kann anhand einer Kombination der Variablen „germborninfo" und „miginfo" nachvollzogen werden (für eine detailliertere Beschreibung, siehe 56. Schacht, D., et al. (2018). "SOEP-Core v33.1 – Biographical Information in the Meta File PPFAD (Month of Birth, Year of Death, Immigration Variables, Living in East or West Germany in 1989)." SOEP Survey Papers, Series D - Variable Descriptions and Coding. Berlin.

Befragten zu einer „migback"-Ausprägung basiert jedoch nicht zwingend auch auf Angaben zu den sozialen Eltern der Befragten. Inkonsistenzen bestehen jedoch auch dann weiter, wenn statt der „migback"-Ausprägungen der sozialen Eltern die „migback"-Ausprägungen der biologischen Eltern der Befragten einbezogen werden.[8] Darüber hinaus gibt es in der SOEP-Stichprobe 493 Befragte mit der „migback"-Ausprägung „indirekter Migrationshintergrund", für die Angaben zu nur einem sozialen Elternteil vorliegen. Bei diesen Befragten ist unklar, ob ihnen auf Basis der Elternangaben überhaupt ein (einseitiger oder beidseitiger) indirekter Migrationshintergrund zugewiesen werden kann.

Ein Nachteil des oben beschriebenen Verfahrens zur Identifizierung von Personen mit ein- oder beidseitigem indirektem Migrationshintergrund besteht darin, dass der indirekte Migrationshintergrund nur für solche SOEP-Befragte weiter differenziert werden kann, bei denen „migback"-Angaben für *beide* Elternteile vorliegen. Es muss fraglich bleiben, inwiefern diese Gruppe repräsentativ für die Gesamtbevölkerung der in Deutschland lebenden Menschen mit indirektem Migrationshintergrund ist. Berücksichtigt man bei den Befragten, die laut „migback"-Variable einen „direkten Migrationshintergrund" oder „keinen Migrationshintergrund" haben, der Vergleichbarkeit wegen auch nur jene Personen, bei denen „migback"-Angaben für beide Elternteile vorliegen, so lässt sich im Zeitraum 2010 bis 2016 jährlich für 300–500 Befragte mit „direktem Migrationshintergrund", 600–800 Personen mit „indirektem Migrationshintergrund" und 3.000–3.500 Befragte „ohne Migrationshintergrund" ein realisiertes Personeninterview im SOEP verzeichnen (bei diesen Angaben sind inkonsistente Fälle – siehe oben – noch nicht herausgerechnet.). Eine weitere Unterteilung der Befragten mit indirektem Migrationshintergrund in solche mit einseitigem und solche mit beidseitigem indirekten Migrationshintergrund würde schnell zu Gruppengrößenproblemen in der statistischen Analyse führen. Alleine bietet das oben beschriebene Vorgehen daher kaum eine geeignete Lösung, um zwischen Personen mit einseitigem und beidseitigem indirekten Migrationshintergrund zu unterscheiden.

Eine Alternative zu dem bisher beschriebenen Vorgehen bestünde darin, zusätzlich die Aussagen der Befragten zum Geburtsland und ggf. zum Migrationszeitpunkt ihrer Eltern nach Deutschland zu berücksichtigen (wie oben erläutert zählt nur Migration nach 1949[9]). Die Schwierigkeit bei diesem Vorgehen besteht darin, die entsprechenden Angaben aus unterschiedlichen Teildatensätzen des SOEP

[8] Weiterhin können die Inkonsistenzen zwischen den „migback"-Ausprägungen der Befragten und ihren Eltern darauf hinweisen, dass einige Personen die Migrationsgeschichte ihrer Familie nicht genau kennen oder dass ihnen das Geburtsland ihrer Eltern aus anderen Gründen (z.B. wegen Grenzverschiebungen oder aufgrund von Pendelmigration der Familie) nicht genau bekannt ist. Auch bewusste Falschangaben können natürlich nicht ausgeschlossen werden, sollten aber weniger ausschlaggebend für die gefundenen Inkonsistenzen sein.

[9] Allerdings bleibt in der Dokumentation der „migback"-Variable unklar, ob das SOEP-Team bei der Zuweisung eines indirekten Migrationshintergrundes tatsächlich das Jahr der Zuwanderung der Eltern nach Deutschland berücksichtigt.

zusammenzuführen und nach einem kohärenten Muster zu kodieren, da die Abfrage der hierfür notwendigen Teilinformationen in der Vergangenheit (a) nicht für alle SOEP-Befragten und (b) nicht in einheitlicher Weise erfolgt ist. Bei der Entscheidung, ob die Angaben der Befragten über ihre Eltern verwendet werden sollen, um Personen mit ein- oder beidseitigem indirekten Migrationshintergrund zu identifizieren, sollten also verschiedene Faktoren abgewogen werden, u.a. der Aufwand und Mehrwert dieses Vorgehens sowie—vielleicht noch wichtiger—die abnehmende Vergleichbarkeit zwischen Studien, wenn verschiedene Forscherinnen und Forscher unterschiedliche Kodierungsmuster verwenden.