

Abschlussbericht

Entwicklung einer Strategie zur Steigerung der Impfquoten bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund

Förderkennzeichen: 838951

Projektlaufzeit: 01.05.2010-31.12.2011 (verlängert bis 29.02.2012)

Fördersumme: 246.131 €

Verantwortliche Forscher (Robert Koch-Institut, Abteilung 3):

Dr. Karen Atzpodien, Fachgebiet 33 (Impfprävention)

Dr. Sabine Reiter, Fachgebiet 33 (Impfprävention)

Dietmar Walter, Fachgebiet 33 (Impfprävention)

Projektmitarbeiter/innen (Robert Koch-Institut, Abteilung 3):

Juliane Seidel, studentische Mitarbeiterin Fachgebiet 33 (Impfprävention)

Sebastian Heck, studentischer Mitarbeiter Fachgebiet 33 (Impfprävention)

Kooperationspartner:

Dr. Hella von Unger (Wissenschaftszentrum Berlin, Forschungsgruppe Public Health)

Claudia Weidhaas, Informationsstelle des Bundes für Biologische Sicherheit (IBBS), RKI (für die technische Umsetzung des Webmoduls)

Kontakt-Informationen:

Dr. Sabine Reiter
Robert Koch-Institut, DGZ-Ring 1, 13086 Berlin,
Tel.: 030-18754-3461, E-Mail: ReiterS@rki.de

Inhaltsverzeichnis

1. **Zusammenfassung**
2. **Einleitung**
3. **Arbeits- und Zeitplan**
4. **Erhebungs- und Auswertungsmethodik**
5. **Durchführung**
6. **Ergebnisse**
7. **Diskussion der Ergebnisse**
8. **Gender Mainstreaming Aspekte**
9. **Gesamtbeurteilung**
10. **Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse**
11. **Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit / Transferpotential)**
12. **Publikationsverzeichnis**
13. **Literatur**
14. **Anhänge**

1. Zusammenfassung

Das vom BMG geförderte Forschungsprojekt ‚Entwicklung einer Strategie zur Steigerung der Impfquoten bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund‘ basiert auf den Ergebnissen des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) des RKI. Dort zeigte sich, dass Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund Impfdefizite aufweisen, v.a. wenn sie nach ihrer Geburt zugewandert sind. Ansonsten liegen nur begrenzte Daten zum Impfstatus der Zielgruppe vor.

Dieses Projekt wurde mit dem Ziel durchgeführt, mögliche Barrieren und Ressourcen für die Inanspruchnahme von Impfungen bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund zu identifizieren, den Handlungsbedarf zu konkretisieren und die Ergebnisse in eine geeignete Strategie und Maßnahmen zur Verbesserung der Impfquoten einfließen zu lassen.

Die erste Projektphase beinhaltete die Exploration des Themenfeldes. Hierfür wurden Publikationen zum Thema „Migration und Impfen“ recherchiert und vertiefende Experteninterviews mit Akteurinnen und Akteuren des Arbeitsfeldes geführt. Diese Vorarbeiten bildeten die Grundlage für den Expertenworkshop „Impfprävention bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund“, der im November 2010 am Robert Koch-Institut durchgeführt wurde. Sowohl die Recherchen und Expertengespräche als auch die Workshop-Ergebnisse deuten darauf hin, dass zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchungen der Impfstatus von Kindern mit Migrationshintergrund nicht schlechter ist als der der Kinder ohne Migrationshintergrund. Häufig sind diese Kinder sogar besser geimpft und werden durch die Kinderärzte in der Regel gut erreicht.

Der größte Handlungsbedarf hinsichtlich der Verbesserung der Impfquoten besteht dagegen in der Altersgruppe der Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund, sowie in der zahlenmäßig kleinen Gruppe der neu zugewanderten Kinder und Jugendlichen. Zudem sind Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund, die in den Ferien in ihre Herkunftsländer reisen, eine wichtige Zielgruppe für reisemedizinisch indizierte Impfungen.

Zur weiteren Identifizierung von Barrieren und Ressourcen für die Verbesserung der Impfquoten bei Jugendlichen wurden Fokusgruppen mit Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund, mit Müttern von Jugendlichen mit Migrationshintergrund sowie mit niedergelassenen impfenden Ärztinnen und Ärzten durchgeführt. In diesen wurden Fragestellungen zu Entscheidungsprozessen, Ansprechpartnern, fördernden und hemmenden Faktoren der Impfabzeptanz bei Jugendlichen sowie zu Ansatzpunkten zur Erhöhung der Impfquoten diskutiert. Die Ergebnisse der Fokusgruppen zeigen, dass v.a. die Informations- und Organisationsprozesse in der Familie sowie der Einfluss der impfenden Ärztinnen und Ärzte maßgeblich das Impfverhalten von Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund steuern. Hauptbarrieren für höhere Impfquoten bei Jugendlichen sind nachlassende Kontrollsysteme, die geringe Inanspruchnahme der Jugendgesundheitsuntersuchung J1 und ein fehlendes Bewusstsein für die Relevanz von Auffrischimpfungen im Jugendalter. Dies war sowohl bei den Jugendlichen selbst als auch bei den Müttern der Fall. Als migrationsbedingte Barrieren wurden u.a. Sprachdefizite in der Elterngeneration sowie bei neu Zugewanderten diskutiert. Migrationsbedingte Barrieren scheinen als alleinige Erklärung für bestehende Impfdefizite jedoch nicht ausschlaggebend zu sein. Ressourcen zeigten sich in einer hohen allgemeinen Wertschätzung von Schutzimpfungen in Familien mit Migrationshintergrund sowie der Nutzung von sozialen Netzwerken zur Kommunikation über Gesundheitsthemen.

Die Ergebnisse der Fokusgruppen, Anfragen von Gesundheitsämtern nach fremdsprachigen Materialien im Rahmen von Ausbrüchen impfpräventabler Erkrankungen sowie eine Bestandsaufnahme zu den in den Bundesländern eingesetzten fremdsprachigen Materialien und Projekten zur Impfprävention für Personen mit Migrationshintergrund zeigten einen hohen Bedarf an fremdsprachigen Aufklärungsmaterialien und Hintergrundinformationen zum Thema für die Fachöffentlichkeit. Daraufhin wurden im Rahmen dieses Projektes Aufklärungsmaterialien und Impfkalender in 15 Sprachen erstellt. Ein auf den Internetseiten des RKI geschaffenes Informationsangebot zum Thema „Migration und Impfen“ soll Hintergrundinformationen und

Unterstützungsmaterialien für die Fachöffentlichkeit in der Arbeit mit der Personengruppe mit Migrationshintergrund anbieten und die Transparenz im Arbeitsfeld vergrößern.

In der Impfprävention bei Jugendlichen sollte ein Vorsorgekonzept zugrunde liegen, das an den Lebenswelten dieser Zielgruppe ansetzt (sog. Setting-Ansatz) und Mütter in ihrer Rolle als Verantwortliche für die Gesundheit der Familie unterstützt. Ärztinnen und Ärzte sollten verstärkt Remindersysteme nutzen, um die Jugendlichen zu anstehenden Impfungen einzuladen. V.a. die Hausärzte sollten sensibilisiert werden, Impftemen auch bei Besuchen aufgrund akuter Beschwerden anzusprechen und das Impfbuch zu kontrollieren. Jeder Arztkontakt sollte genutzt werden, um den Impfstatus zu überprüfen, dies gilt besonders für neu zugewanderte Personen. Bei Mädchen bietet die HPV-Impfung einen guten Anknüpfungspunkt für das Impftema. In der Kommunikation mit der Elterngeneration können kultursensible Ansätze die Impfmotivation verbessern. Kultursensible, herstellerunabhängige unterstützende Maßnahmen und Materialien für die Arzt-Patientenkommunikation bei Jugendlichen und deren Eltern sind hier sinnvoll. Zur Evaluation der Impfakzeptanz sollte bei Impfstatuserfassungen generell der Migrationshintergrund erfasst werden.

2. Einleitung

Ausgangslage

Ein bedeutender Teil der Kinder und Jugendlichen in Deutschland wächst in Migrantenfamilien auf. Zwar besitzen nur 10% der unter 18-Jährigen einen ausländischen Pass, einen Migrationshintergrund weisen hingegen 28.6% auf. Bei den unter fünfjährigen Kindern haben 34,9% der gleichaltrigen Bevölkerung einen Migrationshintergrund (1).

Das vom Bundesministerium für Gesundheit geförderte Forschungsprojekt ist Bestandteil der "Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit. Hintergrund dieser Initiative sind u.a. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS), die darauf hinweisen, dass Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund Impfdefizite aufweisen. Insbesondere nach der Geburt zugewanderte Kinder zeigen besonders große Impflücken. Der überproportional hohe Anteil an Kindern aus Familien mit niedrigem sozialem Status in der KiGGS-Studie kann dabei nicht als alleinige Erklärung für eine schlechtere Durchimpfung bei bestimmten Migrantengruppen angeführt werden (2).

Durch die Daten der Schuleingangsuntersuchungen deutscher Großstädte wird die Hypothese bestärkt, dass Kinder mit Migrationshintergrund generell nicht schlechter geimpft sind als Kinder ohne Migrationshintergrund. Für Jugendliche liegen neben den KiGGS-Daten keine bundesweiten Daten zu Impfquoten vor, da in dieser Altersgruppe keine generelle Überprüfung des Impfstatus, wie z.B. im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung, mehr stattfindet.

Über Faktoren, die zu den unterschiedlichen Impfquoten bei Migrantengruppen führen, ist wenig bekannt. Es scheinen – größtenteils noch nicht identifizierte – Zugangsbarrieren zu bestehen. Trotz einer grundsätzlich offenen Einstellung gegenüber Präventionsangeboten beteiligen sich Zuwandererfamilien insgesamt nicht nur seltener an den Früherkennungsuntersuchungen, sondern nehmen bereits die Schwangerschaftsvorsorge weniger in Anspruch.

Aktuelle Ereignisse - wie ein Masernausbruch im Asylbewerberheim in Neumünster- zeigen, dass die beobachtete geringere Durchimpfung vor allem bei Personen mit eigener Migrationserfahrung ein erhebliches Ausbreitungspotential hat und zu einer Belastung der sozialen Sicherungssysteme führen kann (3).

Personen mit Migrationshintergrund haben möglicherweise zudem andere Risikofaktoren für impfpräventable Infektionskrankheiten als Personen ohne. Ärzte empfehlen Familien mit Migrationshintergrund vor einer Reise in bestimmte Herkunftsländer beispielsweise häufig eine Hepatitis-A-Impfung. Vor allem Kinder und Jugendliche ausländischer Herkunft, die in Deutschland aufgewachsen sind, haben ein erhöhtes Ansteckungsrisiko, da sie bei Reisen ins Herkunftsland sich

dort meist länger aufhalten und einen intensiveren Kontakt zu einheimischen Bevölkerung pflegen, als dies bei touristischen Reisen üblicherweise der Fall ist (4).

Ziele des Projektes

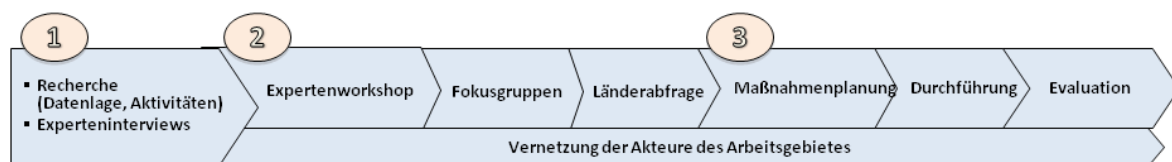
Ziele des Forschungsprojektes waren die Erschließung des aktuellen Kenntnisstandes zu bereits vorliegenden Konzepten sowie Maßnahmen und Materialien der Impfprävention für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund. Des Weiteren sollten Barrieren und Ressourcen identifiziert werden, die in der Zielgruppe das Inanspruchnahmeverhalten von Impfungen beeinflussen. Schließlich sollten auch geeignete Kommunikationsstrategien zum Thema Impfen aufgezeigt werden.

Ein wichtiger Bestandteil des Forschungsprojektes war es auch, die Vernetzung der Akteure in diesem Arbeitsgebiet zu unterstützen und die Impfprävention bei Personen mit Migrationshintergrund zu fördern.

Projektstruktur

Das Projekt war folgendermaßen konzipiert:

FORSCHUNGSKONZEPT IM ÜBERBLICK



- 1. Phase: Systematische Bestandaufnahme**
- 2. Phase: Explorative Erhebungen**
- 3. Phase: Umsetzung der Ergebnisse**

Die erste Phase beinhaltete eine systematische Recherche und Bestandaufnahme zum Themenfeld des Forschungsprojektes. Die Ermittlung des konkreten Handlungsbedarfs und möglicher Zugangswege zur Zielgruppe der Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund erfolgte in Phase 2 durch einen Expertenworkshop, Fokusgruppensitzungen und eine Befragung in den 16 Bundesländern. Die Ergebnisse aus Phase 2 sollten die Grundlage für eine Maßnahmenplanung und die Durchführung eines Pilotprojektes sowie dessen Evaluation bilden. Die Vernetzung der Akteure des Arbeitsgebietes sollte vorrangig während der Phasen 2 und 3 erfolgen.

Für die Projektkoordination und -leitung wurde als wissenschaftliche Mitarbeiterin Frau Dr. Karen Atzpodien eingestellt, die durch zwei studentische Hilfskräfte unterstützt wurde. Es fanden regelmäßige Projektgruppensitzungen statt. Das Projekt war eingebettet in die Forschungsaktivitäten des Fachgebietes Impfprävention des RKI und wurde vorrangig von Dr. Ole Wichmann, Dr. Sabine Reiter und Herrn Dietmar Walter fachlich unterstützt.

3. Arbeits- und Zeitplan

Bis Ende April 2011 (Zeitpunkt Zwischenbericht) verliefen alle Teilschritte des Forschungsprojektes im geplanten Zeitrahmen. Die Auswertungen des Expertenworkshops, der Fokusgruppen sowie der Expertengespräche führten zu dem Ergebnis, dass die Durchführung eines konkreten Pilotprojektes mit Jugendlichen keinen zusätzlichen Erkenntnisgewinn bringen würde. Da kein besonderer Handlungsbedarf bei Kindern mit Migrationshintergrund gesehen wurde und da eine nicht diskriminierende Intervention bei Jugendlichen den Kostenrahmen des Projekts überschritten hätte,

änderte sich der ursprüngliche geplante Verlauf des Forschungsprojektes. Die zur Verfügung stehenden Ressourcen wurden stattdessen dafür eingesetzt, den Bedarf des ÖGD in der Arbeit mit der Zielgruppe genauer zu ermitteln sowie impfende Ärztinnen und Ärzte durch die Entwicklung geeigneter Informationsmaterialien bei ihrer Arbeit mit der Zielgruppe zu unterstützen. Da der aufeinander aufbauende modulare Charakter des Forschungsprojekts und die notwendige Etablierung von Kooperationsstrukturen mehr Zeit beanspruchten als bei Antragstellung antizipiert und die Einstellung einer Projektkoordinatorin einige Wochen beanspruchte, wurde eine kostenneutrale Verlängerung des Projektes über Dezember 2011 hinaus erbeten. Die kostenneutrale Verlängerung wurde bis 29.02.2012 genehmigt.

4. Erhebungs- und Auswertungsmethodik

Gesamtziel des Forschungsprojektes war, eine Strategie zur Steigerung der Impfquoten bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund zu entwickeln sowie die Akteure des Arbeitsgebietes zu vernetzen. Vor diesem Hintergrund kam im Laufe des Projektes ein breites Methodenspektrum qualitativer und quantitativer Methoden zum Einsatz, die aufeinander aufbauten bzw. sich gegenseitig ergänzten (vgl. Kap. 5).

In der ersten Projektphase erfolgte eine systematische Recherche und Bestandsaufnahme zur Datenlage von Impfquoten von Kindern und Jugendlichen, die nach Migrationshintergrund differenzieren. Diese Bestandsaufnahme wurde im Laufe des Projektes kontinuierlich aktualisiert und ergänzt. Die Recherche erfolgte mittels Schlagwortsuche in den üblichen Literaturlieferanten und im Internet. Ergänzend wurden neue Datenquellen aus den Erhebungen bei den Landesstellen mit aufgenommen.

Parallel dazu wurden fortlaufend Projekte sowie bestehende Materialien zur Impfprävention in der Personengruppe mit Migrationshintergrund zusammengetragen. Die Recherche erfolgte hier insbesondere über projektbezogene Datenbanken wie beispielsweise [www.gesundheitliche-chancengleichheit](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de), www.knp-forschung.de und www.impfen-info.de sowie über Literaturrecherche und im Austausch mit Expertinnen und Experten (Good-Practice-Modelle). Zusätzlich wurden Projekte der Impfprävention recherchiert, die sich insbesondere an die Altersgruppe der Jugendlichen - mit und ohne Migrationshintergrund - richten.

In der zweiten Projektphase dienten der Expertenworkshop, die Fokusgruppendifkussionen und die Ländererhebung der weiteren Ermittlung des Handlungsbedarfs seitens der Fachöffentlichkeit und der Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund (siehe 5. Durchführung). Die Auswertung der Ergebnisse führte zur konkreten Maßnahmenplanung.

5. Durchführung

5.1. Expertengespräche

Im Rahmen der Vorbereitung des Expertenworkshops sowie zur Ermittlung des konkreten Handlungsbedarfs wurden explorative Gespräche mit 22 ausgewiesenen Expertinnen und Experten aus unterschiedlichen Arbeitsgebieten des Themenfeldes Migration und Impfen durchgeführt, so z.B. aus dem Bereich Migration und Gesundheit, Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung, dem Öffentlichen Gesundheitsdienst, Kinder- und Jugendmedizin, Migrant*innenorganisationen und Wohlfahrtsverbänden (siehe Anhang 1). Die Expertenbefragung erfolgte mittels halbstrukturierter Fragebögen, die Gespräche hatten einen zeitlichen Rahmen von 30 Minuten bis 1,5 Stunden.

5.2. Expertenworkshop

Um in einem interdisziplinären fachlichen Austausch zentrale Fragestellungen zu diskutieren und die Akteure des Arbeitsgebietes zu vernetzen, wurde der Expertenworkshop "Impfprävention bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund" organisiert. Dieser wurde am 25.11.2010 am Robert Koch-Institut in Berlin durchgeführt. Ziel des Workshops war es, Fragen zum Handlungsbedarf aufzugreifen, Ressourcen und Barrieren für die Inanspruchnahme von Impfungen unter Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund zu identifizieren, erfolgversprechende Zugangs- bzw. Kommunikationswege zu den Zielgruppen sowie Ansatzpunkte für weitere Maßnahmen zu entwickeln. Da die interviewten Expertinnen und Experten Handlungsbedarf eher bei Jugendlichen mit Migrationshintergrund als bei Kindern sahen, wurde bei der Gestaltung des Expertenworkshops der Fokus auf die Datenlage und Projekte für diese Altersgruppe gelegt.

An dem Workshop nahmen 28 Expertinnen und Experten aus dem Bereich Kinder- und Jugendmedizin, Gynäkologie, dem Öffentlichen Gesundheitsdienst, Vertreter von Migrantenorganisationen und Wohlfahrtsverbänden sowie der Wissenschaft teil. Im ersten Teil des Workshops wurden in zwei Themenblöcken die aktuelle Datenlage sowie exemplarische Initiativen, die das Thema Impfprävention in der Zielgruppe mit Migrationshintergrund berücksichtigen in Impulsreferaten dargestellt und diskutiert. In einer moderierten Diskussion wurden im zweiten Teil des Workshops anhand von Kurzstatements und zentralen Fragen der Handlungsbedarf, Barrieren und Ressourcen für die Inanspruchnahme von Impfungen, erfolgversprechende Zugangs- bzw. Kommunikationswege zu den Zielgruppen sowie Ansatzpunkte für weitere Maßnahmen erörtert (siehe Anhang 2). Im Nachgang an die Veranstaltung wurden die Ergebnisse des Workshops im Fachgebiet diskutiert. Die Ergebnisse des Workshops bildeten zusammen mit den Recherchen sowie den Expertengesprächen die Grundlage für die weitere Projektgestaltung. Sie wurden im Epidemiologischen Bulletin 48/2011 veröffentlicht.

5.3. Fokusgruppen

Basierend auf den bereits erzielten Projektergebnissen wurden mittels qualitativer Erhebungen mögliche Barrieren und Ressourcen für die Inanspruchnahme von Impfungen in der Zielgruppe der Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund erhoben. Quantitative Erhebungen zu diesem Thema lieferten zum Teil uneinheitliche Ergebnisse zur Inanspruchnahme von Impfungen und nur bedingt Informationen zu Wissen, Einstellung und Verhalten. Daher wurde die qualitative Methode einer Fokusgruppenbefragung gewählt, um einen vertiefenden Einblick bei der untersuchten Zielgruppe zu bekommen. Moderierte Fokusgruppendifkussionen anhand eines Leitfadens werden als Standardinstrument in der qualitativen Sozialforschung eingesetzt und eignen sich besonders für frühe Entwicklungsstadien von Studien, in denen Ideen entwickelt, Konzepte erstellt und Einstellungen erfragt werden sollen (5, 6, 7).

Ziel der Fokusgruppen

Ziel der Fokusgruppen mit Jugendlichen, Müttern und Ärzten war die Ermittlung möglicher Barrieren und Ressourcen für die Inanspruchnahme von Impf- und Informationsangeboten sowie von Einstellungen, Wissen und Verhalten in Bezug auf Impfungen.

Fragestellungen

Aus der Perspektive der verschiedenen Fokusgruppen sollten in den Gesprächen Erkenntnisse zu folgenden Fragestellungen gewonnen werden:

- Wie verlaufen Entscheidungsprozesse bezüglich Impfungen bei Jugendlichen?
- Wer sind mögliche Ansprechpartner/ Ratgeber?
- Welchen Wissensstand zu Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen im Jugendalter (z.B. HPV-Impfung, Jugenduntersuchung J1, etc.) haben die befragten Jugendlichen und Mütter?
- Welche Barrieren und Ressourcen bestehen in Bezug auf die Inanspruchnahme von Impfungen bei Jugendlichen, insbesondere bei Jugendlichen mit Migrationshintergrund? Welche kritischen Phasen bezüglich eines vollständigen bzw. eines weniger vollständigen Impfstatus‘ zeigen sich entlang des Entwicklungsverlaufs der Jugendlichen?
- Welche Ansatzpunkte ergeben sich für Maßnahmen zur Erhöhung der Teilnahme an Impfungen bei Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund?

- Welche Möglichkeiten bzw. Notwendigkeiten zur kultursensiblen Ansprache speziell von Jugendlichen und Eltern mit Migrationshintergrund zeigen sich in den verschiedenen Untergruppen mit Migrationshintergrund?

Organisation und Durchführung

Die Gestaltung der Fokusgruppen erfolgte unter fachlicher Beratung durch Dr. Hella von Unger (Wissenschaftszentrum Berlin, Forschungsgruppe Public Health), die über eine breite Expertise in der Nutzung von kultursensiblen Fokusgruppen im infektiologischen Forschungskontext verfügt (8). Für die Organisation, Durchführung und Auswertung der Fokusgruppen wurde nach erfolgter Ausschreibung des Teilprojektes die Firma GIM (Gesellschaft für innovative Marktforschung mbH) beauftragt, deren Forschungsschwerpunkte in Berlin insbesondere Zielgruppen mit Migrationshintergrund sowie Jugendliche bilden. Darüber hinaus weist GIM umfangreiche Expertise auf dem Gebiet der Gesundheitsversorgung auf. Die Planung der Fokusgruppen sowie die Vorbereitung der Fragebögen zur Auswahl der Fokusgruppenteilnehmer und der drei Diskussionsleitfäden erfolgten in enger Abstimmung mit den Projektverantwortlichen im Fachgebiet 33.

Zeitraum und Ort der Durchführung

Die Fokusgruppengespräche wurden im Zeitraum vom 23. bis 29.03.2011 in Berlin und Heidelberg (Großraum Mannheim/Ludwigshafen/Heidelberg) realisiert. Die Durchführung erfolgte in professionellen Teststudios. Dadurch bestand für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Robert Koch-Instituts die Möglichkeit, an den Fokusgruppen beobachtend teilzunehmen.

Stichprobenezusammensetzung und -gewinnung

Die Stichprobenziehung bei Jugendlichen und Müttern wurde im Sinne einer absichtsvollen Stichprobenziehung in Form eines qualitativen Stichprobenplans (9) realisiert. Hauptunterscheidungsmerkmal der Subgruppen war dabei das Vorhandensein und die Ausprägung des Migrationshintergrundes des Teilnehmers/der Teilnehmerin. Der Migrationshintergrund sowie das Vorliegen weiterer vordefinierter Auswahlkriterien wurden durch einen detaillierten Screening-Fragebogen erfasst. Der Migrationshintergrund wurde in dieser Studie als ein mindestens einseitiger Migrationshintergrund definiert, d.h. mindestens ein Elternteil musste in einem der vorher definierten Herkunftsländer geboren und nach Deutschland zugewandert sein. Weitere Kriterien waren das Alter der Kinder/ Jugendlichen (14-16 Jahre), eine Mindestaufenthaltsdauer in Deutschland von 2 Jahren sowie der aktuelle Lebensmittelpunkt in Deutschland (mind. 10 Monate im Jahr). Bei weiteren Kriterien wie z.B. der Hauptsprachverwendung im Alltag und zu Hause, Zuwanderungsjahr der Familie und besuchte Schulform der Jugendlichen wurde eine möglichst gleichmäßige Verteilung angestrebt.

Der Erstkontakt zu potentiellen Teilnehmerinnen und Teilnehmern erfolgte über verschiedene Zugangswege: der Großteil über Aushänge in Kultur-, Freizeit- und Beratungseinrichtungen sowie im Schneeballverfahren über das soziale Netzwerk. Anschließend wurde über den Screening-Fragebogen das Vorliegen der Teilnahmebedingungen überprüft. Die teilnehmenden Jugendlichen und Mütter erhielten eine Aufwandsentschädigung von 40 €. Die Ärztinnen und Ärzte wurden über bestehende Datenbanken und Adressbestände kontaktiert und mit 140 € incentiviert.

Anzahl und Zusammensetzung der Fokusgruppen

Insgesamt wurden 11 Fokusgruppen mit Jugendlichen, Müttern von jugendlichen Kindern und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten durchgeführt. Die Auswahl der Teilnehmer mit Migrationshintergrund konzentrierte sich auf die zahlenmäßig bedeutendsten Bevölkerungsgruppen: Jugendliche mit türkischem Migrationshintergrund, Jugendliche mit „russischem“ Migrationshintergrund (Herkunft der Familien aus ehemaligen Teilrepubliken der UdSSR/ GUS-Staaten) sowie Jugendliche, deren Familien aus dem arabischen Raum stammen. Da sich potentielle Spezifika der jeweiligen Subgruppen am besten in möglichst homogenen Gruppen identifizieren lassen, wurden die Fokusgruppen nach dem jeweiligen Migrationshintergrund der Jugendlichen aufgeteilt. Da im Zusammenhang mit Schutzimpfungen auch geschlechtsspezifische Themen eine Rolle spielen können und Jugendliche dieses Alters in getrenntgeschlechtlichen Gruppen

erfahrungsgemäß offener diskutieren, wurden pro Subgruppe jeweils eine Jungen- und eine Mädchengruppe durchgeführt. Um den Einfluss verschiedener Moderatoren möglichst gering zu halten und gleichzeitig sensibel auf geschlechtsspezifische oder tabuisierte Themen eingehen zu können, wurden für die Moderation der Fokusgruppen zwei GIM Studienleiter eingesetzt. Die Fokusgruppen mit Mädchen und Müttern wurden jeweils von einer weiblichen Moderatorin, die Jungengruppen von einem männlichen Moderator geleitet. Insgesamt wurden 8 Fokusgruppen mit jeweils sechs Jugendlichen im Alter von 14-16 Jahren mit und ohne Migrationshintergrund, zwei Fokusgruppen mit jeweils acht Müttern von jugendlichen Kindern mit türkischen und russischem Migrationshintergrund sowie eine Fokusgruppe mit acht niedergelassenen impfenden Ärztinnen und Ärzten der Fachgebiete Kinder- und Jugendmedizin, Allgemeinmedizin und Gynäkologie aus Stadtteilen mit einem hohen Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund durchgeführt (siehe Abbildung).

Die Fokusgruppen dauerten jeweils zwei Stunden. Die Moderation erfolgte auf Basis von drei detaillierten Themenleitfäden, die im Vorfeld von RKI und GIM für die Jugendlichen, Mütter und Ärzte erarbeitet und abgestimmt wurden. Nach Durchführung der ersten Fokusgruppen konnten noch kleinere Anpassungen integriert werden. Die Leitfäden dienten entsprechend einer explorativen, qualitativen Gesprächsführung weniger als feststehender Fragenkatalog denn als flexibel handhabbarer Themenrahmen, der sicherstellt, dass die im Vorfeld hypothesengeleitet erstellten Forschungsfragen in der Diskussion abgebildet werden. Gerade in der Diskussion mit Jugendlichen treten immer auch „unvorhergesehene“ aber wichtige Themenbereiche auf, die in der Diskussion ebenfalls aufgegriffen und erörtert werden konnten.

Dokumentation und Auswertung

Alle Fokusgruppen wurden per Audio und Video aufgezeichnet. Von den Audioaufnahmen wurden schriftliche Transkripte angefertigt, die zur Qualitätskontrolle stichprobenartig überprüft wurden. Auf Basis der Transkripte erfolgte die weitere Auswertung in Form einer qualitativen Inhaltsanalyse (10). Die Inhaltsanalyse und die Erstellung von Themenclustern erfolgten durch beide GIM Studienleiter/ Moderatoren mittels Gruppierung und Strukturierung des Datenmaterials in einem Excel-File.

5.4. Länderabfrage zu Materialien und Maßnahmen der Impfprävention bei Personen mit Migrationshintergrund sowie Unterstützungsbedarf des ÖGD

Durch aktuelle Geschehnisse während der Projektlaufzeit (z.B. Masernausbrüche in Asylbewerberheimen) und zahlreiche Anfragen von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und Gesundheitsämtern zu fremdsprachigen Aufklärungsmaterialien und Impfeinwilligungserklärungen wurde die Notwendigkeit gesehen, die Übersicht zu bestehenden Materialien und Maßnahmen der Impfprävention durch eine Länderabfrage zu ergänzen. Die Ergebnisse sollten der Zielgruppe der impfenden Ärztinnen und Ärzten zugänglich gemacht werden. Außerdem sollte anhand der Bedarfsabfrage ermittelt werden, welche spezifischen Materialien in welchen Sprachen benötigt werden und ob weiterer Unterstützungsbedarf auf dem Gebiet der Impfprävention existiert.

In der Zeit von Oktober bis November 2011 wurde die Erhebung in allen 16 Bundesländern durchgeführt. Die Aussendung der Fragebögen erfolgte über die Arbeitsgemeinschaft Infektionsschutz (AGI). Der Fragebogen war sowohl für die elektronische (via Email) als auch für die schriftliche Beantwortung konzipiert. Non-Responder wurden telefonisch oder per Email erinnert.

Der Erhebungsbogen beinhaltete Fragen zu derzeit verwendeten fremdsprachigen Aufklärungs- und Einwilligungsmaterialien sowie zu Projekten und Interventionen in der Impfprävention auf Länderebene bei Personen mit Migrationshintergrund. Zusätzlich bot der Fragenbogen den Befragten die Möglichkeit,

a) den generellen Unterstützungsbedarf des ÖGD auf dem Gebiet der Impfprävention bei Personen mit Migrationshintergrund auf lokaler Ebene,

- b) den jeweilig lokalen Bedarf an einheitlichen fremdsprachigen Aufklärungs- und Einwilligungsmaterialien sowie
- c) die Präferenz für relevante Fremdsprachen der zukünftigen Materialien mitzuteilen (siehe Anhang 3).

5.5. Materialienerstellung und Webmodul

Basierend auf den Projekterkenntnissen und der Länderbefragung wurde ein Konzept für ein Webmodul für die Internetseiten des RKI zum Thema " Migration und Impfen" entwickelt und verschiedene Materialien zum Download und zur Verschickung für die Fachöffentlichkeit erstellt. Ziel des Webmoduls und der verfügbar gemachten Materialien ist die Unterstützung der Zielgruppe ÖGD und der impfenden Ärztinnen und Ärzte (siehe Ergebnisse). Die Evaluation des Webmoduls soll durch die kontinuierliche Analyse der Zugriffszahlen erfolgen.

6. Ergebnisse

6.1. Impfstatus

Der Migrationshintergrund wird in Deutschland oft nicht einheitlich erfasst. So hängt die Definition des Migrationsstatus nicht zuletzt auch von der zu Grunde liegenden Hypothese oder Zielstellung der durchzuführenden Erhebung ab. Vergleichbare Erhebungen sind jedoch zur Verbesserung der Datenqualität zur sozialen und gesundheitlichen Lage erforderlich. Um eine Vergleichbarkeit von epidemiologischen Daten, die nach Migrationsstatus differenzieren, zu ermöglichen, wurde ein "Mindestindikatorenansatz zur Erfassung des Migrationsstatus" erstellt. Der Mindestindikatorenansatz empfiehlt zur Erfassung des Migrationsstatus die Merkmale Geburtsland von Vater und Mutter, Einreisejahr, Muttersprache, Deutschkenntnisse sowie den Aufenthaltsstatus zu erheben. Zentraler Indikator zur Identifikation von Migrantinnen und Migranten ist das Geburtsland der Eltern (11, 12).

Aktuell erfolgt die Erfassung des Migrationsstatus im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung z.B. auch im Rahmen des Integrationsmonitorings der Länder bisher nicht bundeseinheitlich. Um die Erhebung des Migrationsstatus in Schuleingangsuntersuchungen zu vereinheitlichen, wurde daher eine Unterarbeitsgruppe der AOLG gegründet (13).

Insgesamt sind bundesweite Daten zum Impfstatus bei Kindern mit Migrationshintergrund nur begrenzt verfügbar. Wichtigste Quelle für jährliche Impfquoten bei Kindern mit Migrationshintergrund sind vertiefte Auswertungen der Schuleingangsuntersuchungen (SEU) der Kommunen. Nicht in allen Regionen wird allerdings der Migrationshintergrund mit ausgewertet. Aussagen zum Impfstatus in den höheren Altersgruppen stratifiziert nach dem Migrationsstatus erfolgen nur durch exemplarische Einzelauswertungen und Studien sowie durch regelmäßige Telefonsurveys des RKI.

Aus den vorliegenden Impfdaten auf kommunaler und Länderebene sowie den Gesprächen mit Expertinnen und Experten wurde ersichtlich, dass Kinder mit Migrationshintergrund zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung nicht deutlich schlechter geimpft sind als Kinder ohne Migrationshintergrund, sondern teilweise sogar besser. Defizite in den Impfquoten bestehen dagegen generell bei älteren Kindern bzw. Jugendlichen. Die Daten der KiGGS-Studie zeigten Impflücken in dieser Altersgruppe, aber auch bei nach der Geburt zugewanderten Kindern und Jugendlichen. Publierte Daten von Schuleingangsuntersuchungen deutscher Großstädte stärken ebenfalls die Hypothese, dass Kinder mit Migrationshintergrund generell nicht schlechter geimpft sind als Kinder ohne Migrationshintergrund (vgl. Daten der Schuleingangsuntersuchungen Berlin, Köln, Stuttgart (14-16). Für Jugendliche liegen neben den KiGGS-Daten keine bundesweiten Daten zu Impfquoten vor, da in dieser Altersgruppe keine generelle Überprüfung des Impfstatus, wie z.B. im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung, mehr stattfindet. Regionale Erhebungen aus dem Bezirk Berlin - Mitte weisen deutliche Impflücken bei Jugendlichen mit Migrationshintergrund auf (17, 18). Daten der Stadt Essen zeigen, dass Jugendliche mit und ohne Migrationshintergrund in den Schulen durch den ÖGD gut erreicht und durch gezielte Interventionen die Impfquoten in dieser Altersgruppe gesteigert werden können (19).

6.2. Expertenworkshop "Impfprävention bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund"

Am 25. November 2010 wurde am Robert Koch-Institut der Expertenworkshop „Impfprävention bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund“ durchgeführt. Es wurden Beiträge zur aktuellen Datenlage sowie zu Initiativen, die das Thema Impfprävention bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund berücksichtigen, vorgestellt. In einer moderierten Diskussion wurden anhand von Kurzstatements und zentralen Fragen der Handlungsbedarf, Barrieren und Ressourcen für die Inanspruchnahme von Impfungen, erfolgversprechende Zugangs- bzw. Kommunikationswege zu den Zielgruppen sowie Ansatzpunkte für weitere Maßnahmen erörtert.

Von den Expertinnen und Experten wurde in der Diskussion Handlungsbedarf hinsichtlich der Impfquoten vor allem bei Jugendlichen mit aber auch ohne Migrationshintergrund, bei neu zugewanderten Kindern und Jugendlichen sowie bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund, die in den Ferien in ihre Herkunftsländer reisen (Reiseimpfungen) gesehen. Die Inanspruchnahme der Jugendgesundheitsuntersuchung (J1), die mit einer verbesserten Durchimpfung in Zusammenhang steht, ist bundesweit bei allen Jugendlichen zu niedrig (37,9% in KiGGS) und ist insbesondere bei Jugendlichen mit Migrationshintergrund gering. Die auf dem Workshop vorgestellten lokalen Praxisprojekte bieten gute Beispiele zum Abbau von Barrieren bei der Inanspruchnahme von Impfungen und zeigen Zugangswege auf, mit denen schwer zu erreichende Zielgruppen für Maßnahmen der Impfprävention besser erreicht werden können. So bietet das MiMi-Gesundheitsprojekt (Mit Migrantinnen für Migrantinnen) die Möglichkeit, vor allem das Impftema in der Zielgruppe der erwachsenen Migrantinnen und Migrantinnen zu stärken. Die Erreichbarkeit von jugendlichen Migrantinnen konnten Projekte der ÄGGF (Ärztliche Gesellschaft zur Gesundheitsförderung der Frau e.V.) wie die Mädchensprechstunde an Schulen oder das Migrantinnen-Mütterprojekt demonstrieren. Jungen werden durch diese Projekte allerdings nur indirekt angesprochen. Als Barrieren für die geringe Inanspruchnahme wurde für Familien mit Migrationshintergrund eher Informationsbedarf sowie „Nicht-Wissen“ als eine impfkritische Haltung diskutiert. Bei Aufklärungs- und Informationsmaterialien wurden pharmunabhängige Materialien befürwortet, die klar strukturiert und leicht verständlich sein sollten. Diese Materialien und Informationen sollten in verschiedenen Sprachen bzw. zwei- oder mehrsprachig verfügbar sein. Bei der Ausgestaltung der Interventionen sollte die Heterogenität der Zielgruppe berücksichtigt und ihre Ressourcen mit einbezogen werden.

Insgesamt bot der Workshop die Gelegenheit zu einem intensiven Erfahrungsaustausch auf dem Gebiet der Impfprävention. Es konnten konkrete Problemstellungen und Lösungsansätze diskutiert werden. Zugleich hat der Workshop zu einer Stärkung der interdisziplinären Vernetzung beigetragen. Die Workshop-Ergebnisse flossen in die Konzeption der Fokusgruppen ein und boten eine wesentliche Grundlage für die weitere Projektgestaltung.

6.3. Fokusgruppen

Eine erste Präsentation und Diskussion der Ergebnisse erfolgte durch die Firma GIM am 6. Mai 2011 im Fachgebiet Impfprävention des RKI.

Die Ergebnisse der qualitativen Studie zeigen, dass Impfungen und Prävention im Gesundheitskonzept der **Jugendlichen** nur eine nachrangige Rolle spielen. Krankheitsprävention dient v.a. der Aufrechterhaltung der eigenen Leistungsfähigkeit durch positive Verhaltensregeln (Sport, gesunde Ernährung, Vermeidung von Erkältungen durch angemessene Kleidung). Die meisten Krankheitsthemen wirken auf die Jugendlichen eher abstrakt als bedrohlich. Das Gefühl einer eigenen Gefährdung ist abhängig von vergangenen Krankheitserfahrungen und bereits etabliertem Wissen über Erkrankungen und Krankheitsrisiken. Vorherrschend ist bei den Jugendlichen der Glaube an die eigene Gesundheit/Unverwundbarkeit. Gesundheitsthemen werden durch Eltern/Großeltern oder Lehrer angesprochen, eine aktive eigenständige Informationssuche findet kaum statt. Auch in der Peer Group werden Gesundheitsthemen kaum diskutiert. Jungen befürchten bei Diskussionen mit Altersgenossen sich eine Blöße zu geben, während Mädchen sich mit ihren Freundinnen über sensible Themen austauschen, die sie mit ihren Müttern nicht bereden möchten.

Aktiv suchen die Jugendlichen meist nur für Schulprojekte nach Informationen. Wenn eigene gesundheitliche Fragen auftauchen, sind v.a. die Eltern, das familiäre Netzwerk und das Internet relevante Informationsquellen. In den meisten Familien fungieren die Mütter klar als Hauptverantwortliche für Gesundheitsfragen. In den Familien mit Migrationshintergrund spielt das familiäre Netzwerk häufig noch eine wichtigere Rolle.

Kinder- und Jugendärzte sind ein etablierter Zugangsweg zu Impfungen. Der Übergang zum „Erwachsenenarzt“ (Hausarzt) sowie die zunehmende Akut-Orientierung der Arztbesuche können daher einen Bruch bei der Inanspruchnahme von Impfungen und Präventionsangeboten darstellen. Bei Mädchen kann der Besuch beim Gynäkologen dagegen ein „Wiedereinstieg“ für die Auseinandersetzung mit Impfungen (v.a. HPV) sein. Die J1 hat bei den interviewten Jugendlichen dem Begriff nach nur einen geringen Bekanntheitsgrad, obwohl ein Drittel der interviewten Jugendlichen zu diesem Zeitpunkt untersucht wurde.

Mit dem Thema Impfungen und anderen Formen der ärztlichen Prävention, mit der Ausnahme der HPV-Impfung und -Prävention bei Mädchen, findet nur eine geringe Auseinandersetzung statt. Impfungen sind ein ambivalentes, aber tendenziell positiv besetztes Thema für die Jugendlichen. Sie sind aber von nur geringer Relevanz im Alltag und bleiben häufig sehr abstrakt. Die Verantwortung für Impfungen und ihre Inanspruchnahme wird im Alltag meist vollständig an die Eltern/Mutter delegiert. Bei den interviewten Jugendlichen zeigten sich kaum generelle Vorbehalte gegenüber Impfungen. Aktuelle Impfdebatten in den Medien (HPV, Schweinegrippe) können jedoch zur Zurückhaltung in der Inanspruchnahme führen. Geringes Wissen über die Notwendigkeit von Impfungen und Angst vor Nebenwirkungen sind aus Sicht der Jugendlichen hemmende Faktoren für die Inanspruchnahme. Auffallend war der geringe Kenntnisstand über die Funktionsweise von Impfungen und die Notwendigkeit von Auffrischimpfungen. Die interviewten Mädchen und russischen Jungen hatten tendenziell ein besseres Wissen über einzelne Impfungen. Die Impfungen gegen Tetanus, Polio, Masern, Hepatitis B und HPV bei den Mädchen hatten bei den Jugendlichen einen höheren Bekanntheitsgrad als andere Impfungen. Aufgrund der geringen eigenen Auseinandersetzung mit dem Thema wird mehr Information teilweise aber von den Jugendlichen auch nicht für wichtig gehalten. Ein aktives Sich-Informieren findet kaum statt. Das Wissen der Jugendlichen stammt meist von den Eltern, aus den Medien oder von ihrem Arzt. Auch bei der konkreten Impfentscheidung geht die Initiative und Steuerung des Prozesses meist von der Mutter aus. Häufigste externe Anlässe zur Vervollständigung von Impfungen sind Reminder des Arztes und Arztbesuche. Neben der Kontrolle durch die Mütter sind auch die eigene Beschäftigung mit der HPV-Impfung bei Mädchen und akute Erkrankungen im eigenen Umfeld /in den Medien ein typischer Anlass für Impfungen. Auch die regelmäßigen Reisen in die Herkunftsländer werden nicht als Anlass gesehen, sich als Jugendlicher mit Reiseimpfungen auseinanderzusetzen. Der Impfpass hat für die Jugendlichen nur eine geringe Bedeutung. Ähnlich wie bei den Impfungen ist er etwas, um das sich eher die Eltern und der Arzt kümmern.

Im Familienalltag der interviewten türkischen und russischen **Mütter** spielt Impfen als Gesprächsthema eine untergeordnete Rolle, im Vordergrund stehen gesundheitliche Themen wie Ernährung, Bewegung, die Schädlichkeit von Nikotin und Alkohol oder auch akute Krankheiten. Neben der Kommunikation mit Vertrauten und Ärzten werden auch zusätzliche Informationsquellen wie Internet, Zeitschriften, Fernsehen oder Broschüren genutzt. Mütter fühlen sich in der Regel für die Gesundheit ihrer Kinder verantwortlich. Die Übernahme einer Vorbildfunktion gelingt jedoch nicht immer zufriedenstellend. Insbesondere bei älteren Kindern sehen Mütter häufig ihren Einfluss schwinden, da sich die Jugendlichen eher am Verhalten ihrer Peer Group orientieren. Sind noch kleinere Geschwister in der Familie, dann geraten die Älteren manchmal aus dem Blickfeld: „*Bei den Kleinen achtet man noch auf alles, bei den Älteren denkt man eher, da ist ja alles in Ordnung*“. Relevantester Zugangsweg zu Impfungen bei Kindern ist der Arzt (Hausarzt/Kinderarzt)

Bei den Müttern zeigen sich wie bei den Jugendlichen kaum generelle Vorbehalte gegenüber Impfungen. Fest verankert ist die Notwendigkeit der Grundimmunisierung bei kleinen Kindern. Allerdings führen aktuelle Impfdebatten in den Medien aufgrund des Bedürfnisses nach klaren

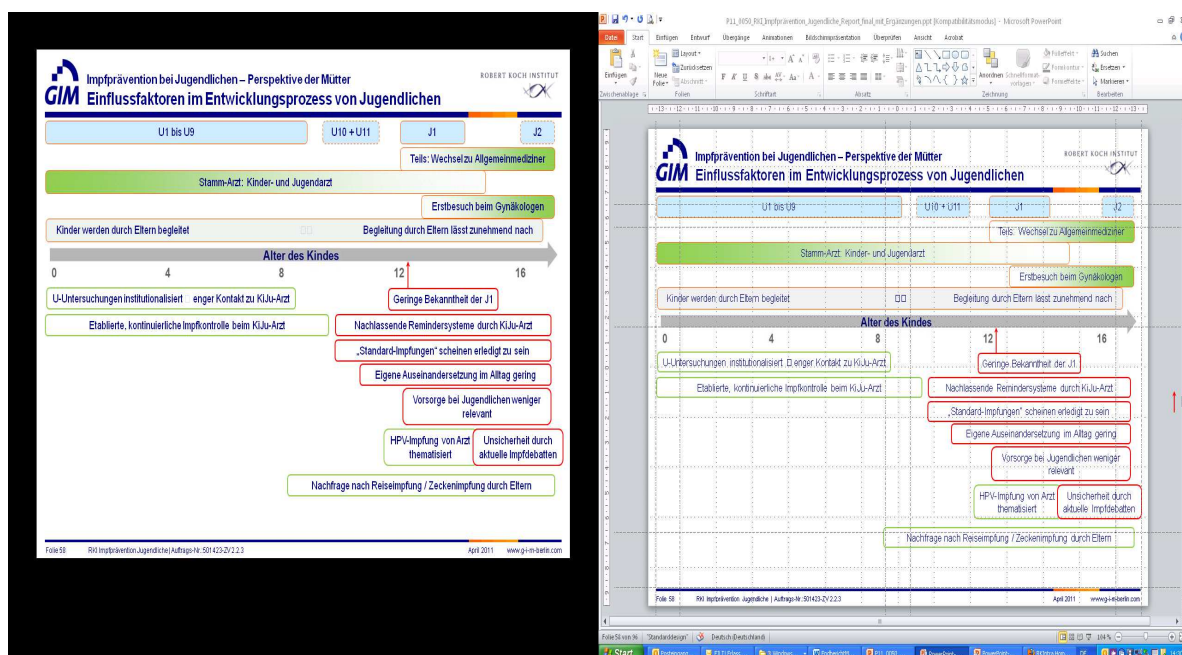
Impfempfehlungen schnell zu Skepsis und Unsicherheit sowie Zurückhaltung bei der Inanspruchnahme. Ein Austausch mit anderen Frauen und die Nutzung von Medien sind für Mütter besonders relevant. Ein stärkerer Austausch mit Ärzten ist zwar gewünscht, findet jedoch von beiden Seiten seltener statt. In der Kernfamilie werden Impft Themen nur bei einem aktuellem Anlass vertieft. Mit zunehmendem Alter der Kinder findet eine aktive Kommunikation mit anderen Müttern ebenso wie die Ansprache durch den Arzt deutlich weniger statt.

Solange der Arzt die Kontrolle übernimmt, haben die interviewten Mütter meist ein allgemeines Gefühl der Sicherheit bzgl. des Impfstatus der Kinder. Mit zunehmendem Alter der Kinder verlieren Vorsorge- und Impftermine sowohl als Besuchsanlass als auch bei der Kommunikation mit dem Arzt an Relevanz. Gleichzeitig erwarten die interviewten Mütter neben Information und Aufklärung klare Empfehlungen und äußern das Bedürfnis nach Entlastung von der Entscheidung für oder gegen eine Impfung. V.a. russischsprachige Mütter sind aufgrund ihrer eigenen Impfhistorie mehr Klarheit gewöhnt.

Mit zunehmendem Alter der Kinder erfolgt insgesamt ein schleichendes ‚Herausfallen‘ aus der Impfroutine. Arztwechsel und zunehmende Selbständigkeit der Kinder gehen einher mit geringer werdender Relevanz von Kontrollen durch Ärzte und Ärztinnen und Mütter. Wechsel vom Pädiater zum Allgemeinmediziner finden häufig ab einem Alter von 11 - 14 Jahren statt. Teenager fühlen sich beim Kinderarzt deplatziert: „denen ist das mit 13 schon peinlich, zum Kinderarzt zu gehen.“

Teilweise herrscht bei den Müttern auch Unkenntnis über die die empfohlenen Auffrischimpfungen für Jugendliche.

Die folgende Abbildung fasst die fördernden (grün) und hemmenden (rot) Faktoren für eine Impfentscheidung bei Kindern und Jugendlichen zusammen:



Die interviewten niedergelassenen **Ärztinnen und Ärzte** orientieren sich an den STIKO-Empfehlungen, geben bspw. bei Reiseimpfungen aber auch individuelle Empfehlungen. Insgesamt sehen sie eine eher passive bis kritische Haltung bezüglich der Impftematik in der Bevölkerung, die ein aktives Handeln des Arztes zur Sicherstellung eines ausreichenden Impfschutzes erfordert. Die Initiative zum Impfen und zur Impfkontrolle geht meist von Arzt aus und erfordert eine aktive Überzeugungs- und Aufklärungsarbeit des Arztes. Eine geringere Impfbereitschaft besteht bei Selbstzahlerleistungen bspw. bei Reiseimpfungen. Arabische und türkische Patienten scheinen hier kostensensibler zu sein als z.B. russische und asiatische Patienten.

Patienten fragen aktiv eher Impfungen nach, die aus Ärztesicht weniger wichtig sind (FSME), dagegen werden wichtige, aber im Bewusstsein kaum verankerte Impfungen eher nachlässig angegangen (Masern, Röteln, Meningokokken). Bei einer Konkretisierung des Gefährdungspotentials erhöht sich

das Interesse an Impfungen drastisch; „*wenn irgendwas passiert, sind die Praxen für 2 Tage voll*“. Die Angst führt aber nur begrenzt zu einem nachhaltig aktiven Impfverhalten.

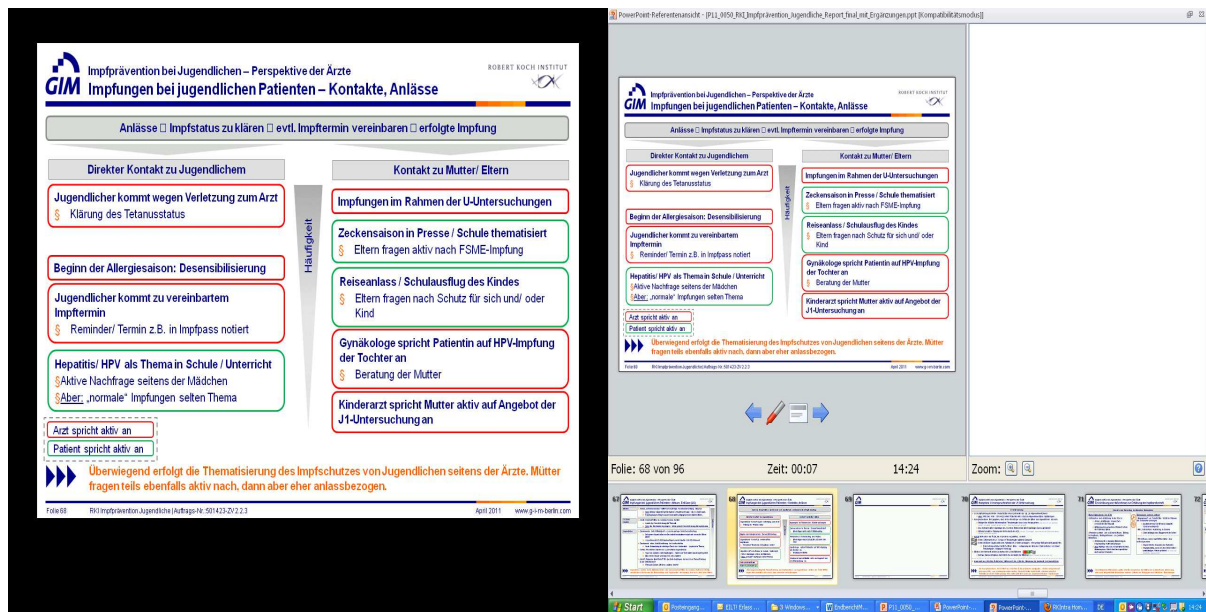
Aus Sicht der Ärzte sind Unterschiede im Gesundheits- und Vorsorgeverhalten bei Patienten mit Migrationshintergrund stark abhängig vom Integrations-Grad (i.S.v. Kenntnis und Teilhabe am Gesundheitssystem). „*Je besser integriert diese Patienten sind, desto mehr ähnelt das Gesundheits- und Impfverhalten (auch in späterem Alter) dem der Deutschen.*“ Unterschiede im Gesundheitsverhalten sind eher mit sozialem Status/Bildungsgrad assoziiert. Sprachkenntnis und Aufenthaltsdauer sind dabei zentrale Faktoren für die „Integration“ in das deutsche Gesundheits- und Vorsorgesystem.

Impfstatus und -dokumentation von Kindern mit Migrationshintergrund sind aus Sicht der interviewten Ärzte tendenziell besser als bei in Deutschland Geborenen. Der Impfstatus der Eltern ist dagegen oftmals schlechter als der ihrer Kinder. Insgesamt besteht bei Patienten mit Migrationshintergrund eine geringere Impfskepsis. Die Impfkontinuität lässt in späterem Kindesalter jedoch teils nach, Impfungen werden dann nur noch bei konkretem Bedrohungsgefühl (Infektionsfall in sozialem Umfeld, Todesfälle in den Medien) nachgefragt. Die Qualität der Impfdokumentation (Existenz eines Impfbuchs, Pflege) scheint eher vom sozialen Status als vom Migrationshintergrund abhängig zu sein. Allerdings fehlen bei russischstämmigen Jugendlichen häufig die Impfausweise bzw. ist die Dokumentation lückenhaft. Nach Einschätzung der Fokusgruppe sind russischstämmige Familien bei späteren (Nach-)Impfungen im Vergleich zu arabischen und türkischen Familien jedoch besser erreichbar.

Ärzte registrieren bei Jugendlichen eine Abnahme der Arztbesuche, bei Migrantenjugendlichen teils sogar einen markanten Bruch im Konsultationsverhalten: „*Erst kommen sie wegen jeder Kleinigkeit und mit 12 sind sie auf einmal weg.*“ Als Grund für dieses veränderte Verhalten werden der Wegfall der Kostenübernahme bei nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten (ab 12 Jahren) sowie Vorbehalte bei muslimischen Mädchen vermutet. Anlässe für Arztbesuche sind zunehmend nur noch akute Erkrankungen.

Vorsorge spielt weder als Anlass noch als Gesprächsthema mit den Jugendlichen selbst eine große Rolle. Vorsorge- und Impfthemen werden nur mit der Mutter besprochen, mit zunehmendem Alter werden die Jugendlichen jedoch nicht mehr von ihren Müttern begleitet. Prägenden und nachhaltigen Einfluss haben aus Sicht der Ärzte v.a. die Eltern bzw. die Mutter. Schulen haben informativen Einfluss, aber wenig Relevanz für das tatsächliche Verhalten der Jugendlichen. Medienberichte oder auch Krankheitsfälle im sozialen Umfeld können zu einer kurzfristigen Sensibilisierung der Jugendlichen beitragen, die Entscheidung und Organisation der Impfung wird aber noch stark den Eltern überlassen.

Die Thematisierung des Impfschutzes von Jugendlichen erfolgt überwiegend durch die Ärzte. Mütter fragen teilweise ebenfalls aktiv nach, dann aber eher anlassbezogen. In der folgenden Graphik sind mögliche Anlässe, bei denen beim Arztkontakt Impfthemen angesprochen werden können, zusammengefasst:



Die Inanspruchnahme der J1 führt aus Sicht der Ärzte zu höheren Impfquoten, ist aber wenig bekannt und muss aktiv vom Arzt angesprochen werden. Die generell impffreudigen Kinderärzte ‚verlieren‘ ihre Patienten im für die Untersuchung relevanten Alter teilweise schon an Allgemeinmediziner und Gynäkologen. Türkische und arabische Mädchen nehmen die J1 nur wenig in Anspruch.

Als erfolgreiche Maßnahmen zur Erhöhung der Impffakzeptanz gelten für die Fokusgruppe ein direktes Ansprechen der Eltern und die systematische Erinnerung, aber auch zielgerichtete Maßnahmen anderer Akteure wie Pädagogen, Schulärzte und öffentlichen Einrichtungen. Herstellerfinanzierte Projekte werden eher kritisch gesehen, die Information durch neutrale Institutionen wird befürwortet: „Eine Impfbroschüre von [Impfstoffherstellername Anm. RKI] hat keine Glaubwürdigkeit, vom RKI aber schon.“

Die Ärzte sehen das RKI als wichtigen Partner bei der Steigerung des Impfbewusstseins in der Bevölkerung. Vorstellbar sind sowohl Hilfe für den Praxisalltag (mehrsprachige Informationen) als auch übergeordnete pharma-unabhängige Kampagnen, die indirekt ebenfalls die Arbeit der Ärzte unterstützen können.

In Bezug auf die Inanspruchnahme von Impfungen bei Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund steuern v.a. die Informations- und Organisationsprozesse in der Familie sowie der Einfluss der impfenden Ärztinnen und Ärzte maßgeblich das Impfverhalten. Geringes Gesundheitsbewusstsein und der geringe Wissensstand der Jugendlichen selbst erklären zusätzlich die essentiell wichtige Rolle, die Eltern sowie Ärzte als Akteure im Impfprozess spielen. Hauptbarrieren für die Inanspruchnahme von Impfungen bei Jugendlichen sind nachlassende Kontrollsysteme und ein fehlendes Bewusstsein für die Relevanz von Impfungen im Jugendalter sowohl bei den Jugendlichen selbst als auch bei den Müttern. Es bestehen aber auch zahlreiche Ressourcen auf Seiten der Mütter mit Migrationshintergrund, v.a. eine grundsätzlich positive Einstellung zu Impfungen. Bei einigen Müttern mit Migrationshintergrund wirken Sprachdefizite als zusätzliche Barrieren, den direkten Kontakt zum Arzt zu suchen. Allerdings werden Sprach- und Informationsdefizite auch häufig durch Rückgriff auf Hilfen in der Familie bzw. im sozialen Netzwerk ausgeglichen. Es besteht insgesamt ein klares Bedürfnis nach mehr praktischer Unterstützung (Reminder, Argumentationshilfen, Information) sowie nach aktiver Initiierung von Impfungen und möglichst eindeutigen Impfeempfehlungen von externen Autoritäten (Arzt, Schule, Ämter).

Insgesamt zeigten sich keine relevanten Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen. Bei Mädchen könnte das Thema HPV als Wiedereinstieg in das Thema Impfen genutzt werden. Allerdings bestehen

in muslimischen Familien teilweise Vorbehalte gegenüber der Impfung. Bei Jugendlichen können migrationsbedingte Faktoren im weitesten Sinne einen zusätzlichen Einfluss auf die Inanspruchnahme von Impfungen haben, scheinen aber zur Erklärung von möglichen Barrieren allein nicht ausreichend zu sein. Zwischen den interviewten Herkunftsgruppen ergaben sich keine relevanten Unterschiede hinsichtlich des Verhaltens und der Einstellungen. In arabischen und türkischen Familien scheint die Tendenz zu bestehen, Jungen früher aus der mütterlichen ‚Impfkontrolle‘ zu entlassen, während in russischsprachigen Familien ein „Sich Verlassen“ auf externe Autoritäten durch die gelernte Impfpraxis in Russland stark ausgeprägt ist. Bei den Zugangswegen zeigten sich innerhalb der interviewten Subgruppen geringfügige Unterschiede. Während bei Jugendlichen mit türkischen oder arabischen Migrationshintergrund migrationspezifische Zugangswege und Materialien nur eine geringe Rolle spielen, nutzen russischstämmige Jugendliche auch russischsprachige Medien für die Informationssuche. Zweisprachige Materialien haben für arabische und russische Mütter eine höhere praktische Relevanz als für die interviewten türkischen Mütter. Während soziale Netzwerke bei türkischen und arabischen Müttern einen hohen Stellenwert haben, spielen russische Ärzte und Ärztinnen bei den russischsprachigen Müttern eine große Rolle. Alle Mütter nutzen muttersprachliche Medienangebote.

Die Ergebnisse der Fokusgruppen sind nicht repräsentativ, sie ergänzen sich jedoch gegenseitig und liefern wichtige Hinweise auf Einstellungen und Verhaltensweisen bei Jugendlichen und Müttern mit Migrationshintergrund sowie bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten.

6.4. Länderabfrage

Aus allen 16 Bundesländern erfolgte eine Rückmeldung. Von den lokalen Gesundheitsämtern wurde eine Vielzahl verschiedener Materialien zur Impfprävention in der Regel anlassbezogen erstellt und übersetzt oder von externen Quellen bezogen (z.B. andere Gesundheitsämter, Deutsches Grünes Kreuz, BZGA).

Die Aktivitäten im Bereich der Impfprävention mit Migrantinnen und Migranten differieren zwischen den Bundesländern stark. Das Spektrum reicht von regelmäßig durchgeführten Aktivitäten im Bereich des lokalen ÖGD/Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD, z.B. Impfsprechstunden für Migrantinnen und Migranten, Impfen von nicht krankenversicherten Säuglingen im Kontext des Ersthausbesuchs des KJGD, aufsuchende Impfungen in den 8., 9., und 10. Klassen im Rahmen eines Schul-Impfprogramms mit fremdsprachigen Informations-, Impfaufklärungs- und Einwilligungsmaterialien für die Eltern), über anlassbezogene Interventionen im Zusammenhang von lokalen Masernerkrankungshäufungen (z.B. in einer Wohnunterkunft für Asylsuchende oder in Wohngebieten mit einem hohen Anteil verschiedener ethnischer Bevölkerungsgruppen mittels Gesundheitsmobil mit integriertem Impfangebot) bis hin zu keinen speziellen Aktivitäten für Migrantinnen und Migranten.

Von 16 Bundesländern gaben 13 ausdrücklich einen Unterstützungsbedarf hinsichtlich fremdsprachiger Impfaufklärungs- und Einwilligungsmaterialien an. Erkrankungsbezogene, einheitliche und bundesweit erhältliche Materialien wurden als nützliches Instrument zur Arbeitserleichterung der Akteure vor Ort gesehen. Hierbei lag der Fokus weitgehend auf den von der STIKO empfohlenen Impfungen. Als Kernsprachen für die Übersetzung der Materialien wurden hauptsächlich Albanisch, Arabisch, Englisch, Farsi, Französisch, Kroatisch, Kurdisch, Polnisch, Rumänisch, Russisch, Serbisch, Spanisch, Türkisch, Urdu und Vietnamesisch gewünscht.

6.5. Materialienerstellung und Webmodul

Die Erkenntnisse aus den ersten beiden Projektphasen mündeten in der Erstellung und Bereitstellung zusätzlicher Informationsangebote und Unterstützungsmaterialien für die Fachöffentlichkeit (siehe Anhang 4). Es zeigte sich ein hoher Bedarf nach einheitlichen Informationsmaterialien in diversen Fremdsprachen. Die Implementierung eines Webmoduls, das übersetztes Material, Links zu Schlüssel-Akteuren und zusätzliche Informationen zu Migration und Impfprävention beinhaltet, soll dazu

beitragen die Lücke zwischen dem Bedarf und den Ressourcen der Akteure im Kontext der Impfprävention bei Personen mit Migrationshintergrund zu schließen.

Das Webmodul beinhaltet folgende Elemente:

- Hintergrundinformationen zum Thema
- Unterstützungsmaterialien für die Arbeit mit der Zielgruppe Personen mit Migrationshintergrund
- STIKO-Impfkalender in 15 Sprachen auch zum herunterladen
- Poster mit STIKO-Impfkalender und Hinweis auf Übersetzungen für den ÖGD
- Glossar wesentlicher medizinische Begriffe zum Thema Impfen in 15 Sprachen
- Aufklärungsmaterialien mit Einwilligungserklärungen zu den Impfungen gegen Masern, Mumps, Röteln und Varizellen mit hohem Ausbruchspotential in 15 Sprachen
- englische Übersetzung der aktuellen STIKO-Empfehlungen für die internationale Fachöffentlichkeit
- Zusammenstellung bestehender Materialien und Maßnahmen der Impfprävention bei Personen mit Migrationshintergrund
- Zusammenschau weiterführender Links und ausgewählter Literatur zum Thema
- Kontaktmöglichkeit für Feedback und Anregungen über die eigens eingerichtete Emailadresse migra-impfweb@rki.de

Ein Teil der Materialien wurde von erfahrenen Wissenschaftsjournalistinnen erstellt, die Übersetzung der Impfkalender erfolgte durch professionelle Übersetzungsagenturen mit medizinischer Fachexpertise.

Der Aufbau eines Webmoduls zum Thema "Impfprävention und Migration" eröffnet die Möglichkeit, sowohl eine Informationsquelle für Akteure des Arbeitsgebietes aus unterschiedlichen Disziplinen anzubieten, als auch die Transparenz im Arbeitsfeld zu vergrößern und die Vernetzung der Akteure zu fördern. Die Durchführung erfolgte in enger Zusammenarbeit mit dem FG 33 sowie thematisch angrenzenden Fachgebieten.

Struktur des Webmoduls:

Die Seite ist im Webauftritt des Robert Koch-Instituts unter dem Navigationspunkt ‚Impfen‘ als eigener Navigationspunkt ‚Migration und Impfen‘ verankert. Die Struktur des Moduls gliedert sich unter dem Oberthema „Migration und Impfungen“ nach inhaltlichen Schwerpunktthemen in die Unterbereiche:

- Demografie,
- Gesundheit und Migration,
- Impfpräventable Erkrankungen,
- Impfstatus,
- Zugangswege,
- exemplarische Projekte
- Materialien
- Links
- Forschungsprojekt

Die Inhalte des Webmoduls bereiten einzelne Ergebnisse des Forschungsprojektes sowie Erkenntnisse auf, die im Rahmen des Projektes in Form von publizierter und grauer Literatur, Expertenwissen, Veranstaltungen und Materialien zusammengetragen wurden. Die einzelnen thematischen Bausteine

des Webmoduls werden um wichtige Literaturverweise ergänzt. Das Webmodul ist durch Verlinkung eingebunden in andere thematisch verwandte RKI-Seiten, wie z.B. den Seiten der Gesundheitsberichterstattung mit dem Dachthema ‚Migration und Gesundheit‘. Innerhalb der einzelnen Bausteine sowie am Ende des Webmoduls wird auf weitere wichtige nationale und internationale Akteure auf dem Gebiet der Impfprävention bei Personen mit Migrationshintergrund verwiesen.

7. Diskussion der Ergebnisse

7.1 Datenlage

Die Datenlage zum Impfstatus von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund ist insgesamt lückenhaft. Außer den Daten aus der KiGGS-Studie liegen keine aktuellen bundesweiten Impfdaten für diese Zielgruppe vor. Es besteht ein großer Bedarf an migrationssensiblen Daten, insbesondere zum Impfstatus von Jugendlichen, die möglichst nach einem einheitlichen Mindestindikatorensatz erhoben werden sollten (11). Aktuelle migrationssensible Daten zum Impfstatus von 0-17-jährigen Kindern und Jugendlichen werden aus der KiGGS Welle 1 (2009-2012) erwartet. Die vorhandenen Daten lassen den Schluss zu, dass in der Altersgruppe der Jugendlichen mit Migrationshintergrund die größten Impflücken vorhanden sind. Impfdefizite bestehen in dieser Altersgruppe aber auch bei Jugendlichen ohne Migrationshintergrund. Maßnahmen der Impfprävention sollten daher vorrangig auf Jugendliche fokussieren. Kleinräumige Daten zum Impfstatus, die auch den Migrationshintergrund erheben, wären jedoch weiterhin auch für Kinder notwendig. Nur dadurch können mögliche Impfdefizite erkannt und Impflücken geschlossen werden.

7.2 Zugangswege zu Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund

Handlungsbedarf auf dem Gebiet der Impfprävention besteht vor allem bei der Zielgruppe der Jugendlichen unabhängig vom Migrationsstatus, bei neu zugewanderten Kindern und Jugendlichen sowie bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund, die in den Ferien in ihre Herkunftsländer reisen (für reisespezifische Impfungen und andere Prophylaxemaßnahmen).

Für die Zielgruppe der Jugendlichen sind Mütter und Ärzte zentrale Ansprechpartner. Von daher ist es wichtig, Mütter als Gesundheitsverantwortliche der Familien zu sensibilisieren und zu stärken. Ggf. sollten zusätzliche Informationen für die Elterngeneration bereitgestellt werden und bereits bestehende Projekte, die Mütter und Väter ansprechen, ausgebaut werden.

Ärztinnen und Ärzte sollten verstärkt Remindersysteme nutzen, um die Jugendlichen zu anstehenden Impfungen einzuladen. V.a. die Hausärzte sollten sensibilisiert werden, Impftemen auch bei Besuchen aufgrund akuter Beschwerden anzusprechen und das Impfbuch zu kontrollieren. Jeder Arztkontakt sollte genutzt werden, um den Impfstatus zu überprüfen, dies gilt besonders für neu zugewanderte Personen. Gute Anknüpfungspunkte für Impftemen sind bspw. Arztbesuche aufgrund von Verletzungen oder Desensibilisierungen. Bei Mädchen bietet die HPV-Impfung einen guten Anknüpfungspunkt für das Impftema. Eltern mit Migrationshintergrund wünschen sich eindeutige Impfeempfehlungen seitens des Arztes. Ärzte sollten sowohl Eltern als auch Jugendliche verstärkt auf die Inanspruchnahme der J1 ansprechen.

7.3 Lebensweltorientierte Ansätze

Lebensweltorientierte Ansätze (sog. Setting-Ansätze) sind bei Präventionsmaßnahmen in der Regel erfolgversprechender als Interventionen, die sich auf Information, Aufklärung und Beratung beschränken. Ein Vorteil des Setting-Ansatzes ist zudem, dass mit diesem Konzept auch ein diskriminierungsfreier Zugang zu Kindern, Jugendlichen und Familien in schwierigen sozialen Lagen möglich ist. Der Sachverständigenrat empfiehlt ebenfalls eine Priorisierung des Setting-Ansatzes (20). Auch für die Zielgruppe der Jugendlichen wurden Ressourcen und Zugangswege für eine bessere

Inanspruchnahme von Impfungen in Setting bezogenen Ansätzen gesehen, z.B. das Setting Familie für eine gezielte Ansprache von Müttern und Eltern als Gesundheitsmultiplikatoren in der Familie. Schulen oder Sportvereine eignen sich analog zu anderen Präventionsfeldern gut, um Jugendliche zu erreichen. Von den interviewten Expertinnen und Experten wurde angeregt, niedrigschwellige Interventionen (z. B. in Berufskollegs) zu fördern. Für Setting bezogene Ansätze in der Gesundheitsförderung gibt es eine Reihe von erfolgreichen Praxisbeispielen für Jugendliche. Sie zeigen, dass Jugendliche mit diesem Ansatz gut erreichbar sind. Dies sollte auch stärker für die Impfprävention genutzt werden (21, 22, 23).

Für die gezielte Ansprache von Jugendlichen ist es von Vorteil, das Thema Impfprävention mit Gesundheitsthemen zu kombinieren, die in dieser Altersgruppe größere direkte gesundheitliche Relevanz und dadurch ein höheres Aufmerksamkeitspotenzial haben, wie z. B. mögliche gesundheitliche Aspekte von Tattoos oder Piercings.

Barrieren für die Inanspruchnahme von Impfangeboten sind für die Altersgruppe der Jugendlichen u.a. der nachlassende Kontakt zum Kinderarzt/Allgemeinarzt sowie die generell schwierige Erreichbarkeit dieser Zielgruppe für Präventionsthemen. Auch die geringe Inanspruchnahme der J1 zählt dazu. Insbesondere die J1 könnte ein guter Ansatz sein, die Impfquoten zu verbessern.

Eine günstige Gelegenheit für die Überprüfung des Impfstatus und die Schließung von Impflücken bieten Übergänge (beispielsweise Schul- oder Wohnortwechsel). Interventionen bei Jugendlichen sollten zielgruppenspezifisch angepasst und kulturspezifisch gestaltet sein, um eine hohe Akzeptanz zu erreichen. Eine Fachtagung der BZgA zum Thema Migration und Familienplanung kam zu dem Schluss, dass innerhalb der Migrationsgruppen zwischen Milieus und Bildungsstand zu unterscheiden ist. Für Jugendliche, die hier aufgewachsen sind, sind andere Zugangswege erforderlich als für zugewanderte Jugendliche. So wird eingeschätzt, dass in Deutschland aufgewachsene Jugendliche unabhängig von einem möglichen Migrationshintergrund durch die gleichen Zugänge zu erreichen sind. Nichts desto trotz kommt bei niedriger Bildung, schlechten Deutschkenntnissen und einem religiös verwurzeltem Milieu Ärztinnen und Ärzten eine besonders große Bedeutung zu (23). Bei Familien mit beidseitigem Migrationshintergrund können Informationslücken hinsichtlich bestehender Präventionsangebote sowie sprachliche und kulturelle Barrieren hemmende Faktoren für die Inanspruchnahme von Impfungen sein.

Die Notwendigkeit muttersprachlicher Angebote wird von Experten teilweise kontrovers diskutiert, da dadurch Parallelstrukturen geschaffen werden könnten. Eine sprachliche Differenzierung scheint für Jugendliche mit guten Deutschkenntnissen weniger vordringlich. Für Eltern mit unzureichenden Deutschkenntnissen wird jedoch eine sprachliche Anpassung z. B. von eingesetzten Informationsmaterialien als günstig angesehen, möglicherweise könnten auch Gesprächstermine (mit Sprachmittlern) angeboten werden. Bei Familien mit beidseitigem Migrationshintergrund können Informationslücken hinsichtlich bestehender Präventionsangebote sowie sprachliche und kulturelle Barrieren wirksam sein.

Familien mit Migrationshintergrund sollten bei Reisen ins Herkunftsland durch eine gezielte Ansprache über das jeweilige Infektionsrisiko des Landes und die Möglichkeit eines Impfschutzes informiert werden. Dies betrifft insbesondere für Hepatitis A bei entsprechenden Reisezielen (4), aber möglicherweise auch für andere Schutzimpfungen und Präventionsmaßnahmen entsprechend der lokalen Epidemiologie zu. Reisen in Herkunftsländer sind häufiger mit sehr engem Kontakt mit der einheimischen Bevölkerung unter lokalen Bedingungen und über längere Zeiträume verbunden, als dies bei touristischen Reisen in der Regel der Fall ist. Um dieses präventive Ziel zu erreichen, sind regelmäßige Fortbildungen zu reisemedizinischen Aspekten für impfende Ärztinnen und Ärzte und deren Sensibilisierung für das Thema sinnvoll.

Insgesamt sind für die Erreichbarkeit von Menschen mit Migrationshintergrund vielfältige Zugangswege notwendig. Erfolgversprechend sind nachhaltige Kooperationen mit Strukturen und Projekten, in denen Personen mit Migrationshintergrund bereits aktiv eingebunden sind wie bspw. Arztpraxen, Stadtteilangebote oder Migrantenorganisationen (21, 22, 23).

7.4 Informationsangebote für neu Zugewanderte

Besondere Beachtung sollten zugewanderte Kinder und Jugendliche, Asylbewerber und Flüchtlinge erhalten, da deren Impfstatus häufig nicht dem empfohlenen Impfschema der STIKO entspricht. Eine Möglichkeit, Impflücken bei neu zugewanderten Kindern und Jugendlichen zu schließen, ist das aktive Anbieten von Impfungen durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst oder impfende Ärztinnen und Ärzte zeitnah nach der Ankunft in Deutschland. Hilfreich sind dabei Informationen in verschiedenen Sprachen zum deutschen Gesundheits- und Impfsystem für neu Zugewanderte bei Ankunft im Land bzw. für die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte zur Weitergabe an ihre Patienten.

Maßgeblich für die zu verabreichenden Impfungen sind die Empfehlungen der STIKO. Möglicherweise abweichende Impfschemata in den Heimatländern von zugewanderten Personen sollten gemäß dieser Empfehlung komplettiert werden. Nicht dokumentierte Impfungen, z.B. bei fehlendem Impfpass, gelten laut STIKO als nicht durchgeführt und sollten altersgerecht nachgeholt werden. Bei ungeimpften Jugendlichen und Erwachsenen stehen nicht für jede Altersgruppe Impfstoffe zur Grundimmunisierung für nachzuholende Impfungen zur Verfügung. Hierzu sollten die Ausführungen der STIKO zu Nachholimpfungen beachtet werden (25).

Frauen und Müttern kommt dabei als Mittlerinnen für Gesundheitsthemen eine besondere Rolle zu. Sprach- und Integrationskurse sind möglicherweise auch geeignete Orte, um zu Gesundheitsthemen, dem deutschen Gesundheitssystem sowie dem Angebot von Präventionsmaßnahmen zu informieren.

Weitere Orte, an denen neu Zugewanderte neben anderen Gesundheitsthemen für das Thema Impfprävention informiert und sensibilisiert werden können, sind beispielsweise Jugendmigrationsdienste, Migrationserstberatungen sowie Migrantenorganisationen und Wohlfahrtsverbände.

7.5. Fazit

Aus dem Forschungsprojekt können folgende allgemeinen Schlussfolgerungen gezogen werden

1. Zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchungen ist der Impfstatus von Kindern mit Migrationshintergrund nicht schlechter als der der deutschen Kinder. Häufig sind diese Kinder sogar besser geimpft.
2. In Deutschland geborene Kinder mit Migrationshintergrund werden durch die Kinderärzte und die etablierten Vorsorgeuntersuchung in der Regel gut erreicht.
3. Handlungsbedarf besteht bei Jugendlichen unabhängig vom Migrationshintergrund sowie bei neu zugewanderten Kindern und Jugendlichen.
4. Zur Evaluation der Impfazeptanz sollte bei Impfstatuserfassungen generell der Migrationshintergrund erfasst werden.
5. Dringend benötigt werden Daten zum Impfstatus von Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund.
6. In Deutschland aufgewachsene Jugendliche mit Migrationshintergrund können über die gleichen Zugangswege wie Jugendliche ohne Migrationshintergrund erreicht werden.
7. Es sollten vermehrte Anstrengungen unternommen werden, Jugendliche unabhängig vom Migrationsstatus zur Impfung zu motivieren.
8. Der Dialog zwischen Müttern – als Gesundheitsverantwortliche in den Familien - und impfenden Ärztinnen und Ärzten sollte gestärkt werden.
9. Der niedergelassene Kinderarzt/Allgemeinmediziner spielt eine zentrale Rolle in der Impfprävention auch bei Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund.
10. Kultursensible, herstellerunabhängige unterstützende Maßnahmen und Materialien für die Arzt-Patientenkommunikation bei Jugendlichen und deren Eltern sind sinnvoll.
11. Lebensweltorientierte Präventionsansätze sind auch in der Impfprävention ein erfolgversprechender Ansatz, um mögliche Barrieren abzubauen und vorhandene Ressourcen zu aktivieren.
12. In der Kommunikation mit der Elterngeneration können kultursensible Ansätze die Impfmotivation verbessern. Hierzu gehören z.B. die Umgehung von Sprachbarrieren im Arzt-

Patienten-Kontakt und bei Informationsmaterialien, die Nutzung von bestehenden Informationsstrukturen in den jeweiligen Migrantengruppen (z.B. soziale Netzwerke) sowie die Ansprache migrationstypischer Gesundheitsthemen wie z.B. Hepatitis A-Impfung bei Reisen ins Herkunftsland.

13. Der Impfstatus neu Zugewanderter sollte schnellstmöglich überprüft, Impflücken sollten gemäß STIKO-Empfehlungen geschlossen werden.
14. Der ÖGD könnte durch seine sozialkompensatorischen Zugangswege Impflücken bei Jugendlichen schließen.
15. Infektionsepidemiologische Forschung zum Thema Migration und Gesundheit sollte ausgebaut werden.

8. Gender Mainstream Aspekte

Die Durchführung des Projektes erfolgte generell nach den Aspekten des Gender Mainstreamings. Dies äußert sich z.B. bei der konkreten Ausgestaltung der Fokusgruppen. Die Fokusgruppen mit den Jugendlichen wurden nach Geschlecht getrennt jeweils mit Mädchen und Jungen realisiert. Somit bestand die Möglichkeit, einzelne Fragestellungen geschlechtssensibel zu behandeln und geschlechtsspezifischen Barrieren bzgl. Impfungen und anderen gesundheitlichen Themen, die für die gezielte Ansprache dienen könnten, zu identifizieren. Die Fokusgruppen mit Mädchen und Müttern wurden jeweils von einer weiblichen Moderatorin, die Jungengruppen von einem männlichen Moderator geleitet. Die Fokusgruppe der impfenden Niedergelassenen wurde aus impfenden Ärztinnen und Ärzten zusammengesetzt. Bei der Auswertung der vorhandenen Impfdaten wurde darauf geachtet, ob Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen bestehen.

9. Gesamtbeurteilung

Im Rahmen des Forschungsprojektes wurde der Handlungsbedarf weiter konkretisiert sowie verschiedene Ansatzpunkte für die Verankerung von Themen der Impfprävention in der Zielgruppe von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund aufgezeigt. Unterstützungsmaterialien für impfende niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie den ÖGD wurden erarbeitet und zentral zur Verfügung gestellt. Das Angebot fremdsprachiger Impfkalender wurde um zusätzliche fremdsprachige Materialien erweitert, die bereits im Rahmen von Ausbrüchen Verwendung finden konnten. Die Ermittlung möglicher Barrieren und Ressourcen für die Inanspruchnahme von Impfungen bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund wurde in den ersten Projektphasen durch die durchgeführten Expertengespräche sowie den Expertenworkshop identifiziert. Im Rahmen der Fokusgruppen wurden Ressourcen und Barrieren für die Inanspruchnahme bei Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund vertiefend analysiert. Es zeigte sich, dass impfpräventive Interventionen, die sich primär an Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund richten möglicherweise stigmatisierend empfunden werden könnten. Es wurde daher entschieden nach der explorativen Phase die zeitlichen und finanziellen Ressourcen für die Gestaltung von Unterstützungsmaterialien für Impfbereite sowie die entsprechende Vernetzung zu verwenden. Ein Fokus lag dabei auf Unterstützung der interkulturellen Öffnung seitens der Akteure des öffentlichen Gesundheitsdienstes.

10. Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse

Bereits erfolgte Vorstellung von Teilergebnissen

Zwischenergebnisse des Projektes wurden auf der 2. Nationalen Impfkonzferenz 2011 in Stuttgart präsentiert.

Institutsintern wurden die Ergebnisse der Fokusgruppe durch G.I.M. im Fachgebiet 33 und der institutsinterner Arbeitsgruppe "AG Migranten" vorgestellt.

Die Ergebnisse des Expertenworkshops wurden im Epidemiologischen Bulletin 48/2011 des RKI veröffentlicht.

Im Rahmen der Europäischen Impfwoche 2012 wurden die fremdsprachigen Impfkalender auf den Internetseiten des RKI veröffentlicht. Dies wurde auch in einer Pressemitteilung des RKI vom 19.4.2012 angekündigt. Im Epidemiologischen Bulletin 16/2012 wurde auf die Materialien hingewiesen.

http://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Empfehlungen/Impfempfehlungen_node.html

700 Exemplare des Posters mit dem deutschsprachigen Impfkalender wurden den Tagungsunterlagen des 62. Wissenschaftlichen Kongresses des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, der vom 10.-12.5.2012 in Erfurt stattfand beigelegt.

Allgemeine Hintergrundinformationen zum Projekt und weitere Materialien sind auf den Internetseiten des RKI seit dem 30.7.2012. Am 31.8.2012 wurde ein Link zu den Materialien auch im Internetforum der Kinderärzte ‚Paedinform‘ eingestellt.

Geplante Veröffentlichungen und Vorstellungen

Kurzzusammenfassungen der Projektergebnisse und Hinweise auf die erstellten Materialien sollen im Infodienst Migration und öffentliche Gesundheit der BZgA in der Ausgabe 4/2012, veröffentlicht werden.

Am 30.8.2012 werden Ergebnisse des Forschungsprojektes auf einer Fortbildungsveranstaltung der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf von Frau Dr. Reiter präsentiert.

Ein Manuskript mit den Ergebnissen der Fokusgruppen wird aktuell erstellt.

Verfügbarkeit im Internet

Ein wichtiges Ziel des Forschungsprojektes war, die Vernetzung der Akteure auf dem Gebiet der Impfprävention zu fördern und insbesondere die Zielgruppe der impfenden Ärztinnen und Ärzte in der Arbeit mit der Personengruppe mit Migrationshintergrund zu unterstützen.

Die Ergebnisse des Projektes sind auf den Internetseiten des RKI unter dem Webmodul (Punkt Impfen) ‚Migration und Impfen‘ eingepflegt. Hier finden sich auch wichtige Hintergrundinformationen sowie Links und weiterführende Literatur zum Thema. Wesentlicher Bestandteil des Moduls ist die Rubrik "Unterstützungsmaterialien für Ärztinnen und Ärzte", in der konkrete Praxishilfen und Übersichten zum Download bereit stehen.

www.rki.de/migration-und-impfen

11. Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit/Transferpotential)

Am RKI wurde eine Arbeitsgruppe ‚Migration und Gesundheit‘ etabliert, die das Thema abteilungsübergreifend diskutiert. Das im Rahmen des Projektes entstandene Webmodul ‚Migration und Impfen‘ soll kontinuierlich ausgebaut und aktualisiert werden, ebenso die erstellten Materialien für die niedergelassenen Ärzte und den ÖGD. Die Erkenntnisse und Schlussfolgerungen aus dem Forschungsprojekt können für weiterführende Forschungsprojekte und lokale und bundesweite Impfprojekte genutzt werden.

12. Publikationsverzeichnis

Auf der 2. Nationalen Impfkonzferenz am 8./9.02.2011 in Stuttgart wurden die Ergebnisse des Expertenworkshops in Form eines Posters „Expertenworkshop – Impfprävention bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund“ vorgestellt (siehe Anhang 5)

Atzpodien K, Seidel J (2011) Bericht zum Expertenworkshop: Impfprävention bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund, Epidemiologisches Bulletin 48: 435-438 (siehe Anhang 6)

Robert Koch-Institut. Webmodul „Migration und Impfen“. Online verfügbar unter: www.rki.de/migration-und-impfen

13. Literatur

1. Statistisches Bundesamt 2011: Aktueller Mikrozensus 2010 (Statistisches Bundesamt, Fachserie 1, Reihe 2.2, Migration in Deutschland 2010)
2. RKI (2008) Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003-2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Robert Koch-Institut, Berlin
3. Takla A, Barth A, Stöcker P, Siedler A, Dudareva S, Paeth K, Jessen S, Wichmann O, Deleré Y (2011) Evaluation of Two Containment Strategies During a Measles Outbreak in an Asylum Seeker Shelter – Neumünster, Germany, 2010. Poster Annual EIS Conference 11.-15. April 2011, Atlanta
4. Faber MS, Stark K, Behnke SC, Schreier E, Frank C (2009). Epidemiology of hepatitis A virus infections, Germany, 2007-2008. *Emerg Infect Dis.* 15(11):1760-1768.
5. Krueger RA, Casey MA (2009). Focus groups. A Practical Guide for Applied Research. Sage, Los Angeles
6. Barbour RS (2005). Making sense of focus groups. *Medical Education* 39: 742–750
7. Meilicke G, Weißenborn A, Biederbick W, Bartels C (2008). Mit Wasser und Seife gegen die Grippe. Das Händewaschen als Infektionsschutz-Empfehlung für die Bevölkerung – 7 Hypothesen aus einer qualitativen Studie zu Hygiene, Grippe und Pandemie. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 1273–1279
8. Unger H. von, Klumb S., Gangarova T, Wright MT. (2011). Herausforderungen der HIV-Prävention für Migranten. Ergebnisse einer Befragung der Aidshilfen. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 6 (1), 19-26.
9. Schreier, M. (2007). Qualitative Stichprobenkonzepte. In G. Naderer & E. Balzer (Eds.), *Qualitative Marktforschung in Theorie und Praxis* (pp. 232-245). Wiesbaden: Betriebswirtschaftlicher Verlag Dr. Th. Gabler
10. Mayring Ph. (2003). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (8. Aufl.). Weinheim: Beltz UTB.
11. Schenk L., Bau AM, Borde T, Butler J, Lampert T, Neuhauser H, Razum O, Weilandt C: Mindestindikatorenansatz zur Erfassung des Migrationsstatus. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 2006; 49(9): 853–860
12. Schenk L, Ellert U, Neuhauser H: Kinder- und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Methodische Aspekte im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 2007; 50 (5/6): 590–599

13. Oberwöhrmann S (2012). Modellprojekt der AOLG zur Erfassung des Migrationshintergrundes bei den Einschulungsuntersuchungen Gesundheitswesen 2012; 74 - V34 62. Wissenschaftlicher Kongress der - Bundesverbände der Ärzte und Zahnärzte - des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, Erfurt, 10.-12. Mai 2012, DOI: 10.1055/s-0032-1307298
14. Oberwöhrmann S, Bettge S (2007) Basisdaten zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Kindern in Berlin. Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, Referat II A Berlin. <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/gesundheit/spezial.html#SB2008>
15. Kindergesundheit im Vorschulalter Gesundheitsbericht 2009 - Analyse der Schuleingangsuntersuchungen 2004 – 2007, Gesundheitsamt Köln 2009. <http://www.stadt-koeln.de/mediaasset/content/pdf53/1-1.pdf>
16. Kindergesundheitsbericht Stuttgart 2008, Landeshauptstadt Stuttgart Ref. f. Soziales, Jugend und Gesundheit, Gesundheitsamt Stuttgart 2008.
17. Butler J (2009) Impflücken bei jugendlichen Migranten und Migrantinnen. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) Migration und Gesundheitsförderung. Gesundheitsförderung konkret Band 12, Köln, 135-143
18. Bezirksamt Mitte von Berlin: Migration und Gesundheit im Bezirk Berlin Mitte. Gesundheitliche und soziale Lage der Bevölkerung unter Berücksichtigung des Migrationshintergrundes. Beiträge zur GBE, 2011, Band 17: 100–105 http://www.berlin.de/imperia/md/content/bamitte/publikationen/ges/migrationsbericht_berlin_mitte2.pdf
19. Roggendorf H, Freynick P, Hofmann F (2011) Erfolgreiche Strategie zur Verbesserung der Impfraten bei Jugendlichen. Gesundheitswesen. 73(8/09): 499-503
20. SVR (2009). Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Baden-Baden: Nomos
21. Bals T, Hanses A, Melzer W (Hrsg.) (2008). Gesundheitsförderung in pädagogischen Settings. Ein Überblick über Präventionsansätze in zielgruppenorientierten Lebenswelten (Dresdner Studien, hrsg. von der Fakultät Erziehungswissenschaften der TU Dresden.
22. Arnold N, Maier W (Hrsg.) (2010). Lebenswelten Jugendlicher mit Migrationshintergrund. Herausforderungen und Perspektiven. Konrad-Adenauer-Stiftung e.V., Sankt Augustin/Berlin
23. BZgA (2012). Familienplanung und Migration. Dokumentation der Wissenschaftlichen Abschlussagung am 26./27, Oktober 2010 in Berlin. Köln
24. BZgA (2009). Migration und Gesundheitsförderung – Ergebnisse einer Tagung mit Expertinnen und Experten. Gesundheitsförderung konkret, Band 12. Köln
25. Mitteilung der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut (RKI) Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut/Stand: Juli 2012. Epidemiologisches Bulletin 30/2012

14. Anhänge

1. Übersicht Expertengespräche
2. Tagungsprogramm Expertenworkshop
3. Fragebogen zur Länderabfrage
4. Übersicht der erstellten Materialien
5. Poster 2. Nationale Impfkonzferenz, Stuttgart
6. Workshop-Bericht im Epidemiologisches Bulletin 48/2011