

# Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland

## Methodische Aspekte im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS)

**E**in bedeutender Teil der Kinder und Jugendlichen in Deutschland wächst in Migrantenfamilien auf. Migration prägt in spezifischer Art und Weise ihre Lebenswelt, ob selbst zugewandert oder in nachfolgenden Generationen geboren. Die Auswanderung ist selten ein individuell gefasster Entschluss. Vielmehr ist sie ein Familienprojekt, d. h. ein kollektiver Lebensentwurf, der die Gesamtfamilie und auch zukünftige Generationen einschließt. Aber nicht nur die Erwartungen, die Eltern an die Zukunft ihrer Kinder richten, lassen die Migration zu einem generationenübergreifenden Prozess werden. In Deutschland wird mittlerweile eine Verschiebung der Bildungsbenachteiligung von der Arbeitertochter zum Migrantensohn aus bildungsschwachen Familien konstatiert [1]. Während in den 1960er-Jahren die Zugehörigkeit zum weiblichen Geschlecht und zum Arbeiterstand mit der geringsten Chance auf einen hohen Bildungsabschluss assoziiert war, bestimmt heute die ethnische Zugehörigkeit als eine „neue“ Dimension die Chancenstruktur im Bildungssystem. Eine ungesicherte aufenthaltsrechtliche Perspektive, Segregations- und Ethnisierungstendenzen sowie eine soziale und schulische Benachteiligung sind weitere Bedingungen im Zuwanderungsland, die die Lebenssituation der Nachfolgegenera-

tionen anders als die der Kinder und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund beeinflussen können. Damit besitzen Migranten schlechtere Startchancen für ihr berufliches, soziales und möglicherweise auch für ein gesundes Leben. Im Vergleich zur Erwachsenengeneration stellt der Migrationsprozess zudem besondere Anforderungen an die Kinder und Jugendlichen. Im Zuge rascherer Anpassungsleistungen wie Spracherwerb und Aufbau sozialer Kontakte übernehmen Migrantenkinder oftmals die Rolle als Vermittler zwischen Eltern und Aufnahmegesellschaft und somit bereits im Kindesalter Erwachsenenfunktionen. Insbesondere Jugendliche erfahren unter Umständen eine Diskrepanz zwischen der tradierten Denkweise der Familie und den Normen und Werten der Zuwanderungsgesellschaft und erleben sich auf eine sehr widersprüchliche Weise als Wanderer zwischen verschiedenen kulturellen Welten.

Ob und welche gesundheitlichen Konsequenzen diese skizzierten Rahmenbedingungen für Kinder und Jugendliche aus Migrantenfamilien haben, ist bislang nicht zuverlässig geklärt. Trotz ihrer zahlenmäßigen Präsenz ist nur wenig bekannt über ihre gesundheitliche Situation. Daten der amtlichen Statistik, die überwiegend nach dem Merkmal der Staatsangehörigkeit differenzieren, können Migranten-

kinder in einem immer geringeren Maße identifizieren und stellen für diese Gruppe eine wenig aussagekräftige Datenbasis dar. Empirische Studien beschränken sich auf einzelne Migrantengruppen, auf bestimmte Regionen oder auf ausgewählte Aspekte der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens. Insbesondere Schuleingangsuntersuchungen berichten in einigen Bereichen im Vergleich zu Nicht-Migranten größere Gesundheitsrisiken wie ein häufigeres Übergewicht und eine seltenere Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen, in anderen Bereichen wird eine geringere Gefährdung wie etwa eine seltenere Betroffenheit von Atopien und eine teilweise größere Impfbereitschaft festgestellt [2, 3, 4, 5]. Ob diese Ergebnisse sich für alle Regionen und Altersgruppen verallgemeinern lassen, musste bislang offenbleiben. Der Migrationshintergrund wird in den Schuleingangsuntersuchungen uneinheitlich, in vielen Bundesländern gar nicht erfasst, und repräsentative bundesweite Survey-Daten zur gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen aus Migrantenfamilien lagen bis dato nicht vor. Mit der Integration eines migrationsspezifischen Zugangs ist es im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) gelungen, Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund entsprechend ihrem Anteil in

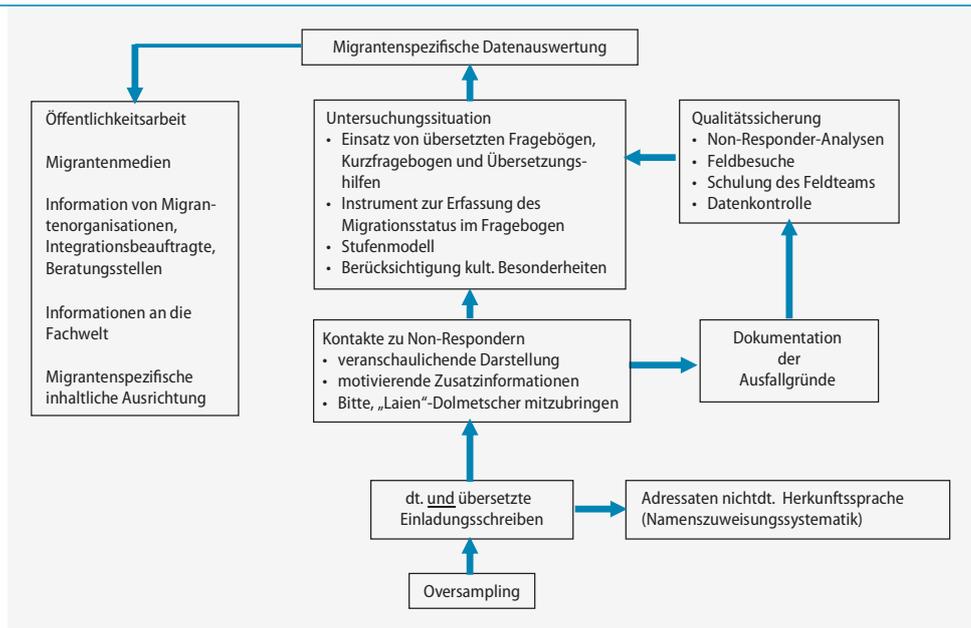


Abb. 1 ► **Migrationspezifisches Vorgehen**

der Bevölkerung an einem bundesweiten Gesundheitssurvey in Deutschland zu beteiligen. In diesem Beitrag werden die migrationspezifische Vorgehensweise sowie die Definition des Migrantenbegriffs und seine Operationalisierung im KiGGS vorgestellt, die Repräsentativität der Migrantensubstichprobe diskutiert sowie erste Daten zu ihrer Zusammensetzung präsentiert.

### Zum Kinder- und Jugendgesundheitsurvey

Konzept, Design und Durchführung des KiGGS werden in den ersten Beiträgen in diesem Heft ausführlich beschrieben [6, 7, 8, 9, 10]. Die KiGGS-Studie wurde von Mai 2003 bis Mai 2006 durch das Robert Koch-Institut (RKI) durchgeführt. Ziel dieses bundesweiten Befragungs- und Untersuchungssurveys war es, erstmals umfassende und bundesweit repräsentative Daten zum Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen im Alter von 0–17 Jahren zu erheben. Die Kinder und Jugendlichen wurden in jedem Ort nach einem statistischen Zufallsverfahren aus dem jeweiligen Einwohnermelderegister gezogen und in ein Studienzentrum eingeladen, wo eine schriftliche Befragung, eine medizinische Untersuchung sowie ein ärztliches Interview realisiert wurden. In einem Adressprotokoll wurden unter anderem Informationen über eine Nichtteilnahme, Daten zum Untersuchungs-

ablauf sowie zu den Deutschkenntnissen dokumentiert. Zur Bestimmung der Differenzen zwischen Teilnehmern und Nichtteilnehmern sowie zur Berechnung eines möglichen Bias wurde eine Kurzbefragung mit Nonrespondern durchgeführt. Zum Migrationsstatus enthielt diese Angaben über die Staatsangehörigkeit von Vater und Mutter.

An der Studie haben insgesamt 17.641 Kinder und Jugendliche (8656 Mädchen und 8985 Jungen) aus 167 für die Bundesrepublik repräsentativen Städten und Gemeinden teilgenommen. Vorangegangen ist der Hauptphase von KiGGS ein einjähriger Pretest (mit 1630 Kindern und Jugendlichen) zur Optimierung der Stichprobenrealisierung und der Zugangswege, des organisatorischen Ablaufs sowie der Erhebungsinstrumente. Die Pilotphase wurde auch genutzt, um ein migrationspezifisches Verfahren zur optimalen Einbindung von Migranten zu entwickeln und in den Surveyablauf zu implementieren [11, 12].

### Migrationspezifisches Vorgehen

Das migrationspezifische Vorgehen ist mehrstufig und umfasst Aktivitäten in verschiedenen Phasen des Projektablaufs (Abb. 1). Die Pretest-Analysen haben ergeben, dass bei Kindern und Jugendlichen mit nicht deutscher Staatsangehörigkeit häufiger qualitätsneutrale Ausfälle (wie Adressat verzogen, Adresse unbe-

kannt, Adressat zu alt) auftraten. Daher waren ausländische Kinder und Jugendliche bereits in der bereinigten Bruttostichprobe unterrepräsentiert. Um dies zu kompensieren, wurden in der Hauptphase Kinder und Jugendliche mit nicht deutscher Staatsangehörigkeit überproportional bei der Stichprobenziehung über das Einwohnermelderegister berücksichtigt (Oversampling). Erfahrungen aus dem Bundes-Gesundheitssurvey 1998 (BGS 98) hatten allerdings gezeigt, dass diese Maßnahme allein nicht ausreichte. Trotz eines Oversamplings war hier die ausländische Bevölkerung deutlich unterrepräsentiert. Es waren also weitere Aktivitäten zur Beteiligung von Migranten erforderlich. Diese betrafen vor allem die Überwindung von Sprachbarrieren sowie von Vorbehalten und Ängsten, die einer Teilnahme von Migranten häufig entgegenstanden.

Ein beträchtlicher Teil der Personen mit Migrationshintergrund konnte an den Untersuchungen der Pilotphase aufgrund von Sprachbarrieren nicht teilnehmen. Um diese zu minimieren und auch Probanden mit geringeren Deutschkenntnissen eine Teilnahme zu ermöglichen, wurden im Anschreiben möglichst einfache Formulierungen gewählt, auf Fachwörter weitestgehend verzichtet und Einladungs- sowie Erhebungsmaterialien in 6 verschiedene Sprachen übersetzt (Türkisch, Russisch, Serbokroatisch, Arabisch, Englisch, Vietnamesisch). Die Auswahl dieser Sprachen war anhand der Kriterien, Größe der

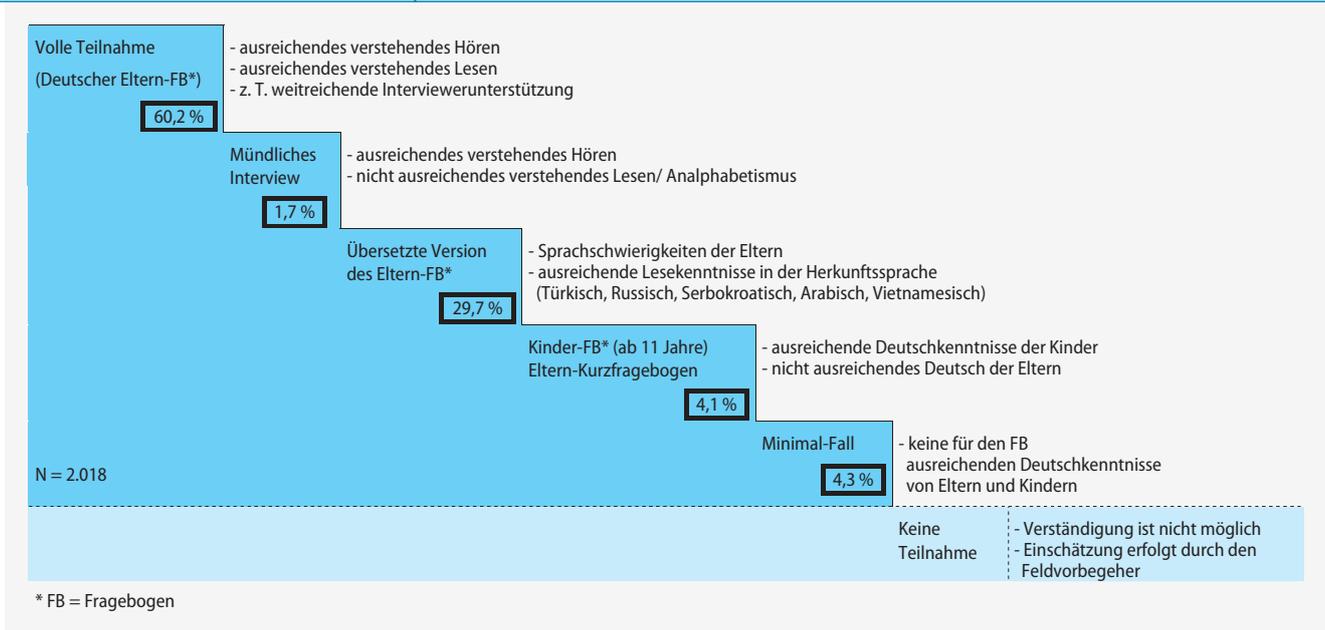


Abb. 2 ▲ Das Stufenmodell zur Einbindung von Probanden ohne ausreichende Deutschkenntnisse (Prozent der Teilnehmer mit Migrationshintergrund)

Sprachgruppe und „Ausmaß der beobachteten sprachbezogenen Schwierigkeiten“ getroffen worden. Neben dem deutschen Einladungsschreiben sollten Migrantenfamilien ein Anschreiben in ihrer jeweiligen Herkunftssprache erhalten. Eine Selektion der für ein übersetztes Schreiben in Frage kommenden Familien und eine Zuordnung der jeweiligen Sprache anhand des durch das Einwohnermelderegister gelieferten Merkmals der „nicht deutschen Staatsangehörigkeit“ hätte Eingebürgerte sowie Aussiedler vernachlässigt. Bei beiden Gruppen können aber sprachbezogene Schwierigkeiten nicht ausgeschlossen werden. Daher wurde eine von Humpert und Schneiderheinze entwickelte Namenszuweisungssystematik eingesetzt [13, 14]. Mittels dieser konnten Vor- und Zunamen einer bestimmten Sprachengruppe computergestützt zugeordnet werden und die Betreffenden Einladungsmaterialien in ihrer Herkunftssprache erhalten. In den genannten Sprachen lagen auch die datenschutzrechtlichen sowie Aufklärungen zur Blutentnahme vor.

Um die Kommunikation im Studienzentrum zu erleichtern, wurden Probanden mit nur sehr geringen Deutschkenntnissen im Vorfeld gebeten, Laiendolmetscher (Bekannte oder Verwandte) mitzubringen. Aus methodischen Gründen wurden diese jedoch nicht für Über-

setzungen von Erhebungsmaterialien eingesetzt, sondern nur für den Untersuchungsablauf betreffende Sachverhalte. Für den Fall, dass eine Verständigung kaum möglich war und die betreffende Person keinen Laiendolmetscher an der Seite hatte, lagen wichtige Informationen zum Ablauf sowie Fragen zu Kontraindikationen auch in übersetzter Form vor. Zusätzlich zu den genannten Sprachen wurde hier noch eine italienische Übersetzung erstellt.

Weiterhin wurde jeweils eine übersetzte Fassung des Elternfragebogens in den 6 eingangs genannten Sprachen erarbeitet. Eine unangemessene Übersetzung des Fragebogens bzw. einzelner Items kann Probleme hinsichtlich der funktionalen Äquivalenz provozieren, d. h., ein Item misst in den verschiedenen Sprachen nicht mehr das Gleiche. Um diese Fehlerquelle weitestgehend auszuschließen, wurden die übersetzten Fragebögen jeweils in die deutsche Sprache rückübersetzt und die Bedeutungsäquivalenz der transportierten Inhalte überprüft. Der Goldstandard zur Sicherung der interkulturellen Äquivalenz sieht noch weitere Maßnahmen vor, die aber hinsichtlich ihres zeitlichen und finanziellen Aufwands nicht vertretbar waren [15, 16, 17]. Es blieb den Probanden nicht deutscher Herkunftssprache überlassen, einen deut-

schen oder einen übersetzten Fragebogen auszufüllen. Wenn sich Probanden für eine Übersetzung entschieden hatten – das hatten bereits Erfahrungen in anderen Studien gezeigt –, war es angeraten, die deutsche Version beizureichen [18]. Für Begriffe bzw. Themen, die sich vorwiegend mit dem Aufnahmeland verbinden, gibt es häufig keine Entsprechungen in der Herkunftssprache bzw. ist die Sprache des Aufnahmelandes vertrauter, und so wird unter Umständen je nach Themenbereich die eine oder die andere Fassung bevorzugt.

Für Probanden, in deren Herkunftssprache kein Fragebogen vorlag, wurden neben den Messdaten zumindest soziodemographische und einige gesundheitsbezogene Basisdaten erfasst. Gleiches galt für Probanden, die weder in der deutschen noch in ihrer Muttersprache über ausreichende Kenntnisse verfügten und daher den übersetzten Fragebogen nicht beantworten können.

Die Untersuchung von Probanden ohne für die Befragung ausreichende Deutschkenntnisse wurde nach festgelegten Standards durchgeführt (Stufenmodell) und im Adressprotokoll entsprechend dokumentiert. Die Stufen bezogen sich ausschließlich auf die Befragung per Fragebogen, die anderen Untersuchungsbestandteile (medizinisch-physikalische

Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 2007 · 50:590–599  
DOI 10.1007/s00103-007-0220-z  
© Springer Medizin Verlag 2007

L. Schenk · U. Ellert · H. Neuhauser

### Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Methodische Aspekte im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS)

#### Zusammenfassung

Mit der Integration eines migrations-spezifischen Zugangs ist es im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) erstmals gelungen, Personen mit Migrationshintergrund entsprechend ihrem Anteil in der Bevölkerung an einem bundesweiten Gesundheitssurvey in Deutschland zu beteiligen. In diesem Beitrag werden die migrations-spezifische Vorgehensweise sowie die Definition des Migrantenbegriffs und seine Operationalisierung im KiGGS vorgestellt, die Repräsentativität der Migrantensubstichprobe diskutiert sowie erste Daten zu ihrer Zusammensetzung präsentiert. An der Studie haben sich 2590 Kinder und Jugendliche mit (beidseitigem) Migrationshintergrund beteiligt, das sind in der gewichteten Stichprobe 17,1% aller Kinder und Ju-

gendlichen. Weitere 8,3% der Kinder und Jugendlichen verfügen über einen einseitigen Migrationshintergrund. Die beiden größten Herkunftsgruppen unter den untersuchten Migrantenkindern sind mit 28,2% türkeistämmige und mit 20,4% russlanddeutsche Kinder und Jugendliche. Im Vergleich zu Nicht-Migranten ergeben sich Differenzen hinsichtlich des sozialen Status der Familien, der Stadt-Land- und Ost-West-Verteilung. Betrachtungen zur Repräsentativität der Migrantensstichprobe zeigen, dass im Vergleich zu den Nonrespondern die teilnehmenden Kinder und Jugendlichen mit geringerem Bildungskapital unterrepräsentiert sind, während sich hinsichtlich der Merkmale Geschlecht des Kindes, Berufstätigkeit des Vaters, Raucherstatus der Mutter keine Verzerrungen kon-

statieren lassen. Weiterhin schätzen Nichtteilnehmer den Gesundheitszustand ihrer Kinder besser ein als Teilnehmer. Die erfolgreiche Einbindung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund im KiGGS bringt ausreichend große Fallzahlen und eine Vielfalt an Informationen mit sich, die differenzierte migrations-spezifische Analysen möglich machen. So werden die KiGGS-Daten dazu beitragen können, einige der derzeitigen Wissenslücken zur Gesundheit von Migrantenkindern zu schließen.

#### Schlüsselwörter

Gesundheitssurvey · Kinder · Jugendliche · Migration

### Children and adolescents in Germany with a migration background. Methodical aspects in the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS)

#### Abstract

A migration-specific approach was used in the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS) and thus it was possible for the first time to include children with a migration background in a nationwide health survey in Germany in a number corresponding to their percentage of the population. This article presents the migration-specific approach used in KiGGS as well as a definition of the term „migrant“ and its operationalisation. In addition, we analyse the representativity of the migrant subsample and present data on its composition. Altogether 2,590 children and adolescents with a migration background (both parents) took part in

the study; in the weighted sample they account for 17.1% of all children and adolescents. Another 8.3% of the children and adolescents have one parent with a migration background. The two largest groups among the migrant children are Germans from Russia (29.9%) and children and adolescents of Turkish origin (28.2%). There are differences between migrants and non-migrants related to socio-economic status and place of living (rural/urban and East/West). Analyses of the representativity of the migrant sample show that children and adolescents with a lower level of education are under-represented, whereas there were no differences with regard to sex, the fathers' occupation

or the mothers' smoking status. Non-respondents rate their children's health better than respondents. Since the successful integration of children and adolescents with a migration background into the KiGGS study brings with it a sufficiently large number of cases and since KiGGS covers a wide range of health-related topics, comprehensive migration-specific analyses can be performed. Thus, KiGGS will contribute to filling some of the current gaps in our knowledge of migrant children's health.

#### Keywords

Health survey · Children · Adolescents · Migration

Untersuchung, ärztliches Interview) konnten auch mit nur geringen Deutschkenntnissen (der Eltern) durchgeführt werden. Die verschiedenen Stufen und ihre Anteile sind in **Abb. 2** dokumentiert. Erfreulicherweise war für über 60 % der Teilnehmer mit Migrationshintergrund eine volle Teilnahme möglich. Immerhin 29,7 % der Migranten griffen auf einen übersetzten Fragebogen zurück. Mit 4,3 % blieb der Anteil an Minimalfällen unter der Marke im Pretest und kann als Richtwert für zukünftige Studien gelten.

Neben den Sprachbarrieren begründeten im Ergebnis des Pretests migrantenspezifische Vorbehalte und Ängste maßgeblich eine Nichtteilnahme. Im Vorfeld des Einladungsversands wurden daher lokale Migrantenmedien, Integrationsbeauftragte, Migrantenorganisationen, Moscheen und Beratungsstellen über Ziele und Inhalte der Studie informiert. Dabei wurde auf mögliche Vorbehalte und Ängste hingewiesen, die einer Teilnahme entgegenstehen und mit einer entsprechenden Berichterstattung entkräftet werden könnten. Die kontaktierten Migranteneinrichtungen und -organisationen sind in einer Datenbank dokumentiert und können auch künftigen Surveys als Ressource dienen. Weiterhin wurden die Einladungsschreiben inhaltlich angepasst, indem auf typische Bedenken eingegangen und Teilnahmemotive verstärkt wurden.

Da die Spontanresponse unter Migranten vergleichsweise gering ausfiel, war eine telefonische Kontaktaufnahme bzw. ein Hausbesuch bei Nonrespondern für den Zugang unverzichtbar. Ziele und Erhebungsinhalte der Studie konnten hier veranschaulichend dargestellt und teilnahmemotivierende Zusatzinformationen gegeben sowie Vorbehalte und Ängste ausgeräumt werden. Viele Fragen der Adressaten ließen sich erst im mündlichen Gespräch klären. Die betreffenden Mitarbeiter wurden im Vorfeld geschult.

Weiterhin wurden die Mitarbeiter der Untersuchungsteams über kulturelle und migrationsbedingte Besonderheiten, die in einer Untersuchungssituation auftreten können, informiert und zum Umgang mit diesen geschult. Feldbesuche dienten einem kontinuierlichen Feedback zur Erhöhung der interkulturellen Kompetenz,

Datenanalysen einer verbesserten Qualität der Dokumentation.

Mittels pointbezogener Rücklaufanalysen wurde die Response stetig beobachtet, sodass gegebenenfalls die Bemühungen (Öffentlichkeitsarbeit etc.) zur Gewinnung einzelner Migrantengruppen gezielt verstärkt werden konnten. Eine kontinuierliche Qualitätssicherung sollte gewährleisten, dass das skizzierte migrationsspezifische Vorgehen umgesetzt und weiter optimiert wurde.

Die ausreichende Einbindung von Migranten in einen bundesweiten Gesundheitssurvey ist eine notwendige Voraussetzung für migrationsspezifische Analysen. Eine weitere Voraussetzung ist die Möglichkeit, Migranten im Datensatz als Migranten mittels geeigneter Indikatoren identifizieren zu können. Eine Operationalisierung des Migrationsstatus setzt zunächst die Definition des Abzubildenden voraus.

### **Der Migrantenbegriff und seine Operationalisierung in KiGGS**

Bezogen auf ihre Einwanderungsmotive, ihren kulturellen, sprachlichen, sozialen, religiösen und lebensgeschichtlichen Hintergrund, ihren aufenthaltsrechtlichen Status und die Aufnahmebedingungen, die sie vorfinden, sind Migranten eine sehr heterogene Gruppe. Gemeinsam ist ihnen aber eine Lebenssituation, die entweder durch eine eigene Migrationserfahrung oder durch die Migrationserfahrung der Herkunftsfamilie geprägt ist. Das bedeutet, sich in der Einwanderergesellschaft – gewissermaßen zwischen der Herkunftskultur und der Kultur des Aufnahmelandes – kulturelle Praktiken anzueignen und sozial zu orientieren [19]. Migranten werden damit anhand eines lebensbiographischen Ereignisses, der (internationalen) Migration und den daraus resultierenden Besonderheiten in der Lebenssituation klassifiziert. Diese Besonderheiten knüpfen sich nicht an die Bedingung, selbst zugewandert zu sein, sondern können auch für nachfolgende Einwanderergenerationen noch relevant sein.

Das im KiGGS eingesetzte Instrument zur Erfassung des Migrationsstatus wurde in einem mehrschrittigen Verfahren

erarbeitet [20]. Im Rahmen zweier durch das RKI beauftragter Expertisen wurden unter anderem vorhandene Datenquellen daraufhin geprüft, ob und inwieweit sie eine migrationssensible Gesundheitsberichterstattung zulassen, und es wurden Empfehlungen für eine verbesserte Datengrundlage abgeleitet [21, 22]. Die Konstruktion der Erhebungsinstrumente berücksichtigte weiterhin Instrumente, die z. B. für das SOEP und die PISA-Studie eingesetzt wurden, sowie den Stand der methodischen Diskussion. In sich anschließenden Diskussionen mit Experten aus dem Themenfeld „Migration und Gesundheit“ wurde das Instrument vorgestellt und weiterentwickelt. Schließlich konnte die einjährige Pilotphase vom KiGGS genutzt werden, um die Erfassung des Migrationsstatus weiter zu optimieren. Zur Bestimmung des Migrationsstatus wurden in der KiGGS-Hauptphase im Elternfragebogen die folgenden Merkmale erfasst: Staatsangehörigkeit, Geburtsland sowie Einreisejahr von Mutter und Vater, zu Hause gesprochene Sprache und die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Zuwanderergruppe. Im Fragebogen für die Kinder und Jugendlichen wurde deren Geburtsland und Einreisealter sowie das Geburtsland der Eltern erfragt. Darüber hinaus wurden die Deutschkenntnisse der Probanden (Eltern und Kind) durch die Interviewer eingeschätzt. Damit entspricht dieses Instrument weitestgehend den in einer Expertengruppe erarbeiteten Empfehlungen zur Erfassung des Migrationsstatus in epidemiologischen Studien [23].

Als Migranten werden daraus abgeleitet in den Artikeln dieser Basispublikation Kinder und Jugendliche definiert,

- die selbst aus einem anderen Land zugewandert sind und von denen mindestens ein Elternteil nicht in Deutschland geboren ist oder
- von denen beide Eltern zugewandert oder nicht deutscher Staatsangehörigkeit sind.

Bei alleinerziehenden Eltern galt der Status des erziehenden Elternteils. Sofern keine diesbezüglichen Informationen im Elternfragebogen vorhanden waren, wurde auf die Angaben des Kindes zum Geburtsland von Vater und Mutter zurück-

gegriffen. In den wenigen Fällen, in denen keinerlei Informationen zum Geburtsland des Kindes sowie zum Geburtsland und der Staatsangehörigkeit der Eltern vorlagen, wurde die zu Hause gesprochene Sprache als Indikator für einen Migrationshintergrund herangezogen.

Die auf dieser Basis konstruierte Variable differenziert zwischen Migranten und Nicht-Migranten und berücksichtigt auch Kinder und Jugendliche der zweiten Einwanderergeneration, die nicht mehr selbst zugewandert sind. Kinder der dritten Generation werden nur dann als Migranten klassifiziert, sofern beide Elternteile über eine nicht deutsche Staatsangehörigkeit verfügen.

Die getrennte Erfassung der Angaben von Mutter und Vater erlaubt darüber hinaus eine Identifikation von Kindern und Jugendlichen mit einseitigem Migrationshintergrund, d. h. von Kindern und Jugendlichen, die in Deutschland geboren und von denen ein Elternteil aus einem anderen Land zugewandert und/oder nicht deutscher Staatsangehörigkeit ist. Es ist davon auszugehen, dass sich diese Gruppe in ihrer Gesundheit und in ihrem Gesundheitsverhalten systematisch von der Gruppe der Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund unterscheidet, aber auch von jenen Kindern ohne Migrationshintergrund. Für die Analyse der ersten Basisergebnisse im vorliegenden Heft wurde die beschriebene Variable mit den dichotomen Ausprägungen Migrant und Nicht-Migrant im Sinne einer Screening-Variable verwendet, in der Kinder und Jugendliche mit einseitigem Migrationshintergrund den Nicht-Migranten zugerechnet sind. Damit lassen sich Differenzen ausreichend abbilden und können als Grundlage für die Generierung weiterer Hypothesen dienen. Die weiterführende Forschung wird sich einem systematischen Vergleich aller 3 Gruppen sowie auch weiter zu differenzierender Untergruppen zuwenden.

### Zur Repräsentativität des Migrantsamples

Ein Kriterium, das eine erfolgreiche Einbindung von Migranten in den KiGGS misst, ist die Response. Eine hohe Teilnehmerate verringert das Risiko einer

Tabelle 1

| Vergleich von Teilnehmern und Nichtteilnehmern mit nicht deutscher Staatsangehörigkeit |                                 |                             |           |                                       |
|--|---------------------------------|-----------------------------|-----------|---------------------------------------|
|  | Nichtteilnehmer ungewichtet [%] | Teilnehmer <sup>a</sup> [%] | Differenz | Teilnehmer <sup>a</sup> gewichtet [%] |
| <b>Geschlecht</b>  |                                 |                             |           |                                       |
| Jungen   | 51,5                            | 51,8                        | -0,3      | 51,7                                  |
| Mädchen  | 48,5                            | 48,2                        | 0,3       | 48,3                                  |
| <b>Schulbildung des Vaters</b>   |                                 |                             |           |                                       |
| Einfache   | 50,1                            | 41,8                        | 8,3***    | 42,9                                  |
| Mittlere   | 18,0                            | 19,9                        | -1,9      | 19,4                                  |
| Höhere   | 22,7                            | 30,1                        | -7,4***   | 29,9                                  |
| Andere   | 9,2                             | 8,2                         | 1,0       | 7,8                                   |
| <b>Schulbildung der Mutter</b>   |                                 |                             |           |                                       |
| Einfache   | 54,3                            | 41,8                        | 12,5***   | 42,5                                  |
| Mittlere   | 18,1                            | 23,4                        | -5,3***   | 22,7                                  |
| Höhere   | 18,9                            | 28,1                        | -9,2***   | 28,3                                  |
| Andere   | 8,7                             | 6,7                         | 2,0       | 6,6                                   |
| <b>Berufstätigkeit des Vaters</b>  |                                 |                             |           |                                       |
| Ausbildung   | 0,5                             | 0,8                         | -0,3      | 0,8                                   |
| Nicht berufstätig  | 24,5                            | 24,5                        | 0,0       | 24,1                                  |
| Teilzeit   | 4,1                             | 5,1                         | -1,0      | 5,3                                   |
| Vollzeit   | 71,0                            | 69,6                        | 1,4       | 69,9                                  |
| <b>Deutschkenntnisse (Eltern)</b>  |                                 |                             |           |                                       |
| Fließend   | 34,1                            | 36,2                        | -2,1      |                                       |
| Relativ flüssig  | 35,0                            | 29,5                        | 5,5**     |                                       |
| Gebrochen  | 24,2                            | 20,9                        | 3,3*      |                                       |
| Stark eingeschränkt  | 4,4                             | 11,2                        | -6,8***   |                                       |
| Keine  | 2,2                             | 2,2                         | 0,0       |                                       |
| <b>Subjektive Gesundheit</b>   |                                 |                             |           |                                       |
| Sehr gut   | 44,9                            | 36,8                        | 8,1***    | 36,5                                  |
| Gut  | 47,4                            | 52,8                        | -5,4***   | 53,4                                  |
| Mittelmäßig  | 7,0                             | 9,2                         | -2,2*     | 9,0                                   |
| Schlecht   | 0,5                             | 0,8                         | -0,3      | 0,8                                   |
| Sehr schlecht  | 0,2                             | 0,3                         | -0,1      | 0,3                                   |
| <b>Rauchen (Mutter)</b>  |                                 |                             |           |                                       |
|  | 30,8                            | 32,9                        | -2,1      | 32,3                                  |

<sup>a</sup> Es werden sowohl die ungewichteten als auch die gewichteten Angaben ausgewiesen, da die Nichtteilnehmerdaten nur ungewichtet vorliegen, die gewichteten Teilnehmerdaten aber Auswertungsgrundlage sind. Signifikanzniveau der Unterschiede: \* $p < 0,05$ , \*\* $p < 0,01$ , \*\*\* $p < 0,001$

systematischen Verzerrung der (Migranten-)Stichprobe, sie garantiert aber nicht einen mindestens der Bevölkerungsverteilung entsprechenden Migrantenanteil in der Netto-Stichprobe.<sup>1</sup> Dieser ist aber

<sup>1</sup> Ein zu geringer Migrantenanteil in der Netto-Stichprobe trotz hoher Teilnehmerate kann auf 2 verschiedene Effekte zurückgeführt werden. Zum einen kann die Teilnehmerate der Nicht-Migranten noch höher sein als die der Migranten. Zum anderen kann selbst bei gleich hoher Teilnehmerate ein höherer Anteil qualitätsneutraler Ausfälle bei den Migranten zu deren Unterrepräsentanz in der bereinigten

erforderlich, da ansonsten die Repräsentativität der gesamten Stichprobe gefährdet wäre. Außerdem birgt eine zu geringe Beteiligung von Migranten die Gefahr, dass die Teilstichprobe zu klein für differenzierte Auswertungen ist. Das Erfolgskriterium adäquater Migrantenanteil in der Netto-Stichprobe soll im Folgenden eingehender diskutiert werden.

Derzeit leben in Deutschland 1,34 Millionen Kinder und Jugendliche im Alter

Brutto-Stichprobe und dann auch in der Netto-Stichprobe führen.

Tabelle 2

| Zuwanderergruppen nach Vater und Mutter |                   |                  |
|---|-------------------|------------------|
|   | Mutter Anteil [%] | Vater Anteil [%] |
| Deutschstämmige (Spät-)Aussiedler       | 31,7              | 32,4             |
| Familiennachzug                         | 27,8              | 18,1             |
| Arbeitsmigranten                        | 11,6              | 16,8             |
| Bürger eines EU-Mitgliedsstaates        | 6,9               | 7,1              |
| Asylbewerber                            | 5,7               | 7,3              |
| Sonstige Gruppe                         | 5,4               | 4,7              |
| Asylberechtigte                         | 4,1               | 6,1              |
| Kriegsflüchtlinge                       | 3,3               | 3,8              |
| Kontingentflüchtlinge                   | 2,5               | 2,4              |
| Studenten                               | 1,0               | 1,3              |

unter 18 Jahren mit einem ausländischen Pass, das sind 8,8 % dieser Altersgruppe (Statistisches Bundesamt, ausländische Bevölkerung nach Staatsangehörigkeiten und Altersgruppen, 31.12.2003). Der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit nicht deutscher Staatsangehörigkeit beträgt in der ungewichteten KiGGS-Stichprobe 8,4 %. Diese geringe Abweichung vom Wert der amtlichen Statistik spricht für die Güte der Stichprobe und den Erfolg des migrationspezifischen Vorgehens. Um repräsentative Aussagen treffen zu können, werden die KiGGS-Analysen mit einem Gewichtungsfaktor durchgeführt, der Abweichungen der Netto-Stichprobe von der Bevölkerungsstruktur (Stand: 31.12.2004) auch hinsichtlich der Staatsangehörigkeit korrigiert. Unberücksichtigt bleiben bei dieser Korrektur jene Migranten, die über eine deutsche Staatsangehörigkeit verfügen, also Aussiedler, Eingebürgerte sowie Kinder, die seit der Neuregelung des Staatsangehörigkeitsrechts im Jahre 2000 bei ihrer Geburt einen deutschen Pass erhalten haben. Für diese Gruppen konnte bislang auf keine amtlichen Vergleichszahlen zurückgegriffen werden. Erst 2005 erfasste der Mikrozensus detaillierte Informationen zum Migrationshintergrund (Statistisches Bundesamt, Mikrozensus, Bevölkerung nach Migrationserfahrung und Alter, 2005). Danach wiesen 28,6 % der Kinder und Jugendlichen im Alter zwischen 0 und 18 Jahren einen Migrationshintergrund auf, d. h., sie verfügten über eine eigene Migrationserfahrung und/oder hatten eine ausländische Staats-

angehörigkeit oder aber mindestens ein Elternteil war zugewandert, eingebürgert respektive nicht deutscher Staatsangehörigkeit. Dieser Anteil beinhaltet damit auch Kinder und Jugendliche mit einseitigem Migrationshintergrund. Vergleiche mit KiGGS sind nur bedingt möglich, da die Erhebungsinstrumente zur Bestimmung des Migrationsstatus differieren, dennoch bieten die Mikrozensus-Daten einen Anhaltspunkt zur Einschätzung der Repräsentativität. Der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit einseitigem und beidseitigem Migrationshintergrund fällt mit 25,4 % in der gewichteten KiGGS-Stichprobe etwas geringer aus als im Mikrozensus. Ein Grund für diese Differenz könnte sein, dass im Unterschied zum Mikrozensus im KiGGS Kinder und Jugendliche nicht identifiziert werden können, deren Eltern in Deutschland geboren, im Laufe ihres Lebens eingebürgert wurden und damit eine deutsche Staatsangehörigkeit haben.

Trotz einer anteilig adäquaten Einbindung können Responder und Nonresponder systematisch voneinander abweichen und Repräsentativitätseinbußen für die Substichprobe der Migranten bedeuten. Im Nonresponder-Fragebogen wurde lediglich die Staatsangehörigkeit von Vater und Mutter erfasst. Damit können keine Aussagen über die Repräsentativität der Migrantenstichprobe insgesamt getroffen werden. Gegenübergestellt werden nachfolgend ausländische Responder sowie Nonresponder, d. h., entweder Vater oder Mutter verfügten über eine nicht deutsche

Staatsangehörigkeit (■ Tabelle 1). In erwartungsgemäß geringerem Maße haben sich ausländische Probanden mit niedrigerer Schulbildung beteiligt, keine Unterschiede gibt es hingegen bei der Berufstätigkeit. Noch im Pretest waren Nichtberufstätige deutlich unterrepräsentiert [24]. Erfreulich ist auch die geringe Differenz hinsichtlich der Deutschkenntnisse, hier haben sogar Teilnehmer die geringeren Deutschkenntnisse. Offenkundig haben sich die Aktivitäten zur Überwindung der Sprachbarrieren ausgezahlt. Nichtteilnehmer schätzen den Gesundheitszustand ihrer Kinder besser ein als Teilnehmer. Dieser Effekt ist auch von anderen Gesundheitsstudien bekannt. Keine Unterschiede sind hinsichtlich des Rauchstatus der Mutter auszumachen.

**Zusammensetzung der Stichprobe**

Am KiGGS haben sich 2590 Kinder und Jugendliche mit (beidseitigem) Migrationshintergrund aus 115 verschiedenen Ländern beteiligt (ungewichtet). In der gewichteten Stichprobe sind das 17,1 % aller Kinder und Jugendlichen. Weitere 8,3 % der Kinder und Jugendlichen verfügen über einen einseitigen Migrationshintergrund. Die folgenden Betrachtungen richten sich auf Kinder und Jugendliche mit beidseitigem Migrationshintergrund.

Hinsichtlich ihrer Migrationsgeschichte, ihrer Auswanderungsmotive, ihrer aufenthaltsrechtlichen und auch sozialen Situation können verschiedene Zuwanderergruppen unterschieden werden (■ Tabelle 2). Die 3 zahlenmäßig stärksten Gruppen sind dabei Spätaussiedler, Migranten, die im Zuge einer Familienzusammenführung nach Deutschland eingereist sind, sowie Arbeitsmigranten. Frauen sind deutlich häufiger der Gruppe der nachgereisten Familienangehörigen zuzurechnen, was auf ihren höheren Anteil an sog. Heiratsmigranten zurückzuführen ist.

Die beiden größten Herkunftsgruppen unter den untersuchten Migrantenkindern sind mit 28,2 % türkischstämmige und mit 20,4 % russlanddeutsche Kinder und Jugendliche. Als türkischstämmig werden dabei all jene Kinder und Jugendliche klassifiziert, von denen mindestens ein Elternteil in der Türkei geboren wurde oder

Tabelle 3

|   |             | Migranten |         |        | Nicht-Migranten |         |        |
|---|-------------|-----------|---------|--------|-----------------|---------|--------|
|   |             | Jungen    | Mädchen | Gesamt | Jungen          | Mädchen | Gesamt |
| <b>Gesamt</b>                             |             | 52,0      | 48,0    |        | 51,2            | 48,8    |        |
| <b>Altersgruppe</b>                       | 0–2 Jahre   | 12,5      | 12,8    | 12,7   | 13,8            | 13,7    | 13,8   |
|   | 3–6 Jahre   | 22,3      | 20,7    | 21,5   | 20,7            | 21,0    | 20,8   |
|   | 7–10 Jahre  | 20,6      | 21,8    | 21,2   | 21,9            | 21,6    | 21,8   |
|   | 11–13 Jahre | 18,7      | 19,1    | 18,9   | 17,0            | 17,0    | 17,0   |
|   | 14–17 Jahre | 25,8      | 25,5    | 25,7   | 26,6            | 26,6    | 26,6   |
| <b>Sozialer Status</b><br>(Winkler Index) | Niedrig     | 53,2      | 54,2    | 53,7   | 22,9            | 22,3    | 22,6   |
|   | Mittel      | 37,4      | 35,0    | 36,3   | 46,7            | 47,6    | 47,1   |
|   | Hoch        | 9,4       | 10,8    | 10,0   | 30,4            | 30,1    | 30,3   |
| <b>Schultyp/Schulabschluss</b>            | Hauptschule | 34,8      | 30,5    | 32,7   | 20,6            | 14,4    | 17,6   |
|   | Realschule  | 23,2      | 22,1    | 22,7   | 30,4            | 30,6    | 30,5   |
|   | Gymnasium   | 18,2      | 28,2    | 23,0   | 34,2            | 41,9    | 38,0   |
| <b>Arbeitslosigkeit</b>                   | Mutter      | 19,4      | 16,8    | 18,1   | 6,6             | 6,4     | 6,5    |
|   | Vater       | 19,6      | 18,8    | 19,2   | 5,7             | 5,3     | 5,5    |

über eine türkische Staatsangehörigkeit verfügt oder bei denen zu Hause Türkisch gesprochen wird. Zu Russlanddeutschen werden jene Kinder und Jugendlichen gezählt, von denen mindestens ein Elternteil über eine deutsche Staatsangehörigkeit verfügt und aus einem Land der ehemaligen Sowjetunion zugewandert ist.

Ein Viertel der Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund ist selbst zugewandert, drei Viertel sind in Deutschland geboren und damit der zweiten oder auch dritten Einwanderergeneration zuzurechnen. Für den Großteil der untersuchten Kinder und Jugendlichen aus Migrantenfamilien kann aus ihrer Zugehörigkeit zu einer bestimmten Zuwanderergruppe auf einen gesicherten Aufenthaltsstatus geschlossen werden (80,7%), bei weiteren 11 % muss von einer ungesicherten Aufenthaltsperspektive ausgegangen werden, da ihre Eltern Asylbewerber bzw. Kriegsflüchtlinge sind.

Die Alters- und Geschlechtsverteilungen von Migranten und Nicht-Migranten sind insgesamt sehr ähnlich (Tabelle 3). Dagegen gibt es deutliche Unterschiede in der sozialen Lage: Unter den Migranten sind fast doppelt so viele Hauptschüler als unter den Nicht-Migranten, dafür augenfällig weniger Gymnasiasten und Realschüler. Auch der Anteil arbeitsloser Eltern liegt in der Migrantengruppe 3-mal höher. Insgesamt stammen Migrantenkinder deutlich häu-

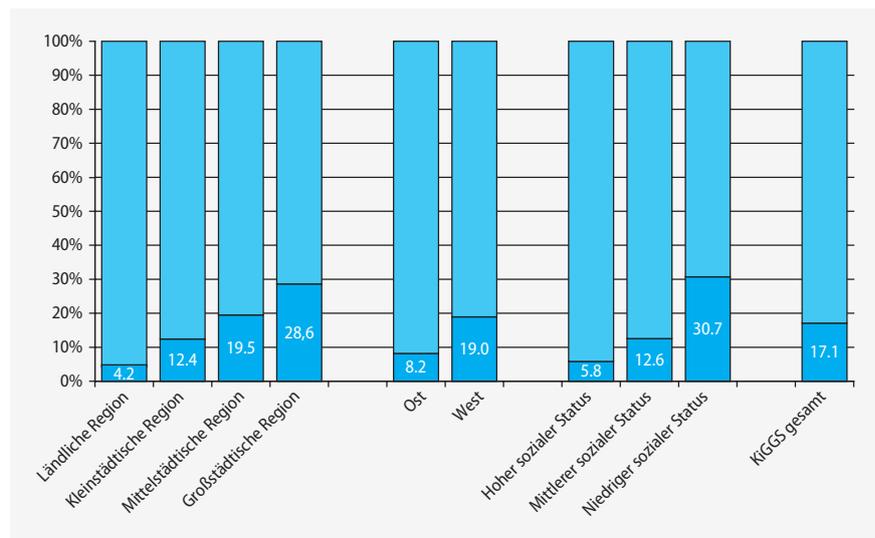


Abb. 3 ▲ Migrantenanteile nach soziodemographischen Merkmalen

figer aus Familien mit niedrigem sozialem Status als Kinder ohne Migrationshintergrund (Sozialschicht-Index nach Winkler [10], 54 % vs. 23 %, Abb. 3) und seltener aus Familien mit hohem sozialen Status (10 % vs. 30 %). Anders ausgedrückt, liegt der Migrantenanteil damit bei den untersuchten Kindern aus Familien mit niedrigem Status bei über 30 %, während er bei den Kindern aus Familien mit hohem Sozialstatus nicht ganz 6 % ausmacht (Abb. 3). Zusätzlich zeigt sich ein ausgeprägtes Stadt-Land-Gefälle mit fast 7-mal mehr Migrantenkindern in den Großstädten als in ländlichen Gebieten

(ländliche Region=weniger als 5000 Einwohner; kleinstädtische Region=5000 bis unter 20.000 Einwohner; mittelstädtische Region=20.000 bis unter 100.000 Einwohner; großstädtische Region=100.000 und mehr Einwohner). Außerdem wurde ein Ost-West-Unterschied mit mehr als doppelt so vielen Migrantenkindern im Westen wie im Osten (inklusive Berlin) beobachtet. Alle genannten Differenzen hinsichtlich Schultyp, Arbeitslosigkeit der Eltern sowie der Verteilung nach sozialem Status, Stadt/Land und Ost/West sind statistisch signifikant. Als statistisch signifikant werden Gruppenunterschiede

mit p-Werten von kleiner als 0,05 oder mit 95 %-Konfidenzintervallen, die sich nicht überschneiden, gewertet.

## Diskussion und Ausblick

Die vorangegangenen Analysen haben gezeigt, dass es gelungen ist, Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund im KiGGS entsprechend ihrem Anteil in der Bevölkerung zu repräsentieren. Sie haben gleichzeitig deutlich gemacht, dass es besonderer Anstrengungen bedarf, dies zu erreichen. Die Aktivitäten umfassten unter anderem ein Oversampling von Kindern und Jugendlichen mit nicht deutscher Staatsangehörigkeit, die Übersetzung von Einladungs- und Erhebungsmaterialien, eine migrationspezifische Öffentlichkeitsarbeit sowie eine interkulturelle Schulung der Feldteams. Der beträchtliche Anteil von einem Drittel der Eltern mit Migrationshintergrund, die einen Fragebogen in ihrer Herkunftssprache ausfüllten, verweist insbesondere auf die Notwendigkeit, Einladungsmaterialien und Erhebungsinstrumente in übersetzter Form anzubieten.

Trotz aller zu bilanzierenden Erfolge gibt es Bedarf und auch Potenzial, den Migrantenzugang weiter zu optimieren. KiGGS bietet die Möglichkeit für differenzierte Analysen zur Response von Migranten, auf deren Grundlage die Einbindung von Migranten gezielt verbessert werden kann. Besondere Strategien werden auch erforderlich sein, um Migranten adäquat in eine Kohortenstudie und damit in ein kontinuierliches Gesundheitsmonitoring zu integrieren.

Ein Vergleich von Teilnehmern und Nichtteilnehmern mit nicht deutscher Staatsangehörigkeit zeigt, dass vermutlich Kinder und Jugendliche mit geringerem Bildungskapital unterrepräsentiert sind – ein Trend, der auch bei Personen ohne Migrationshintergrund zu finden ist. Dies ist vor allem bei Prävalenzschätzungen von Gesundheitsereignissen zu berücksichtigen, deren Auftreten mit einem niedrigen Sozialstatus assoziiert ist. Hier könnte es zu Unterschätzungen kommen.

Weiterhin schätzen Nichtteilnehmer den Gesundheitszustand ihrer Kinder besser ein als Teilnehmer. Im Ergebnis des Pretests konnte herausgearbeitet werden,

dass Nonresponder häufig den Survey mit einer medizinischen Untersuchung gleichsetzen. Daher entschied die Einschätzung der Eltern, ihr Kind sei nicht krank und deshalb nicht untersuchungsbedürftig, über eine Teilnahme bzw. Nichtteilnahme. Dies mag den besser eingeschätzten Gesundheitszustand seitens der Nonresponder begründen. Beruhigend ist, dass sich hingegen in anderen Merkmalen (Geschlecht des Kindes, Berufstätigkeit des Vaters, Raucherstatus der Mutter) Teilnehmer nicht in signifikanter Weise von Nichtteilnehmern ausländischer Herkunft unterscheiden. Da sich damit kein eindeutiger Trend ausmachen lässt, bedeuten die aufgezeigten Abweichungen unter Umständen keine Repräsentativitätseinbußen für die zu analysierenden Gesundheitsmerkmale.

Erwartungsgemäß sind Migrantenkinder im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund in der KiGGS-Stichprobe überproportional oft in sozial benachteiligten Schichten vertreten. In weiterführenden Analysen wird von Interesse sein, inwieweit aus dieser sozialen Stellung auch eine benachteiligte gesundheitliche Lage resultiert oder welche anderen Faktoren die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Migranten im Unterschied zu Nicht-Migranten beeinflussen. Ebenso sind bei der Interpretation von Ergebnissen der Stadtland- sowie der Ost-West-Gradient auf Migrantenseite zu beachten, sofern diese Merkmale relevante Einflussfaktoren sind.

Die erfolgreiche Einbindung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund im KiGGS bringt ausreichend große Fallzahlen und eine Vielzahl an Informationen mit sich, die migrationspezifische Analysen zur physischen und psychischen Gesundheit von Migrantenkindern im Kontext mit ihrer sozialen Lebenswelt möglich machen. So werden die KiGGS-Daten dazu beitragen können, einige der derzeitigen Wissenslücken zur Gesundheit von Migrantenkindern zu schließen, aber auch neue Forschungsfragen aufzuwerfen.

## Korrespondierende Autorin

### Dr. Liane Schenk

Institut für Medizinische Soziologie  
Zentrum für Human- und  
Gesundheitswissenschaften CC1  
Charité-Universitätsmedizin Berlin  
Thielallee 47  
14195 Berlin, BRD  
E-Mail: liane.schenk@charite.de

## Literatur

- Geißler R (2005) Die Metamorphose der Arbeitertochter zum Migrantensohn. Zum Wandel der Chancenstruktur im Bildungssystem nach Schicht, Geschlecht, Ethnie und deren Verknüpfungen. In: Berger PA, Kahlert H (Hrsg) Institutionalisierte Ungleichheiten. Wie das Bildungswesen Chancen blockiert. Juventa, Weinheim München, S 71–100
- Delekat D (2003) Zur gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin. Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf Basis der Einschulungsuntersuchungen 2001. Berlin
- Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (2000) Gesundheit von Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen. Eigenverlag, Düsseldorf
- Erb J, Winkler G (2004) Rolle der Nationalität bei Übergewicht und Adipositas bei Vorschulkindern. *Monatsschr Kinderheilkd* 3:291–298
- Gawrich S (2004) Wie gesund sind unsere Schulanfänger? – Zur Interpretation epidemiologischer Auswertungen der Schuleingangsuntersuchung. *Hessisches Ärztebl* 2:73–76
- Kurth B-M (2007) Der Kinder- und Jugendgesundheits survey (KiGGS): Ein Überblick über Planung, Durchführung und Ergebnisse unter Berücksichtigung von Aspekten eines Qualitätsmanagements. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 50:533–546
- Kamtsiuris P, Lange M, Schaffrath Rosario A (2007) Der Kinder- und Jugendgesundheits survey (KiGGS): Stichprobendesign, Response und Non-response-Analyse. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 50:547–556
- Döller R, Schaffrath Rosario A, Stolzenberg H (2007) Der Kinder- und Jugendgesundheits survey (KiGGS): Datenmanagement. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 50: 567–572
- Hölling H, Kamtsiuris P, Lange M et al. (2007) Der Kinder- und Jugendgesundheits survey (KiGGS): Studienmanagement und Durchführung der Feldarbeit. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 50:557–566
- Lange M, Kamtsiuris P, Lange C et al. (2007) Messung soziodemographischer Merkmale im Kinder- und Jugendgesundheits survey (KiGGS) und ihre Bedeutung am Beispiel des allgemeinen Gesundheitszustandes. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 50:578–589
- Schenk L (2002) Migrantenspezifische Teilnahmebarrieren und Zugangsmöglichkeiten im Kinder- und Jugendgesundheits survey. *Gesundheitswesen* 64(Sonderheft 1):559–568

12. Schenk L (2003) Migrantensensible Vorgehensweise im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey. In: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg) *Gesunde Integration. Dokumentation der Fachtagung am 20. und 21. Februar 2003* in Berlin. Berlin Bonn, S 78–82
13. Humpert A, Schneiderheine K (2000) Stichprobenziehung für telefonische Zuwandererumfragen. Einsatzmöglichkeiten der Namensforschung. *ZUMA-Nachrichten* 47:36–64
14. Humpert A, Schneiderheine K (2002) Stichprobenziehung für telefonische Zuwandererumfragen. Praktische Erfahrungen und Erweiterung der Auswahlgrundlage. In: Gäbler S, Häder S (Hrsg) *Telefonstichproben. Methodische Innovationen und Anwendungen in Deutschland*. Waxmann, Münster, S 187–208
15. Weech-Maldonado R, Weidner B, Morales L, Hays R (2001) Cross-cultural adaptation of survey instruments: The CAHPS Experience. In: Cynamon M, Kulka R (eds) *Proceedings of the 7th Conference on Health Survey Research Methods*. Department of Health and Human Services, Hyattsville, 75–82
16. Massoubre C, Lang F, Jaeger B et al. (2002) La traduction des questionnaires et des tests: techniques et problèmes: *Can J Psychiatry* 47:61–67
17. Bhopal R, Vettini A, Hunt S et al. (2004) Review of prevalence data in, and evaluation of methods for cross cultural adaptation of UK surveys on tobacco and alcohol in ethnic minority groups. *BMJ* 328:76–80
18. Borde T, David M, Kantenich H (2001) Auch Migrantinnen sind erreichbar und gesprächsbereit. Überwindbare Zugangsbarrieren bei Patientenbefragungen. In: Satzinger W, Trojan A, Kellermann-Mühlhoff P (Hrsg) *Patientenbefragungen in Krankenhäusern. Konzepte, Methoden, Erfahrungen*. Schriftenreihe Forum Sozial- und Gesundheitspolitik Band 15. Asgard, Sankt Augustin, S 229–242
19. Bohnsack R, Nohl A-M (1998) Adoleszenz und Migration – Empirische Zugänge einer praxeologisch fundierten Wissenssoziologie. In: Bohnsack R, Marotzki W (Hrsg) *Biographieforschung und Kulturanalyse. Transdisziplinäre Zugänge qualitativer Forschung*. Leske+Budrich, Opladen, S 260–282
20. Schenk L, Neuhauser H (2005) Methodische Standards für eine migrantensensible Forschung in der Epidemiologie. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 48:279–286
21. Razum O (2000) *Gesundheitsberichterstattung für Migranten in Deutschland. Eine Expertise im Auftrag des Robert Koch-Instituts*, Berlin
22. Borch S (2001) *Evaluation der Surveydaten (BGS 98) zu Migranten. Eine Expertise im Auftrag des Robert Koch-Instituts*, Berlin
23. Schenk L, Bau AM, Borde T et al. (2006) Mindestindikatorensatz zur Erfassung des Migrationsstatus. Empfehlungen für die epidemiologische Praxis. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 49:853–860
24. Schenk L (2002) *Migrantenbericht. KiGGS. Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. [http://www.kiggs.de/experten/downloads/seite\\_2.html](http://www.kiggs.de/experten/downloads/seite_2.html)

**Jan Böcken, Bernard Braun, Robert Amhof, Melanie Schnee (Hrsg.)**

### **Gesundheitsmonitor 2006**

Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten

Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung 2007. (ISBN 3-89204-903-3), 35.00 EUR

Qualitätsmängel, Versorgungsdefizite und mangelnde Leistungsfähigkeit werden am deutschen Gesundheitssystem immer wieder kritisiert. Erste Reformen und Gesetze haben wichtige Impulse für mehr Effizienz, Qualität und Mitsprache im Gesundheitswesen gesetzt. Doch die konsequente Anpassung der Strukturen an die aktuellen Herausforderungen ist weiterhin zwingend notwendig.

Ein wichtiges Instrument zur Beurteilung der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland ist der Gesundheitsmonitor. Seit mittlerweile fünf Jahren verfolgen die Herausgeber das Ziel, gesundheitspolitische Informationslücken zu schließen und langfristig Strukturen und Prozesse im Gesundheitswesen abzubilden. Dazu befragt die Bertelsmann Stiftung alle sechs Monate einen repräsentativen Querschnitt der Bevölkerung und einmal im Jahr niedergelassene Haus- und Fachärzte. Im Mittelpunkt stehen dabei die konkreten Erfahrungen der Versicherten mit dem Gesundheitssystem und deren Beurteilung sowie die Implementierungschancen verschiedener Reformprojekte.

Im vorliegenden „Gesundheitsmonitor 2006“ stellen Autoren verschiedener Institutionen und politischer Fachrichtungen die aktuellen Ergebnisse der Befragungen und Untersuchungen dar. Diesmal werden Aspekte wie das Kassenwechselverhalten, die Nutzung von Internetapotheken, die Nachfrage nach Gesundheitsinformationen und die Inanspruchnahme von Qualitätsberichten deutscher Krankenhäuser analysiert. Unterschiede von gesetzlich und privat Krankenversicherten werden herausgestellt und das Vertrauen in die Gesundheitsversorgung ergänzt durch eine Untersuchung zu Einstellungsunterschieden zwischen Selbsthilfegruppen-Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern beleuchtet. Weitere Beiträge prüfen eingehend die Auswirkungen der Gesundheitsreform auf den Arzneimittelverbrauch, die Erwartungen bezüglich der elektronischen Gesundheitskarte und die Effekte der

Hausarztmodelle in Deutschland. Auch die Einstellungen und das Ordnungsverhalten von Ärzten hinsichtlich Naturheilverfahren, Komplementär- und Alternativmedizin werden thematisiert. Abgerundet wird das Buch durch ein Experiment zu neuen Formen der ambulanten Versorgung.

Der „Gesundheitsmonitor 2006“ überzeugt durch seine Vielfalt und Übersichtlichkeit. Den Ergebnissen der Befragungen folgen tiefgründige Auswertungen und Schlussfolgerungen. Zudem veranschaulichen zahlreiche Abbildungen und Tabellen die Resultate der einzelnen Untersuchungen. Insgesamt ist den Autoren wieder ein bemerkenswerter Überblick über das Gesundheitswesen gelungen. Sehr zu empfehlen!

*Jane Damerau*