

# Migrantenspezifische Teilnahmebarrieren und Zugangsmöglichkeiten im Kinder- und Jugendgesundheitssurvey

*Migrant-Specific Respondent Hurdles and Access Opportunities in the National Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents*

## Zusammenfassung

Der Kinder- und Jugendgesundheitssurvey hat sich zum Ziel gesetzt, erstmals aussagefähige Daten auch über die gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen aus Migrantenfamilien bereitzustellen. Um Migranten angemessen, entsprechend ihres Anteils in der Bevölkerung einzubinden, müssen Besonderheiten im Teilnahmeverhalten berücksichtigt werden. Analysen zum Teilnahmeverhalten von Migranten beschränkten sich bislang auf Untersuchungen, die mit der Erhebungsmethode „mündliches Interview“ realisiert wurden. Mit dem Pretest des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys können erstmals Ergebnisse zur Teilnahmebereitschaft von Migranten an Gesundheitsstudien mit medizinischem Erhebungsteil vorgestellt werden. Im Vergleich zu „reinen“ Befragungen kommen zusätzliche kulturspezifische und migrationsbedingte Teilnahmebarrieren wie auch -motive zum Tragen, die in der Gestaltung des Untersuchungsablaufs und des Zugangs zu Migranten berücksichtigt werden müssen.

## Schlüsselwörter

Migration · Teilnahmeverhalten · Non-Responder-Orientierungen · migrantenspezifisches Vorgehen · Kinder- und Jugendgesundheitssurvey

## Abstract

The objective of the National Health Survey for Children and Adolescents has been to produce the first sets of representative data on health indicators including those of children and adolescents from migrant families. To ensure an adequate involvement of migrants corresponding to their percentage in the demographic profile, account must be taken of particular features in respondent behaviour. Up to now analyses of the respondent behaviour of migrants have been limited to surveys based on the 'oral interview' format. The pilot study format employed by the National Health Survey for Children and Adolescents for the first time produces findings relative to the willingness of migrants to participate in health surveys containing medical survey components. In comparison to „pure“ questionnaire-based surveys, the pilot study reveals the role played by additional hurdles to, and motives for, participation which are partly cultural in origin and partly related to the specific condition of being a migrant. Such factors must also be taken into account in designing the course of the survey and in considering questions of migrant accessibility.

## Key words

Migration · respondent behaviour · non-responder orientation · migrant-specific procedure · health survey for children and adolescents

## Migration und soziale Situation

Flüchtlingskinder, Kinder von ehemaligen „Gastarbeitern“ oder russlanddeutsche Kinder und Jugendliche – um nur die Vertreter einiger für Deutschland typischer Migrantengruppen zu nennen

– unterscheiden sich nicht nur in ihrer aufenthaltsrechtlichen Situation und der daran geknüpften Gewissheit oder Ungewissheit hier zu bleiben. Sie unterscheiden sich auch in ihrer ökonomischen und Wohnsituation, in ihrer Migrationsgeschichte, in sprachlichen, kulturellen und religiösen Wurzeln. Während

## Institutsangaben

Robert Koch-Institut, Berlin

## Korrespondenzadresse

Liane Schenk · Robert Koch-Institut · Seestraße 10 · 13353 Berlin

## Bibliografie

Gesundheitswesen 2002; 64 Sonderheft 1: S59–S68 © Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York · ISSN 0949-7031

Aussiedlerkinder und -jugendliche zumeist mit ihren Eltern eingewandert sind und den Bruch mit vertrauten kulturellen Mustern unvermittelt erlebt haben, stellt sich die Situation für die „dritte“ Generation der Arbeitsmigranten, die in Deutschland geboren und aufgewachsen ist, anders dar. Flüchtlingskinder müssen zusätzlich zur Migration und dem dadurch bedingten Milieubruck traumatisierende Kriegs- und Vertreibungserlebnisse bewältigen. Russlanddeutsche Eltern verließen ihre Heimat in der Regel ohne Rückkehrorientierung, die erste Generation der Arbeitsmigranten wie die aus der Türkei beabsichtigte dagegen nur einen vorübergehenden Aufenthalt. Die Migrantengruppen unterscheiden sich aber auch in ihrer zahlenmäßigen Größe und dem Grad ihrer sozialräumlichen Isolierung. Vor allem Arbeitsmigranten türkischer Herkunft und Aussiedlerfamilien leben in ethnischen Gettos [Boos-Nünning, Otyakmaz 2002]. Nicht zuletzt sprechen die Kinder und Jugendlichen je nach Herkunft eine andere Sprache und sind kulturell wie religiös in unterschiedlicher Weise verankert.

Der Begriff „Migrant“ vereint also die vielfältigsten Migrationsverläufe. Was ist nun den von uns als Migranten bezeichneten Kindern und Jugendlichen gemeinsam? Auf eine kurze Formel gebracht, ist ihnen eine Situation gemeinsam, die durch die eigene oder die Migrationserfahrung ihrer Eltern geprägt ist. Migranten der dritten Generation erfassen wir nur, wenn sie oder ihre Eltern über eine nichtdeutsche Staatsangehörigkeit verfügen. Die Situation der Kinder und Jugendlichen aus Migrantenfamilien ist vor allem dadurch gekennzeichnet, dass sie sich in der Einwanderergesellschaft – gleichsam zwischen der Herkunftskultur ihrer Eltern und der Kultur der Aufnahmegesellschaft – kulturelle Praktiken aneignen und sich sozial orientieren. Im Unterschied zu Kindern ohne Migrationshintergrund charakterisiert Migranten neben der geschlechts-, milieu- und generationsspezifischen eine ethnische Zugehörigkeit, die durch die Jugendlichen selbst hergestellt oder als Fremdkonstruktion erfahren und bearbeitet wird [Bohnsack, Nohl 1998].

Der Begriff „Ausländer“ wird vor allem in der amtlichen Statistik verwendet und fasst Personen mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit zusammen. Im vorliegenden Artikel wird von „Ausländern“ bzw. „Kindern und Jugendlichen ausländischer Herkunft“ gesprochen, wenn nur nach dem Merkmal der Staatsangehörigkeit differenziert wird. „Kinder und Jugendliche nichtdeutscher Herkunftssprache“ wird dagegen synonym zu „Migranten“ gebraucht und schließt (Spät-)Aussiedler sowie Eingebürgerte mit ein.

Trotz aller Heterogenität tragen Kinder und Jugendliche aus Migrantenfamilien ein ungleich höheres Risiko, in sozial benachteiligter Lage zu leben. Sie gehören häufiger unteren sozialen Schichten an und kommen überproportional oft aus Familien mit prekären Erwerbs- und Einkommenssituationen [Boos-Nünning 2000, David et al. 2000]. Schüler mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit besuchen doppelt so oft wie deutsche Schüler die Hauptschule, während sich beim Gymnasium das Verhältnis umkehrt. Die Rate derer, die die Schule ohne Abschluss verlassen, betrug 1997 unter den nichtdeutschen Schülern 19,4%, unter den deutschen Schülern dagegen nur 7,7% [Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen 2000]. Soziale Benachteiligung geht aber mit geringeren Gesundheitschancen und einem un-

günstigeren Gesundheitsverhalten einher. Wie sich die besonderen Lebensbedingungen von Kindern und Jugendlichen in Migrantenfamilien auf ihre gesundheitliche Lage auswirken, ist noch weitgehend unerforscht.

### Gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen aus Migrantenfamilien

Wenn auch zögerlich, so rückt doch stetig die gesundheitliche Lage von Migranten in das Blickfeld von Wissenschaft, Praxis und politischem Handeln. Forschungsbeiträge diskutieren das Thema vor allem unter zwei Aspekten:

1. Zugangsbarrieren und die Angemessenheit von gesundheitlicher Versorgung für die Gruppe der Migranten sowie
2. gesundheitliche Belastungen und Gesundheitsverhalten von Migranten(-gruppen).

Erste Erkenntnisse über Besonderheiten der gesundheitlichen Lage von Migrantenkindern und -jugendlichen liefern Erfahrungsberichte von Klinik- und niedergelassenen Ärzten. Sie analysieren u. a., wie der kulturelle Kontext der Kinder und Jugendlichen die Arzt-Patienten-Beziehung und das Krankheitsgeschehen (mit)prägt [Cerci 2002, Pölzelbauer 2001]. Studien und Statistiken zur Kinder- und Jugendgesundheit fehlt bislang eine hinreichende Operationalisierung des Migrantenstatus; sie differenzieren zumeist lediglich nach dem Merkmal der Staatsangehörigkeit. Damit ist es nicht möglich, Aussagen für Aussiedler- und eingebürgerte Kinder und Jugendliche zu treffen. In den seltensten Fällen kann nach Herkunftsland und Aufenthaltsstatus differenziert werden. Eine migrantenspezifische Auswertung von Daten einer repräsentativen Befragung 11- bis 15-jähriger Schülerinnen und Schüler aus Nordrhein-Westfalen zeigt jedoch, dass das Herkunftsland und daran geknüpfte soziokulturelle Hintergründe ein zentrales Merkmal zur Erklärung von Unterschieden im Gesundheitszustand und im Gesundheitsverhalten sind [Settertobulte 2002]. Bezogen auf gesundheitliche Belastungen präsentieren Studien ein recht uneinheitliches Bild: Während die Ergebnisse aus NRW – gemessen an dem Auftreten von Kopf- und Magenschmerzen – auf einen schlechteren Gesundheitszustand von Migranten deuten, ergibt eine Münchener Regionalstudie nur geringfügige Differenzen zwischen deutschen und nichtdeutschen Jugendlichen im Auftreten gesundheitlicher Beschwerden [Settertobulte 2002, Gesundheitsreferat der Landeshauptstadt München 1997]. Es zeichnet sich ab, dass – bezogen auf Alkohol- und Zigarettenkonsum – nicht von einem riskanteren Gesundheitsverhalten der Migrantenjugendlichen gesprochen werden kann [Surall, Siefen 2002, Strobl, Kühnel 2000, Settertobulte 2002]. Bedeutsame Unterschiede scheinen sich dagegen in der Einstellung zu Vorsorgeuntersuchungen zu manifestieren. Darauf deuten Studien hin, die eine schlechtere Zahngesundheit und einen geringeren Impfschutz von Kindern ausländischer Herkunft konstatieren [Gesundheitsamt der Stadt Nürnberg 1997, Stadt Münster 1998]. Ähnliches gilt für den Umgang mit chronischen Krankheiten. Die HbA<sub>1c</sub>-Werte (Hämoglobin-A<sub>1c</sub>) der in zwei Kinderkliniken untersuchten Diabetes-Patienten ausländischer Herkunft lagen signifikant über denen der Patienten deutscher Herkunft [Hecker et al. 1998]. Die schlechtere Stoffwechseleinstellung der Kinder und Jugendlichen ausländischer Herkunft wird u. a. auf andere Ernährungsgewohnheiten,

Krankheitskonzepte und ein geringeres Wissen über Diabetes mellitus bzw. auf fehlende migrantensensible Schulungs- und Therapieangebote zurückgeführt.

Die bisherige Datenlage muss trotz erster Ergebnisse noch als sehr unbefriedigend beurteilt werden: Studien sind regional, auf eine bestimmte Altersspanne, auf ausgewählte Migrantengruppen und/oder Krankheits- und Gesundheitsfelder begrenzt. Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KJS) hat sich zum Ziel gesetzt, erstmals bundesweit aussagefähige Daten über die gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen nicht-deutscher Herkunftssprache zu erheben. Neben einem Erhebungsinstrument, das die Identifikation von Migrantengruppen erlaubt, ist es erforderlich, Migranten proportional zu ihrem Anteil in der Bevölkerung in den Survey einzubeziehen.

### Teilnahmebereitschaft und Stichprobeneffekte

Der Pretest des KJS ergab, dass die Gruppe der Migranten nicht ohne weiteres für eine Teilnahme an einer (Gesundheits-)Untersuchung gewonnen werden kann. Die Pretestphase erstreckte sich auf ein Jahr, erhoben wurde in vier verschiedenen Orten zu jeweils zwei verschiedenen Zeitpunkten. Die Studienteilnehmer und -nichtteilnehmer, die in die folgenden Analysen einbezogen werden, wurden über das Einwohnermelderegister (EMR) nach einem statistischen Zufallsverfahren ausgewählt. Damit sind auch Personen ausländischer Herkunft eingeschlossen, und zwar unabhängig davon, ob sie über einen gesicherten Aufenthaltsstatus verfügten oder nicht. Ausgeklammert bleiben dagegen nicht amtlich registrierte Migranten. Die Brutto-Stichprobe umfasst die verschiedensten Zuwanderergruppen, in der Hauptsache Arbeitsmigranten aus der Türkei und Vietnam, (Spät-)Ausiedler aus Russland und Kasachstan sowie bosnische Kriegsflüchtlinge. Der Migrantenanteil beträgt in der bereinigten Brutto-Stichprobe 14,1% (312 von 2211). Die Probanden wurden schriftlich zur Untersuchung eingeladen und – sofern sie sich

eine Woche vor Untersuchungsbeginn noch nicht gemeldet hatten – telefonisch kontaktiert oder persönlich aufgesucht. Entschieden sich die Adressaten gegen eine Teilnahme oder wurden sie nicht erreicht, wurden die Ausfallgründe in einem Adressprotokoll dokumentiert. Die Untersuchung im Studienzentrum beinhaltete eine Befragung per Fragebogen sowie eine medizinische Untersuchung und ein ärztliches Interview [Kamtsiuris et al. 2002].

Abb. 1 umfasst alle Erhebungspoints, für die das Einwohnermelderegister die Information über die Staatsangehörigkeit bereitstellte. Sie verdeutlicht, dass die Brutto-Stichprobe, so wie sie nach der Ziehung aus dem Einwohnermelderegister vorliegt, den Anteil der Ausländer in der jeweiligen Bevölkerung relativ adäquat widerspiegelt. In der bereinigten Brutto-Stichprobe – nach Abzug der stichprobenneutralen Ausfälle (falsche Adresse bzw. Zielperson ist verzogen, Adressat ist zu alt oder wurde zweimal gezogen) – ist der Ausländeranteil weitaus geringer als der amtliche, was auf die hohe Rate qualitätsneutraler Ausfälle unter Kindern und Jugendlichen mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit zurückzuführen ist. Mit 17,5% ist sie unter Migranten fast doppelt so hoch wie unter Nicht-Migranten (9,6%). Eine geringe Teilnahme vergrößert schließlich die Schere zwischen dem Anteil an Probanden nichtdeutscher Staatsangehörigkeit in der Netto-Stichprobe und dem Anteil amtlich registrierter Ausländer (Abb. 1).

Eine niedrige Teilnahme rate erhöht aber die Gefahr einer Stichproben-Verzerrung für die Gruppe der Migranten, und zwar dann, wenn sich teilnehmende und nichtteilnehmende Migranten nicht zufällig, sondern systematisch unterscheiden. Das würde die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse für die Teilpopulation der Migranten stark einschränken. Eine niedrige Teilnahme rate bedeutet bei Subpopulationen außerdem eine noch kleinere Unterstichprobe, die für die Probanden nichtdeutscher Herkunftssprache kaum detaillierte Auswertungen, z.B. differenziert nach Herkunftsland, zulässt.

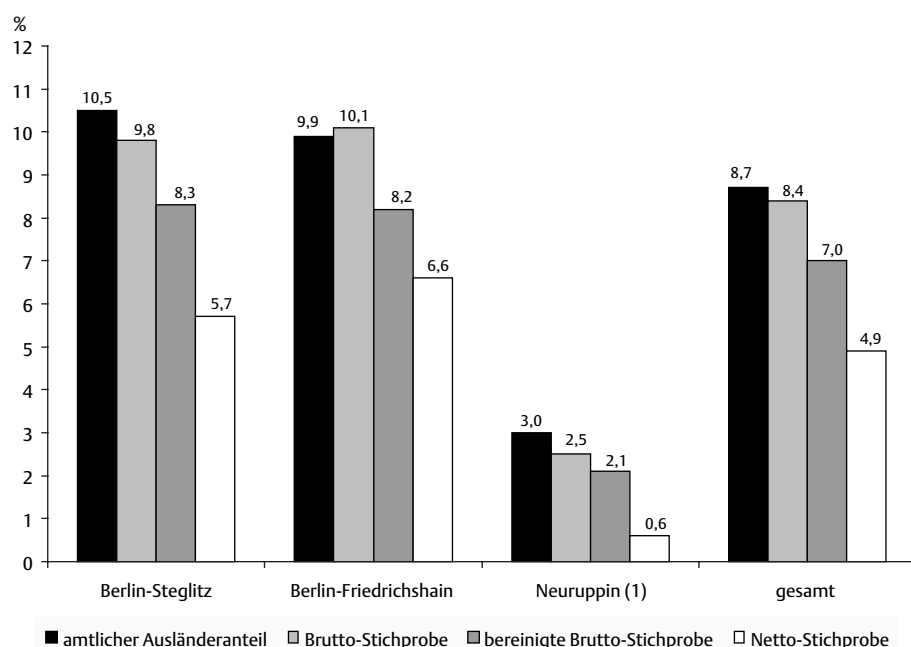


Abb. 1 Vergleich der Ausländeranteile: amtliche Statistik, Brutto-Stichprobe, bereinigte Brutto-Stichprobe und Netto-Stichprobe (EMR-Zugang).

Seit Anfang der 70er-Jahre sind ca. 10 bis 15% der in Deutschland geborenen Kinder nichtdeutscher Staatsangehörigkeit [Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen 2000a]. Werden Aussiedler und eingebürgerte Kinder hinzugezählt, erhöht sich der Anteil der Migrantenkinder auf bis zu 20%. Ihre unzureichende Einbindung würde damit nicht nur eine Stichprobenverzerrung für die Teilpopulation der Migranten bedeuten, sondern auch die Repräsentativität der Stichprobe insgesamt bedrohen. Untersuchungsleitend für den Pretest war daher die Fragestellung, wie Zugangswege und Teilnahmebedingungen für Probanden nichtdeutscher Herkunftssprache optimiert werden können. Das schloss eine differenzierte Analyse des Teilnahmeverhaltens und der Ausfallgründe ein, die sowohl qualitativ als auch quantitativ erhoben wurden. Im Folgenden werden Ergebnisse des Pretests skizziert, um anschließend die daraus für die Hauptphase abgeleitete migrantenspezifische Vorgehensweise vorzustellen.

### Teilnehmerresponse von Migranten

Für die Non-Responder-Analysen wurden Merkmale wie nicht-deutscher Vor- und Zuname zusätzlich zum Merkmal der Staatsangehörigkeit herangezogen, um auch eingebürgerte Migranten und Aussiedler in die Auswertung einzuschließen. Sofern möglich, wird mit dieser erweiterten Migrantenkategorie gearbeitet, da größere Zahlen differenziertere Analysen erlauben. In einigen Fällen kann jedoch nur nach deutscher und nichtdeutscher Staatsangehörigkeit differenziert werden. Aufgrund der geringen Fallzahlen besitzen die Ergebnisse dann nur bedingte Aussagekraft, können aber Tendenzen verdeutlichen.

Mit 44,2% liegt die Teilnahmequote der Migranten signifikant unter der der Nicht-Migranten (57,7%). Die Response unterscheidet sich vor allem nach Herkunftsland und Altersgruppe. Eine ausgesprochen hohe Teilnahmebereitschaft weisen Adressaten mit polnischer Staatsangehörigkeit auf (83,3%), eine eher niedrige Response lässt sich unter Ausländern aus dem ehemaligen Jugoslawien (19%), aus der Türkei (33,3%) und aus Vietnam (33,3%) verzeichnen. Dies schlägt sich in der Netto-Stichprobe nieder: Vor allem Probanden aus dem ehemaligen Jugoslawien und Vietnam sind unterrepräsentiert, während EU-Bürger bzw. Probanden mit amerikanischer sowie Teilnehmer mit polnischer Staatsangehörigkeit deutlich überrepräsentiert sind (Tab. 1).

Während in den jüngeren Altersgruppen die Teilnahmequote bei Kindern und Jugendlichen ausländischer Herkunft sogar über der der Nicht-Migranten liegt, lässt sich eine auffallend geringe Response bei den 14- bis 17-Jährigen mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit feststellen (Abb. 2). Sie bzw. ihre Eltern waren besonders oft nicht erreichbar oder hatten kein Interesse, an der Studie teilzunehmen.

Im Verlauf des Pretests wurden Erhebungsbedingungen modifiziert, um mögliche Effekte auf die Response von Migranten abschätzen zu können. So wurden in Auswertung der qualitativen Non-Responder-Analyse Einladungsschreiben angepasst und in der zweiten Erhebungsrunde versandt. In einem Erhebungspunkt (Friedrichshain/2. Runde) wurden migrantenspezifische Medien in die Öffentlichkeitsarbeit einbezogen und den Adressaten türkischer, russischer und serbokroatischer Herkunftssprache wurde bereits mit dem Erstanschreiben eine Übersetzung desselben beigelegt. Ebenfalls in der zweiten Erhebungsrunde wurde eine übersetzte Fassung des Fragebogens erarbeitet und eingesetzt. Die Wirkung der modifizierten Erhebungsbedingungen kann nicht genau gemessen werden, da auch das Incentive-Konzept verändert wurde. Es kann aber vermutet werden, dass der deutlich höhere Rücklauf in Friedrichshain (2. Runde) von 60,6% vor allem auf die migrantenspezifische Öffentlichkeitsarbeit und die übersetzten Anschreiben zurückzuführen ist. In Wesendorf ist die Response im zweiten Erhebungsdurchgang 11,6% höher als im ersten. Diese Unterschiede in der Response lassen sich u. a. damit begründen, dass hier die ins Russische übersetzte Fragebogenversion zum Tragen kam, da in Wesendorf ein hoher Anteil Russlanddeutscher lebt (Abb. 3).

Analysen des Teilnahmeverhaltens von Migranten beziehen sich bisher ausschließlich auf Untersuchungen, die mit der Erhebungsmethode „mündliches Interview“ realisiert wurden [Allerbeck, Hoag 1985, Koch 1997, Blohm, Diehl 2001]. Zur Teilnahmebereitschaft von Migranten an Gesundheitsstudien mit medizinischem Erhebungsteil liegen keine systematischen Untersuchungen vor. Die Gegenüberstellung der Non-Responder-Gründe (Abb. 4), so wie sie in den Adressprotokollen festgehalten wurden, macht vor allem Folgendes deutlich:

- Mit 7,4% kann zwar ein nicht zu vernachlässigender Teil der Probanden mit Migrationshintergrund aufgrund mangelnder Deutschkenntnisse – weil eine Verständigung erst gar nicht möglich ist – nicht an der Untersuchung teilnehmen, dieser

Tab. 1 Response von Kindern und Jugendlichen mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit im Pretest

Herkunftsland	Brutto-Stichprobe		bereinigte Brutto-Stichprobe		Netto-Stichprobe		
	n	in %	n	in %	n	Anteile in %	Response in %
EU oder USA	13	8,6	10	10	5	13,2	50,0
ehem. UdSSR	16	10,6	9	9	4	10,5	44,4
ehem. Jugoslawien	28	18,5	21	21	4	10,5	19,0
Polen	8	5,3	6	6	5	13,2	83,3
Türkei	31	20,5	21	21	7	18,4	33,3
Vietnam	25	16,6	15	15	5	13,2	33,3
sonstige	30	19,9	18	18	8	21,1	44,4
gesamt	151	100,0	100	100,0	38	100,0	

Abb. 2 Response nach Altersgruppe und Staatsangehörigkeit.

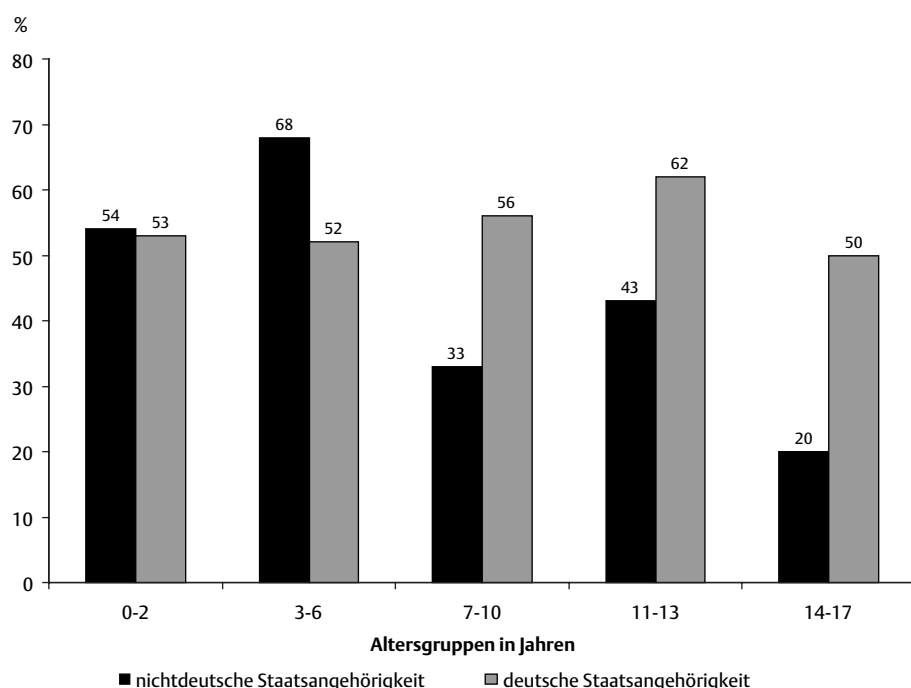
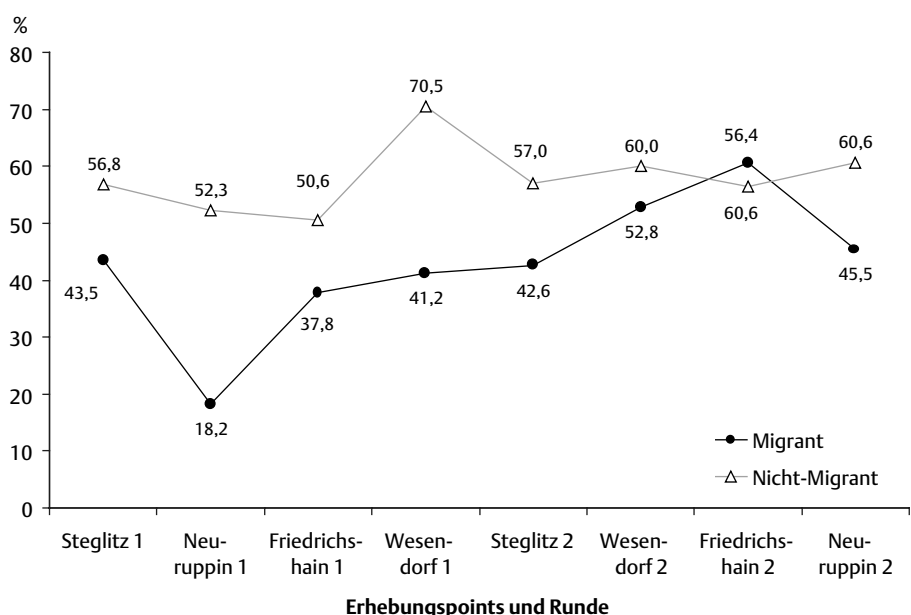


Abb. 3 Response nach Erhebungspoints (n = 2211).



Anteil liegt aber weit unter dem in anderen Studien ermittelten (z.B. ALLBUS 1996: 15,2% [in: Blohm, Diehl 2001]). Das mag zum einen daran liegen, dass mit den Zielpersonen des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (Eltern von bis zu 18-jährigen Kindern) im Unterschied zu bevölkerungsrepräsentativen Studien nicht das gesamte Altersspektrum erfasst wird. Je jünger die Probanden – zumindest unter den Migranten aus ehemaligen Anwerbeländern –, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass ein Schulabschluss in Deutschland möglich war und damit vergleichsweise gute Deutschkenntnisse erworben werden konnten. Zum anderen sind in diesem Anteil nicht diejenigen Eltern enthalten, die sich aufgrund nicht ausreichender Deutschkenntnisse nur partiell oder auch gar nicht an dem Befragungsteil beteiligen konnten, deren Kinder aber einen Fragebogen ausfüllen und/oder an den medizinisch-physikalischen Untersuchungen teilnehmen konnten.

- Wie in anderen Untersuchungen auch waren Migranten im Pretest des KJS schlechter erreichbar als Deutsche. Das kann u. a. damit begründet werden, dass generell die Erreichbarkeit in Großstädten geringer ist als in ländlichen Gebieten, der Anteil an Migranten, die in Großstädten leben, aber wiederum höher ist.
- Der deutlichste Unterschied zwischen Migranten und Nicht-Migranten lässt sich für den Ausfallgrund „kein Interesse, vom Sinn und Zweck der Studie nicht überzeugt“ konstatieren. Da in anderen Studien (reinen Befragungen) eine hohe Kooperationsbereitschaft auf Seiten der Migranten festgestellt wurde, ist zu vermuten, dass diese höhere Ablehnung in der spezifischen Ausrichtung des Gesundheitssurveys – nämlich in der Kopplung von Befragung und medizinischer Untersuchung – begründet ist. Diese Vermutung wird durch die Ergebnisse der qualitativen Non-Responder-Analyse bestätigt.

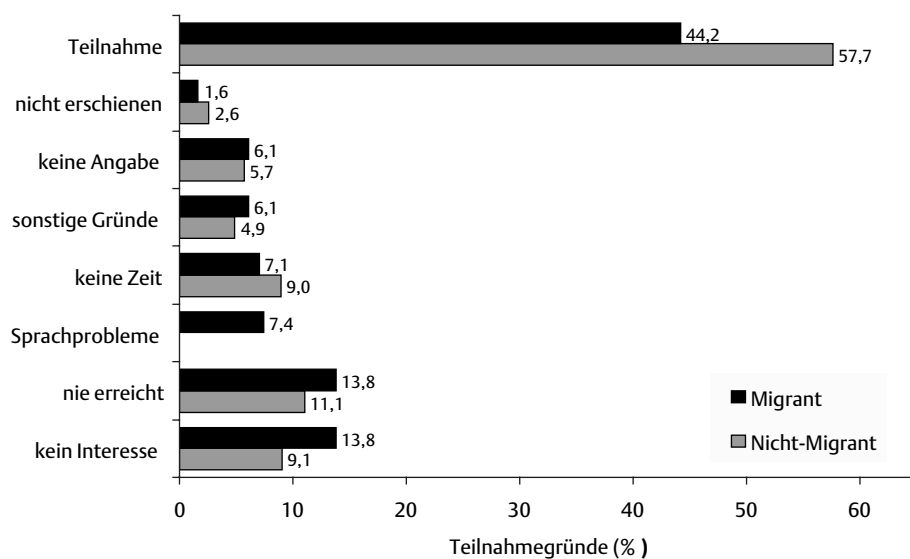


Abb. 4 Vergleich der Ausfallgründe nach Probanden deutscher und nichtdeutscher Herkunftssprache (EMR-Stichprobe) (n = 2211).

### Non-Responder-Orientierungen

Erst mithilfe der Rekonstruktion von (Non-)Responder-Mustern war es möglich, Öffentlichkeitsarbeit und Anschreiben gezielt zu modifizieren und auf migrantentypische Vorbehalte und Ängste einzugehen. Im Folgenden werden Non-Responder-Orientierungen vorgestellt, deren Rekonstruktion auf Gesprächen mit Nichtteilnehmern im Rahmen von Hausbesuchen basiert. In Gedächtnisprotokollen wurden die Gespräche und Beobachtungen aufgezeichnet, Reflexionen über methodisches Vorgehen notiert und erste Interpretationen vorgenommen. Insgesamt wurden 34 Beobachtungsprotokolle erstellt. Die Auswertung der Gedächtnisprotokolle orientierte sich an der dokumentarischen Methode [Bohnsack 1997].

#### Die Teilnahme am Survey – ein überflüssiger Arztbesuch?

Mit dem Anschreiben werden die Probanden zu einer „Untersuchung“ eingeladen. Der Begriff „Untersuchung“ wird von den Non-Respondern nichtdeutscher Herkunftssprache in der Regel mit einer ärztlichen und nicht mit einer wissenschaftlichen Untersuchung gleichgesetzt. Damit wird das Gesundheitsverhalten – nämlich die Einstellung zum Arztbesuch, zu einer Vorsorgeuntersuchung etc. – zu einer zentralen Kategorie für die Teilnahmebereitschaft. Bezogen auf die Teilnahme an medizinischen Untersuchungen lassen sich unterschiedliche Orientierungen unter den Non-Respondern ausmachen, die davon abhängig sind, welche Art der medizinischen Untersuchung mit dem Survey verbunden wird.

Typisch für Non-Responder, die den Survey mit einer Vorsorgeuntersuchung gleichsetzen, ist, dass diese als überflüssig erachtet wird, da medizinische Untersuchungen nur bei Krankheit für erforderlich gehalten werden. Die ablehnende Einstellung gegenüber Vorsorgeuntersuchungen ist keine migrantentypische, sondern auch in Abhängigkeit vom sozialen Status zu sehen. So belegen neuere empirische Ergebnisse eine Abnahme der Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen mit geringerem sozioökonomischen Status [Mielck 2000]. Der ablehnenden Haltung gegenüber Vorsorgeuntersuchungen kann eine symptomgebundene Krankheitsauffassung zugrunde liegen: Symptomfrei be-

deutet gesund zu sein. Sie kann auch mit einer fatalistischen Krankheitsauffassung einhergehen: Die Gesundheit liegt in einer fremden Macht. Diese eher passive Krankheitseinstellung unterschätzt den Zusammenhang zwischen eigenem (gesundheitsbezogenem) Verhalten und Gesundheitszustand [Becker 2001]. Schließlich kennen zahlreiche Migrantengruppen präventive Maßnahmen aus ihren Herkunftsländern nicht. Die Teilnahme am Survey wird auch dann ausgeschlagen, wenn Probanden Vorsorgeuntersuchungen zwar positiv gegenüberstehen, eine solche aber noch nicht so lange zurückliegt. Von einer Teilnahme am Survey wird kein Informationsgewinn mehr erwartet.

In einem weiteren Orientierungsmuster wird der Survey als Institution verstanden, die die generelle medizinische Betreuung des Kindes übernehmen will. Hier wird befürchtet, dass die Gesundheitspflege den Eltern aus der Hand genommen wird. Der Survey wird daher als exteriore Maßregelung empfunden.

Schließlich besteht die Orientierung, dass der Survey ein lästiger Arztbesuch sei, von denen schon genug absolviert werden müssten.

#### Zum Auswahlmodus: ausgewählt oder auserwählt?

Die Auswahl der Probanden erfolgt zufällig, also für den Einzelnen unerwartet. Ob der Zufall als glücklicher gewertet wird, hängt u. a. davon ab, ob die Probanden an den Zufall der Auswahl glauben oder Ängste haben, mit (negativer) Absicht, also nicht zufällig, angeschrieben worden zu sein. Solche Ängste bestehen vor allem dann, wenn der Aufenthalt nicht gesichert ist und eine Abschiebung befürchtet wird. „Na, ich bin doch auserwählt worden!“, antwortet dagegen die 14-jährige T. auf die Frage, warum sie an der Studie teilgenommen habe. Der Zufall der Auswahl wird hier mit etwas Besonderem, einer Auszeichnung, gleichgesetzt. Das Besondere bleibt jedoch nicht abstrakt. Es bedeutet, dass die Ziele der Studie positiv besetzt werden und ein persönlicher Nutzen gesehen wird.

Es ist den Probanden wichtig, nachvollziehen zu können, wie sie und warum gerade sie ausgewählt werden. Dies verdeutlichen zahlreiche Nachfragen der Non-Responder. Das Nicht-Wissen

um die Zufälligkeit der Auswahl kann sogar zur Ablehnung der Studie führen, auf jeden Fall kann sich das Wissen um den Zufall stimulierend auswirken.

### Angst vor zusätzlichen Kosten

Obgleich in dem Anschreiben, das die Probanden erhalten, der Hinweis enthalten ist, dass die Untersuchungen kostenlos sind, fragten Probanden immer wieder, ob die Untersuchungen etwas kosten würden und sie zum Untersuchungstermin Geld mitbringen müssten. Es bestehen Ängste, dass ihnen eine zahlungspflichtige Leistung verkauft werden soll. Asylsuchende und Kriegsflüchtlinge haben zudem nach dem Asylbewerberleistungsgesetz nur einen begrenzten Anspruch auf medizinische Leistungen. Das Asylbewerberleistungsgesetz reduziert die Versorgungsleistungen für diese Gruppe auf akute Erkrankungen und Schmerzzustände sowie Schwangerenbetreuung und Impfschutz. Alles darüber Hinausgehende muss selbst getragen werden. Dies wird auch bei dem Survey befürchtet.

### Generationenspezifische Orientierungen

Die Zugehörigkeit zu einer Generation konstituiert einen gemeinsamen Erfahrungsraum. Das bedeutet gemeinsames Erleben zeitgeschichtlicher Veränderungen, gleichartige Sozialisationsprozesse und auch ähnliches Verarbeiten der Migration. Die Beobachtungen legen nahe, dass sich die (Non-)Responder-Orientierungen generationenabhängig unterscheiden. Waren Eltern der Studie gegenüber ablehnend oder desinteressiert, so zeigten sich ihre Kinder im persönlichen Gespräch häufig interessiert und aufgeschlossen dem Vorhaben gegenüber. Dass die Kinder in der Regel nichts von der Studie wussten, kann entweder heißen, dass die Eltern die Einladungsschreiben gar nicht erst zur Kenntnis genommen haben (sprachliche Hürden/auf amtliche Schreiben bezogene Barrieren etc.) oder dass die Kinder nicht in die Teilnahme-Entscheidung einbezogen wurden.

### Der Survey – ein Experiment

Das Misstrauen gegenüber dem Survey transportiert in zugespitzter Weise die Aussage: „Meine Kinder sind keine Versuchskaninchen.“ Es ist wichtig, zur Kenntnis zu nehmen, welche Befürchtungen sich hinter dieser Aussage verbergen, um diesen ggf. entgegenwirken zu können. Zunächst einmal impliziert der von einer Non-Responderin verwendete pejorative Begriff „Versuchskaninchen“ Unmenschlichkeit, Individuen werden zu Versuchstieren degradiert. Weiterhin verbinden sich mit dem Begriff: kommerzielle Zwecke bzw. kein eigener Nutzen; unlautere Absichten; Gefahr für Leib und Seele – ein ungewisser Ausgang; Ausgeliefertsein; überflüssige Studien; Tests/Experimente; Spritzen. Insbesondere die angestrebte Blutentnahme führt zu dieser ablehnenden Haltung. Becker et al. [2001] begründen mit der Blutentnahme verbundene Ängste damit, dass der Blutverlust (bei Patienten türkischer Herkunft) mit der Schwächung des Menschen gleichgesetzt wird; dass das Blut als eine konstante Menge betrachtet wird, die nicht regenerierbar ist und dass die Menge des Blutes im Körper unterschätzt, die abgegebene aber überschätzt wird.

### Gesundheitskontrolle

Ausländer, die in Gemeinschaftsunterkünften untergebracht werden, sind verpflichtet, sich nach der Einreise einer medizinischen Untersuchung auf Infektionskrankheiten zu unterziehen.

In der Regel betrifft das die Gruppe der Asylbewerber und Kriegsflüchtlinge. Gesundheitsuntersuchung wird von ihnen auch mit einer Gesundheitskontrolle verbunden, die insbesondere vor dem Hintergrund der Aufenthaltsunsicherheit Misstrauen schürt.

Nicht alle vorgestellten Non-Responder-Orientierungen sind migrantentypisch oder kulturspezifisch geprägt. Die Mehrzahl der Orientierungen basiert auf der Annahme, dass der Survey eine medizinische Untersuchung sei. Diese Annahme begegnet einem auch bei Nicht-Migranten, migrationsbedingte Faktoren wie sprachbezogene Unsicherheiten und fehlendes Wissen über die Aufnahmegesellschaft begünstigen sie aber.

### Teilnahmemotive

Was des einen Motiv zur Nichtteilnahme ist des anderen Motiv zur Teilnahme. Handlungsleitend sind vor allem drei Teilnahmemotive: die Überprüfung des Gesundheitszustandes ohne akuten Anlass, die Klärung eines konkreten gesundheitsbezogenen Problems und – wie bereits angeführt – der Zufall der Auswahl.

Die Möglichkeit, sich ohne akuten Anlass „mal durchchecken zu lassen“, ist ein ganz wesentliches Teilnahmemotiv sowohl für teilnehmende Eltern als auch für teilnehmende Jugendliche nichtdeutscher Herkunftssprache. Hier unterscheiden sich Migranten nicht von den Teilnehmern deutscher Herkunftssprache. Eine im Rahmen des Pretests durchgeführte Akzeptanzbefragung unter Studienteilnehmern ergab, dass der Informationsgewinn über den Gesundheitszustand generell der häufigste Teilnahmegrund ist.

Im Umgang mit konkreten gesundheitsbezogenen Problemen haben entweder die Jugendlichen selbst Klärungsbedarf oder Eltern nutzen die Surveyteilnahme, um die Kinderärztin in aktuellen Fragen zu konsultieren und sich so ggf. einen Arztbesuch zu sparen.

### Migrantenspezifische Vorgehensweise für die Hauptphase

Die Einbindung von Migranten in den Kinder- und Jugendsurvey entsprechend ihres Anteils in der Bevölkerung geht mit einem erhöhten Aufwand einher. Die Bemühungen erstrecken sich vor allem auf die Teilnehmergeinnung sowie auf die Schaffung von Untersuchungsbedingungen, die Migranten eine vollständige Teilnahme an der Untersuchung (einschließlich der Beantwortung des Fragebogens) möglich machen.

### Stichprobenziehung (Oversampling)

Um die hohe Rate qualitätsneutraler Ausfälle (in der Mehrzahl der Fälle ist der Adressat verzogen) zu kompensieren, werden Kinder und Jugendliche mit nichtdeutscher Staatszugehörigkeit aus dem Einwohnermelderegister in doppeltem Umfang gezogen. Die Erfahrungen des Bundes-Gesundheitssurveys von 1998 zeigen, dass dies allerdings keine Gewähr dafür ist, dass Migranten in der Stichprobe ausreichend präsentiert sind. Es sind also flankierende Maßnahmen der Teilnehmergeinnung erforderlich.

### Einladungsschreiben

Dem Einladungsschreiben kommt als „Eingangspforte“ eine zentrale Bedeutung zu. Es ist das Medium, über das sich im Wesentlichen die Teilnahmeanreize vermitteln. Der Pretest zeigte, dass übersetzte Einladungsschreiben, die dem deutschsprachigen Anschreiben beigelegt werden, die Teilnahmebereitschaft erhöhen. Das Einladungsschreiben wird daher in folgende Sprachen übersetzt: Türkisch, Russisch, Serbokroatisch, Arabisch und Vietnamesisch und es wird mit dem deutschsprachigen Erstanschreiben versandt. Da Kinder mit doppelter Staatsangehörigkeit in der Regel mit der deutschen geführt werden, wird aus dem Einwohnermelderegister das Merkmal der Staatsangehörigkeit der Eltern angefordert. Damit vergrößert sich die Zahl derjenigen, denen ein übersetztes Anschreiben zugeordnet werden kann. Die Zuordnung des übersetzten Anschreibens anhand des Merkmals der nichtdeutschen Staatsangehörigkeit vernachlässigt Eingebürgerte sowie Aussiedler, bei denen sprachbezogene Schwierigkeiten aber nicht ausgeschlossen werden können. Sofern das Einwohnermeldeamt nicht über das Merkmal der Staatszugehörigkeit verfügt, ist gar keine Zuordnung der Anschreiben möglich. Um hier den Adressatenkreis zu erweitern, wird eine von Humpert und Schneiderheinze [2000, 2002] entwickelte Namenszuweisungssystematik eingesetzt. Mittels dieser können Vor- und Zunamen einer bestimmten Sprachengruppe computergestützt zugeordnet werden.

Darüber hinaus wird das Einladungsschreiben im Ergebnis der qualitativen Non-Responder-Analyse inhaltlich angepasst. Das bedeutet, auf Ängste und Vorbehalte, die einer Teilnahme entgegenstehen, einzugehen, aber auch Teilnahmemotive zu verstärken. Bezogen auf den Sprachduktus sind Einladungsschreiben gewöhnlich mittelschichtzentriert. Das verlangt nicht nur ein relativ hohes Sprachniveau, sondern setzt auch Wissen über die Aufnahmegesellschaft voraus. Es werden im Anschreiben möglichst einfache Formulierungen gewählt, es wird auf Fachwörter weitestgehend verzichtet und es werden ggf. die Aufnahmegesellschaft betreffende Hintergründe erklärt.

### Hausbesuche

Eine telefonische Kontaktaufnahme bzw. ein Hausbesuch bei Non-Respondern ist für den Zugang zu Migranten unverzichtbar. Ziele und Erhebungsinhalte der Studie können veranschaulichend dargestellt und teilnahmemotivierende Zusatzinformationen gegeben sowie Ängste bzw. Vorbehalte ausgeräumt werden. Viele Fragen lassen sich erst im mündlichen Gespräch klären. Das Gespräch wird einen Hinweis auf die mögliche Kinderbetreuung und bei auffallenden Sprachproblemen die Bitte enthalten, einen Bekannten oder Verwandten als Dolmetscher mitzubringen.

### Untersuchungssituation

Bei der Gestaltung der Erhebungssituation werden kulturelle Besonderheiten beachtet. So wird im Feldteam nach Möglichkeit eine Krankenschwester bzw. eine Ärztin tätig sein, so dass Mädchen von einer Frau untersucht werden können. Auch wird dem u.U. größeren Schamgefühl Rechnung getragen.

Die Untersuchung von Probanden, die über keine für die Befragung ausreichenden Deutschkenntnisse verfügen, wird nach festgelegten Standards (Stufenmodell) durchgeführt. Die mit

dem Fragebogen verbundenen Anforderungen an das Sprachvermögen der Probanden sind sehr hoch. Selbst gute Deutschkenntnisse sind oft nicht ausreichend. Nach Maßgabe des Pretests muss davon ausgegangen werden, dass ca. 20% der teilnehmenden Probanden nichtdeutscher Herkunftssprache den Fragebogen gar nicht ausfüllen oder nur soziodemographische Mindestangaben machen können. Um dennoch repräsentative Fragebogen-Daten für die Gruppe der Migranten zu gewinnen und Migranten trotz vorhandener Sprachbarrieren die Teilnahme an der Befragung zu ermöglichen, wird der Eltern-Fragebogen in ausgewählte Sprachen übersetzt.

Für Probanden, in deren Herkunftssprache kein Fragebogen vorliegt, werden neben den Messdaten zumindest soziodemographische Basisdaten (Alter und Geschlecht des Kindes, Staatsangehörigkeit, Geburtsland, Einreisejahr, Aufenthaltsstatus und Erwerbsstatus beider Elternteile) erfasst. Gleiches gilt für Probanden, die weder in der deutschen noch in ihrer Muttersprache über ausreichende Kenntnisse verfügen und daher den übersetzten Fragebogen nicht beantworten können. Darüber hinaus werden mit dem Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), der im Internet in 47 verschiedenen Sprachen abrufbar ist, Daten zur psychischen Gesundheit erhoben.

### Erhebungsinstrument

Migrantenspezifische Auswertungen scheitern nicht nur an den geringen Fallzahlen, sondern auch an fehlenden Instrumenten zur Erfassung des Migrantenstatus. Mit dem für die Befragung des Kinder- und Jugend surveys erarbeiteten Instrument wird es möglich, Migranten (inkl. Eingebürgerte, Aussiedler und Kinder mit doppelter Staatsangehörigkeit) und Kinder, die in binationalen Familien leben, zu identifizieren. Es kann außerdem nach Aufenthaltsdauer, Einreisealter und verfestigtem/unsicherem Aufenthaltsstatus differenziert werden.

### Operationshandbuch

Das Operationshandbuch beschreibt detailliert die einzelnen Vorgehensweisen und Handgriffe für die im Feld arbeitenden Personen. Es wird einen gesonderten Teil enthalten, in dem die auf Migranten bezogene Vorgehensweise erklärt wird. Damit soll ein standardisiertes Vorgehen möglich werden.

### Schulung

Im Rahmen der Schulung wird dem jeweiligen Feldteam der Stellenwert der Migrantenthematik nahe gebracht. Die Projektmitarbeiter werden mit der migrantenspezifischen Vorgehensweise sowie mit kulturellen und migrationsbedingten Besonderheiten vertraut gemacht. Damit soll auch die interkulturelle Kompetenz des Feldteams gestärkt werden.

### Öffentlichkeitsarbeit

Muttersprachliche Medien stellen eine wesentliche Informationsquelle für Migranten dar. Ein nicht zu vernachlässigender Teil der Migranten nutzt sogar ausschließlich Medien der eigenen Herkunftssprache [Jordanova-Duda 2002]. Migrantengruppen wie Kriegsflüchtlinge und Asylbewerber verfügen häufig weder über die sprachlichen Voraussetzungen noch über die finanziellen Mittel, (deutsche) Zeitungen zu rezipieren. Ihre Informationsquellen sind vor allem das muttersprachliche Fernsehen und Radio. Eine migrantenspezifische Öffentlichkeitsarbeit er-



wies sich zudem im Pretest als wirksamer Faktor, der die Teilnahmebereitschaft von Adressaten nichtdeutscher Herkunftssprache erhöht. Sie wird das für die verschiedenen Migrantengruppen jeweils spezifische Spektrum an überregionalen und lokalen Medien (Printmedien, Rundfunk und Fernsehen) berücksichtigen. Es werden öffentlich-rechtliche Sender, private Medienanstalten und Eigenorganisationen bzw. Beratungsstellen, die Medien für in Deutschland lebende Migranten herausgeben, in die Öffentlichkeitsarbeit einbezogen. Dabei ist zu beachten, dass fremdsprachige Zeitungen häufig nur monatlich oder sogar vierteljährlich erscheinen. Hier ist also ein entsprechender Vorlauf nötig. Darüber hinaus werden Eigenorganisationen, Ausländer- und Aussiedlerbeauftragte, Beratungsstellen sowie der Arbeitskreis „Migration und Gesundheit“ über das Vorhaben bzw. erste Ergebnisse informiert und als Multiplikatoren genutzt.

Die inhaltliche Gestaltung der Öffentlichkeitsarbeit (Pressemitteilungen) berücksichtigt die im Pretest ermittelten migrantenspezifischen Teilnahmebarrieren.

### Qualitätssicherung

Da die Einbeziehung von Migranten besondere Anforderungen an die Erhebung stellt, ist eine Qualitätssicherung von großer Bedeutung. Die Qualitätssicherung gewährleistet nicht nur, dass die im Operationshandbuch für den Migrantenzugang fixierten Standards eingehalten werden. Gleichzeitig werden im Laufe der drei Erhebungsjahre der Migrantenzugang sowie der Umgang mit Migranten in der Feldarbeit weiter optimiert. Qualitätssichernde Aufgaben umfassen die Schulung des Feldteams sowie die Evaluation der Feldarbeit.

Die Teilnahmequote ist ein Prüfkriterium, das den auf Migranten bezogenen Erfolg misst. Kontinuierliche Non-Responder-Analysen geben Auskunft über die Response von Adressaten nichtdeutscher Herkunft. Zielgruppenorientierte Rücklaufanalysen bieten darüber hinaus die Möglichkeit, Bemühungen (Öffentlichkeitsarbeit, Hausbesuche) für einzelne Migrantengruppen gezielt verstärken zu können. Voraussetzung für Non-Responder-Analysen ist die Erfassung des Migrantensstatus der Nicht-Teilnehmer. Es werden daher genaue Vorgaben gemacht, wie der Migrantensstatus im Adressprotokoll dokumentiert wird, auch wenn Zielpersonen nicht erreichbar sind oder kein Non-Responder-Kurzinterview geben möchten.

Im Zentrum von Feldbesuchen stehen die standardgerechte Durchführung der Untersuchung sowie Interaktionen zwischen Feldvorbegeher, Interviewerin, Krankenschwester oder Ärztin und Probanden nichtdeutscher Herkunftssprache. Es werden Probleme auf den verschiedenen Akteurebenen dokumentiert sowie die Untersuchung hemmende Orientierungsdivergenzen, kulturelle Missverständnisse u.Ä. identifiziert. Der Feldvorbegeher wird bei Non-Responder-Hausbesuchen begleitet, um Strategien der Teilnahmergewinnung zu evaluieren. Darüber hinaus wird ein Sample von Teilnehmern nichtdeutscher Herkunft nach Akzeptanz und Untersuchungsablauf befragt. Die Ergebnisse der Evaluation werden zeitnah an das Feldteam rückgekoppelt.

### Datenauswertung

Zur gesundheitlichen Situation von Migrantenkindern sind kaum Daten vorhanden, so dass erstmalig der Status quo von Kindern und Jugendlichen nichtdeutscher Herkunftssprache beschrieben werden kann. Migranten sind eine sehr heterogene Gruppe. Daher werden Auswertungen nicht nur nach dem Merkmal „Migrant/Nicht-Migrant“ vorgenommen, sondern es wird nach relevanten Merkmalen differenziert wie Herkunftsregion, aufenthaltsrechtlicher Hintergrund, Aufenthaltsdauer, Einreisejahr und Geschlecht. Generell wird bei der Interpretation der Daten der Migrationshintergrund berücksichtigt. Für einige Fragebogenkomplexe werden Konsistenzprüfungen vorgenommen, um Messfehler („item-bias“) auszuschließen und eine Vergleichbarkeit zu gewährleisten.

### Ausblick

Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey hat sich zum Ziel gesetzt, erstmals bundesweit aussagefähige, belastbare Daten zum Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen aus Migrantenfamilien bereitzustellen. Das setzt eine angemessene Einbindung der Migranten, proportional zu ihrem Anteil in der Bevölkerung, voraus. Um kulturelle und migrationsbedingte Teilnahmebarrieren zu überwinden, werden zusätzliche Anstrengungen unternommen. Im Mittelpunkt des Interesses einer migrantensensiblen Datenauswertung und Berichterstattung stehen die gesundheitlichen Folgen der besonderen Lebensbedingungen von Kindern und Jugendlichen aus Migrantenfamilien. Dies schließt nicht nur eine möglichst differenzierte Betrachtung der Lebensumstände, der soziokulturellen und migrationsbedingten Hintergründe mit ein, sondern auch die Frage nach dem Zusammenhang von Migrationslagerung und Gesundheit sowie nach diesen Zusammenhang beeinflussenden Faktoren und vermittelnden Mechanismen. Besonderes Augenmerk gilt dabei auch dem gesundheitsrelevanten Verhalten, da dies Ansatzmöglichkeiten für präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen bietet. Da wir erst am Beginn einer migrantensensiblen Gesundheitsforschung stehen, wird es auch darum gehen, Fragestellungen und Erhebungsinstrumente weiterzuentwickeln sowie weitergehenden Forschungsbedarf aufzuzeigen.

### Literatur

- 1 Allerbeck KR, Hoag WJ. Wenn Deutsche Ausländer befragen. Ein Bericht über methodische Probleme und praktische Erfahrungen. Zeitschrift für Soziologie 1985; 14: 241–246
- 2 Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen. Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Ausländerfragen über die Lage der Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin, Bonn 2000
- 3 Becker SA, Wunderer E, Schultz-Gambard J. Muslimische Patienten. Ein Leitfadens zur interkulturellen Verständigung in Krankenhaus und Praxis. München, Bern, Wien, New York: W. Zuckschwerdt Verlag 2001
- 4 Blohm M, Diehl C. Wenn Migranten Migranten befragen. Zum Teilnahmeverhalten von Einwanderern bei Bevölkerungsumfragen. Zeitschrift für Soziologie 2001; 30: 223–242
- 5 Bohnsack R. Dokumentarische Methode. In: Hitzler R, Honer A (Hrsg). Sozialwissenschaftliche Hermeneutik Opladen: Leske + Budrich 1997
- 6 Bohnsack R, Nohl AM. Adoleszenz und Migration-Empirische Zugänge einer praxeologisch fundierten Wissenssoziologie. In: Bohnsack R, Marotzki W (Hrsg). Biographieforschung und Kulturanalyse. Transdis-

zipliniäre Zugänge qualitativer Forschung Opladen: Leske + Budrich 1998; 260–282

- <sup>7</sup> Boos-Nünning U. Armut und Unterversorgung im Kindes- und Jugendalter. In: Butterwegge C (Hrsg). *Kinderarmut in Deutschland. Ursachen, Erscheinungsformen und Gegenmaßnahmen* Opladen: Campus 2000; 150–173
- <sup>8</sup> Boos-Nünning U, Otyakmaz BÖ. Deutschsprachige wissenschaftliche Literatur zu Migration und Sucht. In: Boos-Nünning U et al (Hrsg). *Migration und Sucht. Eine Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft 2002; 8–84*
- <sup>9</sup> Cerci F. Migration und Gesundheit der Kinder und Jugendlichen in Deutschland. Vortrag vom 20. Februar 2002 im Haus der Stiftung Demokratie in Saarbrücken in Zusammenarbeit mit der Fachgruppe und dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte. <http://www.kinder-aerzte-lippe.de/Saarbruecken.htm> 12.9.2002
- <sup>10</sup> David M, Borde T, Kentenich H (Hrsg). *Migration – Frauen – Gesundheit im europäischen Kontext*. Frankfurt am Main: Mabuse 2000
- <sup>11</sup> Gesundheitsamt der Stadt Nürnberg (Hrsg). *Stadtteilgesundheitsbericht Gostenhof. Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen*. Stadt Nürnberg 1997
- <sup>12</sup> Gesundheitsreferat der Landeshauptstadt München (Hrsg). *Jugendgesundheit. Schwerpunktbericht im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung der Landeshauptstadt München*. München 1997
- <sup>13</sup> Hecker W, Bartus B, Heinze E et al. Stoffwechseleinstellung des Diabetes mellitus Typ 1 bei Kindern und Jugendlichen deutscher und ausländischer Herkunft. *Diabetes und Stoffwechsel* 1998; 7: 177–180
- <sup>14</sup> Humpert A, Schneiderheinze K. Stichprobenziehung für telefonische Zuwandererumfragen. Einsatzmöglichkeiten der Namensforschung. *ZUMA-Nachrichten* 2000; 47: 36–64
- <sup>15</sup> Humpert A, Schneiderheinze K. Stichprobenziehung für telefonische Zuwandererumfragen. Praktische Erfahrungen und Erweiterung der Auswahlgrundlage. In: Gäbler S, Häder S (Hrsg). *Telefonstichproben. Methodische Innovationen und Anwendungen in Deutschland* Münster: Waxmann-Verlag 2002; 187–208
- <sup>16</sup> Jordanova-Duda M. Zappen zwischen den Sprachen. <http://www.iso-plan.de/aid/2001-3/medien.htm> vom 19.2.2002
- <sup>17</sup> Kamtsiuris P, Bergmann KE, Dippelhofer A et al. Der Pretest des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys: Methodische Aspekte und Durchführung. *Gesundheitswesen* 2002; 64 (Sonderheft 1): 99–106
- <sup>18</sup> Koch A. Teilnahmeverhalten beim Allbus 1994. *Soziodemographische Determinanten von Erreichbarkeit, Befragungsfähigkeit und Kooperationsbereitschaft*. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 1997; 49: 98–122
- <sup>19</sup> Mielck A. *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten* Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber 2000
- <sup>20</sup> Pölzelbauer K. Psychosomatische Störungen bei ausländischen Kindern. Vortrag auf dem 36. Kongress der Ärztekammer Nordwürttemberg. [http://www.aerztekammer-bw.de/Homepage/fortbild/kongress/b15/B15\\_5.pdf](http://www.aerztekammer-bw.de/Homepage/fortbild/kongress/b15/B15_5.pdf) 12.9.2002
- <sup>21</sup> Settertobulte W. Gesundheitliche Lage und Risikoverhalten bei Jugendlichen aus Migrantenfamilien. In: Marschalck P, Wiedl KH (Hrsg). *Migration und Krankheit* Osnabrück: Universitätsverlag Rasch 2002
- <sup>22</sup> Stadt Münster. *Zur Gesundheitssituation der Flüchtlingskinder. Statistische und epidemiologische Darstellung einiger ausgewählter Gesundheitsindikatoren* Münster: Stegemöller 1998
- <sup>23</sup> Strobl R, Kühnel W. *Dazugehörig und ausgegrenzt. Analysen zu Integrationschancen junger Aussiedler* Weinheim, München: Juventa 2000
- <sup>24</sup> Surall D, Siefen RG. Prävalenz und Risikofaktoren des Drogenkonsums von türkischen und Aussiedler-Jugendlichen im Vergleich zu deutschen Jugendlichen. Eine Dunkelfelderhebung bei Schülern der Stadt Marl. In: Boos-Nünning U et al (Hrsg). *Migration und Sucht. Eine Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft 2002; 151–225*