

Journal of Health Monitoring · 2019 4(1)
DOI 10.25646/5870
Robert Koch-Institut, Berlin

Claudia Santos-Hövenner, Maria Schumann,
Patrick Schmich, Antje Gößwald,
Alexander Rommel, Thomas Ziese,
Thomas Lampert

Robert Koch-Institut, Berlin
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheits-
monitoring

Eingereicht: 25.10.2018
Akzeptiert: 06.12.2018
Veröffentlicht: 14.03.2019

[Hier gelangen Sie zum
Journal of Health Monitoring 1/2019:
»Soziale Unterschiede in Deutschland:
Mortalität und Lebenserwartung«
- kapitelweise](#)

Verbesserung der Informationsgrundlagen zur Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund. Projektbeschreibung und erste Erkenntnisse von IMIRA

Abstract

Deutschland ist ein Einwanderungsland und fast ein Viertel der Bevölkerung hat einen Migrationshintergrund. Daher besteht zunehmend Bedarf an verlässlichen Informationen zur gesundheitlichen Situation von Menschen mit Migrationshintergrund. Dem Robert Koch-Institut kommt in diesem Kontext die Aufgabe zu, das Gesundheitsmonitoring auszubauen und Menschen mit Migrationshintergrund möglichst repräsentativ entsprechend ihrem Anteil in der Bevölkerung in Befragungs- und Untersuchungssurveys einzubeziehen. Der Gesundheitsstatus von Menschen mit Migrationshintergrund soll adäquat widerspiegelt werden, was bisher im Rahmen der repräsentativen Befragungs- und Untersuchungssurveys des Robert Koch-Instituts für Erwachsene nur unzureichend gelungen ist. Daher wurde Ende 2016 das Projekt Improving Health Monitoring in Migrant Populations (IMIRA) initiiert, das auf die Erweiterung des Gesundheitsmonitorings des Robert Koch-Instituts auf Menschen mit Migrationshintergrund abzielt und langfristig deren Einbindung in die Gesundheitssurveys verbessern soll. Dies beinhaltet zum einen die Durchführung zweier Machbarkeitsstudien, in denen Zugangswege und Rekrutierungsstrategien im Rahmen von Befragungsstudien getestet und Maßnahmen zur Überbrückung von Sprachbarrieren in Untersuchungssurveys entwickelt wurden. Zur Erweiterung der Gesundheitsberichterstattung zu Migration und Gesundheit werden ein Berichtskonzept und ein Kernindikatorensatz entwickelt und zudem (Sekundär-)Datenquellen auf ihre Nutzbarkeit geprüft. Ebenso ist die Überprüfung und Weiterentwicklung relevanter migrationsspezifischer Erhebungsinstrumente und Indikatoren sowie eine intensiviertere Vernetzung mit relevanten Akteurinnen und Akteuren vorgesehen.

📍 MIGRATION · MIGRATIONS Hintergrund · GESUNDHEITSMONITORING · GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG

1. Einleitung

Die Bundesrepublik Deutschland ist ein Einwanderungsland. Fast ein Viertel der hier lebenden Personen haben einen Migrationshintergrund (23,6%), das heißt, dass sie selbst oder mindestens ein Elternteil nicht mit deutscher

Staatsangehörigkeit geboren wurden [1]. Von den 19,3 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund besitzt etwa die Hälfte die deutsche Staatsangehörigkeit (51,1%) und über zwei Drittel (68,4%) sind selbst zugewandert. Die häufigsten Herkunftsländer aller Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland sind die Türkei (2,8 Millionen),

Infobox

Das **Gesundheitsmonitoring** am Robert Koch-Institut hat die Aufgabe, kontinuierlich Entwicklungen im Krankheitsgeschehen sowie im Gesundheits- und Risikoverhalten in Deutschland zu beobachten. Darüber hinaus sollen Trends und Veränderungen der gesundheitlichen Lage identifiziert und diese im Verhältnis zu bisherigen oder zukünftigen Präventionsmaßnahmen analysiert werden. Das Gesundheitsmonitoring wird im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit durchgeführt. Zentraler Bestandteil des Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut sind die drei Gesundheitsstudien (1) Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS), (2) Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) und (3) Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA). Ab 2020 wird der nächste bundesweite Befragungs- und Untersuchungssurvey für Erwachsene, die „Gesundheits- und Ernährungsstudie in Deutschland (gern)“, in Kooperation mit dem Max Rubner-Institut durchführt.

Die **Gesundheitsberichterstattung** des Bundes (GBE) berichtet regelmäßig über die gesundheitliche Lage der Bevölkerung in Deutschland. Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes stellt eine fachliche Grundlage für politische Entscheidungen bereit und bietet allen Interessierten eine datengestützte Informationsgrundlage. Darüber hinaus dient sie der Erfolgskontrolle durchgeführter Maßnahmen und trägt zur Entwicklung und Evaluierung von Gesundheitszielen bei.

Polen (2,1 Millionen), die Russische Föderation (1,4 Millionen), Kasachstan (1,2 Millionen) und Rumänien (0,9 Millionen) [1, 2]. Betrachten wir lediglich Menschen mit nicht deutscher Staatsangehörigkeit, sind die fünf häufigsten Nationalitäten die Türkei, Polen, Syrien, Italien und Rumänien [3].

Menschen, die nach Deutschland migrieren, sind nicht generell häufiger krank, bringen aber unterschiedliche gesundheitliche Ressourcen und Belastungen mit. Diese können nach Herkunftsregion und den Erfahrungen, die vor, während und nach dem Migrationsprozess gemacht wurden, stark variieren. Die Heterogenität dieser Zuwanderergruppen, sowohl in kultureller und sprachlicher Hinsicht als auch in Bezug auf die Ursachen der Migration sowie die Versorgungsbedarfe, stellt die Public-Health-Systeme vor neue Herausforderungen [4, 5]. Es ist daher von besonderer Bedeutung, Informationen zur gesundheitlichen Situation von aktuellen Zuwanderergruppen zu gewinnen und über eine Analyse der gesundheitsbezogenen Bedarfe zur Integration beizutragen [5, 6]. Ebenso notwendig ist die Verbesserung der Datengrundlage zur Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund, die schon länger in Deutschland leben oder hier geboren sind. Auch hier zeigen sich Unterschiede in Bezug auf protektive Faktoren, wie zum Beispiel ein geringerer Konsum von Alkohol und Tabak [7], aber auch auf Risikofaktoren, wie die seltener Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen [8]. Bemühungen um eine Verbesserung der Daten- und Informationsgrundlage sollten deshalb auf die gesamte Bevölkerung mit Migrationshintergrund zielen. Dem Robert Koch-Institut kommt in diesem Zusammenhang die Aufgabe zu, das in den letzten Jahren aufgebaute Gesundheitsmonitoring und die seit vielen Jahren etablierte

Gesundheitsberichterstattung zu erweitern, um Menschen mit Migrationshintergrund in den bundesweiten Gesundheitssurveys entsprechend ihrem Anteil in der deutschen Bevölkerung zu erreichen und repräsentative Aussagen zur gesundheitlichen Lage machen zu können. Dabei besteht die große Herausforderung darin, die Diversität von Menschen mit Migrationshintergrund zu berücksichtigen und gleichzeitig eine Vergleichbarkeit der Daten zu gewährleisten.

Mit diesem Beitrag wird das Projekt Improving Health Monitoring in Migrant Populations (IMIRA) beschrieben, das die Erweiterung des Gesundheitsmonitorings des Robert Koch-Instituts auf Menschen mit Migrationshintergrund zum Ziel hat und langfristig deren Einbindung in die Gesundheitssurveys verbessern soll. Ebenso wird vorab auf die bisherigen Maßnahmen und Strategien, die im Rahmen der letzten bundesweiten Befragungs- und Untersuchungssurveys angewandt wurden, eingegangen.

1.1 Einbeziehung von Menschen mit Migrationshintergrund im Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts bisher

Die Einbeziehung von Menschen mit Migrationshintergrund in die bundesweiten Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts ist mit Blick auf die erwachsene Bevölkerung bislang nur teilweise gelungen. So wurden in der regelmäßig durchgeführten Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) bisher keine besonderen Maßnahmen zu ihrer Einbeziehung eingesetzt. Belastbare Daten für Menschen mit Migrationshintergrund stehen demnach basierend auf dieser Studie nicht zur Verfügung. In der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland

Menschen mit Migrationshintergrund wurden bisher in Befragungs- und Untersuchungssurveys des Robert Koch-Instituts nicht gemäß ihrem Anteil an der Bevölkerung erreicht.

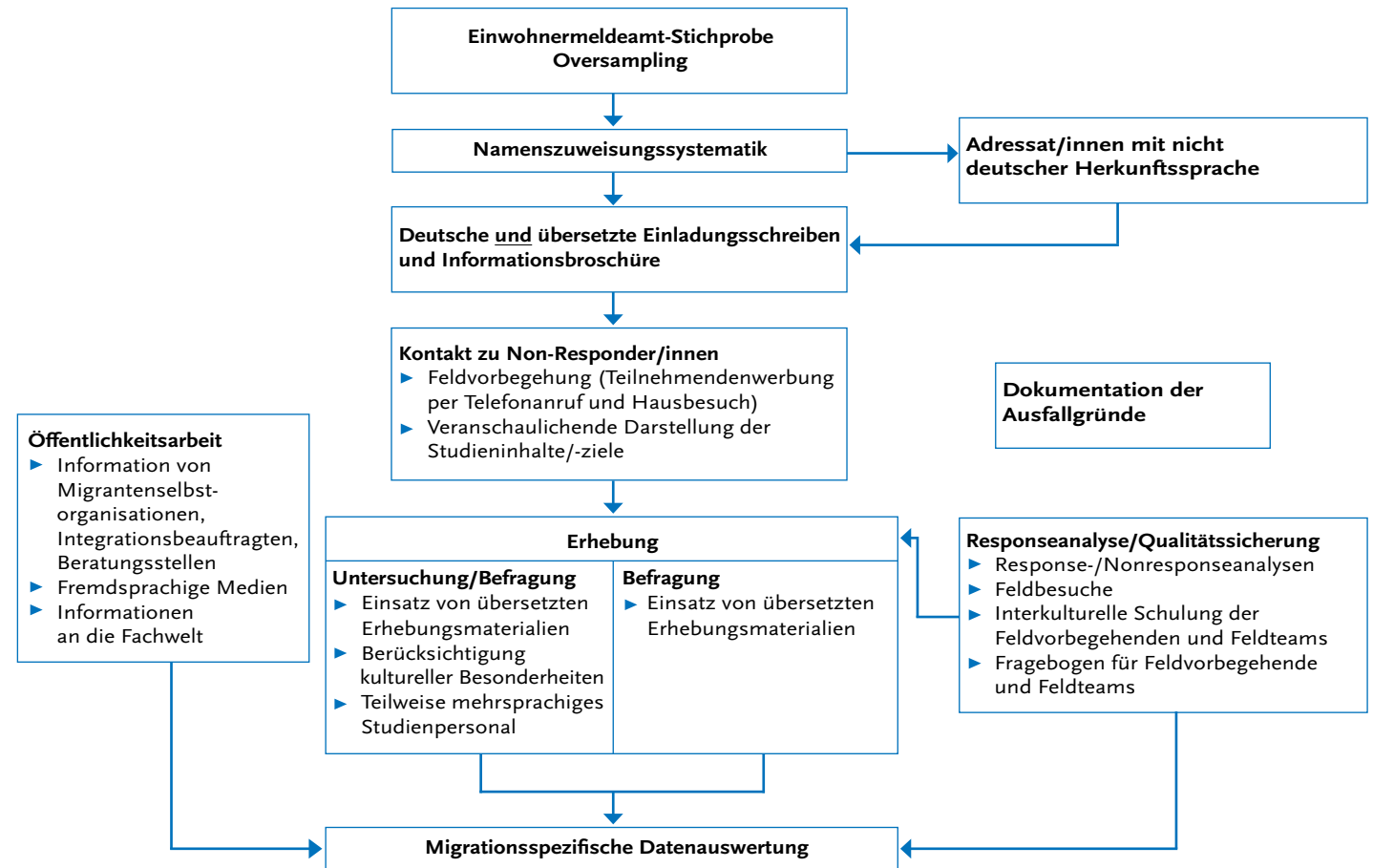
(KiGGS) wurden demgegenüber weitreichende Maßnahmen ergriffen, um Familien mit Migrationshintergrund einzubeziehen. Mit dem Ziel, die niedrige Teilnahmebereitschaft von Familien mit Migrationshintergrund zu kompensieren, erfolgte im Rahmen der Stichprobenziehung der KiGGS-Basiserhebung (2003–2006) ein Oversampling um den Faktor 1,5. Kinder und Jugendliche ohne deutsche Staatsangehörigkeit wurden damit 1,5-mal so häufig in der unbereinigten Bruttostichprobe berücksichtigt wie es ihrem tatsächlichen Bevölkerungsanteil entspricht. Darüber hinaus wurden mittels einer computergestützten Namenszuweisungssystematik (onomastisches Verfahren) [9] Teilnehmende mit deutscher Staatsangehörigkeit anhand ihres Vor- und Nachnamens einer bestimmten Sprache und damit einem möglichen Migrationshintergrund zugeordnet. Die durch das Namenszuweisungsverfahren ermittelten Personen erhielten übersetzte Anschreiben sowie Erhebungsmaterialien in den Sprachen Türkisch, Russisch, Bosnisch/Kroatisch/Serbisch (Serbokroatisch), Arabisch, Englisch und Vietnamesisch. Zudem wurden die in den Untersuchungszentren eingesetzten Feldteams sowie die Feldvorbegehenden interkulturell geschult. Spezifische Öffentlichkeitsarbeit für Menschen mit Migrationshintergrund wurde unter anderem durch den Einbezug überregionaler und lokaler muttersprachlicher Medien implementiert. Außerdem wurden Migrantenorganisationen, Integrations- und Aussiedlerbeauftragte, Beratungsstellen sowie der Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit bei der Beauftragung der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration vorab über das Vorhaben und erste Ergebnisse informiert [10]. Der Anteil der Teilnehmenden mit

Migrationshintergrund lag in der ungewichteten Stichprobe bei 17,0% (gewichtet 25,4%), wobei dieser Anteil unter dem der 0- bis 18-jährigen Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund im Mikrozensus 2005 liegt (28,6%) [7, 11, 12].

In der zweiten Folgerhebung der KiGGS-Studie (KiGGS Welle 2, 2014–2017) wurde das migrationsspezifische Vorgehen der KiGGS-Basiserhebung fortgeführt und optimiert (Abbildung 1). Insgesamt nahmen 2.994 Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 17 Jahren mit einem Migrationshintergrund in KiGGS Welle 2 teil. Dies entspricht einem Anteil von 20,2% in der ungewichteten Stichprobe (gewichtet 28,8%), der damit unter ihrem Anteil gemäß Mikrozensus 2013 liegt (31,2%) [13].

Im Rahmen der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1), die in den Jahren 2008 bis 2011 durchgeführt wurde, wurden einige Maßnahmen zur Erreichbarkeit von Menschen mit Migrationshintergrund durchgeführt. So wurden auch hier ein 1,5-faches Oversampling von Menschen mit nicht deutscher Staatsangehörigkeit, die Übersetzung von Fragebögen und Anschreiben in ausgewählte Sprachen sowie spezifische Öffentlichkeitsarbeit integriert. Allerdings konnten aufgrund von eingeschränkten Ressourcen nicht alle Maßnahmen, die sich im Rahmen der KiGGS-Basiserhebung bewährt hatten, eingesetzt werden. Insgesamt wurden hier 1.107 Teilnehmende mit einem Migrationshintergrund erreicht. Dies entspricht einem ungewichteten Anteil von 14,2% an der Nettostichprobe, was unter dem entsprechenden Anteil im Mikrozensus von 20,5% liegt (2009). In DEGS1 sind bestimmte Subgruppen mit Migrationshintergrund unterrepräsentiert. Hierzu zählen selbst

Abbildung 1
Maßnahmen zur Einbindung von Menschen mit Migrationshintergrund in KiGGS Welle 2
 Quelle: Modifiziert nach Schenk et al. 2007 [15]



zugewanderte Personen (erste Generation), Frauen und Männer mit türkischer Staatsangehörigkeit sowie Personen mit niedriger Bildung. Zudem zeigten sich in einer umfassenden Analyse weitere Verzerrungen bei der Aufenthaltsdauer und anderen soziodemografischen und migrations-spezifischen Variablen im Rahmen von DEGS₁ [14].

Insgesamt zeigt sich, dass die Responsequoten von Kindern, Jugendlichen und vor allem Erwachsenen mit nicht

deutscher Staatsangehörigkeit geringer sind als jene mit deutscher Staatsangehörigkeit. Es ist daher von besonderer Bedeutung, migrations-spezifische Maßnahmen zur Verbesserung der Erreichbarkeit und Teilnahme umzusetzen und Menschen mit Migrationshintergrund adäquat entsprechend ihres Anteils in der Bevölkerung abzubilden. Dies gilt vor allem für schwer erreichbare Subpopulationen, wie zum Beispiel Menschen mit unzureichenden

Deutschkenntnissen, Personen der ersten Zuwanderungsgeneration sowie Personen mit einer geringen Bildung. Neben übersetzten Einladungs- und Erhebungsmaterialien sowie einer migrationssensiblen Öffentlichkeitsarbeit hat sich vor allem die Feldvorbegehung als sehr effektive Maßnahme erwiesen. Der persönliche Kontakt und die Aufklärung über Ziele und Inhalte der Studien scheinen mögliche Barrieren und Ängste abzubauen und die Teilnahmebereitschaft zu erhöhen [10, 13, 15].

1.2 Heterogene Datenlage zur Beschreibung der Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund

Neben niedrigen Responsequoten und möglichen Zugangsbarrieren müssen noch andere Herausforderungen adressiert werden, um die Datenlage zur Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund langfristig zu verbessern. Immer mehr epidemiologische Studien stellen Daten zur Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund zur Verfügung und auch verschiedene amtliche Statistiken (Mikrozensus) und sozialwissenschaftliche Erhebungen wie das Sozio-oekonomische Panel (SOEP) können teilweise zur Auswertung genutzt werden. Allerdings erfolgt die Operationalisierung des Migrationshintergrundes in den unterschiedlichen Studien nicht einheitlich; so nutzen einige das Merkmal der Staatsangehörigkeit, andere das Geburtsland und wieder andere beziehen das Geburtsland der Eltern mit ein. Daher ist eine Vergleichbarkeit der Daten schwierig. Darüber hinaus sind Aussagen für spezifische Herkunftsgruppen oder unter Berücksichtigung der Aufenthaltsdauer oft nicht möglich, da die Sub-Samples zu klein sind. Allerdings kann eine Differenzierung lediglich

nach Migrationshintergrund (ja vs. nein) der Heterogenität von Menschen mit Migrationshintergrund nicht gerecht werden. Letztlich besteht der Bedarf nach der Etablierung einer Gesundheitsberichterstattung, die sich regelmäßig mit dem Thema „Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund“ befasst und verschiedene Datenquellen nutzt, um hier ein umfassendes Bild zu zeigen.

2. IMIRA-Projektbeschreibung und erste Erkenntnisse

Um den oben beschriebenen Herausforderungen zu begegnen, hat das Robert Koch-Institut Ende 2016 das dreijährige Projekt Improving Health Monitoring in Migrant Populations (IMIRA) initiiert, das auf die Erweiterung des Gesundheitsmonitorings auf Menschen mit Migrationshintergrund abzielt und langfristig deren Einbindung in die Gesundheits-surveys verbessern soll. Gewonnene Erkenntnisse bezüglich des Gesundheitsmonitorings sollen bereits im nächsten Erwachsenensurvey, der 2020 in die Feldphase geht, umgesetzt werden. Dabei kann auf Vorerfahrungen und Erkenntnisse, die insbesondere im Zusammenhang mit der KiGGS-Studie gewonnen wurden, zurückgegriffen werden.

Teilprojekt	Inhalte
TP1	Bestandsaufnahme
TP2	Anpassung und Weiterentwicklung von Konzepten
TP3	Machbarkeitsstudie „Befragung“
TP4	Machbarkeitsstudie „Untersuchung“
TP5	Weiterentwicklung Gesundheitsberichterstattung
TP6	Nutzung von Sekundärdaten
TP7	Nutzung von SOEP-Daten
TP8	Vernetzung und Kooperation

TP=Teilprojekt, SOEP=Sozio-oekonomisches Panel

Tabelle 1
Teilprojekte im Rahmen des IMIRA-Projekts
Eigene Darstellung

Das IMIRA-Projekt wurde initiiert, um Menschen mit Migrationshintergrund langfristig in das Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts einzuschließen.

Neben der Identifikation relevanter migrationsspezifischer Konzepte und Indikatoren besteht ein weiteres Ziel im Ausbau der Gesundheitsberichterstattung. Hierzu gehört auch die Überprüfung und Beurteilung der Nutzungsmöglichkeit weiterer Datenquellen, etwa von Sekundärdaten und der Daten des Sozio-oekonomischen Panels. Ebenso ist die Intensivierung der Vernetzung und Kooperation mit wichtigen nationalen und internationalen Akteuren vorgesehen.

Das IMIRA-Projekt besteht aus insgesamt acht Teilprojekten (Tabelle 1), die im Folgenden kurz beschrieben werden.

2.1 Erfassung des aktuellen Forschungsstandes und Anpassung von Konzepten (TP1 und TP2)

In Teilprojekt 1 wurde eine Bestandsaufnahme zum Thema „Migration und Gesundheit“ durchgeführt, um einen Überblick zum aktuellen Forschungsstand auf nationaler und auch internationaler Ebene zu erhalten. Im Rahmen einer Literaturrecherche wurden zum einen Publikationen identifiziert, die sich mit der Definition und Operationalisierung des Migrationshintergrundes auseinandersetzen. Zum anderen wurden Studien erfasst, die Möglichkeiten des Zugangs und der Rekrutierung von Migrantenpopulationen oder migrationsspezifische Erhebungsinstrumente und Inhalte thematisieren. Zudem sind 26 Experteninterviews mit Forschenden und Stakeholdern aus Wissenschaft und Praxis durchgeführt worden, um Herausforderungen und Lösungsvorschläge im Zugang zu Menschen mit Migrationshintergrund in der epidemiologischen Forschung in Deutschland zu erfragen. Die Ergebnisse der Experteninterviews zeigen eine Vielzahl

unterschiedlicher Herausforderungen und Lösungsvorschläge im Zugang zu Menschen mit Migrationshintergrund auf: Neben sprachlichen und kulturellen Barrieren ist außerdem fehlendes Vertrauen in die Forschung festzustellen, dem beispielsweise durch die Einbindung von Schlüsselpersonen aus den jeweiligen Migrantenpopulationen und durch den Einsatz migrationssensibler Übersetzungen begegnet werden kann [16].

Das Teilprojekt 2 widmet sich der Überprüfung, Weiterentwicklung und Anpassung von bestehenden Erhebungsinstrumenten und Konzepten, welche die Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund beeinflussen können. In diesem Kontext wurde die momentane Operationalisierung des Migrationshintergrundes in den Erwachsenensurveys des Robert Koch-Instituts überprüft und vereinheitlicht. Zudem wurde ein systematisches Literaturreview zur Anwendung des Konzeptes der Akkulturation in der epidemiologischen Forschung durchgeführt. Akkulturation beschreibt einen multidimensionalen Prozess, bei dem kulturelle Praktiken, Normen und Werte des Herkunftslandes mit denen des Einwanderungslandes ineinander übergehen. Der Einfluss dieses Konzeptes auf die Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund ist durch die Forschung bereits belegt worden [17–19]. Ziel ist es daher, basierend auf den Erkenntnissen des Reviews, ein Kurzinstrument zur Akkulturation für die Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts zu entwickeln. Darüber hinaus wurden weitere migrationsrelevante Konzepte identifiziert und deren Erfassung und Operationalisierung diskutiert. Dazu zählen unter anderem die subjektiv wahrgenommenen Diskriminierungserfahrungen, die Erhebung der Religionszugehörigkeit und der subjektive Sozialstatus.

Die Überwindung sprachlicher Barrieren, die Anwendung verschiedener Befragungsmodi und kultursensibler Anschreiben sind für die Erreichbarkeit essenziell.

Zur Validierung der Konzepte und Instrumente wurden Menschen mit Migrationshintergrund durch Fokusgruppen und kognitive Interviews einbezogen.

2.2 Durchführung von Machbarkeitsstudien (TP₃ und TP₄)

Um Erkenntnisse zu gewinnen, wie Menschen mit Migrationshintergrund besser in den vom Robert Koch-Institut durchgeführten Surveys erreicht und somit umfassendere Daten zur gesundheitlichen Lage generiert werden können, wurden zwei Machbarkeitsstudien durchgeführt. In der Machbarkeitsstudie „Befragung“ (Teilprojekt 3) wurde getestet, mit welchem methodischen Vorgehen die Erreichbarkeit von Menschen mit Migrationshintergrund verbessert werden kann, um künftig deren Responsequote in den Gesundheitssurveys zu erhöhen. Die Datenerhebung fand von Januar bis Mai 2018 statt. Im Rahmen einer Einwohnermeldeamt-Stichprobe wurden stellvertretend fünf Gruppen von Menschen mit Migrationshintergrund – identifiziert durch das Merkmal Staatsangehörigkeit (kroatisch, polnisch, rumänisch, syrisch, türkisch) – in Berlin und Brandenburg angeschrieben. In einem aufbauenden Studiendesign wurden verschiedene Befragungsmodi (Online-Fragebogen, telefonisches Interview und persönliches Interview) angeboten, um deren Akzeptanz zu beurteilen. Vor Studienbeginn wurden das Einladungsschreiben und die Studieninformationen unter Einbeziehung von Menschen mit Migrationshintergrund aus den jeweiligen Herkunftsländern entwickelt, um Kultursensibilität sicherzustellen. Zweisprachige Anschreiben und Informationsblätter wurden dann mit der Einladung zur Studienteilnahme in Form einer bilingualen Online-Befragung an

die Zielpersonen geschickt. Die Fragebögen waren sowohl in der deutschen als auch in der jeweils anderen Sprache verfügbar. Die Zielpersonen konnten sich an eine mehrsprachige Hotline wenden, um Fragen zu klären oder um die Teilnahme abzusagen. Mit dem ersten Erinnerungsschreiben konnten Teilnehmende zusätzlich zur webbasierten Teilnahme auch ein Telefoninterview durchführen. Ein letztes Erinnerungsschreiben kündigte bei einer Zufallsstichprobe der türkischen, syrischen und rumänischen Zielpersonen Hausbesuche an. Im Rahmen dieser Hausbesuche wurden entweder Telefonnummern eingeholt, um ein telefonisches Interview durchzuführen oder es wurde direkt vor Ort ein persönliches Interview realisiert. Insgesamt haben 1.090 Teilnehmende den Fragebogen ausgefüllt. Erste Ergebnisse zeigen große Unterschiede in der Teilnahmebereitschaft von 8,6% in der türkischen Gruppe bis hin zu 24,3% in der syrischen Gruppe. Der fremdsprachige Fragebogen wurde in allen Gruppen genutzt, wenn auch hier ausgeprägte Variationen zu beobachten waren: So wählte ein Viertel der Menschen mit kroatischer Staatsangehörigkeit (23,6%), 41,0% der Menschen mit türkischer Nationalität, jeweils etwa die Hälfte der Menschen mit polnischer (51,1%) und rumänischer (54,1%) Staatsangehörigkeit sowie 80,9% der Menschen mit syrischer Staatsangehörigkeit die nicht deutsche Version. Zudem wurde im Rahmen der Machbarkeitsstudie gezeigt, dass durch den Einsatz von Face-to-Face-Interviews Menschen mit geringerer Bildung und höherem Alter besser erreicht werden konnten [20].

In der Machbarkeitsstudie „Untersuchung“ (Teilprojekt 4) ging es um die Erprobung neuer Methoden zur Überwindung sprachlicher Barrieren zwischen zu untersuchenden

Bei der Entwicklung von Materialien, wie Einladung oder Studieninformation, erhöht die Beratung durch Menschen mit Migrationshintergrund deren Qualität.

Personen und untersuchendem Personal. Hintergrund ist, dass zur Studienteilnahme an Untersuchungssurveys das schriftliche Einverständnis des Teilnehmenden, welches nach eingehender Aufklärung eingeholt wird, Voraussetzung ist. Bisher wurden Personen, die nicht ausreichend deutsch sprachen, von der Teilnahme an den Untersuchungssurveys ausgeschlossen, da eine adäquate Aufklärung über Inhalte, Kontraindikationen von Untersuchungen und datenschutzrechtlichen Aspekten aufgrund fehlender oder mangelnder deutscher Sprachkenntnisse nicht möglich war.

Von Oktober bis Dezember 2017 wurden somit verschiedene Maßnahmen zur Sprachmittlung getestet und bewertet, um diese bereits im nächsten Erwachsenenurvey ab 2020 anzuwenden. Jeweils 90 Teilnehmende mit polnischem, syrischem und türkischem Migrationshintergrund, wurden im Rahmen einer nicht zufälligen Stichprobenauswahl (Convenience Sampling) rekrutiert. Dabei wurden gezielt Untersuchungsteilnehmende ausgewählt, die nach dem vom Europarat entwickelten gemeinsamen europäischen Referenzrahmen für Sprachen über geringe Deutschkenntnisse verfügen (Niveau B1 oder geringer). Im Rahmen der Machbarkeitsstudie wurden Aufklärungsvideos auf Deutsch oder in der jeweiligen Muttersprache sowie mehrsprachige Informationsmaterialien genutzt. Zur Aufklärung über Studieninhalte vor der schriftlichen Einwilligung, aber auch für eventuelle Rückfragen im Rahmen der Untersuchungssituation, wurde bei Bedarf ein Videodolmetscherdienst eingesetzt. Aufklärungsschreiben und Fragebögen wurden auf Deutsch, Arabisch, Polnisch und Türkisch angeboten. Eine abschließende Bewertung der angewandten Maßnahmen durch die Teilnehmenden erfolgte ebenfalls

bedarfsweise mithilfe des Videodolmetscherdienstes. Im Anschluss an die Machbarkeitsstudie „Untersuchung“ wurden zudem Fokusgruppen in den jeweiligen Muttersprachen mit ausgewählten Teilnehmenden durchgeführt, um über den Einsatz der Methoden und die Überwindung von Barrieren im Rahmen der Teilnahme zu sprechen. Erste Ergebnisse zeigen, dass vor allem mehrsprachige Aufklärungsvideos und der Videodolmetscherdienst gut akzeptiert wurden. So werden in dem 2020 startenden Untersuchungs- und Befragungssurvey für Erwachsene Übersetzungen, der Videodolmetscherdienst sowie Aufklärungsvideos in ausgewählten Sprachen eingesetzt. Damit können zukünftig auch Teilnehmende mit geringen oder keinen Deutschkenntnissen in Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts eingebunden werden. Aufgrund der positiven Erfahrungen im Rahmen von IMIRA werden die Aufklärungsvideos auch für die deutschsprachige Bevölkerung genutzt, um ein standardisiertes Aufklärungstool bereitzustellen.

2.3 Ausbau der Gesundheitsberichterstattung (TP5–TP7)

Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes berichtet regelmäßig über die gesundheitliche Lage der Bevölkerung in Deutschland. Die Daten des Gesundheitsmonitorings stellen dabei eine wichtige Grundlage dar. Daneben werden zahlreiche andere Datenquellen herangezogen, um die jeweiligen Berichtsgegenstände möglichst umfassend zu bearbeiten. Im Rahmen des IMIRA-Projekts wird ein Konzept entwickelt, das eine regelmäßige Berichterstattung zur gesundheitlichen Lage von Menschen mit Migrationshintergrund unterstützt (Teilprojekt 5). So wird unter anderem die Frage verfolgt, in welchem Format

Analysen zur gesundheitlichen Lage von Menschen mit Migrationshintergrund sollten verschiedene Aspekte wie Aufenthaltsdauer, Aufenthaltsstatus, Deutschkenntnisse oder die Herkunftsregion beinhalten.

zukünftig über die Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund berichtet werden soll (eigener Gesundheitsbericht versus Migration als Querschnittsthema in übergreifenden Berichtsformaten). Um Empfehlungen für ein migrationsbezogenes Berichtskonzept zu erstellen, werden anhand eines internationalen Vergleichs gute Beispiele identifiziert. Neben einer systematischen Internetrecherche wurde hierzu eine Online-Befragung bei den nationalen Public-Health-Instituten und weiteren relevanten Einrichtungen in den EU- und OECD-Ländern durchgeführt. Zudem wird im Rahmen des Teilprojekts ein Kernindikatorenset zur Beschreibung der gesundheitlichen Lage von Menschen mit Migrationshintergrund entwickelt. Darüber hinaus wird geprüft, welche weiteren Daten, neben denen des Gesundheitsmonitorings, für eine erweiterte Gesundheitsberichterstattung genutzt werden können. Neben der Definition von inhaltlichen Schwerpunkten wurde demnach eine Bestandsaufnahme bundesweiter Surveys durchgeführt, die sowohl gesundheitsrelevante Informationen als auch den Migrationshintergrund hinlänglich erheben.

Im Rahmen des Projekts wird zudem der Frage nachgegangen, inwieweit bereits vorhandene Sekundärdaten, zum Beispiel Daten der gesetzlichen Krankenkassen, hinsichtlich ihrer Aussagekraft und Belastbarkeit für Analysen zur gesundheitlichen Situation von Menschen mit Migrationshintergrund verwendet werden können (Teilprojekt 6). Sekundärdaten werden primär nicht zu wissenschaftlichen, sondern zu administrativen Zwecken erhoben, aber häufig wissenschaftlich genutzt. Dazu erfolgte eine breit angelegte Bestandsaufnahme darüber, welche Datenquellen zur Verfügung stehen und welche Analysemöglichkeiten mit ihnen

verbunden sind. In einem zweiten Schritt werden zwei Datenquellen, die als besonders relevant erachtet werden, eingehender betrachtet und überprüft (Asylbewerberleistungsstatistik und Todesursachenstatistik). Darüber hinaus werden die Daten des Sozio-oekonomischen Panels für ein Auswertungsprojekt herangezogen (Teilprojekt 7). Beim SOEP handelt es sich um eine repräsentative Längsschnittbefragung zur Erfassung des politischen und gesellschaftlichen Wandels in Deutschland. Gesundheit ist zwar kein thematischer Schwerpunkt des SOEP, in den letzten Jahren wurden aber zunehmend Gesundheitsfragen in das Erhebungsprogramm aufgenommen. Im Rahmen des SOEP wurden und werden seit 1984 verschiedene Migrantenpopulationen explizit berücksichtigt. So wurde zum Beispiel im Jahr 2016 eine neue und umfassende Stichprobe von Geflüchteten in Deutschland gezogen und initial befragt [21].

2.4 Vernetzung mit relevanten Akteuren (TP8)

Ein weiteres Teilprojekt, das sich über die gesamte Projektlaufzeit erstreckt, ist die Vernetzung und Kooperation mit wichtigen Akteuren in Deutschland und im europäischen Ausland (Teilprojekt 8). Hier ist die Vernetzung mit universitären Einrichtungen, aber auch mit der Public-Health-Praxis vorgesehen. Dazu gehört sowohl die gemeinsame Präsenz auf Kongressen und Konferenzen, die wissenschaftliche Begleitung anderer Projekte im Bereich Migration beziehungsweise Flucht und Gesundheit als auch die Einbindung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und von Migrantenselbstorganisationen. Das Projekt wird zudem von einem Beirat begleitet, der beratend zur Seite steht.

3. Fazit

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

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

- ▶ die inhaltliche Weiterentwicklung von Indikatoren und Konzepten, um der Heterogenität von Menschen mit Migrationshintergrund gerecht zu werden
- ▶ eine größere Flexibilität bei der Anwendung unterschiedlicher Befragungsmodi

- ▶ der persönliche Kontakt im Rahmen der Datenerhebung, vor allem persönliche Interviews, um besonders schwer erreichbare Gruppen einzuschließen
- ▶ die gezielte Überwindung sprachlicher Barrieren durch den Einsatz mehrsprachiger Angebote, Materialien und (Video-)Sprachmittlung im Rahmen der Untersuchungssituation
- ▶ die Berücksichtigung von Konzepten wie das Konzept „Diversity“ und interkulturelle Kompetenz und somit die Verwendung migrationssensibler Materialien sowie die Schulung von Studien- und Forschungspersonal
- ▶ die Einbindung von Menschen mit Migrationshintergrund bei der Planung, Durchführung und Verwertung der Ergebnisse und die Förderung von Partizipation
- ▶ die Weiterentwicklung der Gesundheitsberichterstattung und die reflektierte Darstellung migrationsspezifischer Aussagen

Im nächsten bundesweiten Befragungs- und Untersuchungssurvey für Erwachsene, der „Gesundheits- und Ernährungsstudie in Deutschland (gern)“, den das Robert Koch-Institut ab 2020 in Kooperation mit dem Max Rubner-Institut durchführt, sollen die in IMIRA gewonnenen Erkenntnisse zur Verbesserung der Erreichbarkeit von Menschen mit Migrationshintergrund eingesetzt werden. Ziele sind demnach (1) Erwachsene mit Migrationshintergrund repräsentativ zu ihrem Anteil in der Bevölkerung zu erreichen und (2) Aussagen zur gesundheitlichen Situation verschiedener Migrantinnen- und Migrantengruppen zu ermöglichen. Im Rahmen der gern-Studie werden bewährte response-erhöhende Maßnahmen (Feldvorbegehung und Öffentlichkeitsarbeit) eingesetzt. Sprachbarrieren in der

Untersuchungssituation werden durch den Einsatz mehrsprachiger Materialien und Aufklärungsvideos sowie eines Videodolmetscherdienstes adressiert. Um Aussagen über den Gesundheitsstatus spezifischer Herkunftsgruppen machen zu können, ist eine Befragungsstichprobe von Personen nicht deutscher Nationalität aus fünf ausgewählten Herkunftsländern (1.000–1.500 Personen pro Gruppe) vorgesehen. Im Rahmen der Befragung werden mehrsprachige webbasierte Fragebögen sowie Papierfragebögen eingesetzt und Face-to-Face-Interviews geführt.

Korrespondenzadresse

Dr. Claudia Santos-Hövenner
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
E-Mail: Santos-HoevernerC@rki.de

Zitierweise

Santos-Hövenner C, Schumann M, Schmich P, Gößwald A, Rommel A et al. (2019) Verbesserung der Informationsgrundlagen zur Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund. Projektbeschreibung und erste Erkenntnisse von IMIRA. *Journal of Health Monitoring* 4(1):49–61. DOI 10.25646/5870

Die englische Version des Artikels ist verfügbar unter:
www.rki.de/journalhealthmonitoring-en

Datenschutz und Ethik

Alle Studien des Robert Koch-Instituts unterliegen der strikten Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG). Die Ethikkommission der Charité – Universitätsmedizin Berlin hat die

Machbarkeitsstudie „Befragung“ IMIRA unter ethischen Gesichtspunkten geprüft und der Studie zugestimmt (EA1/210/17). Die Machbarkeitsstudie „Untersuchung“ IMIRA wurde von der Ethikkommission der Ärztekammer Berlin geprüft und akzeptiert (Eth 21/17). Auch wurden beide Studienprotokolle von der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit überprüft (13-401/008#0085). Die Teilnahme an den Studien war freiwillig. Die Teilnehmenden wurden über die Ziele und Inhalte der Studien sowie über den Datenschutz informiert und gaben ihre schriftliche Einwilligung (informed consent).

Förderungshinweis

Das IMIRA-Projekt wird vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert (Kennzeichen: ZMVI1-2516FSB408).

Interessenkonflikt

Die Autorinnen und Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Statistisches Bundesamt (2018) Pressemitteilung: Bevölkerung mit Migrationshintergrund 2017 um 4,4 % gegenüber Vorjahr gestiegen. https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2018/08/PD18_282_12511.html (Stand: 18.12.2018)
2. Statistisches Bundesamt (2018) Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2017. Fachserie 1 Reihe 2.2. Destatis, Wiesbaden
3. Statistisches Bundesamt (2018) Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Ausländische Bevölkerung. Ergebnisse des Ausländerzentralregisters 2017. Fachserie 1 Reihe 2. Destatis, Wiesbaden
4. Frank L, Yesil-Jürgens R, Razum O et al. (2017) Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2(1):24-47. <https://edoc.rki.de/handle/176904/2579> (Stand: 18.12.2018)

5. Bozorgmehr K, Nöst S, Thaiss HM et al. (2016) Die gesundheitliche Versorgungssituation von Asylsuchenden. Bundesgesundheitsbl 59(5):545-555
6. Razum O, Bunte A, Gilsdorf A et al. (2016) Gesundheitsversorgung von Geflüchteten: Zu gesicherten Daten kommen. Dtsch Arztebl Int 113(4):130-133
7. Robert Koch-Institut (2008) Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003–2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
8. Poethko-Müller C, Ellert U, Kuhnert R et al. (2009) Vaccination coverage against measles in German-born and foreign-born children and identification of unvaccinated subgroups in Germany. Vaccine 27(19):2563-2569
9. Humpert A, Schneiderheinze K (2000) Stichprobenziehung für telefonische Zuwandererumfragen: Einsatzmöglichkeiten der Namenforschung. ZUMA Nachrichten 24(47):36-63
10. Schenk L (2002) Migrantenspezifische Teilnahmeharrieren und Zugangsmöglichkeiten im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey. Gesundheitswesen 64(S01):59-68
11. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2008) Schwerpunktbericht: Migration und Gesundheit. RKI, Berlin
12. Saß AC, Lange C, Finger JD et al. (2017) „Gesundheit in Deutschland aktuell“ – Neue Daten für Deutschland und Europa, Hintergrund und Studienmethodik von GEDA 2014/2015-EHIS. Journal of Health Monitoring 2(1):83-90.
<https://edoc.rki.de/handle/176904/2585> (Stand: 18.12.2018)
13. Frank L, Yesil-Jürgens R, Born S et al. (2018) Maßnahmen zur verbesserten Einbindung und Beteiligung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in KiGGS Welle 2. Journal of Health Monitoring 3(1):134-151.
<https://edoc.rki.de/handle/176904/3044> (Stand: 18.12.2018)
14. Saß AC, Grüne B, Brettschneider AK et al. (2015) Beteiligung von Menschen mit Migrationshintergrund an Gesundheitsurveys des Robert Koch-Instituts. Bundesgesundheitsbl 58(6):533-542
15. Schenk L, Ellert U, Neuhauser H (2007) Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Bundesgesundheitsbl 50(5-6):590-599
16. Borgmann LS, Waldhauer J, Bug M et al. (eingereicht) Zugangswege zu Menschen mit Migrationshintergrund für die epidemiologische Forschung – eine Befragung von Expertinnen und Experten. Bundesgesundheitsbl
17. Fox M, Thayer Z, Wadhwa PD (2017) Assessment of acculturation in minority health research. Soc Sci Med 176:123-132
18. Berry JW (2005) Acculturation: Living successfully in two cultures. Int J Intercult Relat 29(6):697-712
19. Berry JW (1997) Immigration, Acculturation, and Adaptation. Appl Psychol 46(1):5-34
20. Zeisler ML, Lemcke J, Bilgic L et al. (eingereicht) Integration of migrant populations into health monitoring in Germany. Results from a feasibility study. Survey Methods: Insights from the Field (Special issue „Probability and Nonprobability Sampling: Representative Surveys of Hard to reach and hard to ask populations“)
21. Brücker H, Kroh M, Bartsch S et al. (2014) The new IAB-SOEP Migration Sample: an introduction into the methodology and the contents. SOEP Survey Papers C - Data Documentation 216:1-19

Impressum

Journal of Health Monitoring

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion

Susanne Bartig, Johanna Gutsche, Dr. Birte Hintzpeter,
Dr. Franziska Prütz, Martina Rabenberg, Dr. Alexander Rommel,
Dr. Livia Ryl, Dr. Anke-Christine Saß, Stefanie Seeling,
Martin Thißen, Dr. Thomas Ziese
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
Fachgebiet Gesundheitsberichterstattung
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
Tel.: 030-18 754-3400
E-Mail: healthmonitoring@rki.de
www.rki.de/journalhealthmonitoring

Satz

Gisela Dugnus, Alexander Krönke, Kerstin Möllerke

ISSN 2511-2708

Hinweis

Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die
Meinung des Robert Koch-Instituts wider.



Dieses Werk ist lizenziert unter einer
Creative Commons Namensnennung 4.0
International Lizenz.



Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im
Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit