

Liane Schenk, Robert Koch-Institut, Berlin

## **Der Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KIGGS-Studie) unter besonderer Berücksichtigung der gesundheitlichen Situation von Migranten und Migrantinnen**

Kinder zu haben bedeutet ein erhöhtes Armutsrisiko. Die Kinderarmut rückt an die Stelle der Altersarmut der 60er Jahre; Kinder bilden inzwischen die größte Gruppe unter den Sozialhilfeempfängern/innen. Seit geraumer Zeit wird auch von einer Infantilisierung der Armut gesprochen. Armut kann sich nachteilig auf Wohlbefinden und Gesundheit auswirken. Daher ist die gesundheitliche Ungleichheit, d.h. der Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und Gesundheit, ein zentrales Thema in der KIGGS-Studie. Kinder und Jugendliche aus Migrantenfamilien tragen ein ungleich höheres Risiko, in sozial benachteiligter Lage aufzuwachsen. Sie gehören häufiger unteren sozialen Schichten an und kommen überproportional oft aus Familien mit prekären Erwerbs- und Einkommenssituationen.

Die epidemiologische Datenlage weist nach wie vor große Lücken auf und insbesondere die unzureichende Erfassung des Migrantenstatus sowie die zu geringe Teilnahme von Migranten/innen an Studien erschweren eine Gesundheitsberichterstattung über zugewanderte Menschen in Deutschland. Mit der KIGGS-Studie sollen erstmalig auch aussagekräftige Daten zur gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen aus Migrantenfamilien bereitgestellt werden. Bevor ich unsere besonderen Bemühungen vorstelle, Migranten und Migrantinnen in ausreichendem Maße an der Untersuchung zu beteiligen, möchte ich kurz darauf eingehen, welche theoretischen Überlegungen der Erfassung sozialer Ungleichheit in der KIGGS-Studie zugrunde liegen und welche Dimensionen und Faktoren sozialer Ungleichheit erhoben werden.

### **Theoretische Überlegungen**

Zur Erfassung sozialer Ungleichheit orientieren wir uns am Lebenslagen-Konzept.<sup>1</sup> Das Schichtkonzept, das traditionell soziale Ungleichheit anhand von Bildung, Einkommen und Berufsprestige abbildet, muss sich in jüngster Zeit den Vorwurf gefallen lassen, nicht der Vielfalt der ungleich verteilten Lebenslagen gerecht zu werden und die sogenannten „neuen“ sozialen Ungleichheiten nicht zu berücksichtigen (wie z.B. ungleiche Wohn-, Wohnumfeld-, Nachbar-

schafts-, Freizeit- und Erholungsbedingungen). Außerdem vernachlässigt das Schichtkonzept „subjektive“ Faktoren wie Handlungsorientierungen, Verhaltensmuster und Bewältigungsstrategien, mit denen die jeweiligen Handlungsbedingungen aber auf unterschiedliche Weise beeinflusst werden können. Es erklärt also nicht, warum eine ähnlich schwierige Lebenssituation einmal den Gesundheitszustand beeinträchtigen kann und ein andermal nicht. Ohne die schichtungssoziologische Perspektive aus dem Auge zu verlieren - denn auch heute sind gesundheitsrelevante Lebensbedingungen und Verhaltensmuster schichtspezifisch geprägt - erheben wir durch die Befragung der Kinder und Jugendlichen sowie ihrer Eltern umfassende Informationen zur Lebenssituation der heranwachsenden Generation.

### **Messung sozialer Ungleichheit**

Neben der sozialen Schicht interessieren uns die Familien-, Wohn- und Schulsituation der Kinder und Jugendlichen, aber auch ihre Beziehungen zu Gleichaltrigen. Alter, Geschlecht und Migrantenstatus sind darüber hinaus Kategorien, mit denen soziale Differenzierung erst angemessen beschrieben werden kann.

### **Schichtzugehörigkeit**

Die Sozialschicht des Haushaltes, in dem das Kind oder der Jugendliche lebt, wird über den Bildungsstand und die berufliche Stellung der Eltern sowie das Haushaltsnettoeinkommen ermittelt.

### **Familiensituation**

Zur Abbildung der Familiensituation wird erfragt, ob das Kind mit beiden Eltern oder einem Elternteil allein aufwächst, mit wie vielen Geschwistern es zusammenlebt und ob diese jünger oder älter sind. Mit dem KINDL-Fragebogen, der die gesundheitsbezogene Lebensqualität misst und die Familie als eine wesentliche Dimension berücksichtigt, stehen weitere Daten zur Verfügung. Schließlich können familiäre Ressourcen über Fragen zum familiären Zusammenhalt und Familienklima erschlossen werden (Familienskalen nach Schneewind, Ravens-Sieberer et al. 2002).

### **Wohnsituation**

Zur Bestimmung der Wohnqualität können die Merkmale Wohnungsgröße, Anzahl der Haushaltsmitglieder sowie die Information, ob sich in der Wohnung schimmelige Wände befinden, herangezogen werden. Von den Jugendlichen wissen wir, ob sie ein eigenes Zimmer haben. Für die Einschätzung der Umweltqualität wird außerdem in einer Unterstichprobe die Schadstoffbelastung der Luft gemessen.

1) s. ausführlicher hierzu: Lampert, Schenk, Stolzenberg 2002: Konzeptualisierung und Operationalisierung sozialer Ungleichheit im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey. In: Das Gesundheitswesen. S 1. Jg. 64. Dez. 2002: 48-52.

### Kindergarten-, Vorschul- bzw. Schulsituation

Aussagen zur Kindergarten-/ Vorschul-/ Schulsituation liefert wiederum der KINDL-Fragebogen. Für Schulkinder verfügen wir zudem über Informationen zum Lernerfolg wie Deutsch- und Mathematiknoten, übersprungene oder wiederholte Klassenstufen und besuchter Schultyp.

### Gleichaltrigengruppe

Die Gleichaltrigengruppe ist sozialer Ort der Orientierungs- und Sinnfindung; Freundschaft basiert auf Vertrauen und ist auf gegenseitige Unterstützung ausgerichtet. Freundschaft ist daher eine wichtige soziale Ressource. Eine subjektive Einschätzung der Freundschaftsbeziehungen wird erneut mit dem KINDL-Fragebogen vorgenommen. Darüber hinaus ist im SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire) die Information enthalten, ob das Kind „einen oder mehrere gute Freunde“ hat.

### Geschlecht und Alter

Das Geschlecht beeinflusst das Gesundheits- und Krankheitsgeschehen bereits im Kindes- und Jugendalter. Ziel einer gendersensiblen Betrachtung der gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen ist es, Gemeinsamkeiten und Unterschiede sowohl von Jungen als auch von Mädchen systematisch herauszuarbeiten und Ansatzpunkte für angemessene Präventions- und Interventionsstrategien zu entwickeln, die im Sinne des „Gender Mainstreaming“ die gesundheitliche Ungleichheit zwischen den Geschlechtern reduzieren.

Altersbezogene Unterschiede wurden bereits mit der Gestaltung des Forschungsdesigns berücksichtigt, z.B. durch Fragebögen für fünf verschiedene Altersgruppen und altersgruppenspezifische medizinische Untersuchungs-

teile. Außerdem wird ein Altersgruppenvergleich zentrale Auswertungsstrategie sein.

### Migrantenstatus

In der KIGGS-Studie werden umfassende Informationen zum Migrantenstatus erhoben. So werden die Staatsangehörigkeit der Mutter und des Vaters, ihre Geburtsländer, das Einreisejahr, die Migrantengruppenzugehörigkeit und die in der Familie gesprochenen Sprachen erfragt. Damit kann auf den Aufenthaltsstatus, Einwanderungsmotive, Einreisealter und Verweildauer, Herkunftskultur sowie binationale Familien geschlossen werden. Für eine migrantensensible Auswertung genügt es jedoch nicht allein, den Migrantenstatus differenziert zu erheben. Es ist ebenso erforderlich, Migranten/innen in ausreichendem Maße - d.h. mindestens proportional zu ihrem Anteil in der Zielpopulation - an der Studie zu beteiligen. Ansonsten besteht die Gefahr systematischer Verzerrungen und einer für detaillierte Analysen zu kleinen Stichprobe.

Die Pilotphase der KIGGS-Studie hat gezeigt, dass die Teilnehmerate unter Migranten/innen mit 44,2% weitaus geringer war als unter Nicht-Migranten/innen (57,7%). Womit kann das begründet werden?

### Ergebnisse der Pilotphase<sup>2</sup>

Für die Gruppe der Migranten/innen müssen im Vergleich zur deutschen Bevölkerung höhere Teilnahmebarrieren konstatiert werden. Erwartungsgemäß verhinderten fehlende Deutschkenntnisse eine Teilnahme. Dies war aber nicht - wie vermutet werden könnte - der hauptsächliche Ausfallgrund. Migranten/innen waren seltener erreichbar und hatten vor allem häufiger als Nicht-Migranten/innen kein Interesse, an der Studie teilzunehmen (vgl. Abb.1).

2) Eine ausführlichere Darstellung der Pretestergebnisse findet sich unter: Schenk 2002: Migrantenspezifische Teilnahmebarrieren und Zugangsmöglichkeiten im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey. In: Das Gesundheitswesen. S 1. Jg. 64. Dez. 2002: 59-68

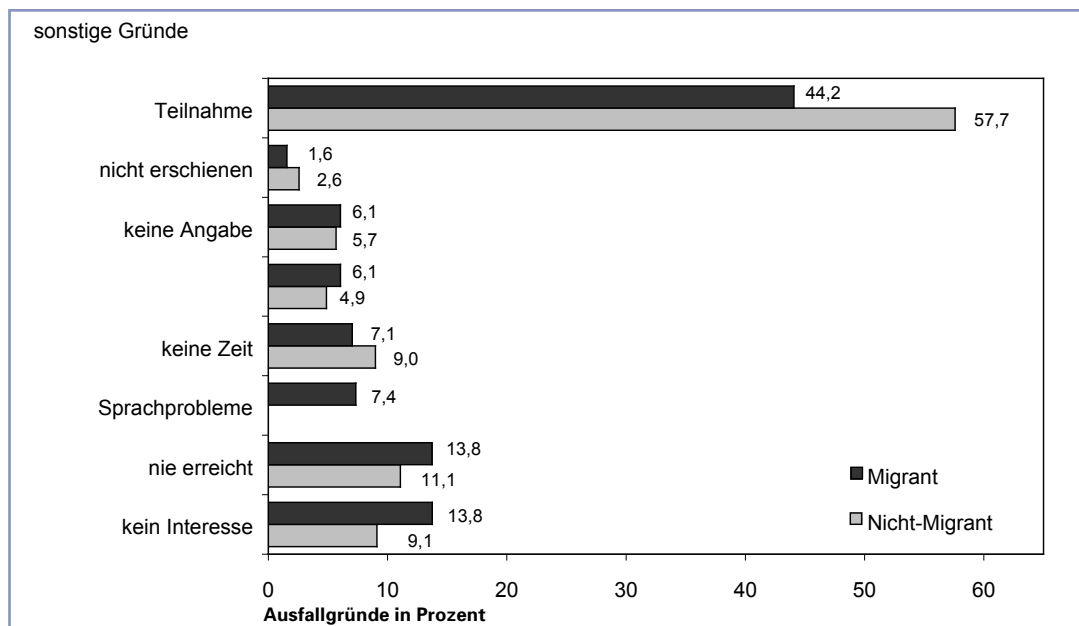


Abb. 1: Vergleich der Ausfallgründe nach Probanden deutscher und nichtdeutscher Herkunftssprache

Welche Orientierungen verbergen sich denn hinter der Aussage ‚kein Interesse‘? Dazu einige Ergebnisse einer qualitativen Non-Responder-Analyse, die im Rahmen des Pretests ermittelt wurden:

#### **Mein Kind ist nicht krank.**

Mit einem Anschreiben werden die Probanden zu einer „Untersuchung“ eingeladen. „Untersuchung“ wird von den Nicht-Teilnehmern mit Migrationshintergrund zumeist mit einer ärztlichen, nicht aber mit einer wissenschaftlichen Untersuchung gleichgesetzt. Damit beeinflusst die Einstellung zum Arztbesuch oder zu einer Vorsorgeuntersuchung die Teilnahmebereitschaft an der Studie. Typisch für Nicht-Teilnehmer/innen, die den Survey mit einer Vorsorgeuntersuchung identifizieren ist, dass sie diese als überflüssig und medizinische Untersuchungen nur bei Krankheit als erforderlich erachten. Die ablehnende Einstellung gegenüber Vorsorgeuntersuchungen ist allerdings auch in Abhängigkeit vom sozialen Status zu sehen.

#### **Habe ich Nachteile von einer Teilnahme?**

Es ist den Probanden wichtig, nachvollziehen zu können, wie sie und warum gerade sie ausgewählt werden. Das Nicht-Wissen um die Zufälligkeit der Auswahl kann sogar zur Ablehnung der Studie führen, wenn z.B. befürchtet wird, mit negativer Absicht – also nicht zufällig – ausgewählt worden zu sein.

#### **Kostet die Untersuchung etwas?**

Das Einladungsschreiben enthält einen Hinweis, dass alle Untersuchungen kostenlos sind. Dennoch bestehen auf Seiten der Probanden Ängste, dass ihnen eine zahlungspflichtige Leistung verkauft werden soll. Asylsuchende und Kriegsflüchtlinge, die nach dem Asylbewerberleistungsgesetz nur einen begrenzten Anspruch auf medizinische Leistungen haben, befürchten vor diesem Hintergrund ganz besonders, dass die angebotenen Untersuchungen von ihnen selbst getragen werden müssen.

#### **Gesundheitskontrolle?**

Ausländer, die in Gemeinschaftsunterkünften leben, müssen sich nach ihrer Einreise einer medizinischen Untersuchung auf Infektionskrankheiten unterziehen. Gesundheitsuntersuchung wird von ihnen auch mit einer Gesundheitskontrolle verbunden, die insbesondere bei Aufenthaltsunsicherheit Misstrauen schürt.

### **Migrantensensible Vorgehensweise in der Hauptphase**

Um ihren Anteil an der Stichprobe zu erhöhen, werden Kinder und Jugendliche mit nichtdeutscher Staatszugehörigkeit aus dem Einwohnermelderegister in doppeltem Umfang gezogen. Wie vergleichbare Studien zeigen, garantiert dies allerdings noch nicht, dass Migranten/innen ausreichend in einer Stichprobe vertreten sind. Daher sind flankierende Maßnahmen der Teilnehmergewinnung nötig.

Das Einladungsschreiben als zentrales Medium, über das sich Teilnahmeanreize vermitteln, wurde entsprechend häufig geäußerten Fragen, Ängste und Vorbehalte modifiziert. Um auch Probanden mit nicht ausreichenden Deutschkenntnissen eine Teilnahme zu ermöglichen, werden Einladungsschreiben und Fragebögen in sechs Fremdsprachen (türkisch, russisch, arabisch, englisch, serbokroatisch, vietnamesisch) eingesetzt.

Reagieren die ausgewählten Familien nach einem Erst- und Erinnerungsschreiben nicht, wird telefonisch bzw. persönlich Kontakt aufgenommen. Dabei können Ziele und Erhebungsinhalte der Studie veranschaulicht dargestellt und teilnahmemotivierende Zusatzinformationen gegeben werden. Das Gespräch wird bei auffallenden Sprachproblemen die Bitte enthalten, eine/n Bekannte/n oder Verwandte/n als Dolmetscher/in mitzubringen.

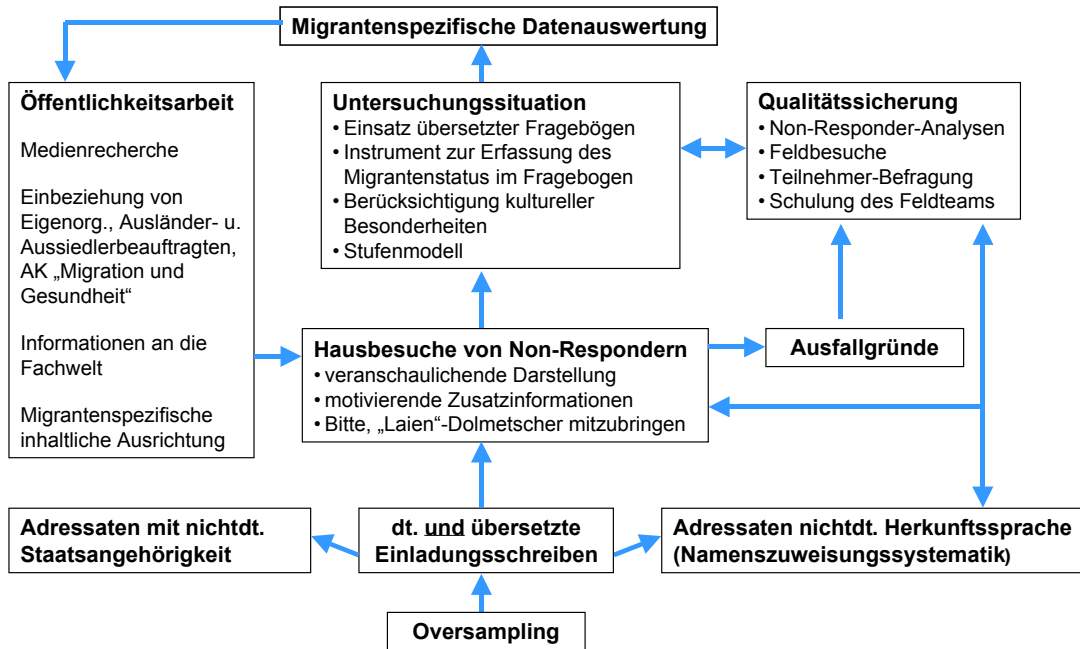
Die Öffentlichkeitsarbeit umfasst auch Medien, die sich an in Deutschland lebende Migranten/innen richten. Darüber hinaus werden Eigenorganisationen, Ausländer- und Aussiedlerbeauftragte, Beratungsstellen sowie der Arbeitskreis ‚Migration und Gesundheit‘ über das Vorhaben informiert und als Multiplikatoren genutzt.

Bei der Gestaltung der Erhebungssituation werden kulturelle Besonderheiten beachtet. Beispielsweise wird im Feldteam nach Möglichkeit eine Krankenschwester bzw. eine Ärztin tätig sein, so dass Mädchen von einer Frau untersucht werden können und kulturspezifischen Schamgrenzen Rechnung getragen wird. Die Durchführung der Untersuchung von Probanden, die über keine für die Befragung ausreichenden Deutschkenntnisse verfügen, erfolgt nach festgelegten Standards (Stufenmodell). Diese garantieren neben einem einheitlichen Vorgehen, dass ein Minimum an Informationen auch für Probanden mit nur sehr geringen Deutschkenntnissen vorhanden ist, und erleichtern eine Qualitätssicherung.

Im Rahmen von Schulungen werden die Projektmitarbeiter/innen für die Migranten/innenthematik sensibilisiert. Sie werden mit der migranten/innenspezifischen Vorgehensweise sowie mit kulturellen und migrationsbedingten

Besonderheiten vertraut gemacht. Gleichzeitig sollen damit interkulturelle Kompetenzen gefördert werden.

Die abschließende Darstellung beinhaltet alle Aktivitäten der migrantenspezifischen Vorgehensweise in der KIGGS-Studie im Überblick. (Abb. 2).



**Abb. 2:**  
Migranten/innen-sensibles Vorgehen im Kinder- und Jugendgesundheits-survey