

Journal of Health Monitoring · 2018 3(1)
DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-017
Robert Koch-Institut, Berlin

Laura Frank¹, Rahsan Yesil-Jürgens²,
Sabine Born¹, Robert Hoffmann¹,
Claudia Santos-Hövenner¹, Thomas Lampert¹

¹ Robert Koch-Institut, Berlin
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheits-
monitoring
² Charité – Universitätsmedizin Berlin, Klinik für
Psychiatrie und Psychotherapie, Berlin



Studie zur Gesundheit von Kindern
und Jugendlichen in Deutschland

Maßnahmen zur verbesserten Einbindung und Beteiligung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in KiGGS Welle 2

Abstract

Im Rahmen des Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut konnten in der Basiserhebung der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) durch umfangreiche Maßnahmen Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund entsprechend ihres Anteils in der Bevölkerung einbezogen werden. In KiGGS Welle¹ hingegen gelang dies aufgrund der weniger umfassenden Bemühungen nicht. Ziel in KiGGS Welle 2 war es, die Teilnahmebereitschaft von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund durch spezifische Maßnahmen zu erhöhen. In diesem Beitrag werden das migrationsspezifische Vorgehen, die Operationalisierung der migrationsspezifischen Variablen und die Effektivität der Feldvorbegehung (Teilnehmendenwerbung) als Maßnahme zur Erhöhung der Teilnahmebereitschaft beschrieben. Des Weiteren werden Daten zur Beteiligung und zur Zusammensetzung der Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in der Querschnittstudie von KiGGS Welle 2 vorgestellt.

Insgesamt nahmen 2.994 Kinder mit einem Migrationshintergrund im Alter von 0 bis 17 Jahren an KiGGS Welle 2 teil. In der gewichteten Stichprobe sind das 11,8% (n=1.436) mit einem einseitigen Migrationshintergrund und 17,0% (n=1.558) mit einem beidseitigen Migrationshintergrund. Insgesamt entspricht dieser Anteil an Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund (28,8%) nahezu dem Anteil im Mikrozensus 2013 (31,2%). Im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund zeigen sich kaum Differenzen in der Alters- und Geschlechtsverteilung, jedoch hinsichtlich der sozialen Lage. Kinder mit einem beidseitigen Migrationshintergrund gehören deutlich häufiger der unteren Sozialstatusgruppe an als Kinder ohne Migrationshintergrund. Zu den in der Stichprobe am stärksten vertretenen Herkunftsländern gehören die Staaten Mittel- und Südeuropas, der ehemaligen Sowjetunion und die Türkei. Gemessen an der Aufenthaltsdauer der Eltern leben circa 40,1% der Familien mit Migrationshintergrund bereits länger als 20 Jahre und fast jede fünfte Familie weniger als fünf Jahre in Deutschland. 12,2% der Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund weisen eine eigene Zuwanderungserfahrung auf.

Demzufolge entspricht, durch den Einsatz umfangreicherer Maßnahmen in KiGGS Welle 2, der gewichtete Anteil von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund weitgehend dem Anteil in der Bevölkerung.

📍 MIGRATION · KINDER · JUGENDLICHE · GESUNDHEITSMONITORING · KIGGS

KiGGS Welle 2

Zweite Folgerhebung der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland

Datenhalter: Robert Koch-Institut

Ziele: Bereitstellung zuverlässiger Informationen über Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten, Lebensbedingungen, Schutz- und Risikofaktoren und gesundheitliche Versorgung der in Deutschland lebenden Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit der Möglichkeit von Trend- und Längsschnittanalysen

Studiendesign: Kombinierte Querschnitt- und Kohortenstudie

Querschnitt in KiGGS Welle 2

Alter: 0–17 Jahre

Grundgesamtheit: Kinder und Jugendliche mit ständigem Wohnsitz in Deutschland

Stichprobenziehung: Einwohnermeldeamt-Stichproben – Einladung zufällig ausgewählter Kinder und Jugendlicher aus den 167 Städten und Gemeinden der KiGGS-Basiserhebung

Stichprobenumfang: 15.023 Teilnehmende

KiGGS-Kohorte in KiGGS Welle 2

Alter: 10–31 Jahre

Stichprobengewinnung: Erneute Einladung aller wiederbefragungsbereiten Teilnehmenden der KiGGS-Basiserhebung

Stichprobenumfang: 10.853 Teilnehmende

KiGGS-Erhebungswellen:

- ▶ KiGGS-Basiserhebung (2003–2006)
Untersuchungs- und Befragungssurvey
- ▶ KiGGS Welle 1 (2009–2012)
Befragungssurvey
- ▶ KiGGS Welle 2 (2014–2017)
Untersuchungs- und Befragungssurvey

Mehr Informationen unter
www.kiggs-studie.de

1. Einleitung

Im Jahr 2016 lebten in Deutschland rund 18,6 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund. Diese Personen oder mindestens ein Elternteil von ihnen sind also nach Deutschland zugewandert [1]. Dies entspricht einem Anteil von 22,5% der Bevölkerung. In der Bevölkerung unter 18 Jahren hat sogar jede dritte Person einen Migrationshintergrund. Denn die in Deutschland lebenden Menschen mit Migrationshintergrund sind im Durchschnitt deutlich jünger als die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. Daher findet sich der höchste Anteil in der Altersgruppe der Kinder unter fünf Jahren mit 38,1% [1]. Auch wenn die Kinder bereits in der zweiten oder dritten Generation in Deutschland leben, prägt der Migrationshintergrund deren Lebenswelt und gesundheitliche Lage. So unterscheiden sich Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund nach Auswertungen der Basiserhebung der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) teilweise in ihrer körperlichen und psychosozialen Gesundheit, ihrem gesundheitsrelevanten Verhalten und in der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens von Gleichaltrigen ohne Migrationshintergrund [2]. Die Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken variieren nach Herkunftsland und Aufenthaltsdauer, aber auch nach Alter, Geschlecht und sozioökonomischem Status [2].

Um Aussagen zur gesundheitlichen Lage von Menschen mit Migrationshintergrund machen zu können, muss der Migrationshintergrund in den betreffenden Daten klar definiert sein [3]. In vielen amtlichen Statistiken und Routinedaten wird allerdings nur die Staatsangehörigkeit als Differenzierungsmerkmal erhoben. Durch die Staatsangehörigkeit

kann aber nur ein Teil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund abgebildet werden. So können (Spät-) Auswanderinnen und (Spät-) Aussiedler sowie eingebürgerte Personen nicht als Menschen mit Migrationshintergrund identifiziert werden, da sie die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen. In den Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts werden hingegen bei der Definition das Geburtsland der Teilnehmenden oder das ihrer Eltern berücksichtigt. Folglich kann in Deutschland geborenen Personen unabhängig von ihrer aktuellen Staatsangehörigkeit ein Migrationshintergrund zugeordnet werden [2, 4, 5].

Insgesamt ist die Datenlage zur gesundheitlichen Lage von Menschen mit Migrationshintergrund noch sehr unzureichend [6, 7]. Erfahrungsgemäß sind Menschen mit Migrationshintergrund in Gesundheitsstudien systematisch unterrepräsentiert, weil ihre Teilnahmebereitschaft aus verschiedenen Gründen geringer ist als die der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund [8]. Zu den Teilnahmebarrieren zählen unter anderem Verständigungsschwierigkeiten oder kulturelle Besonderheiten, aber auch Befürchtungen die erhobenen Gesundheitsdaten könnten amtlichen Stellen übermittelt und die Entscheidung über den Aufenthaltsstatus beeinflusst werden [9, 10]. Daher sind besondere Maßnahmen notwendig, um Menschen mit Migrationshintergrund besser in Gesundheitsstudien einzubinden. Bislang stellt nur die Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) bundesweit repräsentative Daten zur Verfügung [11–13], die eine detaillierte Beschreibung der gesundheitlichen Lage nach dem Migrationshintergrund erlauben [2].

In der KiGGS-Basiserhebung (Untersuchungs- und Befragungssurvey, 2003–2006) wurde erstmals ein

Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund sind in KiGGS Welle 2 nach der Gewichtung weitgehend entsprechend ihres Anteils in der Gesamtbevölkerung vertreten.

migrationspezifisches Vorgehen konzipiert und umgesetzt [14]. Der Anteil der Teilnehmenden mit Migrationshintergrund lag in der gewichteten Stichprobe bei 25,9 % (ungewichtet: 22,1 %) [15]. Die erste Folgerhebung (KiGGS Welle 1, 2009–2012) war als telefonische Befragung konzipiert und wies in der Querschnitt-Stichprobe einen Anteil von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund von 24,3 % auf (ungewichtet: 16,3 %) [15]. Die niedrigere Beteiligung ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass die Interviews ausschließlich in deutscher Sprache durchgeführt wurden. Als Alternative zum Telefoninterview wurden lediglich übersetzte Selbstausfüllfragebögen angeboten, die 1,2 % der teilnehmenden Eltern in der Querschnitt-Stichprobe genutzt haben. Außerdem gab es keine Teilnehmendenwerbung per Hausbesuch [16]. Daher war das Ziel in der zweiten Folgerhebung (KiGGS Welle 2, 2014–2017), die sowohl eine Befragung als auch eine Untersuchung beinhaltete, erneut Bemühungen zur verstärkten Einbindung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund zu unternehmen.

In diesem Beitrag werden für die Querschnittstudie von KiGGS Welle 2 das migrationspezifische Vorgehen, die Operationalisierung der migrationspezifischen Variablen und die Effektivität der Feldvorbegehung als Maßnahme zur Erhöhung der Teilnahmebereitschaft bei Menschen ohne deutsche Staatsangehörigkeit beschrieben. Weiterhin werden die Daten zur Beteiligung sowie zur Zusammensetzung der Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in der Querschnittstudie von KiGGS Welle 2 vorgestellt.

2. Methode

2.1 Studiendesign

Die KiGGS-Studie stellt wiederholt bundesweit repräsentative Daten zur Verfügung, mit denen die aktuelle gesundheitliche Lage der Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren beschrieben sowie zeitliche Entwicklungen aufgezeigt werden können [12, 13, 16]. Seit 2009 wird KiGGS als Bestandteil des Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut als Langzeitstudie fortgeführt. In KiGGS werden Daten zu folgenden Themenbereichen erhoben: Gesundheitsstatus, Gesundheitsverhalten, Lebensbedingungen, Schutz- und Risikofaktoren sowie Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens. Studienkonzept, Stichproben- und Erhebungsdesign sowie die Durchführung von KiGGS Welle 2 sind an anderer Stelle ausführlich beschrieben [17, 18]. Während die Befragung bei allen Teilnehmenden durchgeführt wurde, fand das Untersuchungsprogramm nur bei einem Teil der Kinder und Jugendlichen statt. Responsequoten und die Zusammensetzung der Querschnitt-Stichprobe werden in [Ausgabe 1/2018 des Journal of Health Monitoring](#) ebenfalls detailliert dargestellt [17].

Alle Studien des Robert Koch-Instituts unterliegen der strikten Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes. Die Ethikkommission der Medizinischen Hochschule Hannover hat KiGGS Welle 2 unter ethischen Gesichtspunkten geprüft und ihr zugestimmt (Nr. 2275-2014). Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit in Deutschland hatte keine Bedenken gegen die Durchführung der Studie. Die Teilnahme an der Studie war freiwillig. Die Teilnehmenden beziehungsweise ihre Sorgeberechtigten wurden über

Eine effektive Maßnahme zur Erhöhung der Teilnahmebereitschaft ist der persönliche Kontakt durch geschulte Feldvorbegehende.

die Ziele und Inhalte der Studie sowie über den Datenschutz informiert und gaben ihr informiertes Einverständnis (informed consent).

2.2 Maßnahmen zur Einbeziehung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund

Basierend auf den Erfahrungen der bisherigen Erhebungen in der KiGGS-Studie [2, 15] wurde das migrationspezifische Vorgehen der KiGGS-Basiserhebung [2] in der Querschnittstudie von KiGGS Welle 2 fortgeführt und optimiert. Der Ablauf des migrationspezifischen Vorgehens ist mehrstufig aufgebaut (Abbildung 1). Um die niedrigere Teilnahmebereitschaft von Menschen mit Migrationshintergrund zu kompensieren, erfolgte zunächst im Rahmen der Stichprobenziehung ein Oversampling um den Faktor 1,5. Kinder und Jugendliche ohne deutsche Staatsangehörigkeit wurden damit zu einem höheren Anteil in der unbereinigten Bruttostichprobe berücksichtigt als es ihrem tatsächlichen Bevölkerungsanteil entspricht. Einladungs- sowie Erhebungsmaterialien wurden in vier verschiedene Sprachen übersetzt (Türkisch, Russisch, Serbokroatisch, Englisch). Die Auswahl dieser Sprachen erfolgte anhand der Größe der Sprachgruppe, dem Ausmaß der beobachteten sprachbezogenen Schwierigkeiten sowie den Erfahrungen aus der KiGGS-Basiserhebung und KiGGS Welle 1 [2, 15]. Eine von der Firma Humpert und Schneiderheinze GbR (H&S) entwickelte Namenszuweisungssystematik (onomastisches Verfahren) wurde eingesetzt, um Vor- und Nachnamen der Kinder und Jugendlichen computergestützt einer bestimmten Sprache und damit einem möglichen Migrationshintergrund

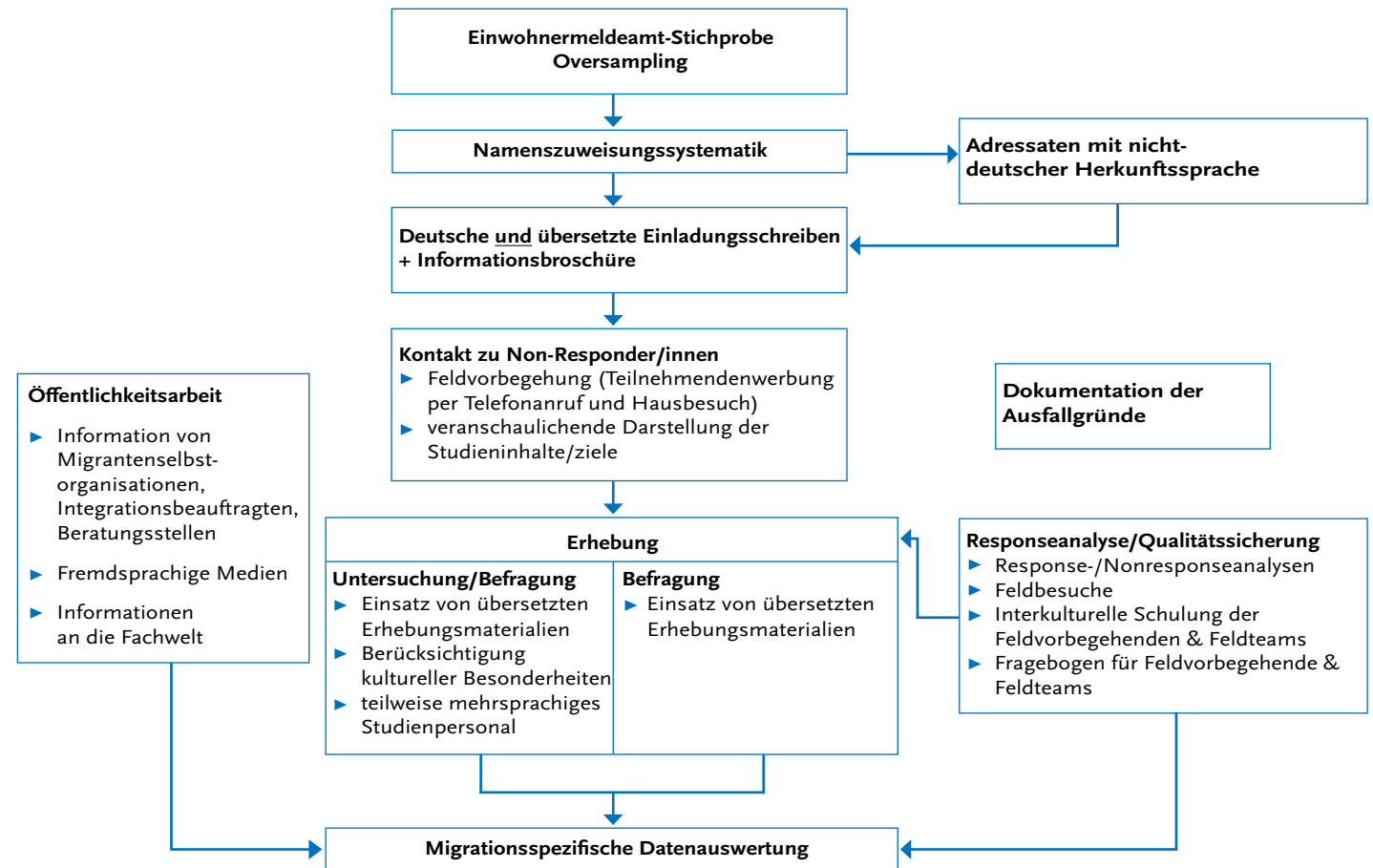
zuzuordnen. Eltern bzw. Sorgeberechtigte der betreffenden Kinder und Jugendlichen erhielten dann neben den deutschen Einladungsmaterialien auch ein Anschreiben in der ermittelten Sprache [19, 20]. Aus rechtlich-ethischen Gründen waren bei allen Studienbelangen die Eltern die zentralen Ansprechpartner [17]; im Folgenden wird aufgrund der studienrelevanten Verknüpfung von Eltern, Kindern und Jugendlichen von "Familie" gesprochen. Familien, die der arabischen Sprachgruppe zugeordnet wurden, erhielten ein Anschreiben in englischer Sprache, da keine arabischen Einladungs- sowie Erhebungsmaterialien vorlagen.

Eine weitere Maßnahme für alle Familien bestand in der Feldvorbegehung [17]. Wenn Familien nicht auf die Einladungs- beziehungsweise Erinnerungsschreiben reagierten, wurden sie erst telefonisch und gegebenenfalls per Hausbesuch kontaktiert. In einem persönlichen Gespräch klärten die Feldvorbegehenden die Familien über die Ziele und Studieninhalte auf und beantworteten offene Fragen. Die Kontaktaufnahme zielte darauf ab, die Teilnahmebereitschaft der Familien mit Migrationshintergrund zu erhöhen. Wenn die Familien nicht zu einer Teilnahme motiviert werden konnten, versuchten die Feldvorbegehenden die Gründe für die Nicht-Teilnahme zu ermitteln. Wenn aufgrund der Sprachbarriere keine Verständigung mit den Eltern bzw. Sorgeberechtigten möglich war, um diese ausreichend über die Ziele und Inhalte der Studie aufzuklären, wurden diese Kinder und Jugendlichen als qualitätsneutrale Ausfälle gewertet [17].

Während der Untersuchung wurden kulturelle Besonderheiten berücksichtigt, indem beispielsweise Mädchen nur von weiblichem Studienpersonal untersucht wurden.

Abbildung 1
Migrationsspezifisches Vorgehen
in KiGGS Welle 2

Quelle: Eigene Darstellung
 nach Schenk et al. 2007 [14]



Um Personen mit geringen Deutschkenntnissen eine Teilnahme zu ermöglichen, wurden die Erhebungsmaterialien sowie Einwilligungserklärungen in vier Sprachen angeboten. Der Einsatz von mehrsprachigem Personal in den Feldteams sollte zudem die Verständigung im Untersuchungszentrum verbessern.

Des Weiteren wurden migrationsspezifische Response- und Nonresponseanalysen durchgeführt, bei denen

kontinuierlich die Entwicklung der Teilnahme von Personen mit nicht deutscher Staatsangehörigkeit beobachtet wurde. So konnten gegebenenfalls gezielt die Bemühungen zur Erhöhung der Teilnahmebereitschaft verstärkt werden. So wurde zum Beispiel die Feldvorbegehung bei Personen mit Migrationshintergrund intensiviert. Zudem gab es neben Feldbesuchen zur Qualitätssicherung eine Schulung zur Kultursensibilität für die Feldvorbegehenden und

Zu den häufigsten Herkunftsländern in der Stichprobe gehören die Staaten Mittel- und Südeuropas, der ehemaligen Sowjetunion und die Türkei.

Feldteams. Zur systematischen Erfassung sprachlich oder kulturell bedingter Schwierigkeiten bei Personen mit Migrationshintergrund wurde ein Fragebogen für die Feldvorbegehenden und Feldteams entwickelt.

Zusätzlich wurde eine Öffentlichkeitsarbeit durchgeführt, in der Migrantenselbstorganisationen, Ausländerbeauftragte und Beratungsstellen in den 167 Studienorten über das Vorhaben und die Ziele der Studie informiert und als potenzielle Multiplikatorinnen und Multiplikatoren zur Teilnehmendenrekrutierung gewonnen wurden. All diese Maßnahmen waren wichtig, um eine migrationsspezifische Datenauswertung zu gewährleisten.

Aufgrund der besonders im Jahr 2015 deutlich gestiegenen Zuwanderung nach Deutschland befanden sich auch unter den vom Einwohnermeldeamt gelieferten Adressen gehäuft Familien, die aus Krisengebieten wie Syrien oder dem Irak stammen. Die Feldvorbegehenden dokumentierten zudem vermehrt, dass sie die angeschriebenen Personen in Sammelunterkünften beziehungsweise in Heimen für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge aufsuchten und die Verständigung sehr schwierig gewesen sei.

Daher wurde ein surveymethodisches Zusatzprojekt in der Querschnitt-Komponente von KiGGS Welle 2 initiiert, um den Zugang zu asylsuchenden Familien zu testen. Hierfür wurde ein Kurzfragebogen entwickelt, der ins Arabische sowie Englische übersetzt wurde. Dieser ist nachträglich an alle Familien mit syrischer, irakischer oder eritreischer Staatsangehörigkeit versandt worden, wenn diese die Studienteilnahme entweder zuvor nicht explizit abgelehnt hatten oder ursprünglich aufgrund von sprachlichen Problemen nicht an der Studie teilnehmen konnten (qualitätsneutrale Ausfälle).

2.3 Operationalisierung von migrationsspezifischen Variablen

Der Migrationshintergrund der Teilnehmenden wurde wie in den vorherigen KiGGS-Wellen anhand des Geburtslandes des Kindes beziehungsweise Jugendlichen und seiner Eltern sowie der Staatsangehörigkeit der Eltern gebildet [2]. Ein einseitiger Migrationshintergrund liegt vor, wenn ein Elternteil nicht in Deutschland geboren ist oder eine nicht deutsche Staatsangehörigkeit besitzt. Ein beidseitiger Migrationshintergrund ist gegeben, wenn das Kind selbst aus einem anderen Land zugewandert und mindestens ein Elternteil nicht in Deutschland geboren ist. Auch wenn beide Elternteile in einem anderen Land geboren oder nicht deutscher Staatsangehörigkeit sind, wird unabhängig davon, ob das Kind selbst zugewandert oder in Deutschland geboren ist, ein beidseitiger Migrationshintergrund angenommen. Bei alleinerziehenden Eltern war der Status des sorgeberechtigten Elternteils ausschlaggebend für den Migrationshintergrund des Kindes.

Alle Personen, die nach Deutschland zugewandert sind, wurden nach ihrer Zuwanderungsgruppe gefragt. Es wird zwischen folgenden Kategorien unterschieden: 1) Asylbewerber/in, 2) Asylberechtigte/r, 3) Kriegsflüchtling, 4) Kontingentflüchtling, 5) Bürger/in eines EU-Staates, 6) Familiennachzug, 7) Arbeitsmigrant/in, 8) Deutschstämmige/r (Spät-) Aussiedler/in, 9) Student/in und 10) Sonstige Gruppe.

Die Herkunftsländer wurden anhand der Geburtsländer beziehungsweise Staatsangehörigkeiten der Eltern gebildet. Wenn die Mutter und der Vater aus unterschiedlichen Herkunftsländern kamen, wurde das Herkunftsland der

Fast jede fünfte Familie mit Migrationshintergrund lebt seit weniger als fünf Jahren in Deutschland.

Mutter berücksichtigt. Bei fehlenden Angaben der Mutter wurden die Angaben des Vaters herangezogen. Herkunftsländer wurden differenziert betrachtet, sofern sie ausreichend große Fallzahlen für weitere Berechnungen aufwiesen. Bei geringen Fallzahlen wurden die Länder regional aggregiert: 1) Deutschland, 2) Türkei, 3) Staaten der ehemaligen Sowjetunion (ehemalige SU-Staaten), 4) Polen, 5) Mittel- und Südeuropa, 6) Kanada, USA, Israel und Resteuropa, 7) Arabische Länder und Nordafrika, 8) Lateinamerika, 9) Asien und 10) Subsahara-Afrika (siehe [Annex 1](#)).

Zur Bestimmung der Aufenthaltsdauer der Eltern wurde zunächst das Einreisejahr der Mutter genutzt. Wenn dieses nicht vorlag oder die Mutter in Deutschland geboren ist, wurde die Aufenthaltsdauer des Vaters berechnet. Die Aufenthaltsdauer wurde in 0–5 Jahre, 6–10 Jahre, 11–15 Jahre, 16–20 Jahre und länger als 20 Jahre eingeteilt.

Alle Personen mit nicht deutscher Staatsangehörigkeit wurden gefragt, ob Sie über einen unbefristeten Aufenthaltsstatus verfügen. Zunächst wurde der Aufenthaltsstatus der Eltern anhand der Information der Mutter gebildet. Bei fehlenden Angaben der Mutter oder wenn diese Deutsche oder EU-Bürgerin ist, wurden die Angaben des Vaters genutzt. Damit wird zwischen 1) Deutschen/EU-Bürgern und 2) einem unbefristeten und 3) befristeten Aufenthalt differenziert.

Kinder und Jugendliche, die nicht seit ihrer Geburt in Deutschland leben, gehören zur „ersten Generation“. Als „zweite und nachfolgende Generation“ werden Kinder und Jugendliche zusammengefasst, die seit ihrer Geburt in Deutschland leben und von denen mindestens ein Elternteil in einem anderen Land geboren beziehungsweise nicht deutscher Staatsangehörigkeit ist.

2.4 Statistische Analysen

Für die Berechnung der Responsequoten sowie der Effektivität der Feldvorbegehung wurde die Information zur Staatsangehörigkeit der eingeladenen Studienpersonen genutzt, welche durch die Einwohnermeldeämter vorlag. Alle weiteren Analysen beruhen auf dem Migrationshintergrund, der durch die Angaben im Gesundheitsfragebogen für Kinder und Jugendliche sowie deren Eltern gebildet wurde.

Zunächst wurde der Anteil von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in KiGGS Welle 2 anhand der Verteilung des Mikrozensus 2013 überprüft. Der Mikrozensus ist eine verpflichtende repräsentative Haushaltsbefragung der amtlichen Statistik in Deutschland und schließt somit auch Menschen mit Migrationshintergrund ein [1, 21]. Da der Mikrozensus den Migrationshintergrund [22] in anderer Form erfasst und definiert als in der KiGGS-Studie, wurden die Daten des Mikrozensus 2013 an die Definition aus KiGGS angepasst und die Anteile nach einseitigem sowie beidseitigem Migrationshintergrund berechnet. Dabei konnte 2,0% der Personen im Mikrozensus kein Migrationshintergrund im Sinne der KiGGS-Studie zugeordnet werden.

Um repräsentative Aussagen treffen zu können, wurden die erhobenen Daten hinsichtlich des Ausländerstatus (deutsche Staatsangehörigkeit ja/nein) unter Verwendung der Bevölkerungsstatistiken (Stand 31.12.2014) [23] sowie Alter, Geschlecht, elterlichem Bildungsniveau und Bundesland gewichtet. Eine Beschreibung der Gewichtung der KiGGS-Stichprobe ist in [Hoffmann et al. 2018](#) [17] beschrieben. Die deskriptiven Analysen zur Beschreibung der Querschnittstichprobe der Kinder und Jugendlichen mit

Tabelle 1
Anteil von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in der Querschnitterhebung KiGGS Welle 2, Vergleich mit Mikrozensus 2013

Quelle: KiGGS Welle 2, Mikrozensus 2013 [22]

| | Fallzahl ungewichtet | Stichprobe ungewichtet % | Stichprobe gewichtet % | Mikrozensus 2013 in % |
|------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|---------------------------|--------------------------|
| Ohne Migrationshintergrund | 11.857 | 79,8 | 71,2 | 68,7 |
| Insgesamt Migrationshintergrund | 2.994 | 20,2 | 28,8 | 31,2 |
| Darunter: | | | | |
| Einseitiger Migrationshintergrund | 1.436 | 9,7 | 11,8 | 10,7 |
| Beidseitiger Migrationshintergrund | 1.558 | 10,5 | 17,0 | 20,5 |
| Fehlende Werte | 172 | 1,3 | | 2,0 |

Ein migrationssensibles Vorgehen ist Voraussetzung für eine repräsentative Stichprobe und für migrations-spezifische Analysen.

Migrationshintergrund nach Alter, sozioökonomischem Status und Wohnortgröße erfolgte mit den ungewichteten sowie gewichteten KiGGS-Daten. Für eine Einschätzung des Einflusses der Gewichtung auf den Migrationshintergrund und auf andere migrations-spezifische Variablen werden die Fallzahlen sowie Häufigkeiten sowohl ungewichtet als auch gewichtet dargestellt.

3. Ergebnisse

3.1 Beteiligung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund

Die Responsequote bei Kindern und Jugendlichen ohne deutsche Staatsangehörigkeit lag in der Gesamt-Stichprobe bei 17,0% und in der Teilgruppe der Untersuchten bei 27,9%. Der Anteil an Kindern und Jugendlichen ohne deutsche Staatsangehörigkeit beträgt in der ungewichteten KiGGS-Stichprobe damit insgesamt 3,7%. Durch die Gewichtung erhöht sich der Anteil auf 7,0% und entspricht somit den Bevölkerungszahlen des Statistischen Bundesamtes (7,0%) [23].

Von insgesamt 15.023 Teilnehmenden an der Querschnitterhebung der zweiten KiGGS Welle liegt bei 2.994 Kindern und Jugendlichen ein Migrationshintergrund vor

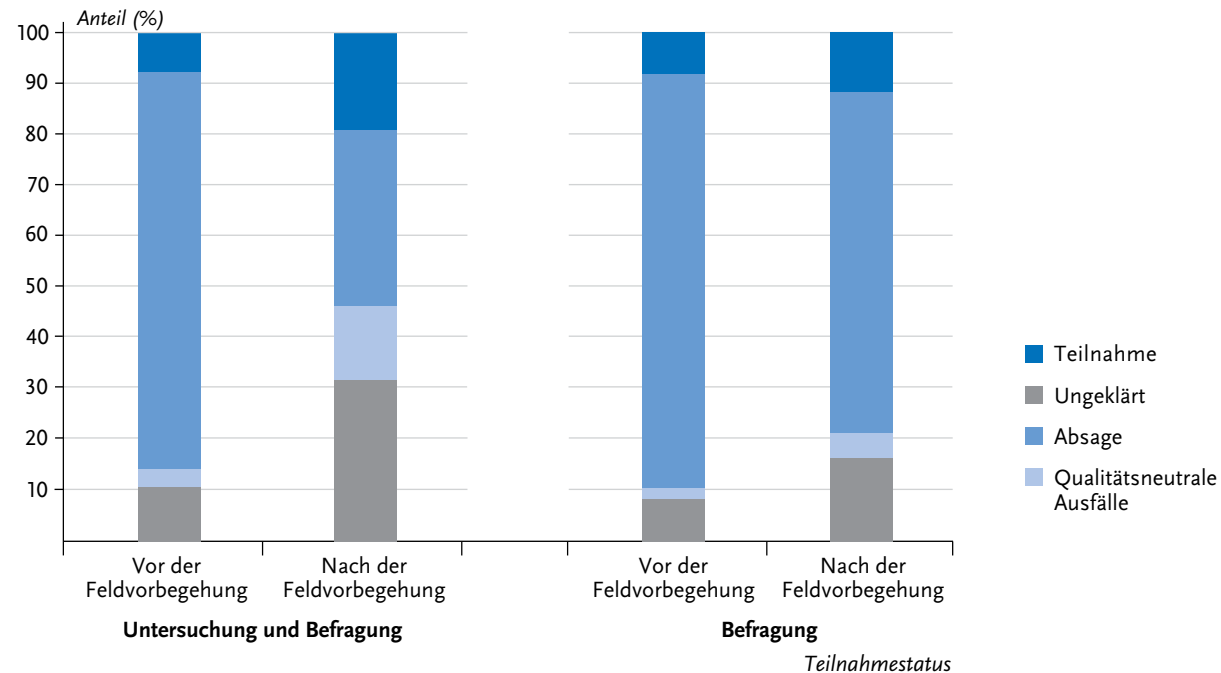
(Tabelle 1). 1.436 Kinder haben einen einseitigen Migrationshintergrund, das entspricht in der gewichteten Stichprobe einem Anteil von 11,8% (ungewichtet: 9,7%). 17,0% (gewichtet) der Kinder haben einen beidseitigen Migrationshintergrund (ungewichtet: 10,5%). Im Mikrozensus 2013 weisen 10,7% einen einseitigen und 20,5% einen beidseitigen Migrationshintergrund auf. Insgesamt entspricht der gewichtete Anteil an Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund (28,8%) in KiGGS Welle 2 nahezu dem Anteil im Mikrozensus 2013 (31,2%).

In dem Zusatzprojekt zur Testung des Zugangs zu asyl-suchenden Familien wurde der Kurzfragebogen insgesamt an 402 Familien mit syrischer, irakischer oder eritreischer Staatsangehörigkeit im Nachgang an die KiGGS-Studie versendet. In 65 Fällen konnte der Fragebogen nicht zugestellt werden. Somit lag die Responsequote bei 19,0% (n=64).

3.2 Feldvorbegehung bei Familien ohne deutsche Staatsangehörigkeit

Eine wichtige Maßnahme zur Einbindung von Menschen mit Migrationshintergrund ist die Feldvorbegehung. Die

Abbildung 2
 Teilnahmestatus vor der Feldvorbegehung und nach der Datenerhebung bei Studienpersonen ohne deutsche Staatsangehörigkeit (Untersuchung und Befragung n=482 Mädchen, n=543 Jungen; Befragung n=1.624 Mädchen, n=1.841 Jungen)
 Quelle: KiGGS Welle 2



Effektivität der anderen Maßnahmen, die in [Abschnitt 2.3](#) beschrieben wurden, wird nicht näher erläutert, da diese nicht eindeutig voneinander abgrenzbar sind. In [Abbildung 2](#) werden die Verteilungen der Teilnahmebereitschaft vor der Feldvorbegehung und der letztliche Teilnahmestatus für die Teilgruppe der zur Untersuchung und der zur ausschließlichen Befragung eingeladenen Studienpersonen dargestellt. Es wird damit nicht berücksichtigt, dass Statusänderungen zwischenzeitlich, das heißt insbesondere direkt nach der Feldvorbegehung aber vor der letztlichen Teilnahme, stattgefunden haben können oder Statusänderungen gegebenenfalls auch unabhängig von der Feldvorbegehung eingetreten sind. Als Grundlage der Betrachtung

dient die unbereinigte Bruttostichprobe der Studienpersonen ohne deutsche Staatsangehörigkeit.

Durch die Feldvorbegehung in der Untersuchungsgruppe (n=1.025) konnte der Anteil an Studienpersonen, zu denen kein geklärt Teilnahmestatus vorlag, von zunächst 77,8% nach der schriftlichen Erinnerung auf 34,7% reduziert werden. Die Teilnahmebereitschaft bzw. letztliche Teilnahme konnte gleichzeitig mehr als verdoppelt werden (von 7,9% auf 19,0%). Die Anteile an qualitätsneutralen Ausfällen und Absagen wurden jeweils dreifach. Für die Gruppe der ausschließlich Befragten in KiGGS Welle 2 war die Feldvorbegehung nicht gleichermaßen intensiv wie für die Untersuchungsgruppe durch-

geführt worden [17], was auch für Studienpersonen ohne deutsche Staatsangehörigkeit gilt (Befragungsgruppe n=3.465). Der Anteil an Studienpersonen, zu denen letztlich auch nach dem Ende der Datenerhebungen kein gekläarter Teilnahmestatus vorlag, betrug 66,8% und war damit etwa doppelt so hoch wie in der Untersuchungsgruppe. Der Anteil an Teilnehmenden wurde von 8,3% auf 11,8% gesteigert. Die Anteile an qualitätsneutralen Ausfällen und absagenden Studienpersonen wurden jeweils verdoppelt. Damit zeigt sich insgesamt eine geringere Veränderung

der beobachteten Status in der Befragungsgruppe als in der Untersuchungsgruppe.

3.3 Soziodemografische und sozioökonomische Unterschiede zwischen Kindern und Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund

Im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund zeigen sich kaum Differenzen in der Alters- und Geschlechtsverteilung bei Kindern und Jugendlichen

| Migrationshintergrund | Stichprobe ungewichtet % | | | Stichprobe gewichtet % | | |
|---------------------------------|--------------------------|-----------|------------|------------------------|-----------|------------|
| | Ohne | Einseitig | Beidseitig | Ohne | Einseitig | Beidseitig |
| Alter | | | | | | |
| 0–2 Jahre | 9,3 | 12,8 | 10,4 | 14,9 | 21,8 | 14,3 |
| 3–6 Jahre | 22,6 | 26,0 | 21,2 | 21,0 | 24,5 | 21,1 |
| 7–10 Jahre | 23,3 | 23,9 | 22,7 | 21,5 | 21,1 | 21,6 |
| 11–13 Jahre | 20,6 | 18,4 | 19,3 | 17,7 | 15,1 | 14,8 |
| 14–17 Jahre | 24,3 | 18,9 | 26,4 | 24,9 | 17,6 | 28,2 |
| Gesamt | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Fehlende Werte (n=0) | | | | | | |
| Sozioökonomischer Status | | | | | | |
| Niedrig | 9,9 | 14,0 | 30,2 | 13,6 | 22,9 | 45,1 |
| Mittel | 63,0 | 54,6 | 56,8 | 63,8 | 55,2 | 47,2 |
| Hoch | 27,1 | 31,4 | 13,0 | 22,6 | 21,8 | 7,7 |
| Gesamt | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Fehlende Werte (n=216) | | | | | | |
| Gemeindegröße | | | | | | |
| Ländlich | 20,0 | 12,9 | 5,1 | 18,7 | 12,3 | 5,1 |
| Kleinstädtisch | 34,2 | 25,9 | 23,4 | 29,9 | 22,4 | 18,7 |
| Mittelstädtisch | 27,6 | 29,9 | 34,4 | 28,1 | 27,9 | 33,8 |
| Großstädtisch | 18,2 | 31,3 | 37,1 | 23,3 | 37,4 | 42,5 |
| Gesamt | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Fehlende Werte (n=0) | | | | | | |

Tabelle 2
Anteil der Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund nach Alter, sozioökonomischem Status und Gemeindegröße, Querschnitterhebung KiGGS Welle 2 (n=7.456 Mädchen, n=7.395 Jungen)
 Quelle: KiGGS Welle 2

mit Migrationshintergrund. In der ungewichteten Stichprobe ist unabhängig vom Migrationshintergrund der Anteil der Kleinkinder im Alter von 0–2 Jahren im Vergleich zu den anderen Altersgruppen am geringsten (Tabelle 2). In dieser Altersgruppe wurden keine Untersuchungen durchgeführt. Dieser Unterschied wird teilweise durch die Gewichtung ausgeglichen. Der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit beidseitigem Migrationshintergrund ist in der Altersgruppe der 14- bis 17-Jährigen am höchsten.

Es zeigen sich jedoch deutliche Unterschiede hinsichtlich der sozialen Lage (Tabelle 2). Kinder und Jugendliche mit einem beidseitigen Migrationshintergrund gehören deutlich häufiger der unteren Sozialstatusgruppe (45,1% versus 13,6% ohne Migrationshintergrund) und seltener der oberen Statusgruppe (7,7% versus 22,6% ohne Migrationshintergrund) an. Kinder und Jugendliche mit einseitigem Migrationshintergrund ähneln in ihrer sozialen

Zusammensetzung jenen ohne Migrationshintergrund. Des Weiteren zeigt sich ein starkes Stadt-Land-Gefälle mit einem höheren Anteil an Kindern und Jugendlichen mit einseitigem oder beidseitigem Migrationshintergrund in den Großstädten als in den ländlichen Gebieten (Tabelle 2).

3.4 Differenzierungen innerhalb der Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund

Differenziert nach Müttern und Vätern gehören die Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler, Menschen mit Migrationshintergrund, die im Zuge der Familienzusammenführung nach Deutschland eingereist sind und die EU-Bürgerinnen und -Bürger zu den größten Zuwanderungsgruppen in KiGGS Welle 2 (Tabelle 3). Der Anteil an Asylbewerberinnen und Asylbewerbern und Kriegsflüchtlingen ist in KiGGS Welle 2 im Vergleich zur KiGGS-Basiserhebung angestiegen [2].

Tabelle 3
Mütter und Väter von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund nach Zuwanderungsgruppen, Querschnitterhebung KiGGS Welle 2
Quelle: KiGGS Welle 2

| | Mutter | | Vater | |
|---|--------------------------|------------------------|--------------------------|------------------------|
| | Stichprobe ungewichtet % | Stichprobe gewichtet % | Stichprobe ungewichtet % | Stichprobe gewichtet % |
| Deutschstämmige/r (Spät-) Aussiedler/in | 29,1 | 26,1 | 26,7 | 24,0 |
| Familiennachzug | 24,2 | 24,4 | 17,3 | 16,4 |
| Bürger/in eines EU-Staates | 17,4 | 16,2 | 15,7 | 15,7 |
| Asylbewerber/in | 6,7 | 9,6 | 9,9 | 12,9 |
| Sonstige Gruppe | 8,1 | 8,2 | 8,6 | 8,4 |
| Kriegsflüchtling | 4,3 | 5,5 | 6,2 | 7,8 |
| Arbeitsmigrant/in | 4,0 | 4,7 | 7,1 | 7,6 |
| Asylberechtigte/r | 2,3 | 2,2 | 3,3 | 2,4 |
| Student/in | 2,9 | 2,1 | 4,2 | 3,6 |
| Kontingentflüchtling | 1,0 | 1,1 | 1,1 | 1,1 |
| Gesamt | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Fehlende Werte (Mutter: n=586, Vater: n=979)

Tabelle 4
Migrationsspezifische Merkmale bei Kindern
und Jugendlichen mit Migrationshintergrund,
Querschnitterhebung KiGGS Welle 2
(n=1.567 Mädchen, n=1.433 Jungen)
 Quelle: KiGGS Welle 2

| | Fallzahl ungewichtet | Stichprobe ungewichtet % | Stichprobe gewichtet % |
|--|-------------------------|-----------------------------|---------------------------|
| Herkunftsland | | | |
| Deutschland | 11.857 | 80,3 | 71,6 |
| Türkei | 332 | 2,2 | 4,2 |
| Ehemalige SU-Staaten | 613 | 4,1 | 5,4 |
| Polen | 314 | 2,1 | 2,8 |
| Mittel- und Südeuropa | 576 | 3,9 | 6,0 |
| Kanada, USA, Israel und Resteuropa | 450 | 3,0 | 3,3 |
| Arabische Länder und Nordafrika | 312 | 2,1 | 3,6 |
| Lateinamerika | 64 | 0,4 | 0,5 |
| Asien | 164 | 1,1 | 1,5 |
| Subsahara-Afrika | 93 | 0,6 | 1,0 |
| Fehlende Werte | 248 | | |
| Aufenthaltsdauer | | | |
| 0–5 Jahre | 307 | 12,6 | 14,9 |
| 6–10 Jahre | 255 | 10,5 | 11,2 |
| 11–15 Jahre | 388 | 16,0 | 15,0 |
| 16–20 Jahre | 440 | 18,1 | 18,7 |
| >20 Jahre | 1.042 | 42,8 | 40,1 |
| Fehlende Werte | 562 | | |
| Aufenthaltsstatus | | | |
| Unbefristet | 744 | 25,2 | 26,9 |
| Befristet | 267 | 9,0 | 11,9 |
| Deutsche/ EU-Bürger/in | 1.944 | 65,8 | 61,2 |
| Fehlende Werte | 39 | | |
| Einwanderergeneration | | | |
| Erste Generation | 307 | 10,3 | 12,2 |
| Zweite u. nachfol- gende Generation | 2.687 | 89,7 | 87,8 |
| Fehlende Werte | 0 | | |

Das Geburtsland der Eltern ist ein wichtiges weiteres Stratifizierungsmerkmal, da es Hinweise auf die Herkunftskultur oder das im Herkunftsland bestehende Gesundheitssystem geben kann. Am häufigsten stammen die Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund aus Mittel- und Südeuropa (6,0%), den ehemaligen Staaten der Sowjetunion (5,4%) und der Türkei (4,2%) (Tabelle 4). Gemessen an der Aufenthaltsdauer der Eltern leben rund 40% der Migrantenfamilien bereits länger als 20 Jahre in Deutschland. Demgegenüber lebt fast jede fünfte Familie mit Migrationshintergrund weniger als 5 Jahre in Deutschland (Tabelle 4). Eine eigene Zuwanderungserfahrung weisen 12,2% der Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund auf. Die Mehrheit der Kinder und Jugendlichen verfügt über einen gesicherten Aufenthaltsstatus, jedoch haben 11,9% der Familien eine befristete Aufenthaltserlaubnis und somit eine unsichere Bleibeperspektive (Tabelle 4). Insgesamt wurden 72 zu Hause gesprochene Sprachen angegeben. Darunter waren Russisch (16,9%), Türkisch (16,6%), Polnisch (8,0%), Arabisch (6,8%) und Englisch (5,7%) die fünf am häufigsten genannten Sprachen.

4. Diskussion

Die Ergebnisse zeigen, dass die intensivierten Maßnahmen zur Gewinnung von Familien mit Migrationshintergrund in KiGGS Welle 2 erfolgreich waren und der gewichtete Anteil an Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund nahezu dem Anteil in der Gesamtbevölkerung entspricht. Während Kinder und Jugendliche mit einseitigem Migrationshintergrund ausreichend an der Querschnitterhebung in KiGGS Welle 2 teilnahmen, waren Kinder und

Jugendliche mit beidseitigem Migrationshintergrund in der ungewichteten KiGGS-Stichprobe unterrepräsentiert. Diese Unterschiede zum Mikrozensus 2013 in der Verteilung wurden durch die Gewichtung annähernd ausgeglichen. Jedoch können auch nach der Gewichtung noch mögliche Verzerrungen in anderen Variablen, wie zum Beispiel der Aufenthaltsdauer oder den Herkunftsländern, bestehen geblieben sein, da diese Variablen, nicht mit in die Gewichtung eingegangen sind. Eine Limitation dieser Analyse besteht darin, dass aufgrund der unterschiedlichen Definitionen des Migrationshintergrundes die Vergleichbarkeit mit dem Mikrozensus nicht vollständig gegeben ist. Dies betraf jedoch nur einen sehr geringen Anteil an Personen, die nicht eindeutig der Definition des Robert Koch-Instituts zugeordnet werden konnten. Zudem wurden Personen von der Studie ausgeschlossen, die nicht ausreichend Deutsch sprachen beziehungsweise deren Sprache nicht zu den vier ausgewählten Sprachgruppen zählte, in Einladungs- und Erhebungsmaterialien übersetzt wurden, um über die Ziele und Inhalte der Studie aufgeklärt zu werden. Daher konnten vor allem Familien mit arabischer Sprache, die in der Bruttostichprobe enthalten waren, nur sehr eingeschränkt teilnehmen.

Der Zugang zu möglichen asylsuchenden Familien wurde mithilfe des arabischen Kurzfragebogens, der im Nachgang an die standardisierten Datenerhebungsprozesse an Familien mit syrischer, irakischer und eritreischer Staatsangehörigkeit versendet wurde, getestet. Dieses Zusatzprojekt hat weitere Informationen zu möglichen Zugangsbarrieren zu asylsuchenden Personen geliefert. Nahezu jede fünfte Familie konnte an der gemeldeten Adresse nicht erreicht werden. Neben möglichen

Sprachbarrieren bestand demnach die größte Schwierigkeit bezüglich der Erreichbarkeit und Einbindung in KiGGS Welle 2 in der Mobilität dieser Gruppe (zum Beispiel aufgrund von Umverteilungen auf andere Unterkünfte beziehungsweise Wohnungen). Einschränkend ist zu sagen, dass nicht alle Familien mit einer syrischen, irakischen oder eritreischen Staatsangehörigkeit asylsuchend sind.

Eine Limitation im Rahmen von KiGGS Welle 2 ist, dass die Effektivität der einzelnen migrationsspezifischen Maßnahmen nicht eindeutig voneinander abgrenzbar ist, da viele der Maßnahmen gleichzeitig abliefen. Eine effektive Maßnahme zur Erhöhung der Teilnahmebereitschaft war jedoch der persönliche Kontakt mit den Familien durch geschulte Feldvorbegehende. Besonders in der Teilgruppe der Untersuchten konnte dadurch die Teilnahmebereitschaft mehr als verdoppelt werden. Des Weiteren war die Responsequote letztlich doppelt so hoch wie in der Stichprobe der ausschließlich Befragten, in der die Feldvorbegehung nicht gleichermaßen intensiv war. Dass ein persönlicher Kontakt eine zeitintensive, aber notwendige Bemühung ist, um Menschen mit Migrationshintergrund für eine Studienteilnahme zu gewinnen, konnte bereits in anderen Studien gezeigt werden [3, 8, 24–26].

Wie schon in der KiGGS-Basiserhebung war die Responsequote von Kindern und Jugendlichen mit nicht deutscher Staatsangehörigkeit in der Querschnitterhebung von KiGGS Welle 2 [2] geringer als bei denen mit deutscher Staatsangehörigkeit (basierend auf der Staatsangehörigkeit der Eltern) [17]. Dies unterstreicht die Wichtigkeit weitreichende Maßnahmen zur Teilnehmendengewinnung umzusetzen, um Menschen mit Migrationshintergrund adäquat einzubeziehen und auch besonders schwer erreichbare

Subpopulationen, wie zum Beispiel auch Menschen mit nicht ausreichenden Deutschkenntnissen, adäquat zu repräsentieren.

Die KiGGS-Studie ist in Deutschland bislang die einzige gesundheitsbezogene Querschnittstudie mit einer ausreichenden Fallzahl an Menschen mit Migrationshintergrund. Gerade durch den möglichen Vergleich der gesundheitsbezogenen Merkmale von Kindern und Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund verspricht sie wertvolle wissenschaftliche Erkenntnisse [2]. Die erhobenen Daten können dazu beitragen, einige der derzeitigen Informationslücken zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund zu schließen sowie Trendanalysen durchzuführen. Neben Querschnittauswertungen und Trendanalysen werden in naher Zukunft die Potentiale für Längsschnittanalysen bei Menschen mit Migrationshintergrund im Rahmen von KiGGS untersucht und dargestellt [27]. Die aufgeführten Maßnahmen zur verstärkten Einbeziehung von Menschen mit Migrationshintergrund in Gesundheitsstudien sind mit Blick auf die Vielfalt, die in unserer Gesellschaft existiert, unverzichtbar.

Daher unternimmt das Robert Koch-Institut mit dem Projekt „Improving Health Monitoring in Migrant Populations“ (IMIRA) derzeit verschiedene Maßnahmen, um die noch in vielerlei Hinsicht unzureichende Daten- und Informationslage zur Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland zu verbessern [28]. Ein Schwerpunkt liegt auf der Erweiterung des Gesundheitsmonitorings des Robert Koch-Instituts. Um auch Erwachsene mit Migrationshintergrund langfristig in die Surveys des Robert Koch-Instituts einzubinden, werden zwei Machbarkeitsstudien durchgeführt. Im Rahmen der Machbar-

keitsstudie „Befragung“ werden sowohl neue Zugangswege und Rekrutierungsmaßnahmen getestet als auch Inhalte sowie Erhebungsinstrumente überprüft und gegebenenfalls weiterentwickelt. Mit der Machbarkeitsstudie „Untersuchung“ sollen zudem unterschiedliche Möglichkeiten getestet werden, wie sprachliche Barrieren und Verständigungsschwierigkeiten zwischen den Teilnehmenden und dem untersuchenden medizinischen Personal abgebaut werden können. Darüber hinaus zielt das Projekt darauf ab, die Gesundheitsberichterstattung zu Menschen mit Migrationshintergrund auszubauen. Neben den Daten des Gesundheitsmonitorings sollen dabei verstärkt weitere Datenquellen, zum Beispiel der Sozialversicherungsträger und des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, genutzt werden.

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass es nur durch ressourcenintensive Anstrengungen gelingen kann, eine auch bezüglich des Migrationshintergrunds repräsentative Bevölkerungsstichprobe zu gewinnen und dabei ausreichende Fallzahlen für migrationspezifische Fragestellungen zu gewährleisten.

Korrespondenzadresse

Dr. Laura Frank
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
E-Mail: FrankL@rki.de

Zitierweise

Frank L, Yesil-Jürgens R, Born S, Hoffmann R, Santos-Hövenner C 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. DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-017

Förderungshinweis

KiGGS wird finanziert durch das Bundesministerium für Gesundheit und das Robert Koch-Institut.

Interessenkonflikt

Die korrespondierende Autorin gibt für sich, die Koautorinnen und Koautoren an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Danksagung

Unser Dank richtet sich in erster Linie an alle Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer und deren Eltern. Auch allen Verantwortlichen in den 167 Studienorten möchten wir danken für die zur Verfügung gestellten Räume und die tatkräftige Unterstützung vor Ort.

Die KiGGS Welle 2 hätte nicht realisiert werden können ohne die engagierte Mitarbeit zahlreicher Kolleginnen und Kollegen im Robert Koch-Institut. Wir danken insbesondere den Studienteams für ihre exzellente Arbeit und das außergewöhnliche Engagement während der dreijährigen Datenerhebungsphase.

Literatur

1. Statistisches Bundesamt (2017) Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2016. Fachserie 1 Reihe 2.2. Destatis, Wiesbaden
2. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2008) Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003–2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/rejBwqKp45Pil/PDF/23Ydv-84JGTBo6_07.pdf (Stand: 23.02.2017)
3. Reiss K, Makarova N, Spallek J et al. (2013) Identifizierung und Rekrutierung von Menschen mit Migrationshintergrund für epidemiologische Studien in Deutschland. Gesundheitswesen 75(6):e49-58
4. Robert Koch-Institut (2008) Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/ren4T3cctjHcA/PDF/253b-KE5YVJxo_28.pdf (Stand: 23.02.2017)
5. Rommel A, Saß AC, Born S et al. (2015) Die gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund und die Bedeutung des sozioökonomischen Status. Erste Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS 1). Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 58(6):543-552
<http://edoc.rki.de/oa/articles/resmlGjZuxoiA/PDF/24KgGwHkF-gVzo.pdf> (Stand: 23.02.2017)
6. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2015) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin
http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/refNzCggQ8fNw/PDF/29PlbXnl56Jfc.pdf (Stand: 23.02.2017)
7. Frank L, Rommel A, Lampert T (2017) Die gesundheitliche Situation von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. GGW (17)2:7-14
8. Ibrahim S, Sidani S (2014) Strategies to recruit minority persons: a systematic review. J Immigr Minor Health 16(5):882-888
9. Schenk L (2002) Migrantenspezifische Teilnahmebarrieren und Zugangsmöglichkeiten im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey. Gesundheitswesen 64 Suppl 1:S59-68
10. Schenk L, Neuhauser H (2005) Beteiligung von Migranten im telefonischen Gesundheitsurvey: Möglichkeiten und Grenzen. Gesundheitswesen 67(10):719-725
11. Hölling H, Kamtsiuris P, Lange M et al. (2007) Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Studienmanagement und Durchführung der Feldarbeit. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 50(5-6):557-566
<http://edoc.rki.de/oa/articles/rej53eEjT1Ze6/PDF/29ruDTow371-rU.pdf> (Stand: 23.02.2017)
12. Kamtsiuris P, Lange M, Schaffrath Rosario A (2007) Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Stichprobendesign, Response und Nonresponse-Analyse. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 50(5-6):547-556
<http://edoc.rki.de/oa/articles/rej53eEjT1Ze6/PDF/211Cul3e7Mh-kk.pdf> (Stand: 23.02.2017)
13. Kurth BM, Kamtsiuris P, Holling H et al. (2008) The challenge of comprehensively mapping children's health in a nation-wide health survey: design of the German KiGGS-Study. BMC Public Health 8:196

14. Schenk L, Ellert U, Neuhauser H (2007) Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Methodische Aspekte im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 50(5-6):590-599 <http://edoc.rki.de/oa/articles/reun|YxaLNDfs/PDF/233ll5mf7L5c.pdf> (Stand: 23.02.2017)
15. Sass AC, Grune B, Brettschneider AK et al. (2015) Beteiligung von Menschen mit Migrationshintergrund an Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 58(6):533-542
16. Lange M, Butschalowsky HG, Jentsch F et al. (2014) Die erste KiGGS-Folgebefragung (KiGGS Welle 1): Studiendurchführung, Stichprobendesign und Response. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 57(7):747-761 <http://edoc.rki.de/oa/articles/re5weWnRsXRSw/PDF/20B6fVT-PFIdw.pdf> (Stand: 23.02.2017)
17. Hoffmann R, Lange M, Butschalowsky H et al. (2018) Querschnitterhebung von KiGGS Welle 2 – Teilnehmendengewinnung, Response und Repräsentativität. Journal of Health Monitoring 3(1):82-96. www.rki.de/journalhealthmonitoring (Stand: 15.03.2018)
18. Mauz E, Gößwald A, Kamtsiuris P et al. (2017) Neue Daten für Taten. Die Datenerhebung zur KiGGS Welle 2 ist beendet. Journal of Health Monitoring 2(S3):2-28. <http://edoc.rki.de/oa/articles/rekFFwugGEtdg/PDF/24sGM-wqdHPGZk.pdf> (Stand: 27.09.2017)
19. Humpert A, Schneiderheinze K (2000) Stichprobenziehung für telefonische Zuwandererumfragen. Einsatzmöglichkeiten der Namensforschung. ZUMA-Nachrichten , 47:36-64
20. Humpert A, Schneiderheinze K (2002) Stichprobenziehung für telefonische Zuwandererumfragen. Praktische Erfahrungen und Erweiterung der Auswahlgrundlage. In: Gäbler S, Häder S (Hrsg) Telefonstichproben Methodische Innovationen und Anwendungen in Deutschland Waxmann, Münster, S. 187-208
21. Statistisches Bundesamt (2013) Bevölkerung nach Migrationshintergrund, Body-Mass-Index, Rauchverhalten, gesundheitlich bedingten Erwerbsunterbrechungen und Armutsgefährdungsquote. Daten aus dem Mikrozensus 2005 und 2009 (Sonderauswertung). Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
22. Forschungsdatenzentren der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2016) Schlüsselverzeichnis Mikrozensus 2013. www.forschungsdatenzentrum.de/bestand/mikrozensus/gwap_kdfv/2013/fdz_mz_2013_schluessselverzeichnis.pdf (Stand: 27.09.2017)
23. Forschungsdatenzentren der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2017) Mikrozensus 2013, eigene Berechnungen. www.forschungsdatenzentrum.de/bestand/mikrozensus/ (Stand: 20.11.2017)
24. Aichberger M, Yesil R, Rapp Mea (2012) Surveying migrant populations - methodological considerations: An example from Germany. International Journal of Culture and Mental Health 1-15
25. Chasan-Taber L, Fortner RT, Hastings V et al. (2009) Strategies for recruiting Hispanic women into a prospective cohort study of modifiable risk factors for gestational diabetes mellitus. BMC Pregnancy and Childbirth 9:57-57
26. Reiss K, Dragano N, Ellert U et al. (2014) Comparing sampling strategies to recruit migrants for an epidemiological study. Results from a German feasibility study. Eur J Public Health 24(5):721-726
27. Lange M, Hoffmann R, Mauz E et al. (2018) Längsschnitterhebung von KiGGS Welle 2 – Erhebungsdesign und Fallzahlentwicklung der KiGGS-Kohorte. Journal of Health Monitoring 3(1):97-113. www.rki.de/journalhealthmonitoring (Stand: 15.03.2018)
28. Robert Koch-Institut (2018) IMIRA-Forschungsprojekt. www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Migration/IMIRA/IMIRA_tab.html (Stand: 23.02.2017)

Annex 1

**Herkunftsländer bei Kindern und Jugendlichen
mit Migrationshintergrund,
Querschnitterhebung KiGGS Welle 2**
Quelle: KiGGS Welle 2 (2014–2017)

| Herkunftsländer |
|---|
| 1) Deutschland |
| 2) Türkei |
| 3) Staaten der ehemaligen Sowjetunion: Sowjetunion, Russland, Estland, Lettland, Litauen, Ukraine, Weißrussland, Usbekistan, Kasachstan, Georgien, Aserbaidschan, Kirgisistan, Tadschikistan, Turkmenistan, Armenien, Moldawien |
| 4) Polen |
| 5) Arabische Länder und Nordafrika: Libanon, Marokko, Algerien, Irak, Ägypten, Pakistan, Syrien, Jordanien, Tunesien, Iran, Kuwait, Sudan |
| 6) Südeuropa/Mittelmeer: Albanien, Bosnien, Bulgarien, Kroatien, Slowenien, Griechenland, Italien, Jugoslawien, Mazedonien, Spanien, Portugal, Zypern, Serbien, Kosovo, Rumänien, Montenegro |
| 7) USA, Australien, Kanada, Israel und Resteuropa: Belgien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Irland, Luxemburg, Niederlande, Norwegen, Österreich, Slowakei, Schweden, Schweiz, Tschechien, Tschechoslowakei, Ungarn, Vereinigtes Königreich, Island |
| 8) Lateinamerika: Argentinien, Brasilien, Chile, Costa Rica, Dominikanische Republik, Ecuador, El Salvador, Kolumbien, Mexiko, Nicaragua, Paraguay, Peru, Uruguay, Venezuela, Jamaika, Haiti |
| 9) Asien: Bhutan, Sri Lanka, Vietnam, Indien, Japan, Laos, Mongolei, Nepal, Philippinen, Taiwan, Korea, Thailand, China, Malaysia, Kambodscha, Brunei, Indonesien, Bangladesch |
| 10) Subsahara-Afrika: Angola, Eritrea, Äthiopien, Nigeria, Ghana, Kenia, Kongo, Liberia, Madagaskar, Mauritius, Mosambik, Kamerun, Südafrika, Namibia, Sierra-Leone, Togo, Burkina Faso, Elfenbeinküste, Benin, Uganda, Kap Verde, Somalia, Senegal, Guinea, Gambia |

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, Alexander Rommel,
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