

# Methodische Standards für eine migrantensensible Forschung in der Epidemiologie

**M**igranten sind eine zahlenmäßig relevante und vulnerable Bevölkerungsgruppe zugleich. Ein Zusammenhang zwischen Migrationslagerung, d. h. der spezifischen Lebenssituation mit Migrationshintergrund, und Gesundheit wird häufig postuliert und recht kontrovers diskutiert [1, 2, 3, 4, 5]. Die Analyse des Zusammenhangs wird durch die unzureichende epidemiologische Datenlage erschwert, insbesondere durch die mangelhafte Erfassung des Migrantenstatus in den zur Verfügung stehenden Datenquellen. So wird in amtlichen Statistiken meist nur zwischen deutscher und nicht-deutscher Staatsangehörigkeit unterschieden. Damit können aber beispielsweise keine Aussagen über eingebürgerte Migranten oder Aussiedler getroffen werden. Da eine Änderung dieses Umstandes nicht leicht und vor allem nicht kurzfristig herbeizuführen sein wird, sind Gesundheitssurveys und andere epidemiologische Erhebungen umso wichtigere Datenquellen zur gesundheitlichen Situation von Migranten.

Doch was heißt es, die Migrantenperspektive theoretisch und methodologisch angemessen in (bevölkerungsweite) Gesundheitsuntersuchungen einzubinden, so dass auch aussagekräftige Daten zum Gesundheitszustand von Migranten gewonnen werden können? Spätestens bei dem Versuch, Forderungen für eine Verbesserung der Datenlage aufzustellen, fällt auf, dass keine Einigkeit über die Definition des Begriffes „Migrant“ sowie über daraus folgende Operationalisierungen bzw. Befragungsinstrumente besteht. In den Leitlinien und Empfehlungen zur Sicherung von Guter Epidemiologischer Praxis der Arbeitsgruppe Epidemiologische Methoden

der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Epidemiologie wird zur Erfassung des Migrationshintergrundes nicht Stellung genommen [6]. Die von der gleichen Arbeitsgruppe erarbeiteten Empfehlungen zur „Messung soziodemographischer Merkmale in der Epidemiologie“ und die Empfehlungen zu „Demographischen Standards“ des Arbeitskreises Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute e.V., der Arbeitsgemeinschaft Sozialwissenschaftlicher Institute e.V. und des Statistischen Bundesamtes empfehlen nur die Erfassung der Staatsangehörigkeit [7, 8]. Vergeblich sucht man auch nach methodischen Hinweisen für eine migrantensensible epidemiologische Forschung in der WHO-Publikation „Health Interview Surveys. Towards international harmonization of methods and instruments“ [9].

Wir erachten es als nötig, Standards zu entwickeln, die eine migrantensensible Forschung sichern, Grundlagen für ein einheitliches Vorgehen schaffen und damit Daten vergleichbar machen. Die vorliegenden Überlegungen verstehen sich als ein erster Schritt im Prozess einer weiterzuführenden Standardisierung. Zunächst beschreiben wir ein idealtypisches Vorgehen, das Standards unter bestmöglichen Rahmenbedingungen umfasst. Wir sind uns darüber im Klaren, dass diese in Abhängigkeit vom jeweiligen Studiendesign (Stichprobenzugang, Erhebungsmethoden und -instrumente) und vom finanziellen Rahmen nicht immer gewährleistet werden kann bzw. modifiziert werden muss. Anschließend stellen wir dar, inwieweit einer migrantensensiblen Forschung in aktuellen Untersuchungen des RKI bereits Rechnung getragen wird, und schlagen ei-

nen Mindeststandard für eine migrantensensible epidemiologische Forschung vor.

## Standards einer migrantensensiblen Forschung

Ein standardisiertes, auf Migranten bezogenes Vorgehen sollte folgende Kriterien umfassen:

- Definition der Zielpopulation als Bevölkerung in Deutschland,
- Verwendung eines einheitlichen Migrantenbegriffs,
- Operationalisierung des Migrantenbegriffs, sodass die Identifikation von Migranten im Untersuchungssample und eine Differenzierung nach Herkunftsland, Einreisealter, Verweildauer und Aufenthaltsstatus möglich ist,
- ausreichende Beteiligung von Migranten an den Untersuchungen (mindestens) proportional zu ihrem Anteil in der Grundgesamtheit,
- Berücksichtigung migrantenspezifischer Themen und Fragestellungen,
- Konstruktion und Einsatz migrantensensitiver Erhebungsinstrumente,
- migrantenspezifische Non-Responderanalysen,
- migrantensensitive Datenauswertung und Berichterstattung,
- Evaluation des migrantenspezifischen Vorgehens.

## Definition der Zielpopulation

Die Definition der Zielpopulation ist bereits entscheidend dafür, ob die Gruppe der Migranten repräsentativ in eine Un-

tersuchung eingebunden wird. Eine Begrenzung auf die deutschsprachige Bevölkerung wie etwa im Bundes-Gesundheits-survey 98 bedeutet, dass nur Migranten mit ausreichend guten Deutschkenntnissen und damit die wahrscheinlich besser Integrierten teilnehmen. In der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie war gar die nichtdeutsche Staatsangehörigkeit ein Ausschlusskriterium, sodass sich nur eingebürgerte Migranten oder Aussiedler an der Untersuchung beteiligen konnten. Die Zielpopulation von bevölkerungsweiten Untersuchungen sollte daher als Wohnbevölkerung in Deutschland definiert werden, d. h. einschließlich Männer und Frauen mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit, und zwar unabhängig von ihren Deutschkenntnissen.

### Einheitlicher Migrantenbegriff

Die Begriffsbestimmung zielt auf eine einheitliche und auch praktikable Operationalisierung. Migranten sind eine sehr heterogene Gruppe. Sie unterscheiden sich in ihren Motiven aus- bzw. einzuwandern, in ihren kulturellen, religiösen und sprachlichen Wurzeln, in ihrem aufenthaltsrechtlichen Status und in ihrer aktuellen Lebenssituation. Was aber ist ihnen gemeinsam? Auf eine kurze Formel gebracht, ist ihnen eine Situation gemeinsam, die durch die eigene oder die Migrationserfahrung ihrer Eltern geprägt ist. Migranten müssen also nicht selbst ausgewandert sein. Ihre Situation ist vor allem dadurch gekennzeichnet, dass sie sich in der Einwanderergesellschaft – gewissermaßen zwischen ihrer Herkunftskultur und der Kultur der Aufnahmegesellschaft – sozial orientieren und kulturelle Praktiken aneignen. Im Unterschied zu Personen ohne Migrationshintergrund charakterisiert Migranten neben der geschlechts-, milieu- und generationsspezifischen eine ethnische Zugehörigkeit, die durch sie selbst hergestellt oder als Fremdkonstruktion erfahren und bearbeitet wird [10].

Was ist Migration? Unter Migration verstehen wir in Anlehnung an Treibel (1990) einen auf Dauer angelegten bzw. dauerhaft werdenden Wechsel von einzelnen oder mehreren Menschen in eine andere Gesellschaft bzw. in ein anderes Land [11]. Gemeint ist also nicht nur der Wechsel von

einem Ort zum anderen, sondern auch der Wechsel von einer Kultur in eine andere.

Auch in der dritten Einwanderergeneration kann der Migrationshintergrund noch prägend sein [12]. Die Operationalisierung einer solch umfassenden Definition über 3 Generationen erweist sich jedoch als unpraktikabel. Angehörige einer dritten Einwanderergeneration werden von uns daher nur dann als Migranten erfasst, wenn sie oder ihre Eltern über eine nichtdeutsche Staatsangehörigkeit verfügen und sich so durch ihre rechtliche Situation von Personen mit deutscher Staatsbürgerschaft unterscheiden.

### Operationalisierung des Migrantenstatus

Migrantenspezifische Datenauswertungen scheitern nicht nur an Verzerrungseffekten oder zu geringen Fallzahlen, sondern auch daran, dass Migranten in der Stichprobe nicht als Migranten identifiziert werden können, weil entsprechende Indikatoren fehlen. Auch verlangt eine migrantenspezifische Auswertung eine Differenzierung nach Herkunftsland bzw. Migranten-gruppe, Einreisealter, Verweildauer und gesichertem/ungesichertem Aufenthaltsstatus. Ergebnisse der Migrationsforschung legen nahe, dass diese Faktoren die Integration wesentlich beeinflussen. So korrespondiert mit der Aufenthaltsdauer der Grad der Integration. Je jünger die Einreisenden desto leichter gelingt eine Integration, vor allem wenn die Betroffenen noch die hiesige Schule besuchen können. Eine ungeklärte aufenthaltsrechtliche Situation minimiert wiederum die Möglichkeiten einer Integration. Sie bedeutet zumeist in einem Heim zu leben, über keine Arbeitserlaubnis zu verfügen, nur einen begrenzten Anspruch auf medizinische Leistungen zu haben und vor einer generell unsicheren Lebensperspektive zu stehen. Bei Migranten der zweiten Generation ist weiterhin von Interesse, ob die betreffende Person aus einem binationalen Elternhaus kommt.

Um Daten verschiedener Erhebungen vergleichbar zu machen, streben wir im RKI eine einheitliche Erfassung des Migrationshintergrundes an. Das hier erarbeitete Instrument wurde in einem mehrstufigen Verfahren entwickelt: Im Rahmen von 2 durch das RKI beauftragten Expertisen

wurden u. a. vorhandene Datenquellen daraufhin geprüft, ob und inwieweit sie eine migrantensensible Gesundheitsberichterstattung zulassen [13, 14]. Im Ergebnis der Expertisen wurden Empfehlungen für die Schaffung einer verbesserten Datengrundlage abgeleitet. Die Konstruktion der Erhebungsinstrumente berücksichtigt Instrumente, die z. B. für das SOEP und die PISA-Studie eingesetzt wurden, sowie den Stand der methodischen Diskussion. In sich anschließenden Diskussionen mit Experten aus dem Themenfeld „Migration und Gesundheit“ wurden die bis dato entwickelten Instrumente vorgestellt und weiterentwickelt.

Das Erhebungsinstrument umfasst die folgenden Variablen:

- eigene Staatsangehörigkeit (sowie die der Mutter und des Vaters),
- eigenes Geburtsland (sowie das der Mutter und des Vaters),
- Einreisejahr (das die Ableitung von Aufenthaltsdauer und Einreisealter ermöglicht),
- Migrantengruppenzugehörigkeit<sup>1</sup> (aus der auf den Aufenthaltsstatus und die Einwanderungsmotive geschlossen werden kann),
- in der Familie gesprochene Sprachen.

Für telefonische Interviews wurde aufgrund der Besonderheiten dieser Befragungsform ein modifiziertes Instrument erarbeitet.

### Ausreichende Beteiligung von Migranten

Ein zu geringer Migrantenanteil am Untersuchungssample wirkt sich in doppelter Hinsicht negativ aus: Eine niedrige Rücklaufquote führt zu einer Stichprobenverzerrung, sofern sich die Population der Nicht-Teilnehmer systematisch von der der Teilnehmer unterscheidet. Ein solcher systematischer Unterschied ist für an Gesundheitsuntersuchungen teilnehmende

<sup>1</sup> Die zu erfassenden Migrantengruppen sind: Asylbewerber, Asylberechtigte, Kriegsflüchtlinge, Kontingentflüchtlinge, Bürger eines EU-Mitgliedsstaates, Ehegatte oder Kind einer bereits in Deutschland lebenden Person, Gastarbeiter/Vertragsarbeiter/ausländische Arbeitnehmer, (Spät-)Aussiedler, Studenten.

und nicht teilnehmende Migranten anzunehmen. Zudem sind bei zu kleinen Stichproben keine differenziertere Auswertung mehr machbar.

Auf der Ebene der Bruttostichprobe sind andere Gründe zu benennen, die zu einem Bias führen können, als auf der Ebene der bereinigten Brutto- oder der Nettostichprobe.<sup>2</sup> Entsprechend sind verschiedene Anstrengungen erforderlich, um dem zu geringen Migrantenanteil entgegenzusteuern bzw. um ihn auszugleichen. Die Stichprobe des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) wurde aus Einwohnermelderegistern gezogen. Für die 2 bundesweiten Telefonischen Gesundheits surveys (BGS-Tel 2003 und BGS-Tel 2004) wurden zufallsgenerierte Telefonnummern nach dem Gabler-Häder-Design ausgewählt [15, 16]. Aufgrund der Verschiedenheit dieser beiden Zugänge wird im Folgenden – soweit möglich und nötig – nicht nur zwischen den verschiedenen Stichprobenebenen (Brutto-, bereinigte Brutto-, Nettostichprobe), sondern auch zwischen Einwohnermelderegister- und Telefonstichprobe differenziert.

**Bruttostichprobe.** Auf der Ebene der Bruttostichprobe ist beim Einwohnermeldeamtzugang keine systematische Untererfassung von gemeldeten Migranten zu finden. Allerdings werden nicht gemeldete Migranten – wie z. B. illegalisierte lebende Migranten sowie Saison- und Werkvertragsarbeitnehmer – bei einem Einwohnermeldezugang systematisch aus der Stichprobe ausgeschlossen. Hingegen ist bei einer telefonischen Erhebung ein zu geringer Anteil selbst von gemeldeten Migranten bereits in der Bruttostichprobe zu erwarten. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn die Stichprobe auf der Basis von Telefonverzeichnissen gewonnen wird. Grund ist, dass sich ein immer größer werdender Teil an aus-

<sup>2</sup> Bruttostichprobe bezeichnet die Stichprobe, so wie sie nach der Ziehung aus dem Einwohnermelderegister oder nach der Generierung von Telefonnummern vorliegt. Bereinigte Bruttostichprobe umfasst alle Adressaten nach Abzug qualitäts- bzw. stichprobenneutraler Ausfälle, also nach Abzug der Elemente, die nicht zur definierten Grundgesamtheit gehören (z.B. falsche bzw. nicht mehr aktuelle Adresse, Zielperson zu alt oder zu jung, geschäftliche Telefonnummern etc.). Die Nettostichprobe schließlich setzt sich aus den Studienteilnehmern zusammen.

Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 2005 · 48:279–286  
DOI 10.1007/s00103-004-0995-0  
© Springer Medizin Verlag 2005

L. Schenk · H. Neuhauser

## Methodische Standards für eine migrantensensible Forschung in der Epidemiologie

### Zusammenfassung

Für eine migrantensensible epidemiologische Forschung fehlen häufig methodische und methodologische Grundlagen: Studien basieren auf einem uneinheitlichen Migrantenbegriff, Migranten können nicht als solche im Datensatz identifiziert werden, und sie beteiligen sich in zu geringem Maße an Untersuchungen. Ziel des Robert Koch-Instituts (RKI) ist es daher, Standards zu entwickeln, die eine migrantensensible Forschung sichern, das Vorgehen bei Datenerhebung und -auswertung weitgehend vereinheitlichen sowie verschiedene Datenquellen vergleichbar machen. Eine idealtypische Vorgehensweise umschließt dabei folgende Standards: umfassende Definition der Zielpopulation, Vereinheitlichung des Migrantenbegriffs und dessen Opera-

tionalisierung, adäquate Beteiligung von Migranten, Integration migrantenspezifischer Themen und Fragestellungen, Konstruktion und Einsatz migrantensensibler Erhebungsinstrumente, migrantenspezifische Non-Responderanalysen, Datenauswertung und Berichterstattung sowie Qualitätssicherung. Die Umsetzung der formulierten Standards in laufenden Untersuchungen des RKI wird bilanziert und ein Mindeststandard vorgeschlagen, der ohne erheblichen zusätzlichen finanziellen Aufwand realisierbar ist.

### Schlüsselwörter

Migration · Gesundheit · Methoden · Standards · Epidemiologie

## Methodological standards for migrant-sensitive epidemiological research

### Abstract

Migrant-sensitive epidemiological research often encounters methodological problems: differences among studies with regard to the definition of the term “migrant”, difficulties in identifying migrants among the study participants and low participation rates of migrants in epidemiological studies. Therefore, a project has been initiated at the Robert Koch Institute with the aim of developing standards which ensure migrant-sensitive epidemiological research, provide a uniform framework for data collection and analysis, and make different data sources comparable. Ideally, the following standards should be followed: a comprehensive definition of the study population which includes migrants, standardisation of the term

“migrant” and of its operationalisation, adequate participation rates of migrants in the study, inclusion of migrant-specific topics and questions, and migrant-specific non-responder analysis, data analysis, reporting of results and quality assurance. We give an overview of the status quo of the implementation of these standards in ongoing studies of the Robert Koch Institute and propose minimum standards, which do not require considerable additional financial resources.

### Keywords

Migration · Health · Methods · Standards · Epidemiology

ländischen Haushalten nicht registrieren lässt [17]. Darüber hinaus schwankt die Ertragsdichte erheblich in Abhängigkeit von der jeweiligen Staatsangehörigkeit, sodass hier mit zusätzlichen systematischen Ausfällen und Verzerrungen innerhalb der Gruppe der Migranten gerechnet werden muss. Dieser Nachteil kann durch die Nutzung eines Festnetz-Telefonnummern generierenden Verfahrens ausgeglichen werden.

Die Einbeziehung der Nur-Handy-Population in ein Untersuchungssample ist dagegen bislang ein ungelöstes Problem, da es weder auch nur annähernd vollständige Verzeichnisse für Mobilfunknummern noch praktikable Methoden zur Zufallsgenerierung solcher Nummern gibt. Es ist aber davon auszugehen, dass der Anteil an Nur-Handy-Besitzern unter den Migranten höher ist als unter Nicht-Migranten [18, 19]. Ferner muss unter denjenigen, die über gar kein Telefon verfügen und damit in Telefonbefragungen keine Berücksichtigung finden können, ein höherer Anteil an Migranten vermutet werden.

**Bereinigte Bruttostichprobe.** In der bereinigten Bruttostichprobe weisen auch über das Einwohnermelderegister gezogene Stichproben einen zu geringen Migrantenanteil auf. Dieser ist auf die hohe Rate der stichprobenneutralen Ausfälle (vor allem falsche bzw. nicht mehr zutreffende Adressen) zurückzuführen. Im Pretest des Kinder- und Jugendgesundheits surveys waren diese unter Migranten doppelt so hoch wie unter Nicht-Migranten. Dem kann durch ein Oversampling von Adressaten mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit entgegengewirkt werden. Unter Einsatz eines Onomastik<sup>3</sup>-Verfahrens, das ausgehend von den Vor- und Zunamen Rückschlüsse auf die jeweilige Sprachengruppe erlaubt, können auch eingebürgerte Migranten, Kinder und Jugendliche mit doppelter Staatsangehörigkeit sowie die Gruppe der Aussiedler mit in das Oversampling eingeschlossen werden [20, 21].

**Nettostichprobe.** In der Nettostichprobe sind Migranten sowohl beim Einwohnermeldeamt- als auch beim Telefonzugang unterrepräsentiert. Zur Teilnahmebereit-

schaft von Migranten an Gesundheitssurveys in Deutschland (mit medizinisch-physikalischem Erhebungsteil) liegen erstmalig Ergebnisse mit dem Pretest des Kinder- und Jugendgesundheits surveys vor [22]. Für die Gruppe der Migranten müssen im Vergleich zur deutschen Bevölkerung höhere Teilnahmeschwellen konstatiert werden. Ein Ausfallgrund sind erwartungsgemäß Sprachbarrieren, jedoch nicht – wie angenommen werden könnte – der hauptsächlich. Migranten sind seltener erreichbar als Nicht-Migranten, was vermutlich auf ihren größeren Anteil an in Großstädten lebenden Personen und an jüngeren Personen zurückzuführen ist, deren Erreichbarkeit generell geringer ist [23, 24, 25]. Am häufigsten begründen Migranten ihre Nichtteilnahme damit, kein Interesse an der Studie zu haben. Dahinter verbergen sich u. a. bei aufenthaltsrechtlicher Unsicherheit die Angst vor einer Gesundheitskontrolle und damit einhergehenden möglichen negativen Konsequenzen, die Furcht, für die medizinischen Untersuchungen etwas bezahlen zu müssen, oder aber andere Konzepte von Gesundheit und Krankheit, die z. B. die Überzeugung, Gesundheitsuntersuchungen seien nur im akuten Krankheitsfall sinnvoll, beinhalten können.

Zur Erhöhung der Teilnahmebereitschaft sind besondere Anstrengungen erforderlich. Sprachbarrieren sollten durch den Einsatz mehrsprachiger Interviewer oder übersetzter Anschreiben und Fragebogen abgebaut werden. Bei Übersetzungen ist mindestens eine Rückübersetzung in die deutsche Sprache vorzunehmen, um die Bedeutungsäquivalenz der übersetzten Materialien zu gewährleisten. Themenabhängig kann auch geprüft werden, ob bei Sprachbarrieren Angehörigeninterviews (Proxy-Interviews) oder eine Übersetzung durch Angehörige/Bekanntes möglich ist. Empfehlenswert ist die Erarbeitung einer Minimalvariante, die auch bei nur geringen Deutschkenntnissen die Erhebung einiger Grundinformationen erlaubt. Die Zuordnung des übersetzten Einladungsschreibens zur richtigen Herkunftssprache kann anhand des Merkmals der Staatsangehörigkeit (sofern durch das Einwohnermeldeamt mitgeteilt) oder mittels des erwähnten Onomastik-Verfahrens erfolgen. Neben dem übersetzten ist in jedem Falle das deutschsprachige Anschreiben zu versenden.

Weiterhin sollten zur Verringerung von Teilnahmebarrieren Einladungsschreiben und Öffentlichkeitsarbeit die speziellen Vorbehalte und Ängste von Migranten aufgreifen und zu entkräften versuchen. Flankiert werden können die Bemühungen zur Teilnahmeerhöhung überdies mit einer migrantenspezifischen Öffentlichkeitsarbeit, die Medien für in Deutschland lebende Migranten einbezieht sowie Migrantenbeauftragte und ethnische Eigenorganisationen als Multiplikatoren nutzt.

## Migrantenspezifische Themen und Fragestellungen

Bereits bei der Konzipierung einer Studie müssen Fragestellungen berücksichtigt werden, die eine Analyse der gesundheitlichen Situation von Migranten erlauben. Allerdings ist der Einbindung migrantenspezifischer Themen durch die zumutbare Länge einer Befragung Grenzen gesetzt. Themen können in bevölkerungsweiten Untersuchungen nicht in der Ausführlichkeit und Differenziertheit behandelt werden, wie es etwa in einem Migrantensurvey möglich wäre. Bislang steht es jedoch noch aus, durch einen systematischen Vergleich von Migranten und Nicht-Migranten spezifische Themen und Fragestellungen zu definieren.

## Migrantensensitive Erhebungsinstrumente

Die Entwicklung eines Indikatorensets, der auch das Besondere einer Lebenssituation mit Migrationshintergrund abbildet, ist Voraussetzung für eine adäquate Gesundheitsberichterstattung über Migranten. Ihre Lebenssituation ist geprägt durch die eigene oder die Migrationserfahrung der Herkunftsfamilie und damit einhergehende Anforderungen der sozialen Neuorientierung bzw. der Orientierung zwischen verschiedenen kulturellen Welten. Die Analyse des Zusammenhangs von „Migrationslagerung“, d. h. von dieser spezifischen sozialen Lage der Migranten, und Gesundheit erfordert beispielsweise Indikatoren, die den Grad der Integration abbilden (wie deutsche Sprachkenntnisse, Kontakt zu Deutschen, Rückkehrorientierung, Wohn- und berufliche Situation, Bewertung des Lebens in Deutschland), aber

<sup>3</sup> Wissenschaft von den Eigennamen, Namenkunde

auch kulturspezifische und migrationsbedingte Besonderheiten wie den Umgang mit Krankheit und Gesundheit oder fehlende Informationen über die Aufnahmegesellschaft erfassen können.

Gegebenenfalls müssen Konsistenzprüfungen vorgenommen werden, um Messfehler (item-bias) auszuschließen und eine (kulturübergreifende) Vergleichbarkeit zu gewährleisten [26, 27, 28]. Es wird dabei überprüft, ob einzelne Items je nach kulturellem Hintergrund unterschiedlich interpretiert werden oder ob die Struktur der Indikatoren unter den verschiedenen Migrantengruppen gleich ist.

### Migrantenspezifische Non-Responderanalysen

Quantitative Non-Responderanalysen liefern Hinweise darauf, ob eine Stichprobenverzerrung bzw. ein Non-Response-Bias vorliegt und damit die Generalisierbarkeit der Ergebnisse beeinträchtigt ist oder nicht. Um zu prüfen, inwieweit die Gruppe der an einer Studie teilnehmenden Migranten repräsentativ ist, müssen Non-Responderanalysen nach dem Merkmal „Migrant/Nicht-Migrant“, zumindest aber nach dem Merkmal „deutsche/nichtdeutsche Staatsangehörigkeit“ differenzieren können. Sofern es die Anlage einer Untersuchung zulässt, sollten mit Nicht-Teilnehmern Kurzinterviews durchgeführt werden, in denen soziodemographische Merkmale, Deutschkenntnisse und einige zentrale Variablen der Studie erhoben werden. Teilnehmende und nicht teilnehmende Migranten können sich beispielsweise bezüglich Deutschkenntnissen und Bildungshintergrund so stark unterscheiden, dass die Ergebnisse der Untersuchung nicht ohne weiteres auf alle Migranten übertragen werden können.

Auf der Basis kontinuierlicher migrantenspezifischer Non-Responderanalysen können gezielte Anstrengungen unternommen werden, die den Rücklauf für die Gruppe der Migranten erhöhen. Eine Unterscheidung nach Herkunftsland ermöglicht dabei eine intensivere bzw. modifizierte Öffentlichkeitsarbeit für einzelne unterrepräsentierte Gruppen.

Im Vorfeld eines Surveys – etwa im Rahmen eines Pretests – empfiehlt es sich außerdem, in qualitativen Analysen (migrantentypische) Non-Responderorientierung

zu ermitteln und so gezielte Aktivitäten der Teilnehmergeinnung zu fundieren. Damit können Einladungsschreiben, Öffentlichkeitsarbeit und andere Anstrengungen der Teilnehmergeinnung auf spezielle Gründe, die eine Teilnahme verhindern, eingehen und Vorbehalte ausräumen.

### Migrantensensitive Datenauswertung und Berichterstattung

Migranten sind eine sehr heterogene Gruppe. Daher genügt es nicht, Auswertungen nur nach dem Merkmal „Migrant/Nicht-Migrant“ vorzunehmen, es muss auch nach weiteren Merkmalen wie Herkunftsregion, aufenthaltsrechtlicher Hintergrund, Aufenthaltsdauer und Einreisalter differenziert werden.

Generell ist bei der Interpretation der Daten der Migrationshintergrund zu berücksichtigen. Dabei ist eine ethnozentristische Perspektive zu vermeiden, die die eigenen kulturellen Vorstellungen zum Maßstab der Interpretation macht. Eine migrantensensible Auswertung schließt auch die Prüfung darüber ein, ob Effekte tatsächlich migranten- und nicht etwa schichtspezifisch erklärt werden müssen.

Eine Präsentation der Ergebnisse sollte immer die Darstellung sowohl von Unterschieden als auch von Gemeinsamkeiten in der gesundheitlichen Situation von Migranten und Nichtmigranten beinhalten. Ist aufgrund zu geringer Fallzahlen oder Verzerrungseffekten keine migrantenspezifische Auswertung der Daten möglich, sollte diese Einschränkung expliziert werden.

### Qualitätssicherung

Da ein migrantensensitives Vorgehen besondere Anforderungen an die Erhebung stellt, ist eine Qualitätssicherung unerlässlich. Die Qualitätssicherung gewährleistet, dass die fixierten Standards eingehalten werden und die migrantensensitive Vorgehensweise weiter optimiert wird. Damit dient die Qualitätssicherung auch der Weiterentwicklung von Standards. Qualitätssichernde Instrumente sind Rücklaufanalysen, eine migrantenspezifische Schulung der Interviewer und Untersucher sowie Feldbesuche.

Eine hohe Teilnahmerate von Migranten (Response in der bereinigten Bruttostichprobe) ist zwar ein Erfolgskriterium,

garantiert aber noch nicht einen mindestens der Bevölkerungsverteilung entsprechenden Migrantenanteil in der Nettostichprobe. Ein zu geringer Migrantenanteil in der Nettostichprobe trotz hoher Teilnahmerate kann auf 2 verschiedene Effekte zurückgeführt werden. Zum einen kann die Teilnahmerate der Nichtmigranten noch höher sein als die der Migranten. Zum anderen kann selbst bei gleich hoher Teilnahmerate ein höherer Anteil qualitätsneutraler Ausfälle bei den Migranten zu deren Unterrepräsentanz in der bereinigten Bruttostichprobe und dann auch in der Nettostichprobe führen. Ein Oversampling kann diese Verzerrung kompensieren. Allerdings ist ein zeitnahe Vergleich des Ausländeranteils der Stichprobe und des Ausländeranteils laut Bevölkerungsstatistik nach jedem Untersuchungsort notwendig. Nur so können spezifische Effekte identifiziert (z. B. Einfluss von Geschlecht und Alter der Feldvorbegeher oder Unterschiede in den Strategien zur Teilnahmergeinnung) und Konsequenzen abgeleitet werden.

Zielgruppenorientierte Rücklaufanalysen bieten darüber hinaus die Möglichkeit, unterrepräsentierte Migrantengruppen zu erkennen, die dann gezielt angesprochen werden können (z. B. durch Öffentlichkeitsarbeit oder Hausbesuche).

Im Zentrum von Feldbesuchen stehen eine standardgerechte Durchführung der Untersuchung sowie Interaktionen zwischen den Feldmitarbeitern und Probanden nichtdeutscher Herkunftssprache. Es sollten (kulturbedingte) Missverständnisse und die Untersuchung hemmende Orientierungsdivergenzen ermittelt werden. Die Ergebnisse der Evaluation müssen kurzfristig an das Feldteam rückgemeldet werden.

### Migrantensensitivität in aktuellen Untersuchungen des Robert Koch-Instituts

Gemessen an bevölkerungsweiten Gesundheitssurveys der Vergangenheit (Nationale Gesundheitssurveys im Rahmen der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie, DHP; Gesundheitssurvey Ost; Bundes-Gesundheitssurvey, BGS 98) kann für die vom RKI durchgeführten aktuellen Untersuchungen eine Reihe von Fortschritten bei

lanziert werden. Hingegen bieten Register- und Meldedaten nur sehr eingeschränkte Möglichkeiten für eine migrantensensitive Auswertung.

## Kinder- und Jugendgesundheitsurvey

Im Mai 2003 begann die Hauptphase der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey- (KiGGS-) Studie. Etwa 18.000 Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 0 und 18 Jahren sollen bundesweit innerhalb von 3 Jahren zu ihrer gesundheitlichen Situation untersucht werden. Sie werden an 150 verschiedenen Orten nach einem statistischen Zufallsverfahren aus den jeweiligen Einwohnermelderegistern ausgewählt. Die Studie beinhaltet eine schriftliche Befragung, eine medizinische Untersuchung sowie ein ärztliches Interview. In diesem Rahmen werden Informationen zur körperlichen und psychischen Gesundheit, zu den Lebensbedingungen, zum Gesundheitsverhalten und zur gesundheitlichen Versorgung erhoben.

Der Hauptphase ist ein einjähriger Pretest vorangegangen. In diesem wurden u. a. migrantensensitive Non-Responderanalysen und Feldbeobachtungen durchgeführt und basierend darauf eine migrantenspezifische Vorgehensweise konzipiert [29]. So werden besondere Bemühungen unternommen, um Migranten im ausreichenden Maß an der Untersuchung zu beteiligen: Im Rahmen der Stichprobenziehung über das Einwohnermelderegister wird eine überproportionale Stichprobe von Kindern und Jugendlichen mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit gezogen (Oversampling). Weiterhin werden gemeinsam mit den deutschen übersetzte Einladungsschreiben versandt sowie übersetzte Fragebögen eingesetzt. Flankiert werden die Anstrengungen, die Response zu erhöhen, durch eine migrantenspezifische Öffentlichkeitsarbeit. Nach Migrantengruppen differenzierte Non-Responderanalysen ermöglichen dabei eine zielgerichtete Öffentlichkeitsarbeit für bestimmte Teilpopulationen. Schließlich gewährleistet die Qualitätssicherung nicht nur, dass die für ein migrantenspezifisches Vorgehen fixierten Standards eingehalten werden. Sie optimiert auch den Migrantenzugang sowie

den Umgang mit Migranten in der Teilnehmergeinnung und Feldarbeit.

Mit dem in der Befragung des Kinder- und Jugendurveys eingesetzten Instrument wird es möglich, Migranten (einschließlich Eingebürgerte, Aussiedler, Kinder mit doppelter Staatsangehörigkeit) und Kinder, die in binationalen Familien leben, zu identifizieren. Es kann außerdem nach Aufenthaltsdauer, Einreisealter und gesichertem/unsicherem Aufenthaltsstatus differenziert werden. Damit sind im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey die Voraussetzungen für eine migrantensensitive Datenauswertung gegeben und die bislang entwickelten Standards weitgehend umgesetzt.

## Telefonische Bundes-Gesundheitsurveys

In den beiden Telefonischen Bundes-Gesundheitsurveys (BGS-Tel 2003, 2004) wurden etwa 8300 bzw. 7300 Personen zu Krankheiten, Gesundheitsverhalten und Inanspruchnahme befragt. Die Zielpopulation ist die deutschsprachige, in Privathaushalten in Deutschland lebende Bevölkerung mit Festnetzanschluss ab 18 Jahren. Der Migrationshintergrund wird differenziert durch die Erfassung von Geburtsland, Staatsangehörigkeiten, Einbürgerungsjahr, Einreisealter und Aufenthaltsdauer erhoben. Staatsangehörigkeit und Geburtsland der Eltern werden nicht ermittelt, sodass Migranten der zweiten Generation nur dann als solche identifiziert werden können, wenn sie eine nichtdeutsche Staatsangehörigkeit besitzen bzw. erst im Laufe ihres Lebens eingebürgert wurden. Dies trifft noch für den größten Teil der Migranten der zweiten Generation zu. Zukünftig wird es aber erforderlich sein zu testen, inwieweit Fragen nach dem Geburtsland der Eltern in das Erhebungsinstrument integriert werden können. Non-Responderanalysen können nach deutscher und nichtdeutscher Staatsangehörigkeit differenzieren. Es ist wahrscheinlich, dass Migranten im BGS-Tel unterrepräsentiert sein werden. Dies hängt zum einen damit zusammen, dass keine mehrsprachigen Interviewer eingesetzt werden; daher auch die Definition der Zielpopulation als deutschsprachige Bevölkerung. Probanden müssen also über für ein Telefon-

interview ausreichende Deutschkenntnisse verfügen. Zum anderen ist, wie bereits ausgeführt, der Anteil von Haushalten mit Festnetzanschluss unter Migranten niedriger. Zumindest werden aber durch den Einsatz eines Telefonnummern generierenden Verfahrens auch Migranten mit eingeschlossen, die in keinem Telefonverzeichnis registriert sind. Mittels noch ausstehender Rücklaufanalysen erhoffen wir uns mehr Aufschluss über das methodische Problem der Einbindung von Migranten in telefongestützte Erhebungen.

## STD-Sentinel

Die Sentinel-Erhebung, die im Zeitraum von Mitte 2003 bis Mitte 2005 durchgeführt wird, soll die Häufigkeit und geographische Verteilung sexuell übertragbarer Krankheiten (sexually transmitted diseases, STD) erfassen, besonders gefährdete Gruppen und Risikofaktoren identifizieren, epidemiologische Trends aufzeigen und Empfehlungen für Interventionsmaßnahmen ableiten. In die Untersuchung werden bundesweit 59 Gesundheitsämter, 14 Fachambulanzen in Kliniken sowie 164 Arztpraxen (Gynäkologie, Dermatologie, Urologie und HIV-Schwerpunktpraxen) einbezogen. Um zusätzliche Informationen über Infektionsweg, sexuelles Verhalten und Drogenkonsum zu gewinnen, werden die STD-Patienten beim Erstkontakt gebeten, einen Fragebogen auszufüllen.

In Vorbereitung auf diese Studie wurden 2 Treffen mit Experten der gesundheitswissenschaftlichen Migrationsforschung durchgeführt. Ziel war es zu ermitteln, welche epidemiologischen Daten für eine Verbesserung der Präventionsarbeit und Gesundheitsversorgung von Migranten notwendig sind und ob und wie diese im Rahmen des STD-Sentinels erhoben werden können. Die Ergebnisse dieser Treffen sind im Folgenden aufgeführt:

- In dem durch den Arzt auszufüllenden Diagnosebogen wird dieser aufgefordert, den jeweiligen Anteil an Migranten unter seiner Klientel zu schätzen. Damit können möglicherweise Aussagen zum Infektionsrisiko von Migranten getroffen werden.
- Im Patientenfragebogen wurde dem kulturspezifischen bzw. schambesetz-

ten Umgang mit Fragen zur Sexualität mit der Umformulierung von Fragen und einer veränderter Reihung der Antwortkategorien Rechnung getragen. Darüber hinaus wurden Fachbegriffe (wie infiziert) durch umgangssprachliche (angesteckt) ersetzt.

- Mit dem im Patientenfragebogen eingesetzten Instrument ist es möglich, nach Herkunftsland, Staatsangehörigkeit, Migrantengruppe, Einreisealter und Aufenthaltsdauer zu differenzieren. Darüber hinaus werden die Probanden gebeten, ihre Deutschkenntnisse einzuschätzen. Damit verfügt die Studie über einen wichtigen Indikator, der den Grad der Integration anzeigt.
- Die Patientenfragebögen wurden ins Französische, Englische, Russische, Polnische, Türkische, Spanische, Rumänische, Bulgarische und auf Thai übersetzt, um auch Patienten mit nicht ausreichenden Deutschkenntnissen eine Teilnahme zu ermöglichen.

## Friedlandstudie

Die Mehrzahl der einwandernden Spätaussiedler stammt aus Regionen mit Tuberkuloseinzidenzen, die etwa 10-mal höher als in Deutschland sind, und einer dort zunehmend zu verzeichnenden Resistenzentwicklung des Erregers gegenüber gängigen Antituberkulotika. Ziel der Studie ist es, das für die Gruppe der Spätaussiedler gesetzlich vorgeschriebene radiologische Tuberkulosescreeing im Grenzdurchgangslager Friedland zu evaluieren. Diese Evaluation beinhaltet die Abschätzung der Prävalenz von ansteckungsfähigen Tuberkuloseerkrankungen bei Spätaussiedlern sowie eine Bewertung der vorgeschriebenen Methoden im Vergleich zum Goldstandard der mikrobiologischen Sputumuntersuchung. Es werden Risikogruppen für ein falschnegatives Screeningergebnis ermittelt und Vorschläge für eine verbesserte Prozessqualität erarbeitet. Zudem werden die Probanden zu ihrem Wissen über Tuberkulose, ihrem Tuberkuloseimpfstatus, zu Risikofaktoren und Vorerkrankungen befragt. Der Fragebogen wird in die russische Sprache übersetzt. In einem der Teilnahme vorangehenden Gespräch sollen die Betroffenen über Ziele sowie Inhalte der Studie aufgeklärt und eventuelle

kulturspezifische und migrationsbedingte Vorbehalte beseitigt werden.

## Melddaten nach dem Infektionsschutzgesetz

Die Meldungen nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) beinhalten nicht den Migrationsstatus, lediglich bei Tuberkulose wird nach dem Geburtsland und der Staatsangehörigkeit gefragt. Auf den Erfassungsbögen für positive HIV-Bestätigungstests wird das Herkunftsland abgefragt, definiert als das Land, in dem sich der Betreffende die überwiegende Zeit seines Lebens aufgehalten hat. Das Herkunftsland muss also nicht mit dem Geburtsland oder der Staatsangehörigkeit übereinstimmen.

## AIDS-Fallregister

Freiwillige und anonyme Fallberichte der behandelnden Ärzte über AIDS-Erkrankungen und Todesfälle von Patienten, die ihren ständigen Wohnsitz in Deutschland haben, werden seit 1982 am RKI in einem zentralen Fallregister zusammengetragen und ausgewertet. Die Vollständigkeit der Erfassung im AIDS-Fallregister liegt bei über 85%. Zu den erfassten Variablen gehört die Staatsangehörigkeit.

## Dachdokumentation Krebs

Die Dachdokumentation Krebs am RKI führt anonymisierte Daten aller bevölkerungsbezogenen Krebsregister in Deutschland zusammen. Die der Dachdokumentation übermittelten Datensätze enthalten eine Variable zur Staatsangehörigkeit (allerdings nur mit den Ausprägungen deutsch und nichtdeutsch). Diese Angaben entstammen den Meldungen, die an die regionalen Krebsregister, z. B. durch Krankenhäuser, Tumorzentren, pathologische Institute oder niedergelassene Ärzte, weitergeleitet werden. Diesen liegt jedoch zum Meldezeitpunkt die Information zur Staatsangehörigkeit nicht immer zuverlässig vor, sodass insgesamt die Angaben zur Staatsangehörigkeit nicht vollständig und wahrscheinlich auch sehr heterogen bezüglich ihrer Validität sind.

Somit können zurzeit mithilfe der Krebsregisterdaten weder Fragestellungen zu Krebserkrankungen bei Migranten im

Sinne der oben genannten Migrantendefinition beantwortet werden noch zu Krebserkrankungen bei Ausländern in Deutschland. Diese Fragestellungen lassen sich aber auch nicht ohne weiteres mit Daten aus der Todesursachenstatistik beantworten, da dort für Nichtdeutsche wahrscheinlich falsch niedrige Sterberaten berechnet werden. Diese Verfälschung beruht darauf, dass Migranten, die ohne Abmeldung beim Einwohnermeldeamt in ihr Heimatland zurückkehren (oft ältere Migranten) bei der Berechnung der Sterbeziffer noch im Nenner enthalten sind, aber nicht mehr zum Zähler beitragen. Möglicherweise könnten in Zukunft regional begrenzte Sondererhebungen zum Migrationsstatus bei Krebspatienten in Zusammenarbeit mit einzelnen Krebsregistern durchgeführt werden.

## Ausblick

Bei der Planung einer epidemiologischen Studie oder Erhebung gilt es, stets Prioritäten zu setzen. Bereits bei der Formulierung der Forschungsfragen wird befürchtet, dass der Fragebogen zu lang, die Zeit zu kurz oder das Geld zu knapp ist, um alle Daten zu erheben, die wichtig erscheinen. Nur die Variablen Alter und Geschlecht haben in der Regel das Privileg, selbstverständlich berücksichtigt zu werden. Vielleicht wäre auch eine selbstverständliche Berücksichtigung der Migrationslage – wie auch der sozialen Lage – wesentlich häufiger der Fall, wenn sie sich mit einer einzigen Frage angemessen operationalisieren ließen. Jedoch ist das Gegenteil der Fall. Was tun? Kapitulieren, d. h. die Migrationslage nicht berücksichtigen, vielleicht sogar Migranten ausschließen, oder einen Migrantensurvey fordern, da alles andere unbefriedigende Kompromisse sind? Für jede einzelne Studie wird die Umsetzung letztlich von der Fragestellung, den Ressourcen und dem geplanten Studiendesign abhängen. Dennoch sind unseres Erachtens auch ohne einen erheblichen zusätzlichen finanziellen Aufwand einige der dargestellten Standards realisierbar:

- Die Zielpopulation bevölkerungsweiter Untersuchungen sollte als Bevölkerung in Deutschland und nicht als deutsche Bevölkerung definiert werden.

- Eine Identifizierung von Migranten sollte mindestens durch Fragen nach der Staatsangehörigkeit, dem Geburtsland und dem Einreisejahr möglich sein, bei Kindersurveys durch die Staatsangehörigkeit und das Geburtsland von Vater und Mutter.
- Die meisten bevölkerungsbezogenen epidemiologischen Studien beruhen auf Einwohnermeldeamtstichproben. Hier ist ein Oversampling von Adressaten mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit unproblematisch machbar.
- An Adressaten nichtdeutscher Herkunftssprache sollten übersetzte Einladungsschreiben (unter Nutzung der Information zur Staatsangehörigkeit oder des Onomastik-Verfahrens) zusätzlich zu den Einladungsschreiben in deutscher Sprache verschickt werden.
- Non-Responderanalysen sollte das Merkmal der Staatsangehörigkeit zur Verfügung stehen (zumindest für eine Differenzierung zwischen deutscher und nichtdeutscher Staatsangehörigkeit, besser jedoch nach einzelnen Staatsangehörigkeiten).
- Die Ergebnisse hinsichtlich gesundheitsbezogener Unterschiede und Gemeinsamkeiten von Migranten und Nichtmigranten (sofern die Fallzahlen groß genug sind und keine erhebliche Verzerrung in der Migrantenstichprobe vorliegt) sollten ausgewertet und dargestellt werden.

Für die Durchsetzung weiterer Standards muss die Einräumung zusätzlicher Ressourcen Standard werden. Auch ist die Erfassung des Migrantenstatus in amtlichen Statistiken zu verbessern. Letztlich führt kein Weg daran vorbei, dass für die Gewinnung repräsentativer Daten über den Gesundheitszustand der Bevölkerung in Deutschland Ressourcen für ein migrantensensitives Vorgehen bereitgestellt werden müssen. Denn ohne die adäquate Berücksichtigung von Migranten lässt sich keine Repräsentativität erreichen.

### Korrespondierender Autor

**Dr. L. Schenk**

Robert Koch-Institut,  
Postfach 650261, 13302 Berlin  
E-Mail: SchenkL@rki.de

### Literatur

1. Elkeles T, Seifert W (1996) Immigrants and health: unemployment and health-risks of labour migrants in the Federal Republic of Germany, 1984–1992. *Soc Sci Med* 43 (7):1035–1047
2. Hermann N, Mielck A (2001) Der Gesundheitszustand von deutschen und ausländischen Kindern: Warum ist Mehmet gesünder als Maximilian? *Gesundheitswesen* 63:741–747
3. Korporal J, Dangel-Vogelsang B (2000) Zur gesundheitlichen Situation von Familien nichtdeutscher Staatsangehörigkeit. In: Sachverständigenkommission 6. Familienbericht (Hrsg. Familien ausländischer Herkunft in Deutschland: Lebensalltag. Materialien zum 6. Familienbericht. Band II). Leske + Budrich, Opladen, S 9–60
4. Lechner I, Mielck A (1998) Die Verkleinerung des „Healthy-Migrant-Effects“: Entwicklung der Morbidität von ausländischen und deutschen Befragten im sozio-ökonomischen Panel 1984–1992. *Gesundheitswesen* 60:715–720
5. Razum O, Rohrmann S (2002) Der Healthy-migrant-Effekt: Bedeutung von Auswahlprozessen bei der Migration und Late-entry-Bias. *Gesundheitswesen* 64:82–88
6. Arbeitsgruppe Epidemiologische Methoden der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Epidemiologie (DAE) (1999) Leitlinien und Empfehlungen zur Sicherung von Guter Epidemiologischer Praxis (GEP). Berlin
7. Ahrens W, Bellach BM, Jöckel KH (1998) Messung soziodemographischer Merkmale in der Epidemiologie. RKI-Schriften 1/1998. MMV Medizin Verlag, München
8. Statistisches Bundesamt (1999) Demografische Standards. Eigenverlag, Wiesbaden
9. World Health Organization Regional Office of Europe (1996) Health interview surveys. Towards international harmonization of methods and instruments. WHO Regional Publications. European Series, No. 58. WHO, Copenhagen
10. Bohnsack R, Nohl AM (1998) Adoleszenz und Migration – Empirische Zugänge einer praxeologisch fundierten Wissenssoziologie. In: Bohnsack R, Marotzki W (Hrsg) Biographieforschung und Kulturanalyse. Transdisziplinäre Zugänge qualitativer Forschung. Leske + Budrich, Opladen, S 260–282
11. Treibel A (1990) Migration in modernen Gesellschaften. Soziale Folgen von Einwanderung und Gastarbeit. Juventa, Weinheim München
12. VIA Berlin/Brandenburg e.V. (2000) Zur Verbesserung der HIV/AIDS-Prävention für Migrantinnen und Migranten in Berlin. Eine Expertise im Auftrag des Landesverbands der Berliner AIDS-Selbsthilfeorganisationen (LaBAS). Berlin
13. Razum O (2000) Gesundheitsberichterstattung für Migranten in Deutschland. Eine Expertise im Auftrag des Robert Koch-Institutes. Eigenverlag, Berlin
14. Borch S (2001) Evaluation der Surveydaten (BGS 98) zu Migranten. Eine Expertise im Auftrag des Robert Koch-Instituts. Eigenverlag, Berlin
15. Gabler S, Häder S (1999) Erfahrungen beim Aufbau eines Auswahlrahmens für Telefonstichproben in Deutschland. *ZUMA-Nachrichten* 44:45–61
16. Häder S (2000) Telefonstichproben. *ZUMA, How-to-Reihe* 6
17. Salentin K (2002) Zuwandererstichproben aus dem Telefonbuch: Möglichkeiten und Grenzen. In: Gabler S, Häder S (Hrsg) Telefonstichproben. Methodische Innovationen und Anwendungen in Deutschland. Waxmann, Münster, S 164–186
18. Fuchs M (2002) Eine CATI-Umfrage unter Handy-Nutzern. Methodische Erfahrungen aus einem Vergleich mit einer Festnetz-Stichprobe. In: Gabler S, Häder S (Hrsg) Telefonstichproben. Methodische Innovationen und Anwendungen in Deutschland. Waxmann, Münster, S 121–137
19. Grund M (2002) Mobilfunkteilnehmer – ein Repräsentanzproblem. In: Gabler S, Häder S (Hrsg) Telefonstichproben. Methodische Innovationen und Anwendungen in Deutschland. Waxmann, Münster, S 111–120
20. Humpert A, Schneiderheine K (2002) Stichprobenziehung für telefonische Zuwandererumfragen. Praktische Erfahrungen und Erweiterung der Auswahlgrundlage. In: Gabler S, Häder S (Hrsg) Telefonstichproben. Methodische Innovationen und Anwendungen in Deutschland. Waxmann, Münster, S 187–208
21. Humpert A, Schneiderheine K (2000) Stichprobenziehung für telefonische Zuwandererumfragen. Einsatzmöglichkeiten der Namenforschung. *ZUMA-Nachrichten* 47:36–64
22. Schenk L (2002) Migrantenspezifische Teilnahmebarrieren und Zugangsmöglichkeiten im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey. *Gesundheitswesen* [Sonderheft] 64:59–68
23. Allerbeck KR, Hoag WJ (1985) Wenn Deutsche Ausländer befragen. Ein Bericht über methodische Probleme und praktische Erfahrungen. *Z Soziologie* 3(14):241–246
24. Koch A (1997) Teilnahmeverhalten beim ALLBUS 1994. Soziodemographische Determinanten von Erreichbarkeit, Befragungsfähigkeit und Kooperationsbereitschaft. *Köln Z Soziologie Sozialpsychologie* 1 (49):98–122
25. Blohm M, Diehl C (2001) Wenn Migranten Migranten befragen. Zum Teilnahmeverhalten von Einwanderern bei Bevölkerungsbefragungen. *Z Soziologie* 3 (30):199–222
26. Braun M (2000) Evaluation der Äquivalenz eines gemeinsamen Satzes an Indikatoren in der interkulturell vergleichenden Sozialforschung. *ZUMA, How-to-Reihe* 3
27. Weech-Maldonado R, Weidmer BO, Morales LS, Hays R (2001) Cross-cultural adaption of survey instruments: the CAHPS<sup>®</sup> experience. Cynamon M L, Kulka, R A (eds) Seventh Conference on Health Survey Research Methods. Hyattsville, Maryland
28. Bhopal R, Vettini A, Hunt S et al. (2004) Review of prevalence data in, and evaluation of methods for cross cultural adaption of, UK surveys on tobacco and alcohol in ethnic minority groups. *BMJ* 328 (7431):76–83
29. Schenk L (2003) Migrantensensible Vorgehensweise im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey. In: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg) *Gesunde Integration*. Berlin Bonn, S 78–82